



Myers - JDC - Brookdale Institute
מאירס - ג'וינט - מכון ברוקדייל

דוח מחקר



כדי להקל על השיטוט במסמך זה, יש לפתוח את "סימניות (Bookmarks)"
על ידי לחיצה על הלשונית המתאימה או באמצעות הקשה על F6.

מאירס - ג'וינט - מכון ברוקדייל
MYERS - JDC - BROOKDALE INSTITUTE
مأيرس - جوينت - معهد بروكدييل

המרכז לחקר הזיקנה

קשישים הלוקים בדמנטיה:
שכיחות, זיהוי צרכים לא מסופקים
ועדיפויות בפיתוח שירותים

אלי ורטמן • ג'ני ברודסקי • ירון קינג
נטע בנטור • סבטלנה צ'חמיר

המחקר מומן על-ידי קרן לוי (אנגליה), אשל (האגודה לתכנון שירותים
למען הזקן בישראל), המוסד לביטוח לאומי, המכון הלאומי לחקר שירותי
הבריאות ומדיניות הבריאות, מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל ותרומה אנונימית

30 שנה למכון
1974-2004
THIRTY YEAR ANNIVERSARY

דוח מחקר

05-461-דמ

המרכז לחקר הזיקנה

קשישים הלוקים בדמנטיה: שכיחות, זיהוי צרכים לא מסופקים ועדיפויות בפיתוח שירותים

אלי ורטמן • ג'ני ברודסקי • ירון קינג
נטע בנטור • סבטלנה צ'חמיר

המחקר מומן על-ידי קרן לוי (אנגליה), אשל (האגודה לתכנון שירותים למען הזקן בישראל), המוסד לביטוח לאומי, המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות, מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל ותרומה אנונימית

קשישים הלוקים בדמנטיה: שכיחות, זיהוי צרכים לא מסופקים ועדיפויות בפיתוח שירותים

אלי ורטמן¹ ג'ני ברודסקי ירון קינג נטע בנטור סבטלנה צ'חמיר

המחקר מומן על-ידי קרן לוי (אנגליה), אשל (האגודה לתכנון שירותים למען הזקן בישראל), המוסד לביטוח לאומי, המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות, מאיר-ס-ג'וינט-מכון ברוקדייל ותרומה אנונימית

¹ לשעבר מנהל האגף הנירו-פסיכו-גריאטרי בבית-חולים הרצוג

נובמבר 2005

ירושלים

חשון תשס"ו

מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל
ת"ד 3886
ירושלים 91037

טלפון: 02-657400
פקס: 02-5612391

כתובת אינטרנט: www.jdc.org.il/brookdale

תמצית מחקר

1. רקע ומטרות המחקר

אנשים חיים כיום שנים ארוכות מאוד, וכתוצאה מכך, מחלות הקשורות לזקנה מהוות אחד האתגרים המשמעותיים ביותר לשירותי הרווחה והבריאות. אחת המחלות הקשות ביותר הינה מחלה הדמנטיה (שטיון), המתבטאת בירידה בזיכרון ובתפקודים קוגניטיביים נוספים הגורמים לירידה ביכולת האינטלקטואלית וביכולת התפקוד היום-יומי. כתוצאה מכך, יש למחלה השפעה גדולה על הלוקים בה, על בני המשפחה המטפלים בהם, ועל החברה.

המחקר הנוכחי נועד לספק מידע על שכיחות הדמנטיה בקרב קשישים בני 65+ הגרים בקהילה בישראל, על מאפייני הלוקים במחלה, ועל מאפייני בני המשפחה המטפלים בהם. מידע על שכיחות הדמנטיה חשוב לצורכי תכנון ברמה הארצית בהווה, ומאפשר גם לערוך תחזיות ולאמוד את שכיחות הדמנטיה בעתיד בעקבות שינויים במאפיינים הסוציו-דמוגרפיים של אוכלוסיית הקשישים. כמו-כן, המחקר נועד לספק מידע על אודות הצרכים של הלוקים בדמנטיה ושל בני משפחתם לשירותי בריאות ורווחה, ועל הפער בין הצרכים שלהם לבין המענים הקיימים. זאת, כדי לשפר את השירותים הקיימים וכדי לאפשר תכנון מושכל של שירותים קהילתיים שיהלמו את צורכיהם של הקשישים ושל בני משפחתם. עד היום, היה בישראל מחסור במידע בנושאים שהמחקר בחן.

ייחודיות המחקר נובעת מכך שהוא המחקר המקיף הראשון שנערך בישראל, שנועד לבחון את היקף תופעת הדמנטיה בקרב קשישים החיים בקהילה, לבחון באיזו מידה הלוקים בדמנטיה מוכרים על-ידי מערכת השירותים, ולקבוע את היקף הצרכים הלא-מסופקים של הלוקים בדמנטיה ושל בני משפחותיהם. המחקר היה רב-שלבי וכלל בדיקה קלינית מעמיקה, לא רק כדי לזהות את שכיחות הדמנטיה הכללית, אלא גם להבחין בין רמות החומרה השונות של המחלה. לפיכך, המחקר מספק גם, בפעם הראשונה, אומדן של גודל האוכלוסייה בשלבים המוקדמים של המחלה. הקשישים בשלבים הראשוניים של המחלה, ובני משפחותיהם, מוכרים היום כקבוצת יעד חשובה מאוד לשירותי תמיכה שונים, ולתכנון התערבות מוקדמות, שיכולים לא רק לסייע להאט קצב התפתחות המחלה, אלא גם לספק מערכות תמיכה שימנעו עומס יתר על בני המשפחה, ולהכין את הלוקה במחלה ואת בני משפחתו לשלבים יותר מתקדמים של המחלה.

2. מערך המחקר ותהליך איסוף המידע

אוכלוסיית היעד למחקר כללה את כל הקשישים, בני 65 ומעלה, הגרים בקהילה בירושלים ובקריית גת, על פי רישומי משרד הפנים באוגוסט 2000 (לא כולל האוכלוסייה הערבית).

המחקר התמקד בעיקר באוכלוסיית הקשישים בירושלים, והאומדנים על שכיחות הדמנטיה מבוססים על ירושלים. האוכלוסייה בירושלים הטרוגנית ולכן נותנת ביטוי לקבוצות אוכלוסייה בעלות מאפיינים שונים מבחינה סוציו-דמוגרפית. בנוסף, נכללה במחקר העיר קריית גת, השונה מירושלים בהיצע שירותי הבריאות והרווחה. בעוד שמערכת שירותי הבריאות והרווחה העומדת לרשות הקשישים בירושלים מגוונת ורחבה, הרי שמערכת השירותים בקריית גת מצומצמת יותר. לפיכך, הכללת קריית גת מאפשרת ללמוד על צרכים לא מסופקים של קשישים בפריפריה.

מקרב אוכלוסיית היעד למחקר, שמנתה 52,428 קשישים (47,834 בירושלים ו-4,594 בקריית גת), נערכה דגימה אקראית מכל עיר בנפרד, לפי שכבות מין וחמש קבוצות גיל. אוכלוסיית המדגם כללה 2,425 קשישים, כאשר גודל המדגם בירושלים עמד על 1,624 קשישים, ובקריית גת על 801 קשישים (3.4% מהקשישים בירושלים ו-17.4% מהקשישים בקריית גת). תהליך איסוף המידע התחיל בדצמבר 2000 והסתיים בדצמבר 2002.

המחקר נערך כמחקר רב-שלבי בעל שלושה שלבים: (1) סינון ראשוני, (2) הערכה קלינית, (3) הערכת צרכים.

(1) **סינון ראשוני** נערך באמצעות ריאיון פנים-אל-פנים עם הקשיש וכן משפחתו, ומטרתו הייתה לאתר קשישים עם "חשד" לדמנטיה. בשלב זה רואיינו 1,577 קשישים (65% מהמדגם המקורי), ו-1,394 בני משפחה. המידע על אודות הקשישים נאסף באמצעות כלי חקירה מקובלים ומתוקפים, והתייחס למצבם הקוגניטיבי, התפקודי, הרגשי והתנהגותי של הקשישים. המצב הקוגניטיבי נבדק באמצעות מבחן ה-3MS (Modified Mini-Mental State Exam) וקשישים שציונם היה מתחת ל-78, המעיד על ירידה קוגניטיבית משמעותית, הועברו לשלב הבא של המחקר - שלב ההערכה הקלינית. לשלב זה הועברו 493 קשישים (31% מהקשישים שרואיינו בשלב הסינון הראשוני).

(2) **הערכה קלינית** - הקשישים נתבקשו לעבור בדיקה קלינית להערכת מצבם הנוירו-התנהגותי והקוגניטיבי באמצעות פרוטוקול שפותח בידי האגף הנוירו-פסיכוגריאטרי בבית-חולים הרצוג (ורטמן, 2000), בהתאם לקריטריוני האבחון של ה-DSM-III-R ו-DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – revised 3rd and 4th edition). בשלב זה נקבע האם הקשיש אכן לוקה בדמנטיה, ואם כן, באיזו רמת חומרה. הבדיקה הקלינית בוצעה בבית הקשיש בידי צוות רופאים שכלל מומחים בניורולוגיה, נוירולוגיה-התנהגותית או נוירו-פסיכולוגיה. בנוסף, התקיים דיון "קונצנזוס" של צוות רב-מקצועי לגבי כל נבדק, אשר בחן את המידע שנאסף בשלב הסינון הראשוני ואת תוצאות הבדיקה הקלינית. בפועל, 331 קשישים (67% מהקשישים שהועברו לשלב ההערכה הקלינית) עברו בדיקה קלינית, ול-255 (77%) מהם נקבעה אבחנה של דמנטיה.

(3) **הערכת צרכים** - בשלב השלישי של המחקר רואיינו התומכים הבלתי-פורמליים העיקריים של הקשישים שאובחנו כלוקים בדמנטיה. זאת, במטרה לבחון את ההיקף וסוגי העזרה והטיפול שהם נותנים לקשישים, את הצרכים שלהם ושל הקשישים לשירותים, ואת מידת היענות של מערכת השירותים לצורכיהם. בשלב זה רואיינו 186 תומכים של 255 הקשישים שאובחנו עם דמנטיה.

בכל שלב ושלב של המחקר נעשה מאמץ רב למנוע, עד כמה שניתן, נשירת מקרים. אך, בגלל אופי המחקר והמורכבות שלו, כל שלב אופיין בשיעור מסוים של נפל. הסיבה העיקרית לנפל בשלב הסינון הראשוני הייתה סירוב הקשישים להתראיין. הסיבה העיקרית בשלב ההערכה הקלינית הייתה סירוב הקשיש או בן משפחתו להיבדק. הסיבות העיקריות לאי-ריאיון התומך בשלב הערכת הצרכים היו שהקשיש נפטר או הועבר למוסד בין קביעת האבחנה לבין מועד הריאיון.

כדי לבחון את ייצוגיות המדגם בכל שלב ושלב לאחר הנפל, בדקנו את מידת ייצוגיות באמצעות הפרמטרים שעל פיהם נערכה הדגימה המקורית, דהיינו מין וחמש קבוצות גיל, ונמצא שהנפל התפזר על פני השכבות השונות. בשלב ניתוח הנתונים התצפיות שוקללו בהתאם לשכבות הדגימה כדי לייצג את הקשישים בקהילה בשתי הערים.

באופן אידיאלי, היה רצוי שאוכלוסיית היעד למחקר תכלול את כל בני 65 ומעלה החיים בקהילה בישראל, אולם, במחקר הנוכחי לא היה ניתן לערוך דגימה ארצית בקרב כלל הקשישים בארץ, לראיין ולבדוק אותם, בשל עלותו הגבוהה של מחקר כזה והקשיים הלוגיסטיים הכרוכים בביצועו עקב הפריסה הגיאוגרפית של האוכלוסייה. לפיכך, הוחלט ללמוד לעומק על שכיחות הדמנטיה וצרכים של הלוקים בדמנטיה ובני משפחתם ברמת היישוב. יצוין כי גישה זו אינה ייחודית למחקר זה. ישנם מחקרים אפידמיולוגיים שנערכו בקרב אוכלוסייה ממוקדת הגרה באזור גיאוגרפי מסוים במדינה (למשל, בשכונות בעיר גדולה, במחוז או מספר מחוזות, בעיר או מספר ערים), וממצאי המחקר הושלכו באופן סטטיסטי על האוכלוסייה הכללית (Herbert et al., 2003; Massachusetts Alzheimer's Association, 2002; Medical Research Council, 1998; Rosso et al., 2003).

3. ממצאים

שכיחות הדמנטיה בקרב בני 65+ בירושלים לפי מאפיינים שונים

- ♦ כאמור, האומדן על שכיחות הדמנטיה מתבסס על בני 65+ הגרים בקהילה בירושלים, שהיוו את רוב אוכלוסיית המחקר (92%). נמצא כי 19.2% מהם לוקים בדמנטיה מדרגת חומרה כלשהי: 8.2% לוקים בדמנטיה קלה, 4.4% בדמנטיה בינונית, ו-5.8% בדמנטיה קשה (לגבי 0.8% מהקשישים עם דמנטיה לא נקבעה דרגת החומרה).
- ♦ כצפוי, שיעור הלוקים בדמנטיה הגרים בקהילה בירושלים עולה עם העלייה בגיל, כך ש-47% מקרב בני 85 ומעלה נמצאו לוקים במחלה, לעומת 11% מקרב בני 65-74.
- ♦ שכיחות הדמנטיה בקרב הגרים בקהילה בירושלים לפי מאפיינים נוספים: 22% מהנשים לעומת 16% מהגברים; 60% מקרב בעלי השכלה נמוכה (0-4 שנות לימוד), לעומת 7% מקרב בעלי השכלה על-תיכונית, 34% מקרב ילידי אסיה ואפריקה, 17% מקרב ילידי ברית-המועצות לשעבר ו-13% מקרב ילידי אירופה, אמריקה או ישראל.
- ♦ בניתוח רב-משתני מסוג רגרסיה לוגיסטית שנעשה על הקשישים הגרים בקהילה בירושלים נמצא כי לגיל גבוה ולהשכלה נמוכה יש את ההשפעה העצמאית הגדולה ביותר על הסיכוי ללקות בדמנטיה. גם למוצא נמצאה השפעה אולם ברמה יותר נמוכה, ואילו למין הקשיש אין השפעה עצמאית כאשר מפקחים על גיל, מין ומוצא.
- ♦ חלק מהקשישים הלוקים בדמנטיה אינם גרים בקהילה אלא במוסדות לטיפול ממושך. לפיכך, במטרה לאמוד את שיעור הדמנטיה בקרב כלל אוכלוסיית הקשישים בירושלים, השתמשנו בנתוני מחקר (שנערך בשיתוף עם צוות המחקר הנוכחי) על שכיחות הדמנטיה בקרב קשישים בני 65+ במוסדות סיעודיים בירושלים בשנת 1999 (Feldman et al., 2004), שמהם עולה כי 70% מהם לוקים בדמנטיה בכל רמות חומרת המחלה.
- ♦ כאשר הפעלנו את השיעורים הסגוליים של הלוקים בדמנטיה בירושלים בקהילה ובמוסדות, לפי כל קבוצת גיל ומין, על נתוני אוכלוסיית כלל הקשישים בירושלים בסוף שנת 1999, נמצא כי 21.7% מכלל הקשישים בירושלים לוקים בדמנטיה.
- ♦ בבחינת שיעור בני 65+ הלוקים בדמנטיה בירושלים, לפי מקום הימצאותם, עולה כי 84% גרים בקהילה ו-16% במוסדות.
- ♦ כדי להגיע לאומדן ארצי של שכיחות הדמנטיה, הפעלנו את השיעורים הסגוליים של הקשישים הלוקים בדמנטיה בירושלים בקהילה ובמוסדות, לפי כל קבוצת גיל ומין, על נתוני כלל אוכלוסיית הקשישים בישראל בקהילה ובמוסדות בסוף שנת 2002, ומצאנו כי שכיחות הדמנטיה בקרב בני 65+ הגרים בקהילה בישראל נאמדת ב-16.7% (כ-98 אלף איש). מהם: 7.3% לוקים בדמנטיה קלה (כ-43 אלף איש), 3.8% בדמנטיה בינונית (כ-22 אלף איש) ו-4.7%

בדמנטיה קשה (כ-27.5 אלף איש). לגבי כ-0.9% מהקשישים הסובלים מדמנטיה אין לנו אפשרות לאמוד את רמת החומרה. אומדן של שכיחות הדמנטיה בקרב בני 65+ בקהילה ובמוסדות כאחד מגיע ל-19.1% (כ-117 אלף איש).

- ◆ קרוב למחצית הקשישים הגרים בקהילה הלוקים בדמנטיה, נמצאים בשלבים הראשוניים של המחלה.
- ◆ שיעור בני 65+ הלוקים בדמנטיה בישראל, כפי שעולה ממחקר זה, נמצא בגבול העליון של טווח השיעורים המצוטטים בעבודות מטה-אנליזה. למשל, בעבודה של Ineichen (1987), נמצא שבמחקרים שנבדקו שכיחות הדמנטיה נעה בין 2.5% ל-24.6%. שכיחותן של רמות חומרת הדמנטיה, כפי שעולה ממחקר זה, נמצאת בטווח השיעורים המצוטטים במחקרי מטה-אנליזה (Henderson, 1986; Henderson, 1994; Jorm et al., 1987).

מאפיינים של בני 65+ הלוקים בדמנטיה הגרים בקהילה בירושלים ובקריית גת

- ◆ **מצב תפקודי:** 54% מוגבלים בפעולת ADL אחת לפחות, עם הבדלים לפי חומרת המחלה, כאשר שיעורי המוגבלות עולים עם העלייה ברמת חומרת הדמנטיה (33%, 56%-85% לדמנטיה קלה, בינונית וקשה, בהתאמה). כמו-כן, 67% מהם תלויים לחלוטין בתפקוד אינסטרומנטלי (IADL), ושיעורם גבוה יותר בקרב הלוקים בדמנטיה קשה (98%, לעומת 56%-57% לדמנטיה קלה ובינונית, בהתאמה).
- ◆ **יכולת ניידות:** 58% מוגבלים בניידות מחוץ לבית, ושיעורם מגיע ל-86% בקרב הלוקים בדמנטיה קשה; 15% מוגבלים בניידות בתוך הבית, ושיעורם מגיע ל-47% בקרב הלוקים בדמנטיה קשה.
- ◆ **הפרעות בהתנהגות, בזיכרון ובמצב נפשי:** בקרב 21% מהקשישים לא זוהתה אף הפרעה בהתנהגות מתוך עשר הפרעות בהתנהגות הנכללות במבחן ה-NPI (Neuropsychiatric Inventory), אך בקרב חמישית מהם (19%) זוהו 5 או יותר הפרעות. מספר הפרעות בהתנהגות עולה עם העלייה ברמת חומרת המחלה, כך שבקרב 15% מהלוקים בדמנטיה קלה זוהו 5 או יותר הפרעות, לעומת 20%-25% בהתאמה בקרב הלוקים בדמנטיה ברמות חומרה בינונית וקשה.
- שני-שלישים (63%) מבני המשפחה דיווחו שלקשיש יש בעיות זיכרון, ושיעור הדיווח עולה עם העלייה ברמת חומרת המחלה (36%, 77%-84%, בהתאמה לדמנטיה קלה, בינונית וקשה); מכאן עולה כי 37% מבני המשפחה של קשישים שאובחנו עם דמנטיה, אינם מודעים לקיומה של בעיית זיכרון אצלם.
- חמישית (20%) מבני המשפחה דיווחו שבעבר נאמר להם על-ידי רופא שהקשיש לוקה בדמנטיה, או סובל ממחלת אלצהיימר, ושיעור הדיווח עולה עם העלייה ברמת חומרת המחלה: 7% בקרב בני משפחה של קשישים עם דמנטיה קלה, 19% בדמנטיה בינונית ו-42% בדמנטיה קשה. ממצא זה מצביע על כך שחלק ניכר מהקשישים שאובחנו במחקר כלוקים בדמנטיה, ובכלל זה הלוקים בדמנטיה קשה, לא הגיעו בעבר לאבחון.
- 63% מהקשישים הלוקים בדמנטיה הם בעלי סימפטומים דיכאוניים לפי מדד (Geriatric Depression) GDS (Scale), המהווה כלי סינון לאיתור סימני דיכאון.
- ◆ **צורך בהשגחה:** לדברי התומכים, כמעט מחצית (46%) הקשישים הלוקים בדמנטיה יכולים להישאר לבד בבית במשך כל היום (8 שעות ויותר), אך השיעור יורד עם העלייה בחומרת המחלה (69%, 45%-7% בדמנטיה קלה, בינונית וקשה, בהתאמה). שלישי (33%) יכולים להישאר לבד במשך חלק משעות היום (15% לפחות 3 שעות ו-18% פחות מ-3 שעות), אך כחמישית (21%) זקוקים להשגחה מתמדת ואינם יכולים בכלל להישאר לבד בבית במשך היום, והשיעור מגיע ל-53% בקרב הלוקים בדמנטיה קשה.

◆ **מצב בריאות:** 95% מהלוקים בדמנטיה סובלים מלפחות מחלה כרונית אחת נוספת ו-30% מחמש מחלות או יותר, כמו, למשל, מחלת לב (29%), עצירות (53%), קשיים בראייה (56%), ובעיות בשינה (55%). נתונים אלה מלמדים על מורכבות הטיפול בחולי דמנטיה.

דפוסי השימוש בשירותי הטיפול הממושך, הרווחה והבריאות, וצרכים לא מסופקים

המידע על דפוסי השימוש של הלוקים בדמנטיה בשירותי הטיפול הממושך, הרווחה והבריאות, וצרכים לא מסופקים בקרבם, התקבל מהתומכים הבלתי פורמליים העיקריים שלהם, שרובם המכריע היו בני משפחתם.

◆ **חוק סיעוד:** למעלה ממחצית הלוקים בדמנטיה (56%) מקבלים עזרה במסגרת חוק סיעוד, ושיעורם מגיע ל-79% בקרב הלוקים בדמנטיה קשה, לעומת 65% בקרב הלוקים בדמנטיה בינונית ו-41% בקרב הלוקים בדמנטיה קלה. אחוז המקבלים עזרה במסגרת חוק סיעוד גבוה יותר, כאשר לקשיש יש מגבלות בתפקוד, כך 83% בקרב המוגבלים בפעולת ADL אחת לפחות, ו-92% מאלה הזקוקים לעזרה בכל פעולות ה-ADL, מקבלים עזרה במסגרת חוק סיעוד. שמונה אחוזים מבני המשפחה של הקשישים שלוקים בדמנטיה דיווחו שפנו לביטוח הלאומי, אולם בקשתם לקבלת עזרה מחוק סיעוד לא אושרה. (אין לנו מידע על סיבת הדחייה וייתכן שלגבי חלקם הסיבה הוא מבחן ההכנסות). בנוסף, 30% דיווחו שכלל לא פנו לחוק סיעוד, והסיבה העיקרית לכך היא שהקשיש "לא זקוק לעזרה ויכול להסתדר לבד או עם עזרת בני המשפחה".

בקרב הקשישים שיש להם מטפלת, לשליש (31%) יש מטפלת 24 שעות ביממה. כלומר, 18% מכלל הקשישים הלוקים בדמנטיה מעסיקים מטפלת 24 שעות ביום.

ארבעים וחמישה אחוזים מבני המשפחה אמרו שהקשיש זקוק ליותר עזרה של מטפלת: 30% זקוקים לתוספת שעות עזרה ו-15% זקוקים למטפלת, שאיננה נמצאת כלל. שיעור הזקוקים לתוספת שעות עזרה גבוה יותר בקרב הקשישים הלוקים בדמנטיה קשה (48%, לעומת 33% ו-17% בקרב הלוקים בדמנטיה בינונית וקלה, בהתאמה), בעוד ששיעור מי שאין להם מטפלת זקוקים לשירותיה גבוה יותר בקרב הקשישים עם דמנטיה קלה ובינונית, לעומת דמנטיה קשה (22%, 20% ו-2%, בהתאמה).

◆ **ביקור במסגרת חברתית:** 26% ביקרו במסגרת חברתית כמו מועדון חברתי או מרכז יום בשלושת החודשים שקדמו לריאיון, ושיעורם גבוה הרבה יותר בקרב הלוקים בדמנטיה קלה ובינונית מאשר בקרב הלוקים בדמנטיה קשה (29%, 33% ו-7%, בהתאמה). בנוסף, 40% מהם אינם מבקרים במסגרת חברתית, אך בני משפחתם סוברים שרצוי שהם יעשו כך, ושיעור הדיווח גבוה יותר לגבי הלוקים בדמנטיה קלה ובינונית לעומת קשה (46%, 42% ו-29%, בהתאמה).

◆ **קשר עם עובדת סוציאלית:** 41% מהקשישים נפגשו עם עו"ס במהלך השנה האחרונה, ו-32% מבני המשפחה של אלה שלא נפגשו עמה סוברים שהקשיש זקוק לכך (דהיינו 18% מכלל הקשישים).

◆ **ביקור בית של מתנדב:** מתנדב מבקר רק אצל 6% מהלוקים בדמנטיה; 50% מבני המשפחה מעוניינים שהקשיש יקבל ביקורים.

◆ **לחצן מצוקה:** ל-41% מהקשישים יש לחצן מצוקה בבית המחובר למוקד חיצוני; שיעורם גבוה יותר בקרב הלוקים בדמנטיה קלה ובינונית לעומת קשה (44%, 52% ו-26%, בהתאמה). כמו-כן, ל-17% מהם אין לחצן מצוקה, אך לדברי בני משפחתם, נחוץ שיהיה להם.

◆ **שימוש בשירותי המרפאה הראשונית:** 96% מהקשישים נפגשו עם רופא המשפחה במהלך השנה האחרונה, אולם 11% מהלוקים בדמנטיה קשה לא היו במגע עם רופא המשפחה בשנה האחרונה. כמו-כן, 11% מבני המשפחה אמרו

שהקשיש היה זקוק לביקור בית של רופא המשפחה בשנה האחרונה, והוא לא בא. כן נמצא ש-82% מהקשישים נפגשו עם אחות המרפאה במהלך השנה האחרונה, כש-7% מבני המשפחה אמרו שהקשיש היה זקוק לביקור בית של האחות בשנה האחרונה והיא לא באה.

- ◆ **קשר עם רופא פרטי, רופאים מומחים:** 20% מהקשישים נפגשו עם רופא פרטי בשנה האחרונה, ושיעורם עולה עם העלייה ברמת חומרת הדמנטיה (10%, 21% ו-41% עם דמנטיה קלה, בינונית וקשה, בהתאמה). כמו-כן, 13% נפגשו עם פסיכיאטר ו-23% עם נוירולוג במהלך השנה האחרונה.
- ◆ **טיפול רפואי נלווה:** 30% קיבלו טיפול פיזיותרפי, 5% טיפול בריפוי בעיסוק, ו-11% נפגשו עם תזונאית בשנה האחרונה. כמו-כן, 30% מבני המשפחה סברו שהקשיש זקוק לטיפול פיזיותרפי שלא זכה לקבל, 27% שהקשיש זקוק לריפוי בעיסוק, ו-20% שהקשיש זקוק להתערבות של תזונאית.
- ◆ **שימוש בשירותי אשפוז:** 30% מהקשישים אושפזו בבית-חולים בחצי השנה האחרונה, ו-25% ביקרו בחדר מיון בחצי השנה האחרונה ללא אשפוז. שיעורים אלה גבוהים מהשיעור לגבי כלל הקשישים לפי סקר קשישים של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (1997), לפיו 15% מהקשישים אושפזו ו-19% ביקרו בחדר מיון.
- ◆ **ביצוע בדיקות ראייה ושמיעה:** 62% מכלל הלוקים בדמנטיה עברו בדיקת ראייה בשנה האחרונה, אולם 26% מאלה עם קשיי ראייה לא עברו בדיקת עיניים במהלך תקופה זו; 26% עברו בדיקת שמיעה בשנה האחרונה, אך קרוב למחצית (46%) לא עברו בדיקה זו אף פעם. כמו-כן, שני-שלישים (65%) מאלה עם קשיי שמיעה, לא עברו בדיקת שמיעה בשנה האחרונה.
- ◆ **רפואת שיניים:** 29% ביקרו אצל רופא שיניים בשנה האחרונה, אך 63% מאלה שיש להם בעיות עם השיניים התותבות לא ביקרו אצל רופא שיניים במהלך תקופה זו.
- ◆ **שימוש בתרופות:** 95% מהלוקים בדמנטיה נוטלים תרופות לפי הוראות רופא, אולם רק 4% נוטלים תרופות הקשורות לדמנטיה, להאטת קצב התפתחות המחלה. שליש מבני המשפחה (35%) דיווחו שיש בעיות בנוגע לתרופות, והבעיה העיקרית שצוינה הייתה עלותם הגבוהה של התרופות.

התומכים הבלתי-פורמליים העיקריים של הלוקים בדמנטיה

- ◆ **מאפיינים דמוגרפיים:** רוב התומכים (97%) הם בני משפחה של הקשיש, בעיקר בני זוג (27%) ובנים או בנות (62%); 60% הן נשים והגיל הממוצע 54.8 שנים; 33% מהתומכים בני 65 ומעלה ו-14% בני 75 ומעלה; 43% גרו ביחד עם הקשיש.
- ◆ **מצב בריאות פיזית ונפשית:** 41% מהתומכים הגדירו את מצבם כלא כל-כך טוב או כלל לא טוב, 36% נמצאו בסיכון לדיכאון לפי סולם ה-CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale).
- ◆ **העזרה שהתומכים מספקים לקשיש:** 37% מסייעים לקשיש בטיפול אישי (ADL), ושיעורם עולה עם העלייה ברמת חומרת הדמנטיה של הקשיש (25%, 40% ו-65% בקרב קשישים עם דמנטיה קלה, בינונית וקשה, בהתאמה). רובם התקשו להעריך את מספר השעות המדויק שהם מקדישים למתן עזרה לקשיש בטיפול אישי, אך כמחציתם אמרו שהם מקדישים "הרבה שעות", או עוזרים "כל היום - 24 שעות ביממה" (20% ו-31%, בהתאמה), ושיעורם גבוה ביותר בקרב אלה המטפלים בקשיש הלוקה בדמנטיה קשה (71%), ובקרב אלה הגרים עם הקשיש (69%). קרוב לשני-שלישים (63%) מאלה שאינם גרים עם הקשיש עוזרים לו בפעולות משק בית (כגון ניקיון, כביסה, הכנת ארוחות או עריכת קניות), ו-86% מהם עוזרים לקשיש בפעולות אינסטרומנטליות, כמו ליווי והסעות, קניות והבאת תרופות, וניהול כספיו.

- ◆ **העומס המוטל על התומכים:** 40% דיווחו שאין אדם נוסף שעוזר להם בטיפול בקשיש ללא תשלום; ל-34% אין אדם אחר אשר יכול להחליף אותם אפילו באופן זמני אם ירצו לצאת לחופשה; ו-38% דיווחו שהעומס המוטל עליהם כבד מאוד או כבד, ושיעורם גבוה יותר בקרב אלה המטפלים בלוקים בדמנטיה קשה (52%), בקשישים שמוגבלים ב-3+ פעולות ב-ADL (59%), ובקשישים עם הפרעות התנהגות (53%). כמו-כן, 61% מהתומכים שגרים עם הקשיש, דיווחו שהעומס המוטל עליהם כבד מאוד או כבד. בנוסף, 38% מהתומכים דיווחו שקשה להם לצאת לחופשה קצרה בגלל מצב הקשיש, ושיעורם מגיע ל-58% בקרב המטפלים בקשישים הלוקים בדמנטיה קשה.
- ◆ **השפעת הטיפול על המצב הכלכלי:** 26% מהתומכים שעובדים אמרו שהם נאלצים לעבוד פחות שעות ממה שהיו רוצים, ושיעורם מגיע ל-46% מהמטפלים בקשישים הלוקים בדמנטיה קשה. כמו-כן, 75% מהתומכים דיווחו שהיו להם בחודש האחרון הוצאות הקשורות לטיפול בקשיש, שלא יקבלו עליהן החזר.
- ◆ **שירות נופשון:** 33% מהתומכים הביעו צורך לקחת פסק זמן מהטיפול בקשיש, ושיעורם עולה עם העלייה ברמת חומרת הדמנטיה של הקשיש (20%, 43% ו-54% עם דמנטיה קלה, בינונית וקשה, בהתאמה). בנוסף, 29% היו משתמשים בשירות נופשון (respite care) לו היה זמין, ושיעורם גבוה יותר בקרב אלה המטפלים בלוקים בדמנטיה קשה (51%), בקרב התומכים בקשישים שגם מוגבלים ב-ADL ולוקים בבעיות התנהגות (41%) ובקרב התומכים שגרים עם הקשיש (38%).
- ◆ **צרכים לא-מסופקים בקרב התומכים:** התומכים הביעו צרכים לא מסופקים למגוון רחב של שירותים, כאשר אחד הבולטים הוא הצורך במידע ובייעוץ להתמודדות עם הטיפול בקשיש. כך, למשל, 51% מהתומכים שאמרו שלקשיש יש בעיות זיכרון, מעוניינים במידע כיצד להתמודד עם הבעיות האלה, ועל שיטות לשיפור יכולת הקשיש לזכור דברים; 29% מהתומכים שדיווחו כי לקשיש יש בעיות בהתנהגות, רוצים לקבל מידע והדרכה כיצד להתמודד עם הבעיות האלה. הצורך במידע והדרכה נמצא שכיח יותר בקרב התומכים של קשישים עם דמנטיה קלה ובינונית מאשר בקרב התומכים של קשישים עם דמנטיה קשה. כמו-כן, לדברי 70% מהתומכים, הם לא קיבלו מספיק מידע על השירותים הקהילתיים שיכולים לעזור לקשיש. אף אחד מהתומכים לא השתתף בקבוצה תמיכה, אולם שליש מהם הביעו רצון לכך.
- ◆ **אפשרות העברת הקשיש למסגרת מוסדית:** כחמישית (20%) מהתומכים חשבו על האפשרות להעביר את הקשיש למסגרת מוסדית (בית אבות, מוסד סיעודי או בית-חולים לחולים כרוניים), ושיעורם גבוה יותר בקרב התומכים בקשישים בני 75+, מוגבלים ב-ADL, ולוקים בבעיות התנהגות. מעניין לציין כי יותר תומכים של קשישים עם דמנטיה בינונית חשבו על כך מאשר תומכים בלוקים בדמנטיה קלה וקשה (34% לעומת 15% ו-21%, בהתאמה). ייתכן שאלה המטפלים בקשישים עם דמנטיה קלה, עדיין לא התנסו בקשיים משמעותיים, בעוד שהמטפלים בקשישים עם דמנטיה קשה השלימו עם מצבם.

דפוסי שימוש בשירותים וצרכים לא מסופקים לפי עיר

- כאמור, המחקר בוצע בשתי ערים - ירושלים וקריית גת, וכצפוי, הממצאים מלמדים על הבדלים ביניהן בבחינת השימוש בשירותים, וצרכים לא מסופקים בקרב הקשישים ובני משפחתם.
- ◆ 77% מהלוקים בדמנטיה בקריית גת לעומת 52% בירושלים, מקבלים עזרה במסגרת חוק סיעוד. אחד ההסברים לכך הוא ששיעור המוגבלים ב-ADL גבוה יותר בקריית גת מאשר בירושלים (69% ו-55%, בהתאמה).
 - ◆ שיעור המבקרים במסגרת חברתית (מועדון, מרכז יום וכד') גבוה יותר בקרב הקשישים בירושלים מאשר בקריית גת (31% ו-9%, בהתאמה). לפיכך, יותר בני משפחה מקריית גת מאשר בירושלים (66% ו-34%, בהתאמה), סוברים

שרצוי שהקשיש יבקר במסגרת חברתית. כמו-כן, שיעור בני המשפחה שהביעו רצון שמתנדב יבקר אצל הקשיש גבוה יותר בקריית גת לעומת ירושלים (63%-ו-47%, בהתאמה).

♦ יותר קשישים בקריית גת מאשר בירושלים זקוקים להתאמות דיור (46%-ו-23%, בהתאמה), ללחצן מצוקה (29%-ו-14%, בהתאמה), לציוד עזר לניידות (44%-ו-23%, בהתאמה), ולמכשור רפואי (38%-ו-24%, בהתאמה).

♦ שיעור בני המשפחה בקריית גת שהביעו רצון לקבל מידע והדרכה בתחומים שונים היה גבוה יותר מאשר בירושלים. למשל, בקריית גת 66% מאלה שדיווחו שלקשיש יש בעיות זיכרון הביעו רצון למידע נוסף, לעומת 47% מבני המשפחה בירושלים; ו-27% הביעו רצון לקבל ייעוץ משפטי, לעומת 9% מבני המשפחה בירושלים.

♦ כמחצית מבני המשפחה בקריית גת, לעומת שליש מבני המשפחה (38%) בירושלים, דיווחו שהעומס המוטל עליהם עקב הטיפול בקשיש כבד מאוד או כבד; 47% בקריית גת, לעומת 25% בירושלים, הביעו נכונות להשתמש בשירותי נופשון; ו-50% בקריית גת, לעומת 28% בירושלים, הביעו רצון להשתתף בקבוצת תמיכה.

4. דיון והשלכות למדיניות

לממצאי המחקר יש השלכות משמעותיות על כיווני מדיניות ופיתוח שירותים כדי לשפר את ההיענות לצורכי הקשישים הלוקים בדמנטיה ושל בני משפחתם.

צרכים בתחום איתור ואבחון דמנטיה

רוב הקשישים שנמצאו במחקר לוקים בדמנטיה, ובעיקר אלה שנמצאו לוקים בדמנטיה קלה, לא היו מאובחנים בעבר. תופעת הדמנטיה הלא מאותרת ולא מאובחנת (undetected dementia) שכחה גם בארצות אחרות (Ross et al., 1997; Sternberg et al., 2000). מחקרים מלמדים כי רבים מהקשישים ובני משפחתם ממתנים לעתים זמן רב לפני שהם פונים למערכת הרפואית לאבחון ולקבלת טיפול (Black & LoGuidice, 2001). הסיבות לכך רבות וכוללות, בין השאר, חוסר מודעות לסימנים הראשוניים של המחלה, חרדה מפני המחלה ותוצאותיה, וחוסר ידע על קיומם של שירותי אבחון וטיפול בקהילה שעשויים להקל על החולה ועל בני משפחתו. לאור זאת יש צורך להגביר במידה רבה את הפעולות לאיתור מוקדם של קשישים עם "חשד" לדמנטיה, ולהבטיח שיגיעו לאבחון בשלבים מוקדמים יותר של המחלה. קריאה ברוח זו יוצאת מגורמים רבים במדינות המפותחות (Alzheimer's Association Australia, 2001; Alzheimer Scotland, 2004;) (Duncan & Siegal, 1998; Marin et al., 2002; Relkin, 2000; Alzheimer's Association, United States, 2000).

לאבחון המחלה בשלביה הראשונים עשויים להיות יתרונות משמעותיים לא רק לחולה אלא גם לבני המשפחה ולאנשי המקצוע המטפלים בו. הדבר עשוי להגביר את המודעות של החולה ובני משפחתו, לקראת מצבים שעשויים להתרחש בעתיד ושיש צורך להתכונן לקראתם. כך, למשל, הדבר עשוי לאפשר לחולה להיות שותף פעיל בקבלת החלטות לגבי עתידו ועתיד בני משפחתו, ולהתכונן בצורה יעילה לקראת תקופה שבה ייתכן שלא יוכל להיות מעורב בקבלת ההחלטות לגביו. אבחון מוקדם עשוי גם להביא למודעותם של החולה ובני משפחתו לגבי מצבם, ולהגביר את החיפוש שלהם אחר מידע שיועיל להם בהווה ובעתיד, לאתר מקורות ושירותי תמיכה מתאימים, וכמובן לפנות בשלבים מוקדמים יותר לטיפול רפואי ולהתערבויות קוגניטיביות ופסיכו-סוציאליות. קיימות עדויות לכך שאבחון מוקדם עשוי גם לתרום להפחתת העומס והחרדה בקרב בני המשפחה, יש לו פוטנציאל להפחית את הסיכוי לקבלת טיפול רפואי יקר ולא מתאים, הוא מאפשר נגישות מוקדמת לתרופות חדשניות והוא יכול לדחות מיסוד. לכל אלה עשויה להיות תרומה לא רק לחולה ולבני משפחתו

אלא גם למערכת הבריאות ולחברה, מאחר שהם עשויים להפחית את ההוצאות על בריאות באמצעות האטת קצב התפתחות המחלה, מתן טיפול יעיל ודחיית מיסוד (Audit Commission, 2000; Bird & Parslow, 2001; Relkin, 2000).

לפיכך, נראה שיש צורך להרחיב במידה רבה פעולות המיועדות ליידע ולהעלות את המודעות הציבורית לסימנים הראשוניים של המחלה, כמו גם לאמצעי האבחון והטיפול שעומדים לרשות הקשישים ובני משפחתם. לשם כך, יש צורך לשפר את כלי ההפצה והיידוע הקיימים ולפתח כלים נוספים. גורמים רבים צריכים ליטול חלק במשימה זו, ובכלל זה רשויות הבריאות הפורמליות - משרד הבריאות, קופות-החולים ומשרד הרווחה, כאשר לצידם, יש תפקיד חשוב ומרכזי גם לארגונים לא ממשלתיים כמו עמותת אלצהיימר ומחלות דומות בישראל. נראה שכיום, עיקר הפעילות נעשית בידי ארגונים לא ממשלתיים, בעלי משאבים מוגבלים המתקשים להתמודד עם הצרכים ועם הביקוש הגובר לשירותיהם. יש צורך להרחיב במידה רבה את המעורבות הממלכתית בנושא, ובמיוחד קופות-החולים, מאחר שרוב הקשישים פונים בראש ובראשונה לקופות-החולים שבהן הם מבוטחים. ראוי לציין שבמספר מדינות הארגונים הוולונטריים זוכים לתמיכה ממשלתית המאפשרת להם לספק סל רחב של שירותים ולהגביר את פעילותם במידה רבה.

בספרות מושם דגש רב על הצורך להגביר את הפעולות לאבחון מוקדם של דמנטיה בקרב רופאי המשפחה ובמרפאה הראשונית (Black & LoGuidice, 2001; Audit Commission, 2000; Rait, Walters & Iliffe, 1999; Iliffe et al., 2002). זאת, משום שרופא המשפחה נמצא בחזית המערכת הרפואית שעמה נפגשים הקשישים. הם פונים אליו לעתים תכופות, ורבים מהם רואים בו מקור חשוב למידע ולהכוונה בהתייחס לבעיותיהם הרפואיות. מהמחקר הנוכחי עולה שכמעט כל הקשישים הלוקים בדמנטיה ביקרו אצל רופא המשפחה בשנה האחרונה. ואולם, בדומה לממצאי מחקרים אחרים, גם בארץ קיימת תופעה של דמנטיה בלתי מובחנת ובלתי מאותרת, ולפיכך ייתכן שרופאי המשפחה אינם פועלים די בתחום זה. בין הסיבות לכך, כפי שניתן ללמוד מהספרות, נמצאו בעיקר היעדר הכשרה של הרופאים לאבחון המחלה, חוסר שימוש בכלי סינון מתאימים, חוסר מודעות לצורך באבחון בידי מומחה ובהפניה למומחים, וחוסר היכרות עם הכלים לטיפול בלוקים בדמנטיה ועם השירותים בקהילה (Black & LoGuidice, 2001; Rait, Walters & Iliffe, 1999; Audit Commission, 2000).

חלק מהחוקרים והקלינאים סוברים שאין כיום מספיק מידע כדי להמליץ באופן חד-משמעי על ביצוע בדיקת סינון קוגניטיבי במסגרת הרפואה הראשונית, כדי לאתר דמנטיה בקרב כלל אוכלוסיית הקשישים. במיוחד חסר מידע לגבי היכולת ליישם בדיקת סינון בידי רופאי המשפחה, והיכולת לתת טיפול יעיל במסגרת הרפואה הראשונית (Boustani et al., 2001; Patterson & Gass, 2001; Audit Commission, 2000; Costa et al., 1996; al., 2002, 2003). ואולם, ממסקנותיהם של חוקרים אחרים עולה כי על רופאי המשפחה להיות ערים הרבה יותר לסימנים של בעיות זיכרון, בעיות קוגניטיביות אחרות ובעיות התנהגותיות אחרות, ובמקרים שקיימות עדויות לבעיה, עליהם לעשות הערכה מקיפה, או לשלוח את הקשיש לאבחון מקיף. בחלק מהמחקרים ממליצים להרחיב את בדיקות הסינון לכל בני 75 ומעלה. ב-White Paper משנת 1987 באנגליה (Blakeman et al., 2001; Sims et al., 2000) הודגשה חשיבותה של בדיקה שנתית בידי רופא משפחה לכל הקשישים, ובעקבות הפעלת תכנית החוזים עם רופאי המשפחה הבריטיים בשנת 1990, הם חויבו לוודא שכל קשיש מגיל 75 ומעלה יזכה לבדיקה שנתית הכוללת, בין השאר, את מצבו הקוגניטיבי והמנטלי (Shackley & Donald, 1993). גם בישראל נקבעו בידי ההסתדרות הרפואית הנחיות קליניות בנושא של רפואה מונעת וקידום בריאות בקהילה, הכוללות הנחיות בנושא בדיקות של ירידה קוגניטיבית (טבנקין, 2000).

סוגיות בפיתוח שירותים במענה לצרכים לא מסופקים בקרב הלוקים בדמנטיה ובני משפחתם

במחקר זהו צרכים לא מסופקים במספר תחומים:

טיפול בית לא מקצועי: במחקר נמצא שחלק לא מבוטל מהקשישים הסובלים מדמנטיה זקוקים לדברי בני משפחותיהם ליותר שעות עזרה. בהקשר זה יצוין שבמטרה לשפר את התאמת הטיפול והשירותים לצורכי הקשישים, המוסד לביטוח לאומי בחן לאחרונה את האפשרות לערוך שינויים בפיזור מספר השעות המוקצות לזכאים, כך שקשישים ברמת מוגבלות גבוהה ובעלי צורך בהשגחה יקבלו יותר שעות טיפול מבעבר, בעוד שמוגבלים במידה קלה יזכו לפחות שעות טיפול מבעבר. אלא שתכניות אלה טרם בוצעו, בין היתר, בגלל התנגדות של גורמים רבים במערכת לצמצם את מספר שעות הטיפול לקשישים הפחות מוגבלים.

טיפול בית רפואי: בגלל מורכבות המחלה והבעיות הנלוות לה, יש צורך להבטיח מעקב רפואי קבוע, מדי שלושה חודשים או חצי שנה, במרפאה או בבית למי שאינו יכול להגיע למרפאה.

מסגרות לטיפול יום: חלק ניכר מהלוקים בדמנטיה אינם משתמשים במסגרות לטיפול יום כגון מרכזי יום ומסגרות מועדוניות אחרות. זאת, למרות שחלק משמעותי מבני משפחותיהם, ובעיקר של הלוקים בדמנטיה קלה ובינונית, היו רוצים שיעשו כך. למסגרות כאלו יש תפקיד חשוב במתן טיפול ובהפעלת הקשישים, ובמקביל הן מאפשרות לבני המשפחה להשתחרר מהעול המוטל עליהם למשך מספר שעות בשבוע, ובכך להפחית את העומס המורגש בקרבם. לכך עשויה להיות השפעה על יכולתם להמשיך לשאת בנטל הטיפול בבית לאורך זמן ממושך ולדחות ואף למנוע מיסוד (Dupuis, Epp & Smale, 2004; Dziegielewski & Ricks, 2000; Gottlieb & Johnson, 2000; Montgomery, 2002; Zarit et al., 1998). בשנים האחרונות הוקמו בידי אשל וארגונים אחרים מרכזי יום רבים, הכוללים יחידה נפרדת לתשושי נפש, אולם, התפוסה בחלק מהם חלקית, והם יכולים לקלוט קשישים רבים נוספים. קיים צורך לבחון לעומק את הסיבות לחוסר הניצול של המסגרות לטיפול יום. במקביל, יש צורך להגביר את המודעות של הקשישים ובני משפחתם לקיומן של מסגרות כאלה, ולתרומה הפוטנציאלית שעשויה להיות להם לקשיש ולבני המשפחה. בנוסף, שירותי הבריאות והרווחה צריכים לשפר את הפצת הידע וההדרכה על אודות קיומם של שירותים קהילתיים העומדים לרשות קשישים עם מגבלות קוגניטיביות ודמנטיה על כל שלביה.

שירות נופשון: שירות נוסף שעשוי להעניק לבני המשפחה הפוגה מהטיפול בקשיש הוא שירות נופשון (respite care service). הכוונה לשירות שיכול להחליף את המשפחה לתקופה מסוימת. כיום השירות כמעט שאינו קיים בארץ, למרות שרבים מבני משפחה המטפלים בקשיש הלוקה בדמנטיה קשה דיווחו על הצורך בקיומו. מספר מדינות, ובולטת בכך אוסטרליה, פיתחו מודלים שונים של שירות כזה, הכוללים שירות בבית הקשיש (in-home respite service), שירות בבית של משפחה אחרת שהוכשרה לכך (host-family respite care) ושירות במסגרות חוץ-ביתיות לזמני חופשה או חירום (vacation/emergency respite) (Archibald, 1996; Dupuis et al., 2004; Montgomery, 2002). נראה שלאור הצרכים הקיימים, ראוי לבחון מודלים שפותחו בחו"ל לעומק, ולראות באיזו מידה ניתן ליישםם בארץ.

סיוע ממתנדבים: שיעור נמוך מאוד מהלוקים בדמנטיה זוכים לביקורי בית של מתנדב, אף שמחצית מבני המשפחה היו רוצים בביקורים כאלה. לפיכך, נראה שגם בתחום זה יש צורך להרחיב את המידע על אודות ארגונים שמספקים כיום שירות כזה, ובמקביל להרחיב את מעורבותם של מתנדבים בתמיכה וסיוע לחולים ובני משפחתם. לשם כך יש צורך להרחיב את המסגרות שיאתרו ויכשירו את המתנדבים ושיהיו אחראים על הפעלתם (MacIntyre et al., 1999).

מידע והדרכה: בנוסף לצורך להגביר את גישת בני המשפחה למידע על אודות המחלה, ועל אודות הצורך באבחון שלה, ולמקומות בהם מתבצעים הבדיקות והאבחון, חלק ניכר מבני המשפחה, ובעיקר אלה המטפלים בקשישים הלוקים בדמנטיה קלה ובינונית, הביעו רצון לקבל מידע והדרכה גם לגבי דרכי ההתמודדות עם סימני המחלה, הבעיות המתעוררות בעקבותיה, והקשיים הכרוכים בטיפול בחולים האלה, כמו, למשל, התמודדות עם בעיות בזיכרון ובעיות בהתנהגות. בנוסף, בני המשפחה היו רוצים לקבל יותר מידע על שירותים קהילתיים שעשויים לסייע להם ולקשיש. לפיכך, נראה שיש צורך ליידע את הציבור לגבי הארגונים שמספקים מידע והדרכה כיום, ולהרחיב אותם, כך שיוכלו לספק את המידע הדרוש לבני המשפחה ויאפשרו להם לרכוש מיומנויות שיסייעו להם בהתמודדות עם הטיפול בקשיש. תכניות חינוך והכשרה לבני משפחות של לוקים בדמנטיה פותחו בידי עמותות אלצהיימר בארצות אחרות תוך כדי קבלת סיוע ממשלתי. כך, למשל, עמותות האלצהיימר באוסטרליה מפעילות תכנית Dementia Education and Support Program ותכנית Carers Education and Workforce Training Project, כאשר אוכלוסיית היעד שלהן כוללות חולי דמנטיה, בני משפחתם, ובעלי מקצוע במערכת שירותי הבריאות והרווחה. בנוסף, פותח באוסטרליה שירות המתמחה במתן ייעוץ כיצד להתמודד עם בעיות התנהגותיות (National Dementia Behavior Advisory Service) (Alzheimer's Australia, 2004). לאור הצרכים של בני המשפחה של הקשישים, נראה שרצוי לבחון לעומק את תכניות שפותחו בחו"ל, את תהליכי הפעלתן ותוצאותיהן, ולשקול התאמתן לארץ.

תמיכה קבוצתית ופרטנית: בני המשפחה המטפלים בקשישים הלוקים בדמנטיה זקוקים גם לתמיכה פסיכו-סוציאלית כדי שיוכלו להחזיק מעמד בתפקידם לאורך זמן, ולצמצם את תחושות השחיקה ככל האפשר. לפיכך, נראה שקיים צורך להרחיב ולחזק במידה ניכרת את ההתערבויות הפסיכו-סוציאליות, כמו קבוצות תמיכה וייעוץ פרטני ומשפחתי, שיעניקו תמיכה לא רק לאלה הלוקים במחלה אלא גם לבני משפחתם, חלקם קשישים בעצמם הסובלים מבעיות בריאות ומפגיעה משמעותית ברווחתם הנפשית (Audit Commission, 2000; Dupuis et al., 2004). עמותת אלצהיימר מפעילה לאחרונה קבוצות תמיכה לחולי דמנטיה בשלבים הראשוניים של המחלה. יש צורך ללמוד מניסיון זה ולנסות להרחיב פעילות זו הן בקרבם והן בקרב בני משפחותיהם, מאחר שלשירותים כאלה עשויה להיות תרומה משמעותית במתן תמיכה רגשית, כלים וידע כיצד להתמודד עם הבעיות הרבות הנלוות למחלה (McFarland et al., 1999; Yale, 2001).

ניהול הטיפול בחולי דמנטיה ובני משפחותיהם: בגלל מורכבות מחלת הדמנטיה, ריבוי סימניה והשפעותיה הרחבות על חיי הלוקים בה ובני משפחתם, הספרות המקצועית מלמדת על היעילות שיש לגישה טיפולית של ניהול טיפול (case management) בעבור אוכלוסייה זו ועל הצורך במתאם טיפול (care manager). בעל תפקיד כזה משמש כתובת מרכזית לחולה ולבני משפחתו לאורך שלבי המחלה ולגבי מכלול צרכיהם. מתאם הטיפול צריך להיות מסוגל לזהות את הצרכים המיוחדים של הקשישים, להתאים להם את מסגרות הטיפול המתאימות ביותר בעבורם, לתאם בין גורמי הטיפול השונים ולהבטיח את רצף הטיפול והעברת המידע בין המטפלים השונים בקשיש, לעקוב אחר מצבו של הקשיש ולשנות את תכנית הטיפול בהתאם לשינויים המתרחשים (Cherry, 1999; Fillet et al., 1999a, 1999b; Challis et al., 2002; Oregon Senior and Disabled Services, 2004). בארצות-הברית הופעלו מספר תכניות ניסיוניות שבהן נטל מתאם הטיפול את

האחריות הכוללת לקשישים ולבני משפחתם. ממצאי מחקרים שעקבו אחרי התכניות האלה לימדו על תוצאותיהן החיוביות, ובכלל זה הפחתת העומס על בני המשפחה, שיפור השימוש בשירותים פורמליים והתאמתם למצבו של הקשיש ובני משפחתו, דחיית או מניעת מיסוד, ושיפור התיאום בין שירותי בריאות ורווחה (Challis et al., 2002; Cox & Albus, 2001; Miller, 1999; Yordi et al., 1997). יש צורך לשקול התאמתו של התפקיד בארץ לאור הניסיון שנרכש בחו"ל, ולבחון את האפשרות להכשיר בעלי מקצוע לתפקיד זה.

פערים בין אזורים

המחקר לימד על הבדלים בין השירותים העומדים לרשות הקשישים בירושלים לעומת אלה העומדים לרשות הקשישים בקריית גת, ועל הבדלים בצרכים הבלתי מסופקים של בני המשפחה המטפלים בהם. לפיכך, קיימת חשיבות לפיתוח מדיניות כוללת לגבי הטיפול בקשישים הלוקים בדמנטיה בתחום הבריאות והרווחה, ולקביעת נהלים לאיתור, לאבחון ולטיפול.

ממצאי המחקר כבר מספקים בסיס מידע חשוב בתהליך קבלת ההחלטות וקביעת מדיניות לטיפול בקשישים הלוקים בדמנטיה ומהווים בסיס לפיתוח תכנית התערבות ניסיונית בשיתוף עם שירותי בריאות כללית, אשל וגורמים נוספים. הממצאים הוצגו בשנה האחרונה בפני גורמים ממלכתיים במשרד הבריאות, במשרד הרווחה, בקופות-החולים ובביטוח הלאומי. כך, למשל, הממצאים הוצגו בפני ראשי האגף לגריאטריה במשרד הבריאות ובפני המועצה הלאומית לגריאטריה, ובפני מנהלי שירותים בקופות-החולים. כמו-כן, הממצאים הוצגו בפני מפתחי שירותים בארץ כמו, למשל, הנהלת עמותת אלצהיימר, ובפני חוקרים מחו"ל.

המחקר הוא פרי יוזמה ועבודה משותפת של צוות חוקרים ממאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל ורופאים מהאגף הניירו-פסיכוגריאטרי בבית-חולים הרצוג בירושלים.

המחקר מומן על-ידי קרן לוי (אנגליה), אשל - האגודה לתכנון שירותים למען הזקן בישראל, המוסד לביטוח לאומי, המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות, מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל ותרומה אנונימית.

דברי תודה

חובה נעימה היא לנו להודות לכל הגורמים והאנשים שסייעו לנו בשלבים השונים של המחקר ותרמו רבות לביצועו. תודתנו לקרן לוי (אנגליה), לתורם האנונימי, לאשל - האגודה לתכנון ופיתוח שירותים למען הזקן בישראל, למוסד לביטוח לאומי ולמכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות, אשר מימנו את המחקר.

תודתנו נתונה לחברי ועדת ההיגוי אשר ליוו את המחקר: מרים בר-גיורא, המנהלת הארצית של השירות לזקן של משרד הרווחה; צבי דוולצקי, מנהל המחלקה הגריאטרית ומרפאת הזיכרון, המרכז לבריאות הנפש בבאר שבע ומרצה בפקולטה למדעי הבריאות באוניברסיטת בן גוריון; פרלה ורנר, מרצה בחוג לגרונטולוגיה באוניברסיטת חיפה; ברנדה מורגנשטיין, מנהלת האגף לפיתוח שירותים במוסד לביטוח לאומי; יחזקאל קיין, מנכ"ל בית-חולים הרצוג שלקח חלק פעיל וחשוב ביזימת המחקר; א. מרק קלרפילד, מנהל המחלקה הגריאטרית במרכז הרפואי סורוקה בבאר שבע, ומרצה בפקולטה למדעי הבריאות באוניברסיטת בן-גוריון; דרור רותם, ראש תחום מחקר ופיתוח באשל; מיכאל רוזנבלוט, סגן ראש האגף הרפואי בחטיבת הקהילה וראש מנהלת פסיכיאטריה, גריאטריה ושיקום בשירותי בריאות כללית; איריס רסולי, ראש שירותים קהילתיים באגף הגריאטריה של משרד הבריאות.

תודה מיוחדת ליחזקאל קיין.

תודה לכל הרופאים, האחיות והצוות המינהלי מטעם בית-חולים הרצוג שלקחו חלק חשוב בביצוע וריכוז חלקים מהמחקר.

כמו-כן, אנו רוצים להודות למספר אנשי מקצוע שיעצו ועזרו לנו בגיבוש תהליך וכלי המחקר: הווארד ברגמן, ראש המחלקה לרפואה גריאטרית באוניברסיטת מקגיל במונטריאל, קנדה; יעל גושן, מנכ"לית עמותת אלצהיימר ומחלות דומות בישראל; ולטר וילס, מנהל מחקר ופיתוח ב-Dementia Relief Trust באנגליה ויועץ מקצועי לקרן לוי; אליזבת סייקס, מתאמת ארצית של המחקר הקנדי על בריאות וזקנה באוטווה, קנדה; והרברט קרפ, קרן הטיפול הרפואי בג'ורג'יה, ארצות-הברית.

תודה מיוחדת לסנפורד פינקל, פרופ' לפסיכיאטריה בבית-ספר לרפואה של אוניברסיטת שיקגו, ומנהל רפואי של המכון לגריאטריה; והמנהל לשעבר של מכון המחקר על שם לאונרד שיינפילד של המועצה לקשישים יהודים בשיקגו, על עצותיו ותרומתו הרבה למחקר זה.

אנו מודים לכל חברי צוות המכון אשר סייעו במהלך העבודה בעצות ובהערות. אנו מודים לחנה הקר, דקלה ביטון ושולי יחזקאלי על מסירתן והתמדתן בביצוע עבודת השדה.

ולבסוף, תודה לבלהה אלון על עריכת הדוח, ללסלי קליינמן על ההפקה וההבאה לדפוס, לאילנה פרידמן שסייעה בהדפסתו.

תוכן עניינים

1	1. מבוא
4	2. מטרות המחקר
5	3. מערך המחקר ותהליך איסוף המידע
8	4. כלי המחקר
8	4.1 שלב סינון ראשוני
10	4.2 שלב ההערכה הקלינית
11	4.3 שלב הערכת צרכים
12	5. השכיחות של דמנטיה בקרב בני +65
12	5.1 שכיחות של דמנטיה בקרב בני +65 הגרים בקהילה
14	5.2 שכיחות של דמנטיה בקרב בני +65 השוהים במוסדות לטיפול ממושך
14	5.3 אומדן ארצי של שכיחות הדמנטיה
16	6. מאפיינים של בני +65 הלוקים בדמנטיה
17	6.1 מאפיינים סוציו-דמוגרפיים
18	6.2 מצב תפקודי וכושר ניידות
19	6.3 הפרעות התנהגותיות, בעיות זיכרון ומצב רגשי
21	6.4 מצב בריאות
26	6.5 צורך בהשגחה
28	7. דפוסי השימוש בשירותי הטיפול הממושך והרווחה בקרב הלוקים בדמנטיה
28	7.1 חוק סיעוד
30	7.2 מטפלת
32	7.3 עוזרת בית
33	7.4 במסגרת חברתית : מרכז יום/מועדון
33	7.5 קשר עם עובדת סוציאלית
34	7.6 ביקורי בית על-ידי מתנדב
34	7.7 שירות ארוחות ושירות כביסה
35	7.8 לחצן מצוקה
35	7.9 התאמת תנאי דיור
35	8. דפוסי השימוש בשירותי בריאות בקרב הלוקים בדמנטיה
35	8.1 שירותי מרפאה ראשונית
36	8.2 ביקור אצל רופא פרטי
36	8.3 ביקור אצל רופא מומחה
36	8.4 קשר עם בעלי מקצועות פרה-רפואיים
37	8.5 שימוש בשירותי בת-חולים
37	8.6 ביצוע בדיקות תקופתיות
39	8.7 ביקור אצל רופא שיניים
39	8.8 שימוש בתרופות
39	8.9 צורך במכשור אורתופדי/רפואי

	9. מאפיינים וצרכים של התומכים הבלתי פורמליים העיקריים של בני +65
40	הלוקים בדמנטיה
40	9.1 מאפייני רקע של התומך העיקרי
44	9.2 דפוסי העזרה של התומך העיקרי
47	9.3 מעורבות אנשים נוספים בטיפול בקשיש
47	9.4 קשר של התומך עם אנשי מקצוע שמטפלים בקשיש
48	9.5 הרגשת עומס של התומך העיקרי
52	9.6 השפעת הטיפול בקשיש על מצב העבודה של התומך
53	9.7 שירות נופשון
53	9.8 קבלת מידע וצורך בקבלת מידע בתחומים שונים
56	9.9 קבוצות תמיכה
56	9.10 הוצאות פרטיות הקשורות לטיפול בקשיש
56	9.11 העברת הקשיש למסגרת אחרת (מוסד או דיור מוגן)
	10. דפוסי השימוש בשירותים קהילתיים וצרכים לא מסופקים בקרב הקשישים
59	הלוקים בדמנטיה ובני משפחותיהם : מבט לפי עיר
59	10.1 דפוסי השימוש בשירותים קהילתיים וצרכים לא מסופקים בקרב הלוקים בדמנטיה
62	10.2 צרכים לא מסופקים בקרב התומכים
64	ביבליוגרפיה
75	נספח : לוחות של רגרסיות לוגיסטיות

רשימת לוחות

- 7 : לוח 1 : מאפייני אוכלוסיית הקשישים - מדגם ומרואיינים, לפי מין וגיל
- 13 : לוח 2 : שכיחות של דמנטיה בקרב בני 65+ הגרים בקהילה בירושלים, לפי משתני רקע נבחרים
- 14 : לוח 3 : שכיחות של דמנטיה בקרב בני 65+ הגרים בקהילה בירושלים, לפי משתני רקע נבחרים
- 15 : לוח 4 : אומדן ארצי לסוף שנת 2002 של שכיחות הדמנטיה בקרב בני 65+ יהודים ואחרים, לפי מקום הימצאות
- 17 : לוח 5 : מאפיינים סוציו-דמוגרפיים של בני 65+ הלוקים בדמנטיה
- 18 : לוח 6 : רמת חומרת הדמנטיה, לפי גיל הלוקים בדמנטיה
- 19 : לוח 7 : מאפיינים תפקודיים של בני 65+ הלוקים בדמנטיה, לפי רמת חומרת הדמנטיה
- 20 : לוח 8 : הפרעות התנהגותיות, בעיות זיכרון וסימני דיכאון בקרב בני 65+ הלוקים בדמנטיה, לפי רמת חומרת הדמנטיה
- 21 : לוח 9 : שכיחותן של מחלות כרוניות בקרב בני 65+ הלוקים בדמנטיה, לפי רמת חומרת הדמנטיה
- 22 : לוח 10 : קשיים בראייה ושמיעה בקרב בני 65+ הלוקים בדמנטיה, לפי רמת חומרת הדמנטיה
- 23 : לוח 11 : בעיות אכילה עם שיניים תותבות ובעיות בלעיסת אוכל, בקרב בני 65+ הלוקים בדמנטיה, לפי רמת חומרת הדמנטיה
- 24 : לוח 12 : קיומן של בעיות אכילה שונות בקרב בני 65+ הלוקים בדמנטיה, לפי רמת חומרת הדמנטיה
- 25 : לוח 13 : קיומן של בעיות שינה בקרב בני 65+ הלוקים בדמנטיה, לפי רמת חומרת הדמנטיה
- 26 : לוח 14 : קיומן של בעיות בריאותיות אחרות בקרב בני 65+ הלוקים בדמנטיה, לפי רמת חומרת הדמנטיה
- 27 : לוח 15 : צורך בהשגחה בקרב בני 65+ הלוקים בדמנטיה, לפי רמת חומרת הדמנטיה
- 28 : לוח 16 : דפוסי שימוש בחוק סיעוד של הביטוח הלאומי בקרב בני 65+ הלוקים בדמנטיה, לפי רמת חומרת הדמנטיה
- 31 : לוח 17 : דפוסי שימוש במטפלת בקרב בני 65+ הלוקים בדמנטיה, לפי רמת חומרת הדמנטיה
- 32 : לוח 18 : דפוסי שימוש בעוזרת בית בקרב בני 65+ הלוקים בדמנטיה, לפי רמת חומרת הדמנטיה

- 34 לוח 19 : דפוסי שימוש בשירותי רווחה בקרב בני +65 הלוקים בדמנטיה, לפי רמת חומרת הדמנטיה
- 36 לוח 20 : מפגש אחרון של בני +65 הלוקים בדמנטיה עם רופא המשפחה ועם אחות המרפאה בקופת-חולים, לפי רמת חומרת הדמנטיה
- 36 לוח 21 : פגישה אחרונה עם רופאים מומחים בקרב בני +65 הלוקים בדמנטיה, לפי רמת חומרת הדמנטיה
- 37 לוח 22 : קשר עם בעלי מקצועות פרה-רפואיים בקרב בני +65 הלוקים בדמנטיה, לפי רמת חומרת הדמנטיה
- 37 לוח 23 : ביקור בחדר מיון ואשפוז בחצי השנה האחרונה בקרב הקשישים הלוקים בדמנטיה, לפי רמת חומרת הדמנטיה
- 38 לוח 24 : ביצוע בדיקת לחץ-דם, בדיקות מעבדה ובדיקה פיזית בקרב בני +65 הלוקים בדמנטיה, לפי רמת חומרת הדמנטיה
- 38 לוח 25 : ביצוע בדיקת עיניים ושמיעה בקרב בני +65 הלוקים בדמנטיה, לפי רמת חומרת הדמנטיה
- 39 לוח 26 : ביקור אצל רופא שיניים בקרב בני +65 הלוקים בדמנטיה, לפי רמת חומרת הדמנטיה
- 41 לוח 27 : מאפיינים סוציו-דמוגרפיים של התומכים העיקריים
- 43 לוח 28 : שיעור התומכים בסיכון לדיכאון לפי סקלת CES-D וציון ממוצע בסקלה, לפי מאפיינים נבחרים של התומך והקשיש
- 45 לוח 29 : דפוסי העזרה של התומכים העיקריים בתחום הטיפול האישי, לפי רמת חומרת הדמנטיה של הקשיש
- 46 לוח 30 : דפוסי העזרה של התומכים העיקריים שאינם גרים עם הקשיש בפעולות משק-הבית, לפי רמת חומרת הדמנטיה של הקשיש
- 46 לוח 31 : דפוסי העזרה של התומכים העיקריים לקשיש בפעולות אינסטרומנטליות, לפי רמת חומרת הדמנטיה של הקשיש
- 48 לוח 32 : קשר של התומך עם אנשי מקצוע המטפלים בקשיש, לפי רמת חומרת הדמנטיה של הקשיש
- 49 לוח 33 : ציון ממוצע של התומך העיקרי ב-MBI, PS ו-RS, לפי רמת חומרת הדמנטיה של הקשיש
- 51 לוח 34 : התומכים שדיווחו על הרגשת עומס (כבד מאוד/כבד), לפי מאפייני התומך והקשיש
- 52 לוח 35 : התומכים שדיווחו על קשיים/מגבלות אחרות כתוצאה מהצורך לטפל בקשיש, לפי רמת חומרת הדמנטיה של הקשיש
- 53 לוח 36 : השפעת הטיפול בקשיש על עבודתם של התומכים, לפי רמת חומרת הדמנטיה של הקשיש

- 54 לוח 37 : התומכים שדיווחו על רצון לקבל מידע או הדרכה בנושאים שונים, לפי רמת חומרת הדמנטיה של הקשיש
- 56 לוח 38 : התומכים שדיווחו על הוצאות פרטיות הקשורות לצורכי טיפול בקשיש
- 57 לוח 39 : התומכים שדיווחו על האפשרות להעביר את הקשיש למסגרת אחרת, לפי רמת חומרת הדמנטיה של הקשיש
- 58 לוח 40 : התומכים שדיווחו על האפשרות להעביר את הקשיש למוסד, לפי מאפייני התומך והקשיש
- 59 לוח 41 : דפוסי שימוש בחוק סיעוד של הביטוח הלאומי בקרב בני +65 הלוקים בדמנטיה, לפי עיר
- 60 לוח 42 : דפוסי שימוש בשירותי רווחה בקרב בני +65 הלוקים בדמנטיה, לפי עיר
- 61 לוח 43 : דפוסי שימוש בשירותי בריאות בקרב בני +65 הלוקים בדמנטיה, לפי עיר
- 62 לוח 44 : התומכים עם צרכים לא מסופקים בתחומים של מידע, הדרכה ושירותים תומכים אחרים, לפי עיר

רשימת לוחות בנספח

- 75 לוח 1א' : צורך לעומת אי-צורך בהשגחה, לפי מאפייני הקשיש המשתנה התלוי : צורך בהשגחה לעומת אי-צורך בכך
- 75 לוח 1ב' : צורך לעומת אי-צורך בהשגחה מתמדת, לפי מאפייני הקשיש המשתנה התלוי : צורך בהשגחה לעומת אי-צורך בכך
- 75 לוח 2 : קבלה לעומת אי-קבלת עזרה במסגרת חוק סיעוד, לפי מאפייני הקשיש המשתנה התלוי : קבלת עזרה במסגרת חוק סיעוד לעומת אי-קבלתה
- 76 לוח 3 : ציון ב- CES-D - 16 ומעלה לעומת פחות מ-16 - בקרב התומכים, לפי מאפייני התומך והקשיש
המשתנה התלוי : ציון ב- CES-D של 16 ומעלה לעומת פחות מ-16
- 76 לוח 4 : הרגשת עומס כבדה מאוד או כבדה לעומת הרגשת עומס לא כל-כך כבדה או לא כבדה בכלל, לפי מאפייני התומך והקשיש
המשתנה התלוי : הרגשת עומס כבדה מאוד/כבדה לעומת לא כל-כך כבדה/לא כבדה בכלל
- 77 לוח 5 : מחשבה על העברה או אי-העברה של הקשיש למוסד, לפי מאפייני התומך והקשיש המשתנה התלוי : מחשבה להעביר את הקשיש למוסד לעומת אי-העברתו למוסד

רשימת תרשימים

- 6 תרשים 1 : מערך המחקר ואוכלוסייתו

1. מבוא

בסוף 2002, מנתה אוכלוסיית הקשישים (בני +65) בישראל 655,400 נפש (9.9% מסך האוכלוסייה במדינה), מתוכם 294,600 היו בני +75, ו-152,600 היו בני 80 ומעלה (ברודסקי, שנוור ובאר, 2004). קצב הגידול של הישישים, בני 80 ומעלה, מהיר יותר מזה של הקשישים בני 65 ומעלה, כיום, וצפוי שיהיה כך גם בעתיד. מספר הקשישים בני +65 צפוי לגדול בין השנים 2002 ל-2010 ב-10% לעומת 25% בקרב בני ה-80 (באר וברודסקי, 2001).

ישראל היא בין המדינות המובילות בעולם בכל הנוגע לאריכות ימים של הקשישים: תוחלת החיים בגיל 65 היא 16.8 שנים לגברים ו-18.8 שנים לנשים (ברודסקי, שנוור ובאר, 2004).

במקביל לגידול בכלל אוכלוסיית הקשישים, אנו עדים לעלייה יחסית במספרם של הקשישים המוגבלים בביצוע הפעולות היומיומיות (ADL). בסוף שנת 2002 עמד מספר הקשישים המוגבלים על 102,600, כאשר 77,900 מהם גרו בקהילה (והם מהווים 12.4% מכלל הקשישים הגרים בקהילה) (ברודסקי, שנוור ובאר, 2004). עד שנת 2010 צפוי מספר הקשישים המוגבלים הגרים בקהילה להגיע ל-94,800 (גידול של 22%), והם יהוו כ-13.7% מכלל הקשישים הגרים בקהילה (באר וברודסקי, 2001).

עם העלייה בתוחלת החיים ובמספר בני השמונים ומעלה, עולה גם השכיחות של בעיות בתפקוד קוגניטיבי ושל תסמונת הדמנטיה. דמנטיה מתבטאת בהתפתחות הדרגתית של ירידה בזיכרון ובתפקודים קוגניטיביים נוספים, הגורמים לירידה ביכולת האינטלקטואלית וביכולת התפקוד היומיומי (McDowell, 2001; Manubens et al., 1995).

לפי ארגון ADI (Alzheimer's Disease International), ישנם כיום 18 מיליון איש הלוקים בדמנטיה בכל רחבי העולם, והצפי הוא שעד שנת 2025, מספרם יגדל ל-34 מיליון (ADI, 2002). בארצות-הברית, בשנת 2000, היו 4.5 מיליון איש עם מחלת אלצהיימר, שהיא הגורם העיקרי להתפתחות הדמנטיה, ומספר זה צפוי להגיע ל-13.2 מיליון בשנת 2050 (Herbert et al., 2003). לפי עמותת אלצהיימר ומחלות דומות בישראל, מספר הלוקים בדמנטיה בישראל נאמד ב-70,000 איש, אך יש להדגיש שמספר זה אינו מבוסס על מחקר אפידמיולוגי (עלון העמותה, דצמבר 2002).

במדינות רבות נערכו מחקרים שנועדו לבחון את שכיחות הדמנטיה בקרב אוכלוסיית הקשישים. קיימת שונות רבה בממצאי המחקרים. למשל, בסקירה של 20 מחקרים שבוצעו בארצות שונות בעולם נמצא ששכיחות הדמנטיה נעה בין 2.5% ל-24.6% (Ineichen, 1987). בסקירה אחרת של מספר מחקרים שבוצעו בשנות ה-90, נמצא ששכיחות מחלת אלצהיימר נעה בין 2% ל-12% (United States General Accounting Office, 1998). ההבדלים בין ממצאי המחקרים נובעים, בחלקם, מהבדלים באפיוני האוכלוסייה הנבדקת, בשיטת הדגימה, בכלי הסינון לאיתור מקרים עם "חשד" לדמנטיה, ובקריטריונים לאבחון דמנטיה (Corrada et al., 1995; Erkinjuntti et al., 1997; Hofmann et al., 1991; Jorm et al., 1987). למשל,

במחקר שבוצע בקנדה בקרב קשישים בני +65, כאשר נעשה שימוש בשש מערכות קלסיפיקציה שונות לאבחון דמנטיה, נמצא ששכיחות הדמנטיה נעה בין 3.1% עד ל-29.1% (Erkinjuntti et al., 1997).

חשוב לציין שקיימים הבדלים בין ממצאי המחקרים גם לגבי שכיחות הדמנטיה לפי רמת חומרת המחלה. למשל, במטה-אנליזה של מספר לא מבוטל של מחקרים שפורסמו עד לשנות ה-90, נמצא ששכיחותה של דמנטיה קלה נעה בין 0.5% עד ל-16.3%, וששכיחותן של דמנטיה בינונית וקשה נעה בין 1.1% ל-7.8% (Henderson, 1994; Jorm et al., 1987; Stevens & Livingstone, 2002). במטה-אנליזה אחרת, נמצא ששכיחותה של דמנטיה קלה נעה בין 1.5% עד ל-21.9%, דמנטיה בינונית בין 1.1% ל-13% ודמנטיה קשה בין 0.6% ל-12.1% (Henderson, 1986). אחד ההסברים לשונות בין מחקרים אלה הוא מידת הרגישות של כלי הסינון ותהליך האבחון, לזיהוי מקרים עם דמנטיה קלה. אחת הביקורות כלפי חלק מהמחקרים שבוצעו בעבר היא שהם כוללים תת-אומדן של מקרים עם דמנטיה קלה (United States General Accounting Office, 1998). היכולת לאתר מקרים כאלה חשובה מאוד על מנת לאפשר הפעלת תכניות התערבות שלא רק שיוכלו לתרום להאטת קצב התפתחות המחלה, אלא גם יוכלו לסייע לקשיש ולמשפחתו להתארגן ולהתכונן להתפתחויות עתידיות.

למרות השונות בממצאי המחקרים, רובם מלמדים כי שכיחות התופעה עולה עם הגיל ומכפילה את עצמה כל חמש שנים (Jorm et al., 1987; Henderson, 1994; Hofmann et al., 1991; McDowell & Lindsay, 1994). במטה-אנליזה של מחקרים שפורסמו עד לשנות ה-90, נמצא ששיעור בני 65-69 הלוקים בדמנטיה היה 1.4% בממוצע לעומת 39% בממוצע בקרב בני +90 (Jorm et al., 1987). בסקירה של מספר מחקרים נמצא ששיעור הקשישים בני +85 הגרים בקהילה ולוקים בדמנטיה נע בין 22% עד 47% (Bachman et al., 1992; Eby et al., 1994; Evans, 1989; Farrag, 1998; Fratiglioni et al., 1991; Manubens et al., 1995; Rocca et al., 1990; Roelands et al., 1994).

חלק מהמחקרים לא מצאו הבדל משמעותי בין גברים לנשים בשכיחות הדמנטיה (Farrag, 1998; Fratiglioni et al., 1991; Giacobini, 1997; Jorm et al., 1987). בחלקם נמצאה שכיחות גבוהה יותר בקרב נשים בנות 75 ומעלה (Bachman et al., 1992; Hofmann et al., 1991). מחקרים אחרים דיווחו כי נמצאה שכיחות גבוהה יותר של מחלת האלצהיימר בקרב נשים ושכיחות גבוהה יותר של דמנטיות אחרות (וסקלורית ומעורבת) בקרב גברים (Manubens et al., 1995; Rocca et al., 1990). ישנם גם מחקרים שמדווחים על קשר בין דמנטיה לרמת השכלה, ומציינים ששכיחות המחלה גבוהה יותר בקרב בעלי השכלה נמוכה (Katzman, 1993; Ott et al., 1995; Ott, 1997).

בספרות יש התייחסות גם לעובדה שישנם קשישים רבים עם דמנטיה הגרים בקהילה, אך מחלתם אינה מזוהה (undetected dementia), או מאובחנת (Callahan et al., 1995; Downs et al., 2002; Iliffe et al., 2000; Ross et al., 1997; Sternberg et al., 2000). למשל, במחקר אחד, נמצא ש-60% מבני המשפחה של קשישים שאובחנו עם דמנטיה במסגרות המחקר, לא היו מודעים לכך שלקרוביהם יש בעיית זיכרון, או שהיו מודעים אך לא פנו לקבל הערכה רפואית (Ross et al., 1997). במחקר אחר נמצא ש-64% מהקשישים שאובחנו כלוקים בדמנטיה, לא אובחנו קודם לכן על-ידי גורם במערכת שירותי הבריאות

(Sternberg et al., 2000). במחקר נוסף נמצא שבקרב 77% מהקשישים שאובחנו במחקר כלוקים בדמנטיה בינונית או קשה לא היה רישום של אבחנה זו בתיקם הרפואי במרפאה הקהילתית (Callahan et al., 1995). הספרות מצביעה על גורמים רבים שתורמים לתופעה של דמנטיה בלתי מזוהה. למשל, חוסר מודעות מצד הקשיש ובני משפחתו לסימנים המוקדמים של המחלה, חוסר מיומנויות בתחום של אבחון דמנטיה בקרב רופאים במרפאה הראשונית וכד' (Downs et al., 2002; Iliffe et al., 2002).

מידע מקיף בנוגע לשיעור הקשישים הלוקים בדמנטיה הכרחי לצורכי תכנון ופיתוח שירותים ההולמים את צורכי אוכלוסייה זו. כמו-כן, מידע כזה יאפשר לערוך תחזיות ולאמוד את שכיחות הדמנטיה בעתיד, בעקבות שינויים במאפיינים הסוציו-דמוגרפיים של אוכלוסיית הקשישים.

בישראל קיימים נתונים על שיעורי המוגבלות הפיזית (ADL) בקרב קבוצות שונות של הקשישים, ובכלל זה לפי מין, גיל ומוצא (ברודסקי, שנוור ובאר, 2004). אולם, קיים מחסור במידע אפידמיולוגי על שכיחות מחלת הדמנטיה, ובמיוחד בקרב קבוצות שונות בקרב הקשישים (ליבוביץ, שפירא וחבוט, 1994). בארץ נערכו מספר מחקרים, אולם הם התייחסו לקבוצות אוכלוסייה ספציפיות, כמו, למשל, אוכלוסייה ערבית-כפרית ויהודים יוצאי לוב (Bowirrat et al., 2001; Korczyn, 1991).

דמנטיה נחשבת לאחת המחלות הקשות ביותר, והיא בעלת השפעה אדירה, לא רק על אלה הסובלים ממנה, אלא גם על בני המשפחה המטפלים בהם (Burholt et al., 1997; Chenoweth & Spencer, 1986; National Institute on Aging and National Institute of Health, 2000; Ory et al., 1999; Waite & Knapman, 1993; Wenger, 1994, Wenger et al., 1999a-c). בשל אופייה המיוחד, מחלה זו מטילה מעמסה פיזית, נפשית וכלכלית כבדה על המשפחה כולה שצריכה להתמודד עם הסימפטומים שגורמים לירידה פרוגרסיבית בתפקוד קוגניטיבי ופיזי של הקרובים, ולבעיות הנלוות למחלה, למשל בעיות התנהגותיות (Lieberman & Kramer, 1991; McDaid, 1998).

מחקרים מלמדים כי היקף העזרה הניתנת בידי בני משפחה של חולי דמנטיה גדול מהיקף העזרה הניתנת לקרובים מוגבלים שאינם לוקים בדמנטיה. כמו-כן, שיעור בני המשפחה המדווחים על עומס והשפעות שליליות אחרות, גבוה יותר בקרב בני משפחה המטפלים בחולי דמנטיה, מאשר בקרב אלה שמטפלים בקשישים מוגבלים שאינם לוקים במחלה (Alzheimer's Association and National Alliance for Caregiving, 1999; National Alliance for Caregiving and the AARP, 1997; Ory et al., 1999).

הטיפול בקשיש הלוקה בדמנטיה מטיל עומס כלכלי משמעותי על בני המשפחה. במחקר שנערך בישראל, שבדק את עלות הטיפול בחולי אלצהיימר הגרים בקהילה, נמצא, שלעזרה הבלתי פורמלית יש ערך שנתי של \$9,300 בממוצע, ושההוצאה השנתית הממוצעת על שירותים פורמליים עומדת על קרוב ל-\$2,400 (Beeri et al., 2002; Rothstein et al., 1996).

הדעה הרווחת היא שיש לנסות ולהפחית עד כמה שניתן את העומס המוטל על בני המשפחה של קשישים הלוקים בדמנטיה הגרים בקהילה (Langa et al., 2001). חשוב לתת להם תמיכה גדולה ככל האפשר, כדי שיוכלו להמשיך לטפל בקרוביהם בקהילה, ולדחות, ככל שניתן, את העברת הקשישים למוסדות (Dupuis

הדברים, המחלה מטילה עומס גדול גם על מערכת שירותי הבריאות והרווחה, ומציבה אתגר בפני החברה כולה (Beerl et al., 1996). במחקר שפורסם על-ידי אגודת אלצהיימר בארצות-הברית, העלויות השנתיות הכרוכות בטיפול במחלת אלצהיימר מגיעות היום ל-100 מיליארד דולר (Alzheimer's Association, 2002). ממחקר שנערך בקנדה עולה שעלויות הטיפול הפורמלי והבלתי פורמלי השנתי בדמנטיה מגיע ל-5.5 מיליארד דולר ושעלויות אלה גדלות עם העלייה בדרגת החומרה של המחלה, מ-9,450\$ בגין מקרים קלים, ל-36,800\$ בגין מקרים קשים (Ostbye & Crosse, 1994; Hux et al., 1998).

לאור העובדה שמחלת הדמנטיה תובעת מחיר כבד לא רק מאלה הלוקים בה, אלא גם מבני משפחתם, ממערכת שירותי הבריאות והרווחה, ומהחברה כולה, חשוב מאוד לזהות את הצרכים הבלתי מסופקים של אלה הסובלים מהמחלה ושל בני המשפחה המטפלים בהם. בנוסף, חשוב ללמוד על מאפייני הטיפול הניתן כיום לחולים אלה בקהילה, כדי שניתן יהיה לפתח אותם לכיוונים הרצויים.

כמו-כן קיים כיום מחסור במידע על אודות הצרכים לשירותי בריאות ורווחה של הקשישים הלוקים בדמנטיה הגרים בקהילה ושל בני משפחתם, ועל הפער בין הצרכים שלהם לבין המענים הקיימים. זאת, למרות שבעתיד צפויה להיות עלייה דרמטית במספרם של הלוקים בדמנטיה. מידע כזה נחוץ כדי לשפר את השירותים הקיימים, לבחון חלופות ולקבוע סדר עדיפויות, וכדי לאפשר תכנון מושכל של שירותים קהילתיים שיהלמו את צורכיהם של הקשישים ובני משפחתם.

המחקר הנוכחי הוא פרי יוזמה ועבודה משותפת של צוות חוקרים ממאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל ורופאים מהאגף הנוירו-פסיכוגריאטרי בבית-חולים הרצוג בירושלים. המחקר מומן על-ידי קרן לוי (אנגליה), תרומה אנונימית, אשל (האגודה לתכנון ופיתוח שירותים למען הזקן בישראל), המוסד לביטוח לאומי והמכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות ומאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל.

2. מטרת המחקר

המטרה של המחקר הייתה לספק לקובעי מדיניות, למתכנני ולמפתחי שירותים לקשישים, מידע על היקף תופעת הדמנטיה בקרב בני 65+ הגרים בקהילה בישראל, על מאפייני הלוקים במחלה ועל הצרכים הבלתי מסופקים בקרבם ובקרב בני המשפחה המטפלים בהם.

מטרותיו הספציפיות של המחקר היו:

- א) לזהות את השכיחות (prevalence) של דמנטיה בקרב קשישים בני 65+ הגרים בקהילה.
- ב) לספק מידע על מאפיינים שונים (סוציו-דמוגרפיים, תפקודיים, התנהגותיים) של הקשישים הלוקים בדמנטיה, ועל מאפייני בני המשפחה המטפלים בהם.
- ג) לזהות את דפוסי השימוש של קשישים הלוקים במחלה בשירותי בריאות ורווחה והטיפול הממושך.

ד) לבחון באיזו מידה מערכת השירותים הקיימת עונה על צורכיהם של קשישים הלוקים בדמנטיה; ולזהות את הפער בין צרכים לבין מענים קיימים, כלומר, לזהות את הצרכים הלא מסופקים בקרבם בתחומים שונים.

ה) לזהות את הבעיות שאיתן מתמודדים בני המשפחה כתוצאה מהטיפול בבן משפחה הלוקה בדמנטיה, ואת מידת ההיענות של מערכת השירותים לצורכיהם, וללמוד על הצרכים הלא מסופקים בקרבם.

ו) להעלות המלצות בנוגע לכיווני הפיתוח הרצויים לטיפול באוכלוסיית הקשישים הלוקים בדמנטיה, ולתמיכה בבני משפחותיהם.

3. מערך המחקר ותהליך איסוף המידע

באופן אידיאלי, היה רצוי שאוכלוסיית היעד למחקר תכלול את כל הקשישים בני 65 ומעלה החיים בקהילה בישראל. אולם, במחקר הנוכחי לא היה ניתן לערוך דגימה ארצית בקרב כלל הקשישים בארץ, לראיין ולבדוק אותם, בשל העלות הגבוהה של מחקר כזה והקשיים הלוגיסטיים הכרוכים בביצועו. לפיכך, הוחלט ללמוד לעומק על שכיחות הדמנטיה ועל הצרכים של הלוקים במחלה ושל בני משפחתם ברמת היישוב. גישה זו אינה ייחודית למחקר זה, ובמדינות שונות נערכו מחקרים אפידמיולוגיים על דמנטיה בקרב אוכלוסייה ממוקדת הגרה באזור גיאוגרפי מסוים (למשל, בשכונות בעיר גדולה, במחוז או מספר מחוזות, בעיר או מספר ערים), וממצאי המחקר הושלכו באופן סטטיסטי על האוכלוסייה הכללית (Herbert et al., 2003; Massachusetts Alzheimer's Association and Office of Elder Affairs, 2002; Medical Research Council, 1998; Rosso et al., 2003).

לפיכך, אוכלוסיית היעד למחקר כללה את כל הקשישים היהודים ואחרים (נוצרים שאינם ערבים ומי שאינם מסווגים לפי דת) בני 65 ומעלה שגרו בקהילה בירושלים ובקריית גת, על פי רישומי משרד הפנים באוגוסט 2000. אוכלוסיית היעד למחקר מנתה לפיכך 52,428 קשישים, 47,834 איש מתוכם גרו בירושלים (92%), והשאר, 4,594 איש, בקריית גת (8%).

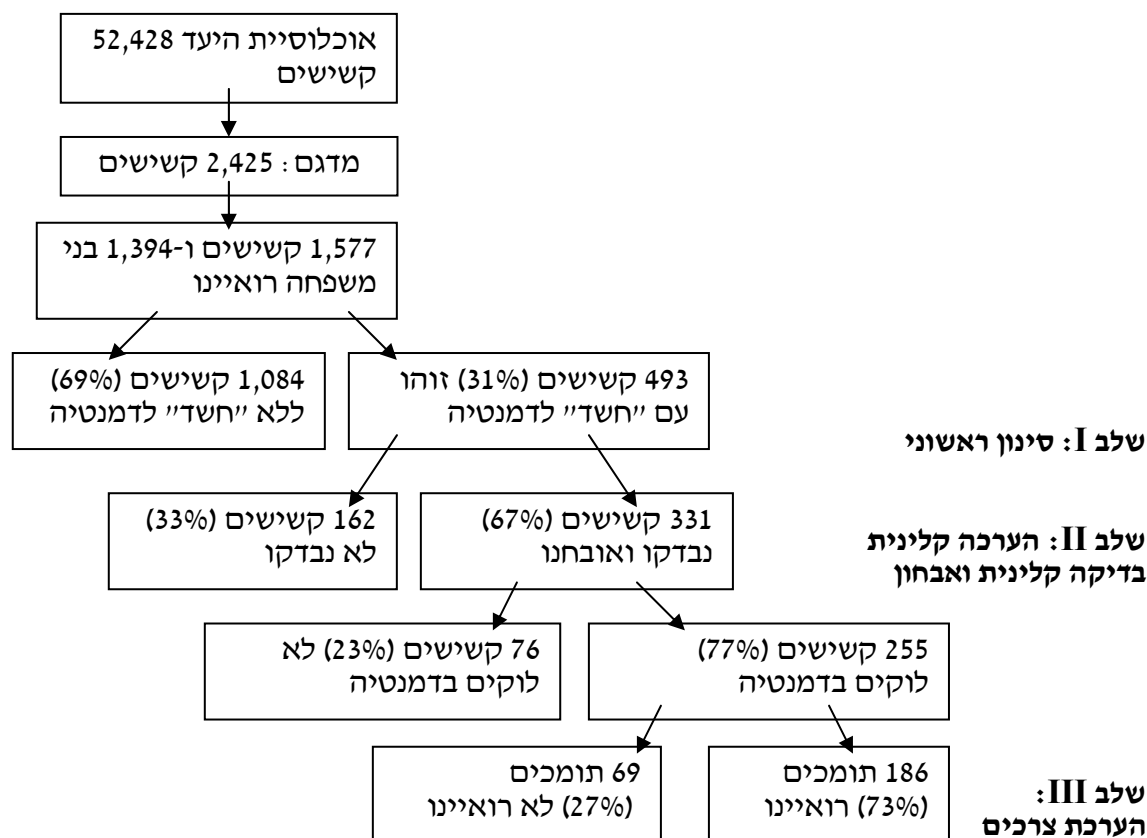
ירושלים וקריית גת נבחרו להיכלל במחקר משום שכל אחת מהן מייצגת קהילות קשישים בעלי מאפיינים שונים, ומערכות שירותי בריאות ורווחה בעלות תשתית שונה. בעוד שרוב הקשישים בירושלים הם ותיקים בארץ, הרי שקריית גת מאופיינת בשיעור גבוה של עולים מברית-המועצות לשעבר - 52% לעומת 12% בירושלים (למ"ס, קובצי האוכלוסייה לסוף 2002). כמו-כן, בעוד שמערכת שירותי הבריאות והרווחה העומדת לרשות הקשישים בירושלים מגוונת ורחבה, וכוללת שירותים מוניציפליים והתנדבותיים, הרי שבקריית גת מערכת השירותים מצומצמת יותר. הכללת קריית גת מאפשרת ללמוד על צרכים לא מסופקים של קשישים בפריפריה.

בקרב אוכלוסיית היעד של המחקר, נערכה דגימה אקראית בכל עיר בנפרד, לפי מין וחמש קבוצות גיל (65-69, 70-74, 75-79, 80-84 ו-85+). אוכלוסיית המדגם כללה 2,425 קשישים, כאשר גודל המדגם עמד על 1,624 קשישים בירושלים, ועל 801 קשישים בקריית גת (3.4% מהקשישים בירושלים ו-17.4%

מהקשישים בקריית גת). בשלב ניתוח הנתונים המדגם שוקלל בהתאם לשכבות הדגימה כדי לייצג את הקשישים בקהילה בשתי הערים.

המחקר כלל שלושה שלבים: (1) סינון ראשוני; (2) הערכה קלינית; (3) הערכת צרכים (ראה תרשים 1). תהליך איסוף המידע הסתיים בסוף דצמבר 2002.

תרשים 1: מערך המחקר ואוכלוסייתו



1) סינון ראשוני - המטרה העיקרית של שלב זה הייתה לאתר קשישים עם "חשד" לדמנטיה. זאת, באמצעות ריאיון הקשיש ובני משפחתו בעזרת כלים ושיטות שיפורטו בסעיף 4.1. בשלב זה נאסף מידע על מצבם הקוגניטיבי, תפקודי, רגשי והתנהגותי של הקשישים, ורואיינו בפועל 1,577 קשישים (המהווים 65% מהמדגם המקורי). בירושלים רואיינו 999 קשישים (62% מהמדגם המקורי בעיר זו) ובקריית גת 578 קשישים (72% מהמדגם המקורי בעיר זו). כ-1,491 קשישים (95% רואיינו באופן אישי, והמידע על 86 קשישים (5%) נתקבל מריאיון של קרוב משפחה שלהם באמצעות שאלון "על אודות הקשיש", בעיקר בשל היותם תשושי נפש. הסיבות לכך שקשישים ברשימה לא רואיינו היו: סירוב להתראיין (23%), נפטרו אחרי הוצאת המדגם (5%), נכנסו למוסדות או עברו ליישוב/לחוו"ל אחרי הוצאת המדגם (2%), ו-5% שלא נערך ריאיון עמם מסיבות שונות עד לתאריך הסיום של שלב זה.

בתהליך איסוף הנתונים, נעשה מאמץ רב כדי להתמודד עם סירובים של הקשישים. לשם כך נעשה שימוש במספר טכניקות ובהן פניות חוזרות בטלפון, שליחת מכתב המפרט את מטרות המחקר וחשיבותו, ביקור בית ופניות על-ידי אנשי מקצוע. כמו-כן, הושקע זמן רב במאמץ לאתר קשישים שכתובתם לא הייתה נכונה. כאשר נמצא כי אין אפשרות לאתר את הקשיש, או שהתברר שהוא נפטר או עבר יישוב או יצא לחו"ל לפני תאריך הוצאת המדגם, הוא הוחלף בנדגם חדש מאותו תא דגימה לפי עיר, מין וקבוצת גיל. עם זאת, התפלגות אוכלוסיית המרוויינים דומה לאוכלוסיית המדגם בשתי הערים לפי מין וגיל (לוח 1).

לוח 1: מאפייני אוכלוסיית הקשישים - מדגם ומרוויינים בפועל, לפי מין וגיל (באחוזים)

קריית גת	ירושלים		כלל האוכלוסייה		סך-הכל במספרים באחוזים
	מדגם	מרוויינים	מדגם	מרוויינים	
578	801	999	1,624	1,577	2,424
100	100	100	100	100	100
					מין
42	43	46	44	44	זכר
58	57	54	56	56	נקבה
					קבוצות גיל
29	29	29	29	29	69-65
27	27	30	29	27	74-70
22	21	24	23	22	79-75
12	12	9	11	12	84-80
7	8	12	13	10	85+

כאמור, בשלב הסינון הראשוני רואיינו בני משפחה של הקשישים. ניתנה עדיפות לריאיון בן משפחה שגר עם הקשיש. במקרים שבהם הקשיש גר לבד, ניתנה עדיפות לריאיון בן משפחה שיש לו את הקשר התדיר ביותר עם הקשיש. זאת, על מנת לקבל מידע מדויק על מצבו של הקשיש. בפועל רואיינו 1,394 בני משפחה (861 בירושלים ו-533 בקריית גת). הראיונות נערכו פנים-אל-פנים או באמצעות הטלפון. הסיבות לאי-ריאיון בן משפחה היו: הקשיש סירב לתת מידע על בן משפחה שיאפשר יצירת קשר (6%), הקשיש ציין בן משפחה אך התנגד שניצור קשר (2%), לא זוהה בן משפחה לריאיון (3%), וסירוב של בן המשפחה להתראיין (1%).

2) הערכה קלינית - קשישים שזוהו עם "חשד" לדמנטיה נתבקשו בשלב זה לעבור בדיקה קלינית להערכת מצבם הנוירו-התנהגותי וקוגניטיבי (ראה גם סעיף 4.2). זאת, על מנת לקבוע האם הם אכן לוקים בדמנטיה, ואם כן, באיזו רמת חומרה. הבדיקה הקלינית בוצעה בבית הקשיש בידי צוות רופאים מטעם בית-חולים הרצוג, בעלי ניסיון בבדיקת אנשים החשודים בדמנטיה. מתוך 1,577 הקשישים שרואיינו בשלב הסינון הראשוני, 493 קשישים (248 בירושלים ו-245 בקריית גת), המהווים 31% מאוכלוסיית הקשישים שנכללו בשלב הסינון הראשוני, הועברו להערכה קלינית. קבוצה זו כללה 419 קשישים (27%) שלא עברו את המבחן הקוגניטיבי (ציונם היה מתחת ל-78 במבחן ה-3MS), ו-74 קשישים (4%) שלא רואיינו ולכן לא ביצעו את המבחן, בעיקר בגלל סיבות הקשורות למצבם המנטלי. במקרים אלה, בן משפחה רואיין במקומם (ריאיון על אודות).

בפועל, 331 קשישים (164 בירושלים ו-167 בקריית גת) עברו בדיקה קלינית, והם מהווים שני-שלישים (67%) מהקשישים שהועברו לשלב ההערכה הקלינית. הסיבות לאי-ביצוע בדיקה קלינית היו: סירוב הקשיש או בן משפחתו להיבדק (100 איש או 20%), הקשיש נפטר (24 איש או 5%), הקשיש עבר יישוב ולא אותר או נמצא בחוץ לארץ (14 איש או 3%), אי-יכולת להיבדק עקב מגבלות שפה או מצב בריאות לקוי (24 איש או 5%). כדי לבדוק אם הקשישים שאובחנו אכן מייצגים את כלל הקשישים שהועברו לשלב סינון סופי (כלומר, קשישים עם "חשד" לדמנטיה), נערכה השוואה בין הקשישים שהועברו לשלב סינון סופי לבין כלל אלה שעברו את הבדיקה הקלינית, לפי גיל ומין, בכל עיר בנפרד, ונמצא דמיון בהתפלגות הקבוצות לפי משתני ההשוואה.

מקרב 331 הקשישים שעברו בדיקה קלינית, ל-255 (77%) נקבעה אבחנה של דמנטיה (122 בירושלים ו-133 בקריית גת), ל-73 קשישים נוספים נקבעה אבחנה של Cognitive Impairment but not Dementia), מגבלה קוגניטיבית אך לא דמנטיה). שלושה קשישים נמצאו תקינים. מקרב הקשישים שאובחנו עם דמנטיה, נמצא ש-88 קשישים לוקים בדמנטיה קלה (35%), 79 בדמנטיה בינונית (31%) ו-75 בדמנטיה קשה. לא הייתה אפשרות לקבוע בוודאות את רמת חומרת המחלה לגבי 13 קשישים נוספים (5%).

3) הערכת צרכים - בשלב השלישי של המחקר רואיינו התומכים הבלתי פורמליים העיקריים של הקשישים שאובחנו עם דמנטיה בשלב ההערכה הקלינית (כלומר, האדם שעוזר לקשיש במידה הרבה ביותר בחיי היומיום ללא תשלום). זאת, על מנת לבחון את הצרכים של הקשישים הלוקים בדמנטיה ושל בני משפחותיהם, ואת מידת ההיענות של מערכת השירותים לצורכיהם (ראה גם סעיף 4.3).

בשלב זה רואיינו 186 תומכים (73%) מקרב 255 הקשישים שאובחנו עם דמנטיה, כאשר 182 (71%) היו תומכים בלתי פורמליים, וארבעה (2%) תומכים פורמליים, במקרים שלא אותר מטפל בלתי פורמלי. הסיבות לאי-ביצוע ריאיון של תומך של 69 קשישים שאובחנו עם דמנטיה היו: הקשיש נפטר בין קביעת האבחנה לבין מועד הריאיון (16 איש או 6%), הקשיש הועבר למוסד - למחלקה סיעודית או למחלקה לתשושי נפש (15 איש או 6%), המטפל סירב להתראיין (23 איש או 9%), ולא נוצר קשר עם התומך (15 מקרים או 6%).

4. כלי המחקר

4.1 שלב סינון ראשוני

בשלב זה נעשה שימוש בשאלון לריאיון הקשיש ובשאלון לריאיון בן המשפחה. שני השאלונים ארכו בין שעה וחצי לשעתיים.

שאלון לקשיש

במטרה לזהות קשישים עם "חשד" לדמנטיה, נכלל בשאלון מבחן קוגניטיבי, ה-3MS או Modified Mini-Mental State Exam (Teng & McDowell et al., 1997; Bravo & Rejean, 1997; Bland & Newman, 2001).

(Chui 1987). מבחן זה נכלל במחקר גדול שנערך בקנדה (Canadian Study on Health and Aging) (McDowell & Lindsay, 1994).

ה-3MS פותח כגרסה מתוקנת ל-MMSE (Folstein et al., 1975) (Mini-Mental State Exam). ה-3MS נחשב מבחן בעל מהימנות ותקפות רבות יותר לזיהוי אנשים עם דמנטיה מאשר ה-MMSE (Bland & Newman, 1997; Bravo & Rejean, 1997; McDowell et al., 2001). בין יתרונותיו על ה-MMSE, יש לציין כי בנוסף לתחומים שכלולים ב-MMSE, נוספו בו מספר תחומים קוגניטיביים שאינם כלולים ב-MMSE, כגון זיכרון לטווח ארוך ורהיטות הדיבור, כדי לאפשר בחינת היקף רחב יותר של יכולות קוגניטיביות. ה-3MS מתחשב באנשים שאינם מסוגלים לבצע חלק ממטלות המבחן עקב אי-ידיעת קרוא ו/או כתוב, או עקב מגבלה פיזית, ומאפשר לחשב את ציונם באמצעות שיטה של חלוקה יחסית (Pro-rated score). על מנת לאפשר סיווג עדין יותר של הנבדקים, נקבע ל-3MS טווח ציונים רחב יותר מאשר ל-MMSE (עד 100 לעומת 0 עד 30), ושיטת הניקוד בו מדורגת בעוד שב-MMSE מרבית התחומים מקבלים ניקוד דיכוטומי. תהליך העברת ה-3MS עבר סטנדרדיזציה, פותח מדריך מפורט למשתמש במבחן, הכולל הוראות מפורטות כיצד לחשב את הציון במבחן. זאת, במטרה להפחית הבדלים בין בודקים שונים, דבר שיכול לקרות בהעברת ה-MMSE.

נקודת החיתוך של ה-3MS, המבדילה בין אנשים עם "חשד" לדמנטיה לבין אנשים "תקינים", נקבעה במחקר זה על 77/78. קשישים שציונם היה מתחת ל-78 הועברו לשלב ההערכה הקלינית. נקודת חיתוך זו נבחרה על בסיס העבודה המקורית של Teng and Chui (1987) ועל סמך עבודתם של החוקרים במחקר שנערך בקנדה (McDowell et al., 1994, 1997). בנקודת חיתוך זו, רמת הרגישות לזיהוי דמנטיה היא 87% ורמת הספציפיות עומדת על 89%. יש גם עדויות לכך שה-3MS הוא כלי שרגיש יותר לזיהוי מקרים של דמנטיה קלה (Bland & Newman, 2001; McDowell et al., 1997).

דמנטיה מתבטאת, בנוסף על הירידה בתפקודים קוגניטיביים, גם בירידה בתפקוד הפיזי. על מנת לקבוע אבחנה סופית יש צורך במידע על היכולת התפקודית של האדם (Barberger-Gateau et al., 1992; Juva et al., 1994; Rockwood et al., 1997). לכן, בתהליך האיתור של האנשים עם "חשד" לדמנטיה יש חשיבות רבה לבחון גם את יכולת התפקוד של האדם בפעולות היומיום, ובמיוחד בפעולות ניהול משק הבית. לשם כך במחקר הנוכחי נעשה שימוש בסולם IADL (Instrumental Activities of Daily Living Scale) (Lawton & Brody, 1969). הכלי נמצא מהימן ותקף בקרב קבוצות קשישים שונות, ומתאים במיוחד להערכת קשישים הגרים בקהילה (Barberger-Gateau et al., 1992). הוא בודק תפקוד ב-8 תחומים: עבודת בית, כביסה, הכנת ארוחות, עריכת קניות, שימוש בטלפון, שימוש בתחבורה, לקיחת תרופות, וניהול כספים.

בנוסף, נכלל בשאלון לקשיש גם כלי לאיתור סימני דיכאון בקרב הקשישים, ה-Geriatric Depression Scale או GDS (Brink et al., 1982; Sheikh & Yesavage, 1986). במחקר הנוכחי נעשה שימוש בגרסה קצרה של ה-GDS הכוללת 15 פריטים וטווח ציונים שנע בין 0 ל-15. לפי הספרות, למטרות קליניות ציון

של 6 ומעלה מרמזו שקיים מצב של דיכאון, ונדרש מעקב מעמיק יותר; וציון של 11 ומעלה מצביע כמעט תמיד על כך שהקשיש סובל ממצב דיכאוני.

שאלון לבן משפחה

תסמונת הדמנטיה מלווה לעתים קרובות בהתפתחותן של הפרעות בתחום ההתנהגותי (Cummings, 1999; Finkel, 1998; Levy et al., 1999). אם הקשיש אינו מקבל טיפול, או בני משפחתו אינם מקבלים הדרכה כיצד להתמודד עם בעיות אלה, הדבר עלול לגרום, למשל, למיסוד מוקדם מדי של הקשיש ולעומס על בני המשפחה (Finkel, 1998; Lieberman & Kramer, 1991). הפרעות בתחום ההתנהגותי נחשבות חלק מתסמונת הדמנטיה, וכלולות גם בקריטריוני האבחון המגדירים את סוגי הדמנטיה.

לפיכך, השאלון לבן משפחה כלל שאלות על דפוסי ההתנהגות של הקשיש, על מצבו הנפשי ועל היבטים שונים של התפקוד הקוגניטיבי שלו. בנוסף, השאלון לבן משפחה כלל שאלות על מצב הזיכרון של הקשיש והיבטים נוספים של התפקוד הקוגניטיבי שלו, כגון בעיות או קושי בדיבור ובעיות בהתמצאות בזמן או במקום שנלקחו מכלי ה-Cerad (Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease, 1992).

על מנת לבדוק האם לקשיש יש הפרעות התנהגותיות בחרנו להשתמש ב-NPI (Neuropsychiatric Inventory) (Cummings et al., 1994, 1999, 2001). הכלי בעל מהימנות ותקפות לזיהוי הפרעות כאלה בקרב חולי דמנטיה במיוחד, ומתייחס לעשרת התחומים הבאים: הזיות, חזיונות שווא, תוקפנות/עצבנות, דיכאון, חרדה/פחדים, עליצות/אופוריה, אפתיה/אדישות, חוסר מעצורים/חוסר ריסון עצמי, רגזנות והתנהגות מוטורית חריגה.

4.2 שלב ההערכה הקלינית

כאמור, כל הקשישים עם "חשד" לדמנטיה, דהיינו אלה שציונם ב-3MS היה 77 או פחות, הועברו לשלב ההערכה הקלינית. לכל קשיש שהועבר לשלב זה הוכן תיק שכלל את פרטיו האישיים ופרטי בן המשפחה שרואיין. התיק כלל גם עותקים של שני שאלוני הסינון הראשוני. שאלונים אלה כללו כאמור, מידע בעל חשיבות לתהליך האבחון על המצב הקוגניטיבי, התפקודי והנוירו-התנהגותי של הקשישים. מבחן ה-3MS נמסר במעטפה סגורה ותוצאותיו נודעו רק בסיום תהליך קביעת האבחנה. זאת, כדי למנוע הטיה במהלך תהליך האבחון.

שלב הסינון הסופי כלל מספר מרכיבים. מידע נוסף על מצבם הנוירו-התנהגותי של הקשישים נאסף על-ידי אחות מטעם בית-חולים הרצוג באמצעות שאלון שהועבר לבני משפחתם. מטרת השאלון הייתה לבדוק אם חלו שינויים אצל הקשיש בתחומים נוירו-קוגניטיביים שונים, כגון ערנות, אישיות, זיכרון, כושר ריכוז, תפקודי שפה, תפקודים אקזקוטיביים וכו'.

שלב זה כלל גם בדיקה קלינית שנערכה בידי צוות רופאים שכלל מומחים בנוירולוגיה, נוירולוגיה-התנהגותית או נוירו-פסיכולוגיה, שקיבלו הכשרה מיוחדת ושיש להם ניסיון בבדיקת אנשים החשודים לדמנטיה. הבדיקה בוצעה בבית הקשיש ונמשכה כשעתיים. הבדיקה הקלינית כללה הערכה של המצב

הנוירו-התנהגותי והקוגניטיבי של הקשישים באמצעות פרוטוקול שפותח על-ידי האגף הנוירו-פסיכוגריאטרי של בית-חולים הרצוג. על מנת לאפשר הגדרה של דמנטיה, הפונקציות הקוגניטיביות שנכללו בפרוטוקול ושנבדקו ענו לדרישות לבדיקה קלינית המפורטות בקריטריוני האבחון של ה-DSM American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 1987, 1994). הבדיקה כללה מבחנים לבדיקת תחומים שונים, כגון קשב, זיכרון, תפקודי שפה, יכולת חישוב, ידע גוף וידע טופוגרפי (ורטמן, 2000). בתום הבדיקה הרופא הבודק רשם סיכום של הבדיקה ונתן אבחנה ראשונית/מקדימה. כמו-כן, במהלך הבדיקה נרשמו נתונים על מצב הערנות, מידת שיתוף פעולה, הופעה פיזית, מצב רגשי, תפקוד פסיכו-מוטורי וכד' של הנבדק.

תוצאותיה של הבדיקה הקלינית, כולל התרשמותו הישירה של הרופא הבודק, רוכזו בטופס מיוחד לשם קביעת אבחנה סופית. כמו-כן נבדק המידע שנאסף במהלך שלב הסינון הראשוני. תהליך סיכום הנתונים בוצע על-ידי מנהל האגף הנוירו-פסיכוגריאטרי של בית-חולים "הרצוג". דיון "קונצנזוס" של צוות רב-מקצועי שכלל, בין היתר, את הרופא הבודק, הנוירו-פסיכולוג, מנהל האגף הנוירו-פסיכו-גריאטרי בבית-חולים הרצוג, נוירולוג-התנהגותי ואחות, התקיים על כל נבדק על מנת להגיע להחלטה סופית לגבי אבחונה. יש להדגיש שהגדרת הדמנטיה התבססה לא רק על הקריטריונים האופרטיביים להגדרת המחלה לפי ה-DSM-IV, אלא גם על פי התרשמות הצוות הרפואי מכל המרכיבים של הבדיקה הקלינית וגם על פי ניסיונם הקליני בתחום (American Psychiatric Association, 1994). לאחר שנקבע שהקשיש אכן לוקה בדמנטיה, נקבעה רמת חומרת המחלה לפי קריטריוני ה-DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987), שמתייחסים בעיקר למידה שבה המחלה פגעה ביכולת התפקוד של הנבדק.

4.3 שלב הערכת צרכים

בשלב זה של המחקר כאמור, רואיינו התומכים הבלתי פורמליים העיקריים של הקשישים שאותרו כלוקים בדמנטיה. בתהליך פיתוח השאלון להערכת צרכים נעשה שימוש בכלים ובסקלות שמחקרים דומים בחו"ל השתמשו בהם, ואשר תוקפם ומהימנותם נבדקו. השאלון מבוסס באופן חלקי על מודלים קונספטואליים של תהליך מתן הטיפול (McKinlay et al., 1995; Pearlin et al., 1990; Zarit, 1992).

השאלון כלל מידע על מאפיינים סוציו-דמוגרפיים של התומכים, סוג והיקף העזרה הניתנת, מידת המעורבות של בני משפחה אחרים במתן טיפול לקשיש, התמודדות התומך עם בעיות שונות. כמו-כן, נבחנו העומס המורגש על-ידי התומך והשפעת הטיפול על תחומי חיים שונים של התומך, מצבו הנפשי של התומך, הוצאות הקשורות לטיפול בקשיש, צרכים לא מסופקים של התומך לשירותים שונים והנושא של מיסוד הקשיש. בנוסף, נבחנו בשאלון זה מאפייני הקשיש מבחינת מצב תפקודי ובריאותי, דפוסי התנהגות, דפוסי שימוש במערכת שירותי הבריאות הרווחה וטיפול ממושך, וצרכים לא מסופקים של הקשיש לסוגי עזרה ושירותים שונים.

הצורך לטפל בקרוב משפחה הלוקה בדמנטיה יכול להטיל עומס רב על בן המשפחה. על מנת לבדוק את העומס המורגש על-ידי התומך, נעשה שימוש בסקלות שתקפותן ומהימנותן הוכחו בעבר, כגון ה-Zarit (1990) Modified Burden Interview. בחרנו להשתמש בסקלה זו מכיוון שנעשה בה שימוש בעבר בקרב בני משפחה המטפלים בחולי דמנטיה (Zarit et al., 1980). הסקלה כוללת 22 פריטים הבודקים את

השפעת המעורבות במתן טיפול על היבטים שונים של חיי התומך (למשל, מצב בריאותו, חיי המשפחה שלו, מעורבותו החברתית), ועל הקשר שלו עם המטופל. בן המשפחה נשאל לגבי כל פריט באיזו תדירות הוא הרגיש כך בעת הטיפול בקרוב משפחתו, והתשובות נעו מאף פעם, לעתים רחוקות, מדי פעם, לעתים קרובות ועד תמיד. טווח הציונים בסקלה הוא מ-0 עד 88, כאשר ככל שהציון גבוה יותר, העומס המורגש גבוה יותר.

לסקלה לא נקבעו נורמות, אך Zarit (1990) מפתח הסקלה בנה, באמצעות ניתוח גורמים, שתי תת-סקלות. תת-הסקלה הראשונה מייצגת את הממד של לחצים אישיים (personal strains) וכוללת 12 פריטים (טווח ציונים מ-0 עד 48). למשל, האם התומך מרגיש לחוץ/מתוח מאוד עקב הטיפול בקשיש, או מרגיש שאיבד שליטה על חייו בגלל מצב הקשיש. תת-הסקלה השנייה מייצגת את הממד של לחצים תפקודיים (role strains) וכוללת 6 פריטים (טווח ציונים מ-0 עד 24) המתאייחסים למידת ההשפעה של הטיפול בקשיש על חיי החברה ומשפחה של התומך.

במטרה לבדוק את מצבו הנפשי של התומך נעשה שימוש ב-CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale) הכולל 20 פריטים, ופותח ככלי לגילוי סימפטומים המצביעים על מצב של דיכאון בקרב האוכלוסייה הכללית. שני פריטים בסקלה מתייחסים, למשל, לנושאים של בעיות שינה וחוסר תיאבון. בן המשפחה נשאל לגבי כל פריט באיזו מידה הוא הרגיש כך בחודש האחרון כאשר התשובות נעו מאף פעם, לעתים רחוקות, לעתים קרובות, ועד לכל הזמן. טווח הציונים בסקלה הוא מ-0 עד 60 כאשר ציון של 16 ומעלה מצביע על קבוצה בסיכון לדיכאון הדורשת מעקב מעמיק יותר (Radloff, 1977).

לבסוף, בשאלון להערכת צרכים נכלל Neuropsychiatric Inventory שנעשה בו שימוש גם בשלב הסינון הראשוני של המחקר (Cummings et al., 1994). זאת, על מנת לקבל מידע על קיומן של הפרעות התנהגותיות אצל הקשיש.

5. השכיחות של דמנטיה בקרב בני 65+

כאמור, אחת המטרות של המחקר הייתה לזהות את שכיחות הדמנטיה בקרב כלל הקשישים בני 65+ הגרים בקהילה, ובקרב קבוצות שונות של הקשישים, לפי מין, גיל וכד'. הוחלט לבחון את שכיחות הדמנטיה רק בקרב הקשישים הגרים בקהילה בירושלים, המהווים את רוב אוכלוסיית המחקר (92%), שהיא מגוונת מספיק מבחינת משתני רקע כגון גיל, מין, השכלה ומוצא.

5.1 שכיחות של דמנטיה בקרב בני 65+ הגרים בקהילה

תשעה-עשר אחוזים בקרב בני 65 ומעלה הגרים בקהילה בירושלים אובחנו כלוקים בדמנטיה: 8.2% בדמנטיה קלה, 4.4% בדמנטיה בינונית ו-5.8% בדמנטיה קשה. כלומר, קרוב למחצית הלוקים בדמנטיה (45%) נמצאים בשלבים הראשוניים של המחלה. לוח 2 מציג את שכיחות הדמנטיה בקרב בני 65+ הגרים בקהילה בירושלים לפי משתני רקע נבחרים. עשרים ושניים אחוזים מהנשים ו-16% מהגברים נמצאו לוקים בדמנטיה. כצפוי, שיעור הלוקים בדמנטיה עולה עם העלייה בגיל, כך ש-47% מקרב בני 85 ומעלה נמצאו לוקים במחלה, ורק 19% מקרב בני 75-84, ו-11% מקרב בני 65-74. כמו-כן, 60% מקרב בעלי

השכלה נמוכה (0-4 שנות לימוד) נמצאו לוקים במחלה, לעומת 22% בקרב בעלי 5-8 שנות לימוד, 11% בקרב בעלי 9-12 שנות לימוד, ורק 7% מקרב בעלי השכלה על-תיכונית. בבחינת ארץ המוצא עולה, כי 34% מקרב ילידי אסיה-ואפריקה, 17% מקרב ילידי ברית-המועצות לשעבר, ו-13% מקרב ילידי אירופה, אמריקה או ישראל, לוקים בדמנטיה.

כדי לבחון לאלו מאפיינים דמוגרפיים יש קשר עצמאי עם הסיכוי ללקות בדמנטיה, ערכנו ניתוח רב-משתני מסוג רגרסיה לוגיסטית, שבו המשתנה התלוי היה "קיום דמנטיה לעומת היעדרה". לוח 3 מציג ארבעה מודלים, לפיהם, לנשים יש סיכוי עצמאי ללקות במחלה, גם כאשר מפקחים על גיל הנבדקים (O.R.=1.499). אולם, כאשר מוסיפים למודל את המשתנה "השכלה", השפעת המין נעלמת והשפעת הגיל נשארת. כאשר מוסיפים למודל גם את משתנה ארץ המוצא, נמצא כי לגיל 85 ומעלה (O.R.=14.93) ולהשכלה נמוכה (עד ארבע שנות לימוד לעומת 9 שנים ויותר) (O.R.=14.46) יש את ההשפעה העצמאית הגדולה ביותר על הסיכוי ללקות בדמנטיה. בנוסף, לבני 75-84, לבעלי השכלה של 5-8 שנות לימוד, ולילידי אסיה ואפריקה יש סיכוי כפול ללקות בדמנטיה, בהשוואה לבעלי השכלה מעל 9 שנות לימוד, גיל 65-74, וילידי יבשות אחרות.

לוח 2: שכיחות של דמנטיה בקרב בני +65 הגרים בקהילה בירושלים, לפי משתני רקע נבחרים (באחוזים)

מאפיינים	סך-הכל	אין דמנטיה ¹	יש דמנטיה
מין**			
זכר	100	84	16
נקבה	100	78	22
קבוצת גיל**			
69-65	100	90	10
74-70	100	88	12
79-75	100	81	19
84-80	100	82	18
+85	100	53	47
מספר שנות לימוד**			
4-0	100	40	60
8-5	100	78	22
12-9	100	89	11
+13	100	93	7
יבשת לידה**			
ישראל	100	87	13
ברית-המועצות לשעבר	100	83	17
אירופה/אמריקה	100	87	13
אסיה/אפריקה	100	66	34

¹ כולל קשישים שעברו את מבחן ה-3MS וגם כאלה שנכשלו בו, אולם בבדיקה קלינית לא אובחנו כלוקים בדמנטיה. ** p<0.01.

לוח 3: שכיחות של דמנטיה בקרב בני 65+ הגרים בקהילה בירושלים, לפי משתני רקע נבחרים (רגרסיה לוגיסטית)

המשתנה התלוי: שכיחות דמנטיה לעומת היעדרה								
מודל 4		מודל 3		מודל 2		מודל 1		
OR	B	OR	B	OR	B	OR	B	
1.160	0.149	1.134	0.126	1.499	**0.405	1.465	**0.231	מין נשים לעומת גברים
14.932	**2.704	12.169	**2.499	6.634	**1.892			גיל 85+ לעומת 74-65
2.587	**0.951	2.284	**0.826	1.770	**0.571			84-75 לעומת 74-65
14.460	**2.671	22.829	**3.128					שנות לימוד 4-0 לעומת 9+
3.601	**1.281	4.218	**1.439					8-5 לעומת 9+
2.168	**0.771							יבשת לידה אסיה ואפריקה לעומת השאר

* p<0.05
** p<0.01

5.2 שכיחות של דמנטיה בקרב בני 65+ השוהים במוסדות לטיפול ממושך

חלק מהקשישים הלוקים בדמנטיה אינם גרים בקהילה אלא שוהים במוסדות לטיפול ממושך. כאמור, מחקר זה התייחס לקשישים הגרים בקהילה, אולם, כחלק מהמאמץ לאמוד את שיעור הדמנטיה בכלל אוכלוסיית הקשישים בירושלים, לקחנו חלק במחקר שבוצע ב-1999, שמטרתו הייתה לבדוק את שכיחות הדמנטיה בקרב קשישים ששהו במוסדות שפעלו בירושלים בשנת 1999 (Feldman et al., 2004).

על בסיס הנתונים שנאספו במחקר זה, עולה ש-70% מכלל הקשישים בני 65+ הנמצאים במוסדות לטיפול ממושך בירושלים, לוקים בדמנטיה בכל רמות חומרת המחלה. כאשר מפעילים את השיעורים הסגוליים של הקשישים הלוקים בדמנטיה הגרים בירושלים בקהילה ובמוסדות, לפי כל קבוצת גיל ומין על נתוני כלל אוכלוסיית הקשישים שגרו בקהילה ובמוסדות בירושלים בסוף שנת 1999, עולה כי 21.7% מכלל הקשישים הגרים בירושלים לוקים בדמנטיה (למ"ס, קובצי האוכלוסייה לשנת 1999; באר, 2004). בחינת מספר הקשישים הלוקים בדמנטיה הגרים בירושלים לפי מקום הימצאותם, מלמדת ש-84% מהם גרים בקהילה ו-16% במוסדות.

5.3 אומדן ארצי של שכיחות הדמנטיה

במסגרת המחקר רצינו גם לאמוד את שיעור בני 65+ הלוקים בדמנטיה בכל הארץ, וכן להגיע לאומדן ארצי לגבי שכיחות הדמנטיה בקהילה ובמוסדות לטיפול ממושך. מידע זה חשוב לצורכי תכנון ברמה הארצית בהווה, וכן מאפשר לערוך תחזיות ולאמוד את שכיחות הדמנטיה בעתיד בעקבות שינויים החלים במאפיינים הסוציו-דמוגרפיים של אוכלוסיית הקשישים.

כדי להגיע לאומדן ארצי של שכיחות הדמנטיה, הפעלנו את השיעורים הסגוליים של בני 65+ הלוקים בדמנטיה הגרים בירושלים בקהילה ובמוסדות, לפי כל קבוצת גיל ומין, על נתוני אוכלוסיית הקשישים הכללית (יהודים ואחרים) שגרו בקהילה ובמוסדות בסוף שנת 2002. אוכלוסייה זו מנתה בסוף 2002

615,344 נפש, מתוכם 588,591 בקהילה ו-26,763 במוסדות (למ"ס, קובצי האוכלוסייה לשנת 2002; באר, 2004).

נמצא, כי שכיחות הדמנטיה בקרב בני 65+ הגרים בקהילה בישראל נאמדת ב-16.7% (כ-98 אלף איש), מהם: 7.3% לוקים בדמנטיה קלה, 3.8% בדמנטיה בינונית ו-4.7% בדמנטיה קשה. כלומר, קרוב למחצית מבני 65+ הגרים בקהילה ולוקים בדמנטיה נמצאים בשלבים הראשוניים של המחלה (לוח 4).

מבחינת הקשישים הלוקים בדמנטיה הגרים בקהילה, לפי גיל ומין, עולה ששיעור הקשישים הלוקים בדמנטיה מגיע ל-19% בקרב הנשים לעומת 14% בקרב הגברים. כמו-כן, בקרב קשישים בני 65-69 שיעור הלוקים בדמנטיה נאמד ב-10%, ובקרב בני 85 ומעלה האומדן מצביע על כך שכמעט מחציתם (47%) לוקים בדמנטיה ברמות חומרה שונות.

אומדן שכיחות הדמנטיה בקרב קשישים השוהים במוסדות עומד על כמעט 70%. שכיחות הדמנטיה בקרב בני 65+ הגרים בקהילה ובמוסדות בישראל מגיעה ל-19% (קרוב ל-117,000 איש).

לוח 4: אומדן ארצי לסוף שנת 2002 של שכיחות הדמנטיה בקרב בני 65+ יהודים ואחרים¹, לפי מקום הימצאות

במוסדות	בקהילה	סך-הכל	
18.7	98.1	116.8	הקשישים הלוקים בדמנטיה (באלפים)
69.8	16.7	19.0	הקשישים הלוקים בדמנטיה (באחוזים)
			הקשישים הלוקים בדמנטיה, לפי מין (באחוזים)
74.5	13.6	15.3	גברים
67.9	19.0	21.6	נשים
			הקשישים הלוקים בדמנטיה, לפי קבוצת גיל (באחוזים)
75.7	9.7	10.1	69-65
62.2	12.6	13.2	74-70
82.4	19.2	21.2	79-75
54.9	17.4	20.5	84-80
74.3	46.6	52.3	+85
			הקשישים הלוקים בדמנטיה הגרים בקהילה, לפי רמת חומרת המחלה (באחוזים)
	7.3		דמנטיה קלה
	3.8		דמנטיה בינונית
	4.7		דמנטיה קשה
	0.9		לא נקבעה רמת חומרה
			הקשישים הלוקים בדמנטיה הגרים בקהילה, לפי רמת חומרת המחלה ² (באלפים)
	43.2		דמנטיה קלה
	22.1		דמנטיה בינונית
	27.5		דמנטיה קשה

¹ כולל: יהודים, נוצרים שאינם ערבים ובלתי מסווגים לפי דת.
² הנתונים מתייחסים ל-95% מבני 65+ הגרים בקהילה שרמת חומרת המחלה נקבעה בשבילם.

שיעור הלוקים בדמנטיה בישראל, בקהילה ובכלל הארץ, כפי שעולה מהמחקר הנוכחי, נמצא בגבול העליון של טווח השיעורים המצוטטים בעבודות שביצעו ניתוח-על של מספר מחקרים שמטרתם זיהוי שכיחות הדמנטיה (Ineichen, 1987). כמו-כן, ממצאי המחקר על שכיחות המחלה לפי רמות חומרה נמצאים בטווח השיעורים המצוטטים במטה-אנליזות שונות (Henderson, 1986; Henderson, 1994; Jorm et al., 1987). משיעור הלוקים בדמנטיה בישראל עולה כי על מערכת השירותים להיערך לטיפול במספר גבוה יותר של חולי דמנטיה מהמספר המצוטט כיום. כפי שצוין בפרק המבוא, עמותת אלצהיימר הישראלית העריכה ש-70,000 חולי דמנטיה חיו בארץ בשנת 2002, אך אומדן זה אינו מבוסס על מחקר אפידמיולוגי. ייחודיות המחקר הנוכחי נובעת מכך שהוא המחקר המקיף הראשון שנערך בישראל שנועד לבחון את היקף תופעת הדמנטיה בקרב בני +65 הגרים בקהילה.

כפי שנאמר בפרק המבוא, גורמים רבים (כגון אפיונים סוציו-דמוגרפיים של האוכלוסייה הנבדקת, כלי הסינון לאיתור מקרים עם "חשד" לדמנטיה והתהליך והקריטריונים לאבחון המחלה) יכולים להשפיע על ממצאי מחקרים שמטרתם לאמוד את שכיחות הדמנטיה בקרב אוכלוסייה ספציפית. גורמים אלה מקשים גם על יכולות לבצע השוואה בין ממצאי המחקרים השונים. במסגרת המחקר הנוכחי, נערכה סקירת ספרות מקיפה על מנת לאתר לקחים ממחקרי עבר כדי לחזק את שיטת המחקר. בנוסף, התייעצנו עם מומחים שונים בארץ ובעולם על מנת ללמוד מניסיונם. כך, למשל, אחת המסקנות החשובות ביותר, הייתה שיש צורך לבחור בכלי סינון ואבחון בעלי רגישות גבוהה לזיהוי מקרים של דמנטיה קלה על מנת להגיע לאומדן מהימן יותר של שכיחות הדמנטיה (United States General Accounting Office, 1998). כאמור, באשר לכלי סינון, בחרנו להשתמש במבחן ה-3MS ולא ב-MMSE מכיוון שה-3MS נחשב מבחן בעל מהימנות ותקפות רבה יותר לזיהוי אנשים עם דמנטיה, בכלל, ודמנטיה קלה, בפרט (Bland & Newman, 2001). נקודת החיתוך השכיחה ביותר של ה-MMSE, המבדילה בין אנשים עם "חשד" לדמנטיה לבין אנשים "תקינים" היא 23/24 (Folstein, 1983). כך, למשל, אם היינו מחליטים להשתמש ב-MMSE, כי אז 48% מהקשישים הגרים בקהילה בירושלים שאובחנו עם CIND (מגבלה קוגניטיבית אך לא דמנטיה), 37% מאלה שאובחנו עם דמנטיה קלה, ו-32% מאלה שאובחנו עם דמנטיה בינונית, לא היו מגיעים לכלל אבחון. הם היו נחשבים ל"תקינים" מכיוון שציונם ב-MMSE נע בין 24 עד 30. לסיכום, אם היינו בוחרים להשתמש ב-MMSE היינו מגיעים לאומדן נמוך יותר של שכיחות הדמנטיה.

6. מאפיינים של בני +65 הלוקים בדמנטיה

להלן יוצגו ממצאים המתייחסים למאפיינים של בני +65 הלוקים בדמנטיה הגרים בקהילה בשתי ערי המחקר - ירושלים וקריית גת, כגון מאפיינים סוציו-דמוגרפיים, מצב תפקודי, מצב רגשי, הפרעות התנהגותיות, מצב בריאותי ומידת הצורך בהשגחה. כמו-כן נבחן מה מאפיין את הלוקים בדמנטיה בכל אחת משלוש רמות חומרת המחלה.

6.1 מאפיינים סוציו-דמוגרפיים

בקרב הקשישים הלוקים בדמנטיה יש שיעור גבוה יותר של נשים לעומת גברים (63% ו-37% בהתאמה). קרוב לשני-שלישים (68%) מהלוקים בדמנטיה הם בני 75 ומעלה וגילם הממוצע 79.7 שנים (סטיית תקן=7.93) (לוח 5).

לוח 5: מאפיינים סוציו-דמוגרפיים של בני 65+ הלוקים בדמנטיה (באחוזים)

מאפיינים	
מין	
37	זכר
63	נקבה
קבוצת גיל	
12	69-65
20	74-70
21	79-75
12	84-80
35	85+
מספר שנות לימוד	
44	4-0
25	8-5
18	12-9
13	13+
יבשת לידה	
11	ישראל
15	ברית-המועצות לשעבר
23	אירופה/אמריקה
51	אסיה/אפריקה
שנת עלייה	
93	לפני 1989
7	מ-1989 ואילך
הכנסה חודשית	
13	עד 1,594 ₪
51	מ-1,595 ₪ עד 3,189 ₪
17	מ-3,190 ₪ עד 4,783 ₪
19	מ-4,784 ₪ ויותר
הרכב משק-הבית	
24	גר לבד
33	גר עם בן זוג
43	גר עם אנשים אחרים

יותר משני-שלישים מהלוקים במחלה (69%) הם בעלי השכלה יסודית בלבד. כמחציתם אינם יכולים לקרוא או לכתוב. למעלה ממחצית הקשישים (51%) הם ילידי אסיה-אפריקה ורק 7% מקרבם עולים חדשים (הגיעו לארץ משנת 1989 ואילך). שני-שלישים מהקשישים הלוקים בדמנטיה (64%) הם בעלי

הכנסה נמוכה (עד 3,200 שקלים). רבע (24%) מהקשישים הלוקים בדמנטיה גרים לבד ומתוכם 56% לוקים בדמנטיה קלה, 31% בדמנטיה בינונית ו-13% בדמנטיה קשה.

הקשישים בירושלים וקריית גת שאובחנו כלוקים בדמנטיה, סובלים מהמחלה ברמות חומרה שונות. ארבעים ושניים אחוזים אובחנו כלוקים בדמנטיה קלה, 26% בדמנטיה בינונית ו-32% בדמנטיה קשה. מכיוון שדמנטיה היא מחלה פרוגרסיבית, נמצא קשר בין גיל הקשיש לבין רמת חומרת המחלה. כך, למשל, בקרב בני 65-74 הלוקים בדמנטיה, 55% לוקים בדמנטיה קלה, לעומת 34% מבני 85 ומעלה. כמו-כן, בקרב בני 85 ומעלה הלוקים בדמנטיה, 40% לוקים בדמנטיה קשה, לעומת 23% מבני 65-74 (לוח 6).

לוח 6: רמת חומרת הדמנטיה, לפי גיל הלוקים בדמנטיה (באחוזים)

רמת חומרה*	סך-הכל	74-65	84-75	85+
סך-הכל	100	100	100	100
דמנטיה קלה	42	55	38	34
דמנטיה בינונית	26	22	30	26
דמנטיה קשה	32	23	31	40

* $p < 0.05$

6.2 מצב תפקודי וכושר ניידות

נמצא כי רק 46% מקרב הלוקים בדמנטיה עצמאים בפעולות בתחום הטיפול האישי (ADL). יכולת התפקוד שלהם יורדת באופן משמעותי עם העלייה ברמת חומרת המחלה (לוח 7). בעוד ששני-שלישים (67%) מהלוקים בדמנטיה קלה אינם זקוקים לעזרה באף אחת מהפעולות בתחום הטיפול האישי (ADL), יורד שיעור העצמאים ב-ADL ל-44% בקרב הלוקים בדמנטיה בינונית, ול-15% בקרב הלוקים בדמנטיה קשה. כרבע מהקשישים הלוקים בדמנטיה זקוקים לעזרה בשלוש פעולות או יותר ושיעורם עולה עם העלייה ברמת חומרת המחלה (8%, 15% ו-63% לדמנטיה קלה, בינונית וקשה, בהתאמה). בבחינת היכולת לבצע פעולות ניהול משק-הבית, נמצא ש-67% מהקשישים הלוקים בדמנטיה תלויים לחלוטין בתפקוד אינסטרומנטלי (IADL), והשיעור הגבוה ביותר נמצא בקרב הקשישים הלוקים בדמנטיה קשה (98% לעומת 56% ו-57% לדמנטיה קלה ובינונית, בהתאמה).

בבחינת יכולת הניידות עולה כי 42% מקרב הלוקים בדמנטיה עצמאים בניידות מחוץ לבית, ורובם (85%) מסוגלים ללכת בתוך הבית ללא עזרת אדם אחר.¹ קרוב לשני-שלישים (60%) מהלוקים בדמנטיה קלה מסוגלים ללכת ללא עזרת אדם מחוץ לבית (רובם ללא מכשיר עזר לניידות), רבע מהם (27%) אינם מסוגלים בכלל ללכת מחוץ לבית, אולם כולם מסוגלים ללכת (רובם בלי מכשיר עזר) בתוך הבית. בקרב הלוקים בדמנטיה בינונית, יורד שיעור העצמאים בניידות מחוץ לבית לכדי 41%, ו-45% כלל אינם מסוגלים ללכת מחוץ לבית. אולם, רובם המכריע (95%) עדיין מסוגלים ללכת בתוך הבית ללא עזרת אדם אחר (עם או בלי מכשיר עזר). בקרב הלוקים בדמנטיה קשה המצב הרבה פחות טוב - יותר משני-שלישים (69%) לא מסוגלים ללכת מחוץ לבית, רק 14% מסוגלים ללכת מחוץ לבית ללא עזרת אדם אחר (עם או בלי מכשיר עזר לניידות). למעלה ממחציתם (53%) מסוגלים ללכת בתוך הבית ללא עזרת אדם (חלקם

¹ ניידות מחוץ לבית הוגדרה כיכולת ללכת מחוץ לבית מרחק של 400 מטר, כמו, למשל, המרחק בין שתי תחנות אוטובוס.

עם מכשיר עזר), ו-41% אינם מסוגלים ללכת גם בתוך הבית. זאת ועוד, בעוד ש-15% מהקשישים עם דמנטיה קלה מרותקים לבית ואינם יכולים לצאת מהבית למרחק כלשהו ללא סיוע אדם, השיעור מגיע לכדי 54% בקרב הלוקים בדמנטיה קשה.

לוח 7: מאפיינים תפקודיים של בני +65 הלוקים בדמנטיה, לפי רמת חומרת הדמנטיה (באחוזים)

מאפיינים	סך-הכל	דמנטיה קלה	דמנטיה בינונית	דמנטיה קשה
**ADL (מספר תחומים שבהם הקשיש זקוק לעזרה)				
0 תחומים	46	67	44	15
1 תחום	12	9	24	7
2 תחומים	16	16	17	15
3-6 תחומים	13	8	10	23
7 תחומים	13	0	5	40
*IADL				
תקין	7	14	7	0
בינוני	26	30	36	2
לקוי	67	56	57	98
ניידות - הליכה מחוץ לבית (400 מטר)**				
מסוגל ללא עזרת אדם או מכשיר	34	48	34	10
מסוגל בעזרת מכשיר (מקל, הליכון)	8	12	7	4
מסוגל רק בעזרת אדם אחר	14	13	14	17
לא מסוגל	44	27	45	69
ניידות - הליכה בתוך הבית**				
מסוגל ללא עזרת אדם או מכשיר	61	77	61	37
מסוגל בעזרת מכשיר (מקל, הליכון)	24	23	34	16
מסוגל בעזרת אדם אחר או כיסא גלגלים	3	0	4	6
לא מסוגל	12	0	1	41
מרותק לבית**	28	15	23	54

** p<0.01

6.3 הפרעות התנהגותיות, בעיות זיכרון ומצב רגשי

כאמור, בשלב הסינון הראשוני של המחקר, בני המשפחה של כל הקשישים נשאלו סדרה ארוכה של שאלות לגבי דפוסי ההתנהגות של קרוביהם באמצעות מבחן ה-NPI (Neuropsychiatric Inventory). מלוח 8 עולה כי בקרב 21% בלבד מהלוקים בדמנטיה לא זוהתה אף הפרעה התנהגותית. מטבע הדברים, עולה מספר הפרעות ההתנהגותיות עם העלייה ברמת חומרת המחלה. כך, ל-27% מהלוקים בדמנטיה קלה לא היתה אף הפרעה התנהגותית, לעומת 20% ו-19%, בהתאמה, בקרב הלוקים במחלה ברמות חומרה בינונית וקשה. בנוסף, בקרב 15% מהלוקים בדמנטיה קלה זוהו 5 או יותר הפרעות התנהגותיות, לעומת 20% ו-25%, בהתאמה, בקרב הלוקים בדמנטיה בינונית או קשה (לוח 8). בבחינת בעיות התנהגותיות ספציפיות, נמצא שרבות מהן שכיחות יותר בקרב הקשישים הלוקים בדמנטיה קשה. למשל, לפי דיווח התומכים, 56% מהלוקים בדמנטיה קשה מגלים אפתייה ואדישות, לעומת 41% מהלוקים בדמנטיה בינונית ו-26% מהלוקים בדמנטיה קלה. כמו-כן, מעל לרבע (27%) מהתומכים של קשישים עם דמנטיה

קשה דיווחו שהקשיש סובל מהזיות ומהלוצינציות, לעומת פחות מעשירית מהתומכים של קשישים עם דמנטיה בינונית או קלה.

בני המשפחה נשאלו גם האם הקשיש סובל מבעיות זיכרון. מדיווח בני המשפחה עולה של-63% מהקשישים הלוקים בדמנטיה יש בעיות בתחום זה, כאשר שיעור בני המשפחה שדיווחו על בעיה זו עולה עם העלייה ברמת חומרת המחלה (36%, 77% ו-84% מהלוקים בדמנטיה קלה, בינונית וקשה, בהתאמה). מכאן עולה ש-37% מבני המשפחה של קשישים שאובחנו עם דמנטיה (64% מאלה המטפלים בקרוב משפחה הלוקה בדמנטיה קלה), אינם מודעים לקיומה של בעיית זיכרון אצל קרוביהם, למרות שאחד הקריטריונים לאבחנת המחלה הוא קיומה של בעיה בתחום זה.

כאמור, מצבם הרגשי של הקשישים נבדק באמצעות סולם ה-GDS (Geriatric Depression Scale) המהווה כלי סינון לאיתור סימני דיכאון. נמצא ש-63% מהלוקים בדמנטיה חשים תחושת דיכאון לפי מדד זה. בבחינת תחושת דיכאון לפי רמת חומרת המחלה, עולה תמונה מורכבת יותר, לפיה 64% מקרב הלוקים בדמנטיה קלה, אך רק 45% מהסובלים מדמנטיה בינונית חשים תחושת דיכאון לפי מדד GDS. בקרב הלוקים בדמנטיה קשה מגיע שיעור החשים בדיכאון ל-86%.

לוח 8: הפרעות התנהגותיות, בעיות זיכרון וסימני דיכאון בקרב בני +65 הלוקים בדמנטיה, לפי רמת חומרת הדמנטיה (באחוזים)

מאפיינים	סך-הכל	דמנטיה קלה	דמנטיה בינונית	דמנטיה קשה
מספר הפרעות התנהגותיות לפי NPI**				
0	21	27	21	19
1	19	26	19	2
2	15	15	19	12
4-3	26	17	21	42
5 ויותר	19	15	20	25
שכיחותן של הפרעות התנהגותיות לפי NPI				
דיכאון	59	55	66	58
אפתיה/אדישות**	40	26	41	56
רגזנות	38	32	34	46
חרדה/פחדים	25	23	24	28
חוסר מעצורים וריסון עצמי	24	26	21	26
הזיות**	24	13	24	40
עצבנות/תוקפנות	23	22	21	27
הלוצינציות**	12	4	8	27
התנהגות מוטורית חריגה**	7	4	2	17
עליצות/אופוריה	6	4	3	10
לקשיש יש בעיות זיכרון**	63	36	77	84
מצב רגשי לפי סולם ה-GDS**				
תקין (0-5)	37	36	55	14
בינוני (6-10)	35	35	23	54
לקוי (+11)	28	29	22	32

* p<0.05
** p<0.01

6.4 מצב בריאות

בחלק זה יוצגו ממצאי המחקר המתייחסים למצבם הבריאותי של הלוקים בדמנטיה, כפי שדווח על-ידי התומכים העיקריים שלהם (רובם המכריע בני משפחה), בשלב הערכת הצרכים של המחקר. בחנו את מצבם הבריאותי באמצעות מספר מדדים, למשל, קיומן של מחלות כרוניות שונות, בעיות ראייה ושמיעה, בעיות אכילה ושינה וכד'.

א. מחלות כרוניות

למחצית (53%) הלוקים בדמנטיה יש יתר-לחץ-דם בהשוואה ל-48% מבני +65 (סקר למ"ס, 1997). לשליש מהם (32%) יש סוכרת, או סוכר בדם, או סוכר בשתן בהשוואה ל-21% מבני +65 בסקר הלמ"ס. לא נמצאו הבדלים משמעותיים בשיעור הסובלים מיתר-לחץ-דם לפי רמת חומרת הדמנטיה. לוח 9 מציג גם את שכיחותן של מחלות כרוניות אחרות בקרב הלוקים בדמנטיה כאשר המחלות השכיחות ביותר היו מחלות עיניים (48%) ואוסטיאופורוזיס (46%).

לוח 9: שכיחותן של מחלות כרוניות בקרב בני +65 הלוקים בדמנטיה, לפי רמת חומרת הדמנטיה (באחוזים)

דמנטיה קשה	דמנטיה בינונית	דמנטיה קלה	סך-הכל	
51	48	58	53	יתר-לחץ-דם
28	49	24	32	סוכרת, או סוכר בדם או סוכר בשתן מחלות כרוניות אחרות:
51	58	42	48	עיניים (כגון קטרקט, גלאוקומה וכו')
50	36	52	46	אוסטיאופורוזיס (בקרב נשים בלבד)
40	25	28	29	לב**
9	31	35	27	מערכת העיכול כגון בעיות בקיבה, בכבד או בכיס המרה דרכי השתן (כולל בעיה בפרוסטטה אצל גברים או דלקות בדרכי השתן)
33	27	23	26	ריאות (ברונכיטיס, אמפיזימה, אסתמה וכו')
14	21	26	21	שבץ מוחי או אירוע מוחי****
38	24	8	19	מחלת פרקינסון***
33	8	9	14	בלוטת התריס (למשל פעילות יתר של הבלוטה)
2	17	17	13	מחלה ממארת (סרטן)
7	4	11	8	בריחת שתן**
74	68	35	53	בעיה בשליטה על פעולות המעיים**
55	21	16	27	

** p<0.01

*** p<0.01 (דמנטיה קלה ובינונית לעומת דמנטיה קשה)

**** p<0.01 (דמנטיה קלה לעומת דמנטיה בינונית וקשה)

נמצא שמלבד מחלת הדמנטיה, 95% מהקשישים סובלים ממחלה כרונית אחת לפחות (מתוך רשימה של 12 מחלות), ללא הבדל לפי רמת חומרת הדמנטיה. כשליש (35%) סובלים מ-1 עד 2 מחלות, 30% מ-3 עד 4 מחלות ו-30% מחמש מחלות או יותר. נתון זה מעיד על כך שהטיפול הרפואי באוכלוסייה זו מורכב לא רק בגלל מחלת הדמנטיה, אלא גם כתוצאה מכך שבקרב אוכלוסייה זו, בדומה לאוכלוסיות קשישים אחרות, קיים מצב של תחלואה נלווית הדורשת התייחסות טיפולית.

התומכים נשאלו האם אי-פעם רופא אמר להם שהקשיש סובל מדמנטיה או מחלת אלצהיימר. חמישית מהם (20%) השיבו בחיוב, ושיעורם הגיע ל-7% בקרב התומכים של הלוקים בדמנטיה קלה, 19% בקרב התומכים של הלוקים בדמנטיה בינונית ו-42% בקרב התומכים של הלוקים בדמנטיה קשה ($p < 0.01$). שליש מהמקרים (32%) אובחנו על-ידי רופא המשפחה של הקשיש ושאר המקרים (68%) על-ידי רופא מומחה, בעיקר פסיכיאטר (29%) או נוירולוג (20%). ממצא זה מצביע על כך שחלק ניכר מהקשישים שאובחנו במחקר כלוקים בדמנטיה, ובמיוחד אלה בשלבים הראשוניים של המחלה, לא הגיעו בעבר לאבחון. אחת הסיבות לכך היא אי-מודעות לקיומה של בעיה (ראה סעיף 6.3 בנושא של מידת המודעות של בני משפחה לקיומה של בעיית זיכרון אצל קרוביהם).

ב. בעיות ראייה ושמיעה

למחצית הלוקים בדמנטיה (56%) יש קשיים בראייה, כולל 5% שהם עיוורים (לוח 10), בהשוואה ל-31% מבני 65+ בסקר הלמ"ס. שני-שלישים מהם (64%) מרכיבים משקפיים, בהשוואה ל-86% מבני 65+ בסקר הלמ"ס, ושיעור זה היה גבוה יותר בקרב הלוקים בדמנטיה קלה ובינונית, לעומת הלוקים בדמנטיה קשה (72% לעומת 33%, $p < 0.001$). למחצית (53%) מאלה שמרכיבים משקפיים יש קשיים בראייה.

לוח 10: קשיים בראייה ושמיעה בקרב בני 65+ הלוקים בדמנטיה, לפי רמת חומרת הדמנטיה (באחוזים)

דמנטיה קשה	דמנטיה בינונית	דמנטיה קלה	סך-הכל	
33	71	73	64	מרכיב משקפיים
60	48	57	56	לקשיש קשיים בראייה
				לקשיש קשיים בראייה שמשפיעים על יכולת התפקוד שלו*
7	19	16	14	במידה רבה
14	21	25	22	במידה מסוימת
				מכשיר שמיעה
-	8	7	6	יש ומשתמש
-	6	3	3	יש ולא משתמש
100	86	90	91	אין
28	40	41	37	לקשיש קשיי שמיעה
				לקשיש קשיי שמיעה שמשפיעים על יכולת התפקוד שלו
9	17	14	13	כן, במידה רבה
16	8	15	13	כן, במידה מסוימת

* $p < 0.05$

ל-36% מהלוקים בדמנטיה יש קשיים בראייה שמקשים עליהם במידה רבה (14%), או מסוימת (22%) בתפקוד היומיומי (למשל, צפייה בטלוויזיה או קריאה או ביצוע פעולות אחרות בבית או מחוצה לו), ושיעורם גבוה יותר בקרב הלוקים בדמנטיה קלה ובינונית (40%), לעומת בקרב הלוקים בדמנטיה קשה (21%). אחד ההסברים לכך הוא שהלוקים בדמנטיה קשה סובלים מקשיי ראייה פחות פעילים עקב שלב המחלה בו הם נמצאים, ולכן ההשפעה של קשיי ראייה אלה על תפקודם היומיומי פחותה יותר.

ל-9% מהלוקים בדמנטיה יש מכשיר שמיעה (6% בסקר למ"ס). לשליש מהם יש קשיי שמיעה (37%), כולל 1% שהם חירשים, ושיעור זה עמד על 25% בקרב בני +65 בסקר הלמ"ס (1997). לרבע מהלוקים בדמנטיה (26%) יש קשיים בשמיעה שמפריעים להם במידה רבה או מסוימת בתפקוד היומיומי (למשל, לשמוע רדיו או טלוויזיה, או לשוחח בטלפון או עם אנשים), אך לא נמצאו הבדלים מובהקים לפי רמת חומרת המחלה.

ג. בעיות אכילה

ל-78% מהלוקים בדמנטיה יש שיניים תותבות (65% תותבות מלאות ו-13% תותבות עליונות או תחתונות), שיעור הדומה לזה בסקר הלמ"ס. ל-2% מהם אין שיניים תותבות, אך התומכים שלהם הרגישו שהם צריכים אותן, ולעוד 9% אין שיניים כלל, שיעור המגיע ל-19% בקרב הלוקים בדמנטיה קשה. ל-41% מבעלי שיניים תותבות יש קושי לאכול איתן (32% מכלל הלוקים בדמנטיה). לשליש מהלוקים בדמנטיה (33%) יש בעיות בלעיסת אוכל מוצק, ושיעורם מגיע ל-61% בקרב הלוקים בדמנטיה קשה (לוח 11).

לוח 11: בעיות אכילה עם שיניים תותבות ובעיות בלעיסת אוכל, בקרב בני +65 הלוקים בדמנטיה, לפי רמת חומרת הדמנטיה (באחוזים)

דמנטיה קשה	דמנטיה בינונית	דמנטיה קלה	סך-הכל	
77	77	77	78	שיניים תותבות:
2	-	4	2	כן
2	15	14	11	לא, אך צריך
19	8	5	9	לא ולא צריך
				אין שיניים וגם לא תותבות
47	39	39	41	קושי לאכול עם השיניים התותבות
61	18	30	33	(בקרב אלה עם שיניים תותבות)
				בעיות בלעיסת אוכל מוצק**

** $p < 0.01$ (דמנטיה קלה ובינונית לעומת דמנטיה קשה)

נמצא שבעיות בלעיסת אוכל מוצק שכיחות יותר בקרב אלה שאין להם שיניים תותבות, לעומת בקרב מי שיש לו שיניים תותבות (54% ו-22% בהתאמה, $p < 0.01$). למרות שרק 2% מהתומכים ציינו שהקשיש זקוק לשיניים תותבות, ייתכן ששיעור הקשישים הזקוקים לתותבות גבוה יותר אם לוקחים בחשבון את שיעור הקשישים ללא שיניים (9%), ושיעור הקשישים ללא תותבות שיש להם בעיות בלעיסת אוכל מוצק (המהווים 18% מכלל הלוקים בדמנטיה).

במסגרת המחקר נבדק האם יש לקשיש בעיות נוספות בתחום האוכל (לוח 12). שלושה-עשר אחוזים מהתומכים דיווחו שהקשיש אוכל יותר מדי, אך רק 5% אמרו שזה קורה לעתים קרובות. שלושים ותשעה אחוזים מהתומכים דיווחו שקורה שהקשיש מסרב לאכול, ושיעור זה מגיע ל-58% בקרב הלוקים בדמנטיה קשה, אך רק 5% ציינו שבעיה זו מתרחשת לעתים קרובות. ארבעים ושלושה אחוזים מהתומכים היו בדעה שהקשיש אוכל מעט מדי, ורבע מהם (25%) ציינו שזה קורה לעתים קרובות. ארבעים ושניים אחוזים מהתומכים דיווחו שהקשיש שותה מעט מדי נוזלים, וקרוב לחמישית (17%) ציינו שזה קורה לעתים קרובות. לבסוף, 39% מהתומכים דיווחו שהקשיש מתקשה לבלוע אוכל מוצק,

כאשר שיעור זה מגיע ל-69% בקרב הלוקים בדמנטיה קשה. בנוסף, 16% מכלל התומכים ו-43% מהתומכים של קשישים עם דמנטיה קשה, ציינו שבעיה זו מתרחשת לעתים קרובות.

ארבעים ושניים אחוזים בסך-הכל מהתומכים דיווחו שלקשיש יש בעיה אחת לפחות בתחום האכילה שמתרחשת לעתים קרובות. נמצא ששיעור התומכים שדיווחו על בעיית אכילה אחת לפחות, ובתדירות זו, עולה עם העלייה ברמת חומרת הדמנטיה (30% מהתומכים של הלוקים בדמנטיה קלה, 45% מהתומכים של הלוקים בדמנטיה בינונית ו-65% מהתומכים של הלוקים בדמנטיה קשה; $p < 0.01$).

ארבעים ושמונה אחוזים מתוכם דיווחו שלא היתה פנייה מצד הקשיש או בני משפחה אחרים לרופא או לאיש מקצוע אחר בהקשר לבעיות האכילה של הקשיש. הסיבות השכיחות ביותר לאי-פנייה היו: הרגשת התומך שממילא אין מה לעשות (34%), תפיסת הבעיה כ"לא רצינית" (28%), והקשיש כבר בטיפול או מעקב (15%). מתוך אלה שפנו לרופא או לאיש מקצוע אחר, 67% פנו לרופא המשפחה של הקשיש ו-33% לרופא מומחה.

לוח 12: קיומן של בעיות אכילה שונות בקרב בני +65 הלוקים בדמנטיה, לפי רמת חומרת הדמנטיה (באחוזים)

דמנטיה קשה	דמנטיה בינונית	דמנטיה קלה	סך-הכל	
				אוכל יותר מדי/באופן מוגזם
88	83	88	87	אף פעם
2	10	13	8	לעתים רחוקות/לפעמים
10	7	-	5	לעתים קרובות
				מסרב לאכול**
42	69	64	61	אף פעם
46	25	34	34	לעתים רחוקות/לפעמים
12	6	2	5	לעתים קרובות
				אוכל מעט מדי
50	60	59	57	אף פעם
25	11	20	18	לעתים רחוקות/לפעמים
25	29	21	25	לעתים קרובות
				שותה מעט מדי נוזלים
67	51	58	58	אף פעם
19	26	27	25	לעתים רחוקות/לפעמים
14	23	15	17	לעתים קרובות
				מתקשה לבלוע אוכל מוצק**
31	65	74	61	אף פעם
26	21	20	23	לעתים רחוקות/לפעמים
43	14	6	16	לעתים קרובות

** $p < 0.01$ (דמנטיה קלה ובינונית לעומת דמנטיה קשה)

ד. בעיות שינה

בנוסף לבעיות אכילה, נבדק האם הקשיש סובל מבעיות שינה שונות (לוח 13). שמונים ושלושה אחוזים מהתומכים דיווחו שהקשיש מתעורר מספר פעמים בלילה, ו-42% מהתומכים ציינו שדבר זה קורה

לעתים קרובות. מעל למחציתם (58%) אמרו שהקשיש מתקשה להירדם, ורבע מהתומכים (26%) דיווחו שמצב זה קורה לעתים קרובות. ארבעים ושבעה אחוזים מהתומכים דיווחו שהקשיש ישן הרבה במשך היום, ורבע מהם (23%) אמרו שתופעה זו מתרחשת לעתים קרובות. שיעור התומכים שדיווחו שקורה לעתים קרובות שהקשיש ישן הרבה עולה עם העלייה ברמת חומרת הדמנטיה, ומגיע ל-39% בקרב הלוקים בדמנטיה קשה ($p < 0.05$).

בסך-הכל, 55% מהתומכים דיווחו שלקשיש יש בעיית שינה אחת לפחות, המתרחשת לעתים קרובות (59% מהתומכים של הלוקים בדמנטיה קלה, 48% מהתומכים של הלוקים בדמנטיה בינונית ו-60% מהתומכים של הלוקים בדמנטיה קשה; לא מובהק). מתוכם, 55% דיווחו שלא הייתה פנייה מצד הקשיש או משפחתו לרופא בהקשר לבעיות השינה של הקשיש. הסיבות השכיחות ביותר לאי-פנייה היו: ממילא אין מה לעשות (30%), תפיסת הבעיה כ"לא רצינית" (30%), או שהבעיה נובעת מתרופות שהקשיש לוקח (11%).

לוח 13: קיומן של בעיות שינה בקרב בני +65 הלוקים בדמנטיה, לפי רמת חומרת הדמנטיה (באחוזים)

דמנטיה קשה	דמנטיה בינונית	דמנטיה קלה	סך-הכל	
17	12	18	17	מתעורר מספר פעמים בלילה
36	46	41	41	אף פעם
48	42	41	42	לעתים רחוקות/לפעמים
				לעתים קרובות
				מתקשה להירדם
46	48	31	42	אף פעם
33	23	40	32	לעתים רחוקות/לפעמים
21	29	29	26	לעתים קרובות
				ישן הרבה (בצורה מוגזמת) במשך היום
43	44	61	53	אף פעם
18	33	25	24	לעתים רחוקות/לפעמים
39	23	14	23	לעתים קרובות

ה. ירידה במשקל ונפילות

כמעט חמישית מהתומכים (17%) דיווחו שבמהלך שלושת החודשים האחרונים משקל הקשיש ירד ביותר מ-5 ק"ג, וזאת מבלי לשמור על דיאטת הרזיה, אך לא נמצאו הבדלים משמעותיים לפי רמת חומרת המחלה (13%, 17% ו-24% מהלוקים בדמנטיה קלה, בינונית וקשה, בהתאמה). ארבעים וארבעה אחוזים מקרב התומכים שדיווחו שהקשיש ירד במשקל אמרו שלא הייתה פנייה לרופא. הסיבות השכיחות ביותר לאי-פנייה היו: תפיסת הבעיה כ"לא רצינית" (45%), והקשיש כבר במעקב או מקבל תרופות (23%).

אחת התופעות המופיעות בשכיחות גבוהה יותר בגיל הזיקנה, היא תופעת הנפילות. שליש (30%) מהקשישים נפלו לפחות פעם אחת במהלך שלושת החודשים האחרונים (16% פעם אחת, 8% פעמיים ו-6% שלוש פעמים או יותר). לא נמצאו הבדלים מובהקים לפי רמת חומרת הדמנטיה (26%, 39% ו-27% מהלוקים בדמנטיה קלה, בינוניות וקשה, בהתאמה). שישים ושמונה אחוזים מבין הקשישים שנפלו לא

קיבלו טיפול רפואי בפעם האחרונה שאירוע זה התרחש, 6% אושפזו בעקבות הנפילה, ו-26% קיבלו טיפול רפואי אך לא אושפזו.

ו. בעיות בריאותיות אחרות

התומכים נשאלו האם הקשיש סבל מבעיות בריאותיות אחרות בששת החודשים האחרונים (לוח 14). הבעיות השכיחות ביותר שצוינו היו בעיות גב, צוואר או כתפיים (53%), עצירות (53%), סחרחורת (50%), וכאבים או דלקת בפרקים (45%). מעניין לציין שבעיות גב, צוואר או כתפיים, וסחרחורת, שכיחות יותר בקרב הלוקים בדמנטיה קלה ובינונית, לעומת בקרב הלוקים בדמנטיה קשה ($p < 0.01$). ייתכן שאלה עם דמנטיה קשה חשופים פחות לבעיות כאלה בעקבות יכולת פחותה לתפקד באופן עצמאי.

לוח 14: קיומן של בעיות בריאותיות אחרות בקרב בני +65 הלוקים בדמנטיה, לפי רמת חומרת הדמנטיה (באחוזים)

דמנטיה קשה	דמנטיה בינונית	דמנטיה קלה	סך-הכל	בעיה בריאותית
34	58	60	54	בעיות גב, צוואר או כתפיים
51	53	54	53	עצירות
28	55	54	50	סחרחורת
33	34	53	45	כאבים/דלקות פרקים (כולל אריתריטיס, שיגרון, ראומטיזם)
37	23	29	34	מיגרנות או כאבי ראש חוזרים
32	29	29	29	בעיות בכף הרגל (יבלות, בעיות בציפורניים)
22	27	27	26	בעיות נשימה כגון קוצר נשימה
14	23	16	18	בעיות עור, כגון גירוד, דרמטיטיס

6.5 צורך בהשגחה

לדברי התומכים, כמעט מחצית הלוקים בדמנטיה (46%) יכולים להישאר לבד בבית במשך כל היום (8 שעות ויותר), ושיעורם יורד עם העלייה ברמת חומרת המחלה (69%, 45% ו-7% בהתאמה). בנוסף, שליש (33%) יכולים להישאר לבד במשך חלק מהיום (15% לפחות שלוש שעות ו-18% פחות משלוש שעות), ו-21% זקוקים להשגחה מתמדת, כלומר אינם יכולים כלל להישאר לבד בבית במשך היום. שיעור הקשישים הזקוקים להשגחה מתמדת מגיע ל-53% בקרב הלוקים בדמנטיה קשה, לעומת 5% בקרב הלוקים בדמנטיה קלה (לוח 15).

התומכים שדיווחו שהקשיש אינו יכול להישאר לבד בבית במשך כל היום, נתבקשו לציין את הסיבות לכך. לדבריהם, הסיבות הן: הקשיש זקוק רוב הזמן לעזרה ולטיפול (46%), קיים חשש שהקשיש ייפול (39%), הקשיש מפחד להישאר לבד (30%), וקיים חשש שהקשיש יסכן/יפגע בעצמו (20%). כאמור, חמישית (21%) מהקשישים הלוקים בדמנטיה אינם יכולים כלל להישאר לבד בבית במשך היום, רובם המכריע (95%) מוגבלים גם ב-ADL, ושליש מתוכם (36%) אינם יכולים להישאר לבד בחדר ללא השגחה במשך חצי שעה עד שעתיים.

לוח 15: צורך בהשגחה בקרב בני +65 הלוקים בדמנטיה, לפי רמת חומרת הדמנטיה (באחוזים)

דמנטיה קשה	דמנטיה בינונית	דמנטיה קלה	סך-הכל	
				יכולת הקשיש להישאר לבד בבית במשך שעות היום**
7	45	69	46	כן, כל היום
12	11	15	15	כן, חלק מהיום - לפחות 3 שעות
28	21	11	18	כן, חלק מהיום אך פחות מ-3 שעות
53	23	5	21	לא יכול בכלל
				הקשיש נשאר לבד בבית במשך כל שעות היום (בקרב אלה שיכולים להישאר לבד בבית במשך כל היום או חלקו)**
17	32	36	33	

** p<0.01

התומכים שאמרו כי הקשיש יכול להישאר לבד בבית במשך כל היום או בחלקו, נשאלו האם הקשיש אכן נשאר לבד בבית במשך כל היום. מתשובותיהם עולה כי שליש מהקשישים הלוקים בדמנטיה אכן נשארים לבד במשך כל היום, רובם (92%) מקרב אלה שיכולים להישאר לבד כל היום, ומיעוטם מקרב אלה שיכולים להישאר לבד רק למשך מספר שעות. שיעור הקשישים שנשארים לבד במשך כל היום יורד בהדרגה עם העלייה בחומרת המחלה (36%, 32% ו-17%, בהתאמה). כמו-כן, שיעור הנשארים לבד בבית במשך כל היום גבוה יותר בקרב העצמאים בתחום הטיפול האישי (ADL), בהשוואה למוגבלים בתחום זה (51% ו-12%, בהתאמה).

התומכים (של אלה שכלל אינם יכולים להישאר לבד בבית במשך שעות היום, ושל אלה שיכולים להישאר לבד חלק מהיום או כולו, אולם בפועל אינם נשארים לבד), נשאלו מי נשאר עם הקשישים. מתשובותיהם עולה שעם כשליש נשארו בני הזוג, עם 18% נוספים נשארת מטפלת או עוזרת בתשלום, עם 17% נשארים מטפלת ובני זוג, ועם השאר נשארים מטפלת או עוזרת בתשלום ביחד עם בני משפחה אחרים.

כדי לבחון לאלו מאפיינים של הקשיש יש השפעה עצמאית על הסיכוי שיהיו זקוקים להשגחה (חלקית או מתמדת), בכלל, והשגחה מתמדת, בפרט, עקב אי-יכולת להישאר לבד בבית בכלל, ערכנו ניתוח רב-משתני מסוג רגרסיה לוגיסטית. בשלב ראשון, המשתנה התלוי היה צורך בהשגחה (חלקית או מתמדת) או אי-צורך בכך (לוח 1א בנספח). לרמת המוגבלות של הקשיש יש את ההשפעה העצמאית הגדולה ביותר על הסיכוי להיות זקוק להשגחה. נמצא כי הסיכוי שקשישים המוגבלים בשלוש פעולות ויותר בתחום הטיפול האישי (ADL) יהיו זקוקים להשגחה, גבוה פי 12 מזה של קשישים שמוגבלים בפחות פעולות או עצמאים בכלל (O.R.=12.251). כמו-כן, נמצא כי הסיכוי שקשישים עם הפרעה התנהגותית אחת לפחות (לפי מבחן ה-NPI) יהיו זקוקים להשגחה, גבוה פי 3 משל קשישים ללא הפרעות התנהגותיות (O.R.=3.115). בנוסף, לקשישים הלוקים בדמנטיה קשה יש סיכוי כפול להיות זקוקים להשגחה מאלה הלוקים בדמנטיה בינונית או קלה (O.R.=2.116). לגיל הקשיש לא נמצאה השפעה עצמאית על הסיכוי להיות זקוק להשגחה. בשלב שני, המשתנה התלוי היה צורך בהשגחה מתמדת (אי-יכולת הקשיש להישאר לבד בבית במשך כל או חלק משעות היום) או אי-צורך בכך (לוח 1ב בנספח). לרמת המוגבלות של הקשיש יש את ההשפעה העצמאית הגדולה ביותר על הסיכוי להיות זקוק להשגחה מתמדת. נמצא כי הסיכוי שקשישים המוגבלים בשלוש פעולות ויותר בתחום הטיפול האישי יהיו זקוקים להשגחה מתמדת

גבוה פי 40 משל קשישים שמוגבלים פחות או עצמאים לחלוטין (O.R.=40.336). לחומרת הדמנטיה, למצב התנהגותי של הקשיש ולגילו, לא נמצאה השפעה עצמאית על הסיכוי להיות זקוק להשגחה מתמדת.

7. דפוסי השימוש בשירותי הטיפול הממושך והרווחה בקרב הלוקים בדמנטיה

כאמור, אחת ממטרות המחקר הייתה לזהות את דפוסי השימוש של הלוקים בדמנטיה בשירותי רווחה והטיפול הממושך. מטרה נוספת הייתה לזהות אצלם צרכים לא מסופקים לשירותים שונים. בפרק זה נתייחס לדפוסי השימוש שלהם בשירותי הטיפול הממושך (חוק סיעוד, מטפלת, עוזרת בית, וכד'), ובשירותי הרווחה (למשל, מועדון חברתי/מרכז יום). המידע נאסף בשלב הערכת הצרכים של המחקר שבו רואיינו התומכים הבלתי-פורמליים העיקריים של הקשישים.

7.1 חוק סיעוד

המוסד לביטוח לאומי מפעיל מאפריל 1988 את חוק ביטוח סיעוד המקנה לקשישים (גברים בני 65 ומעלה ונשים בנות 60 ומעלה) המוגבלים בפעולות היומיום זכאות לגמלת שירותים. השירותים הניתנים במסגרת החוק הם: עזרה של מטפלת בטיפול אישי, עזרה ביתית, טיפול במרכז יום, שירותי מכבסה, משדר מצוקה, והספקת מוצרי ספיגה חד-פעמיים.

תומכיהם של רוב (88%) הקשישים הלוקים בדמנטיה יודעים על קיומו של חוק סיעוד של הביטוח הלאומי (לוח 16). שבעים אחוזים מהתומכים דיווחו שהקשיש או בני משפחתו פנו אל הביטוח הלאומי בבקשה לקבל עזרה במסגרת חוק סיעוד, ושיעורם מגיע לכדי 93% בקרב הלוקים בדמנטיה קשה. זאת ועוד, בקרב הקשישים שמוגבלים גם בפעולה אחת לפחות בתחום הטיפול האישי (ADL), נמצא שיעור הרבה יותר גבוה של פונים לביטוח הלאומי בבקשה לקבל עזרה במסגרת חוק סיעוד, מאשר בקרב אלה הלוקים בדמנטיה, אולם עצמאים בתפקודם (93% ו-42% בהתאמה, $p < 0.01$).

לוח 16: דפוסי שימוש בחוק סיעוד של הביטוח הלאומי בקרב בני +65 הלוקים בדמנטיה, לפי רמת חומרת הדמנטיה (באחוזים)

דמנטיה קשה	דמנטיה בינונית	דמנטיה קלה	סך-הכל	
95	92	84	88	יודע על חוק סיעוד של הביטוח הלאומי
93	77	58	70	פנו בבקשה לקבלת עזרה מחוק סיעוד**
				האם הבקשה אושרה**
79	65	41	56	כן, והקשיש מקבל עזרה
5	0	5	3	כן, אך קשיש עדיין לא מקבל עזרה
0	0	7	3	עדיין לא קיבלו תשובה
9	12	5	8	הבקשה לא אושרה
7	23	42	30	לא פנו בבקשה
				גובה הגמלה שאושרה בקרב מקבלי עזרה**
2	21	10	13	פחות מ-10 שעות
52	58	83	62	10 עד 12 שעות
46	21	7	25	15 שעות ויותר

** $p < 0.01$

מטבע הדברים, 56% מהלוקים בדמנטיה מקבלים עזרה במסגרת חוק סיעוד. בקרב הלוקים בדמנטיה קשה מגיע שיעורם לכדי 79%, בהשוואה ל-65% מקרב הלוקים בדמנטיה בינונית, ו-41% מקרב הלוקים בדמנטיה קלה.

כמו-כן, נמצאו הבדלים משמעותיים בין הלוקים בדמנטיה שמוגבלים בתחום הטיפול האישי (ADL) לבין אלה שעצמאים בתחום זה. 83% מהלוקים בדמנטיה שמוגבלים גם בפעולה אחת לפחות בתחום הטיפול האישי, מקבלים עזרה במסגרת חוק סיעוד, לעומת 23% בקרב אלה שעצמאים בתחום זה ($p < 0.01$). בנוסף, נמצא ש-92% האלה הזקוקים לעזרה בכל פעולות ה-ADL, מקבלים עזרה במסגרת חוק סיעוד.

בקרב מי שמקבלים עזרה במסגרת חוק סיעוד - 13% מקבלים גמלת סיעוד המגיעה לפחות מ-10 שעות עזרה בשבוע; שני-שלישים (62%) מקבלים גמלה מלאה, המתורגמת לבין 10 עד 12 שעות עזרה בשבוע; ו-25% מקבלים גמלה וחצי, המתורגמת ל-15 שעות ויותר של עזרה בשבוע. מטבע הדברים, שיעור המקבלים גמלה וחצי בקרב הלוקים בדמנטיה קשה מגיע לכדי 46%, לעומת 21% בקרב הלוקים בדמנטיה בינונית ו-7% בלבד בקרב הלוקים בדמנטיה קלה.

שלושה אחוזים מקרב בני המשפחה של הלוקים בדמנטיה דיווחו כי הבקשה לקבל עזרה במסגרת חוק סיעוד אושרה, אולם הקשיש טרם התחיל לקבל עזרה, ו-3% נוספים דיווחו כי פנייתם טרם נענתה. שמונה אחוזים מבני המשפחה דיווחו שהוגשה בקשה לקבל עזרה במסגרת חוק סיעוד, אך בקשה זו נדחתה, כאשר שיעור זה עמד על 5% מקרב הלוקים בדמנטיה קלה, 12% בקרב הלוקים בדמנטיה בינונית ו-9% מקרב הלוקים בדמנטיה קשה. הסיבות לדחייה, לדברי התומכים, היו היעדר מוגבלות תפקודית ב-ADL, אי-עמידה בקריטריונים הכלכליים, ו"הפנו אותנו לכל מיני גורמים אחרים ולא הסכימו להקשיב".

מעניין להיווכח כי 30% מבני המשפחה של קשישים שאובחנו כלוקים בדמנטיה דיווחו כי כלל לא הייתה פנייה לביטוח הלאומי כדי לקבל עזרה במסגרת חוק סיעוד, ושיעורם גבוה יותר בקרב הלוקים בדמנטיה קלה, מאשר בקרב הלוקים בדמנטיה בינונית וקשה (42%, 23% ו-7%, בהתאמה). הסיבה העיקרית לאי-פנייה אל הביטוח הלאומי, כפי שנמסרה על-ידי כשני-שלישים (70%) מבני המשפחה שלא פנו, הייתה כי הקשיש "לא זקוק לעזרה ויכול להסתדר לבד או עם עזרת בני המשפחה". הסיבה הזו הייתה שגורה בפי שלושה-רבעים מהתומכים בקשישים עם דמנטיה קלה, רבע מהתומכים בקשישים עם דמנטיה בינונית, וכל התומכים בקשישים עם דמנטיה קשה, שלא פנו בבקשה לעזרה במסגרת חוק סיעוד. סיבות נוספות היו: התומכים לא חושבים שהקשיש זכאי לקבל עזרה (15%), לבן הזוג של הקשיש יש כבר מטפלת (14%), ו-4% אינם רוצים לקבל עזרה מארגון, ממוסד או מהמדינה.

כדי לבחון לאלו מאפיינים של הקשיש יש השפעה עצמאית על הסיכוי לקבל עזרה במסגרת חוק סיעוד, ערכנו ניתוח רב-משתני מסוג רגרסיה לוגיסטית, שהמשתנה התלוי היה קבלת שירותים במסגרת חוק סיעוד או אי-קבלתם (לוח 2 בנספח). לרמת המוגבלות של הקשיש יש את ההשפעה העצמאית הגדולה ביותר על הסיכוי לקבל עזרה מחוק סיעוד. נמצא כי הסיכוי של קשישים מוגבלים בתחום הטיפול האישי (ADL) לקבל עזרה מחוק סיעוד גבוה פי 13 הסיכוי של קשישים עצמאים בתחום זה ($O.R.=13.258$). כמו-

כן, הסיכוי של קשישים הזקוקים להשגחה מתמדת (לא ניתן להשאיר אותם לבד בבית במשך היום בכלל) גבוה פי 2.9 משל קשישים שכן יכולים להישאר בבית לבד למשך מספר שעות או לכל היום ($O.R.=2.937$). לחומרת הדמנטיה, למצב ההתנהגותי של הקשיש ולגילו, לא נמצאה השפעה עצמאית על הסיכוי לקבל עזרה במסגרת חוק סיעוד.

7.2 מטפלת

נמצא ש-57% מהלוקים בדמנטיה (57%) נעזרים במטפלת בפעולות טיפול אישי כמו אכילה, לבישה ורחצה, כאשר ל-50% מהם מטפלת אחת, ול-7% נוספים שתי מטפלות (לוח 17). מטבע הדברים שיעור הנעזרים במטפלת גבוה יותר בקרב הלוקים בדמנטיה קשה מאשר בקרב הלוקים במחלה ברמה בינונית או קלה (84%, 65% ו-35% בהתאמה).

בחנו את משך הזמן שהמטפלת עובדת אצל הקשיש בקרב הקשישים שיש להם מטפלת. לשליש (31%) מהם (18% מכלל הלוקים בדמנטיה) יש מטפלת במשך 24 שעות ביממה, ושיעורם דומה בקרב הלוקים בדמנטיה קשה ובינונית, ונמוך יותר בקרב הלוקים בדמנטיה קלה (35%, 34% ו-24% בהתאמה). כאשר בוחנים את רמת התפקוד ב-ADL בקרב הלוקים בדמנטיה שיש להם מטפלת במשך 24 שעות ביממה, עולה כי 94% מהם גם מוגבלים ב-ADL, לעומת 81% מהקשישים שיש להם מטפלת אך היא אינה עובדת 24 שעות ביממה ו-21% מהקשישים שאין להם מטפלת כלל ($p<0.01$). בנוסף, שיעור הלוקים בדמנטיה שיש להם מטפלת שעובדת 16 שעות בשבוע או יותר (לא כולל מטפלת במשך 24 שעות ביממה) גבוה יותר בקרב הקשישים הלוקים בדמנטיה בינונית וקשה.

המטפלת של רוב הקשישים (90%) ממומנת על-ידי גורם ציבורי, במסגרת חוק סיעוד של הביטוח הלאומי (ל-52% מכלל הקשישים יש מטפלת מטעם חוק סיעוד). כ-58% אינם משלמים בכלל בעבורה, 32% משלמים ביחד עם הביטוח הלאומי, ורק 10% משלמים בעצמם בעבור המטפלת (5% מכלל הקשישים).

מחצית התומכים מרוצים מאוד מעבודתה של המטפלת, 38% נוספים מרוצים, ו-12% לא כל-כך או כלל לא מרוצים. בבחינת היחס של המטפלת כלפי הקשיש עולה כי 56% מהתומכים מרוצים מאוד מהיחס שלה, ו-40% נוספים מרוצים. ארבעה אחוזים מהתומכים אמרו כי לעתים המטפלת צועקת או חסרת סבלנות כלפי הקשיש. רובם המכריע של התומכים (97%) אמרו כי אינם מרגישים שלמטפלת יש קשיים בטיפול בקשיש, ולא ראו צורך שתקבל הדרכה נוספת.

יותר ממחצית (52%) התומכים של הקשישים הנעזרים במטפלת, אמרו כי לדעתם הקשיש צריך יותר שעות עזרה של מטפלת, ללא הבדל לפי רמת חומרת הדמנטיה של הקשיש. מעניין לציין, ש-25% מהתומכים של קשישים הלוקים בדמנטיה קשה שיש להם מטפלת שאמרו שהקשיש זקוק לתוספת שעות, ציינו שהקשיש זקוק לכיסוי של מטפלת "הרבה שעות" או "24 שעות ביממה".

התומכים של אלה שאין להם מטפלת נשאלו האם לדעתם הקשיש זקוק לה. יותר משליש (35%) השיבו בחיוב, והשיעור גבוה במיוחד בקרב בני המשפחה של הלוקים בדמנטיה ברמה בינונית, בהשוואה ללוקים בדמנטיה קלה או קשה (56%, 34% ו-14% בהתאמה). הסיבה לכך קשורה, ככל הנראה, בכך, שלרוב

לוח 17: דפוסי שימוש במטפלת בקרב בני +65 הלוקים בדמנטיה, לפי רמת חומרת הדמנטיה (באחוזים)

דמנטיה קשה	דמנטיה בינונית	דמנטיה קלה	סך-הכל	
				מספר מטפלות**
70	54	35	50	מטפלת אחת
14	11	0	7	שתי מטפלות
16	35	65	43	אין לקשיש מטפלת
				יש מטפלת**
29	23	9	18	מטפלת במשך 24 שעות ביממה
55	42	27	39	מטפלת אך לא ל-24 שעות ביממה
16	35	65	43	אין מטפלת
				שעות בשבוע שהמטפלת עובדת (בקרב אלה שיש להם מטפלת)
9	3	24	13	עד 10 שעות
21	29	31	26	11-15 שעות
35	34	21	29	16 ויותר שעות
35	34	24	31	24 שעות ביממה
				גורם מממן (בקרב אלה שיש להם מטפלת):
51	52	71	58	גורם ציבורי
6	18	0	10	רק קשיש או בני משפחה
43	30	29	32	גם גורם ציבורי וגם קשיש ובני משפחה
				הקשיש צריך יותר שעות עזרה מהמטפלת (בקרב אלה שיש להם מטפלת)
57	50	48	52	
				היקף השעות הנוספות שהקשיש צריך (בקרב אלה הזקוקים ליותר שעות)
35	44	0	28	עד 9 שעות
40	22	20	30	10 עד 12 שעות
0	11	40	17	15 שעות ויותר
0	22	40	11	"כמה שיותר שעות"
25	0	0	13	"הרבה שעות" או "24 שעות ביממה"
14	56	34	35	הקשיש זקוק למטפלת (בקרב אלה שאין להם מטפלת)
				מדוע אין לקשיש מטפלת
100	25	17	21	מעדיף שבני המשפחה יעזרו לו
0	50	17	26	קשה להשיג מתאימה/לא יודעים למי לפנות/מחפשים
0	0	22	19	מסיבות כלכליות
0	25	11	16	לא רוצה להכניס אדם זר בבית
0	25	44	37	סיבה אחרת
				שימוש במטפלת וצורך בעזרה (נוספת) ממטפלת (בקרב כלל הקשישים)
36	32	18	27	יש מטפלת ואין צורך בשעות נוספת
48	33	17	30	יש מטפלת ויש צורך בעזרה נוספת
2	20	22	15	אין מטפלת אך הקשיש זקוק למטפלת
14	15	43	28	אין מטפלת והקשיש לא זקוק למטפלת

** p<0.01

הלוקים בדמנטיה קשה (84%) כבר יש מטפלת, וכי לחלק מהלוקים בדמנטיה קלה אין עדיין צורך בשירותיה. הסיבות העיקריות להיעדר מטפלת הן שקיימת העדפה שבני המשפחה יטפלו בקשיש וקושי להשיג מישהו מתאים.

לסיכום, לרבע מכלל הקשישים הלוקים בדמנטיה (27%) יש מטפלת, והם אינם זקוקים ליותר שעות עזרה. לשליש (30%) יש מטפלת ודווח על הצורך של הקשיש לתוספת שעות עזרה. שיעורם גבוה הרבה יותר בקרב הלוקים בדמנטיה קשה לעומת הלוקים דמנטיה בינונית וקלה (48%, 33% ו-17%, בהתאמה). בנוסף לכך, 15% מכלל התומכים אמרו שאין לקשיש מטפלת, ושיעורם גבוה יותר בקרב התומכים של קשישים עם דמנטיה קלה ובינונית לעומת דמנטיה קשה (22%, 20% ו-2%, בהתאמה). לשאר הקשישים (28%) אין מטפלת אך לפי דיווח תומכיהם הם אינם זקוקים לשירות זה.

7.3 עוזרת בית

ל-17% מהלוקים בדמנטיה יש עוזרת בית, שעוזרת בפעולות משק הבית כמו ניקיון, כביסה, בישול, קניות או ליווי הקשיש מחוץ לבית. ל-20% מהלוקים בדמנטיה קלה ו-28% מהלוקים בדמנטיה בינונית יש עוזרת בית (לוח 18). בקרב הלוקים בדמנטיה קשה לא נמצא אדם עם עוזרת בית. ייתכן שזה נובע מכך שלרובם המכריע יש מטפלת שעושה גם את עבודות משק הבית. כל הקשישים שיש להם עוזרת בית משלמים לה באופן פרטי, או שבני משפחתם משלמים לה.

לוח 18: דפוסי שימוש בעוזרת בית בקרב בני +65 הלוקים בדמנטיה, לפי רמת חומרת הדמנטיה (באחוזים)

דמנטיה קשה	דמנטיה בינונית	דמנטיה קלה	סך-הכל	
0	28	20	17	יש עוזרת בית*
				מספר שעות בחודש שהעוזרת עובדת
	29	46	39	10 שעות או פחות
	57	39	46	11-20 שעות
	14	15	15	יותר מ-20 שעות
				הקשיש צריך יותר שעות עזרה של העוזרת (בקרב אלה עם עוזרת)
	8	27	21	
38	43	43	40	הקשיש זקוק לעוזרת בית (בקרב אלה שאין להם עוזרת) מדוע אין לקשיש עוזרת בית?
0	0	8	6	מעדיף שבני המשפחה יעזרו לו
25	27	17	27	קושי להשיג עוזרת מתאימה/לא יודעים למי לפנות/מחפשים
100	55	79	77	סיבות כלכליות
0	18	8	8	לא רוצים אדם זר בבית
0	9	29	17	סיבה אחרת
				שימוש בעוזרת וצורך בעזרה (נוספת) מהעוזרת (בקרב כלל הקשישים)
0	26	15	14	יש עוזרת ולא זקוק לתוספת שעות
0	2	5	3	יש עוזרת וזקוק לתוספת שעות
38	31	34	33	אין עוזרת אך זקוק לשירות
62	40	45	49	אין עוזרת ולא זקוק לשירות

* p<0.05

כחמישית (21%) מהלוקים בדמנטיה שיש להם עוזרת בית זקוקים ליותר שעות עזרה ושיעורם מגיע ל-27% בקרב הלוקים בדמנטיה קלה ו-8% בקרב הלוקים בדמנטיה בינונית. רוב התומכים (80%) היו בדעה שהקשיש זקוק לתוספת של יותר מ-20 שעות עזרה בחודש.

ארבעים אחוזים מהלוקים בדמנטיה שאין להם עוזרת בית זקוקים למישהי שתנהל את משק ביתם, ללא הבדל בין הקשישים ברמות הדמנטיה השונות. הסיבה העיקרית לכך שאין לקשיש עוזרת בית נובעת ממגבלה כלכלית, והיא אוזכרה על-ידי 77% מהתומכים.

לסיכום, ל-14% מכלל הקשישים הלוקים בדמנטיה יש עוזרת בית והם אינם זקוקים לתוספת שעות עזרה. ל-3% יש עוזרת בית, ודווח על הצורך של הקשיש בתוספת שעות עזרה. לשליש (33%) אין עוזרת אך לדעת התומכים יש צורך בקבלת שירות זה, ולמחצית (49%) אין עוזרת ולא דווח על צורך בשירות זה.

7.4 מסגרת חברתית: מרכז יום/מועדון

רבע (26%) מהלוקים בדמנטיה ביקרו בשלושת החודשים האחרונים במסגרת חברתית כמו מועדון לקשיש (10%), מרכז יום לקשיש (3%), מתנ"ס (8%) או מרכז קהילתי (5%), ושיעורם גבוה הרבה יותר בקרב הלוקים בדמנטיה קלה ובינונית מאשר בקרב הלוקים בדמנטיה קשה (29%, 33% ו-7% בהתאמה) (לוח 19). השיעור גבוה יותר בקרב הלוקים בדמנטיה שהם עצמאים ב-ADL, מאשר בקרב מוגבלים ב-ADL (39% ו-17% בהתאמה, $p < 0.01$).

מצב בריאות ירוד הוא הגורם לכך שיותר ממחצית (55%) אינם מבקרים במסגרת חברתית. מטבע הדברים, שיעור הקשישים שאינם מבקרים מסיבה זו עולה עם העלייה ברמת חומרת המחלה, ומגיע ל-83% מקרב הלוקים בדמנטיה קשה לעומת 35% מקרב הלוקים בדמנטיה קלה. בנוסף, 28% מהתומכים אמרו שהקשיש לא רוצה לבקר במסגרת כזאת, ושיעורם גבוה יותר בקרב הלוקים בדמנטיה קלה (46%, לעומת 15% ו-10% בקרב הלוקים בדמנטיה בינונית וקשה, בהתאמה).

חשוב לציין ש-40% מהקשישים הלוקים בדמנטיה אינם מבקרים במסגרת חברתית כלשהי, אך, לדעת תומכיהם, רצוי שהם יעשו כך. שיעור התומכים שהביעו דעה זאת היה גבוה יותר בקרב התומכים של קשישים עם דמנטיה קלה ובינונית לעומת דמנטיה קשה (46% ו-42% ו-29% בהתאמה).

7.5 קשר עם עובדת סוציאלית

ארבעים ואחד אחוזים מהקשישים הלוקים בדמנטיה נפגשו עם עו"ס במהלך השנה האחרונה. מסקר למ"ס (1997) עולה, לעומת זאת, ש-14% מבני 65+ נפגשו עם עו"ס במהלך השנה האחרונה. כשליש (32%) מהתומכים (18% מכלל התומכים) של קשישים שלא נפגשו עם עו"ס במהלך השנה האחרונה, או בכלל, חשבו שהקשיש זקוק לקשר מסוג זה. לא נמצאו הבדלים משמעותיים לפי רמת חומרת הדמנטיה בשיעור הקשישים שנפגשו עם עו"ס בשנה האחרונה.

לוח 19: דפוסי שימוש בשירותי רווחה בקרב בני 65+ הלוקים בדמנטיה, לפי רמת חומרת הדמנטיה (באחוזים)

דמנטיה קשה	דמנטיה בינונית	דמנטיה קלה	סך-הכל	
				ביקרו במסגרת חברתית ב-3 החודשים האחרונים**
7	29	29	26	כן
29	42	46	40	לא, אך רצוי שיבקר
64	29	25	34	לא, ולא צריך שיבקר
				סיבה לאי-ביקור במסגרת חברתית (בקרב אלה שלא ביקרו)**
83	59	35	55	בגלל בעיות בריאות
10	15	46	28	הקשיש לא רוצה
7	11	7	8	אין מסגרת מתאימה/קרוב לבית
0	15	12	9	סיבה אחרת
34	50	37	41	קשר עם עובדת סוציאלית בשנה האחרונה
7	4	6	6	מתנדב מבקר אצל הקשיש
				האם רצוי שהמתנדב יבקר/יבקר יותר?
8	6	6	6	כן, ללא פירוט סיבה
28	35	35	33	כן, כדי שיהיה לקשיש חברה
2	12	1	5	כן, כדי שלא יהיה לקשיש משעמם
2	4	4	3	כן, כדי שהקשיש לא יישאר לבד
2	6	1	3	כן, בגלל סיבה אחרת
58	37	53	50	לא
				מקבל ארוחות מוכנות הביתה
2	11	6	6	כן
7	16	5	9	לא, אך זקוק לשירות
91	73	89	85	לא, ולא זקוק לשירות
0	4	4	3	מקבל שירותי כביסה (לא על-ידי עוזרת בית) לחצן מצוקה
26	52	44	41	יש
57	28	40	42	לא, ואין צורך במכשיר
17	20	16	17	לא, ויש צורך במכשיר
36	32	20	27	דרושים שינויים בדירה של הקשיש

**p<0.01

7.6 ביקורי בית על-ידי מתנדב

מתנדב מבקר רק אצל 6% מהקשישים הלוקים בדמנטיה (לוח 19), ללא הבדלים משמעותיים לפי רמת חומרת הדמנטיה של הקשיש. כמחצית (50%) התומכים הביעו רצון שהקשיש יקבל יותר ביקורים של מתנדב, בעיקר כדי שלקשיש תהיה חברה: 6% שאצלם כבר מבקר מתנדב, אך לדעת התומכים הקשיש זקוק לתוספת ביקורים; ו-44% שאצלם לא מבקר מתנדב כלל.

7.7 שירות ארוחות ושירות כביסה

שישה אחוזים מהקשישים משתמשים בשירות שמספק ארוחות מוכנות הביתה (לוח 19). השירות ניתן בידי לשכת הרווחה או מרכז יום. תשעה אחוזים מקרב התומכים אמרו שהם מעוניינים שהקשיש יקבל ארוחות מוכנות הביתה. רק 3% מהקשישים הלוקים בדמנטיה מקבלים שירותי כביסה לא על-ידי עוזרת בית. השירות מסופק על-ידי גורם ציבורי ("יד שרה"), או באופן פרטי (מכבסה פרטית).

7.8 לחצן מצוקה

ל-41% מהלוקים בדמנטיה יש בבית לחצן מצוקה המחובר למוקד חיצוני. השיעור גבוה יותר בקרב הלוקים בדמנטיה קלה ובינונית לעומת קשה (44%, 52% ו-26%, בהתאמה, לוח 19). בקרב קשישים שמוגבלים גם ב-ADL נמצא שיעור גבוה הרבה יותר של בעלי לחצן מצוקה (50%, לעומת 28% בקרב הקשישים העצמאים ב-ADL). בנוסף לכך, 17% מכלל התומכים ציינו שלקשיש אין לחצן מצוקה, אך נחוץ שיהיה לו לחצן כזה.

7.9 התאמת תנאי דיור

יותר מרבע (27%) התומכים של הקשישים הלוקים בדמנטיה אמרו כי בדירתו של הקשיש דרושים שינויים שיקלו על תפקודו, הטיפול בו וביטחונו. בקרב הלוקים בדמנטיה קשה ובינונית הצורך הזה בולט יותר מאשר בקרב הלוקים בדמנטיה קלה (36%, 32%, 20%, בהתאמה, לוח 19), ללא הבדל לפי רמת המוגבלות התפקודית ב-ADL.

8. דפוסי השימוש בשירותי בריאות בקרב הלוקים בדמנטיה

בפרק זה יוצגו ממצאי המחקר על דפוסי השימוש בשירותי בריאות שונים בקרב הלוקים בדמנטיה. נתייחס לשימוש בשירותי הבריאות הראשוניים, דהיינו מידת הקשר עם רופא המשפחה ואחות המרפאה הקהילתית, קשר עם רופאים מומחים, שימוש ברפואה פרטית; וכן שימוש בשירותי בתי-חולים. כמו-כן, נדון גם באחד ההיבטים של הטיפול הבריאותי - ביצוע בדיקות שונות.

8.1 שירותי מרפאה ראשונית

מרבית הלוקים בדמנטיה (79%) חברים בשירותי בריאות כללית, והשאר חברים בקופת-חולים מאוחדת (11%), מכבי שירותי בריאות (4%) ולאומית (6%). רובם המכריע (96%) נפגשו עם רופא המשפחה במהלך השנה האחרונה (במרפאה או בבית), ושיעור גבוה מהם (71%) נפגשו עמו בחודש האחרון (לוח 20). מסקר בני 60+ של הלמ"ס (1997) עולה ש-95% מבני 65+ היו במגע עם רופא המשפחה שלהם במהלך התקופה הזו.

לא נמצאו הבדלים משמעותיים בשיעור הלוקים בדמנטיה שהיו במגע עם רופא המשפחה במהלך השנה האחרונה לפי רמת חומרת הדמנטיה, אך מעניין להיווכח כי 11% מהלוקים בדמנטיה קשה לא היו במגע עם רופא המשפחה בשנה האחרונה. בנוסף, כעשירית (11%) מהתומכים ציינו שהקשיש היה זקוק לביקור בית של רופא המשפחה בשנה האחרונה והוא לא בא.

מרבית הקשישים (82%) היו במגע עם אחות המרפאה במהלך השנה האחרונה, וקרוב לשני-שלישים (57%) במהלך החודש האחרון. מסקר הלמ"ס (1997) עולה ש-76% מבני 65+ היו במגע עם אחות המרפאה בשנה האחרונה. לא נמצאו הבדלים משמעותיים לפי רמת חומרת הדמנטיה (86%, 76% ו-84% לדמנטיה קלה, בינונית וקשה, בהתאמה). בנוסף, 7% מהתומכים ציינו שהקשיש היה זקוק לביקור בית של האחות בשנה האחרונה והיא לא באה.

לוח 20: מפגש אחרון של בני +65 הלוקים בדמנטיה עם רופא המשפחה ועם אחות המרפאה בקופת-חולים, לפי רמת חומרת הדמנטיה (באחוזים)

דמנטיה קשה	דמנטיה בינונית	דמנטיה קלה	סך-הכל	
100	100	100	100	
				סך-הכל
				רופא משפחה
59	67	78	71	בחודש האחרון
30	31	22	25	מעל חודש עד שנה
11	2	-	4	לפני יותר משנה
				אחות המרפאה
55	57	61	57	בחודש האחרון
29	19	25	25	מעל חודש עד שנה
10	9	-	5	לפני יותר משנה
6	15	14	13	אף פעם

8.2 ביקור אצל רופא פרטי

חמישית מהקשישים (20%) נפגשו עם רופא פרטי במהלך השנה האחרונה (11% פעם או פעמיים, 6% שלוש או ארבע פעמים ו-3% יותר מארבע פעמים). שיעורם עלה עם העלייה ברמת חומרת הדמנטיה (10%, 21% ו-41% לדמנטיה קלה, בינונית וקשה, בהתאמה, $p < 0.01$).

8.3 ביקור אצל רופא מומחה

שלושה-עשר אחוזים נפגשו עם פסיכיאטר במהלך השנה האחרונה (לוח 21 דלעיל). בסקר הלמ"ס, שיעור זה עמד על 4%. כמו-כן, 23% נפגשו עם נוירולוג בשנה האחרונה. לא נמצאו הבדלים משמעותיים בשיעור הקשישים שהיו במגע עם רופאים מומחים אלה בשנה האחרונה לפי רמת חומרת הדמנטיה.

לוח 21: פגישה אחרונה עם רופאים מומחים בקרב בני +65 הלוקים בדמנטיה, לפי רמת חומרת הדמנטיה (באחוזים)

דמנטיה קשה	דמנטיה בינונית	דמנטיה קלה	סך-הכל	
100	100	100	100	
				סך-הכל
				רופא פסיכיאטר
13	19	9	13	בשנה האחרונה
18	2	6	7	לפני יותר משנה
69	79	85	80	אף פעם
				רופא נוירולוג
28	24	16	23	בשנה האחרונה
26	8	11	14	לפני יותר משנה
46	68	73	63	אף פעם

8.4 קשר עם בעלי מקצועות פרה-רפואיים

שליש (30%) נפגשו עם פיזיותרפיסטית במהלך השנה האחרונה (לוח 22). בסקר הלמ"ס נמצא ש-17% מבני +65 קיבלו טיפול פיזיותרפיה במהלך השנה האחרונה. בתקופה זו, 5% נפגשו עם מרפא בעיסוק, 11% עם תזונאית, ואף אחד מהם לא היה במגע עם מרפא בדיבור. לא נמצאו הבדלים משמעותיים לפי רמת חומרת הדמנטיה בשיעור הקשישים שנפגשו עם בעלי מקצוע אלה בשנה האחרונה.

לוח 22: קשר עם בעלי מקצועות פרה-רפואיים בקרב בני +65 הלוקים בדמנטיה, לפי רמת חומרת הדמנטיה* (באחוזים)

דמנטיה קשה	דמנטיה בינונית	דמנטיה קלה	סך-הכל	נפגש בשנה האחרונה עם:
31	33	31	30	פיזיותרפיסטית
10	2	3	5	מרפא בעיסוק
12	4	12	11	תזונאית/דיאטנית

* מרפא בדיבור לא נכלל מכיוון שלאף קשיש לא היה קשר עם בעל מקצוע זה בשנה האחרונה.

בנוסף, אם הקשיש לא נפגש עם אחד מבעלי מקצוע אלה במהלך השנה האחרונה, או בכלל, התומכים של קשישים אלה נשאלו האם לדעתם הקשיש זקוק כיום לקשר עם בעל מקצוע זה. קרוב למחציתם (45%), חשבו שהקשיש זקוק לטיפול פיזיותרפיה (והם מהווים 30% מכלל התומכים); 29% אמרו שהקשיש זקוק לריפוי בעיסוק (והם מהווים 27% מכלל התומכים); 3% טענו שהקשיש זקוק לריפוי בדיבור (והם מהווים 3% מכלל התומכים); ו-20% טענו שהקשיש זקוק לקשר עם תזונאית/דיאטנית (והם מהווים 17% מכלל התומכים).

8.5 שימוש בשירותי בתי-חולים

רבע מהלוקים בדמנטיה (25%) ביקרו בחדר מיון של בית-חולים במשך חצי השנה שקדמה לריאיון אך לא אושפזו (לוח 23). כ-15% מהם הגיעו לחדר מיון פעם אחת, 10% - פעמיים או יותר (לוח 23). בנוסף, 30% מהקשישים אושפזו בבית-חולים במהלך חצי השנה שקדמה לריאיון לפחות ליממה (ל-24 שעות). חמישית מהם (19%) אושפזו פעם אחת, 5% פעמיים ו-6% שלוש פעמים ויותר. בסקר הלמ"ס (1997) נמצא ששיעור בני +65 שביקרו בחדר מיון בתקופה זו עמד על 19%. כמו-כן, בסקר הלמ"ס (1997) נמצא ששיעור הקשישים שאושפזו בתקופה זו עמד על 15%.

לוח 23: ביקור בחדר מיון ואשפוז בחצי השנה האחרונה בקרב הקשישים הלוקים בדמנטיה, לפי רמת חומרת הדמנטיה (באחוזים)

דמנטיה קשה	דמנטיה בינונית	דמנטיה קלה	סך-הכל	ביקר בחדר מיון אושפז
30	17	27	25	ביקר בחדר מיון
27	19	34	30	אושפז

8.6 ביצוע בדיקות תקופתיות

בדיקת לחץ-דם, מעבדה ובדיקה פיזית

לפי נוהלי שירותי בריאות כללית, יש לערוך בדיקות לחץ-דם, בדיקות מעבדה ובדיקה פיזית לקשישים לפחות אחת לשנתיים. רוב הקשישים הלוקים בדמנטיה (97%) עברו בדיקת לחץ-דם בשנה האחרונה. בקרב אלה הסובלים מיתר-לחץ-דם (53% מהקשישים), 98% עברו בדיקת לחץ-דם בשנה האחרונה (לוח 24). רובם המכריע עברו בדיקות דם ושתן בשנה האחרונה (96% ו-93%, בהתאמה). כל אלה הסובלים מסוכרת (32% מהקשישים) עברו בדיקות דם בשנה האחרונה. בנוסף, 98% מהם עברו בדיקות שתן במהלך תקופה זו. בנוסף לבדיקות אלה, בדיקה פיזית יסודית על-ידי רופא מהווה כלי לאבחון ולמעקב אחר מצבם הבריאותי של הקשישים. רובם (89%) עברו בדיקה פיזית יסודית בשנה האחרונה. יש לציין שלא נמצאו הבדלים משמעותיים לפי רמת חומרת הדמנטיה בשיעור הקשישים שעברו בדיקות אלה בשנה האחרונה. לשם השוואה, בסקר הלמ"ס (1997) שיעור הקשישים שעברו בדיקת לחץ-דם בשנה האחרונה עמד על 89%. כמו-כן, בסקר הלמ"ס (1997) נמצא ש-85% מבני +65 עברו בדיקת דם בשנה האחרונה.

לוח 24: ביצוע בדיקת לחץ-דם, בדיקות מעבדה ובדיקה פיזית בקרב בני +65 הלוקים בדמנטיה, לפי רמת חומרת הדמנטיה (באחוזים)

דמנטיה קשה	דמנטיה בינונית	דמנטיה קלה	סך-הכל	
76	75	77	77	בדיקת לחץ-דם
95	100	96	97	בחודש האחרון
				בשנה האחרונה
46	55	54	53	בדיקת דם
90	100	96	96	בחודש האחרון
				בשנה האחרונה
33	47	51	46	בדיקת שתן
90	96	90	93	בחודש האחרון
				בשנה האחרונה
42	40	52	48	בדיקה פיזית יסודית
82	88	98	89	בחודש האחרון
				בשנה האחרונה

בדיקת ראייה ושמיעה

נמצא ששני-שלישים מהלוקים בדמנטיה (62%) עברו בדיקת ראייה במהלך השנה האחרונה (לוח 25), בהשוואה ל-52% מבני +65 בסקר הלמ"ס. יש לציין שרק שליש מהלוקים בדמנטיה קשה עברו בדיקה זו בשנה האחרונה. חשוב לציין ש-26% מאלה עם קשיי ראייה (56% מהקשישים) לא עברו בדיקת עיניים בשנה האחרונה. בנוסף, 36% מהתומכים דיווחו שיש לקשיש קשיי ראייה המשפיעים במידה רבה או במידה מסוימת על התפקוד היומיומי שלו. בקרב אוכלוסייה זו, 27% לא עברו בדיקת עיניים בשנה האחרונה. רבע מהלוקים בדמנטיה (26%) עברו בדיקת שמיעה בשנה האחרונה, כאשר שיעור זה עמד על 16% בסקר הלמ"ס (1997). קרוב למחציתם (46%) לא עברו בדיקה מסוג זה אף פעם.

לוח 25: ביצוע בדיקת עיניים ושמיעה בקרב בני +65 הלוקים בדמנטיה, לפי רמת חומרת הדמנטיה (באחוזים)

דמנטיה קשה	דמנטיה בינונית	דמנטיה קלה	סך-הכל	
100	100	100	100	סך-הכל
				בדיקת עיניים***
30	64	69	62	בשנה האחרונה
60	36	30	36	לפני יותר משנה
10	-	1	2	אף פעם
				בדיקת עיניים** (בקרב אלה עם קשיי ראייה)
50	64	86	74	בשנה האחרונה
50	36	14	26	לפני יותר משנה
				בדיקת שמיעה*
10	30	28	26	בשנה האחרונה
23	28	33	28	לפני יותר משנה
68	42	39	46	אף פעם
				בדיקת שמיעה (בקרב אלה עם קשיי שמיעה)
33	33	36	35	בשנה האחרונה
56	14	24	25	לפני יותר משנה
11	53	40	40	אף פעם

* p<0.05

** p<0.01

*** p<0.01 השוואה בין דמנטיה קלה ובינונית לדמנטיה קשה

שני-שלישים (65%) מאלה עם קשיי שמיעה (37% הקשישים) לא עברו בדיקת שמיעה בשנה האחרונה. בנוסף, רבע מהתומכים (26%) דיווחו שיש לקשיש קשיי שמיעה המשפיעים על התפקוד היומיומי שלו במידה רבה או במידה מסוימת, ו-51% מאוכלוסייה זו לא עברו בדיקת שמיעה בשנה האחרונה.

8.7 ביקור אצל רופא שיניים

כשליש מהקשישים הלוקים בדמנטיה (29%), ללא הבדלים משמעותיים לפי רמת חומרת הדמנטיה, ביקרו אצל רופא שיניים בשנה האחרונה (לוח 26). ל-78% מהם יש שיניים תותבות ו-41% מתוכם מתקשים לאכול איתן. שישים ושלושה אחוזים מאלה שיש להם בעיות עם השיניים התותבות לא ביקרו אצל רופא שיניים במהלך השנה האחרונה. לשם השוואה, בסקר הלמ"ס (1997) שיעור הקשישים שביקרו אצל רופא שיניים בשנה האחרונה עמד על 33%.

לוח 26: ביקור אצל רופא שיניים בקרב בני 65+ הלוקים בדמנטיה, לפי רמת חומרת הדמנטיה (באחוזים)

דמנטיה קשה	דמנטיה בינונית	דמנטיה קלה	סך-הכל	
100	100	100	100	סך-הכל
32	26	35	29	בשנה האחרונה
55	72	62	66	לפני יותר משנה
13	2	3	5	אף פעם

8.8 שימוש בתרופות

רובם המכריע של הקשישים הלוקים בדמנטיה (95%) נוטלים תרופות לפי הוראות רופא. רק 4% נוטלים תרופות להאטת קצב התפתחות הדמנטיה (3% ממוריט ו-1% אריספט). מעניין להיווכח שנטילת תרופות אלה אפיינה רק את אלה הלוקים בדמנטיה ברמה בינונית (15% מהם). כשליש התומכים (35%) דיווחו שיש בעיות בנוגע לתרופות שהקשיש צריך לקחת, כאשר הבעיה העיקרית שצוינה הייתה עלותן הגבוהה של התרופות (25%). בעיות אחרות שצוינו היו: הקשיש לא מקפיד לקחת את התרופה או מסרב לקחת אותה (8%), הקשיש לא מרגיש טוב כתוצאה מלקיחת התרופה (6%), והתרופה לא משפרת את מצבו של הקשיש (2%). מלבד התרופות הניטלות לפי הוראות רופא, הקשישים גם נוטלים חומרים טבעיים: 2% ג'נקו בילובה, 6% חומצת פולית, 8% ויטמין E, ו-40% מולטיויטמין.

8.9 צורך במכשור אורתופדי/רפואי

לדברי תומכיהם, 29% מהקשישים הלוקים בדמנטיה זקוקים למכשור אורתופדי (למשל, מקל, הליכון, נעליים אורתופדיות, מזרן מיוחד וכד'), ו-28% זקוקים למכשור רפואי (למשל, משקפיים או מכשיר שמיעה). לא נמצאו הבדלים משמעותיים בצורך למכשור מסוג זה לפי רמת חומרת הדמנטיה של הקשיש (מכשור אורתופדי: 23%, 35% ו-33% לדמנטיה קלה, בינונית וקשה, בהתאמה; מכשור רפואי: 33%, 33% ו-15% לדמנטיה קלה, בינונית וקשה, בהתאמה).

9. מאפיינים וצרכים של התומכים הבלתי פורמליים העיקריים של בני 65+ הלוקים בדמנטיה

פרק זה יתמקד ב-186 התומכים הבלתי פורמליים העיקריים של הקשישים הלוקים בדמנטיה, שרואיינו בשלב הערכת הצרכים של המחקר. יוצגו ממצאי המחקר המתייחסים למאפייניהם הסוציו-דמוגרפיים, למצבם הבריאותי והנפשי, לסוגי העזרה שהם מספקים לקשיש, למידת העומס המורגש על-ידם כתוצאה מהצורך לטפל בקשיש, להשפעת הטיפול בקשיש על תחומים שונים בחייהם, לצרכים לא-מסופקים שלהם בתחומים שונים וכו'.

9.1 מאפייני רקע של התומך העיקרי

מאפיינים סוציו-דמוגרפיים

רוב התומכים (97%) הם קרובי משפחה של הקשיש: 27% בני זוג, 62% בנים או בנות, והשאר (8%) קרובים אחרים (לוח 27). רוב התומכים הן נשים (60%). הגיל הממוצע שלהם הוא 54.8 ונע בין 18 ל-89 שנים. כחמישית מהם מתחת לגיל 45, כשליש (33%) בני 65 ומעלה, ו-14% בני 75 ומעלה. שבעים וחמישה אחוזים מהתומכים בני 65 ומעלה הם בני הזוג, והשאר הם בני או בנות הקשיש.

רוב התומכים נשואים (81%), כאשר שיעור זה עומד על 89% בקרב התומכים שאינם גרים ביחד עם הקשיש, ו-13% בקרב התומכים שאינם בני זוג של הקשיש וגרים איתו. רובם למדו לפחות 9 שנים (83%) ומעל לשליש (36%) 13 שנות לימוד או יותר. קרוב למחציתם (49%) עובדים. שבעים ושלושה אחוזים מבין התומכים הם מתחת לגיל הפנסיה (גברים בני 64 ומטה ונשים בנות 59 ומטה), ו-6% בקרב התומכים הם גילאי פנסיה.

קרוב למחציתם (43%) גרים ביחד עם הקשיש, וחמישית גרים בקרבתו (3% באותו בניין ו-16% באותה שכונה). כשליש מהתומכים (35%) שאינם גרים עם הקשיש מבקרים אותו כל יום, כאשר שיעורם גבוה בקרב התומכים בקשישים עם דמנטיה קשה, ונמוך יותר בקרב התומכים בקשישים עם דמנטיה קלה או בינונית (57%, 31% ו-38% בהתאמה). שאר התומכים מבקרים אצל הקשיש מספר פעמים בשבוע (42%), פעם בשבוע (20%) או פחות מפעם בשבוע. כמעט כל התומכים הגדירו את הקשר שלהם עם הקשיש כטוב מאוד (66%), או טוב (31%), ורק 3% כלא כל-כך טוב או בכלל לא טוב.

לוח 27: מאפיינים סוציו-דמוגרפיים של התומכים העיקריים (באחוזים)

מאפיינים	100
סך-הכל	
מין	
נשים	60
גברים	40
קבוצת גיל	
עד 44	24
45-59	38
60-64	5
65-74	19
75+	14
יחס קרבה לקשיש	
בן זוג	8
בת זוג	19
בן	28
בת	34
קרוב משפחה אחר	8
חבר	2
מטפל פורמלי	1
מגורים ביחס לקשיש	
אותה דירה	43
אותו בניין	3
אותה שכונה	16
אותו יישוב	29
יישוב אחר	9
מצב משפחתי	
נשוי/חי עם חבר לחיים	81
אלמן	4
גרוש/פרוד	9
רווק	6
מספר שנות לימוד	
0-4	8
5-8	9
9-12	47
13+	36
מצב תעסוקה	
עובד	49
לא עובד היום, אך עבד בעבר	44
לא עובד היום, ולא עבד בעבר	7

מאפייני בריאות ומצב נפשי של התומכים העיקריים

למצבם הבריאותי והנפשי של התומכים יש השפעה על היקף העזרה שהם יכולים לספק לקרוביהם, ועל היכולת שלהם להתמודד עם העומס והלחצים הנובעים ממעורבותם בטיפול בקשיש. למעלה ממחצית התומכים (59%) הגדירו את מצב בריאותם כטוב או טוב מאוד, 29% כלא כל-כך טוב ו-12% ככלל לא טוב. שיעור אלה שהגדירו את מצב בריאותם כלא כל-כך טוב או כלל לא טוב גבוה יותר בקרב בני 65 ומעלה, לעומת בקרב התומכים בני 64 ומטה (62% ו-30%, בהתאמה, $p < 0.01$). בנוסף, שליש מהתומכים (34%) דיווחו כי יש להם מגבלה פיזית או בעיה בריאותית המונעת מהם לבצע פעולות משק בית (57% מהתומכים בני 65 ומעלה לעומת 23% מהתומכים מתחת לגיל 65, $p < 0.01$), ו-8% דיווחו כי מגבלה זאת

מקשה עליהם בתפקוד היומיומי (22% מהתומכים בני 65 ומעלה לעומת 2% מאלה מתחת לגיל 65, $p < 0.01$).

בנוסף למצב הבריאות, התומכים נשאלו לגבי הרגשת הרווחה הכללית שלהם באמצעות סולם ה-CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale). ציון של 16 ומעלה מצביע על סיכון לדיכאון. נמצא ש-36% מהתומכים קיבלו ציון של 16 ומעלה כאשר הציון הממוצע היה 13.3 (סטיית תקן 9.8). נבדק הקשר בין הציון בסקלה (ציון ממוצע ושיעור התומכים עם ציון של 16 ומעלה), לבין מאפייני התומך ומאפייני הקשיש (לוח 29). נמצא קשר חיובי ומובהק בין הציון בסקלה לבין חלק גדול ממאפייני התומך. הציון הממוצע ב-CES-D ושיעור התומכים עם ציון של 16 ומעלה היה גבוה יותר בקרב תומכים בני 65 ומעלה, בני זוג של הקשיש, תומכים שגרו עם הקשיש, לא עבדו, העריכו את מצבם הבריאותי כשלילי, דיווחו על עומס כבד/כבד מאוד כתוצאה מהטיפול בקשיש, וסיפקו עזרה לקשיש בפעולות בתחום הטיפול האישי (לוח 28).

בנוסף, נמצא קשר חיובי ומובהק בין הציון בסקלה לבין מאפייני הקשיש. הציון הממוצע ושיעור התומכים עם ציון של 16 ומעלה גבוה יותר בקרב תומכים של קשישים שהיו מוגבלים בפעולות טיפול אישי, שהיו להם הפרעות התנהגותיות, ושלא ניתן להשאיר אותם בבית לבד לפחות 3 שעות. לא נמצא קשר מובהק בין הציון ב-CES-D לבין רמת חומרת הדמנטיה.

כדי לבחון לאלו מאפיינים של התומך והקשיש יש השפעה עצמאית על הסיכוי של התומך להיות בקבוצת סיכון לדיכאון (כלומר, ציון של 16 ומעלה ב-CES-D), ערכנו ניתוח רב-משתני מסוג רגרסיה לוגיסטית, שבו המשתנה התלוי היה ציון של 16 ומעלה ב-CES-D לעומת ציון נמוך יותר. לוח 3 בנספח מציג שלושה מודלים כאשר מודל 1 כולל רק את מאפייני התומך, מודל 2 רק את מאפייני הקשיש ומודל 3 משלב את מאפייני שתי האוכלוסיות.

ממודל 1 ניתן ללמוד שהסיכויים להיות בקבוצת סיכון לדיכאון גבוהים יותר בקרב תומכים שהם בני 65 ומעלה ושגרים עם הקשיש. למשל, הסיכוי של תומכים שהם בני 65 ומעלה להיות בקבוצת סיכון לדיכאון הוא פי 3 לעומת הסיכוי של תומכים צעירים יותר ($O.R.=3.283$). בנוסף, לתומכים הגרים עם הקשיש, יש סיכוי פי 3 להיות בקבוצת סיכון לדיכאון, לעומת תומכים שאינם גרים עם הקשיש ($O.R.=3.153$).

ממודל 2 ניתן ללמוד שלתומכים המטפלים בקשישים המוגבלים בטיפול אישי, ושיש להם בעיות התנהגותיות שלתומך קשה להתמודד איתן, יש סיכוי גבוה יותר ($O.R.=2.445$ ו-2.501, בהתאמה) להיות בקבוצת סיכון לחוות סימפטומים המצביעים על דיכאון.

לוח 28: שיעור התומכים בסיכון לדיכאון לפי סקלת CES-D וציון ממוצע בסקלה, לפי מאפיינים נבחרים של התומך והקשיש

משתנה	שיעור התומכים בסיכון לדיכאון (קיבלו ציון של 16 מעלה) (א)	ציון ממוצע (ב)	סטיית תקן
סך-הכל	36	13	9.8
מאפייני התומך			
גיל**			
65 ומעלה	59	18.9	10.1
64 ומטה	22	10.4	8.4
מין*			
נקבה	40	14.9	8.4
זכר	27	10.7	10.2
רמת השכלה**			
0-8 שינם	61	21.2	10.4
+9 שינם	26	10.9	8.5
יחס קרבה לקשיש**			
בן/בת זוג	66	20.6	9.3
אחר	23	10.4	8.4
יחס מגורים לקשיש**			
גר עם הקשיש	55	18.4	9.7
לא גר עם הקשיש	20	9.2	7.8
מצב תעסוקה**			
עובד	19	9.3	7.8
לא עובד	50	16.8	10.0
מצב משפחתי			
נשוי	36	13.3	10.0
לא נשוי	27	13.0	8.9
הערכה עצמית של בריאות**			
שלילית	61	19.5	9.8
חיובית	16	8.8	6.9
עומס המוטל על התומך כתוצאה מהטיפול בקשיש**:			
כבד/כבד מאוד	66	19.5	9.2
לא כל-כך/בכלל לא כבד	17	9.5	8.2
מספק עזרה בתחום הטיפול האישי(א=*, ב=**):			
כן	49	16.9	10.6
לא	26	10.9	8.5
מאפייני הקשיש:			
מוגבל ב-ADL (א=**, ב=**)			
כן	46	15.0	9.6
לא	20	11.0	9.5
לקשיש יש לפחות בעיה התנהגותית אחת*			
כן	39	14.6	10.2
לא	21	9.2	6.9
לקשיש יש בעיות התנהגותיות שקשה להתמודד אתן*:			
כן	55	18.1	9.0
לא	29	11.5	9.8
ניתן להשאיר את הקשיש לבד בבית לפחות 3 שעות*			
לא	49	15.7	9.6
כן	25	11.6	9.5
רמת חומרת הדמנטיה			
קלה	31	12.7	9.3
בינונית	43	13.4	11.3
קשה	37	15.2	9.1

(א) בוצע מבחן קיי-בריבוע; (ב) בוצע מבחן שונות חד-כיווני (Anova)
 * p<0.05
 ** p<0.01

מהמודל המשולב (מודל 3) עולה שהסיכויים להיות בקבוצת סיכון לדיכאון גבוהים יותר בקרב התומכים בני 65 ומעלה, תומכים שגרים עם הקשיש ותומכים שמטפלים בקשיש שהוא גם מוגבל בתחום הטיפול האישי. למשל, לפי מודל זה, לתומכים בני 65 ומעלה יש סיכוי פי 3 להיות בקבוצת סיכון לדיכאון, לעומת תומכים צעירים יותר ($O.R.=3.168$). לתומכים שגרים עם הקשיש יש סיכוי פי 2.6 להיות בקבוצת סיכון לדיכאון, לעומת תומכים שאינם גרים עם הקשיש ($O.R.=2.604$). ההשפעה של בעיות התנהגותיות של הקשיש שנכלל במודל 2 נעלמת במודל 3.

9.2 דפוסי העזרה של התומך העיקרי

במסגרת המחקר בחננו את מידת המעורבות של התומך העיקרי במתן עזרה לקשיש בתחומים שונים: טיפול אישי, עזרה בפעולות משק הבית ועזרה בפעולות מחוץ לבית.

דפוסי העזרה בתחום הטיפול האישי

כפי שעולה מלוח 29, כשליש התומכים (37%) מסייעים לקשיש לפחות בפעולת טיפול אישי אחת, ו-12% מסייעים ב-5 עד 8 פעולות. למעלה מחמישית התומכים עוזרים לקשיש בניידות בתוך הבית, ברחצה ובהלבשה (21%, 24%, ו-23% בהתאמה).

שיעור התומכים המסייעים בטיפול אישי עולה עם העלייה ברמת חומרת הדמנטיה של הקשיש, ואין זה מפתיע לאור העובדה ששיעורי המוגבלות גבוהים יותר בקרב קשישים הלוקים בדמנטיה קשה בהשוואה ללוקים בדמנטיה בינונית או קלה.

שני-שלישים (65%) מהלוקים בדמנטיה קשה מקבלים עזרה מהתומכים לפחות בפעולה אחת לעומת 40% מקרב הלוקים בדמנטיה בינונית, ו-25% מהלוקים בדמנטיה קלה. בנוסף, 34% מהלוקים בדמנטיה קשה מקבלים עזרה מהתומכים ב-5-8 פעולות טיפול אישי, לעומת 10% מהלוקים בדמנטיה בינונית ו-2% מהלוקים בדמנטיה קלה. גם בבחינת פעולות ספציפיות עולה כי שיעור המקבלים עזרה מהתומכים עולה עם העלייה ברמת החומרה של הדמנטיה. כך, למשל, 51% מהלוקים בדמנטיה קשה מקבלים עזרה בניידות בתוך הבית, לעומת 16% מאלה עם דמנטיה בינונית, ו-11% מאלה עם דמנטיה קלה.

בנוסף, נמצאו הבדלים מובהקים בשיעור התומכים העוזרים לקשיש בפעולת טיפול אישי אחת לפחות, לפי מקום מגורי התומך. יותר ממחצית (58%) התומכים הגרים עם הקשיש עוזרים בתחום זה, לעומת כרבע (22%) התומכים שאינם גרים עם הקשיש ($p<0.01$).

רוב התומכים התקשו להעריך את המספר המדויק של שעות שבועיות שהם מקדישים למתן עזרה לקשיש בטיפול אישי. כמחציתם אמרו שהם מקדישים "הרבה שעות" או עוזרים "כל היום - 24 שעות ביממה" (20% ו-31% בהתאמה), ושיעורם גבוה ביותר בקרב אלה המטפלים בקשיש הלוקה בדמנטיה קשה (71%), ובקרב אלה הגרים עם הקשיש לעומת מי שלא גרים איתו (69% לעומת 17%, $p<0.01$).

לוח 29: דפוסי העזרה של התומכים העיקריים בתחום הטיפול האישי, לפי רמת חומרת הדמנטיה של הקשיש (באחוזים)

דמנטיה קשה	דמנטיה בינונית	דמנטיה קלה	סך-הכל	
				התומך עוזר לקשיש בפעולות טיפול אישי הבאות:
51	16	11	21	ניידות בתוך הבית**
42	32	11	24	רחיצה**
47	22	13	23	לבישה**
43	6	1	12	אכילה**
35	8	8	14	שינוי תנוחה במיטה או בישיבה בכיסא**
33	6	-	10	צחצוח שיניים, סריקת שער, גילוח, התאפרות**
30	14	-	11	שימוש בשירותים**
23	8	3	9	החלפת חיתולים/טיטולים*
65	40	25	37	התומך עוזר בפעולת טיפול אישי אחת לפחות**
				מספר פעולות בטיפול אישי בהן התומך עוזר:
35	60	75	63	לא עוזר
11	17	15	14	פעולה אחת
20	12	8	11	2-4 פעולות
34	10	2	12	5-8 פעולות
61	36	20	34	התומך עוזר בהכנת או לקיחת תרופות**
19	10	8	11	התומך נותן "טיפול רפואי" כמו זריקות, החלפת תחבושות
				שעות עזרה בשבוע בטיפול אישי (מטפלים שעוזרים בלפחות פעולה אחת)
18	-	4	8	מעט שעות
11	57	57	41	לפי הצורך
21	26	18	20	הרבה שעות
50	17	21	31	כל היום, "24 שעות ביממה"

* p<0.05
** p<0.01

דפוסי העזרה בפעולות אינסטרומנטליות

בחנו גם באיזו מידה התומכים עוזרים לקשיש בפעולות יומיומיות אינסטרומנטליות (IADL) משני סוגים: פעולות משק-הבית (ניקיון הבית, כביסה, הכנת ארוחות ועריכת קניות) שמתבצעות בעבור כל בני משק-הבית, ועזרה אינסטרומנטלית המתמקדת בצורכי הקשיש (ליווי הקשיש או הסעתו מחוץ לבית, קנייה או הבאת תרופות למענו, ניהול הכספים שלו, מתן עזרה לקשיש בשימוש בטלפון).

פעולות משק הבית

בחנו את שיעור התומכים העוזרים לקשיש בפעולות משק-הבית רק לגבי אלה שאינם גרים עם הקשיש. קרוב לשני-שלישים מהם (63%) עוזרים לקשיש בפעולת משק בית אחת לפחות כאשר שליש (33%) עוזרים בפעולה אחת בלבד (לוח 30). עריכת קניות היא הפעולה בה ניתנת העזרה הרבה ביותר (60%). לא נמצאו הבדלים מובהקים לפי רמת חומרת הדמנטיה של הקשיש.

לוח 30: דפוסי העזרה של התומכים העיקריים שאינם גרים עם הקשיש בפעולות משק-הבית, לפי רמת חומרת הדמנטיה של הקשיש (באחוזים)

דמנטיה קשה	דמנטיה בינונית	דמנטיה קלה	סך-הכל	
				התומך עוזר לקשיש בפעולות משק-הבית הבאות:
20	23	31	27	ניקיון הבית
27	17	27	24	כביסה
7	20	18	17	הכנת ארוחות
60	53	64	60	עריכת קניות
60	55	69	63	התומך עוזר בפעולות משק בית אחת לפחות
				מספר פעולות משק-הבית בהן התומך עוזר לקשיש:
40	45	31	37	לא עוזר
33	38	29	33	פעולה אחת
20	4	31	21	3-2 פעולות
7	13	8	9	4 פעולות

עזרה אינסטרומנטלית לקשיש

שיעור גבוה מכלל התומכים (86%) עוזרים לקשיש בפעולה אחת לפחות (לוח 31). קרוב למחציתם (46%) עוזרים ב-3 או 4 פעולות כאשר שיעור זה עולה עם העלייה ברמת חומרת הדמנטיה של הקשיש, כך ש-33% מהלוקים בדמנטיה קלה, לעומת 50% מהלוקים בדמנטיה בינונית, ו-62% מהלוקים בדמנטיה קשה, מקבלים עזרה מהתומכים שלהם ב-3-4 פעולות. לא נמצאו הבדלים מובהקים במידת המעורבות של התומכים לפי יחס קרבה שלהם אל הקשיש או לפי מקום מגוריהם. למשל, 83% מהתומכים שגרים עם הקשיש עוזרים בפעולה אחת לפחות לעומת 88% מאלה שאינם גרים איתו.

לוח 31: דפוסי העזרה של התומכים העיקריים לקשיש בפעולות אינסטרומנטליות, לפי רמת חומרת הדמנטיה של הקשיש (באחוזים)

דמנטיה קשה	דמנטיה בינונית	דמנטיה קלה	סך-הכל	
				התומך עוזר לקשיש בפעולות הבאות:
63	70	68	67	ליווי מחוץ לבית והסעות
70	56	46	55	קניית או הבאת תרופות*
81	66	62	68	ניהול כספים של הקשיש**
63	36	18	34	שימוש בטלפון***
93	83	84	86	עוזר לפחות באחת מהפעולות
				מספר פעולות שבהן התומך עוזר לקשיש:
7	17	16	14	0
31	33	51	40	2-1
62	50	33	46	4-3

* p<0.05

** p<0.05 (דמנטיה קלה/בינונית לעומת דמנטיה קשה)

*** p<0.01

באשר לפעולות ספציפיות, 67% עוזרים לקשיש בליווי מחוץ לבית (לטיפולים, בדיקות, פעילויות פנאי, חברים וכד'), ללא הבדל מובהק לפי רמת חומרת הדמנטיה. לעומת זאת, נמצאו הבדלים מובהקים לפי רמת חומרת הדמנטיה בפעולות האחרות. למשל, שני-שלישים מהתומכים (68%) עוזרים לקשיש בניהול הכספים שלו (תשלום חשבונות, הפקדת כספים בבנק, פתיחת תכניות חיסכון וכד'). שיעור זה עמד על 62% בקרב התומכים של לוקים בדמנטיה קלה, לעומת 81% בקרב התומכים של לוקים בדמנטיה קשה.

9.3 מעורבות אנשים נוספים בטיפול בקשיש

המעורבות של אנשים אחרים בטיפול בקשיש עשויה להפחית את העומס המוטל על התומך העיקרי. אלה יכולים להיות בני משפחה אחרים, או חברים שעוזרים לקשיש באופן קבוע ללא תשלום, או אנשים שעושים זאת תמורת תשלום (מטפלות ועוזרות בית).

ארבעים אחוזים מהתומכים דיווחו כי אין אדם נוסף שעוזר להם בטיפול בקשיש ללא תשלום (40%) בקרב הלוקים בדמנטיה קלה, 37% בקרב הלוקים בדמנטיה בינונית ו-49% בקרב הלוקים בדמנטיה קשה). שליש (31%) דיווחו שיש אדם נוסף שעוזר בטיפול, ושאר התומכים (29%) דיווחו כי יש לפחות שניים או שלושה אנשים נוספים שמעורבים במתן עזרה לקשיש.

כשליש התומכים (34%) ציינו כי אין אדם אחר שיכול להחליף אותם בטיפול בקשיש באופן זמני אם ירצו לצאת לחופשה, לעומת מחצית התומכים (52%) שבדרך כלל ימצאו תומך חלופי, ו-14% שיכולים למצוא תומך חלופי לפעמים. מעל למחצית (58%) התומכים בלוקים בדמנטיה קשה דיווחו שבדרך כלל אין אדם אחר שיכול להחליף אותם בטיפול בקשיש, לעומת 28% בקרב התומכים המטפלים בלוקים בדמנטיה קלה או בינונית ($p < 0.05$).

כמעט חמישית (18%) התומכים ציינו שאין אדם נוסף שעוזר להם בטיפול בקשיש באופן קבוע ללא תשלום, ושאינן מי שיכול להחליפם בטיפול בקשיש בשעת חופשה. השיעור בקרב התומכים בקשישים הלוקים בדמנטיה קשה מגיע ל-33%, לעומת 18% בקרב התומכים בלוקים בדמנטיה קלה, ו-8% בקרב התומכים בלוקים בדמנטיה בינונית.

מהממצאים עולה ש-33% מהקשישים מקבלים עזרה רק מתומכים בלתי פורמליים, והשאר מקבלים עזרה ממערכת תמיכה המשלבת תומכים בלתי פורמליים ופורמליים. שיעור הנתמכים על-ידי מערכת משולבת עולה עם העלייה ברמת חומרת הדמנטיה. ומערכת כזו מאפיינת 54% מהלוקים בדמנטיה קלה, 77% בדמנטיה בינונית ו-83% בדמנטיה קשה ($p < 0.05$).

9.4 קשר של התומך עם אנשי מקצוע שמטפלים בקשיש

בני המשפחה המטפלים בקשישים הלוקים בדמנטיה זקוקים להרבה מאוד הדרכה, הכוונה ותמיכה, כדי שיוכלו להתמודד עם תפקידם לאורך זמן. למרות זאת, כרבע התומכים (24%) דיווחו שאין להם קשר עם איש מקצוע המטפל בקשיש, ושיעורם יורד עם העלייה ברמת חומרת הדמנטיה: 34% מהתומכים במי שלוקים בדמנטיה קלה, לעומת 7% מהתומכים בלוקים בדמנטיה קשה (לוח 32). איש המקצוע העיקרי שלתומכים יש קשר איתו הוא רופא המשפחה של הקשיש (72%).

לוח 32: קשר של התומך עם אנשי מקצוע המטפלים בקשיש, לפי רמת חומרת הדמנטיה של הקשיש (באחוזים)

דמנטיה קשה	דמנטיה בינונית	דמנטיה קלה	סך-הכל	
100	100	100	100	סך-הכל
93	83	66	76	יש קשר עם לפחות איש מקצוע אחד המטפל בקשיש*
				מספר אנשי מקצוע שיש עמם קשר**
7	17	34	24	0
23	31	37	32	1
70	52	29	44	2+
				יש לתומך קשר עם:
81	77	62	72	רופא המשפחה של הקשיש*
30	13	10	16	אחות*
12	10	8	9	פסיכיאטר או פסיכולוג
33	27	15	23	רופא מומחה אחר
21	19	15	18	עובדת סוציאלית
7	4	0	3	פיזיותרפיסט
				יש איש מקצוע שאליו תומך יכול לפנות***
88	71	73	77	כן
12	29	27	23	לא

* p<0.05

** p<0.01

*** p<0.05 (דמנטיה קלה/בינונית לעומת דמנטיה קשה)

התומכים נשאלו גם אם הם מרגישים שיש איש מקצוע אליו הם יכולים לפנות כאשר מתעוררת בעיה בהקשר לטיפול בקשיש, או כאשר הם רוצים לקבל מידע על עזרה אפשרית. שבעים ושבעה אחוזים מהם אמרו שיש איש מקצוע שאליו הם יכולים לפנות, ונמצא הבדל מובהק לפי רמת חומרת הדמנטיה של הקשיש: 72% מהתומכים בלוקים בדמנטיה קלה או בינונית, ו-88% מהתומכים בלוקים בדמנטיה קשה. רובם המכריע (74%) ציינו את רופא המשפחה של הקשיש, 12% ציינו "רופא" ללא הבחנה בין רופא משפחה או רופא מומחה, 4% ציינו אחות, והשאר ציינו איש מקצוע אחר.

9.5 הרגשת עומס של התומך העיקרי

הטיפול בקשיש הלוקה בדמנטיה אינו תפקיד קל, ועל התומך להתמודד עם השינויים הרבים המתרחשים בתפקוד הקוגניטיבי, הפיזי וההתנהגותי של הקשיש. לכן, במקרים רבים, הטיפול בקשיש הלוקה בדמנטיה יכול להביא לתחושת עומס בקרב התומכים, להשפיע על יכולתם לטפל בקשיש, וגם להשפיע על תחומים שונים בחייהם.

על מנת לבדוק את מידת העומס המורגש על-ידי התומך, נעשה שימוש ב-MBI (Modified Burden Interview), ובשתי תת-הסקלות הכלולות בו המתייחסות לממדים של לחצים אישיים (personal strain) ולחצים תפקודיים (role strains). ככל שהציון גבוה יותר, העומס המורגש גבוה יותר. לוח 33 מציג את הציון הממוצע ב-MBI ובשתי תת-הסקלות בקרב התומכים לפי רמת חומרת הדמנטיה של הקשיש. הציון הממוצע ב-MBI היה 23.8 ושיעור התומכים עם ציון גבוה (ציון מ-40 ומעלה) היה 16%. הציון הממוצע ושיעור התומכים עם ציון של 40 ומעלה עולים עם העלייה ברמת חומרת הדמנטיה של

הקשיש. כלומר, העומס המורגש על-ידי התומכים של קשישים עם דמנטיה קשה יותר גבוה יותר מאשר של התומכים בקשישים ברמות דמנטיה אחרות לפי סקלת ה-MBI.

לוח 33: ציון ממוצע של התומך העיקרי ב-MBI, PS ו-RS, לפי רמת חומרת הדמנטיה של הקשיש

דמנטיה קשה	דמנטיה בינונית	דמנטיה קלה	סך-הכל	
43	49	80	182	סך-כל התומכים במספרים MBI (טווח ציונים 0 עד 88):
29.6	23.5	22.2	23.8	ציון ממוצע*
15.0	13.9	12.7	13.9	סטיית תקן
100	100	100	100	סך-הכל
37	51	53	50	ציון מ-0 עד 20
35	39	35	34	ציון מ-21 עד 39
28	10	12	16	ציון מ-40 ומעלה
14.8	13.4	11.6	12.7	PS (טווח ציונים 0 עד 48):
7.5	7.6	6.5	7.1	ציון ממוצע
100	100	100	100	סטיית תקן
33	40	51	44	סך-הכל
42	34	37	37	ציון מ-0 עד 10
26	26	13	19	ציון מ-11 עד 19
				ציון מ-20 ומעלה
7.5	4.4	4.9	5.2	RS (טווח ציונים 0 עד 24):
6.4	4.5	4.5	5.1	ציון ממוצע*
100	100	100	100	סטיית תקן
37	57	51	52	סך-הכל
35	28	30	29	ציון מ-0 עד 4
28	15	19	19	ציון מ-5 עד 9
				ציון מ-10 ומעלה

* $p < 0.05$ לפי ניתוח ANOVA

כמו-כן, נמצא קשר מובהק בין הציון הממוצע בתת-סקלה המתייחסת ללחצים תפקודיים (Role Strains) לבין רמת חומרת הדמנטיה של הקשיש, כאשר, בדומה ל-MBI, הציון הממוצע הגבוה ביותר היה בקרב התומכים בקשישים עם דמנטיה קשה. לא נמצאו הבדלים מובהקים בציון הממוצע בתת-סקלה PS לפי רמת חומרת הדמנטיה של הקשיש.

כמו-כן, קרוב לחמישית (18%) התומכים אמרו שהם מרגישים לעתים קרובות או תמיד שמתן עזרה לקשיש דורש מהם מאמץ פיזי גדול מדי כאשר השיעור הגבוה ביותר נמצא בקרב התומכים בלוקים בדמנטיה קשה (39% לעומת 17% בקרב התומכים בלוקים בדמנטיה בינונית ו-9% בלוקים בדמנטיה קלה, $p < 0.01$). שמונה אחוזים אמרו שלעתים קרובות או תמיד הם מרגישים שהעזרה לקשיש כוללת ביצוע פעולות לא נעימות, והשיעור הגיע ל-28% בקרב התומכים בלוקים בדמנטיה קשה, 2% מהתומכים בלוקים בדמנטיה בינונית, אך אף אחד בקרב התומכים בלוקים בדמנטיה קלה ($p < 0.01$).

התומכים נשאלו גם שאלה ישירה - האם בסך-הכל העומס המוטל עליהם כתוצאה מהטיפול הקשיש כבד מאוד, כבד, לא כל-כך כבד, או בכלל לא כבד? מעל שליש התומכים (38%) ציינו שהעומס המוטל עליהם כבד מאוד או כבד (13%-ו-25%, בהתאמה), ושני-שלישים (62%) שהוא לא כל-כך כבד או לא כבד בכלל (37%-ו-25%, בהתאמה). הקשר בין הרגשת עומס לבין מאפייני התומך ומאפייני הקשיש נבחן באמצעות ניתוח דו-משתני (לוח 34).

נמצא קשר מובהק בין הדיווח על עומס לבין מאפיינים סוציו-דמוגרפיים של התומך (גיל, מין, יחס קרבה לקשיש, הסדר מגורים ביחס לקשיש). למשל, 61% מהתומכים שגרים עם הקשיש דיווחו על עומס כבד/כבד מאוד, לעומת 21% מאלה שאינם גרים עם הקשיש. כמו-כן, נמצא קשר מובהק בין הרגשת עומס לבין מאפייני בריאות של התומך (הערכה עצמית של בריאות, ציון ב-CES-D). למשל, כ-71% מהתומכים שנמצאו בקבוצת סיכון לדיכאון (ציון של 16 ומעלה ב-CES-D) דיווחו על הרגשת עומס, לעומת 20% מאלה עם ציון מתחת ל-16. בנוסף, שיעור גבוה יותר מהתומכים שעוזרים לקשיש בפעולות בתחום הטיפול האישי ציינו שהם מרגישים עומס כבד/כבד מאוד (66% לעומת 22% מקרב אלה שלא עוזרים לקשיש בתחום זה). מעניין לציין שנמצא קשר מובהק בין הרגשת עומס לבין מעורבותם של מטפלים פורמליים (מטפלת ו/או עוזרת בית) בטיפול בקשיש, כאשר שיעור יותר גבוה מהתומכים שציינו שגורמים כאלה מעורבים, דיווחו על עומס רב (45%) לעומת אלה שציינו שגורם פורמלי אינו מעורב (25%). אחד ההסברים לכך הוא שלמרות שהקשיש מקבל עזרה משירותים פורמליים, כמות העזרה שהוא מקבל אינה מספקת כדי להפחית את הרגשת העומס של התומך.

כאשר בוחנים את הקשר בין הרגשת עומס לבין מאפייני הקשיש, נמצא שיש קשר מובהק בין רמת חומרת הדמנטיה של הקשיש, רמת המוגבלות של הקשיש, דפוסי התנהגות של הקשיש, כושר הניידות שלו והצורך של הקשיש בהשגחה.

למשל, קרוב למחצית (48%) התומכים המטפלים בקשישים עם דמנטיה קשה או בינונית דיווחו על הרגשת עומס רב, לעומת 30% האלה המטפלים בקשיש עם דמנטיה קלה. כמו-כן, מחצית (53%) התומכים שדיווחו שלקשיש יש בעיות התנהגותיות מרגישים עומס כבד/כבד מאוד, לעומת 16% מהתומכים שלא דיווחו על בעיות מסוג זה.

כדי לבחון לאלו מאפיינים של התומך והקשיש יש השפעה עצמאית על הסיכוי של התומך להיות בקבוצת סיכון לתחושת עומס (כלומר, לדווח שהעומס המוטל עליו כתוצאה מהטיפול בקשיש כבד מאוד או כבד), ערכנו ניתוח רב-משתני מסוג רגרסיה לוגיסטית, שבו המשתנה התלוי היה דיווח התומך שהעומס המוטל עליו כבד מאוד או כבד, לעומת לא כל-כך כבד או בכלל לא כבד. לוח 4 בנספח מציג שלושה מודלים כאשר מודל 1 כולל רק את מאפייני התומך, מודל 2 רק את מאפייני הקשיש ומודל 3 משלב את מאפייני שתי האוכלוסיות.

ממודל 1 ניתן ללמוד שהסיכוי שתומכים שגרים עם הקשיש יחוו תחושת עומס גבוה פי חמש יותר מהסיכוי של תומכים שאינם גרים עם הקשיש ($O.R.=4.609$).

לוח 34 : התומכים שדיווחו על הרגשת עומס (כבד מאוד/כבד), לפי מאפייני התומך והקשיש (באחוזים)

לא כל-כך/ כלל לא כבד	כבד מאוד/ כבד	סך-הכל	
62	38	100	סך-הכל מאפייני התומך:
			גיל*
45	55	100	65 ומעלה
72	28	100	64 ומטה
			מין*
46	54	100	נקבה
74	26	100	זכר
			גר עם הקשיש**
29	61	100	כן
79	21	100	לא
			יחס קרבה לקשיש**
40	60	100	בן/בת זוג
70	30	100	אחר
			מצב תעסוקה**
77	23	100	עובד
48	52	100	לא עובד
			הערכה עצמית של מצב בריאות*
47	53	100	שלילית
72	28	100	חיובית
			ציון ב-CESD**
29	71	100	16 ומעלה
80	20	100	15 ומטה
			עוזר לקשיש בפעולות בתחום הטיפול האישי**
34	66	100	כן
78	22	100	לא
			גורמים פורמליים שמעורבים בטיפול בקשיש**
55	45	100	כן
75	25	100	לא
			מאפייני הקשיש:
			רמת חומרת הדמנטיה**
70	30	100	קלה
52	48	100	בינונית/קשה
			רמת מוגבלות (לפי מספר פעולות ADL**)
79	21	100	לא מוגבל
56	44	100	מוגבל ב-1 עד 2 פעולות
41	59	100	מוגבל ב-3 עד 7 פעולות
			בעיות התנהגותיות לפי ה-NPI**
47	53	100	כן
84	16	100	לא
			מרותק לבית**
42	58	100	כן
70	30	100	לא
			צורך בהשגחה**
69	31	100	יכול להישאר לבד בבית כל היום או חלק ממנו
39	61	100	לא ניתן להשאיר את הקשיש לבד בבית

* p<0.05

** p<0.01

ממודל 2 ניתן ללמוד שלתומכים המטפלים בקשישים המוגבלים בתחום הטיפול האישי. ושיש להם בעיות התנהגותיות וזקוקים להשגחה מתמדת, יש סיכוי גבוה יותר להיות בקבוצת סיכון לחוש עומס. למשל, לתומך המטפל בקשיש עם בעיות התנהגותיות יש סיכוי פי 3 גבוה יותר לחוש עומס כבד מאוד או כבד, לעומת תומך של קשיש שאין לו בעיות כאלה (O.R.= 3.322).

מהמודל המשולב (מודל 3) עולה שהסיכויים להיות בקבוצת סיכון לתחושות עומס גבוה יותר בקרב תומכים שגרים עם הקשיש, ותומכים שמטפלים בקשיש שמוגבל בתחום הטיפול האישי (ADL) ושיש להם בעיות התנהגותיות. למשל, לפי מודל זה, להסדר מגורים של התומך ביחס לקשיש יש את ההשפעה העצמאית הגדולה ביותר על הסיכוי לחוש הרגשת עומס כבדה מאוד או כבדה. לתומכים הגרים עם הקשיש יש סיכוי פי 4 גבוה יותר להרגיש עומס-יתר, לעומת תומכים שאינם גרים עם הקשיש (O.R.=3.665).

המעורבות בטיפול בקשיש, ובמיוחד אם היא אינטנסיבית, יכולה להציב מגבלות אחרות על חיי התומך. למשל, להשפיע על יכולת התומך לצאת מהבית לסידורים, לחופשה וכד', ולעסוק בפעילויות פנאי. כך, למשל, מעל לשליש התומכים (38%) דיווחו שקשה להם לצאת לחופשה קצרה בגלל מצבו של הקשיש, כאשר מעל למחצית התומכים (58%) של קשישים עם דמנטיה קשה דיווחו על מגבלה זו (לוח 35). שליש התומכים (32%) אמרו שהם הפסיקו לעסוק, או עוסקים פחות, בפעילויות פנאי בגלל הצורך להקדיש זמן לטיפול בקשיש. מצב זה אפיין בעיקר את התומכים של קשישים עם דמנטיה קשה (49% מהם). לבסוף, שליש התומכים (33%) דיווחו שהם מרגישים צורך לקחת פסק זמן מהטיפול בקשיש, ושיעור התומכים שדיווחו על צורך זה מגיע למחצית התומכים (54%) של קשישים עם דמנטיה קשה.

לוח 35: התומכים שדיווחו על קשיים/מגבלות אחרות כתוצאה מהצורך לטפל בקשיש, לפי רמת חומרת הדמנטיה של הקשיש (באחוזים)

דמנטיה קשה	דמנטיה בינונית	דמנטיה קלה	סך-הכל	
47	20	19	25	קושי לצאת מהבית למספר שעות (למשל, לעשיית סידורים)*
58	35	32	38	קושי לצאת לחופשה קצרה**
54	43	20	33	זקוק לפסק זמן/מנוחה קצרה מהטיפול בקשיש***
49	38	23	32	הפסיק לעסוק/עוסק פחות בפעילויות פנאי****

* p<0.01 (דמנטיה קלה/בינונית לעומת דמנטיה קשה)
 ** p<0.05 (דמנטיה קלה/בינונית לעומת דמנטיה קשה)
 *** p<0.01
 **** p<0.05

9.6 השפעת הטיפול בקשיש על מצב העבודה של התומך

כאמור, מחצית התומכים (49%) עובדים. התומכים שעובדים נשאלו מספר שאלות בנוגע להשפעה של הטיפול בקשיש על עבודתם. הממצאים בלוח 36 מתייחסים לתומכים גילאי עבודה שעובדים (שמהווים 97% מכלל התומכים שעובדים). כרבע מהם (26%) דיווחו כי הם עובדים פחות שעות ממה שהיו רוצים בשל הצורך לטפל בקשיש, וקרוב לחמישית החסירו ימי עבודה בשל הצורך לטפל בקשיש. ההשפעה על עבודתו של התומך נבחנה לפי רמת חומרת הדמנטיה של הקשיש.

לוח 36: השפעת הטיפול בקשיש על עבודתם של התומכים, לפי רמת חומרת הדמנטיה של הקשיש (באחוזים)

דמנטיה קשה	דמנטיה בינונית	דמנטיה קלה	סך-הכל	
46	32	20	26	עבד פחות שעות בגלל הצורך לטפל בקשיש
27	20	14	17	החסיר ימי עבודה בגלל הצורך לטפל בקשיש
15	20	27	23	לטיפול בקשיש השפעות נוספות על חיי העבודה של התומך

לא נמצאו הבדלים מובהקים, אך ניתן לומר כי תומכים בקשישים עם דמנטיה גבוהה עובדים פחות בשל הצורך לטפל בקשיש ונעדרים יותר מהעבודה. בנוסף, כרבע התומכים (23%) דיווחו שהצורך לטפל בקשיש השפיע על חיי עבודתם בצורה אחרת: 73% אמרו שצורך זה גוזל מזמנם בעבודה כתוצאה מהצורך לבלות זמן בטלפון בהקשר למצבו של הקשיש או הטיפול בקשיש; 33% אמרו שזה משפיע על איכות עבודתם; ו-13% אמרו שהיו צריכים לשנות מקום עבודתם.

בנוסף, התומכים נשאלו האם בשלושת החודשים האחרונים, מישהו אחר מבני משפחתם החסיר ימי עבודה או לימודים, או עבד פחות שעות מסיבות הקשורות לטיפול בקשיש. כחמישית מהם (19%) השיבו בחיוב. כ-4% מהם גם ציינו שמישהו אחר מבני משפחתם היה צריך להפסיק לעבוד, או לוותר על חיפוש עבודה, בגלל הצורך לטפל בקשיש.

9.7 שירות נופשון

במסגרת המחקר בחנו באיזו מידה התומכים היו מעוניינים לעשות שימוש בשירות נופשון (respite-care). הם נשאלו את השאלה הבאה: אם היו מפתחים מסגרת טיפולית שבה הקשיש היה יכול לשהות מספר ימים, האם היית פונה לשירות כזאת? קרוב לשליש מהם (29%) השיבו "כן, בהחלט", 13% "אולי", 15% "חושב שלא", ו-43% "בטוח שלא". נמצא קשר מובהק בין נכונות להשתמש בשירות נופשון לבין רמת החומרה של הדמנטיה, רמת המוגבלות הפיזית ומאפיינים התנהגותיים של הקשיש, והסדר המגורים של התומך העיקרי.

שיעור התומכים שהשיבו "כן, בהחלט" עמד על 51% בקרב התומכים של קשישים עם דמנטיה קשה, לעומת 23% בקרב התומכים של קשישים עם דמנטיה בינונית או קלה ($p<0.01$). שלושים וארבעה אחוזים מהתומכים של קשישים עם בעיות התנהגותיות השיבו כך, לעומת 15% מהתומכים של קשישים ללא בעיות כאלה ($p<0.05$). שלושים ותשעה אחוזים מהתומכים של קשישים שגם מוגבלים ב-ADL אמרו שבהחלט היו פונים לשירות כזה, לעומת 15% מהתומכים של קשישים שעצמאים ב-ADL ($p<0.01$). כמו-כן, 38% מהתומכים שגרים עם הקשיש הביעו נכונות להשתמש בשירות נופשון, לעומת 22% מהתומכים שאינם גרים עם הקשיש ($p<0.05$).

9.8 קבלת מידע וצורך בקבלת מידע בתחומים שונים

אחת ממטרות המחקר הייתה לזהות את הצרכים הלא מסופקים של התומכים בקשיש הלוקה מדמנטיה, כאשר אחד הנושאים החשובים בתחום זה הוא הצורך שלהם במידע, בהדרכה ובייעוץ בנושאים שונים (לוח 37).

לוח 37: התומכים שדיווחו על רצון לקבל מידע או הדרכה בנושאים שונים, לפי רמת חומרת הדמנטיה של הקשיש (באחוזים)

נושא	סך-הכל	דמנטיה קלה	דמנטיה בינונית	דמנטיה קשה
כיצד להתמודד עם בעיות זיכרון של הקשיש* (בקרב התומכים שדיווחו שלקשיש בעיות זיכרון) התרופות שהקשיש לוקח** (בקרב תומכיהם של קשישים הנוטלים תרופות לפי הוראות רופא)	51	37	66	50
התמודדות עם בעיות התנהגותיות של הקשיש** (בקרב התומכים שדיווחו שיש לקשיש בעיות מסוג זה) תקשורת יותר אפקטיבית עם הקשיש (בקרב התומכים שדיווחו על בעיות תקשורת עם הקשיש)	29	31	39	13
שירותים בקהילה**	70	70	61	81
ייעוץ משפטי	13	10	12	19
כיצד להתמודד עם מצבי לחץ (בקרב התומכים שדיווחו שמוטל עליהם עומס כבד מאוד/כבד)	34	26	41	36

* $p < 0.05$ (דמנטיה קלה לעומת דמנטיה בינונית או קשה)
 ** $p < 0.05$ (דמנטיה קלה/בינונית לעומת דמנטיה קשה)

התמודדות עם בעיות זיכרון של הקשיש

קרוב לשלושה-רבעים התומכים שרואיינו (71%) דיווחו שהקשיש סובל מבעיות זיכרון. כחמישית (17%) מהתומכים שציינו כך, אמרו שהם קיבלו מידע כיצד להתמודד עם בעיות הזיכרון של הקשיש, ו/או מידע על שיטות היכולות אולי לשפר את יכולתו של הקשיש לזכור דברים (23% בקרב הלוקים בדמנטיה קשה, ו-9% בקרב הלוקים בדמנטיה בינונית וקלה $p < 0.05$).

כמחצית התומכים (51%) שדיווחו שלקשיש יש בעיות זיכרון, הביעו רצון לקבל יותר מידע (36% מכלל התומכים שרואיינו). שיעור התומכים שהביעו רצון זה היה גבוה יותר בקרב התומכים בקשישים עם דמנטיה בינונית (66%), או קשה (50%), לעומת התומכים בקשישים הלוקים בדמנטיה קלה (37%).

מידע על התרופות שהקשיש לוקח

רוב הקשישים (95%) נוטלים תרופות לפי הוראות רופא, ו-71% מתומכיהם אמרו שקיבלו הסברים על התרופות שהקשיש לוקח. שיעורם של אלה גבוה יותר בקרב התומכים של קשישים הלוקים בדמנטיה קשה (88%), לעומת בקרב תומכיהם של קשישים הלוקים בדמנטיה קלה ובינונית (66% ו-61%, בהתאמה, $p < 0.05$). בנוסף, 15% מהתומכים הביעו רצון לקבל מידע נוסף בנושא (17% מהתומכים הלוקים בדמנטיה קלה או בינונית ו-2% מהתומכים הלוקים בדמנטיה קשה). הנושאים העיקריים שהוזכרו על-ידם היו: כיצד התרופה עוזרת לקשיש, ותופעות הלוואי של התרופות.

התמודדות עם בעיות התנהגותיות של הקשיש

שבעים ואחד אחוזים מהתומכים שדיווחו שלקשיש יש לפחות בעיה התנהגותית אחת, כאשר שיעור זה עמד על 67% בקרב הלוקים בדמנטיה קלה או בינונית, ו-84% בקרב הלוקים בדמנטיה קשה ($p < 0.05$). בהשוואה בין דמנטיה קלה ובינונית לעומת דמנטיה קשה).

התומכים שדיווחו כך נתבקשו לציין האם קיימת בעיה התנהגותית שקשה להם להתמודד איתה. כ-42% מהתומכים (המהווים 28% מכלל התומכים) השיבו בחיוב. אך רק שליש (36%) מהם דיווחו שהם שוחחו עם איש מקצוע (בעיקר רופא המשפחה) על מנת לקבל מידע או הדרכה כיצד להתמודד עם בעיות אלה. הסיבות לכך שתומכים לא שוחחו עם איש מקצוע היו: ממילא אין מה לעשות (38%), אין לי זמן/כוח לפנות לאף אחד (24%), או אני לא יודע למי/לאן לפנות (19%).

כל התומכים שדיווחו שלקשיש יש לפחות בעיה התנהגותית אחת, נשאלו האם היו רוצים לקבל יותר מידע או הדרכה כיצד להתמודד עם הבעיות הללו. קרוב לשליש (29%) ציינו שהיו רוצים לקבל יותר מידע או הדרכה (21% מכלל התומכים שרואיינו). מתוכם, 31% בקרב תומכים המטפלים בלוקים בדמנטיה קלה, 39% בקרב התומכים בלוקים בדמנטיה בינונית ו-13% בקרב התומכים המטפלים בלוקים בדמנטיה קשה.

תקשורת עם הקשיש

כרבע התומכים (27%) דיווחו שיש להם קושי לתקשר/לשוחח עם הקשיש עקב סיבות הקשורות למצב בריאותו. מתוכם, 23% (המהווים 6% מכלל התומכים שרואיינו) מרגישים צורך בקבלת ייעוץ או הדרכה כיצד לתקשר עם הקשיש בצורה אפקטיבית יותר.

מידע על שירותים בקהילה

שבעים אחוזים מהתומכים אמרו שלא קיבלו מספיק מידע על השירותים בקהילה שיכולים לעזור לקשיש, ושיעורם עמד על 81% בקרב התומכים בלוקים בדמנטיה קשה, לעומת 61% ו-70%, בהתאמה, בקרב אלה המטפלים בלוקים בדמנטיה בינונית או בדמנטיה קלה.

ייעוץ משפטי

שלושה-עשר אחוזים מהתומכים מרגישים צורך לקבל ייעוץ משפטי בכל הקשור לטיפול בקשיש. הנושאים העיקריים שלגביהם התומכים הביעו רצון לקבל ייעוץ משפטי היו חוק סיעוד ואפטרופסות.

ייעוץ בנושא של התמודדות עם מצבי לחץ

כשליש התומכים (34%), ללא הבדלים מובהקים לפי רמת חומרת הדמנטיה של הקשיש, שדיווחו שהעומס המוטל עליהם כתוצאה מהטיפול בקשיש כבד מאוד או כבד, אמרו שהם היו רוצים לקבל הדרכה כיצד להתמודד עם מצבי לחץ הנובעים ממעורבותם בטיפול בקשיש (13% מכלל התומכים).

מידע על דמנטיה

כאמור, 20% מהתומכים דיווחו שרופא אמר להם שהקשיש סובל מדמנטיה. מתוכם, כרבע (28%) אמרו שלא קיבלו מספיק מידע על המחלה, על מאפייני המחלה, ועל שינויים בהתנהגות הקשיש ובתפקודו, היכולים להתרחש עם התקדמות המחלה. כאשר בוחנים ממצא זה לפי רמת חומרת הדמנטיה של הקשיש עולה כי 18% מהתומכים של קשישים עם דמנטיה בינונית ו-39% מהתומכים של אלה עם דמנטיה קשה, אמרו שלא קיבלו מספיק מידע. לאף אחד מהתומכים בקשיש עם דמנטיה קלה לא הייתה הרגשה זו. כאשר נשאלו אלו סוגי מידע היו רוצים לקבל, 41% היו רוצים לדעת כיצד להתמודד עם

המחלה באופן כללי, 38% ציינו שהיו רוצים לקבל מידע על שינויים או בעיות בהתנהגות היכולים להתרחש עם התקדמות המחלה, 38% על שינויים או בעיות בתפקוד היכולים להתרחש עם התקדמות המחלה, ו-20% הביעו עניין בכל סוגי המידע שיש על המחלה.

9.9 קבוצות תמיכה

אחד האמצעים לרכישת מידע על המחלה וקבלת הדרכה כיצד להתמודד עם בעיות שונות הנלוות לה, היא קבוצות תמיכה לבני משפחה המעורבים במתן טיפול לקשיש. קבוצות כאלה מופעלות כיום, למשל, על-ידי עמותת אלצהיימר ומחלות דומות. ראוי לציין ש-52% מהתומכים שדיווחו שרופא אמר להם שקרובם לוקה בדמנטיה לא שמעו על עמותה זו. נמצא, שאף אחד מהתומכים לא השתתף בשנה האחרונה בקבוצת תמיכה, אך שליש מהם (32%) הביעו עניין להשתתף, ללא הבדלים מובהקים לפי רמת חומרת הדמנטיה (32% מהתומכים בלוקים בדמנטיה קלה, 22% בלוקים בדמנטיה בינונית ו-37% בלוקים בדמנטיה קשה). נמצא קשר מובהק בין הרצון לקבל סוגי מידע שונים לבין רצון להשתתף בקבוצות תמיכה. למשל, 55% מהתומכים שהביעו רצון לקבל הדרכה בנושא של התמודדות עם בעיות התנהגותיות של הקשיש הביעו עניין להשתתף בקבוצת התמיכה, לעומת 23% מאלה שלא הביעו רצון לקבל מידע מסוג זה ($p < 0.01$). לא נמצא קשר בין רצון להשתתף בקבוצת תמיכה לבין מאפייני התומך (יחס קרבה לקשיש, הסדר מגורים של התומך ביחס לקשיש), ומאפייני הקשיש (רמת חומרת הדמנטיה, רמת מוגבלות וכד').

9.10 הוצאות פרטיות הקשורות לטיפול בקשיש

כל התומכים נשאלו האם בחודש האחרון היו לבני המשפחה של הקשיש ו/או לקשיש עצמו הוצאות הקשורות לטיפול בו, אשר לא יקבלו עליהן החזר מארגון כלשהו (לוח 38). כ-75% מהתומכים דיווחו על הוצאות בתחום אחד לפחות, ושיעורם עלה עם העלייה ברמת חומרת הדמנטיה של הקשיש, כאשר ההוצאה העיקרית שדווח עליה הייתה תרופות (63%).

לוח 38: התומכים שדיווחו על הוצאות פרטיות הקשורות לצורכי טיפול בקשיש (באחוזים)

סוג ההוצאה	סך-הכל	דמנטיה קלה	דמנטיה בינונית	דמנטיה קשה
תרופות*	63	58	60	84
רופא פרטי	12	6	20	14
מזון מיוחד	9	4	16	14
מכשירים/אבזרים/ציוד רפואי	10	6	10	19
הוצאות נסיעה לקבלת שירות רפואי	21	16	24	26
חיתולים, טיטולים, פדים**	15	6	10	38
הוצאות אחרות	22	14	26	33
הוצאה בתחום אחד לפחות*	75	66	77	95

* $p < 0.05$

** $p < 0.01$

9.11 העברת הקשיש למסגרת אחרת (מוסד או דיור מוגן)

כרבע (26%) התומכים חשבו על האפשרות להעביר את הקשיש לדיור מיוחד לקשישים כמו דיור מוגן (6%), בית אבות או מוסד סיעודי (20%) (לוח 39).

לוח 39: התומכים שדיווחו על האפשרות להעביר את הקשיש למסגרת אחרת, לפי רמת חומרת הדמנטיה של הקשיש (באחוזים)

דמנטיה קשה	דמנטיה בינונית	דמנטיה קלה	סך-הכל	חשבו להעביר את הקשיש ל:
2	8	6	6	דיוור מוגן
9	17	15	13	בית אבות
12	17	-	7	מוסד סיעודי או בית-חולים לחולים כרוניים
23	42	21	26	חשבו על אפשרות זו - סך-הכל

כאשר התומכים נתבקשו לציין מדוע חשבו על אפשרות זו, 38% אמרו שהם רוצים שיהיה לקשיש חברה, 38% כדי להוריד עומס מבני משפחה, 27% על מנת שלקשיש יהיה טיפול רפואי צמוד, ו-16% בגלל הידרדרות במצב הבריאות/נפשי של הקשיש. כאמור, כחמישית (20%) התומכים חשבו להעביר את הקשיש למוסד, אך לא נמצא קשר בין זה לבין תחושת עומס של התומך (לוח 40). לעומת זאת, נמצא קשר מובהק בין המחשבה להעביר את הקשיש למוסד, לבין יחס הקרבה של התומך, והסדר המגורים של התומך ביחס לקשיש. למשל, 28% מהתומכים שלא גרו עם הקשיש חשבו על אפשרות זו, לעומת 10% שגרו איתו. בנוסף, נמצא קשר מובהק בין המחשבה להעביר את הקשיש למוסד לבין גיל הקשיש, רמת המוגבלות ודפוסי ההתנהגות של הקשיש. למשל, 29% מהתומכים של קשישים המוגבלים ב-ADL חשבו על כך לעומת 8% מקרב התומכים של קשישים שעצמאים ב-ADL. מעניין לציין שנמצא קשר מובהק בין המחשבה להעביר את הקשיש למוסד לבין קבלת שירות של מטפלת. שיעור גבוה יותר מבין התומכים בקשישים עם מטפלת חשבו על האפשרות להעביר את הקשיש למוסד. כלומר, עצם קבלת שירות כזה אינה שוללת את האפשרות להעביר את הקשיש למוסד, ויכולה להצביע על כך שמידת העזרה אינה מספקת ושיש גורמים אחרים, חשובים יותר, שמשפיעים.

למרות שלא נמצא קשר מובהק בין המחשבה להעביר את הקשיש למסגרת מוסדית, לבין רמת חומרת הדמנטיה של הקשיש, שיעור התומכים שחשבו על אפשרות זו הוא הגבוה ביותר בקרב אלה המטפלים בקשיש עם דמנטיה בינונית. ייתכן שמי שמטפל בקשיש שעדיין לוקה בדמנטיה קלה, טרם התנסה בקשיים רבים מדי ולכן אינו שוקל (עדיין) להעביר את הקשיש למוסד, ומי שמטפל בקשיש הלוקה בדמנטיה קשה השלים עם המשך הטיפול בקשיש במסגרת ביתו, ולכן שתי קבוצות תומכים אלה אינן שוקלות (עדיין לא ואולי כבר לא) להעביר את הקשיש למוסד סיעודי.

כדי לבחון לאלו משתנים יש השפעה עצמאית על הסיכוי של הקשיש להיות בקבוצת סיכון למיסוד, ערכנו ניתוח רב-משתני מסוג רגרסיה לוגיסטית, שבו המשתנה התלוי היה המחשבה להעביר או לא להעביר את הקשיש למוסד (לוח 5 בנספח). מלוח זה ניתן ללמוד שהסיכויים להיות בקבוצת סיכון למיסוד גבוהים יותר בקרב קשישים בני 75 ומעלה, שמוגבלים ב-ADL ושיש להם בעיות התנהגותיות. ההשפעה העצמאית הגדולה ביותר על הסיכוי לעבור למוסד היא של גיל הקשיש. לקשישים בני 75 ומעלה יש סיכוי פי 23 גבוה יותר להיות בקבוצת סיכון למיסוד, לעומת קשישים צעירים יותר ($O.R=23.118$). בנוסף, לקשישים שמוגבלים ב-ADL ושיש להם בעיות התנהגותיות, יש סיכוי פי 4 גבוה יותר להיות בקבוצת סיכון למיסוד, לעומת קשישים שעצמאים ב-ADL ושאין להם בעיות התנהגותיות ($O.R=4.082$).

ו-O.R=4.098, (בהתאמה). גם כאשר התומך העיקרי אינו גר עם הקשיש, יש לקשיש סיכוי גבוה פי 6 להיות בקבוצת סיכון למיסוד, לעומת קשיש שהתומך העיקרי שלו גר איתו (O.R.= 5.952).

לוח 40: התומכים שדיווחו על האפשרות להעביר את הקשיש למוסד, לפי מאפייני התומך והקשיש (באחוזים)

לא חשבו על אפשרות זו	חשבו על אפשרות זו	סך-הכל	
80	20	100	סך-הכל
			התומך גר עם הקשיש**
90	10	100	כן
72	28	100	לא
			התומך הוא בן הזוג של הקשיש*
92	8	100	כן
76	24	100	לא
			מידת העומס המוטל על התומך
76	24	100	כבד מאוד/כבד
81	19	100	לא כל-כך/בכלל לא כבד
			גיל הקשיש**
100	0	100	69-65
98	2	100	74-70
79	21	100	79-75
70	30	100	84-80
69	31	100	85+
			רמת חומרת הדמנטיה
85	15	100	קלה
76	34	100	בינונית
79	21	100	קשה
			הקשיש מוגבל ב-ADL**
71	29	100	כן
92	8	100	לא
			לקשיש בעיות התנהגותיות לפי ה-NPI**
74	26	100	כן
93	7	100	לא
			ניתן להשאיר את הקשיש לבד בבית במשך חלק או כל שעות היום
83	17	100	כן
74	26	100	לא
			יש לקשיש שירות של מטפלת**
72	28	100	כן
90	10	100	לא

p<0.05*
p<0.01**

10. דפוסי השימוש בשירותים קהילתיים וצרכים לא מסופקים בקרב הקשישים הלוקים בדמנטיה ובני משפחותיהם: מבט לפי עיר

כאמור, המחקר נערך בשתי ערים - ירושלים וקריית גת - השונות זו מזו מבחינת גודל אוכלוסיית הקשישים, הרכבה והיקף וסוגי השירותים הזמינים לקשישים. בפרק זה נציג את ממצאי המחקר הנוגעים לדפוסי השימוש בשירותי הטיפול הממושך, הרווחה והבריאות, וצרכים לא מסופקים בקרב הקשישים הלוקים בדמנטיה ובני משפחותיהם לפי עיר מגוריהם, ונצביע על ההבדלים הבולטים הקיימים בין שתי הערים

10.1 דפוסי השימוש בשירותים קהילתיים וצרכים לא מסופקים בקרב הלוקים בדמנטיה

חוק סיעוד

מלוח 41 עולה שתומכיהם של רוב הקשישים הלוקים בדמנטיה, בשתי הערים, יודעים על קיומו של חוק סיעוד (85% בירושלים ו-97% בקריית גת), אך שיעור גבוה יותר מהתומכים בקריית גת דיווחו שהקשישים או בני משפחותיהם פנו אל הביטוח הלאומי בבקשה לקבל עזרה במסגרת החוק, ושיעור גבוה יותר מהם דיווחו שהקשיש מקבל עזרה במסגרת החוק (77% לעומת 52% בירושלים). אחד ההסברים לכך הוא ששיעור המוגבלים בטיפול אישי (ADL) גבוה יותר בקריית גת מאשר בירושלים (69% ו-55%, בהתאמה, $p < 0.05$). יש לציין, שבשתי הערים שיעור הקשישים המקבלים עזרה במסגרת חוק סיעוד עולה עם העלייה ברמת חומרת המחלה (בירושלים: 40%, 59% ו-74% לדמנטיה קלה, בינונית וקשה, בהתאמה, $p < 0.01$; ובקריית גת: 43%, 85% ו-91% לדמנטיה קלה, בינונית וקשה, בהתאמה, $p < 0.05$).

לוח 41: דפוסי שימוש בחוק סיעוד של הביטוח הלאומי בקרב בני 65+ הלוקים בדמנטיה, לפי עיר (באחוזים)

קריית גת	ירושלים	סך-הכל	
97	85	88	יודע על חוק סיעוד של הביטוח הלאומי
89	67	70	פנו בבקשה לקבלת עזרה מחוק סיעוד*
			האם הבקשה אושרה? **
77	52	56	כן, והקשיש מקבל עזרה
3	4	3	כן, אך הקשיש עדיין לא מקבל עזרה
-	4	3	עדיין לא קיבלו תשובה
9	7	8	הבקשה לא אושרה
11	33	30	לא פנו בבקשה

* $p < 0.05$
** $p < 0.01$

מטפלת ועוזרת בית

נמצא ששיעור הקשישים שיש להם מטפלת גבוה יותר בקריית גת מאשר בירושלים (77% ו-52%, בהתאמה, $p < 0.01$), וזה נובע כנראה מכך ששיעור גבוה יותר מקרב הקשישים בקריית גת מקבלים שירותים במסגרת חוק סיעוד. מבחינת צרכים לא מסופקים, 36% מהתומכים בקריית גת ו-44%

מהתומכים בירושלים דיווחו שיש לקשיש צורך ביותר עזרה של מטפלת: 28% בקריית גת ו-27% בירושלים דיווחו על הצורך של הקשיש לתוספת שעות עזרה; ו-8% בקריית גת ו-17% בירושלים דיווחו שאין לקשיש מטפלת, אולם הוא זקוק לה.

ל-19% מהלוקים בדמנטיה הגרים בירושלים יש עוזרת בית, לעומת ל-3% מאלה הגרים בקריית גת (p<0.01), ויותר תומכים אמרו שהקשיש זקוק לשירות בקריית גת מאשר בירושלים (55% ו-30%, בהתאמה, p<0.05).

שירותי רווחה

מלוח 42 עולה, ששיעור הלוקים בדמנטיה מירושלים שביקרו בשלושת החודשים האחרונים במסגרת חברתית (מועדון לקשיש, מרכז יום, מתנ"ס וכד') גבוה פי שלוש משיעורם בקריית גת. מטבע הדברים, שיעור התומכים מקריית גת שחשבו שרצוי שהקשיש יבקר במסגרת חברתית היה הרבה יותר גבוה מאשר בירושלים (66% ו-34% בהתאמה).

לוח 42: דפוסי שימוש בשירותי רווחה בקרב בני +65 הלוקים בדמנטיה, לפי עיר (באחוזים)

קריית גת	ירושלים	סך-הכל	
			ביקרו במסגרת חברתית ב-3 החודשים האחרונים:
9	31	26	כן **
66	34	40	לא, אך רצוי שיבקר
25	35	34	לא, ולא צריך שיבקר
49	38	41	נפגש עם עובדת סוציאלית בשנה האחרונה
6	6	6	מתנדב מבקר אצל הקשיש
			האם רצוי שמתנדב יבקר/יבקר יותר*
63	47	50	כן
37	53	50	לא
			שירות ארוחות מוכנות הביתה
3	7	6	כן
17	6	9	לא, אך זקוק לשירות
80	87	85	לא, ולא זקוק לשירות
0	4	3	מקבל שירותי כביסה (לא על-ידי עוזרת בית)
			לחצן מצוקה
36	42	41	יש
35	44	42	לא, ואין צורך במכשיר
29	14	17	לא, ויש צורך במכשיר*
46	23	27	דרושים שינויים בדירה של הקשיש**

* p<0.05

** p<0.01

שלושים ושמונה אחוזים מהקשישים בירושלים, ו-49% מאלה הגרים בקריית גת, נפגשו עם עו"ס במהלך השנה האחרונה. חשוב לציין ש-33% מכלל התומכים בקריית גת היו בדעה שהקשיש זקוק כיום לקשר עם עו"ס, לעומת 13% מכלל התומכים בירושלים.

רק 6% מהקשישים בשתי הערים זוכים לביקורו של מתנדב, אולם הביקוש לביקורי בית על-ידי מתנדב גבוה יותר בקריית גת מאשר בירושלים (63% ו-47%, בהתאמה). רק 6% מהקשישים משתמשים בשירות שמספק ארוחות מוכנות לבית הקשיש, אולם שיעורם כפול בירושלים לעומת קריית גת. קרוב לחמישית (17%) התומכים בקריית גת, לעומת 6% מהתומכים בירושלים מעוניינים שהקשיש יקבל שירות זה. גם שיעור הקשישים הזקוקים ללחצן מצוקה והתאמת תנאי הדיור גבוה יותר פי שניים בקריית גת מאשר בירושלים (לוח 42).

לוח 43: דפוסי שימוש בשירותי בריאות בקרב בני +65 הלוקים בדמנטיה, לפי עיר (באחוזים)

קריית גת	ירושלים	סך-הכל	
רופא משפחה (מועד הפגישה האחרונה)			
51	49	50	שבועיים אחרונים
23	21	21	חודש אחרון
23	26	25	מעל חודש לשנה
3	4	4	לפני יותר משנה
אחות המרפאה (מועד הפגישה האחרונה)			
43	39	40	שבועיים אחרונים
20	17	17	חודש אחרון
31	22	25	מעל חודש לשנה
3	6	5	לפני יותר משנה
3	16	14	אף פעם
בשנה האחרונה נפגש עם:			
20	23	20	רופא פרטי
9	14	13	פסיכיאטר
23	23	23	נוירולוג
23	32	30	פיזיותרפיסטית
3	5	5	מרפא בעיסוק
6	12	11	תזונאית
צורך של הקשיש בקשר עם בעלי מקצוע פרה-מקצועיים:			
44	27	30	טיפול פיזיותרפיה
48	21	27	מרפא בעיסוק **
26	15	17	תזונאית
15	-	3	מרפא בדיבור **
44	23	26	מכשור אורתופדי*
38	24	26	מכשור רפואי
אשפוז בחצי השנה האחרונה			
34	28	30	
ביקור בחדר מיון בחצי השנה האחרונה			
23	25	25	

* p<0.05

** p<0.01

שירותי בריאות

מלוח 43 לעיל עולה שהרוב המכריע של הקשישים בשתי הערים, נפגשו (במרפאה או בבית) עם רופא המשפחה במהלך השנה האחרונה (97% בקריית גת ו-96% בירושלים). כמו-כן, רובם היו במגע עם אחות

המרפאה במהלך השנה האחרונה (94% בקריית גת ו-78% בירושלים). כחמישית הקשישים בשתי הערים נפגשו עם רופא פרטי במהלך השנה האחרונה, ולא נמצאו הבדלים משמעותיים בין שתי הערים בשיעור הקשישים שהיו במגע עם רופא מומחה (פסיכיאטר או נוירולוג), או עם בעלי מקצוע פרה-רפואיים (למשל, פיזיותרפיסט או תזונאית) במהלך השנה האחרונה. אך שיעור יותר גבוה מהתומכים של קשישים מקריית גת הצביעו על הצורך של הקשיש לקשר עם בעלי מקצוע פרה-רפואיים שונים. למשל, 44% מכלל התומכים בקריית גת, לעומת 27% מהתומכים בירושלים, היו בדעה שהקשיש זקוק לטיפול פיזיותרפיה. גם בבחינת צרכים לציוד אורתופדי (למשל, ציוד עזר לניידות), ולמכשור רפואי (למשל, משקפיים ומכשירי שמיעה), עולה כי שיעור הקשישים עם צרכים לא מסופקים גבוה יותר בקריית גת מאשר בירושלים. לבסוף, לא נמצאו הבדלים בין הערים בשיעור הקשישים שאושפזו או שביקרו בחדר מיון במשך חצי השנה האחרונה.

10.2 צרכים לא מסופקים בקרב התומכים

גם בבחינת צורכיהם של התומכים בקשישים הלוקים בדמנטיה, מתקבלת תמונה לפיה בקריית גת נמצאו יותר צרכים לא מסופקים מאשר בירושלים. בבחינת צורכי מידע והדרכה, נמצא כי שיעור התומכים בקריית גת שהביעו רצון לקבל מידע והדרכה בתחומים שונים היה גבוה יותר מאשר בקרב התומכים בירושלים (לוח 44).

לוח 44: התומכים עם צרכים לא מסופקים בתחומים של מידע, הדרכה ושירותים תומכים אחרים, לפי עיר (באחוזים)

קריית גת	ירושלים	סך-הכל	
66	47	51	רוצה מידע/הדרכה כיצד להתמודד עם בעיות זיכרון של הקשיש (בקרב התומכים שדיווחו שלקשישים בעיות זיכרון)
33	28	29	רוצה מידע/הדרכה כיצד להתמודד עם בעיות התנהגותיות של הקשיש (בקרב התומכים שדיווחו שלקשיש בעיות התנהגותיות)
15	15	15	רוצה מידע על תרופות שהקשיש לוקח
27	9	12	רוצה לקבל ייעוץ משפטי**
43	17	21	רוצה הדרכה כיצד לתקשר עם הקשיש (בקרב התומכים שדיווחו שקשה להם להתקשר עם הקשיש)
71	69	70	רוצה לקבל מידע על שירותים קהילתיים לקשיש
50	28	32	רצון להשתתף בקבוצת תמיכה*
47	25	29	נכונות להשתמש בשירות נופשון*

* p<0.05

** p<0.01

למשל, 66% מהתומכים בקריית גת, לעומת 47% מהתומכים בירושלים, שדיווחו שלקשיש בעיות זיכרון הביעו עניין לקבל מידע כיצד להתמודד עם בעיות אלו. בנוסף, מעל לרבע (27%) התומכים בקריית גת, לעומת 9% מהתומכים בירושלים, הביעו רצון לקבל ייעוץ משפטי. שיעור דומה מבין התומכים בשתי הערים הביעו רצון לקבל מידע על השירותים בקהילה שיכולים לעזור לקשיש. בבחינת צרכים לא מסופקים לשירותים, שיעור התומכים שהביעו נכונות להשתמש בשירותי נופשון כדי לשחרר אותם

לתקופה קצרה מהטיפול בקשיש היה כמעט כפול בקריית גת מאשר בירושלים (47% ו-25%, בהתאמה). זאת ועוד, למרות שאף אחד מהתומכים לא השתתף בקבוצת תמיכה בשנה האחרונה, הרבה יותר תומכים בקריית גת הביעו רצון להשתתף בקבוצה כזו מאשר בירושלים (50% ו-28%, בהתאמה).

ביבליוגרפיה

- באר, ש. 2004. מפקד ארצי של דיירי המוסדות לטיפול ממושך 1999-2000, ומגמות בדפוסי המיסוד של האוכלוסייה הקשישה, 1983-2000. דמ-429-04. גוינט-מכון ברוקדייל, ירושלים.
- באר, ש. 1999. **הקשישים בישראל: עובדות ומספרים**: משאב, מאגר מידע ארצי לתכנון בתחום הזיקנה. גוינט-מכון ברוקדייל ואשל, ירושלים.
- באר, ש.; ברודסקי, ג'. 2001 **"הקשישים בישראל - אוכלוסייה, שיעורי מוגבלות ואומדני צרכים לשירותים נבחרים: 1999-2010**. ת-117-01. גוינט-מכון ברוקדייל, ירושלים.
- ברודסקי, ג'.; ורטמן, א.; קינג, י.; בנטור, נ.; צ'חמיר, ס. 2004. "מאפיינים וצרכים של קשישים חולי דמנטיה שחיים בקהילה, ושל בני משפחותיהם". **מוסף הזמן השלישי - מגזין הגמלאים בישראל מקבוצת מוקד אנוש**. מוסף מס' 1, עמ' 10.
- ברודסקי, ג'.; שנוור, י.; באר, ש. 2004. **קשישים בישראל, שנתון סטטיסטי 2003**. פמ-57-04. משאב, מאגר מידע ארצי לתכנון בתחום הזיקנה. מאיירס-גוינט-מכון ברוקדייל ואשל, ירושלים.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. 1997. **סקר בני +60** (קובץ נתונים). ירושלים.
- ורטמן, א. 2000. **פרוטוקול להערכה נזיר-התנהגותית-קוגניטיבית**. האגף הנזיר-פסיכוגריאטרי/המרפאה ההתנהגותית. בית-חולים הרצוג ירושלים (מסמך פנימי)
- ליבוביץ, א.; שפירא, א.; חבוט, ב. 1994. "האפידמיולוגיה של השיטיון". **גרונטולוגיה** 64 : 5-10.
- עמותת אלצהיימר ומחלות דומות בישראל, **עלון העמותה**. דצמבר 2002.
- קינג, י.; ברודסקי, ג'.; ורטמן, א.; בנטור, נ.; צ'חמיר, ס. 2004. "גם למשפחה דרושה תמיכה". **הגיל החדש** כתב-עת בהוצאת פז - הרשות לפרישה ולזקנה ואשל 93 : 6-8.
- Alzheimer's Association (United States). 2004. **From Hopeless to Hopeful - 2004 National Public Policy Program to Conquer Alzheimer's Disease**. Chicago, Ill. www.alz.org
- Alzheimer's Association (United States). 2002. **Alzheimer's Disease: The Costs to U.S. Businesses in 2002**. Chicago, Ill. www.alz.org
- Alzheimer's Association (United States) and the National Alliance for Caregiving. 1999. **Who Cares? Families Caring for Persons with Alzheimer's Disease**. Chicago, Ill. www.alz.org
- Alzheimer's Australia.
<http://www.alzheimers.org.au/>
- Alzheimer's Disease International. 2002. **Factsheet No. 3 - The Prevalence of Dementia**.
<http://www.alz.co.uk>
- Alzheimer's Scotland. 2004. **Making the Journey Brighter: Early Diagnosis and Support Services for People with Dementia and their Carers**. <http://www.alzscot.org>

American Psychiatric Association. 1987. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd ed. rev. (DSM-III-R, 1987)* American Psychiatric Association, Washington., DC.

American Psychiatric Association. 1994. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. (DSM-IV, 1994)* American Psychiatric Association, Washington, DC.

Archibald, C. 1996. *A Moveable Feast: Different Examples of Respite Care Provision for People with Dementia and Their Carers*. Dementia Services Development Centre, University of Stirling, U.K.

Audit Commission for Local Authorities and the National Health Service in England and Wales. 2000. *Forget Me Not - Mental Health Services for Older People*. Holbrook's Printer's Ltd., Portsmouth, U.K.

Bachman, D.L.; Wolf, P.A.; Linn, R.; Knoefel, J.E.; Cobb, J.; Belanger, A.; D'Agostino, R.B.; and White, L.R. 1992. "Prevalence of Dementia and Probable Senile Dementia of the Alzheimer Type in the Framingham Study". *Neurology* 42(1):115-119.

Barberger-Gateau, P.; Commenges, D.; Gagnon, M.; Letenneur, L.; Sauvel, C.; and Dartigues, J-F. 1992. "Instrumental Activities of Daily Living as a Screening Tool for Cognitive Impairment and Dementia in Elderly Community Dwellers". *Journal of the American Geriatric Society* 40:1129-1134.

Beeri, M.S.; Werner, P.; Adar, Z.; Davidson, M.; and Noy, S. 2002. "Economic Cost of Alzheimer's Disease in Israel". *Journal of Alzheimer's Disease and Associated Disorders* 16(2):73-80.

Bird, M.; and Parslow, R. 2001. "Consultancy Report to the Alzheimer's Association of Australia". *Centre for Mental Health Research* Australian National University, Canberra.

Black, K.; LoGiudice, D.; Ames, D.; Barber, B.; and Smith, R. 2001. *Diagnosing Dementia*. Report for Alzheimer's Association, Australia. University of Melbourne, Melbourne.

Blakeman, T.M.; Comino, E.J.; Zwar, N.A.; and Harris, M.F. 2001. "Evaluating the Introduction of the Enhanced Primary Care 75+ Annual Health Assessments". *Australian Family Physician* 30:1004-1009.

Bland, R.C.; and Newman, S.C. 2001. "Mild Dementia or Cognitive Impairment: The Modified Mini-mental State Examination (3MS) as a Screen for Dementia". *Canadian Journal of Psychiatry* 46:506-510.

Boustani, M.D.; Peterson, B.; Hanson, L.; Harris, R.; and Lohr, K.N. 2003. "Screening for Dementia in Primary Care: A Summary of the Evidence for U.S. Preventive Task Force". *Annals of Internal Medicine* 138(11):927-937.

Boustani, M.; Peterson, B.; and Hanson L. 2002. *Screening for Dementia: A Systematic Evidence Review*. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD.
www.ahrq.gov/clinic/serfiles.htm

Bowirrat, A.; Treves, T.A.; Friedland, R.P.; and Korczyn, A.D. 2001. "Prevalence of Alzheimer's Type Dementia in an Elderly Arab Population". *European Neurology* 8:119-123.

Bravo, G.; and Rejean, H. 1997. "Age and Education Specific Reference Values for the Min-Mental and Modified Mini-Mental State Examinations Derived from a Non-demented Elderly Population". *International Journal of Geriatric Psychiatry* 12:1008-1018.

Brink, T.L.; Yesavage, J.A.; Lum, O.; Heersema, P.H; Adey, M.; and Rose, T.L. 1982. "Screening Tests for Geriatric Depression". *Clinical Gerontologist* 1(1):37-42.

Burholt, V.; Wenger, G.C.; and Scott, A. 1997. "Dementia, Disability and Contact with Formal Services: A Comparison of Dementia Sufferers and Non-sufferers in Rural and Urban Settings". *Health and Social Care in the Community* 5(6):384-397.

Callahan, C.M.; Hendrie, H.C.; and Tierney, W.M. 1995. "Documentation and Evaluation of Cognitive Impairment in Elderly Primary Care Patients". *Annals of Internal Medicine* 122(6): 422-429.

Canadian Study of Health and Aging. 1994. "Patterns of Caring for People with Dementia in Canada". *Canadian Journal on Aging* 13(4):470-487.

Caserta, M.S.; Lund, D.A.; Wright, S.D.; and Redburn, D.E. 1987. "Caregivers to Dementia Patients: The Utilization of Community Services". *Gerontologist* 27(2):209-214.

Challis, D.; von Abendorff, R.; Brown, P.; Chesterman, J.; and Hughes, J. 2002. "Care Management, Dementia Care and Specialist Mental Health Services: An Evaluation". *International Journal of Geriatric Psychiatry* 17(4):315-325.

Chenoweth, B.; and Spencer, B. 1986. "Dementia: The Experience of Family Caregivers". *Gerontologist* 26(3):267-272.

Cherry, L.D. 1999. "Dementia Services in Managed Care: Issues and Trends" *Generations* 23(3): 24-29.

Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease. 1992. *Assessment Packet for Probable Alzheimer's Disease (CERAD)*.

Corrada, M.; Brookmeyer, R.; and Kawas, C. 1995. "Sources of Variability in Prevalence Rates of Alzheimer's Disease". *International Journal of Epidemiology* 24(5):1000-1005.

Costa, P.T.; Williams, T.F.; Somerfield, M.; Albert, M.S.; Butters, N.M.; Folstein, M.F.; Gilman, S.; Gurland, B.J.; Gwyther, L.P.; Heyman, A.; Kaszniak, A.W.; Katz, I.R.; Levy, L.L.; Emerson Lombardo, N.; Orr-Rainey, N.K.; Phillips, L.R.; Storandt, M.; Tangalos, E.G.; and Wykle, M.L. 1996. "Early Identification of Alzheimer's Disease and Related Dementias" *Clinical Practice Guideline No. 19*, AHCPR Publication No. 97-0703 (19):1-28. <http://www.ahcpr.gov/>

Cox, C.; and Albusu, K. 2001. "Alzheimer's Connections Demonstration Program: Instituting a National Case Management Program". *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias* 16(5):279-284.

Cummings, J.L.; and Benson D.F. 1992. *Dementia: A Clinical Approach*, Butterworth-Heinemann, Boston.

- Cummings, J.L.; and McPherson, S. 2001 "Neuropsychiatric Assessment of Alzheimer's Disease and Related Disorders". *Aging-Clinical and Experimental Research* 13(9):240-246
- Cummings, J.L.; Mega, M.; Gray, K.; Rosenberg-Thompson, S.; Carusi, D.A.; and Gornbein, P.H. 1994. "The Neuropsychiatric Inventory: Comprehensive Assessment of Psychopathology in Dementia". *Neurology* 44: 2308-2314.
- Davis, K.L.; Marin, D.B.; Kane, R.; Patrick, D.; Peskind, E.R.; Raskind, M.A.; and Puder, K.L. 1997. "The Caregiver Activity Survey (CAS): Development and Validation of a New Measure for Caregivers of Persons with Alzheimer's Disease". *International Journal of Geriatric Psychiatry* 12(10):978-988.
- Downs, M.; Liffe, S.; Turner, S.; Bryans, M.; Wilcock, J.; Keady, J.; Levin, E.; and O'Carroll, R.E. 2002. "Improving the Response of Primary Care Practitioners to People with Dementia and Their Families: The Effectiveness of Educational Interventions". *Gerontologist* 42(S1):S66-67.
- Duncan, B.; and Siegal, A. 1998. "Early Diagnosis and Management of Alzheimer's Disease". *Journal of Clinical Psychiatry* 59(Suppl. 9):15-21.
- Dunkin, J.J.; and Anderson-Hanley, C. 1998. "Dementia Caregiver Burden: A Review of the Literature and Guidelines for Assessment and Intervention". *Neurology* 51(1):S53-S60.
- Dupuis, S.L.; Epp, T.; and Smale, B. 2004. *Caregivers of Persons with Dementia: Roles, Experiences, Supports, and Coping*. Murray Alzheimer Research and Education Program, University of Waterloo, Canada.
- Dupuis, S.L.; and Smale, B. 2004. *In Their Own Voices: Dementia Caregivers Identify the Issues - Stage 2: The Focus Groups*. Murray Alzheimer Research and Education Program, University of Waterloo, Canada.
- Dziegielewski, S.; and Ricks, J. 2000. "Adult Day Programs for Elderly Who Are Mentally Impaired and the Measure of Caregiver Satisfaction". *Activities, Adaptation and Aging* 24:51-64.
- Ebly, E.M.; Parhad, I.M.; Hogan, D.B.; and Fung, T.S. 1994. "Prevalence and Types of Dementia in the Very Old: Results from the Canadian Study of Health and Aging". *Neurology* 44(9):1593-1600.
- Erkinjuntti, T.; Østbye, T.; Steenhuis, R.; and Hachinski, V. 1997. "The Effect of Different Diagnostic Criteria on the Prevalence of Dementia". *The New England Journal of Medicine* 337(23):1667-1674.
- Evans, D.A.; Funkenstein, H.H.; Albert, M.S.; Scherr, P.A.; Cook, N.R.; Chown, M.J.; Hebert, L.E.; Hennekens C.H.; and Taylor, J.O. 1989 "Prevalence of Alzheimer's Disease in a Community Population of Older Persons". *Journal of the American Medical Association* 262(18):2551-2556.
- Farrag, A-K.F.; Farwiz, H.M.; Khedr, E.H.; Mahfouz, R.M.; and Omran, S.M. 1998. "Prevalence of Alzheimer's Disease and Other Dementing Disorders: Assiut-Upper Egypt Study". *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders* 9(6):323-328.

Feldman, H.; Brodsky, J.; King, Y.; Clarfield, M.; and Dwolatzky, T. 2004. "An Estimate of the Prevalence of Dementia among Residents of Long-term Care Geriatric Institutions in the Jerusalem Area". (unpublished).

Fillet, H.; Knopman, D.; Cummings, J.; and Appel, F. 1999a. "Opportunities for Improving Managed Care for Individuals with Dementia: Part 1- The Issues". *American Journal of Managed Care* 5(3): 309-315.

Fillet, H.; Knopman, D.; Cummings, J.; and Appel, F. 1999b. "Opportunities for Improving Managed Care for Individuals with Dementia: Part 2 - A Framework for Care". *American Journal of Managed Care* 5(3):317-324.

Finkel, S. (ed.) 1998. *Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia - Educational Pack*. Gardiner-Caldwell Communications Ltd., United Kingdom.

Folstein, M.F.; Folstein, S.E.; and McHugh, P.R. 1975. "Mini-Mental State: A Practical Method for Grading the Cognitive Status of Patients for the Clinician". *Journal of Residential Psychiatry* 12: 189-198.

Folstein, M.F. 1983. "The Mini-Mental State Examination". In: *Assessment in Geriatric Psychopharmacology*. Crook, T.; Ferris, S.; and Bartus, R. (eds.) Mark Pouley Associates, New Canaan, Conn.

Fortinsky, R.H.; and Hathaway, T.J. 1990. "Information and Service Needs among Active and Former Family Caregivers of Persons with Alzheimer's Disease". *Gerontologist* 30(5):604-609.

Fratiglioni, L.; Grut, M.; Forsell, Y.; Viitanen, M.; Grafstrom, M.; Holmen, K.; Ericsson, K.; Backman, L.; Ahlbom, A.; and Winblad, B. 1991 "Prevalence of Alzheimer's Disease and Other Dementias in an Elderly Urban Population: Relationship with Age, Sex and Education". *Neurology* 41(12):1886-1892.

George, L.K.; and Gwyther, L. 1986. "Caregiver Well-Being: A Multidimensional Examination of Family Caregivers of Demented Adults". *Gerontologist* 26(3):253-259.

Giacobini, E. 1997. "Alzheimer's Disease: How Common is it and what are the Symptoms". Alzheimer Insights Special Edition, ISSN-B60-8497 p 2-5. Gardiner-Caldwell Communications Ltd., Victoria Mill, U.K.

Gill, C.E.; Hinrichsen, G.A.; and DiGuiseppe, R. 1998. "Factors Associated with Formal Service Use by Family Members of Patients with Dementia". *Journal of Applied Gerontology* 17(1):38-52.

Gottlieb, B.; and Johnson L. 2000. "Respite Programs for Caregivers of Persons with Dementia: A Review with Practice Implications". *Aging and Mental Health* 4:119-129.

Harper, S.; and Lund, D. 1990. "Wives, Husbands and Daughters Caring for Institutionalized and Non-institutionalized Dementia Patients: Toward a Model of Caregiver Burden". *International Journal of Aging and Human Development* 30(4):241-262.

- Harvey, R.J.; Lovestone, S.; Wilkinson, D.G.; Cummings, J.; and McKeith, G. (eds.). 1999. *Outcome Measures in Alzheimer's Disease*. Martin Dunitz Ltd., United Kingdom.
- Henderson, A.S. 1994. *Epidemiology of Mental Disorders and Psychological Problems - Dementia*. World Health Organization, Geneva.
- Henderson, A.S. 1986. "The Epidemiology of Alzheimer's Disease". *British Medical Bulletin* 42:3-10.
- Henderson, A.S.; and Jorm A.F. 2000. "Definition and Epidemiology of Dementia: A Review". In: *Dementia*. Maj, M.; and Sartorius, N. (eds.), John Wiley and Sons, Ltd. London.
- Herbert, L.E.; Scherr, P.A.; Evans, D.A.; Bienies, J.L.; and Bennett, D. 2003. "Alzheimer's Disease in the U.S. Population, Prevalence Estimates Using 2000 Census". Archives of *Neurology* 60(8):1119-1122.
- Hofmann, A.; Rocca, W.A.; Brayne, C.; and Cooper, B. 1991. "The Prevalence of Dementia in Europe: A Collaborative Study of 1980-1990 Findings. EURODEM Prevalence Research Group". *International Journal of Epidemiology* 20:736-748.
- Hux, M.J.; O'Brien, B.J.; Iskedjian, M.; Goeree, R.; Gagnon M.; and Gauthier, S. 1998. "Relation between Severity of Alzheimer's Disease and Costs of Caring". *Canadian Medical Association Journal* 159(5):457-465.
- Ilfie, S.; Wilcock J.; Austin, T.; Walters, K.; Rait, G.; Turner, S.; Bryans, M.; and Downs, M. 2002. "Dementia Diagnosis and Management in Primary Care: Developing and Testing Educational Models". *Dementia* 1(1):11-23.
- Ineichen, B. 1987. "Measuring the Rising Tide: How Many Dementia Cases Will There Be by 2001?" *British Journal of Psychiatry* 150:193-200.
- Jorm, A.F; Korten, A.E.; and Henderson, A.S. 1987. "The Prevalence of Dementia: A Quantitative Integration of the Literature" *Acta Psychiatrica Scandinavica* 76:465-479.
- Juva, K.; Makela, M.; Erkinjuntti, T.; Sulkava, R.; Ylikoski, R.; Valvanne, J.; and Tilvis, R. 1997. "Functional Assessment Scales in Detecting Dementia". *Age and Ageing* 26:393-400.
- Katzman, R. 1993. "Education and the Prevalence of Dementia and Alzheimer's Disease". *Neurology* 43:13-20.
- Korczyn, A.D. 1991. "Creutzfeldt-Jakob Disease among Libyan Jews". *European Journal of Epidemiology* 7(5):490-493.
- Langa, K.M.; Chernew, M.; Kabeto, M.; Herzog, A.R.; Ofstedal, M.B.; Willis, R.; Wallace, R.; Mucha, L.; Straus, W.; and Feridick, A.M. 2001. "National Estimates of the Quantity and Cost of Information Caregiving for the Elderly with Dementia" *Journal of General Internal Medicine* 16(11):770-778.
- Lawton, M.P; and Brody, E.M. 1969. "Assessment of Older People: Self-maintaining and Instrumental Activities of Daily Living". *Gerontologist* 9:179-186.

- Leon, J.; Cheng, C.K.; and Neumann, P.J. 1998. "Alzheimer's Disease Care: Costs and Potential Savings" *Health Affairs* 17(6):206-216.
- Levy, M.L.; Cummings, J.L.; and Kahn-Rose, L. 1999. "Neuropsychiatric Symptoms and Cholinergic Therapy for Alzheimer's Disease". *Gerontology* Supplement 1:15-22.
- Lieberman, M.A.; and Kramer J.H. 1991 "Factors Affecting Decisions to Institutionalize Demented Elderly". *Gerontologist* 31(3):371-374.
- MacIntyre, I.; Corradetti, P.; Roberts, J.; Browne, G.; Watt, S.; and Lane, A. 1999. "The Enhancement of Social Support, Life Satisfaction and Health of Frail Elderly in a Friendly Visitor Volunteer Program". *Health and Social Care in the Community* 7(3):1-4.
- Manubens, J.M.; Martínez Lage, J.M.; Lacruz, F.; Muruzabal, J.; Larumbe, R.; Guarch, C.; Sarrasqueta, P.; Martínez-Lage, P.; and Rocca, W.A. 1995. "Prevalence of Alzheimer's Disease and Other Dementing Disorders in Pamplona, Spain". *Neuroepidemiology* 14: 155-164.
- Marin, D.B.; Swell, C.M.; and Schlechter, A. 2002. "Alzheimer's Disease: Accurate and Early Diagnosis in the Primary Care Setting". *Geriatrics* 57(2):36-43.
- Massachusetts Alzheimer's Association and the Massachusetts Office of Elder Affairs. 2002. *Alzheimer's on the Rise in Massachusetts*. www.alzmass.org/prevalence2000.htm
- McDaid, D. 1998. "The Challenge of Dementia: Caring for the Carers". *Eurohealth* 4(3):11-14.
- McDowell, I. 2001. "Alzheimer's Disease: Insights from Epidemiology". *Aging - Clinical and Experimental Research* 13(3):143-162.
- McDowell, I.; Kristjansson, B.; Hill, G.B.; and Herbert, R. 1997. "Community Screening for Dementia: The Mini-Mental State Exam (MMSE) and Modified Mini-Mental State Exam (3MS) Compared". *Journal of Clinical Epidemiology* 50(4):377-383.
- McDowell, I.; and Lindsay, J. 1994. "Canadian Study of Health and Aging: Study Methods and Prevalence of Dementia". *Canadian Medical Association Journal* 150(6):899-913.
- McFarland, P.; and Sanders, S. 1999. "Male Caregivers: Preparing Men for Nurturing Roles". *American Journal of Alzheimer's Disease* 14:278-282.
- McKhann, G.; Drachman, D.; Folstein, M.F.; Katzman, R.; Price, D.; and Stadlan, E.M. 1984. "Clinical Diagnosis of Alzheimer's Disease: Report of the NINCDS-ADRDA Work Group under the Auspices of Department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer's Disease". *Neurology* 34(7):939-944.
- McKinlay, J.B.; Crawford, S.L.; and Tennstedt, S.L. 1995. "The Everyday Impacts of Providing Informal Care to Dependent Elders and Their Consequences for the Care Recipients". *Journal of Aging and Health* 7(4):497-528.

Medical Research Council - Cognitive Function and Ageing Study. 1998. "Cognitive Function and Dementia in Six Areas of England and Wales: The Distribution of MMSE and GMS Organicity Level in the MRC-CFA Study". *Psychological Medicine* 28:319-335.

Miller, R. 1999. "Effects of the Medicare Alzheimer's Disease Demonstration on Nursing Home Entry". *Health Services Research*.

Montgomery, R. (ed.). 2002. *A New Look at Community-based Respite Programs: Utilization, Satisfaction, and Development*. Haworth Press Inc., New York.

Morris, J.C.; Storandt, M.; Miller, J.P.; McKeel, D.W.; Price, J.L.; Rubin, E.H.; and Berg, L. 2001 "Mild Cognitive Impairment Represents Early-Stage Alzheimer's Disease". *Archives of Neurology* 58(3):397-405.

National Advisory Council on Aging. 1996. *Aging Vignettes # 34-50, Dementia in Canada*. Ottawa.

National Alliance for Caregiving and the American Association of Retired Persons. 1997. *Family Caregiving in the U.S.: Findings from a National Survey. Final Report*. Bethesda, MD.

National Institute on Aging and National Institute of Health. 2000. *Progress Report on Alzheimer's Disease: Taking the Next Steps*. Washington, D.C.

New York State Task Force on Alzheimer's Disease and Other Dementias. 1996. *Final Report and Recommendations*. Submitted to Governor George E. Pataki and the New York State Legislature.

Ory, M.G.; Hoffman 3rd, R.R.; Yee, J.L.; Tennstedt, S.; and Schulz, R. 1999. "Prevalence and Impact of Caregiving: A Detailed Comparison between Dementia and Non-dementia Caregivers" *Gerontologist* 39(2):177-185.

Ostbye, T.; and Crosse, N. 1994. "Net Economic Costs of Dementia in Canada". *Canadian Medical Association Journal* 151(10):1457-1464.

Ott, A.; Breteler, M.M.B.; van Harskamp, F.; Claus, J.J.; van der Cammen, T.J.M.; Grobbee, D.E.; and Hofmann, A. 1995. "Prevalence of Alzheimer's Disease and Vascular Dementia: Association with Education: The Rotterdam Study". *British Medical Journal* 310:970-973.

Ott, A. 1997. *Risk of Dementia-Rotterdam Study*. Judels en Brinkman BV, Delft, Netherlands.

Patterson, C.J.; and Gass, D.A. 2001. "Screening for Cognitive Impairment and Dementia in the Elderly". *Canadian Journal of Neurological Science* 28(Suppl. 1):S42-S51.

Pearlin, L.I.; Mullan, J.T.; Semple, S.J.; and Skaff, M.M. 1990. "Caregiving and the Stress Process: An Overview of Concepts and their Measures". *Gerontologist* 30(5):583-594.

Radloff, L.S. 1977. "The CES-D Scale: A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population". *Applied Psychological Measurement* 1(3):385-401.

- Rait, G.; Walters, K.; and Iliffe, S. 1999. "Diagnosis and Management of Dementia in Primary Care: Issues in Education, Service Development and Research". *Generations* 23(3):17-23.
- Relkin, N. 2000. "Screening and Early Diagnosis of Dementia". *American Journal of Managed Care* 6(Suppl. 22):1119-1124.
- Rice, D.; Fox, P.; Max, W.; Webber, P.; Lindeman, D.; Hauck, W.; and Segura, E. 1993. "The Economic Burden of Alzheimer's Disease Care". *Health Affairs* 12(2):164-176.
- Riedel-Heller, S.G.; Busse, A.; Aurich, C.; Matschinger, H.; and Angermeyer, M.C. 2001. "Prevalence of Dementia According to DSM-III-R and ICD-10: Results of the Leipzig Longitudinal Study of the Aged". *British Journal of Psychiatry* 179:250-254.
- Resource Implications Study of Medical Research Council Cognitive Function and Ageing Study. (RIS MRC CFAS). 1998. *Ageing and Society* 18:317-354.
- Ritchie, K.; Kildea, D.; and Robine, J.M. 1992. "The Relationship between Age and the Prevalence of Senile Dementia: A Meta-Analysis of Recent Data". *International Journal of Epidemiology* 21(4):763-769.
- Rocca, W.A.; Bonaiuto, S.; Lippi, A.; Luciani, P.; Turtu, F.; Cavarzeran, F.; and Amaducci, L. 1990. "Prevalence of Clinically Diagnosed Alzheimer's Disease and Other Dementing Disorders: A Door-to-door Survey in Appignano, Macerata Province, Italy". *Neurology* 40:626-631.
- Rockwood, K.; Tripp, D.; Stadnyk, K.; and Fisk, J. 1994. "Screening for Cognitive Impairment in the Elderly: Impact of Physical Function Measures Added to Cognitive Screening Instruments". *Aging and Cognition* 1(4):261-270.
- Roelands, M.; Wostyn, P.; Dom, H.; and Baro, F. 1994. "The Prevalence of Dementia in Belgium: A Population-Based Door-to-Door Survey in a Rural Community". *Neuroepidemiology* 13(14):155-161.
- Ross, G.W.; Abbott, R.D.; Petrovitch, H.; Masaki, K.H.; Murdaugh, C.; Trockman, C.; Curb J.D.; and White L.R. 1997. "Frequency and Characteristics of Silent Dementia among Elderly Japanese-American Men. The Honolulu-Asia Aging Study". *Journal of American Medical Association* 277:800-805.
- Rosso, S.M.; Donker-Kaat, L.; Baks, T.; Joosse, M.; de Koning, I.; Pijnenburg, Y.; de Jong, D.; Dooijes, D.; Kamphorst, W.; Ravid, R.; Niermeijer, M.F.; Verheij, F.; Kremer, H.P.; Scheltens, P.; van Duijn, C.M.; Heutink, P.; and van Swieten, J.C. 2003. "Frontotemporal Dementia in the Netherlands: Patient Characteristics and Prevalence Estimates from a Population-based Study". *Brain* 126(9):2016-2022.
- Rothstein, Z.; Prohovnick, I.; Davidson, M.; Schnaider-Beerli, M.; and Noy, S. 1996. "The Economic Burden of Alzheimer's Disease in Israel". *Israel Journal of Medical Sciences* 32(11): 1120-1123.
- Schneider, J.; Hallam, A.; Kamrul, I.M.; Murray, J.; Foley, B.; Atkins, L.; Banerjee, S. and Mann, A. 2003. "Formal and Informal Care for People with Dementia: Variations in Costs Over time", *British Journal of Management* 5:S77-S87.

Seddon, D. 1999. *Carers of Elderly People with Dementia: Assessment and the Carers Act. Final Report to the Wales Office of Research and Development for Health and Social Care*. Centre for Social Policy Research and Development, University of Wales, Bangor, U.K.

Shackley, P.; and Donald, S. 1993. "Prevention in Primary Care: The Annual Assessment of Elderly People". *Health Policy* 25:51-62.

Sheikh, J.I.; and Yesavage, J.A. 1986. "Geriatric Depression Scale (GDS) Recent Evidence and Development of a Shorter Version". *Clinical Gerontologist* 5(1/2):165-173.

Sims, J.; Kerse, N.M.; Naccarella, L.; and Long, H. 2000. "Health Promotion and Older People: The Role of the General Practitioner in Australia in Promoting Healthy Ageing". *Australian and New Zealand Journal of Public Health* 24: 356-359.

Smale, B.; and Dupuis, S.L. 2004. *In Their Own Voices: A Profile of Dementia Caregivers in Ontario - Stage 1: Survey Results*. Murray Alzheimer Research and Education Program, University of Waterloo, Canada.

Sternberg, S.; Wolfson, C.; and Baumgarten M. 2000. "Undetected Dementia in Community-dwelling Older People: The Canadian Study of Health and Aging". *Journal of the American Geriatrics Society* 48:1430-1434.

Stevens T.; and Livingston, G. 2002. "Islington Study of Dementia Subtypes in the Community". *British Journal of Psychiatry* 180:270-276.

Teng, E.L.; and Chui, H.C. 1987. "The Modified Mini-Mental State (3MS) Examination". *Journal of Clinical Psychiatry* 48(8):314-318.

Teri, L.; and Logsdon, R.G. 1991. "Identifying Pleasant Activities for Alzheimer's Disease Patients: The Pleasant Events Schedule-AD". *Gerontologist* 31(1):124-127.

Teunisse, S. 1995. "Activities of Daily Living Scales in Dementia: Their Development and Future". In: *Developments in Dementia and Functional Disorders in the Elderly*. Levy, R.; and Howard, R. (eds.), Chapter 10, pp. 85-94. Wrightson Biomedical Publishing Ltd. Hampshire, U.K.

U.S. Administration of Aging, Alzheimer's Disease Demonstration Grants for State Programs. Oregon Senior and Disabled Services. 2004. *Alzheimer's Disease: Case Management - Dementia Training for Case Managers. Developing Statewide Dementia Expertise*
http://www.aoa.dhhs.gov/ALA/media/pdf/demtrain_pdf.PDF

United States General Accounting Office. 1998. *Alzheimer's Disease - Estimates and Prevalence in the United States*. Report to the Secretary of Health and Human Services, GAO/HEHS-98-16.

Vitaliano, P.P.; Young, H.M.; and Russo, J. 1991. "Burden: A Review of Measures Used Among Caregivers of Individuals with Dementia". *Gerontologist* 31(1):67-75.

Waite, H.; and Knapman, C. 1993. "Barely Managing: The Needs of People with Dementia and Their Carers". *Australian Journal on Aging* 12(3):21-27.

Wenger, C. 1994. "Dementia Sufferers Living at Home". *International Journal of Geriatric Psychiatry* 9:721-733.

Wenger, C.; Scott, A.; and Burholt, V. 1999a. *The Bangor Dementia Studies 1989-1999 - Final Report to the Wales Office of Research and Development for Health and Social Care*. Centre for Social Policy Research and Development, University of Wales, Bangor, U.K.

Wenger, C.; Scott, A.; and Burholt, V. 1999b. *The Bangor Dementia Studies 1989-1999 (Appendices) - Final Report to the Wales Office of Research and Development for Health and Social Care*. Centre for Social Policy Research and Development, University of Wales, Bangor, U.K.

Wenger, C.; and Scott, A. 1999c. *Caring for Older People with Dementia in Gwynedd - Report to NHS Wales Office of Research and Development*. Centre for Social Policy Research and Development, University of Wales, Bangor, U.K.

Whitlatch, C.; Feinberg, L.F.; and Sebesta, D.S. 1997. "Depression and Health in Family Caregivers - Adaptation over Time". *Journal of Aging and Health* 9(2):222-243.

Yale, R. 2001. *Early Stage Alzheimer's Disease Support Groups*. Best Practices in Social Work - Social Services Infonet.

Yordi, C.; DuNah, R.; Bostrom, A.; Fox, P.; Wilkinson, A.; and Newcomer, R. 1997. "Caregiver Supports: Outcomes from the Medicare Alzheimer's Disease Demonstration". *Health Care Financing Review* 19(2):97-117.

Zarit, S.H. 1992. *Concepts and Measures in Family Caregiving Research*. Gerontology Center, Penn State University, State College, Pennsylvania.

Zarit, S.H. 1990. *Measures in Caregiving Research*. Paper presented at Conference on Family Caregiving Research, Toronto, Ontario.

Zarit, S.H.; Reever, K.E.; and Bach-Peterson, J. 1980. "Relatives of the Impaired Elderly: Correlates of Feelings of Burden". *Gerontologist* 20(6):649-655.

Zarit, S.H.; Stephens, M.A.; Townsend, A.; and Greene, R. 1998. "Stress Reduction for family caregivers: Effects of Adult Day Care Use". *Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* 53B(5): S267-S277.

Zarit, S.H.; and Zarit, J. 1990. *The Memory and Behavior Problems Checklist and the Burden Interview*. Gerontology Center of Penn State, College of Health and Human Development, Reprint Series # 189. Penn State University, State College, Pennsylvania.

נספח: לוחות של רגרסיות לוגיסטיות

לוח 1א': צורך לעומת אי-צורך בהשגחה, לפי מאפייני הקשיש
המשתנה התלוי: צורך בהשגחה לעומת אי-צורך בכך

OR	B	
		גיל הקשיש
1.022	.022	75+ לעומת 74 ומטה
		רמת מוגבלות בתחום הטיפול האישי (ADL)
12.251	2.506**	מוגבל ב-3 או יותר פעולות, לעומת מוגבל בפחות פעולות או אינו מוגבל בכלל
		בעיות התנהגותיות לפי NPI
3.115	1.136*	יש לקשיש בעיות כאלה לעומת אין לו בעיות כאלה
		רמת חומרת הדמנטיה
2.116	.749*	דמנטיה קשה לעומת דמנטיה בינונית/קלה
		p<0.05 *
		p<0.01 **

לוח 1ב': צורך לעומת אי-צורך בהשגחה מתמדת, לפי מאפייני הקשיש
המשתנה התלוי: צורך בהשגחה לעומת אי-צורך בכך

OR	B	
		גיל הקשיש
2.071	.728	75+ לעומת 74 ומטה
		רמת מוגבלות בתחום הטיפול האישי (ADL)
40.336	3.697**	מוגבל ב-3 או יותר פעולות לעומת מוגבל בפחות פעולות או אינו מוגבל בכלל
		בעיות התנהגותיות לפי NPI
1.477	.390	יש לקשיש בעיות כאלה לעומת אין לו בעיות כאלה
		רמת חומרת הדמנטיה
1.024	.024	דמנטיה קשה לעומת דמנטיה בינונית/קלה
		p<0.01 **

לוח 2: קבלה לעומת אי-קבלת עזרה במסגרת חוק סיעוד, לפי מאפייני הקשיש
המשתנה התלוי: קבלת עזרה במסגרת חוק סיעוד לעומת אי-קבלתה

OR	B	
		גיל הקשיש
1.082	.079	75+ לעומת 74 ומטה
		רמת מוגבלות בתחום הטיפול האישי (ADL)
13.258	2.585**	מוגבל לעומת לא מוגבל
		בעיות התנהגותיות לפי NPI
1.426	-.355	יש לקשיש בעיות כאלה לעומת אין לו בעיות כאלה
		רמת חומרת הדמנטיה:
1.075	.072	דמנטיה קשה לעומת דמנטיה בינונית/קלה
		צורך בהשגחה
2.937	1.077*	צורך בהשגחה מתמדת לעומת אין צורך להשגחה מתמדת
		p<0.09 *
		p<0.01 **

לוח 3: ציון ב- CES-D - 16 ומעלה לעומת פחות מ-16 - בקרב התומכים, לפי מאפייני התומך והקשיש המשתנה התלוי: ציון ב- CES-D של 16 ומעלה לעומת פחות מ-16

מודל 3		מודל 2		מודל 1		
OR	B	OR	B	OR	B	
						מאפייני תומך:
						גיל
3.168	**1.153			3.283	**1.189	בני 65 ומעלה לעומת בני 64 ומטה
						הסדר מגורים
2.604	*.957			3.153	**1.148	גר עם הקשיש לעומת לא גר עם הקשיש
						מין
1.775	.574			1.776	.574	נשים לעומת גברים
						מאפייני קשיש:
						רמת מוגבלות בטיפול אישי (ADL)
2.370	*.863	2.445	*.894			מוגבל לעומת לא מוגבל
						יכולת הקשיש להישאר לבד פחות 3 שעות
1.099	.094	1.822	.600			לא יכול לעומת יכול
						בעיות התנהגותיות שלתומך קשה להתמודד איתן
1.774	.573	2.501	*.917			קשיש שיש בעיות כאלה לעומת קשיש שאין
						p<0.05 *
						p<0.01 **

לוח 4: הרגשת עומס כבדה מאוד או כבדה לעומת הרגשת עומס לא כל-כך כבדה או לא כבדה בכלל, לפי מאפייני התומך והקשיש המשתנה התלוי: הרגשת עומס כבדה מאוד/כבדה לעומת לא כל-כך כבדה/לא כבדה בכלל

מודל 3		מודל 2		מודל 1		
OR	B	OR	B	OR	B	
						מאפייני תומך:
						גיל
1.468	.384			1.767	.569	בני 65 ומעלה לעומת בני 64 ומטה
						הסדר מגורים
3.665	**1.299			4.609	**1.528	גר עם הקשיש לעומת לא גר עם הקשיש
						מין
2.122	.752			1.921	.653	נשים לעומת גברים
						מאפייני קשיש:
						רמת מוגבלות בטיפול אישי (ADL)
2.558	*.939	2.213	.795			מוגבל לעומת לא מוגבל
						יכולת הקשיש להישאר לבד בבית במשך שעות היום
1.920	.652	2.922	**1.072			לא יכול להישאר לבד בכלל לעומת יכול להישאר לבד חלק או כל שעות היום
						בעיות התנהגותיות לפי ה-NPI
2.875	*1.056	3.322	**1.201			לקשיש יש בעיות כאלה לעומת קשיש שאין

לוח 5: מחשבה על העברה או אי-העברה של הקשיש למוסד, לפי מאפייני התומך והקשיש
 המשתנה התלוי: מחשבה להעביר את הקשיש למוסד לעומת אי-העברתו למוסד

OR	B	
		מאפייני התומך:
		הסדר מגורים
5.952	-1.785**	גר עם הקשיש לעומת לא גר עם הקשיש
		יחס קרבה לקשיש
1.028	.028	בן/בת זוג לעומת יחס קרבה אחר
		מאפייני קשיש:
		גיל הקשיש
23.118	3.141*	75+ לעומת 74 ומטה
		רמת מוגבלות בטיפול אישי (ADL)
4.082	1.407*	מוגבל לעומת לא מוגבל
		בעיות התנהגותיות לפי NPI
4.098	1.411*	יש לקשיש בעיות כאלה לעומת אין לו בעיות כאלה
		שירות של מטפלת
1.025	.024	יש לקשיש שירות זה לעומת אין לקשיש שירות זה

p<0.05 *

p<0.01 **