



דצמבר
2021

הזדקנות של אנשים עם מוגבלות שכלית חוברת העשרה

עורכות ראשיות

ד"ר עדי לוי-ורד
גב' נגה חן
מכלול - יחידת הערכה ומחקר, קרן שלם

שותפי עריכה

נעמה שביט | מנהלת תחום - פיתוח ידע
והכשרת כוח אדם, שירות להערכה והכרה,
אגף הערכה, הכרה ותכניות, מינהל
מוגבלויות, משרד הרווחה והביטחון החברתי.
שרון גנות | מנהלת ידע ומחקר, קרן שלם.

משרד הרווחה
והביטחון
החברתי



קרן
שלם
מאפשרת - מחברת - אחרת



על הציירת:

תמר בלאונגרוד, בת הזקונים.

אחיה הבכור ערן הוא נירור ביולוג והיה סמנכ"ל בחברת טבע. אחותה מיכל פרופסור למתמטיקה במכון ויצמן. אביה היה פרופסור לפיסיקה במכון ויצמן ונפטר לפני שנתיים.

רותי, האם, היתה פסיכולוגית חינוכית באשדוד.

תמר נולדה פגה ושהתה כחודשיים באינקובטור, אובחנה עם מוגבלות שכלית התפתחותית.

מגיל צעיר תמר מקבלת תמיכות רבות לפיתוח יכולותיה בציור ורישום.

תמר מאד אוהבת לצייר ובכל הזדמנות היא מבקשת טושים וצבעים בכדי לצייר.

ובנוסף אוהבת מאוד עבודות יד, נראה שהן מרגיעות אותה.

תמר, שהייתה עם הוריה בשנת שבתון, מדברת עברית ואנגלית ברמה גבוהה.

תמר מתגוררת ברחובות, בהוסטל "מוטה גור" המופעל ע"י אקים.

בשעות הבוקר היא מגיעה למרכז רש"ת (המופעל על ידי "מעונות גל") ונהנית מפעילות פנאי עשירה של חוגים, תרפיות ועבודה.

תודה למדריכים והרכזים שהתנדבו לקרוא ולהתייחס למאמרים בחוברת

- עדן כחול, מפעל מוגן רב נכותי, צ'יימס ישראל, ראש העין
- מרים ברגר, מפעל מוגן רב נכותי, צ'יימס ישראל, ראש העין
- ליבי יוסופוב, מע"ש יחדיו, באר שבע
- הדס חסן, בית חלומי, אקים, רעננה
- לירון דינור, מע"ש קש"ת, אלווין, חולון
- עדי קירשנבוים, מע"ש קש"ת, אלווין, חולון
- אולגה בנצ'נקו, מע"ש קריית גת, בית אקשטיין מקבוצת דנאל
- טובה אמרה, מרכז יום, אלווין, ירושלים
- נטלי אלברון, הוסטל השחר, אקים, הרצליה
- שרון מזרחי, מרכז יום "בית השקמה", אקים, חולון

* החוברת תורגמה לשפה הערבית. ניתן לעיין בה [בקישור המצורף](#)

** חוברת זו נכתבה בלשון זכר מטעמי נוחות בלבד, אך היא מיועדת לנשים וגברים כאחד.

ברכת ראש מינהל מוגבלויות, משרד הרווחה והביטחון החברתי

עובדים ועובדות יקרים,

אני שמח ומברך על פרסום חוברת המהווה ערכת מידע להתמודדות עם נושא חשוב ומשמעותי, העוסק בהזדקנות של אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית.

החוברת היא יוזמה משותפת של מינהל מוגבלויות, שירותי מערך הבריאות במשרד וקרן שלם, והיא מיועדת בעיקר להרחבת הידע והכלים העומדים לרשות המטפלים והמדריכים במסגרות.

החוברת מספקת ידע וכלים, לזיהוי מוקדם של תהליך ההזדקנות, לתיווך התהליך עם מקבלי השירות וגם המלצות לתכניות טיפוליות, שבסופו של עניין יובילו לשיפור איכות חייהם של אנשים זקנים ומזדקנים עם מש"ה.

כידוע לכולנו תהליך הזדקנות של אנשים עם מוגבלות, משפיע על מרבית תחומי חייו של האדם ועל תפקודו, כמו גם על איתור וקביעת המענים שהסביבה צריכה להעמיד לרשותו. ככל שעולה המודעות לקיומה של סביבה נגישה וזמינה לאדם, כן ניתן להתאים לו בצורה טובה יותר תכנית טיפולית מקצועית מקיפה, הכוללת היבטים בריאותיים, רגשיים, משפחתיים וחברתיים וכל זאת על פי רצונו העדפותיו ובחירתו של האדם.

התכנית מסייעת בתיווך המציאות לאדם עם מוגבלות שמזדקן, ומכוונת להשגת ומימוש התמיכות הנדרשות עבורו, לטובת שימור מיומנויות יום יום משמעותיות, קידום שמירת עצמאותו ויכולת הבחירה שלו, והרגשת שייכות ואוטונומיה במימוש חייו.



ברכת הרופאה הראשית, מערך שירותי הבריאות, משרד הרווחה והביטחון החברתי

יחסי הגומלין בין רווחה לבריאות, מגולמים בכל אחת מהגדרות של בריאות או רווחה, מושפעים ותלויים זה בזה. תלות זו ברורה אף יותר בקרב אנשים עם מוגבלות שכלית המגיעה לשיאה בזיקנתם.


הזיקנה בקרב אנשים עם מוגבלות שכלית אינה מוגדרת דווקא על ידי גיל כרונולוגי אלא על ידי גיל תפקודי- ביולוגי והצורך להתמודד עם מאפייניה מחייבת אימוץ תפיסות מרחיבות ומכלילות תוך יצירת מושגים חדשים.

בחברת החשובה והמקיפה שלפניכם תוכלו לנוע במרחב הכולל סוגיות רווחה ובריאות השלובות זו בזו ולקרוא מאמרים שיסייעו להתמודד עם תופעת השבריריות (frailty) המאופיינת באיטיות וירידה בתיאבון ובמשקל. צמצום הרזרבות במערכות החיוניות בגוף, המועצמת בנוכחות מחלות כרוניות וריבוי תרופות.

החשיבות של שימור יכולות והכנה לזיקנה, קידום בריאות, הקפדה על היבטי תזונה, בליעה ואכילה כמו גם תמיכה ושימור ביכולת השמיעה, באנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית, יסייעו בשימור ובדיוק שגרת היומיום כך שתאפשר לדחוק תלות נוספת, להימנע מתשישות ולשמר יכולות ככל הניתן, ולספק משאבים פסיים וקוגניטיביים מספקים להתמודדות בעת משבר בריאותי או רווחתי. אני מבקשת להודות לכל מי שתרום להוצאת החוברת לאור ולקדם בברכה את המשך שיתוף הפעולה הפורה לרווחת ולבריאות אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית.

בברכה,

ד"ר שגית ארבל אלון
רופאה ראשית
מנהלת מערך שירותי הבריאות



חוברת זו העוסקת בנושא ההזדקנות, מצטרפת לעשייה ולהשקעה של קרן שלם בפיתוח הידע והכלים של אנשי המקצוע בשיתוף פעולה פורה וברוך שנים עם מינהל מוגבלויות במשרד הרווחה והארגונים המפעילים.

ההתמודדות עם אתגרי הזקנה משותפת לכולנו. המודעות לתחום עולה עם העלייה שלנו בתוחלת החיים, שהינה אף משמעותית יותר בקרב אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית.

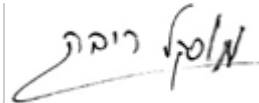
הידע האצור בחוברת זו יסייע לצוותים מקצועיים וגם לבני המשפחה להתמודד טוב יותר עם אתגרי גיל הזקנה ולתת מענים מתאימים, פיזית ורגשית לנשים וגברים עם מש"ה, שזוכים לאריכות ימים וגם בעזרת ידע זה, יוכלו לזכות גם לאיכות חיים טובה יותר גם בשלב זה של חייהם. תודות לכל אנשי המקצוע שהתגייסו לכתובת מאמרים לחוברת, ששיתפו בידע ובניסיון המצטבר שלהם. זוהי החוברת השלישית בסדרת חוברות ההעשרה למדריכים בטיפול ישיר במסגרות.

קרן שלם תמשיך לפעול ולהשקיע בהרחבת הידע בתחום המוגבלות השכלית באמצעות מענקי מחקר ומימון פיתוח תוצרים והמלצות של מחקרים ההופכים גם בעזרתנו, לתוכניות המשפרות ומשנות לטובה חיים של אנשים עם מש"ה ושל הסובבים אותם.

בברכה,

ריבה מוסקל

מנכ"לית קרן שלם



מדריכה, מטפלת יקר/ה,

זוהי החוברת השלישית בסדרת החוברות שמטרתן לארגן ולהנגיש ידע למטפלים ומדריכים בטיפול ישיר במסגרות. המטרה היא לאפשר לכן ולכם, העוסקים במלאכה, לרכוש ידע וכלים כחלק מתהליך התמקצעות תמידי לביצוע תפקידכם על הצד הטוב ביותר עבור מקבלי השירות. ההזדקנות הינה חלק טבעי ממעגל החיים. יחד עם זאת, חובקת בתוכה חששות, סימני שאלה ואף התנגדויות. כל אלה הם מנת חלקם של כולנו, נותני שירות ומקבלי שירות כאחד. החוברת שלפניכם מאגמת בתוכה מידע בסיסי וחשוב אשר יסייע למקבלי השירות, בעזרתכם, להתכונן לקראת שלב זה במעגל החיים. השתדלנו להקיף את מגוון התחומים הרלבנטיים ולחשוף אתכם לזוויות שונות הקשורות במתן שירות וטיפול באדם לקראת זקנה או מזדקן. כמו תמיד, מדובר בחוברת העשרה, החוברת אינה מהוות מסמך מדיניות או נהלים בתחום זה. מומלץ להמשיך ולהעמיק בנושא באמצעות השתלמויות או קריאה נוספת.

אנו רוצות להודות, לכל הכותבים שנענו לבקשתנו ותרמו מזמנם על מנת לשתף ולהציג את הידע והמומחיות שלהם בצורה נגישה ונוחה לקריאה. עוד נבקש להודות לקבוצת המדריכים שמלווים אותנו לאורך כל שלושת החוברות, שקוראים את המאמרים, נותנים משובים ומדייקים את הנכתב כך שיהיה מתאים עבור קהל היעד לחוברת זו. ואחרונות חביבות, נרצה להודות לצוות מכלול - ד"ר עדי לוי ורד ונגה חן, על תרומתם הגדולה בתכלול, עריכה וארגון של המאמרים בחוברת.

"למידה אינה תוצאה של הוראה, אלא של סקרנותו ופעילותו של הלומד". ג'ון הולט

בברכת הצלחה,

נעמה שביט

מנהלת תחום - פיתוח ידע והכשרת כוח אדם
השירות להערכה והכרה, אגף הערכה,
הכרה ותכניות, מינהל מוגבלויות, משרד
הרווחה והביטחון החברתי

שרון גנות

מנהלת ידע ומחקר
קרן שלם

- **ד"ר אביאלי הילה**, קרימינולוגית ועובדת סוציאלית, מרצה וחוקרת מן החוג לקרימינולוגיה באוניברסיטת אריאל, ועמיתת מחקר במרכז מינרבה לחקר אוכלוסיות מודרות בזקנה באוניברסיטת חיפה. עוסקת בחקר המשפחה המזדקנת והאדם המזדקן המתמודד עם מוגבלות פיזית ונפשית.
- **פרופ' בנד וינרשטיין טובה**, עו"סית, מרצה וחוקרת בחוג לגרונטולוגיה, הפקולטה למדעי הרווחה והבריאות, אוניברסיטת חיפה, עומדת בראש מרכז מינרבה לחקר אוכלוסיות מודרות. במסגרת מחקרה משלבת בין מוגבלויות, משפחה וזקנה, תוך התייחסות להקשר תרבותי, חברתי ומוסדי.
- **גולדברג מאיר שושנה**, מרפאה בעיסוק ומורשת נגישות השרות, מנהלת מקצועית במילבת שיבא. עוסקת בייעוץ והדרכה על טכנולוגיה מסייעת ונגישות, ובניהול קבוצת מתנדבים שמפתחת טכנולוגיות ייחודיות בנסיבות בהן לא ניתן למצוא מוצרי מדף מתאימים.
- **ד"ר גלייטמן אילנה**, מנהלת שירותי ראייה, שמיעה וטכנולוגיה באגף בכיר הערכה הכרה ותכניות במינהל מוגבלויות שבמשרד הרווחה והביטחון החברתי. בעבר היתה מנהלת השירות לעיוור במשרד. מובילה את מתן השירותים הישירים התאמות ועזרים טכנולוגיים.
- **דוד נירי**, מרפאה בעיסוק ובעלת תואר שני בגרונטולוגיה. כיום מומחית תחום תסמונות נדירות ולקויות פיזיות במתי"א זבולון אשר. מרצה בהשתלמויות לצוותי חינוך בתחום סנגור עצמי, הכנה לחיים ומוגבלות שכלית. בעבר מדריכה ארצית באגף בתחום המש"ה ומדריכה מחוזית בתחום הכנה לחיים. בנוסף, שימשה כמנהלת בי"ס חינוך מיוחד לתלמידים עם מוגבלות שכלית קשה ועמוקה.
- **פרופ' דורון ישראל (איסי)**, LL.B, LL.M., PhD, ראש המרכז לחקר ולימוד הזיקנה וחבר סגל בחוג לגרונטולוגיה מדעי הזיקנה באוניברסיטת חיפה. חוקר ומתמחה בתחום זכויות זקנים, ובהיבטים של הבניה חברתית של הזיקנה. לשעבר יו"ר האגודה הישראלית לגרונטולוגיה, ומייסד עמותת המשפט בשירות הזיקנה.
- **הולר אבי**, מנהל תוכניות בסניף המרכז, אלווין ישראל. תואר שני במדיניות ציבורית וניהול מלכ"רים. מעל 15 שנה, מוביל ומנהל תוכניות יום ותעסוקה לאנשים עם מוגבלות בקהילה. ניהל מערך דיוור של אנשים בוגרים ומזדקנים עם מוגבלות. מר אבי הולר תרם להפקת חוברת זו בכתיבת הקטע בנושא: אתיקה במתן שירות וטיפול באנשים מזדקנים עם מוגבלות שכלית, ביחד עם יערה הספל.
- **הספל יערה**, מנהלת מרכז התעסוקה ומרכז היום לגמלאי בחולון, אלווין ישראל. מעל לעשרים שנה מנהלת ומובילה תוכניות יום לאנשים עם מוגבלות. גב' הספל תרמה להפקת חוברת זו בכתיבת הקטע בנושא: אתיקה במתן שירות וטיפול באנשים מזדקנים עם מוגבלות שכלית, ביחד עם מר אבי הולר.
- **ישראלי סיגל**, תזונאית קלינית, B.sc Nutr, בוגרת החוג למדעי התזונה בפקולטה לחקלאות ברחובות של האוניברסיטה העברית מ-1996. עבדה בבית החולים איכילוב, בקופת חולים כללית, במרפאת מתבגרים של עיריית תל אביב-יפו וכתזונאית במשרד הרווחה וביטחון החברתי. משנת 2010 משמשת כתזונאית הראשית במערך שירותי הבריאות של משרד הרווחה וביטחון החברתי, ואחראית לקביעה וביצוע מדיניות מערך התזונה והדיאטה במשרד כולו על מסגרותיו הרבות והמגוונות.
- **כהנא כרמית**, M,Sc.P.T פיזיותרפיסטית ארצית במערך שירותי הבריאות של משרד הרווחה והביטחון החברתי. גב' כהנא תרמה להפקת חוברת זו בכתיבת הקטע על קידום בריאות מיטבית בגיל זקנה בקרב אנשים עם מש"ה-היבטים של תנועה ופעילות גופנית, ביחד עם גב' תמר נוב.
- **נוב תמר**, BPT MPH, מנהלת תחום פיזיותרפיה במעון רוגלית, ובמרכז יום לילך. תרמה להפקת חוברת זו בכתיבת הקטע על קידום בריאות מיטבית בגיל זקנה בקרב אנשים עם מש"ה-היבטים של תנועה ופעילות גופנית, ביחד עם כרמית כהנא.

- **ד"ר נסים דליה**, עובדת סוציאלית מומחית שיקום ומורה לחינוך מיוחד. עובדת כמנהלת פדגוגית ומפתחת תכניות במכון טראמפ בבית איזי שפירא. בעבר עבדה במשרד הרווחה והביטחון החברתי בתפקידים שונים וביניהם: ניהול ידע, פיתוח תכניות ותכנון מדיניות. הפרויקט המתואר בפרק שנכתב עבור חוברת זו, פותח במכון טראמפ בבית איזי שפירא יחד עם השותפים קרן שלם, משרד הרווחה, אלווין ישראל ומעונות גל.
- **עמרמי חבצלת**, מנהלת תחום רצף שירותי שיקום ותעסוקה בעמותת צ'יימס ישראל, תואר שני במדיניות ציבורית, מנחת קבוצות ובעלת ניסיון של 30 שנה במתן ופיתוח שירותים חדשים וחדשניים לאנשים בוגרים עם מש"ה במטרה לשלבם בצורה מיטבית בחברה בכלל ובתעסוקה בפרט.
- **ד"ר פאר דנה**, גרונטולוגית, Phd, MA, ומרפאה בעיסוק (BOT), מומחית לדמנציה מדריכה ומייעצת לבני משפחה מטפלים באופן פרטני ובקבוצות תמיכה, מנחה צוותים רב מקצועיים בפיתוח שירותים לזקנים ובני משפחה מטפלים. גב' פאר עבדה עם צוותים רב מקצועיים בבתי אבות, במרכז גריאטרי שיקומי ובקהילה והיא מרצה לאנשי מקצוע, למתנדבים, לזקנים ולבני משפחה במסגרת ארגונים במגוון נושאים מעולם הגרונטולוגיה.
- **קורנברוט פרידה**, M.A. SLP/A, קלינאית תקשורת ראשית במערך שירותי הבריאות במשרד הרווחה והביטחון החברתי. גב' קורנברוט הינה בעלת ניסיון רב בטיפול ושיקום אנשים עם מוגבלויות, עם הדגשה על "אכילה בטוחה", הכוללת הערכה ובניית תכניות לאכילה מותאמת אישית, הדרכת צוות מטפלים ומערך הטיפול כולו, עבודה בצוות הרפואי ומקצועות הבריאות וכתבת נהלים מותאמים לאוכלוסיות מנהל מוגבלויות, כולל נהלי שיקום שמיעה.
- **רדה - גמיש אמבת**, MSW, מנהלת תחום פיתוח שירותי דיור בקהילה, השרות לדיור בקהילה, אגף בכיר דיור, מנהל מוגבלויות משרד הרווחה והביטחון החברתי. במסגרת תפקידה אחראית על פיתוח תכניות יחודיות המקדמות לחיים עצמאיים בדיור.
- **שביט נעמה**, MSW, מנהלת תחום פיתוח ידע והכשרות כוח אדם, בשירות הערכה והכרה, אגף בכיר הערכה, הכרה ותכניות, מינהל מוגבלויות משרד הרווחה והביטחון החברתי. במסגרת תפקידה, אחראית גם על הטמעת ידע על הטיפול באנשים עם מוגבלות, בקרב העובדים בתחום, לטובת מתן טיפול מיטבי ומקצועי.
- **שדלובסקי - פרס יעל**, MScOT מרפאה בעיסוק ראשית במערך שירותי הבריאות במשרד הרווחה והביטחון החברתי. בעלת ניסיון רב שנים בעבודה עם אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית ומרצה בחוגים לריפוי בעיסוק.
- **שלהב - דורון ענת** - שלהב דורון ענת, MSW, פסיכותרפיסטית, עו"ס מומחה בתחום שיקום תעסוקתי מנהלת תחום פיתוח ושילוב בתעסוקה השירות לבוגרים מזדקנים ותעסוקה, אגף בכיר קהילה מנהל מוגבלויות, משרד הרווחה והביטחון החברתי. במסגרת תפקידה ענת אחראית גם על פיתוח תכניות בשירות בפרט בפיתוח מודלים לטיפול בהזדקנות אוכלוסיית אנשים עם מוגבלות על פי רמות תפקוד. כמו כן אחראית על תכניות שילוב בתעסוקה ע"פ רצף מסגרות התעסוקה וביניהן קבוצות עבודה בשוק פתוח, שילוב פרטני, תכניות הכשרה אבחון ותעסוקה ומכללות תעסוקתיות.
- **תנא-מלחי יעל**, MSW, עו"ס, מנהלת מערך הדיור של עמותת אקים חדרה והשומרון. מטפלת ומלווה במשך שנים רבות באנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית במסגרות דיור ותעסוקה.

מיפוי מאמרים בחוברת על פי מאפיינים

מאמרים רלוונטיים	מאפיינים
<ul style="list-style-type: none"> • מענים בתחום התעסוקה לאנשים מזדקנים וזקנים עם מש"ה במשרד הרווחה והביטחון החברתי/ ענת שלהב - דורון • לקראת זקנה- תכנון עתידי, שימור יכולת והכנה לקראת זקנה בקרב אנשים עם מש"ה/ יעל שדולבסקי - פרס • קידום בריאות מיטבית בגיל זקנה בקרב אנשים עם מש"ה- היבטים של תנועה ופעילות גופנית/ תמר נוב וכרמית כהנא • היבטי התזונה בקידום בריאות מיטבית בגיל הזקנה בקרב אנשים עם מש"ה/ סיגל ישראלי • בליעה ואכילה בהזדקנות אצל אנשים עם מש"ה/ פרידה קורנברוט • שיקום שמיעה בקרב אנשים עם מוגבלות שכלית, בדגש על תהליך ההזדקנות הטבעית/ פרידה קורנברוט • שימור איכות החיים של אנשים מזדקנים עם מוגבלות שכלית- מודל לתכנית/ שירות בקהילה/חבצלת עמרמי • אובדנים בזקנה אצל אנשים עם מש"ה/ יעל תנא - מלחי 	<p>מאפיינים גופניים (תוחלת חיים קצרה והזדקנות מוקדמת ומואצת, עלייה בסיכוי לחלות במחלות שונות בגיל מוקדם יותר, שינויים הורמונליים)</p>
<ul style="list-style-type: none"> • סיפורה של ליאת- הצוות כמשפיע על חווית זיקנה מיטבית/ נעמה שביט • שירותי דיור לאנשים מזדקנים עם מש"ה/ אמבת רדה-גמיש • לקראת זקנה- תכנון עתידי, שימור יכולת והכנה לקראת זקנה בקרב אנשים עם מש"ה/ יעל שדולבסקי - פרס • שימור איכות החיים של אנשים מזדקנים עם מוגבלות שכלית- מודל לתכנית/ שירות בקהילה/חבצלת עמרמי • פיתוח תכנית להנגשת הזקנה לאנשים עם מש"ה/ ד"ר דליה ניסים • אובדנים בזקנה אצל אנשים עם מש"ה/ יעל תנא - מלחי • הזדקנות המשפחה עם בן בוגר בעל מש"ה/ פרופ' טובה בנד וינטרשטיין וד"ר הילה אביאלי 	<p>מאפיינים רגשיים (בעיות רגשיות או נפשיות נלוות למש"ה, קשיים רגשיים הקשורים לתהליך ההזדקנות עצמו, התמודדות עם אובדנים ומצבי משבר, בדידות, ירידה במוטיבציה ובהשתתפות בפעילויות חברתיות- שינויים במצב הרוח והמצב הנפשי עד דכאון).</p>
<ul style="list-style-type: none"> • שירותי דיור לאנשים מזדקנים עם מש"ה/ אמבת רדה - גמיש • אתיקה במתן שירות וטיפול באנשים מזדקנים עם מש"ה/ יערה הספל ואבי הולר • לקראת זקנה- תכנון עתידי, שימור יכולת והכנה לקראת זקנה בקרב אנשים עם מש"ה/ יעל שדולבסקי - פרס • אובדנים בזקנה אצל אנשים עם מש"ה/ יעל תנא - מלחי • טכנולוגיה מסייעת- התאמת הסביבה הפיזית לצרכי מזדקנים עם מש"ה/ שושנה גולדברג - מאיר • התאמה אישית של טכנולוגיה מסייעת/ ד"ר אילנה גלייטמן 	<p>מאפיינים חברתיים (עלייה בבדידות, התרופפות קשרים חברתיים, צמצום העולם החברתי, עלייה בתלות באדם אחר, ירידה בתחושת ערך עצמי)</p>

- [סיפורה של ליאת- הצוות כמשפיע על חווית זיקנה מיטבית/ נעמה שביט](#)
- [מענים בתחום התעסוקה לאנשים מזדקנים זקנים עם מש"ה במשרד הרווחה והשירותים החברתיים/ ענת שלהב - דורון](#)
- [אתיקה במתן שירות וטיפול באנשים מזדקנים עם מש"ה/ יערה הספל ואבי הולר](#)
- [לקראת זקנה- תכנון עתידי, שימור יכולת והכנה לקראת זקנה בקרב אנשים עם מש"ה/ יעל שדלובסקי - פרס](#)
- [קידום בריאות מיטבית בגיל זקנה בקרב אנשים עם מש"ה- היבטים של תנועה ופעילות גופנית/ תמר נוב וכרמית כהנא](#)
- [שימור איכות החיים של אנשים מזדקנים עם מוגבלות שכלית- מודל לתכנית/ שירות בקהילה /חבצלת עמרמי](#)
- [אובדנים בזקנה אצל אנשים עם מש"ה/ יעל תנא - מלחי](#)
- [הזדקנות המשפחה עם בוגר עם מש"ה/ פרופ' טובה בנד וינטרשטיין וד"ר הילה אביאלי](#)

מאפיינים קוגניטיביים (ירידה בתפקודי הזכרון, הלמידה, קשב וריכוז, התמצאות במרחב, גמישות מחשבתית וביכולת לתקשר בעל פה ובכתב, שינויי התנהגות על רקע שינויים קוגניטיביים)

- 13..... סיפורה של ליאת - תיאור מקרה- הצוות כמשפיע על חווית זקנה מיטבית/נעמה שביט
- 16..... מאפיינים של הזדקנות בקרב אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית/ ד"ר דנה פאר
- 19..... עמדות כלפי הזדקנות ("גילנות")/ פרופ' ישראל איסי דורון
- 21..... עמדות של אנשים עם מש"ה כלפי הזדקנות/ נירי דוד

- 23..... **אשכול שירותים והתאמות**
- מענים בתחום התעסוקה לאנשים מזדקנים וזקנים עם מוגבלות שכלית התפתחותית במשרד הרווחה והביטחון
 החברתי/ ענת שלהב - דורון
- 23.....
- 25..... שירותי דיור לאנשים מזדקנים עם מוגבלות שכלית התפתחותית/ אמבת רדה - גמיש
- 26..... אתיקה במתן שירות וטיפול באנשים מזדקנים עם מוגבלות שכלית התפתחותית/ יערה הספל ואבי הולר
 טכנולוגיה מסייעת - התאמת הסביבה הפיזית לצרכי מזדקנים עם מוגבלות שכלית התפתחותית/
- 28..... שושנה גולדברג - מאיר
- 30..... התאמה אישית של טכנולוגיה מסייעת/ ד"ר אילנה גלייטמן

- 32..... **אשכול בריאות ואורח חיים בריא**
- לקראת זקנה - תכנון עתידי, שימור יכולת והכנה לקראת זקנה בקרב אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית/
 יעל שדלובסקי - פרס
- 32.....
- קידום בריאות מיטבית בגיל זקנה בקרב אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית - היבטים של תנועה ופעילות
 גופנית/ תמר נוב וכרמית כהנא
- 34.....
- היבטי התזונה בקידום בריאות מיטבית בגיל הזקנה בקרב אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית/
 סיגל ישראלי
- 36.....
- 38..... בליעה ואכילה בהזדקנות אצל אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית/ פרידה קורנברוט
- 41..... שיקום שמיעה בקרב אנשים עם מוגבלות שכלית, בדגש על תהליך ההזדקנות הטבעית/ פרידה קורנברוט

- 43..... **אשכול היבטים של איכות חיים**
- 43..... שימור איכות חיים של אנשים מזדקנים עם מוגבלות שכלית, מודל לתכנית בקהילה/ חבצלת עמרמי
- 45..... פיתוח תכנית להנגשת הזקנה לאנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית/ ד"ר דליה נסים
- 48..... אובדנים בזיקנה אצל אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית/ יעל תנא-מלחי
- הזדקנות המשפחה עם בן בוגר עם מוגבלות שכלית התפתחותית/ פרופ' טובה בנד
- 50..... וינטרשטיין וד"ר הילה אביאלי

סיפורה של ליאת – תיאור מקרה

הצוות כמשפיע על חווית זקנה מיטבית

מאת: נעמה שביט, בשיתוף עם עם זכאי בן אשר, יהודית גשן, פבלו פרידלנדר, מרים וניצנית כהן.

ליאת בת 49, מאובחנת עם תסמונת דאון ומוגדרת היום עם מוגבלות שכלית התפתחותית ברמה קשה (עם אלצהיימר). ליאת נשואה לרם, מזה כ- 20 שנים. הצוות שטיפל בליאת לאורך שנים ארוכות, התכנס לספר על התהליך והליווי לאורך 4 השנים האחרונות למגוריה במערך. התיאור של ליאת, סיפורים על חייה ועל קשריה, גורמים לכולם להיזכר ולצחוק בגעגוע על הדמות הדומיננטית והפיקחית שהייתה. ליאת מתוארת, כאישה מטופחת, נבונה, פעילה, חברותית ואהודה. היא נולדה וגדלה בקיבוץ, שם משפחתה מתגוררת עד היום. בגיל 25, התקבלה ליאת, בעקבות בן זוגה רם, למערך דיור של אקו"ם בשפלה. בעת קליטתה למסגרת, היא הייתה מאובחנת עם מוגבלות שכלית התפתחותית ברמה קלה. במסגרת הדיור היא התפתחה ורכשה מיומנויות חיים חשובות, בתחומי היומיום, התעסוקה והחברה. ליאת הכירה את בן זוגה, רם, כאשר למדו בפרויקט של פרופ' פוירשטיין בירושלים וביחד בנו את הקשר הזוגי עד לחתונה ומגורים משותפים. חברי הצוות משתפים שהתוכניות האישיות שנבנו בשיתוף עם ליאת, עסקו ברכישת מיומנויות לניהול הבית, כמו בישול וניקיון, כיון שבני הזוג חלמו לעבור ליחידת דיור משלהם. הצוות מתאר בחום ובחיבה שליאת למדה מאוד מהר להכין ארוחות קלות ולהפעיל מכונת כביסה למשל, ומציין שהיא אף למדה איך להפעיל את בן זוגה לעשות זאת למענה ואיתה.

לליאת היה חשוב המראה החיצוני, הטיפוח והחן. היא הייתה מתארגנת מול המראה, מודעת לשילוב הבגדים, לשיער מסורק ולקרמים. הזוגיות שלה עם רם, הייתה בראש סדר העדיפויות שלה. הם נהגו לצאת לבילויים רבים משותפים ואינטימיים, כגון ארוחות, הצגות, טיסות לחו"ל ועוד.

ההורים משני הצדדים תמכו בזוגיות היפה ומעוררת ההשראה. זוגות רבים היו שואפים לקשר המחויב והנאמן הזה. המחשבה שבני הזוג יעברו ליחידת דיור משלהם, הגיעה מבני הזוג ובתמיכת המשפחות. לכן, התוכניות האישיות עודכנו וכללו גם חיזוק מיומנויות אחזקת משק בית וגם חיזוק קשרים חברתיים. הזוג החל לחפש יחידת דיור שתהיה קרובה למסגרות הדיור ולסביבה המוכרת, אך גם רחוקה מספיק למתן תחושת העצמאות. שניהם ציפו לכך מאוד.

ליאת למדה מאוד מהר את המשימות הביתיות. אבל, יום אחד, התקבל דיווח קצת מפתיע, שלא תאם את ההכרות עם ליאת. המדריכה סיפרה, שליאת עומדת מול מכונת הכביסה ומביטה בה, קפואה. ליאת שכחה מה צריך לעשות. זאת לא התנהגות אופיינית. ליאת מסוגלת לפעמים להתחמק ממשימות ותורנויות, אבל אף פעם לא התחמקה בצורה הזאת. "הנורה האדומה נדלקה. אבל לא הבנו מה היא מסמנת".

תחושות הבטן הובילו אותם להעמיק בבידוק. הצעד הראשון, היה להתקשר לאבא, לשתף, ולשאול אם ראה שינוי כאשר היא הגיעה לבקר בבית. אולם, האב תיאר שבבית "ליאת היא אותה ליאת". יחד עם זאת, נזכר שבביקור האחרון היא שכחה את הכללים של משחק הרמי-קוב שהם משחקים תמיד מאז הייתה ילדה קטנה ובכל ביקור. "מוזר שתשכח את הכללים, לא?". מצד שני, אימא של ליאת חלתה וירדה אפשרותה לטפל בליאת ברמה שהייתה רגילה לה כשהיא מגיעה לבקר. אז אולי זאת הדרך שלה לומר לנו שהיא כועסת על אימא שלה? או אולי זאת הדרך שלה לומר לנו שהיא לא רוצה לעבור לגור עם רם ביחידת דיור?

אלו הרבה שינויים עבורה. אמנם זה פירוש הגיוני, אולם עדיין זאת לא התנהגות שמאפיינת את ליאת. לא ככה היא מביעה כעס, עצבות, פחד או אכזבה. תחושות הבטן לא עזבו. צוות המערך ביחד עם המשפחה הרחיב את המעקב. ערכו בדיקות רפואיות, הערכה תפקודית והתייעצו עם הצוות המקצועי במפעל המוגן. הנסיגות לא היו ברורות. קל היה לפספס שמהו קורה אצלה. אפשר למצוא המון הסברים לכל מיני התנהגויות ואמירות של "שכחתי" משום שזה היה בדברים הקטנים ולא באופן קבוע.

רק מי שבאמת מכיר את ליאת ויודע מה התגובות ודפוסיה ההתנהגות שלה, ההרגלים שלה, מה היא אוהבת וממה היא מתחמקת, היה יכול לחשוך שקורה משהו מדאיג. הרי לכל אחד מאתנו יש את הרגעים שהוא נכנס למטבח ושוכח למה, או עולה על האוטובוס הלא-נכון, או מתנתק לכמה רגעים. את ליאת מכירים עם רגליים על הקרקע, עם תושייה, כך שגם אם משהו מבלבל אותה, היא יודעת להתעשת ולהסתדר. לכן, כשמחברים את נורות האזהרה אפשר להבין שמהו קורה ושיש צורך בפניה אל גורמים מומחים. לא הייתה כלל מחשבה שליאית עם דמנציה או עם סממנים ומאפיינים של הזדקנות. היא צעירה ובת 48, וכן מערך הדיור מנוסה ובקיא בזיהוי ובליווי דיירים מזדקנים.

מנהלת ההוסטל הסבירה כי "ליאת לא איבדה מיד את כל היכולות שלה. היה חשוב לתת לה תחושה שיש חלקים בחייה שהיא שולטת בהם ועצמאית. היינו כל הזמן עם היד על הדופק. בנינו עוד ועוד תכניות שהתאימו לה, ואפשרו לה להמשיך בשגרה שהיא אוהבת אך בסביבה מוגנת ובטוחה".

בשלב מסוים, ליאת לא יכלה עוד להמשיך לגור בדירה לעצמאית. הפחד היה שיום אחד היא תצא מהדלת ולא תדע איך לחזור. עלתה התלבטות לאיזו מסגרת מגורים ליאת מתאימה, וביחד עם האב, התקבלה החלטה על מעבר של בני הזוג לדירת המזדקנים. זאת לא הייתה החלטה פשוטה, שכן ליאת עוד צעירה ונראית צעירה, ובנוסף, הבלבול שלה לא היה קבוע לאורך כל היום.

כל ההתייעצויות הרפואיות הצביעו על דרך מאוד קשה שיש לעבור. בתקופה זו נערכו התייעצויות עם רופאים שונים שנבחרו על ידי האב המודאג. חוות הדעת היו פסימיות והכינו את בני המשפחה ואת הצוות להמשך נסיגות תפקודיות בעתיד. נערכו ישיבות רב-מקצועיות של צוות המערך בשיתוף הפיקוח ויועצי המינהל. התכנית האישית של ליאת התעדכנה לאחר כל מתן יעוץ והנחיה של בעלי המקצוע, ובהתאם להשפעת המחלה על תפקודיה ויכולותיה של ליאת. תכנית הפנאי השתנתה והצורך בליווי ובסיוע התרחב לכל תחומי החיים. לאורך שלוש השנים, נערכו שלוש ועדות אבחון, בזמנים בהם זוהו ירידות תפקודיות משמעותיות. הועדות הציגו דרכי טיפול בהתאם לשינויים התפקודיים.

רם לא הבין מה עובר על ליאת. המחויבות שלו כלפי ליאת הייתה מאוד גבוהה והיה לו מאוד קשה להבין או להסביר את התנהגותה. בהתחלה, ליאת נשענה עליו ונעזרה בו רבות והוא נענה לכך ברצון. הוא האמין שזה תפקידו כבן זוג, אולם, מצד שני הוא ציפה שהמצב ישתפר והיא תחלים. הניגודיות הזו הובילה את רם לתסכולים רבים, והיה צורך לסייע לו לבטא את הקושי באופן אדפטיבי בתוך שיחות פרטניות עם עו"ס המסגרת. אובדני התפקוד של ליאת היו רבים ומהירים, וכללו קשיים בהתמצאות בתוך הבית, אובדן שליטה בצרכים, התקפי זעם שאופיינו בצעקות ואלימות כלפי עצמה וכלפי סביבתה. חלק מהכעסים הופנו אל רם כשהתקרב אליה, אך גם כשהתרחק ורצה לצאת לפעילות מחוץ לבית. רכזת הבית מספרת שהיה קשה להסביר לו מה קורה. "הוא אדם שמחפש חום ומגע" היא אמרה, הוא היה נעלב ומוטרד מהבכי של ליאת כאשר היה יוצא לפעילות מחוץ לתחומי הבית. רם היה מוכן לוותר על הבילויים, וההתלבטות בין הצרכים שלו לבין הצרכים של ליאת - הייתה קשה עבורו. לכן, התעורר צורך לסייע לו בתהליך של נפרדות בעודם גרים ביחד. ניתנו לו אפשרויות שונות לבחירה, כגון לישון בחדר אחר או לעבור לדירה עם חברים. קבלת ההחלטה הייתה מאוד קשה לאחר זוגיות של 20 שנים.

הצוות מתאר, "אנחנו הצוות אהבנו אותה מאוד. התינוקת שלנו. הכי צעירה וזקוקה לכל כך הרבה עזרה. שמרנו על הטיפוח והחזות החיצונית שלה כמו שהיא אוהבת. הקפדנו שתלבש את הבגדים היפים והאהובים שלה, תמרח קרמים, תשים לק וצבע לשיער. היה לנו חשוב לשמור בשבילה על הדברים שאהבה לעשות לעצמה. כשהיא הייתה בהתקף של צעקות היינו נכנסות איתה לחדר, מספיק להיות לידה, קצת קול ומגע מנחם, והיא הייתה נרגעת. אי אפשר היה לדעת מה יגרום לה להתקף זעם. אבל הצלחנו לעזור ולהרגיע. בשלב מסוים לליאת לא היה כוח, לכלום. היא הפסיקה לדבר, סירבה לאכול, היה קשה מאוד לשכנע אותה לאכול והיא ירדה המון במשקל. ליאת הייתה יכולה להיות במיטה למשך שעות. היו עוברים איתה מהחדר, לסלון, לחצר.

היא התחילה להתאשפז לעיתים קרובות בבית החולים. אחרי כל אשפוז היא הייתה קצת פחות. הרגשנו שהטיפול בה דורש יותר, ופחות תלוי בקשר שלנו איתה וביכולת שלנו לגרום לה לשתף פעולה. מהאשפוז האחרון, ליאת כבר לא חזרה. אחרי האשפוז היא עברה לבי"ח שיקומי, וכשהסתיים תהליך השיקום היא עברה למעון. הקורונה לא אפשרה לבקר אותה. כשאביה היה מבקר אותה, הייתה הזדמנות לשיחת וידאו עם הצוות ועם רם. היא נראתה הרבה יותר טוב. היא השמינה והפנים שלה נראו אחרת. לפעמים בשיחות הווידאו נראה שהיא הצליחה לזהות אותנו והייתה שמחה, אך לפעמים היא נראתה אדישה."

הצוות משתף בגילוי לב שלאורך כל הטיפול בליאת בשנים האחרונות הם שאלו את עצמם שאלות כמו: מה הכי נכון לה? מה נכון לזוגיות שלהם?, איך לטפל בה נכון?. מצד אחד התפתחות המחלה השפיעה על הירידה התפקודית והרגשית שלה, ומצד שני איך להתמודד אל מול משפחתה ובן זוגה ולהכיל את קצב השינויים והצרכים המשתנים, כדי לשמור על איזון עדין ולהחזיק מכל הכיוונים את מכלול הצרכים וקשת הרגשות. במהלך השיחה עם הצוות, קל היה לזהות שהם היו מוכרחים להחזיק את הפחדים והדאגות של עצמם. השאלות והחששות שחלקם לא נאמרו בקול רם עדיין הדהדו בחלל האוויר. השאלות המרכזיות היו - האם ליאת תצליח לפתח אמון כלפי צוות לא מוכר במצבה הנוכחי? האם צוות חדש ילמד להכיר אותה ואת מה שהייתה? האם ידע לטפל בה כפי שהיא הייתה רוצה? האם הם ידעו שהיא אוהבת טיפוח וידעו לטפח אותה כמו שהיא אוהבת בדיוק? מי ידע להרגיע אותה רק בזכות הקשר והאמון שיש לליאת כלפי הצוות?

מדריכתה של ליאת, מסכמת את השיחה ואומרת שנעים לה להיזכר בליאת. לראות את התהליך ממעוף הציפור זה דבר שמרגש אותה. היא מספרת שהיא חששה לליאת, וחששה שלא תזכה לטיפול האמפתי, אבל, כשהיא רואה אותה בוידאו היא מבינה שליאת מקבלת את כל הטיפול הנדרש בשלב זה של חייה. מנהלת המסגרת משלימה את דבריה ואומרת, שהיא שלמה עם כל הדרך שהצוות ליווה את ליאת, את אבא של ליאת ואת רם. "הליווי של ליאת היה שונה מכל ליווי של דייר אחר. הצוות התאים את הטיפול לדיירת מזדקנת וצעירה בגילה, שמנהלת חיי זוגיות בבריאות ובחולי. ניהול הטיפול היה מורכב ורב-מערכתי, מה שמותיר המון רושם והשראה להמשך".

כשהצוות נשאל לגבי מסקנה מהשיח על ליאת, הם השתקו לרגע, ובהמשך, מבין המילים, אפשר היה לשמוע שהם מסכימים שהחשוב מכל היה להכיר את ליאת מחדש כל פעם, להבין מה השתנה ומהו הצורך החדש, ובהתאם לבנות את התכנית שתתאים. "התמיכות חייבות להתאים לאותו פרק הזמן, ולהשתנות ביחד עם האדם, כדי לתת תחושה של תמיכה ולא לקחת את תחושת היכולת והשליטה שלו".

מאפיינים של הזדקנות בקרב אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית

מאת: ד"ר דנה פאר

תוחלת החיים של אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית בישראל היא 61 שנים (בממוצע) לעומת 81 שנים (בממוצע) באוכלוסייה הכללית. באופן כללי, בישראל כ-30% מהאנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית הם בני 45 ומעלה, ומתוכם כ-4% בני 65 ומעלה.

כיום ההתייחסות לזקנה היא ביחס לגיל התפקודי, המשקף את הקשר שבין תהליכים ביולוגיים לבין יכולותיו התפקודיות במישור החברתי, הפיזי והקוגניטיבי. ההתייחסות לגיל כרונולוגי היא לצורך קביעת זכויות, כמו קצבת פרישה או שירותים מיוחדים. בדומה לתהליך ההזדקנות באוכלוסייה הכללית, גם אצל אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית ההזדקנות מאופיינת בשינויים גופניים, קוגניטיביים וחברתיים, שלרוב אינם מתרחשים במקביל ובאופן אחיד.

ארגון הבריאות העולמי קבע ב-2001 שאנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית (ובעיקר אלה עם תסמונת דאון) מזדקנים מוקדם יותר ובקצב מואץ יותר מכלל האוכלוסייה. כשליש מהאנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית בני 40 ומעלה סובלים מלקות בראייה, כחמישית סובלים מלקות בשמיעה, כחמישית מבעיות לבביות וכשליש מבעיות דנטליות.

מאפיינים גופניים:

באופן כללי, ניתן לומר שהגוף האנושי איננו מתוכנן ל-80 שנות חיים, כך שככל שהאדם מזדקן עולה הסיכוי שיחלה במחלות שונות, ואף שיחווה שחיקה בפעילות ובתפקוד של איברים שונים. שינויים תלויי גיל מופיעים בכל מערכות הגוף וקשורים למגוון גורמי רקע, ביניהם נטיות גנטיות, פציעות וטראומות גופניות מהעבר, תזונה ופעילות גופנית, מודעות וטיפול עצמי.

גורם הסיכון המשמעותי ביותר למזדקנים עם מוגבלות שכלית התפתחותית הוא השמנת יתר, המביאה להשלכות בריאותיות שונות כגון: יתר לחץ דם, טרשת עורקים, יתר שומנים בדם, אירוע מוחי ועוד. בנוסף, העלייה בתוחלת החיים מביאה גם לעלייה בשכיחות הופעתן של מחלות ממאירות בקרב אוכלוסייה זו. אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית חולים יותר בסרטן בדרכי העיכול ופחות בסרטן ריאות, שד או ערמונית. סקרי בריאות מראים ששיעור החולים בסוכרת בקרב מזדקנים עם מוגבלות שכלית התפתחותית נמוך בהשוואה לאוכלוסייה הכללית, אולם, הסברה היא שנתון זה מושפע מחוסר אבחון ודיווח. יש לציין גם שכיחות גבוהה יחסית של פעילות לקויה של בלוטת התריס (בעיקר תת פעילות), יתר לחץ דם ועצירות כרונית. גם מחלות שריר שלד שכיחות יותר בקרב מזדקנים עם מוגבלות שכלית התפתחותית, בין היתר בשל שימוש רב-שנים בתרופות שונות (כגון תרופות למניעת פרקוסים).

שינויים הורמונליים - נשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית חוות שינויים הורמונליים האופייניים לגיל המעבר כבר מגיל 50 (ומגיל 45 לנשים עם תסמונת דאון). שינויים אלו מלווים בחילוף חומרים איטי יותר והשמנה, שינויים בשינה, גלי חום, שינויי מצב רוח, ואף ירידה ביעילות המערכת החיסונית. גם הגברים חווים שינויים הורמונליים עם תסמינים כגון: חרדה, דיכאון ותשישות.

מאפיינים רגשיים:

מזדקנים עם מוגבלות שכלית התפתחותית סובלים לעיתים קרובות מבעיות רגשיות או נפשיות נלוות, כגון דיכאון, הפרעות התנהגות ועוד. לעיתים, הבעיות הללו התחילו כבר בתקופת חיים מוקדמת יותר ומלוות את האדם בהזדקנותו.

נוסף על כך, עשויים להופיע קשיים רגשיים הקשורים לתהליך ההזדקנות עצמו, כגון דאגות הקשורות לגיל מתקדם, לאובדן של בני משפחה או חברים, להגברת התלות באחר ולפחד ממוות. הזדקנות באופן כללי מאופיינת באובדנים מצטברים, כך שעלולים להופיע לחצים נפשיים מרובים הנובעים ממצבי משבר כמו פרידה, אובדן ושכול של קרובי משפחה, חברים ואנשי צוות במסגרת הטיפולית. בנוסף, בדומה לכלל האוכלוסייה, מזדקנים אלה חווים עלייה בתחושת הבדידות, ואף ירידה במוטיבציה ובהשתתפות בפעילויות חברתיות. מצבים אלו עשויים להיות בעלי השפעה ישירה על ההתנהגות ועל שינויים קיצוניים במצב הרוח ובמצב הנפשי, עד כדי התפתחות דיכאון.

מאפיינים חברתיים:

בקרב מזדקנים עם מוגבלות שכלית התפתחותית חלים שינויים במישור החברתי, בעיקר עלייה בבדידות, עלייה בתלות האדם באדם אחר וכן ירידה בתחושת הערך העצמי. הרשת החברתית שלהם היא מוגבלת ולרוב איננה כוללת בן/בת זוג, ילדים או קרובי משפחה שאיתם הם מקיימים קשר אינטנסיבי. רבים מהם תלויים ונסמכים על אנשי מקצוע או על קרובי משפחה אחרים לצורך ביצוע משימות היומיום. תקופת הזיקנה מאופיינת בהתרופפות קשרים משפחתיים בשל הזדקנות האדם ואף הזדקנות הוריו. לעתים קשרים משפחתיים מתנתקים לגמרי עקב פטירת ההורים והיעדר אחים נוספים. כך הם עלולים להישאר ללא עורך משפחתי. מצב זה עלול להיות מלווה בחוויות של דיכאון, נטישה וחרדה קשה, מחשבות על מוות, אי וודאות ופחדים רבים.

בנוסף, מעבר מהבית שלהם למקום מגורים נתמך, עלול לצמצם את העולם החברתי של מזדקנים עם מוגבלות שכלית התפתחותית, משום שנכפה עליהם מעבר מסביבה חברתית מוכרת לסביבה שאיננה מוכרת. מעבר זה עשוי להביא לכך שיסבלו מקשיי הסתגלות ויתקשו להכיר אנשים חדשים, יצרכו פחות שירותי קהילה וכך יצמצמו עוד יותר את גבולות האינטראקציה החברתית שלהם.

על פי האגודה האמריקאית למוגבלות שכלית התפתחותית, בילוי בשעות הפנאי נחשב לאחד מעשרת תחומי החיים המשמעותיים בסדר יומו של האדם. בגיל הזקנה מתרחשים שינויים תפקודיים המשפיעים על תחום פעילות זה, ובהם הפרישה מהעבודה וצמצום הרשת החברתית הקרובה. לכאורה, שינויים אלה מאפשרים זמן רב לפיתוח פעילויות פנאי. עם זאת, לעתים קרובות מתרחשת ירידה משמעותית בתפקוד הפיזי וברמת העניין והמוטיבציה לבילוי, וכתוצאה מכך קיימת ירידה בהשתתפות בפעילויות בילוי ופנאי דווקא כאשר גובר הצורך בהשתתפות בפעילויות מסוג זה.

מאפיינים קוגניטיביים:

השינויים החלים במישור הקוגניטיבי הם בעיקר ירידה תפקודית בזיכרון, ביכולת הלמידה, ביכולות הקשב והריכוז, בהתמצאות במרחב, בגמישות המחשבתית וביכולת לתקשר בעל פה ובכתב. חשוב להתייחס לשינויים קוגניטיביים בהשוואה למידע על המזדקן עוד לפני שהופיעו השינויים - ההשוואה תמיד תהיה פרטנית (כלומר ביחס לאדם) ולא רק ביחס למדדים אובייקטיביים.

שינויי התנהגות אשר יופיעו על רקע שינויים קוגניטיביים האופייניים לדמנציה¹, יהיו למשל: אי-שקט, אפתיה, שינויים בשינה והזיות. הטיפול, הליווי וההתמודדות עם שינויי התנהגות הנובעים מהדמנציה - עשויים להיות מאתגרים. נכון לתחילת 2021, מתמקד הטיפול בעיקר בהתערבויות לא תרופתיות. לעתים יש צורך בשילוב תרופות הרגעה או אנטי-פסיכוטיות שונות, שאינן ספציפיות לדמנציה.

השלכות ייחודיות למזדקנים עם משה:

- עבור כל מזדקן, מצבים גופניים, מחלות ושינויים גופניים עשויים להתבטא באופן שונה מאשר אצל אנשים צעירים. לעתים יופיעו קודם כל שינויים בהתנהגות או שינויים קוגניטיביים - עוד לפני שיהיה תסמין גופני מובהק.

- על כן, שינוי משמעותי בהתנהגות או בקוגניציה (בהשוואה למה שמכירים את האדם מהעבר) מחייב להתחיל בבירור רפואי וגופני, גם אם אין דיווח על תסמינים גופניים.
- באופן כללי, ידוע ששינויים קוגניטיביים משפיעים על היכולת של כל אדם לדווח על כאב, וידוע שיש תת-אבחון של כאב בקרב זקנים הסובלים משינויים קוגניטיביים. לכן, צריך להתייחס לכך שיתכן ויש כאבים לא מדווחים אשר גורמים בין היתר לשינויים התנהגותיים או קוגניטיביים, בעיקר כאבים במפרקים. העניין חשוב במיוחד בנוגע למזדקנים עם מוגבלות שכלית התפתחותית, בשל השכיחות המוגברת למחלות שריר שלד בקרב אוכלוסייה זו. למשל, כאבים שמקורם בשברים כרוניים (על רקע אוסטיאופורוזיס לא מטופל) עשויים להסביר תופעות התנהגותיות (חדשות) של אי-שקט, צמצום בפעילות באופן כללי וצמצום חברתי.
 - שינויים בחושים אף הם מתגברים עם העלייה בגיל, והם חלק טבעי מהשחיקה של איברי החישה אצל כל מזדקן. מזדקנים עם מוגבלות שכלית התפתחותית עלולים שלא להיות מודעים לשינויים אלו ולא לשתף או לדווח על כך. מומלץ מאוד להקפיד על בדיקות תקופתיות על מנת לצמצם או להאט את ההשפעה והתקדמות של חלק מהבעיות הללו.

¹ דמנציה היא קבוצה של מחלות ניווניות של המוח, ששכיחותן עולה ככל שעולה הגיל הכרונולוגי, והמוכרת ביניהן היא מחלת אלצהיימר.

עמדות כלפי הזדקנות ("גילנות")

מאת: פרופ' ישראל איסי דורון

הזדקנות היא תהליך ביולוגי טבעי, שניתן לצפייה ומדידה בכלים אובייקטיביים. כחלק מתהליך ביולוגי טבעי זה, כבר מגילאי העשרים המוקדמות, מתחוללת באופן הדרגתי ואישי ירידה במגוון יכולות פיזיות ושכליות. בסופו של התהליך אדם מגיע למוותו בעיקר בשל הירידה ביכולתו של הגוף להמשיך להגן על עצמו מפני מחלות ופגעים אחרים. אולם, תהליך ההזדקנות עצמו הוא איננו מחלה או פגם, וקצב ההזדקנות תלוי במשתנים רבים כגון: תורשה, גנטיקה, סגנון חיים, סביבה, כלכלה ועוד.

זיקנה (או "להיות זקן") לעומת זאת, הינה "המצאה" אנושית. התכנים שלה, המהות שלה, הגבולות והערכים של המושג זיקנה הם תלויי תרבות, תלויי זמן ותלויי מקום. אין שום דבר אובייקטיבי או ניטרלי ב"להיות זקן" ומבחינה ביולוגית-מדעית לא מגדירים אדם כ"זקן".

מחקרים אנתרופולוגיים² בתחום הזיקנה, חושפים כי לאורך ההיסטוריה, חברות אנושיות שונות, הגדירו "זיקנה" בדרכים שונות, והעניקו לה משמעות שונה ומגוונת: חלקן ראו בזקנים כחכמי הקהילה והעניקו להם מעמד וכבוד, וחלקן ראו בהם נטל חברתי, ומצאו דרכים לזנוח אותם או אף להביא להוצאתם מהקהילה. לאורך השנים ובעיקר מאז המהפכה התעשייתית, החל המין האנושי לעשות שימוש גדל והולך בקטגוריה החברתית של "זיקנה". כלומר, להשתמש בגיל הכרונולוגי כמסמל את הזקנים כקבוצה שונה וכדרך לארגן את החברה. הדבר נעשה בעיקר כדי להפריד בין קבוצת האנשים העובדים והפעילים כלכלית, ובין מי ש"יצאו לגמלאות" ונטשו את מעגלי הפעילות החברתית. מצב זה העצים את השונות והנפרדות של הגמלאים והזקנים מיתר קבוצות האוכלוסייה. יש כאלה הגורסים שחלוקה והפרדה זו בין הזקנים ובין יתר חלקי האוכלוסייה הביאה עימה גם לשינוי מהותי ביחס ובעמדות כלפי הזקנים, ולתופעה המוכרת כיום כ"גילנות".

גילנות הוגדרה באופן היסטורי בסוף שנות ה-60 של המאה הקודמת על ידי פרופ' רוברט בטלר כ: "הליך שיטתי של שימוש בדעות קדומות ואפליה של אנשים רק בגלל שהם זקנים, בדיוק כפי שגזענות או מיננות (סקסיזם) עושה זאת בגלל צבע העור או המגדר. אנשים זקנים מקוטלגים כסנילים, כנוקשים במחשבה ובמנהגים, ומיושנים במוסר ובכישורים". במילים אחרות, גילנות, בדומה לתופעות חברתיות דומות כגון גזענות (כלפי שחורים) או מינניות (סקסיזם) (כלפי נשים), או אנטישמיות (כלפי יהודים), או אבליזם/יכולתנות (כלפי אנשים עם מוגבלות) - מייצרת באופן תרבותי קטגוריות חברתיות שאינן מסתפקות בזיהוי ותיוג ה"אחר" בהיבטי שוני "ניטרליים" (כגון צבע עור שונה, או ביולוגיה מינית שונה) - אלא "מלבישות" עליהן תכונות קבוצתיות (שליליות ונחותות) המעוגנות בערכים, מוסר, שיפוט, ויחסי כוח חברתיים.

ההסברים לתופעת הגילנות הינם מרובים. אחד מההסברים המקובלים לתופעה ברמת הפרט היא תיאוריה המוכרת בשם "תיאורית ניהול האימה" (TMT – Terror Management Theory). לפי תיאוריה זו, אנשים מפחדים מהמוות ומנסים להתכחש לסופיות קיומם. בהקשר זה, ההזדקנות והמפגש עם הזיקנה והזקנים, מאלצים את האנשים להתבונן במוות הקרב. הגילנות אם כך, היא פשוט עוד ביטוי לאימה שהמוות וסופיות החיים מטילה על אנשים.

² אנתרופולוגיה - היא ענף מדעי העוסק בחקר האדם, כאשר המוקד המרכזי הוא התרבות. האנתרופולוגיה יוצאת מתוך הנחה כי לאורך השנים האדם פיתח יכולת לראות את העולם בצורה סמלית, ולעצב את עצמו, את החברה ואת העולם כולו, על פי סמלים אלו.

תופעת הגילנות הביאה לכך שהזקנים, כקבוצה, קיבלו לעיתים טיפול רפואי פחות טוב, הוצגו באופן שלילי באמצעי התקשורת, הופלו לרעה בשוק התעסוקה, ובהקשרי חיים רבים אחרים. בנוסף, הגילנות והפנמתה על ידי הזקנים עצמם (או מה שמכונה גם כ"גילנות עצמית"), גורמת לפגיעה חברתית, פסיכולוגית, ובריאותית, באופן שמשפיל ועלול להביא לירידה של ממש ביכולות הפיזיות או הנפשיות של האדם. באופן מצער, תופעת הגילנות מייצרת מציאות חברתית המאפיינת אנשים זקנים כמיושנים, חולים, חלשים, חסרי יכולת, כנטל כלכלי לחברה או כלא-רלבנטיים. ברמה הפוליטית והכלכלית היא יוצרת מציאות בה זקנים הופכים להיות בלתי-נראים, נושא לזלזול או השפלה, או מודרים משוקי התעסוקה והפעילות הכלכלית.

אולם, חשוב לזכור כי עמדות שליליות כלפי זקנים - הן לא גזירת שמיים. בסופו של דבר הם תוצר של תרבות, חינוך וערכים. לכן, ניתן לשנות עמדות חברתיות כלפי זקנים וכלפי הזדקנות - בדיוק כפי שלאורך ההיסטוריה נעשו מהלכים לשינוי עמדות כלפי קבוצות מודרות ומופלות אחרות (למשל, כלפי נשים, שחורים, אנשים עם מוגבלות, ועוד). לכן, בשנים האחרונות ניתן לראות התפתחות של תנועה חברתית אשר מובילים הזקנים עצמם, שאינם מוכנים יותר לקבל את העמדות השליליות או את היחס המגונן המופנה כלפיהם מצד החברה. תנועה זו מביאה עימה רוח חדשה, אשר פועלת במרחב הציבורי, לקידום זכויות אדם לזקנים ולשינוי עמדות הציבור כלפיהם.

כך לדוגמה, ניתן לציין את מאבקו של מר עוזי שדה, מתנדב במשמר האזרחי, שלא איפשרו לו להמשיך ולהתנדב רק בגלל שהגיע לגיל 72; את מאבקו של ד"ר בנימין קלנר, רופא וטייס קרב לשעבר שנאבק בגיל 76 על זכותו לעבוד כרופא ברשות התעופה האזרחית; או את מאבקה של אישה זקנה עם מוגבלות שכלית, שהתנגדה לכך שימונה לה אפוטרופוס בשל סירובה לעבור לבית אבות. בכל המאבקים הללו היה מדובר על זקנים וזקנות שניסו לשלול מהם את זכויותיהם רק בגלל גילם הכרונולוגי ותוך התעלמות מיכולותיהם או רצונותיהם.

עמדות של אנשים עם מש"ה כלפי הזדקנות

מאת: נירי דוד

תוחלת החיים של אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית עולה בשנים האחרונות, וכמו כולנו, גם הם מתמודדים עם אתגרי הזקנה. ארגון הבריאות העולמי קבע את גיל 50 כגיל ההזדקנות עבור אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית, וכבר מגיל 40 הם מתחילים להרגיש תופעות של גיל ההזדקנות. ככל שהתפיסות והעמדות שלנו חיוביות יותר כלפי הזקנה, כך נצלח את התקופה הזו בצורה טובה יותר ונתמודד עם האתגרים בצורה חיובית.

מה חושבים אנשים עם מוגבלות שכלית על הזדקנות?

תפיסה שלילית כלפי הזקנה מביאה אנשים עם מוגבלות שכלית לפחד להזדקן. נראה שהם מושפעים מהסטריאוטיפים שיש לכולנו על גיל הזקנה ומהחברה אשר רואה בגיל הנעורים כאידאל ליופי. על כן הם תופסים את האדם הזקן כאדם "לא יפה", עם קמטים וחוששים להגיע לגיל הזקנה. לכן, קיימת חשיבות רבה לשוחח עימם על הזקנה, להראות שיש צורות שונות להזדקן בהן, לעורר את המודעות לעמדות שלהם ולכך שתהליך ההזדקנות הוא חלק מהחיים של כולנו, ולנסות לעצב את תפיסותיהם כלפי ההזדקנות באופן חיובי יותר. עולם העבודה מקבל חשיבות עליונה אצל אנשים עם מוגבלות שכלית. הוא נתפס כמרחב בטוח ומספק להם קרקע יציבה ותומכת בפיתוח הזהות העצמית. הרצון שלהם הוא להתמיד ולעבוד ולא לפרוש לגמלאות, גם כאשר הם לא מרוצים מהשתכרותם המועטה ומעבודה פשוטה ומונוטונית. כיום יש אלטרנטיבות אחרות לפרישה מהעבודה, בדמות מרכזי יום לגמלאים. חשוב להכיר לאנשים עם מוגבלות שכלית את מרכזי היום, בהם ניתן להמשיך ולחוש משמעותיים, להמשיך להתפתח, ולהמשיך בעיסוקים רבים ומגוונים.

בהמשך לרצון לעסוק בכל העיסוקים אשר ליוו את האדם בצעירותו, יש לתת דגש גם לתחום הפנאי בגיל הזקנה, בשל הזמן הפנוי שנוצר. אנשים עם מוגבלות שכלית רוצים להמשיך ולהשתתף בכל הפעילויות בהן נהנו בעבר, כגון: חוגים, בילויים בחוץ וטיולים. חשוב להתאים את הפעילויות השונות לצרכים ההולכים ומשתנים, כך שאנשים מזדקנים עם מוגבלות שכלית ימשיכו לעסוק בפעילויות פנאי נרחבות, המתאימות להם בהזדקנותם, הן מבחינת התכנים והן מבחינת מורכבות הפעילות. תאוריות של הזדקנות מוצלחת מסבירות לנו שכאשר יש המשכיות למגוון רחב של עיסוקים, ניתן להגיע להזדקנות טובה יותר.

אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית מודאגים מעתיד הוריהם ומהזדקנותם. הוריהם, אשר תומכים בהם כל החיים, מתחילים להיות נזקקים בעצמם. אנשים עם מוגבלות שכלית רוצים לקחת חלק בטיפול בהוריהם, דבר אשר לא תמיד מתאפשר בשל יכולותיהם. הם חוששים מהתמודדות עם בדידות, אשר מגיעה לעיתים כאשר ההורים לוקחים חלק קטן יותר בחייהם ולעיתים אף מתמודדים עם מותם. זוגיות בגיל השלישי מפחיתה את תחושת הבדידות ומעלה את איכות החיים. ככל שבגיל צעיר יותר נטפח את הכישורים החברתיים של אנשים עם מוגבלות שכלית ואת היכולת לקרבה ולאינטימיות, כך הקשרים החברתיים יהיו עמוקים ומשמעותיים יותר גם בגיל הזקנה. תמיכה לא פורמלית יכולה לעזור לאנשים אלו להתמודד טוב יותר עם תחושת הבדידות המציפה בעת ההזדקנות.

נדבך חשוב נוסף באיכות החיים של אנשים עם מוגבלות שכלית, הן בצעירותם והן בהזדקנותם, הוא קבלת החלטות בנוגע לחיים שלהם. הם מוטרדים מסידורי מגורים שעלולים להיות מושפעים מהידרדרות פיזית ביכולות שלהם, והיו רוצים להשפיע על צורת המגורים שלהם.

בנוסף, כל ניהול סיכונים אודות מצבם המביא לעיתים להגבלות בעצמאותם (כמו לצאת לטייל רק בהשגחה, בשל חשש מפילות), חייב להיות בשותפות מלאה איתם ותוך הסבר מקיף ומונגש אודות מצבם הרפואי.

לסיכום, עמדותיהם של אנשים עם מוגבלות שכלית כלפי הזקנה דומות לעמדות של כלל האוכלוסייה ונוספים להן חששות המיוחדים להם. חשוב להעמיק עבורם את הידע בתחום הזקנה, על מנת לפתח בקרבם עמדות חיוביות יותר כלפי הזקנה. חשוב להסביר להם מהן האפשרויות העומדות בפניהם בגיל זה, על מנת שיוכלו לקחת החלטות שקולות על חייהם ובעיקר, חשוב להקשיב לקולם!

מענים בתחום התעסוקה לאנשים מזדקנים וזקנים עם מוגבלות שכלית התפתחותית במשרד הרווחה והביטחון החברתי

מאת: ענת שלהב - דורון

רקע

בישראל יש מעל ל- 100,000 מזדקנים עם מוגבלות שכלית התפתחותית מעל גיל 55. מדובר באוכלוסייה הולכת וגדלה עם מאפיינים הן של זקנה והן של מוגבלות, עם מעטפת של תמיכה משפחתית שגם היא מזדקנת ולכן זקוקה להתייחסות מיוחדת. בישראל קיימים כיום שירותים מותאמים לאוכלוסייה זו, אך לאור גידול האוכלוסייה אנו רואים חשיבות בפיתוח ראייה כוללת ומותאמת עבור אוכלוסייה זו. ידוע כי אצל אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית קיימת ירידה תפקודית בסוף שנות ה-40 ותחילת שנות ה-50 לחייהם. למרות העלייה בתוחלת החיים, תוחלת החיים של אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית עדיין קצרה משמעותית מזו של האוכלוסייה הרגילה. נהוג להתייחס לגיל 55 כגיל הממוצע לזקנה עבור אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית.

חזון והנחות הבסיס

החזון הוא לפתח מדיניות, שירותים וידע מקצועי אשר יאפשרו לאנשים מזדקנים עם מוגבלות לחיות בקהילה באופן עצמאי ככל הניתן ובסביבתם הטבעית, זאת תוך קבלת מענה ותמיכה מותאמים לצרכים המשתנים והמגוונים שלהם.

ההנחות שיש להעמידן בבסיס כל תוכנית קהילתית לאנשים מזדקנים וזקנים הם:

1. הצורך בהמשך הקשר החברתי עם קבוצת השווים.
2. הצורך בהמשך של תעסוקה ופעילות פנאי בעיקר בגילאים 45-65.
3. מעל גיל 65 לתת מענה מותאם (בעיקר צורך בשקט וברגיעה רבה יותר כחלק מסדר היום).

מטרות ויעדים

- גיבוש עקרונות יסוד וקווים מנחים לפיתוח שירותים ומענים בקהילה, להבטחת זיקנה טובה ואיכותית למזדקנים עם מוגבלות
- הכוונת אנשי המקצוע, נותני שירותים ובני משפחה
- הגברת המודעות והתיאום הבין-משרדי בקרב קובעי המדיניות בשדה הבריאות, הרווחה והביטחון החברתי
- הגברת שוויוניות בין אזרחים ותיקים למזדקנים עם מוגבלות
- שילוב של הזקנים עם מוגבלות בחברה
- העלאת מודעות לצורך לתת מענה למזדקנים עם מוגבלות - איגום ידע בתחום השירותים והטיפול בזקנים עם מוגבלות

אוכלוסיית היעד

אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית המאופיינים בירידה תפקודית (כתוצאה מתהליך ההזדקנות ולא כתוצאה של מאפייני האוכלוסייה הטיפולי-סיעודית), החיים בבתייהם בקהילה או במסגרות הדור.

פירוט המענים עבור המזדקנים:

1. מודל מרכז יום (מיל"י) - לאנשים עם הזדקנות תפקודית בתוך המע"ש/מרכז יום.
2. מודל מרכז יום (מיל"י) - לבני 65+ כיחידה עצמאית מחוץ למע"ש.
3. מודל הפעלה לעצמאיים - בתהליך פיתוח עבור אוכלוסיית מזדקנים אשר עובדים בשוק החופשי ("תעסוקה נתמכת", "מחר תעשייתי") אשר מעוניינים לשלב עיסוק ותעסוקה.
4. מענה משולב מסגרות - של המנהל לאזרחים ותיקים ושילוב אוכלוסיית מזדקנים במנהל מוגבלויות - מתוכנן כפיתוח עתידי.

תיאור המודל :

ההתייחסות היא לכל המודלים מבחינת מסגרת חמישה ימים בשבוע והתוכן ישתנה בהתאם לכל מודל

- המודל יפעל 5 ימים בשבוע, ויכלול ארוחת צהריים, פעילות פנאי ופעילות תעסוקתית, לפי הפירוט הבא:
- מענה תעסוקתי/עיסוקי למשך שעות היום לאוכלוסייה זו.
 - מענה מודולרי שישלב תעסוקה ופנאי בהתאם ליכולות ורמת התפקוד של מקבל השירות.
 - מענים נוספים בהתאם לתפקוד האדם, המשלבים בין תעסוקה ופנאי - שילוב בין תעסוקה יצרנית לפעילות שיקומית חברתית הפגתית המותאמת למקבלי השירות במסגרת, שתכלול מענה טיפולי, מנוחה, יצירה, טיפול בבעלי חיים ועוד. לכל מקבל שירות תותאם תכנית אישית בהתייעצות עם צוות המרכז ומומחה לגריאטריה.
 - לכל קבוצת מזדקנים יוקצה חדר או מועדון. על החדר להיות בגודל המתאים לקבוצת העבודה, כולל מקום לריהוט, למנוחה ולהפוגה. יש למקם את החדר במקום נגיש וסמוך לחדרי השירותים.

הגדרת התכנים של התוכניות למזדקנים

1. תעסוקה יצרנית - המשך עבודה בהתאם ליכולת התפקודית (יקבעו מספר ימי עבודה במסגרת התעסוקתית).
2. פעילות פנאי - אומנות פלסטית, רקמה, אקטואליה, האזנה למוזיקה ועוד.
3. תכנים טיפוליים - קלינאית תקשורת, פיזיותרפיה, טיפולים אלטרנטיביים ועוד.
4. תכנים חברתיים - סיורים, טיולים, שירה ועוד.
5. תכנים פרא-רפואיים - חינוך לבריאות, בעיות בריאות, סכרת, התעמלות בתנועה, יוגה ועוד.
6. סיוע ב ADL, תפקודים יומיים אכילה שתיה התניידות לשירותים הלבשה רחצה היגיינה - אישית רפואית.

מסגרת זמן:

הפעילות תתקיים בשעות 8:00-15:30, עם אפשרות לקיצור יום הפעילות (בתאום עם מערכת הדיור ועם המשפחות).

מערך כוח אדם:

מדריך ייקבע בהתאם למודל הפעלה.
צוות מקצועי: רכזת, מדריכים וצוות מקצועות הבריאות.

הסעות:

באחריות הרשות המקומית.

תקציב:

התעריף המומלץ יאפשר מתן קשת טיפולים משמרים וגרונטולוגיים, פיצול היום ואפשרות לסיוע אישי.

שירותי דיור לאנשים מזדקנים עם מוגבלות שכלית התפתחותית

מאת: אמבת רדה - גמיש

אגף הדיור במנהל מוגבלויות מספק כיום שירותים ל- 5,172 דיירים המוגדרים כ'מזדקנים' עם מוגבלות שכלית התפתחותית, מתוכם: 1,008 נמצאים בהוסטלים, 719 נמצאים במערך הדיור ובדירות לווין, ו- 3,445 משולבים במעונות פנימיה.

עד לשנות ה-80, לא פותחו מענים לאוכלוסיה זו, משום שמעט מאוד מהאנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית הגיעו לגיל זיקנה. אולם, עם העלייה בתוחלת החיים של אוכלוסייה זו - נדרש היה לפתח מענים גם בתחום הדיור. אוכלוסיית המזדקנים עם מוגבלות שכלית כוללת אנשים מגיל 45, ש"גילם התפקודי" הוא כמו של 'מזדקנים' באוכלוסיה הכללית.

אתגרי הזיקנה דורשים מענה מקצועי רב-מימדי, המעלה דילמה לא פשוטה ביחס לטיפול במזדקנים. מצד אחד, העברתם למסגרת ייעודית למזדקנים מחייבת לעקור אותם מביתם בקהילה או מהמסגרת שהיוותה עבורם בית עד כה. הדבר יכול להעצים את תחושת האובדן, במיוחד כאשר ידוע שאדם המתגורר במסגרת עלול להתנוון מהר יותר, הן במימד הפיזי והן במימד הרגשי-נפשי. הוא הופך תלתי יותר ויותר, ותחושת השליטה והערך העצמי שלו עוברים תהליכי הפחתה. מנגד, המסגרות בהן התגורר הדייר עד כה, ובוודאי כשמדובר במסגרת ביתית, פעמים רבות אינן מסוגלות לתת את המענה המורכב לו הוא זקוק. על מנת לתת מענה מותאם, מסגרות ייעודיות למזדקנים (מסגרות בהן לפחות 80% מהדיירים מוגדרים כמזדקנים) נזקקות למשאבים מוגברים ולכוח אדם במקצועות הרפואיים והפרא-רפואיים, כגון: קלינאי תקשורת, פיזיותרפיסטים, מרפאים בעיסוק, תזונאים, מדריכי תעסוקה/פעילות יום/פנאי, גרונטולוגים (רופאים המומחים ברפואת הזיקנה), בעלי ידע וניסיון בעבודה עם אנשים עם מוגבלויות.

לאור אתגר זה, ועל מנת להכריע מתי עדיפה למזדקן מסגרת ייעודית ומתי עדיף כי המזדקן ימשיך בשגרת חייו (עם עיבוי של התמיכה הניתנת לו), **המשרד שוקד בימים אלו על פיתוח כלים אבחוניים רב-ממדיים שיבחנו**

תפקודים וצרכים מגוונים של המזדקן.

על מנת לתת למזדקן מענים של איכות חיים וטיפול ראוי בבריאותו, ואף לנסות לשמר את עצמאות ולאפשר אורח חיים משמעותי, נדרש בראש ובראשונה, להנגיש עבורו את הדיור בו הוא שוהה, לדאוג לביטחוננו הפיזי, לצידוד הנדרש ולהנגשת שירותי הרפואה להם הוא זקוק (בין אם באמצעות ליווי לקבלת שירותים רפואיים ובין אם ע"י כך שאלו יגיעו אליו, בהתאם למצבו). לא פחות חשוב מכך הוא שתיערך התאמה של פעילותו ליכולותיו ולרצונו - אם בתוך המסגרת ואם מחוצה לה. חשוב שיהיה לו סדר יום מובנה הכולל התייחסות לצרכים הרפואיים והתפקודיים והן לצרכיו הרגשיים והחברתיים. כגון פעילות תעסוקה ופנאי מותאמות, פעילויות תרבות ופעילויות חברתיות, שיתנו מענה לקושי בהתמודדות עם אובדן המעגלים החברתיים הקודמים (או עם חלקם). על מנת שהצוות המטפל במזדקן יוכל לתת מענה מירבי ומיטבי לצרכיו, חשוב לשים לב לאופן הטיפול במזדקן בתחומים הבאים: 1. הענקת תשומת לב לכל שינוי התנהגותי או בריאותי, 2. שמירה על האוטונומיה של המזדקן, מיקסום עצמאותו התפקודית (שימוש בטכנולוגיות וציוד), ושיתופו ככל שניתן בקבלת ההחלטות לגבי הדרך בה ינהל את חייו לעת זקנתו, 3. שילוב המזדקן במעגלים חברתיים ומשפחתיים מקסימליים, 4. בניית רצף תעסוקתי המתאים למגוון יכולות תפקודיות, 5. הענקת פעילות פנאי משמעותית והתאמתה ליכולות שונות, 6. דאגה לאפטרופוס חלופי במידת הצורך.

לסיכום, **ההתמקצעות בטיפול במזדקנים עם מוגבלות שכלית התפתחותית, הינה תהליך חדש יחסית, שצעדיו החלו בשנות ה-80, והוא הולך ומתפתח בעשורים האחרונים.** ככל שנצליח יחד לפתח אותו במקצועיות וביצירתיות, כך נוכל להגדיל את איכות חייהם של המזדקנים, על מנת שהם יזכו להזדקן בכבוד.

אתיקה במתן שירות וטיפול באנשים מזדקנים עם מוגבלות שכלית התפתחותית

מאת: יערה הספל ואבי הולר

ביסוסה של פרקטיקה מקצועית אתית בעבודה עם מזדקנים עם מוגבלות שכלית הינו תהליך מורכב ומתמשך, המחייב התכוונות אישית וארגונית. במאמר זה נרצה להצביע על מספר צעדים מרכזיים אשר יעזרו לאנשי צוות בטיפול ישיר, במתן שירות נגיש ומותאם למזדקנים עם מוגבלות שכלית, בהתייחס לרצונותיהם ולצרכיהם. הצעד ראשון שנרצה להציע הוא הכרה במורכבותו של הדיון האתי ובהכרעות הקשות שהוא מחייב, בעיקר כאשר מתייחסים לעבודה עם מזדקנים עם מוגבלות שכלית. המורכבות נוצרת משום שהצורך בדיון האתי עולה במרחב ה"אפור", שבו אנחנו כאנשי מקצוע נדרשים לדרג את סדרי העדיפות הערכיים שלנו. למשל, רובנו לא נתקשה, ככל הנראה, להכריע בשאלה האם לכבד את רצונה של מקבלת שירות מזדקנת המעוניינת לעשות דבר מה אשר נחשב בעינינו כתורם לאיכות חייה (לדוגמה, לנוח בזמן פעילות במרכז היום), אולם, סביר להניח שרובנו הגדול נתקל בקושי רב כאשר נדרש להחליט האם לכבד את רצון מקבלת השירות, כאשר לטעמנו הדבר עלול לפגוע באיכות חייה (לדוגמה, היא איננה מעוניינת לקחת חלק מהתרופות להן היא זקוקה). קושי זה הוא לב ליבו של הדיון האתי, וההכרה בו היא הצעד הראשון לקראת ביסוסה של פרקטיקה מקצועית אתית.

צעד נוסף בתהליך זה, יהיה לזהות את הערכים והעקרונות המרכזיים אשר מהווים עבורנו, כאנשי מקצוע, קנה מידה לפרקטיקה מקצועית אתית. זיהוי שכזה, הדורש תהליך מכוון ושיטתי, צריך להיעשות על ידי נותני השירות והטיפול והארגונים בהם הם מועסקים בשותפות עם מקבלי השירות. הערכים המרכזיים, אשר צריכים לדעתנו להילקח בחשבון בתהליך זה, הם:

אוטונומיה - ערך זה נתפס לרוב כערך מרכזי על ידי אנשים עם מוגבלות, ביניהם מזדקנים עם מוגבלות, ועל ידי הארגונים המייצגים אותם. ערך זה מתייחס ליכולת של מזדקנים עם מוגבלות שכלית להיות בעלי שליטה על חייהם ועל השירותים שהם מקבלים. דגש על ערך זה בא לעיתים קרובות מול ערך אחר, אשר נתפס לרוב על ידי אנשי המקצוע כמרכזי: עצמאות. בשונה מערך העצמאות, אשר מדגיש את החשיבות של הסתמכות על העצמי ועשיית דברים בכוחות עצמי, ערך האוטונומיה מדגיש היבטים של בחירה ושליטה.

במידה וערך האוטונומיה הוא זה שמוביל בסוגייה זו, אזי יהיה לנו פחות משמעותי לוודא שהאדם יודע להתלבש לבד או לא, ומאידך יהיה לנו כאנשי צוות משמעותי לוודא שהוא ממצה את זכותו לבחור אלו בגדים ילבש. בהקשר זה יש גם לזכור כי בשנים האחרונות ישנה התייחסות רחבה יותר לנושא האוטונומיה של האדם עם המוגבלות ובתחום של מוגבלות שכלית בפרט. התייחסות זו מכירה בכך שלעיתים קרובות מזדקנים זקוקים לתמיכה בקבלת החלטות ולמימוש האוטונומיה שלהם. הטענה היא כי הצורך בתמיכה זו אין משמעותו כי עלינו לקבל החלטות עבורם או לפסול אותם מלהיות זכאים לקבל החלטות, אלא דווקא לספק להם את התמיכה לה הם זקוקים בתהליך קבלת ההחלטות על פי רצונם והעדפותיהם, ואם יש צורך אז גם ללוות אותם בתהליך יישום ההחלטה.

איכות חיים - בהקשר זה אנו מתכוונים לפעילות המקדמת את מה שאנו מעריכים כטובתו של מקבל השירות. כמובן שהדבר מעלה שאלות לא פתורות לגבי אילו מדדים מגדירים איכות חיים (למשל, תעסוקה, פנאי וכו') וכיצד עלינו למדוד אותם. חוקרים טוענים כי לא די להסתפק במדדים אובייקטיביים של איכות חיים (כגון השתלבות בפעילות תרבותית), אלא יש להתייחס גם למימד הסובייקטיבי של איכות החיים. במילים אחרות, איכות חיים של מקבל השירות היא בין השאר תוצר של מה משמעותי לאותו אדם בחיים, וכיצד הוא מעריך היבטים שונים בחייו.

מוגנות ומניעת סיכונים - בהקשר זה אנו מתכוונים להגנה על אדם מפני פגיעה ולרצון שלנו כאנשי צוות למנוע סיכונים. הגנה על מקבלי השירות היא כמובן ערך ראוי שיש לשאוף אליו. עם העלייה בגיל עלולות רמות הסיכון לגדול או להשתנות ולקבל ביטויים שונים (לדוגמה, נפילה בעת הליכה). עם זאת, יש לזכור כי 'סיכון' הוא מושג סובייקטיבי, כך שדבר שלאחד נראה כסיכון, לשני נראה כהזדמנות. תובנה זו מחייבת אותנו לזהות את המשמעות שמקבלי השירות נותנים לסיכון. בנוסף, ניתן לראות כי פעמים רבות המוגנות מקבלת עדיפות בעשייה המקצועית השוטפת, על פני ערכים אחרים כגון אוטונומיה ואיכות חיים. התוצאה היא כי לעתים קרובות נמנעת מאנשים עם מוגבלויות, בדגש על מזדקנים עם מוגבלות שכלית, הזכות לקחת סיכונים מושכלים, כפי שכולנו לוקחים ביום-יום. היבט מרכזי נוסף של סיכון אליו יש לשים לב, הוא העובדה כי סיכון של אנשים עם מוגבלות בכלל, ומזדקנים בפרט, נובע לעיתים דווקא ממאפייני מהסביבה שלהם (למשל, מזדקנים עם מוגבלות שכלית אמנם פגיעים יותר לניצול כלכלי, אולם מי שבפועל מממש את הפגיעה הוא גורם בסביבתם). ההכרה בכך מחייבת אותנו לחשוב כיצד לעצב את הסביבה ובאמצעות כך להקטין את הסיכון עבור מזדקנים עם מוגבלות.

לאחר שהכרנו במורכבות של הדיון ולאחר שזיהינו מה הערכים החשובים לנו, צעד נוסף יהיה לזהות את המתחים הקיימים בין הערכים השונים, לנסות להתגבר על מתחים אלו ולקבל הכרעה היכן שלא ניתן להתגבר. צעד זה מניח כי לעיתים קרובות ישנו מתח ואף סתירה בין ערכים, למשל בין האוטונומיה למוגנות. דוגמה לכך ניתן למצוא בסיטואציה בה אדם, הנמצא במרכז יום לגמלאים, מעוניין להתנייד בתחבורה ציבורית ואילו צוות המרכז חושבים שזה מסוכן עבורו וכי הוא זקוק להסעה מאורגנת, המגנה עליו מפני סיכונים שונים כגון נפילות וניצול. בשלב זה עלינו כאנשי מקצוע לזהות שיש מתח בין שני ערכים חשובים - אוטונומיה ומוגנות - ושערך אחד עלול לבוא על חשבון פגיעה בערך השני. שלב זה כולל גם ניסיון לגשר על המתח ולחשוב האם וכיצד בכל זאת ניתן לממש שני ערכים אלו במקביל. כך למשל, נרצה לבחון האם ניתן לממש את רצונו של האדם לנסוע בתחבורה ציבורית, תוך מניעת סיכונים. מהלך זה מחייב אותנו לשאול האם אכן הסיכון משמעותי? מה סיכויי להתממש? והחשוב מכל, האם ניתן להתאים את הסביבה כדי למנוע אותו (למשל, לימוד נסיעה בתחבורה ציבורית, היכרות מוקדמת עם נוסעים קבועים, הכנה והדרכה ועוד).

צעד נוסף במסע הוא לזכור כי עלינו להתייחס לצרכים הייחודיים של אנשים עם מוגבלות שכלית שהם גם מזדקנים. לרוב, אוכלוסייה זו חווה הדרה משמעותית (ריחוק מהחברה), 'קולם' אינו נשמע מספיק ואינו מקבל הכרה. חשוב לנו, כאנשי צוות הטיפול הישיר, לשים לב לכך ולתת ביטוי להיבט זה ולהיבטים נוספים שצוינו, בעשייה המקצועית השוטפת. בבואנו לעשות זאת, עלינו גם לזכור כי לקהל יעד זה ישנן גם חוזקות רבות ומגוונות, כגון ניסיון חיים משמעותי.

לסיכום, נחזור לתחילת המאמר: ביסוסה של פרקטיקה מקצועית אתית בעבודה עם מזדקנים עם מוגבלות שכלית הינו תהליך מורכב ומתמשך, המחייב התכוונות אישית וארגונית. לנו, כאנשי טיפול ישיר, זהו חלק ממסע של למידה והעמקה בעולמם של מזדקנים עם מוגבלות שכלית, המתמשך לאורך העשייה המקצועית. במאמר זה ניסינו להציע כמה צעדים ראשוניים במסע חשוב זה.

טכנולוגיה מסייעת – התאמת הסביבה הפיזית לצרכי מזדקנים עם מוגבלות שכלית התפתחותית

מאת: שושנה גולדברג – מאיר

הגדרה - טכנולוגיה מסייעת

טכנולוגיה מסייעת היא כל דבר שמשמר או משפר את יכולתו של אדם עם מוגבלות לתפקד - הן בתפקודי יומיום בסיסיים והן בתפקודים על-בסיסיים, כגון: עבודה, לימודים ופנאי. טכנולוגיה זו מאפשרת לאדם עם מוגבלות להמשיך לעסוק בעיסוקים שקשורים בטיפול אישי (למשל אכילה) ובתחומי עיסוק שונים (למשל תחביבים או עבודה במפעל מוגן).

שימוש בטכנולוגיה מסייעת

שימוש מוצלח בטכנולוגיה מסייעת איננו מקטין את היכולות של האדם, אלא להיפך - מאפשר לו לבצע פעולות שהוא לא יכול היה לבצע ללא השימוש בעזרים אלו (למשל, לאכול בצורה עצמאית ללא עזרה של מטפל). היכולת לתפקד בצורה עצמאית יותר (מלאה או חלקית), מאפשרת לאדם בחירה רבה יותר. למשל, המשתמש יכול להחליט בעצמו מתי, היכן ואיך תבוצענה המטלות השונות. בנוסף לכך, ההפחתה בצורך לקבל סיוע מהמטפל תביא בדרך כלל לשיפור בביטחון העצמי ובהרגשה הכללית של האדם עם המוגבלות. העשרה על טכנולוגיה מסייעת בתחום האכילה ניתן לראות [באתר קרן שלם](#) במסגרת המיזם "ארוחה זה לא רק אוכל".

התאמת טכנולוגיה מסייעת

התאמה של טכנולוגיה מסייעת נעשית באמצעות הערכה של היכולת, שנעשית על ידי אנשי מקצוע מתחומי הרפואה הנלווית, יחד עם מטפלים, בני משפחה וכמובן - בשיתוף עם מי שעתיד להשתמש בעזרים (בהתאם ליכולתו לקחת חלק בתהליך ההתאמה). התוצאות של ההערכה יצביעו הן על הקשיים והן על היכולת. בנוסף לכך, יש לאסוף מידע ממקורות נוספים, כגון: מידע רפואי הכולל אבחנות ופרוגנוזה (בדיקה האם צפויה ירידה בתפקוד במהלך השנים), ואף מידע הנוגע להיבטים פסיכולוגיים ומשפחתיים. למשל, חשש פסיכולוגי מכך ששימוש בכיסא גלגלים יתייג את האדם כ"נכה" (בשלב בו הוא, או בני משפחתו, עדיין נרתעים מהגדרה כזו). או לחילופין כאשר בן משפחה איננו משתף פעולה בתהליך ההתאמה ובהטמעה של המכשור, וסבור כי דווקא תפקוד ללא טכנולוגיה מסייעת "יחזק", או "יראה יותר טוב" עבור האדם עם המוגבלות. כדי להגיע לבחירה של פתרון מיטבי, מומלץ להשאל או להשכיר את המוצר לתקופת ניסיון. ישנם ארגוני חסד שמשאילים עזרים ללא תשלום, וספקים שמאפשרים השכרה בתשלום. לעיתים ניתן לקבל החזר כספי או השתתפות בעלויות של העזרים מגורמים שונים. יש לברר אם ישנה זכאות להחזר ומה הפרוצדורה הנדרשת לשם כך.

מומלץ לוודא שהמוצר מוצא חן בעיני המשתמש, מבחינה אסתטית, ושיהיה קל ופשוט לתפעול ולתחזוקה, לפני שרוכשים אותו. ישנה חשיבות לכך שניתן יהיה לראות את האביזר בתצוגה ולהתנסות בו. לעיתים ניתן למצוא פתרונות טובים מתוצרת מקומית, ולעיתים מדובר באביזר שמיובא מחו"ל. כאשר לא מצליחים למצוא פתרון של אביזר קיים שכבר פותח, ניתן להיעזר בפיתוח של מתנדבים עם מיומנויות טכנולוגיות (כגון: מהנדסים, אנשי מחשב, ועוד) ואנשי מקצוע מהתחום הטיפולי (כגון: מרפאים בעסוק, פיזיותרפיסטים, ועוד) אשר בונים ומתאימים את הפתרון על פי הצורך שהוגדר. חשוב לוודא שהפיתוח מלווה בגוף שבודק את נושא הבטיחות מבחינת תקנים וחוקים באמצעות אנשי מקצוע מתאימים כגון: מהנדסי בטיחות. הטמעת השימוש באביזר החדש צריכה להיות מותאמת ליכולתו של המשתמש להבין את הוראות השימוש.

לעיתים יש להתאים ולהנגיש את הוראות השימוש ליכולת האדם, כלומר להשתמש בשפה פשוטה (כגון: פישוט לשוני), להמחיש באמצעות תמונות או סרטונים, ועוד. בנוסף להנחיות מותאמות, יש צורך בדרך כלל גם בתרגול וסיוע של המטפל בתחילת השימוש, על מנת שהאדם יצליח להתרגל למוצר ולהטמיע את השימוש בו. עם הזמן ניתן להפחית את הסיוע הראשוני שהמשתמש זקוק לו, עד שיצליח להשתמש באופן עצמאי. יש לזכור כי קיימת חשיבות ללמידה שיטתית ומותאמת משום שהאדם נדרש לשנות הרגלים קודמים ודרכים בהם היה רגיל לבצע מטלות שונות.

בטיחות

בטיחות היא תנאי הכרחי לבחירה ולשימוש בטכנולוגיה מסייעת. כלומר, יש לבדוק שאין סיכון ישיר או עקיף בשל השימוש בטכנולוגיה, סיכון שלא היה מוכר לאדם קודם לכן. ראשית, יש לוודא שלאדם יש יכולת לשיפוט תקין על מנת שלא ייכנס למצב של סיכון. שנית, יש לוודא שאין התווית נגד (קונטראינדיקציה) - כלומר, הנחייה שלא להשתמש במוצר כי השימוש בו יכול להזיק. להלן טבלה עם שתי דוגמאות לפתרונות טכנולוגיים ולשיקולי הבטיחות שיש להפעיל:

תחום	פתרון טכנולוגי	שיקולים בטיחותיים
הכנת אוכל	סכו"ם מותאם	יש לוודא שהכנת הסעודה לא תכלול פעולות שיסכנו את האדם שמעורב בפעילות. למשל, במקרה שיש סיכון כאשר משתמשים בסכין, חשוב לוודא שהכנת הסעודה תהיה ללא מעורבות של סכין.
ניידות	כיסא גלגלים או רולטור (הליכון עם גלגלים)	יש לקחת בחשבון את היכולת להתמודד עם הפרשי הגובה - בין הכביש למדרכה, תוך כדי השתלבות בתנועת כלי רכב, אופניים חשמליות וכד'. כאשר יש חשש שהמשתמש בכסא הגלגלים לא יבחין בקצה המדרכה ועלול להתהפך כי לא יעצור במקום לקראת קצה המדרכה ועלול להידרדר אל הכביש, או חלילה יסכן את עצמו כי ייכנס לתוך התנועה בכביש בלי יכולת להיזהר - צריך לחשוב על פתרונות שלא יאפשרו הגעה לאזורים מסוכנים, ולעיתים, יש לחייב רק שימוש בהשגחה או אפילו לא לתת להשתמש במכשור, אם אין דרך לוודא שהשימוש במוצר בטוח בצורה סבירה.

לסיכום, יש לזכור, שבתקופה בה אנו חיים היום, מתפתחות טכנולוגיות חדשות בקצב מהיר מאד. לקהלים רבים קשה להתרגל וללמוד להשתמש בהן. יש להיאזר בסבלנות כדי למצוא את הדרך ולמצות את ההזדמנויות הנפלאות שקיימות בתקופה זו.

התאמה אישית של טכנולוגיה מסייעת

מאת: ד"ר אילנה גלייטמן

טכנולוגיה מסייעת היא כל מוצר, אשר נרכש או הותאם כדי לאפשר או לשפר את התפקוד של אדם עם מוגבלות.

חלק מהטכנולוגיה המסייעת נבנתה במיוחד עבור אנשים עם מוגבלות. לדוגמא: כסאות גלגלים נוצרו במיוחד לאנשים עם מוגבלות בגפיים התחתונות, מקל נחייה נוצר במיוחד כדי לסייע לאנשים עם עיוורון בניידות עצמאית, וכד'. יש עזרים טכנולוגיים שנבנו עבור סוג מסוים של מוגבלות, אבל הם יכולים לסייע גם לסוג אחר של מוגבלות או לאוכלוסייה שלא מוגדרת כאוכלוסייה עם מוגבלות. לדוגמא: תוכנה שמקריאה את מה שכתוב על מסך המחשב. התוכנה נבנתה עבור אנשים עם עיוורון, שלא יכולים לקרוא, אולם היא משמשת גם אנשים מבוגרים שהעיניים שלהם מתעייפות מהר מהקריאה ומעדיפים לשמוע את הכתוב על המסך, ואף לאנשים עם בעיית קשב וריכוז שהשמיעה עדיפה להם.

בנוסף, יש טכנולוגיה שנבנתה עבור אנשים ללא מוגבלות, אך יש בה כדי לסייע לאנשים עם מוגבלות. למשל: מפריד ביצים. המכשיר נועד לכלל האוכלוסייה כדי להקל על ההפרדה בין חלמון לבין חלבון, דבר שחלק ניכר מהאוכלוסייה מתקשה בכך. מכשיר זה מסייע מאוד לאנשים עם עיוורון שלא רואים את חלקי הביצה, וגם לאנשים שיש להם רעד ביד כתוצאה מזקנה או ממוגבלות במוטוריקה של היד.

העולם הטכנולוגי הולך ומתפתח במהירות עצומה וכך גם המגוון של העזרים הטכנולוגיים. מאחר ויש כל כך הרבה סוגים של עזרים, שמאפשרים סיוע בכל תחומי החיים - אנחנו כפרטים לא מסוגלים תמיד לדעת על כל מה שקיים ואיזו טכנולוגיה תתאים לכל סוג של מוגבלות. בנוסף, לכל אדם, גם אם יש לו מוגבלות, יש דברים שהוא יכול לבצע ויש דברים שלא. למשל: יש אנשים עם מוגבלות בשמיעה שיכולים לשמוע כשמדברים אליהם בקול חזק ויש אנשים שלא שומעים כלל. כמו כן, יש אנשים עם צירוף של כמה מגבלות שמקשות על התפקוד. למשל: יש אדם שלא רואה בשתי העיניים ובנוסף יש לו רעד ביד ימין. דבר זה מקשה עליו להשתמש במקל נחייה רגיל של אנשים עם עיוורון. כלומר, התאמה של טכנולוגיה מחייבת תפירה של "חליפה אישית" בצורה מדויקת לכלל היכולות של האדם, בכלל מערכות גופו.

חברת אטווייזר ATVISOR הישראלית, בנתה פלטפורמה דיגיטאלית שמבצעת חיבור בין כלל המגבלות והיכולות של האדם, בכל מערכות גופו, לבין עזרים טכנולוגיים שמתפרסמים באינטרנט וניתנים לרכישה בכל מקום בעולם. הפלטפורמה מבצעת התאמה של עזרים טכנולוגיים בתפירה אישית ומדויקת לכל אדם:

בשלב הראשון, המערכת של ATVISOR מבקשת פרטים על התפקוד בכל חלקי הגוף, או בחלק מהגוף שאיתו צריך להפעיל את הפתרון הטכנולוגי.

בשלב השני, המערכת מבקשת להגדיר לאיזה מתחומי החיים מחפשים פתרון טכנולוגי. לדוגמא: ניידות, אכילה ושתיה, בישול, תקשורת, קריאה ועוד.

בשלב השלישי, המערכת מבצעת חיפוש ברחבי האינטרנט ומוציאה רשימה של פתרונות טכנולוגיים שיכולים להתאים בצורה מדויקת לאדם שעבורו חיפשנו את הפתרון ולמטרה שלשמה הוא צריך אותו. המערכת מספקת גם השוואת מחירים והמלצות של משתמשים שהתנסו בהם.

משרד הרווחה והביטחון החברתי בודק אפשרות לבצע חיבור בין המערכת המיחשובית שלו לבין המערכת של התאמת טכנולוגיה מסייעת של ATVISOR במטרה לסייע לאנשים עם מוגבלות ברכישת עזרים המתאימים במדויק לצרכים שלהם. הדבר תלוי בתקציבי מדינה ובאישורים הנדרשים על פי החוק.

דוגמה:

- הפלטפורמה נבדקה לגבי לקוח בן 81 עם מוגבלות שכלית התפתחותית: ללקוח יש בעיות ראייה ברמה בינונית בשתי העיניים ובעיות שמיעה ברמה בינונית בשתי האוזניים, בעיה קשה של התמצאות בזמן ובמקום, תפקוד שיכלי ברמה בינונית, בעיית זיכרון ברמה בינונית ורמת ניהול עצמי ברמה בינונית. ללקוח זה חיפשו התאמה של עזרים לתחום של שגרת היום. הפלטפורמה איתרה עבורנו עזרים לתחומים שונים, לדוגמה:
- א. כלים לכתיבה ולציור - נמצאו 22 אופציות שמתאימות לפרופיל של האדם הזה. למשל: צבעים וטושים נוחים להחזקה.
 - ב. עזרים לתמיכה בתפקוד הקוגניטיבי - נמצאו 20 אופציות. למשל: סוגים שונים של רשמי קול קלים לתפעול, לוחות שונים לרישום תזכורות בדרכים שונות, וכד'.
 - ג. שעוני יד ושעוני שולחן - נמצאו 108 אופציות. למשל: לחצן שמשמיע את השעה ללא צורך לקרוא אותה, שעוני יד שדוברים שפות שונות (עברית, ערבית ועוד), מחזיקי מפתחות שונים שמקריאים התראות שהוזנו אליהן בשפות שונות, שעונים בכתב מוגדל ובתאורה שונה ועוד.
 - ד. אפליקציות למחשב הנייד - נמצאו 41 אופציות, ביניהן: אפליקציות תמלול והקראה, שפת סימנים - אפליקציה שפותחה על ידי בית איזי שפירא, אפליקציות לזיהוי אובייקטים, אפליקציות להנגשה- אפליקציות שונות לתפעול בית חכם בצורה נגישה וקלה, ועוד.
 - ה. עזרים להגדלה - נמצאו 79 אופציות, ביניהן זכוכיות מגדלת שונות בעלות יכולת הגדלה או טלוויזיה במעגלת סגור.
 - ו. עזרים לטיפוח בעלי חיים - נמצאו 6 אופציות של מכשירי האכלה שחלקם אוטומטיים, ללא צורך בתזכורת.
- לסיכום, אנו תקווה כי בעתיד הקרוב, מינהל מוגבלויות, במשרד הרווחה והביטחון החברתי, יוכל להתחיל לסייע ברכישת פתרונות טכנולוגיים מותאמים אישית לאנשים עם מוגבלות. דבר זה, יאפשר לכל אדם עם מוגבלות לתפקד בצורה עצמאית, בטוחה ובטיחותית יותר.

לקראת זקנה – תכנון עתידי, שימור יכולת והכנה לקראת זקנה בקרב אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית

מאת: יעל שדלובסקי – פרס

הקדמה

בשנים האחרונות אנו עדים לגידול מתמיד בתוחלת החיים של אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית. ידוע, כי אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית מתחילים את תהליך ההזדקנות שלהם בד"כ 10-15 שנים קודם, בהשוואה לבני גילם שאינם עם מוגבלות שכלית התפתחותית. למרות זאת, תהליכי ההזדקנות הם דומים וכוללים ירידה בחושים (ראיה, שמיעה וכד'), וכן שינויים גופניים, תפקודיים, קוגניטיביים (שכליים) ועוד. לעיתים עצם היותם של האנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית מקשה עלינו באיתור תהליכי ההזדקנות, ואנו כצוות מטפל צריכים להיות ערים ומוודעים לכך.

עלינו כצוות מטפל לשאוף שאנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית יחיו ויזדקנו בקהילה (עד כמה שניתן), בסביבתם הטבעית, באיכות חיים טובה, תוך שהם מקבלים את המענים והתמיכות המותאמים עבורם.

עקרונות מנחים:

1. עיקרון השימור

בעבודה עם אנשים מזדקנים חשוב לשמר את יכולותיהם בתחומים השונים. חשוב שנדע ונכיר מה הם יכולים לעשות (מבחינה תפקודית וקוגניטיבית), בכדי לעודד אותם לפעילויות שישמרו על תפקודם. לדוגמא: בתחום הטיפול העצמי - לחזק יכולות של הכנת ארוחה קלה, או אכילה עצמאית אם התפקוד נמוך, הליכה ממקום למקום, לבוש ורחצה בצורה עצמאית עד כמה שניתן וכד'. יש לבנות את התוכנית לשימור יכולות על פי היכולות של האדם. מומלץ לכתוב תוכנית מותאמת ובהתאם לתרגל את המיומנויות. מבחינה קוגניטיבית (שכלית) חשוב לשמר יכולות כגון: קריאה וכתיבה (מי שיכול), זיכרון, רצף, מיון והתמצאות. ניתן לעשות זאת על ידי קריאה בעיתונים יומיים פשוטים (לדוגמא: עיתון ינשוף), הצגת תמונות/ כותרות מהחדשות/מהעיתון, ע"י חוברות עבודה ייעודיות, שימוש במחשב/טאבלט ומשחקי קופסא.

2. קשרים חברתיים, יחסים בין אישיים וזוגיות

ידוע כי שימור יחסים חברתיים ובין אישיים תורמים לזקנה בריאה ומקלים על תחושת הבדידות. על כן, חשוב לשמר יחסים חברתיים של האדם המזדקן. חשוב לזהות מיהם האנשים המשמעותיים עבורו (משפחה, קבוצת חברים, צוות מטפל וכד') ולעודד אותו לטפח קשרים חברתיים. אפשר לשמור על מיומנויות חברתיות גם בעזרת משחקים חברתיים מותאמים כגון: מונופול, רמי-קוב, דומינו, משחקי קופסא פשוטים, משחקי קלפים וכד'. כל המשחקים הללו קיימים בגרסאות פשוטות, וכן באופן מותאם לאנשים עם ירידה קוגניטיבית או מגבלות מוטוריות וחושיות. ניתן להתייעץ גם עם מרפא בעיסוק לרכישת משחקים מותאמים.

3. יצירת שיגרה קבועה ובריאה

בכדי לתכנן זיקנה בריאה חשוב לעודד את האדם לסדר יום קבוע ולשיגרה. אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית זקוקים לשיגרה על מנת שניתן יהיה לדרבן אותם לפעילות, להפחית חרדה ולעודד השתתפות. שיגרה בריאה היא כזו המעודדת השתתפות בפעילות משמעותית, תנועה וניידות מידי יום, מפגש עם חברים נוספים, שילוב פעילויות פנאי, וסדר יום יומי ושבועי הכולל פעילויות שונות. חשוב לאפשר סדר יום גמיש המאפשר "זרימה" בקצב של האדם. לדוגמא: להתעורר מאוחר יותר בבוקר, לאפשר פחות עבודה יצרנית ויותר דגש על עיסוק משמעותי ופעילות פנאי וכד'.

4. תכנון המעבר מתעסוקה לפרישה

חשוב להכין את האדם לקראת פרישה ולקראת מעבר למסגרת של מזדקנים. המעבר צריך להיות הדרגתי ובשיתוף האדם ולא פתאומי ביום אחד. כדאי לחשוב עם האדם על תחומים אחרים בהם ירצה לעסוק.

5. עידוד לפיתוח תחום הפנאי

בזקנה יש לאדם זמן רב לעסוק בפנאי. חשוב לחשוף את האנשים המזדקנים עם מוגבלות שכלית התפתחותית לתחומי פנאי רבים כגון: אומנות, מלאכת יד מגוונת, טיולים, בילויים, השתתפות בחוג קבוע, שירה וכד'. כדאי לעזור להם למצוא תחומים שמעניינים אותם, ובהתאם לעזור להם להשתבץ בפעילויות מתאימות.

6. שמירה על אורח חיים בריא

בגיל המבוגר חשוב להקפיד על אורח חיים בריא הכולל פעילות גופנית, תזונה נכונה ומאוזנת, וקיום בדיקות שגרתיות. בעבודה עם מזדקנים עם מוגבלות שכלית התפתחותית, כדאי להציף תכנים אלו במסגרת פעילות קבוצתית. למשל, קבוצה שתעסוק בתזונה נכונה, בביקור אצל רופא וכד'. ניתן להיעזר גם בחומרים הבאים - [פוסטר אורח חיים בריא בפישוט לשוני](#)

7. שירות מכון אדם

חשוב לזכור כי גם בזקנה נתאים את התוכנית הטיפולית באופן אישי למקבל השירות עפ"י העדפותיו, רצונותיו, חוזקותיו וצרכיו, במטרה לתפור לו "חליפה אישית" שתתאים לו.

אז מה עושים?

[במצגת המצורפת](#) שפע של רעיונות לקבוצות, משחקים והפעלות לשימור מיומנויות קוגניטיביות לאנשים מזדקנים עם מש"ה.

קידום בריאות מיטבית בגיל זקנה בקרב אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית – היבטים של תנועה ופעילות גופנית

מאת: תמר נוב וכרמית כהנא

מחלות הקשורות בגיל מבוגר, ומושפעות מאי-ביצוע פעילות גופנית סדירה, כגון: סכרת, יתר לחץ דם, השמנת יתר וסיבולת נמוכה, מופיעות בקרב אוכלוסייה זו (מוגבלות שכלית התפתחותית) בשכיחות גבוהה יותר ובגילאים צעירים יותר מאשר באוכלוסייה הרגילה.

קיימים אתגרים בדרך להשגת הזדקנות מוצלחת אצל אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית בתחום של שמירה על הבריאות, תפקוד עצמאי, תפקוד פיזי וקוגניטיבי ועניין בחיי היומיום. אתגרים אלה ואורח חיים פסיבי יושבני, נובעים מחוסר תובנה ומחוסר מודעות לחשיבות התנועה, וכן בשל שימוש מוגבר בתרופות נויורולפטיות. מבוגרים עם תסמונת דאון, למשל, חווים הזדקנות מואצת הכוללת סיכון מוגבר לפתח מחלת אלצהיימר. פעילות גופנית מקדמת בריאות פיזית, נפשית וחברתית, מונעת תחלואה ומשפרת איכות חיים. פעילות גופנית כוללת פעילויות המבוצעות תוך כדי עבודה, משחק, מטלות פיזיות, ניידות במרחב ופנאי. ביצוע פעילות גופנית סדירה מפחיתה את הסיכון לתחלואה, לירידה תפקודית ולמוות מוקדם. ההמלצה למבוגרים עם מוגבלות שכלית התפתחותית היא לבצע חצי שעה פעילות גופנית בעצימות בינונית, 5 ימים בשבוע או יותר. כמו-כן, לא הוכח שלמבוגרים עם מוגבלות שכלית התפתחותית יש פחות מוטיבציה להיות פעילים פיזית בהשוואה לאוכלוסייה הכללית, מה שמחזק את החשיבות לעודד תנועה ופעילות גופנית בגיל המבוגר אצל אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית השוהים במסגרות חוץ-ביתיות. יש לשאוף לעידוד תנועה כחלק בלתי נפרד מהשיגרה הרגילה במסגרות השונות, בדגש על הפעילות היום יומית, על פי העיקרון של: "סביבה יוצרת מציאות". מומלץ להיעזר בפיזיותרפיסט/ית כמקדם/ת פעילות גופנית לבריאות.

המלצות לעידוד תנועה, ניידות ופעילות גופנית:

מומלץ לבחור פעילות גופנית מעניינת, מגוונת, מאתגרת, בטוחה ונגישה. כל פעילות יש להתחיל בהדרגה. מומלץ פעילות נוחה וזמינה אשר תאפשר התמדה. רצוי להקצות זמן לכל פעילות במהלך השבוע, כחלק מהשיגרה השבועית ומהתכניות האישיים והקבוצתיות. לכל פעילות תנועתית יש תרומה - גם אם קצרה בזמן. מומלץ להגיע למינימום של 150 דקות של פעילות גופנית בשבוע.

הצעות

1. פעילות גופנית מובנת כחלק משגרת היום:
 - א. מפגש בוקר: כולל סדר תנועות ידוע ומובנה מראש, לפי דף הנחיות עם תמונות (פיקטוגרם) ופישוט לשוני.
 - ב. בניית מסלול תנועתי בחלל קבוע כחלק משיגרת היום, תוך הדרכת צוות המסגרת על אפשרויות ההפעלה.
 - ג. יציאה קבוצתית להליכת בוקר/צהריים. מחוץ למבנה במידת האפשר או בתוך מבנה, אם אין אפשרות יציאה בימי גשם או שרב.
2. שילוב פעילות בשגרה היומית:
 - א. צריך להגיע לחדר האוכל/פעילות מחוץ לקבוצה? בחרו בדרך הארוכה, לפחות פעם ביום. במידת האפשר העדיפו שביל משופע על פני מישור. שימו לב למכשולים בדרך.

- ב. מקמו פעילות באזור ציבורי, מחוץ לקבוצה. אפשרו לקבוצה להגיע לפעילות ולא לפעילות להגיע לקבוצה.
- ג. העדיפו תמיד מדרגות על פני מעלית.
- ד. הקפידו על מעברים בהליכה ולא בכסא גלגלים, גם אם לוקח מעט יותר זמן. הדבר קריטי לצורך שמירה על יכולת הניידות הקיימת (הובלה בהליכה בתמיכה לשירותים או לחדר אוכל, עדיפה על ניידות בכסא גלגלים).
- ה. השמיעו מוזיקה שמחה וקצבית בקבוצה במהלך היום, שימו לב איך כולם מתחילים להתנועע (כולל הצוות).
3. פעילויות שיא לאורך השנה. ארועים מיוחדים/חגים:
- א. העדיפו פעילות אקטיבית כגון זומבה, הרקדה, על פני צפיה במופע. מוזיקה וקצב יעודדו תמיד קימה מהכסא.
4. שיבוץ בקבוצות:
- א. שיבוץ בקבוצות לוקח בחשבון מכלול שיקולים: חברתיים, תעסוקתיים, תפקודיים/מוטוריים ומצב קוגניטיבי. שלבו נציגות של צוות פיזיותרפיה בהליך השילוב והשיבוץ.
5. סביבה יוצאת מציאות:
- א. צרו חללים מעודדי תנועה כגון מגרש מתקני-חוץ, ומתקני חדר-כושר. קיימים מתקנים רבים אשר מותאמים לאוכלוסייה עם מוגבלות שכלית התפתחותית ולקויות מורכבות. ניתן להתייעץ עם פיזיותרפיסט/ית של המסגרת.
- ב. שימו לב: סביבה מונגשת הכרחית לביצוע פעילות גופנית בטוחה.

היבטי התזונה בקידום בריאות מיטבית בגיל הזקנה בקרב אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית

מאת: סיגל ישראלי

תזונה נאותה, בכל גיל ובעיקר בגיל המבוגר, מסייעת לשמירה על הבריאות, מונעת התפתחות מחלות כרוניות, תורמת לחיוניות בפעילות היומיומית, לאנרגיה ולמצב הרוח ועוזרת בכך גם בשמירה על העצמאות התפקודית. אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית נמצאים בסיכון לפתח בעיות תזונתיות שונות בשל גורמים רבים, כגון: חוסר ידע ואוריינות, חוסר תקשורת, הפרעות מטבוליות, אינטראקציה בין תרופות ומזון, בעיות במערכת העיכול, מחלות כרוניות, חוסר בפעילות גופנית, השפעות סביבתיות ועוד.

עם עליית תוחלת החיים של אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית, עלו גם האתגרים התזונתיים, שכן אוכלוסיית הקשישים פגיעה וחשופה יותר לחסרים תזונתיים ובעיות תזונתיות שנעשות שכיחות יותר עם העלייה בגיל. המצב התזונתי בגיל זה מושפע מגורמים רבים: סוציאקונומיים (תרבות, אורח חיים, כישורי בישול), פסיכולוגיים (אמונה, מוטיבציה, בדידות, מצב מנטלי), סביבתיים (חברים, מצב משפחתי, חברים) ופיזיולוגיים (בריאות, תיאבון, שיניים, פעילות, תרופות, מחלות כרוניות). מאחר שאוכלוסיית הקשישים עם מוגבלות שכלית התפתחותית הינה רגישה ופגיעה עוד יותר מבחינה תזונתית, הרי שיש חשיבות רבה לתזונה, בשמירה על בריאותם התקינה ומצבם הכללי, וכן ובמניעת התדרדרותם. מטרת התזונה בגיל הזקנה היא לשמור על מצב תזונתי תקין (שמירה על משקל תקין, מניעת חסרים בוויטמינים ומינרלים, מניעת עצירות והתייבשות), ובו בזמן לשמור על איכות החיים של הקשיש (צמצום דיאטות מחמירות, מתן מזון מוכר ואהוב, סיוע במזון רפואי או מתן תוספים ועוד).

המלצות כלליות:

באופן כללי, יש לאזן בין צריכת הקלוריות ממקורות המזון והשתייה לבין שריפת הקלוריות באמצעות פעילות גופנית, על מנת לשמור על משקל בריא. בגיל הזקנה, שמירה על משקל גוף תקין (מניעת תת/עודף) ושמירה על יציבות המשקל הינן חשובות ביותר לשמירה על בריאות הקשיש, על תפקודו הכללי, ועל מניעת התדרדרות במצבו.

מצד אחד, להשמנה עלולים להיות סיבוכים רבים, כגון התפתחות מחלות לב וכלי דם וקושי בניידות. מצד שני, לתת-תזונה עלולות להיות השלכות שליליות הנוגעות להחלמה ממחלה, החלמת פצעים, התדרדרות כללית, ירידה בתפקוד מערכת החיסון, נפילות ואף תמותה. לפיכך יש להקפיד על:

1. צריכת מזונות בעלי ערך תזונתי גבוה:

בגיל השלישי כמות הקלוריות הנדרשת ביום יורדת בהשוואה למבוגרים צעירים, אך חשוב לבחור מזונות שיספקו את הכמויות המומלצות של ויטמינים, מינרלים, חלבונים, פחמימות ושומנים. מזונות אלו כוללים: פירות וירקות (במידת האפשר מומלץ לאוכלם שלמים ועם קליפתם) ולצמצם שתיית מיצים סחוטים, כך שתכולת הסיבים והוויטמינים שבהם תישמר. חשוב לגוון את התפריט בירקות מבושלים, פירות יבשים או פירות אפויים כקינח, בשר רזה, דגים, דגנים מלאים, קטניות ומוצרי חלב.

מצדו השני של המטבע, מומלץ לצמצם באכילת מזונות בעלי ערך תזונתי נמוך, מזונות מתועשים ומעובדים, כגון חטיפים מלוחים, ממתקים ודברי מאפה, אשר תורמים בקלוריות אך דלים ברכיבים תזונתיים בעלי ערך גבוה.

2. נוזלים:

חשוב להקפיד על שתייה מספקת של נוזלים, ולא להסתמך אך ורק על תחושת הצמא, אשר הולכת ופוחתת בגילאים המבוגרים יותר. נעדיף תמיד מים על שתיה ממותקת ונוזלים המכילים קפאין כגון קפה ותה. חלק

מהנוזלים מגיעים מהמזון, למשל מהמרקים ומהפירות והירקות אשר יש בהם תכולת מים גבוהה (בעיקר באבטיח, תפוז, חסה ומלפפון).

3. סיבים תזונתיים:

סיבים תזונתיים תורמים לתזונה מאוזנת ולתפקוד תקין של מערכת העיכול, מניעת מחלות ושמירה על המשקל. מומלץ לשלב בכל ארוחה מזונות עשירים בסיבים וביניהם דגנים מלאים, שיבולת שועל, פירות, ירקות וקטניות. במשפחת הדגנים, הגרסה ה"מלאה" היא המועדפת מכיוון שהיא בעלת ערך תזונתי גבוה יותר. לדוגמה, פסטה מקמח מלא עדיפה על פני פסטה רגילה מקמח לבן. במקרים בהם קיימת בעיית עיכול, וקשה לעכל פירות וירקות טריים, מומלץ לאכול פירות וירקות מבושלים, בתנור או במרק, ולא לשכוח לשתות גם את הנוזלים של המרק.

4. חלבונים:

תזונה מאוזנת כוללת חלבונים, הדרושים לבנייה ולתיקון רקמות, ליצירת הורמונים, אנזימים ונוגדנים ולתפקודים רבים אחרים בגוף. צריכה לא מספקת של חלבון בקרב קשישים קשורה לירידה בגמישות העור, תפקוד ירוד של מערכת החיסון ומשך ריפוי ארוך יותר ממחלות. מזונות העשירים בחלבונים הם מגוונים ומקורם מהחי ומהצומח, כולל דגים, בשר רזה, קטניות (עדשים, שעועית, חמוס), ביצים, זרעים ומוצרי חלב, ומהם מומלץ לצרוך את אלו המכילים אחוז שומן נמוך.

5. שומנים:

שומנים מסייעים לספיגת רכיבים מהתזונה, ביניהם ויטמינים מסיסי שומן A, D, E ו-K אשר תורמים לשובע ומשפרים את טעם המזון. מזונות מקבוצה זו אשר מומלץ לשלבם בתפריט היומי הם שמן זית, אבוקדו, טחינה אגוזים ושקדים. ישנם מזונות העשירים בשומן רווי ומכילים שומן טרנס אשר את צריכתם מומלץ לצמצם, כגון דברי מאפה (כמו בורקסים, וקרואסונים), שמנת וחמאה. שמירה על המלצות אלו יכולה לתרום לשיפור ברמות הכולסטרול ורמות השומנים בדם.

6. סידן וויטמין D:

רכיבים אלה חשובים לשמירה על בריאות העצם, למניעת אוסטאופורוזיס ושברים. מומלץ לשלב מזונות עשירים בסידן כגון: סרדינים, מוצרי חלב, טחינה, מוצרי חלב ודגני בוקר מועשרים בסידן ומזונות העשירים בוויטמין D, בעיקר דגים שמנים ומוצרי חלב מועשרים. לחלק מהקשישים רמות נמוכות של ויטמין D, ולעיתים צריכת הסידן מהמזון לא מגיעה לכמויות המומלצות - לכן יש לשקול ולהחליט על פי בדיקות דם, האם ליטול תוספים של ויטמין זה.

7. ויטמין B12:

ויטמין זה חיוני ליצירת תאי דם ולחלק ממבנה תאי העצב. עם הגיל, יכולת הספיגה של ויטמין זה יורדת, על כן מומלץ לבני הגיל השלישי לשלב מזונות העשירים בוויטמין B12 כגון: בשר בקר, דגים, ביצים ומזונות מועשרים כמו דגני בוקר. במקרים של חוסר בוויטמין זה יהיה צורך בנטילת תוסף בכדורים או זריקות. מעבר לתפריט יש להקפיד על פעילות גופנית קבועה ומותאמת. מחקרים מראים כי פעילות גופנית מפחיתה את הסיכון לחלות במחלות לב, יתר לחץ דם, סוכרת מסוג 2, סוגי סרטן מסוימים, שבץ, אוסטאופורוזיס, דיכאון, מוגבלות בתנועה, נפילות, נכות והשמנה קיצונית. בנוסף, חשוב לא פחות, מאחר שחסר תזונתי בקשישים קשור לירידה תפקודית, למחלה או למצב נפשי, יש לשים לב לשינויים בהרגלי האכילה של הקשיש - כיצד הוא אוכל או בולע? האם חל שינוי בהעדפות המזון שלו? האם חל שינוי במידת התיאבון שלו? במידה שחל באחד מאלה שינוי כדאי להפנותו לבדיקות דם ולייעוץ תזונתי ע"י תזונאי מוסמך.

בליעה ואכילה בהזדקנות אצל אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית

מאת: פרידה קורנברוט

הזדקנות היא חלק בלתי נפרד מהחיים, ולרוב, אצל אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית היא מתרחשת מוקדם ומהר יותר בהשוואה לאוכלוסייה הכללית. הדבר בא לידי ביטוי בירידה תפקודית בכל תחומי החיים: פיזית, קוגניטיבית, חברתית ובריאותית.

בליעה ולעיסה

בליעה היא פעילות מורכבת המערבת את כל מערכות הגוף, ביניהן המערכת המוטורית והתחושתית, מערכת הנשימה והחושים. האכילה מאפשרת לצרוך מזון באיכות ובכמות מספקת לשמירה על הבריאות, לסיפוק אישי, ולשמירה על איכות החיים.

הזדקנות תפקודי האכילה, הבליעה והלעיסה, יכולה להתבטא בהאטת קצב האכילה ובהתעייפות מהירה. כמו כן, היא עשויה לגרום לצמצום בכמות וסוג המזון הנאכל, מה שעלול לפגוע בבריאותו ובאיכות חייו של האדם המזדקן.

ניתן להתייחס לאכילה ובליעה כשילוב של פעילויות רצוניות ובלתי-רצוניות: השלב הראשוני - הרצוני

שלב זה כולל את הנכונות לאכול ואת הצריכה של המזון. החושים, מאפשרים זיהוי של המזון והצורך להכנתו לבליעה: לעיסה של מוצק, שתיה רציפה של נוזלים, זיהוי הטעם והריח, הטמפרטורה, הצורה והמרקם של המזון בפה. הלעיסה הקשורה לתנועת הלשון בפה בעיקר, לשלמות השיניים, לתנועה רציפה של הלשון והלסתות כשבסופו של החלק הזה נוצר מזון שהוא לעוס וגם קומפקטי ומאפשר עוררות של רפלקס הבליעה. שלב זה יכול להיות ארוך יותר אצל האדם המזדקן בכלל, ובמיוחד אצל אנשים עם מוגבלות שכלית, וכן יכול להיווצר קושי בשמירה על פעילות רציפה. בנוסף, לזקנים רבים חסרות שיניים או השיניים התותבות אינם מעוגנות טוב בחניכיים, ולכן מתעוררים קשיים בלעיסת מזונות קשים. קיימת אף ירידה בכמות ובאיכות הרוק, מה שמקשה על לחלוח המזון בלעיסה ויצירת מזון מוכן לבליעה בטוחה. השלב השני - הבלתי-רצוני

בשלב זה רפלקס הבליעה מתעורר ובעקבותיו המזון נכנס במורד הלוע, לכוון הוושט והקיבה. הוא מאפשר את מעבר המזון בצורה בטוחה, מבלי שתהיה כניסה לגרון, השתנקות, חנק או דלף מהאף. כדי שהבליעה והלעיסה יתרחשו באופן רציף, בטוח ומתואם, יש צורך בערנות, שלמות ובריאות של כל מערכות הגוף. מאחר ואצל האדם המזדקן יש ירידה בכל התפקודים הללו, עלינו לבצע התאמות כדי לאפשר המשך אכילה בטוחה, בריאה ומהנה ככל האפשר.

לדוגמה, אצל האדם המזדקן עם מוגבלות שכלית קיים סיכוי רב לרפיון של שרירי הפה והלשון, תנועתם פחות יעילה ורפלקס הבליעה מתעורר באיחור. כתוצאה מכך, האדם המזדקן מתקשה בבליעה רציפה ואכילת מזונות קשים כמו פירות טריים, בשר בקר, מאפים ועוד. שינויים אלו עלולים להוות גורמי סיכון לכניסת מזון או שתייה לריאות, אשר יכול לגרום להשתנקות ו/או שיעול רב בזמן הארוחה. השיעול למעשה מגן בפני כניסת מזון או שתייה לריאות. אצל האדם המזדקן תיתכן ירידה מסוימת בתחושה בגרון, בנפח הנשימה וביעילות השיעול, מה שעלול להוות מכשול להגנה מפני כניסת מזון לריאות, ולהעמידו בסכנה של דלקת ריאות, קשיי נשימה והמשך אכילה בטוחה ומהנה.

המלצות להתאמות עבור אדם מזדקן עם מוגבלות שכלית, במטרה לשמר הזנה מיטבית:

- להגיש מזון רך אשר נחתך מראש לגודל מותאם אישית, שאינו מסכן את האדם ודורש מעט לעיסה.
- לבצע התאמת מרקמים באופן אישי לאחר הערכת בליעה ולעיסה על ידי קלינאי תקשורת.
- להגיש מזון עם טעמים מוגברים, על ידי שימוש בתבלינים מגוונים, מלח וסוכר ככל שהמצב הבריאותי מאפשר זאת.
- להגיש מזון בטמפרטורה מספיק חמה (לא חם מידי!), על מנת לגרות את חוש הריח.
- להגיש מזון בצבעו וטעמו הטבעי, כדי לאפשר אבחנה בין מרכיבי התפריט. אין לערבב את מרכיבי התפריט ביחד וניתן להציג את התפריט למי שמאכילים או למי שמקבל מזון מעובד (גרוס או טחון)
- ליצור אווירה נוחה, המאפשרת אכילה נינוחה ומתמשכת, ככל שיש בזה צורך.
- התחשב בהעדפותיו של הסועד מבחינת: סדר הגשת המזון, טעמים, טמפרטורה ועוד.
- להגיש מזון לח, מבושל ברוטב, בהתאם להעדפה אישית, גם כשהמזון מגיע מוכן מהמטבח. רצוי לדווח למי שמרכיב את הפריט על העדפותיהם של האנשים.
- להעמיד שתיה ליד המזון ואפשרות לשתיה במהלך הארוחה.
- רצוי להתאים את שעות הארוחה לשעות ערנות ופעילות מיטבית. לדוגמה, לעתים רצוי שהארוחה המרכזית תוגש לאחר מנוחה ולא ההפך. לפעמים האכילה יותר טובה כשלא עייפים. על המטפלים להפעיל שיקול דעת, מתוך הכרות עם המטופל, ותמיד ניתן לשמור את הארוחה לאחר המנוחה. המטפל יכול לדווח לממונים עליו לגבי העדפותיו של כל אחד ואחד מהאנשים הנמצאים תחת השגחתו וטיפולו.
- רצוי לשקול הגשה של מספר ארוחות קטנות במהלך היום, על פני הגשת שלוש ארוחות מלאות.
- יש להקפיד על כלי אוכל נוחים לאחיזה, לא כבדים ולא קלים מדי.
- לא להגיש מזון בכלים שקופים, כי זה מקשה על ראיית המזון וזיהוי גבולות הצלחת.
- יש להקפיד על בריאות הפה, כולל פינוי שאריות מזון מהפה בסיום הארוחה, צחצוח שיניים גם במהלך היום והקפדה על טיפולי שיניים שניים בהתאם לצורך, כולל ניקוי יסודי של התותבות.
- זקנים מעדיפים לעתים לאכול ללא שיניים התותבות - יש בזה הגיון בהתחשב בכך שהתותבות מפחיתות את התחושה של המזון בחניכיים.
- יש להקפיד על התאמה טובה של התותבות לחניכיים, במיוחד במידה ויש ירידה במשקל ו/או נסיגת חניכיים טבעית.
- יותר קשה לאכול כשיש שיניים ספורות בפה מאשר ללא שיניים. רצוי להקפיד על טיפול משקם בפה, בהתאם לצורך. אם יש חוסר בשיניים, ניתן להניח שיהיה קושי בריסוק המזון בלעיסה.
- יש לקחת בחשבון את פעילות המעיים, כאשר יש קושי באכילה. לפעמים האדם הזקן לא התפנה, הוא מתקשה בהעמסה של מזון נוסף למערכת העיכול.
- יש צורך במעקב של תזונאי, כדי להבטיח את ההזנה המיטבית ומעקב אחר שינויים כמו משקל, מסת שריר, שינויים בספיגה של סוגי מזון או הופעה של רגישות למזון (למשל, רגישות לעיכול של דברי חלב בגיל המבוגר).
- במידה ויש צורך בהאכלה, יש לנהוג על פי הנחיות האכלה המפורטות בחוברת "[חווית האכילה וההאכלה](#)" שפורסמה על ידי קרן שלם ביוני 2017.

השגחה

מטפלים נדרשים להשגחה בארוחה, פרוש הדבר שחייבים לשמור על קשר עין עם הסועדים, מהגשת המנה ועד לסיומה. במהלך כל הארוחה יש לשמור על קשר עין ועדיף לעשות זאת בישיבה ליד השולחן ולא בעמידה ליד הסועד, אין לפנות כלים או לבצע פעולות המסיטות את תשומת הלב מהאכילה עצמה. כמובן שיש להקפיד על המלצות של קלינאי התקשורת לגבי המרקמים וצורת האכלה ולדאוג שיהיו כלי אוכל וציוד מותאם אישי, לפי הצורך.

רצוי לשבת ביחד, סביב שולחן ולא לעמוד ליד השולחנות במהלך הארוחה. עמידה ליד השולחן משדרת חוסר שקט וצורך בסיום הארוחה במהרה. עמידה ליד השולחן מקשה על תצפית תהליך הבליעה ופינוי מזון מהפה של הסועדים, על כן, מומלץ להקפיד על ישיבה ואף אכילה משותפת, ככל שניתן. יש צורך בהקפדה יתרה בארוחות שאינם מתקיימות באופן ה"רגיל", מסיבות וחגים, מתן כיבוד על ידי מי שאינו מכיר את הדייר ואת מגבלותיו הרפואיות והקשורות לאכילה עצמה, בטיולים כשהתפריט איננו מותאם אישית ומוגש בפחות הקפדה. בכל שאלה רצוי לפנות לממונה על נושא הארוחות ולא להחליט על מרקם או מזון על דעת המטפלים באופן עצמאי, גם לבעלי ניסיון רב.

שיקום שמיעה בקרב אנשים עם מוגבלות שכלית, בדגש על תהליך ההזדקנות הטבעית

מאת: פרידה קורנברוט

אמיר, בן 52, מאובחן עם מוגבלות שכלית התפתחותית ברמת תפקוד גבוהה, מתגורר בהוסטל יחד עם חבריו כבר מספר שנים. לאחרונה, הוא מגביר את הטלוויזיה, הוא מתקרב יותר מדיי למטפלים בזמן שפונים אליו לשיחה, הוא איננו מגיב לקריאת שמו כאשר הוא רחוק מהאדם הקורא, הוא כמעט נדרס בזמן חצית כביש כי לא שמע את המכונית מתקרבת, והוא נוהג להתבודד במקום להשתתף בפעילויות חברתיות כמו שהיה נוהג בעבר. בישיבת ניהול סיכונים הועלה חשד לירידה בשמיעה, ולאחר בדיקת רופא אף-אוזן-גרון ובדיקת שמיעה, אמיר קיבל שני מכשירי שמיעה והחל להרכיבם. לאחר כמה ימי הסתגלות למכשירים הוא חזר להתנהגותו הרגילה, וחזר להשתלב בקבוצה בכל הפעילויות החברתיות בהן נהג להשתלב בשנה הקודמת. המטפלים למדו לטפל במכשירים יחד עם אמיר וכעת הוא מרכיב אותם באופן קבוע, לאורך כל היום!

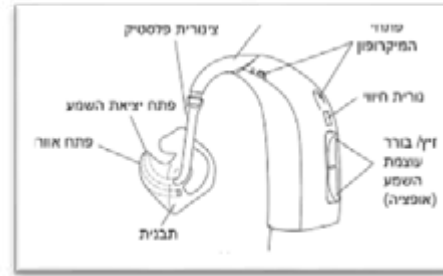
השמיעה, כמו יתר החושים, נחלשת לאורך החיים. אצל אנשים עם מוגבלות שכלית, הירידה התפקודית בכלל והירידה בשמיעה בפרט, עלולה להופיע בגיל יותר צעיר ולהתדרדר במהירות רבה יותר מהאוכלוסייה הכללית. הירידה בשמיעה היא לרוב הדרגתית, ולכן קשה לזהותה, משום שהאדם מסתגל בהדרגה לירידה בשמיעה. לרוב, הירידה בשמיעה מתגלה כאשר היא פוגעת בתפקוד היום-יומי ובשילוב החברתי באופן משמעותי. לעיתים קרובות, אין לאדם המזדקן עם מוגבלות שכלית דרכי התמודדות עם ירידה בשמיעה (למשל, הוא לא יבקש מהמטפל לחזור על מה שאמר), וכך תפקודו עלול להיפגע. חלק חשוב בתפקיד המטפל הוא לזהות שינויים התנהגותיים הקשורים להזדקנות בכלל ולירידה שמיעה במיוחד. ניתן לעשות זאת על ידי תצפית בהתנהגות האדם המזדקן ובהפנייתו לאחראים מבחינה רפואית לצורך ביצוע מעמיק, בדיקת שמיעה ושיקום השמיעה. בהמשך על המטפלים ללמוד כיצד להשתמש ולשמור על תקינות המכשירים.

שינויים בהתנהגותו של האדם המזדקן המעלות חשד לירידה בשמיעה:

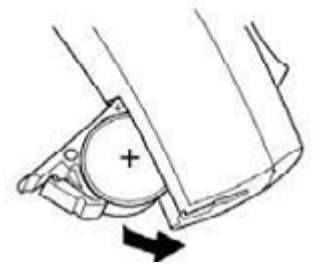
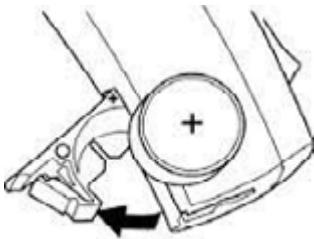
- שינוי בהתנהגות, לדוגמה: הימנעות מהשתתפות באירועים חברתיים, התבודדות.
- לא תמיד משיב לקריאת שמו, יש צורך לצעוק או להתקרב אליו כדי לקבל תגובה.
- נוהג להגביר את העוצמה בטלוויזיה/ברדיו או להתקרב לעבר מקור הקול.
- צריך לנגוע בו לקבלת תשומת ליבו לפני שפונים אליו.
- אינו מגיב כשמדברים אליו מאחורי גבו.
- מתקרב יותר מידיי למי שמדבר ומסתכל ישר לפניו של הדובר.
- בעל רקע רפואי אשר מגביר את החשד לירידה בשמיעה, כמו דלקות אוזניים חוזרות, מחלה מטבולית, קבלת טיפול תרופתי, תסמונת דאון, עבר חבלת ראש, ועוד.
- ירידה בחדות הראיה יכולה להתווסף לירידה בשמיעה ולפגוע בכל תפקודיו.
- מגביר את קולו עד לצעקות, מבלי ששם לב לכך שקולו חזק מידיי.
- מתקשה בהבנת הנאמר כשיש רעש ברקע.

מהו מכשיר שמיעה ומה תפקידו?

מכשיר שמיעה מגביר את העוצמה של הקולות בסביבה. הוא קולט את הקולות דרך המיקרופון, מגביר אותם במערכת החשמלית בתוך המכשיר ומעביר את הקול החזק דרך צינורית הפלסטיק ודרך האוזנייה לתוך האוזן. האוזנייה מיוצרת לפי המידה האישית, ומחזיקה את המכשיר במקומו. את המכשיר מניחים מאחורי האוזן.



מדריך להרכבת המכשירים:



- בכל יום, לפני הרכבת המכשירים, יש לבדוק שהאוזנייה נקיה והסוללות עובדות (סוגרים את קופסת הסוללה וכשסוגרים אותו על כף היד ניתן לשמוע צפצוף המעיד על תקינות הסוללה. יש להקפיד על הכנסת הסוללות בכיוון הנכון וסגירה קלה של קופסת הסוללה (יש מכשירים הנטענים במטען מיוחד, אך רצוי גם במכשירים האלו לוודא שהסוללות אכן טעונות).
- יש להרכיב את המכשיר בשעות הבוקר, ולאפשר שימוש רציף במהלך כל שעות הערנות של המשתמש. את המכשיר מסירים רק בזמן שינה ובזמן מקלחת.
- יש להימנע מהרטבת המכשירים. אם בטעות המכשיר נרטב, יש לפתוח את קופסת הסוללות ולתת למכשיר להתייבש באוויר החדר.
- כשהמכשירים אינם בשימוש, יש לשמור אותם בתוך הקופסה המקורית שלהם ובמקום בטוח וקבוע. יש להקפיד על כיבוי המכשיר ע"י ניתוק הסוללות (על ידי פתיחת קופסת הסוללות) או בהתאם להנחיות על שמירת המכשיר.
- בכל בוקר, לפני הרכבת המכשירים, המטפלים הישירים אחראים לבדוק את תקינות המכשירים והסוללות. חשוב שיהיו סוללות להחלפה במסגרת היומית.
- במידה ויש בעיה עם המכשיר, יש לפנות לקלינאי התקשורת ו/או לאחראי במסגרת ו/או למכון בו נרכשו המכשירים.

המלצות לשיפור השיח עם אדם מזדקן עם מוגבלות שכלית וירידה בשמיעה:

- לוודא שנשמר קשר עין בין הדובר למאזין לאורך כל השיחה.
- לפנות אליו בשפה רגילה, בעוצמה רגילה ותוך הקפדה על דיבור ברור. אין צורך לצעוק כי זה מעוות את הדיבור ומקשה על ההבנה של מה שנאמר.
- רצוי לא להסתיר את הפנים ולוודא שיש תאורה על פניו של הדובר.
- מומלץ לשמור על סביבה שקטה בזמן השיחה עימו.
- לוודא שהאדם שמע את המילים העיקריות בשיחה. להתבטא במשפטים קצרים ולא במילים בודדות, כדי לאפשר חשיפה למידע נוסף.
- להיעזר בתקשורת תומכת: סימני ידיים, תמונות או כל אמצעי תקשורת אשר יקל על העברת המידע.

שימור איכות חיים של אנשים מזדקנים עם מוגבלות שכלית - מודל לתכנית/שירות בקהילה

מאת: חבצלת עמרמי

רקע

אחד השינויים המשמעותיים באוכלוסייה הכללית, וכך גם באוכלוסיית האנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית, הוא תוחלת חיים הולכת וגדלה ובעקבות זאת גידול מואץ באוכלוסיית הקשישים. כמו כן, בהתאם לגישה הקהילתית ועקרון הנורמליזציה - מזדקנים עם מוגבלות שכלית לרוב ממשיכים להתגורר בקהילה ולצרוך את שירותיה. לאור חשיבות הנושא והרצון להמשיך ולשמר את איכות החיים של האדם המזדקן עם מוגבלות שכלית גם במסגרת הדיור בקהילה, יוצג כעת מודל לתכנית שמטרתה לשמש שירות נוסף על רצף התוכניות לוותיקים/מזדקנים, הנקראת: "יחידת גמלאים".

יחידת הגמלאים

זו היחידה הגבוהה ביותר על הרצף התפקודי ולכן רמת התמיכות הטיפוליות הנדרשת הינה הנמוכה ביותר. היחידה מציעה סדר יום ותכנים מותאמים במיוחד למקבלי השירות המגיעים לגיל פרישה (50+). מדובר במקבלי שירות שברובם עבדו בשוק החופשי במשך שנים רבות ומבקשים לפרוש מעבודתם ולצמצם את העשייה בתחום התעסוקה. המשתתפים בפעילות הינם ללא מגבלות בריאותיות משמעותיות כתוצאה מתהליכי הזקנה וללא צורך בתמיכות מוגברות. ביחידה זו ניתן דגש על העשרה, עיבוד תהליכי שינוי ומעבר מעבודה לפנאי, פיתוח תחומי עניין כישורים ומשמעות, חיזוק קשרים חברתיים, התנדבות בקהילה ועוד.

אוכלוסיית היעד: בוגרים עם מש"ה בגילאי 50+, שחלה אצלם ירידה במוטיבציה לתעסוקה ואף חלה ירידה בתפקוד, כתוצאה מתהליכי הזדקנות מוקדמים.

מטרות היחידה: 1. להקל ולסייע בתהליך ההסתגלות לשינויים וההשלכות של תהליכי ההזדקנות. 2. מתן הזדמנות למקבלי שירות מזדקנים לפרוש בהדרגתיות מחיי עבודה מלאים. 3. למנוע או להאט ירידה תפקודית, ולשמר מיומנויות קיימות ע"י מתן מענים טיפוליים מותאמים לצורכיהם.

פעילות היחידה לפי תחומים:

תחום הבריאות/הניידות והתחום הרגשי

התחלת התפתחות של מחלות כרוניות עם סימני עייפות וקושי לעבוד יום שלם, הובילו לעיסוק היחידה בתכנון סדר היום של מקבל השירות, כולל פעילויות העשרה ולמידה בנושאים: חינוך לאורח חיים בריא, תזונה נכונה ומותאמת, ספורט, סביבה בטוחה, ועוד. הפעילות מתקיימת בשיתוף עם אנשי בריאות מהקהילה. מטרת המודעות לתכנים אלו היא לעודד את מקבלי השירות להיות אקטיביים יותר ואחראים באופן אישי לשמירה על בריאותם לקראת זקנה, על מנת לעכב את ההתפתחות של מחלות וקשיי תפקוד נלווים.

בנוסף, בשל צפי לירידה ביכולת להתמודד עם מצבי לחץ וקונפליקט, חוסר סובלנות, תלותיות וספן גירוי נמוך - היחידה מקיימת מפגשים ופעילויות קבוצתיות עם אנשי מקצועות התרפיה (באומנות, במוסיקה ועוד). בנוסף פועלות על בסיס קבוע קבוצת תמיכה, המתמקדת בפתרון קונפליקטים בינאישיים, וסדנא, המתמקדת בדרכי התמודדות עם אובדן תפקודי ועם אובדנים של קרובים (משפחה או חברים).

בתחום הקוגניטיבי

בשל ירידה בזיכרון, ירידה ביכולות הוורבליות, קושי בלמידה חדשה, קשיי הבנה והתמצאות במרחב - יוזמת היחידה פעילויות רבות לפיתוח ושמירה על מיומנויות קוגניטיביות, כגון: משחקי חשיבה, שימור למידה, פתרון תשבצים פשוטים ועוד.

בתחום התעסוקה

אנו מכירים בקשיים של אוכלוסייה זו, בהיבט של התעסוקה, כגון: קושי בעמידה בזמנים, ירידה בתפוקה, ירידה בעניין ובמוטיבציה, קושי לעבודה בלחץ, ירידה בשעות העבודה, ועוד. עם זאת, חשוב לשמר אותם במסגרת תעסוקתית גמישה אשר תאפשר את הצמצום התעסוקתי, אך תשמר בעיקר כאמצעי לשימור יכולות כמו מוטוריקה עדינה וגסה. כמו כן, מדובר באנשים עם מודעות קהילתית, רצון להיות בעלי משמעות ועם חדות חיים גדולה - ולכן היחידה משלבת גם היבטים של התנדבות בקהילה, למשל בבתי אבות. היציאה לקהילה והתרומה החברתית מעלה ושומרת עבורם על הערך העצמי למרות הסימנים הראשונים לירידה התפקודית לקראת זקנה. העבודה, שהייתה ערך מרכזי לאורך כל חייהם הבוגרים, צריכה להתמלא בתכנים חדשים, ולכן כחלק מהכנה לקראת זקנה לומדים המזדקנים כיצד לצרוך וליהנות מתכנים אחרים, למשל בתחום הפנאי (יציאה ביחד לפעילויות תרבות, הצגות והופעות בשעות היום).

החשיבות בעבודה משותפת של צוות רב-מקצועי

בכל השירותים הנותנים כיום מענה לאוכלוסיית המזדקנים חשוב לעבוד בשיתוף פעולה של צוות רב-מקצועי, כגון: מדריכים טיפוליים/סיעודיים, אנשי מקצוע מתחום התרפיות (מוסיקה, גינון טיפולי, תנועה, אומנות וכו'), אנשי מקצועות הבריאות (פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק, קלינאית תקשורת, מפעילי חוגי העשרה וספורט מותאמים), ועוד.

לסיכום, מטרת ההתערבות הטיפולית-שיקומית בתהליכי ההזדקנות של אנשים עם מש"ה היא קודם כל העלאת המודעות של מקבלי השירות ושל אנשי הצוות המטפלים בהם - לירידה האפשרית בתפקוד מקבלי השירות. כמו כן, לאחר העלאת המודעות, מטרה נוספת היא להביא לחשיבה ותכנון עתידי שימנע את ההתדרדרות, ובו בזמן יביא לשימור יכולות, שמירה על איכות חיים, התאמת שירותים, עידוד לחיים אקטיביים בבריאות מיטבית, לעצמאות ולמשמעות מרבית לאדם. יחידת הגמלאים הינה תוכנית התערבות חשובה עם סדר יום המתייחס לכל התחומים שעשויים להיפגע כתוצאה מתהליך הזדקנות נורמטיבי.

פיתוח תכנית להנגשת הזקנה לאנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית

מאת: ד"ר דליה נסים

בשנים האחרונות הרבה אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית מגיעים לגיל הזקנה ותוחלת החיים שלהם מתקרבת לזו של כלל האוכלוסייה. השינוי הזה מתרחש כנראה בגלל איכות חיים טובה יותר, ושירותי רפואה וטיפול טובים יותר. אולם, יחד עם העובדה שיותר ויותר אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית מגיעים לגיל הזקנה, נשאלות כמה שאלות: האם אנשים עם מוגבלות שכלית מודעים להזדקנותם? האם הם יודעים מה קורה לגוף ואיך לשמור עליו טוב יותר? האם הם מודעים להזדקנות של הוריהם? ממחקרים ומפגישות עם אנשים עם מוגבלות שכלית למדנו שחלק מהם לא תמיד יודע את הגיל שלו. בנוסף, אפילו אם הם בוגרים, מבוגרים או אפילו מזדקנים, הם לא תמיד מודעים ומוכנים לשינויים הצפויים עם העלייה בגיל, כמו ירידה בשמיעה, ירידה בראייה, פגיעה בזיכרון ועוד. חלקם לא יודעים אם ומתי הם יפרשו מהעבודה, והם כלל לא מתכוננים לכך. כמו כן, למדנו שהרבה פעמים אנשים עם מוגבלות מוטרדים משאלות הקשורות למשפחה שלהם: מה יקרה למשפחה ולהורים שלהם? מי ידאג להם ויבקר אותם כשההורים ילכו לעולמם? הרבה נושאים מעסיקים את הצוותים, את האנשים עם מוגבלות שכלית ואת בני המשפחה שלהם. לכן פותחה ע"י מכון טראמפ בבית איזי שפירא תכנית שנקראת הנגשת הזקנה לאנשים עם מש"ה, לצוות ולבני המשפחה. הרעיון שמאחורי התכנית הוא לאפשר למשתתפים להכיר את הנושאים שיכולים לקדם הזדקנות מוצלחת ולסייע להם לתכנן את הפעולות שלהם בהתאם לכך. למדנו ממחקרים שונים שהזדקנות מוצלחת כוללת שלושה מרכיבים מרכזיים:

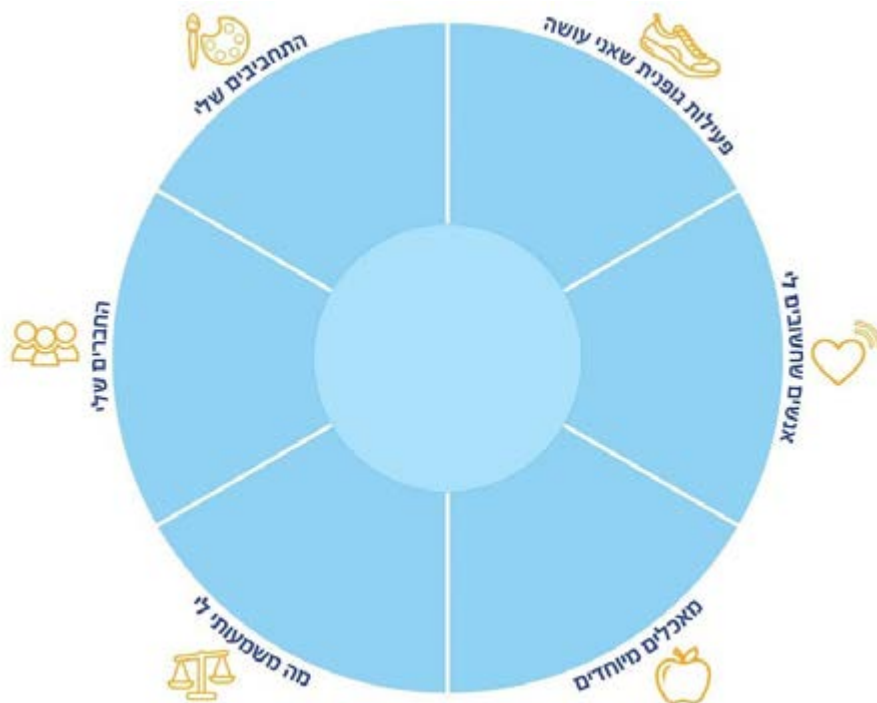
1. שמירה על בריאות ועל תפקוד עצמאי עד כמה שניתן, שמירה על תפקוד פיזי ושכלי, ועניין מלא בחיי היומיום: פעילות, השתייכות משפחתית/חברתית/קהילתית, קיום מערכות יחסים ושמירה על תקשורת עם הסובבים.
2. שמירה של האדם על התפקידים שהוא מבצע ועל תפקוד עצמאי עד כמה שניתן, שמירה על האוטונומיה והשליטה בכל הפעילויות של חיי היום יום, וכן המשך עיסוק בפעילות פורה ויצרנית מתוך בחירה אישית.
3. שלאדם יהיו מקורות חברתיים, חומריים, פסיכולוגיים ותרבותיים וכן תחושת ביטחון, תכלית ומשמעות.

במסגרת פיתוח התכנית, נבנו סדנאות לצוותים, לבני המשפחה ובעיקר לאנשים עם המוגבלות השכלית עצמם. בסדנאות הראשונות, שהתקיימו בשנת 2020, התקיים שיח על הנושאים הקשורים להזדקנות מוצלחת ועל נושאים נוספים שעניינו אוכלוסיות אלה. למשל, עניין אותם מה יקרה עם העבודה שלהם והאם יצטרכו לפרוש ממנה? מה הם יעשו בזמן הפנוי אם לא יעבדו? מה יקרה אם יהיו להם קשיים והם לא יוכלו להיות עצמאיים? מה קורה בהזדקנות, האם זה מפחיד? מי יהיו החברים שלהם? מה יקרה אם ההורים שלהם יהיו מאוד זקנים ואף ימותו? הנושאים הללו היו להם כל כך חשובים, כך שבמסגרת הסדנאות ניתנה לכל אחד ואחת הזדמנות ללמוד על הנושא, ועל עצמו, ואף להכין לעצמם תכנית מתאימה שתעזור להם גם לתכנן את העתיד שלהם וגם להציג זאת בפני הצוות ובני המשפחה, בכדי שידעו על התוכנית שלהם.

הסדנאות מבוססות על עקרונות הגישה של "שירותי מכון אדם", לפיה "כל אדם יכול לעצב, לתכנן ולקבוע דברים עבור חייו אם תהיה לו הזדמנות ואם תהיה לו תמיכה מתאימה, על סמך הכוחות, היכולות, ההעדפות ורשתות התמיכה שלו. גישה זו מאפשרת הרחבת אפשרויות בחירה ושליטה של האדם בחייו ובכך היא מעצימה אותו

ומאפשרת לו להיות שותף פעיל בתכנון חייו ולהשמיע את קולו". בהתאם לכך, במסגרת הסדנאות ניתנה למשתתפים עם המוגבלות הזדמנות להכיר יותר את עצמם, לפתח תפיסה עצמית חיובית, להגדיל את המיומנויות לפיתוח קשרים חברתיים, להשמיע את קולם, לתכנן את העתיד ולהחליט עבור עצמם. העקרונות המרכזיים של גישת שירות מכוון אדם, כוללים:

- הגדרה עצמית- ידע של האדם על עצמו וזכויותיו, כך שיוכל לפעול ולנהל את עצמו מתוך מודעות ואוטונומיה ובהתאם לרצונו. בדרך זו יוכל להשמיע את קולו הייחודי.
- השתייכות חברתית- שימוש במיומנויות בין אישיות ותקשורתיות ליצירת חברות במערכות קשרים מגוונות.
- ניהול עצמי- קבלת סמכות על ניהול משאבי התמיכה שלו, ביצוע תפקידים חברתיים שונים ומוערכים הנשענים על הכישרונות והיכולות שלו.
- שילוב והשתתפות - במערכות חיים שונות, כמו: מגורים, עבודה, לימודים, ופנאי בקהילה עם כלל האנשים.
- גיוס היכולות האישיות- על מנת לייצר שינוי חיובי ותרומה לזולת.
- בחירה ושליטה בחיים האישיים - וצבירת ניסיון חיים יחד עם מיומנויות לצורך קבלת החלטות.



בסדנאות נבנתה תכנית חיים אישית ביחד עם כל משתתף, שבה כתובים דברים שנאמרו על ידי כל משתתף ביחס לכל תחומי החיים שלו (כמו בתמונה). בדרך זו, היתה לכל משתתף בסוף הסדנאות תכנית אישית, כאשר במרכזה יש את התמונה שלו, ומסביבה רשומים כל הדברים שחשובים לו ושהוא מעוניין לעבוד עליהם ולשמר אותם גם בהמשך. חשוב לציין כי המשתתפים מאוד אהבו להשתתף בסדנאות והיו גאים בכך שהם יכלו לספר על עצמם, ולהציג את התכנית האישית שלהם. המשתתפים למדו דברים

חדשים על עצמם ועל חבריהם וגם דרכים נוספות לשמור על בריאות גופנית ונפשית, לשמור על חברויות ועל קשרים משפחתיים. בנוסף, גם הצוות ובני המשפחה למדו דברים חדשים על הזדקנות בכלל והזדקנות של מקבלי השירות בפרט, ואילו עוד דברים ניתן לעשות יחד עם האנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית על מנת להגיע להזדקנות מוצלחת.

חשוב לזכור כשמכינים תכנית כזו, כדאי מדי פעם לבדוק אם חלו שינויים וצריך לשנות משהו: אולי נוספו חברויות חדשות, אולי צרכיו או יכולתו התפקודית השתנו ונדרשות התאמות חדשות. התכנית הזו יכולה לשרת את האדם, את הצוות ואת בני המשפחה כך ששלושתם ידעו כל הזמן מה חשוב לאדם, מה הוא רוצה ומה התכניות שלו לעתיד.

אפשר לקרוא עוד במאמרים הבאים:

[על הפרויקט כולו הזדקנות ומוגבלות שכלית התפתחותית: פיתוח והערכת תכנית להנגשת הזקנה וההזדקנות](#)

[עבור מקבלי השירות, המשפחות וצוות המסגרת.](#) באתר של קרן שלם ובאתר של בית איזי שפירא

סקירת על זיקנה מיוחדת ומה זו הזדקנות מוצלחת אפשר לקרוא בסקירת ספרות שנמצאת במאגר הידע של

בית איזי שפירא

על נושא שירות מכוון אדם ואיך הוא בא לידי ביטוי בעבודה עם מזדקנים עם מוגבלות שכלית התפתחותית אפשר

לקרוא במאמר: [אנשים מזדקנים עם מוגבלות שכלית- התפתחותית בעידן שירות מכוון אדם.](#) שנמצא גם הוא

במאגר הידע של בית איזי שפירא

אובדנים בזיקנה אצל אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית

מאת: יעל תנא-מלחי

תוחלת החיים של אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית עלתה מאוד בשנים האחרונות וכיום היא מתקרבת לזו של האוכלוסייה הרגילה, כך שיותר אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית מגיעים לגיל הזיקנה. תהליכי הזיקנה דומים לאלה הקיימים באוכלוסייה הכללית ומתאפיינים בשינויים בתחומי החיים השונים. אצל אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית תהליכים אלו תלויים ברמת התפקוד הבסיסית של האדם. הסימנים הראשונים לתהליכי הזיקנה בהם נבחין הינם: ירידה בתפקוד הפיזי, ירידה ברמת הפעילות בזמן הפנוי וירידה בכישורי העבודה.

האדם המזדקן חווה אובדנים בתחומים רבים בחייו, ולעיתים מתקשה בהתמודדות עם אובדנים אלו. בקרב אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית, הקשיים אף מתעצמים בשל רמת התפקוד ורמת הבנה נמוכה מהנורמה, בשל מיעוט מערכות תמיכה וכן בשל קושי בהסתגלות לשינויים. המאמר מתייחס למגוון אובדנים המוכרים לנו בגיל הזיקנה: אובדן חיי אנשים קרובים, אובדן תפקודים פיזיים וקוגניטיביים ואובדן תפקידים:

אובדן חיי הקרובים לנו - המזדקנים עלולים לחוות אובדנים של בני משפחה קרובים משמעותיים (הורים, אחים ואחיות). לעיתים בני המשפחה הללו היו המטפלים העיקריים שלהם ואלו שליוו אותם כל ימי חייהם. בנוסף, הם עלולים לחוות אובדן של חברים קרובים אשר לעיתים גרו איתם, עבדו איתם ופיתחו עימם יחסי קרבה. פטירתם של קרובי משפחה וחברים היא נושא מורכב שלעיתים קרובות קשה לבני המשפחה ולמטפלים להתמודד עימו. יש נטייה להימנע מלדבר על המוות עם אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית מתוך רצון להגן עליהם. בנוסף קיים קושי בהנגשת המידע והבנת מושג המוות אצל אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית. למרות זאת, למטפלים ישנו תפקיד משמעותי ביותר בעיבוד תהליכי האבל בקרב המזדקנים. חשוב להתייחס לכלל האובדנים שחווים המזדקנים, להעניק להם את התמיכות המתאימות ולסייע להם בהתמודדות, על מנת לשפר את איכות חייהם. חשוב אף להתייחס לאובדן היכולות הפיזיות והקוגניטיביות שלהם. העברת המידע על אובדן של קרוב משפחה או חבר, צריכה להיות מתווכת לאדם עם מוגבלות שכלית התפתחותית על ידי אנשי מקצוע המיומנים לכך. יש להעביר אינפורמציה נכונה וממוקדת בדרך המותאמת ליכולות הקוגניטיביות של האדם. במסירת בשורה על מוות של אדם קרוב יש להתמקד בהבנת מרכיבי מושג המוות, כגון: הכרחיות, אי-הפיכות, סופיות וסיבתיות. יש להתייחס לרמת התפקוד של האדם, לניסיון החיים שלו, לתרבות אליה הוא שייך ולרמת המעורבות שלו בחיי הסובבים אותו. יש צורך לוודא כי האדם שקיבל את הבשורה אכן הבין אותה, וחשוב להתייחס לתגובות ולרגשות שהוא מביע. כמו כן, יש לאפשר לו להתאבל בדרכו. חשוב מאוד לשים לב לשינויים בהתנהגות. לעיתים שינויים אלו יבטאו את הקושי, החרדות העצב על האובדן וגם החשש מהעתיד. על מנת לסייע בהבנת המצב, כדאי לעודד השתתפות בטקסי האבלות (במידת האפשר) ולאפשר ליווי של בן משפחה או מטפל קרוב.

חשובה התייחסות לאובדן לא רק של בני משפחה, אלא גם של חברים קרובים, בני זוג ושותפים למסגרת המגורים. קבוצת השווים של המזדקן הם לרוב אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית אשר איתם הוא מתגורר, עובד ומשתתף בפעילויות פנאי ותעסוקה. קבוצה זו היא משמעותית ביותר עבורו, כך שאובדן של חבר בקבוצה זו הוא בעל משמעות רבה ורחבה. בנוסף לצער על האובדן של חבר קרוב, ההתמודדות עם האובדן מעלה גם חרדות ופחדים אישיים של כל אחד מחברי הקבוצה ועל המטפלים להתייחס לכך, לספק אינפורמציה ולתמוך בחברים. תהליכי עיבוד האבל אצל אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית הם שונים מיתר האוכלוסייה בהבנת האובדן

ומשמעותו, בדרכי ההתמודדות עמו וביכולת הביטוי של הצער.

אובדן היכולות הפיזיות והקוגניטיביות - הירידה בתפקודים הפיזיים של המזדקן גורמת לאובדן יכולות בתחומים רבים, כגון: ראייה ושמיעה, קושי בניידות, אובדן תפקידים במקום העבודה ואובדן תפקידים במסגרת הדיור. אחת המחלות השכיחות, הפוגעות ביכולת הקוגניטיבית, היא הדמנציה אשר נגרמת בעיקר בשל מחלת האלצהיימר. מחלה זו מופיעה אצל חלק מהמזדקנים עם מוגבלות שכלית התפתחותית בגיל צעיר יחסית לכלל האוכלוסייה, עשויה להיות מלווה בתופעות קשות יותר, ולעיתים אף בהתדרדרות מהירה יותר. אובדן התפקודים הפיזיים והקוגניטיביים גורם לחלק מהמזדקנים לאבד את עצמאותם באופן חלקי או מלא, ואף מעלה את הצורך שלהם בסיוע ותמיכה. חלקם מאבדים את התפקידים החברתיים המועטים שהיו להם וכן את יכולת הבחירה האישית.

אובדן התפקידים - זהו אובדן משמעותי נוסף המלווה מזדקנים עם מוגבלות שכלית התפתחותית. למטפלים באוכלוסייה זו יש תפקיד מרכזי בסיוע להתמודדות עם אובדנים אלו. חשוב לנסות ולמצוא תפקידים חלופיים - למרות הקושי שבדבר (לעיתים אנשים אלו היו ממלאים תפקידים מצומצמים ולא מגוונים). ככל שאובדן התפקידים יהיה קטן יותר, כך תישאר רמת פעילות גבוהה יותר, אשר תעלה את הדימוי העצמי, את החיוניות ואת מצב הרוח.

היות שתחום התעסוקה הוא תחום מרכזי לאוכלוסייה זו, ישנה חשיבות רבה לסייע לאדם למצוא מסגרת תעסוקתית מותאמת (למשל, מרכז יום לקשיש). יש לדאוג לתכנים ופעילויות שיתאימו לכל משתתף ויהיו מונגשות להם. חשוב לשמר יכולות קיימות, לחזק אותן, ולעודד את האנשים להמשיך בפעילות מגוונת תוך התאמתה לצרכים המשתנים וליכולות הנוכחיות.

הנגשת שירותים - קיימת חשיבות רבה לנושא הנגשת השירותים והתנאים הפיזיים במקום המגורים, התעסוקה והפנאי. הנגשה זו עשויה לאפשר לאנשים להמשיך בפעילות למרות המגבלות הפיזיות והקשיים הנוספים איתם מתמודדים. יש להיעזר באמצעים טכנולוגיים וציוד עזר שיותאם באופן אינדיווידואלי לאדם, ויאפשר שמירה על קשרים חברתיים וכן על שימור הזיכרון האישי והמשפחתי. כלים נוספים שיש למטפלים המסייעים בהתמודדות עם האובדנים הם חיזוק הקשר המשפחתי והרחבתו במידת האפשר, שמירה על מעגל חברתי קיים ויצירת מעגלים חברתיים נוספים. הפעלת קבוצות תמיכה בנושאים שונים איתם מתמודדים המזדקנים, תמיכה פרטנית של אנשי טיפול, יצירת אפשרויות בחירה לפעילות אלטרנטיבית, ועוד.

לסיכום:

העלייה בתוחלת החיים של אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית בעשורים האחרונים, מביאה עימה אתגרים רבים בהקשר לשיפור איכות החיים שלהם בגיל הזיקנה. אחד הנושאים המאתגרים והחשובים איתם מתמודדים אוכלוסיית המזדקנים (והמטפלים שלהם) הוא נושא האובדנים בתחומי החיים השונים, בראש ובראשונה הפרידה מבני משפחה וחברים קרובים. למרות החשש והרתיעה הקיימים בקרב מטפלים ובני משפחה מנגיעה בנושא זה, יש להעלות את המודעות לקשיים בהתמודדות האדם המזדקן, ולתת כלים למטפלים כיצד לתמוך באדם ולסייע לו ברגעים קשים אלו

הזדקנות המשפחה עם בן בוגר עם מוגבלות שכלית התפתחותית

מאת: פרופ' טובה בנד וינטרשטיין וד"ר הילה אביאלי

בני משפחה וההורים בפרט, רואים לאורך השנים את הטיפול בילד עם מוגבלות שכלית כמשימה מרכזית בחייהם. הזדקנות המשפחה באה לידי ביטוי בירידה בתפקוד וביכולות הפיזיות של ההורים, עזיבת הילדים האחרים את הבית לטובת ניהול חיים עצמאיים, והזדקנות של הילד עם המוגבלות השכלית. במציאות חדשה זו, בני המשפחה מאמצים דרכים שונות להתמודדות. יש כאלה שממשיכים בדבקות לדאוג לילד עם המוגבלות; יש שצריכים לטפל בו-זמנית גם בהורה המזדקן וגם בילד עם המוגבלות; ויש מצבים בהם מצבו של ההורה מחמיר, וכתוצאה מכך הצרכים של הילד עם המוגבלות מקבלים עדיפות משנית.

התמודדות נוספת שמעסיקה את המשפחה המזדקנת היא שאלת העתיד של הילד עם המוגבלות השכלית, כאשר הם כבר לא יוכלו להמשיך ולדאוג לו - איך הוא ישרוד לאחר שההורים כבר לא יהיו? מי ידאג לו? עד כמה ואם בכלל יזכה לביקורים של האחים ובני המשפחה האחרים? האם המוסד יפעל וידאג לצרכיו באופן המשכי? על מי אפשר לסמוך? ועד כמה?

שאלות אלו מלוות באי-ודאות, חששות, וניסיון לבנות תסריטים עתידיים. לחלק מהמשפחות יש תסריט מובנה שמתאר בפירוט את הציפיות ביחס לטיפול, הנחיות ברורות ביחס למשאבים כספיים לצורך הטיפול, וכתיבת צוואה מפורטת לגבי העתיד. לעומתם, יש משפחות שנשארות עם תסריט עמום ומעורפל כך שאין בהירות לגבי עתידו של הילד עם המוגבלות השכלית לאחר הסתלקות הוריו.

תקופת הזקנה היא שלב שמאפשר למשפחות לסכם את החיים לצד הילד עם המוגבלות השכלית. יש משפחות שמציינות כי הטיפול בילד "גבה מחיר" מכל בני המשפחה, שבא לידי ביטוי בויתור על הנאות חיים כמו טיולים, מסעדות ונסיעות לחו"ל, או ויתור בתחום הקריירה והלימודים. לעומת זאת, יש משפחות שבחרו לראות את הילד עם המוגבלות כזכות וכאמצעי למימוש עצמי, אישי ומשפחתי. כל המשפחות סבורות כי בזכות הילד עם המוגבלות השכלית בני המשפחה זכו להיות מחויבים לערכים חשובים כמו: נתינה, אהבה שלא תלויה בדבר, חסד, רחמים חמלה, סבלנות, הכלה ועדינות. כל אלה מספקים תחושות של השלמה, קבלה וגאווה על הדרך שנבחרה.

אחאים

האחים מכירים ומבינים באחריות ובמחויבות שיש להם כלפי ההורים וגם כלפי האח עם המוגבלות. הם מוצאים את עצמם שותפים בטיפול באח עם המוגבלות (בין אם הם רוצים ובין אם לאו) - מעזרה פיזית ועד שותפות בדאגה ואף ויתור על תשומת הלב המוענקת להם לאורך חיים שלמים. ככל שהם מתבגרים, מתקדמים וממשיכים את מסלול חייהם, לא רק שהתפקידים לא פוחתים אלא מתווספים תפקידים נוספים. עם הזדקנות המשפחה, הם אלה שלוקחים על עצמם את הטיפול והדאגה לאח עם המוגבלות השכלית, להורים המזדקנים, לאחים האחרים ולבני ביתם.

ההכרה של האחים במעבר לזקנה מעוררת קשת של תגובות. החל מכך שהם מרגישים דריכות להתגייסות בשעת הצורך, דרך חששות מהתמודדות מול האח עם המוגבלות או עם האחים האחרים כאשר ההורים כבר לא יוכלו לתפקד ועד לאופן שבו תהיה המשכיות לטיפול באח מול הדורות הבאים במשפחה.

לסיכום, סוגיית הטיפול באדם עם מוגבלות שכלית נעשית מורכבת ככל שההורים עולים בגיל, ככל שעולים ביטויי חולי והתעצמות של מוגבלויות, וככל שעולה הצורך בסיוע והשגחה על האדם עם המוגבלות. אפקט נלווה למציאות זו הוא עומס הטיפול. העומס של ההורים נובע משנים ארוכות ומצטברות של טיפול ודאגה לילד עם מוגבלות שכלית, ועבור האחים בשל ריבוי תפקידים. מכאן עולה הצורך להתייחס למשפחה לא רק כמשאב

הבא לסייע במימוש זכויותיו של האדם עם המוגבלות, אלא להכיר בה כישות שלמה ומלאה, שיש להגן ולקדם את זכויות כל חבריה ולפתח עבורה מעטפת שירותים מותאמת ורגישה לאורך מעגל החיים. מעטפת זו צריכה להתמקד בתכנון שלב זה בחיי המשפחה והעתיד תוך התייחסות להיבטים כלכליים, שינויים במערך התפקידים, אחריות, מחויבות בן דורית, גישור למסגרות תמיכה בקהילה עבור ההורים, האחים ובן המשפחה עם המוגבלות השכלית.



תודה

הזדקנות של
אנשים עם
מוגבלות שכלית
חוברת העשרה

דצמבר | 2021

משרד הרווחה
והביטחון
החברתי



קרן
שלום
מאסרת - מחברת - אחרת