

14 באוקטובר 2015

הכנס התשיעי בנושא: הגיל השלישי - זקנה בריאה וזקנה בקרב אנשים עם מוגבלויות

שיטות לימוד ואימון חדשניות בתחומי שמיעה, שפה, מוטוריקה וקוגניציה

תקצירי ההרצאות:

הרצאת מפתח:

## **Lifestyle Redesign® Intervention: The Design Process and Evidence for Effectiveness**

**Florence Clark Ph.D., OTR/L, FAOTA**, Associate Dean and Chair, Mrs. T.H. Chan Professor of Occupational Science and Occupational Therapy, USC

The global community of both developed and developing countries is now facing an unprecedented demographic shift; there will soon be fewer children than older people and far more people than ever before over the age of 85 (NIA, 2011). However, living longer does not necessarily translate into living well. As people age, they are likely to live with health problems and/or disability for 8 – 10 years due to non-communicable, chronic, lifestyle-related diseases including cancer, heart disease, cerebral/vascular disease, diabetes, and dementia. Effective interventions to counteract the risk of developing these conditions are sorely needed both for near-elderly as well as older people.

In this presentation, I will provide an overview of the systematic research program undertaken over the past 22 years by the USC Well Elderly Studies investigative team to develop an efficacious, lifestyle-based intervention that has been demonstrated in two large-scale randomized controlled trials to increase health and slow down the declines associated with aging in older people. The research program has entailed the following steps: (1) assessing needs; (2) identifying primary and secondary outcomes; (3) selecting and building a theoretical framework; (4) producing an intervention manual; and (5) studying efficacy and cost-effectiveness. Further, our team is now developing a proposal to assess adoption, implementation, and sustainability of the intervention in a large public health care system. Widespread access to interventions with an overall lifestyle/behavioral change focus will not only reduce long-term care health expenditures, but also enable older people to thrive and experience well-being throughout their remaining years.

### References

U.S. Department of Health and Human Services. National Institute on Aging and World Health Organization. (2011). *Global Health and Aging*. (NIH Publication No. 11-7737). Retrieved from <https://www.nia.nih.gov/research/publication/global-health-and-aging/preface>

## זקנה מוצלחת: ידע, תובנות ומגמות

ד"ר יורם מערבי, המערך לשיקום וגריאטריה, המרכזים הרפואיים הדסה-האוניברסיטה העברית  
העולם בו אנו חיים כיום עובר מהפכה אדירה הקשורה לזקנה ולהזדקנות האוכלוסייה.  
רבים מאתנו נוטים עדיין לחשוב כי ההזדקנות המואצת של העולם הובילה לעלייה מקבילה בתחלואה כרונית, למוגבלות  
תפקודית ולירידה באיכות החיים. המציאות שונה מאוד, מורכבת ואופטימית.  
בהרצאתי אסקור את השינויים הדמוגרפים המתרחשים בעולם עם דגש על דמוגרפיה של תחלואה ותפקוד בזקנה.  
בהמשך אסקור את ההתקדמות הדרמטית בהבנת הביולוגיה של ההזדקנות והשלכותיה על זקנה מוצלחת כיום ובעתיד.  
לבסוף וכהמשך ישיר לתובנות הביולוגיות אתמקד בהבנתנו את המיוחדות והמורכבות של האדם הזקן ואת עיקרי הגישה  
הנכונה לבריאותו ואיכות חייו של האדם הזקן.

## הזדקנות השרירים וההשלכות על תפקוד ופעילות גופנית

פרופ' אלי כרמלי, החוג לפיזיותרפיה, אוניברסיטת חיפה

הזדקנות שריר השלד היא תהליך רב שנים שמתואר כ"דלדול ראשוני של הבשר" או primary sarcopenia. תוצאות תהליך  
זה באות לידי ביטוי במספר שלבים, שהראשון בהם הוא ירידה במסת השריר, המלווה בירידה בכוח השריר ובעטיים ישנה  
ירידה תפקודית.

קיימים גורמים רבים לתופעת "דלדול הבשר" חלקם גורמים פנימיים (הפרעות בפעילות הורמונים מסוימים, "הזדקנות"  
מערכת העצבים ושינויים דגנרטיביים בכלי הדם) והפרעות בתפקודם של תאי לוויין/תאי גזע בוגרים. ישנם גורמים חיצוניים  
המעורבים בהזדקנות השריר כדוגמת תזונה לקוייה, ופעילות גופנית בלתי מתאימה.

הבנת המכניזם של הזדקנות השריר עשויה לתרום לפתוח שיטות ביולוגיות, פיזיולוגיות ותפקודיות על מנת לעכב את הזדקנות  
השריר והשלד. מחקרים שונים מצביעים על השפעת פעילות גופנית מובנית ומבוקרת, תוך שיפור בתנאי החיים ומתן תזונה  
בריא, שהצליחו לעכב את תהליך הזדקנות השריר.

פעילות גופנית סדירה בזקנה תורמת לשמירה על הבריאות, לצמצום בעיות בריאותיות שעלולות להתפתח בגיל מבוגר, לשיפור  
התפקוד היומיומי ולעצמאות.

גם לאנשים זקנים שלא עסקו בפעילות גופנית כל חייהם מומלץ להתחיל להיות פעילים, כי "לעולם לא מאוחר מדי". ניתן  
להתאים את הפעילות הגופנית כך שתהיה בטוחה גם עבור אנשים עם מחלה כרונית (ד\בדרכי הנשימה, לב, מפרקים) או  
מוגבלות תפקודית על רקע מחלה נוירולוגית כדוגמת פרקינסון ושבץ מוחי. גם פעילות גופנית מועטה עדיפה על העדר פעילות.

יש לשלב את הפעילות הגופנית עם תזונה נאותה ובריאה (למשל, צריכה יומית של חלבון בכדי 1 גרם לכל 1 ק"ג משקל גוף).  
חשוב להרבות בשתיית נוזלים (כ 8 כוסות מים בכל יום).

מומלץ לבני 65 ומעלה לבצע מגוון של פעילויות גופניות המשלבות את סוגי התרגול הבאים: סיבולת לב-ריאה (אימון אירובי  
של לפחות 20 דקות, 3-4 פעמים בשבוע. כדוגמת, הליכה, רכיבה על אופניים, שחייה). בניית כוח שרירים (אימון אנ-אירובי  
של 2-3 פעמים בשבוע, לקבוצות השרירים הגדולות, תוך שימוש במשקולות וגומיות). אימון לשיפור יציבות, שיווי משקל  
וקואורדינציה (באמצעות משחקי כדור, ריקודים, טיולים) ואימון לגמישות.

## שינויים בשפה בזקנה בריאה

אביה גביעון<sup>1,2</sup> מיכל בירן<sup>3,4</sup>

<sup>1</sup> החוג להפרעות בתקשורת, הקריה האקדמית אונו

<sup>2</sup> המחלקה להפרעות בתקשורת, מרכז רפואי שיקומי רעות

<sup>3</sup> החוג להפרעות בתקשורת, אוניברסיטת חיפה

<sup>4</sup> המחלקה להפרעות בתקשורת, בי"ח ע"ש לווינשטיין

קיימים דיווחים בספרות שעם הגיל קיימת הדרדרות בשליפה לקסיקאלית ( Baresi et al., 2000; Conor et al., 2004; Gayraud et al., 2011; Goral, 2004; Kave, 2010; Mackay et al., 2000; Mackay & Conor, 2001; et al., 2007; Schwartz & Frazier, 2005; Schmitter et al., 2000; Zellner, & Keller, 2007), כאשר ההידרדרות העיקרית מתחילה מגיל 70. מחקרים שונים מנסים לבחון אינטראקציה בין הדרדרות בשליפה לבין מגדר, השכלה, מוצא ועוד. נמצא גם שקיימות קטגוריות לקסיקאליות רגישות יותר. לדוגמא שמות עצם פרטיים פגיעים יותר ביחס לשמות עצם אחרים (Burke, 2004; Burke et al., 2003; Cohen, 1994; Cohen & Burke, 1993; Evard, 2002; James, 2006; Maylor, 1997, 2005; Maylor & Valentine, 1992; Ostuka, 2003; Semenza et al., 2003; Rendel et al., 2005).

אחת השאלות המעניינות היא האם ניתן להבין את ההידרדרות עם הגיל ביכולת השליפה הלקסיקאלית באמצעות המודל הנורמלי לשליפה לקסיקאלית. כלומר, האם ניתן ללמוד באמצעות המודל, באיזה שלב בתהליך שליפת מילים קיימת הדרדרות עם הגיל.

במסגרת ההרצאה נציג חמישה ניסויים: בניסוי הראשון נציג ממצאים ממחקר שבחן שליפה לקסיקאלית באמצעות מבדק שיום בקבוצות גיל מגיל 20 ועד גיל 95. נמצא, בדומה לקיים בספרות, שקיימת הדרדרות מתונה ביכולת השיום מגיל 40 ואילך אולם החל מגיל 70 ההידרדרות חדה במיוחד.

בניסוי השני והשלישי בחנו את המקור האפשרי להידרדרות הזו באמצעות סדרה של מבדקים שבדקו את היכולת הלקסיקאלית סמנטית של קשישים לעומת צעירים. נמצא שבמטלות השונות, קשישים ביצעו באופן מובהק פחות טוב מצעירים במטלות אלו וגם היו מושפעים מאפקט מופשטות שמאפיין קושי ברמה לקסיקאלית סמנטית.

בניסוי הרביעי בחנו האם קיים קושי לקסיקאלי סמנטי גם במטלה נוספת- מטלה המערבת זיכרון מילולי קצר טווח. גם במטלה זו נמצא שקיימת הדרדרות עם הגיל בטווחי זכירה הנשענים על זכירה לקסיקאלית-סמנטית בעוד שטווח זכירה הנשען בלעדית על זכירה פונולוגית (טווח זכירה של מילות תפל) נשאר יציב עם העלייה בגיל.

עדות נוספת לקושי לקסיקאלי סמנטי בקרב קשישים התקבלה גם בניסוי החמישי שבדק יכולת עיבוד תחבירי עם עומס לקסיקאלי סמנטי לעומת עומס לקסיקאלי פונולוגי. נמצא שגם בניסוי זה בדומה לניסויים הקודמים הקשישים ביצעו באופן מובהק פחות טוב מצעירים באותם משפטים בהם נדרש עיבוד תחבירי עם עומס סמנטי לעומת משפטים שהם במבנה התחבירי אך עם עומס פונולוגי.

לסיכום: הניסויים השונים מצביעים על הדרדרות בשליפה לקסיקאלית שמתחילה כבר בשלב הלקסיקאלי סמנטי.

## מושב 1:

גב' ורדי רובין<sup>1,2</sup>, פרופ' נעמי יוסמן<sup>1</sup>, ד"ר רחלי קיצוני<sup>1,2</sup>, ד"ר ברברה מייזר<sup>3</sup>

<sup>1</sup> החוג לריפוי בעיסוק, הפקולטה למדעי הרווחה והבריאות, אוניברסיטת חיפה

<sup>2</sup> המחלקה לריפוי בעיסוק, המרכז הרפואי ע"ש שיבא, תל השומר

<sup>3</sup> בית חולים שיקומי יהודי, לאבל ובית ספר לפיזיותרפיה וריפוי בעיסוק, אוניברסיטת מקגיל, מונטריאל, קנדה

\*המחקר מומן בעזרת מילגה מחברת "תעבורה" אחזקות בע"מ

**רקע ורציונל:** נהיגה הינה גורם חשוב בהשתתפות בחיי הקהילה עבור הקשישים. לכן, היכולת להמשיך לנהוג נחשבת כחיונית להמשך ניידותו ולעצמאותו של הקשיש בקהילה ועלולה להשפיע באופן מהותי על איכות חייו והדימוי העצמי שלו. עם העלייה בגיל קיימת ירידה ביכולות המקושרות לנהיגה כגון ירידה בכח שריר ועלייה בזמן התגובה. באופן מסורתי הערכת נהיגה מערכת שני חלקים: בטריות מבחני משרד להערכת מיומנויות המקושרות לנהיגה (קוגניציה, תפיסה, מיומנויות סנסו-מוטוריות) והערכת נהיגה בפועל. בארצות שונות, הערכה זו מבוצעת על-ידי מרפאות בעיסוק. בספרות, הערכות וכלי אבחון שונים נמצאו כמתאימים להערכת מיומנויות המקושרות לנהיגה (מבחני משרד), כאשר הערכת הנהיגה בפועל נחשבת לבדיקה החשובה ביותר לקביעת כשירות הנהיגה. ההערכה המסורתית של הנהיגה בפועל, מבוצעת לרוב, ברכב של מורה לנהיגה תוך נהיגה במסלול קבוע. בהתייחס לאוכלוסיית הקשישים, כמה ממאפייני ההערכה המסורתית הם מאתגרים במיוחד ולכן הוצגה, לאחרונה, גישה חדשה להערכת כשירות נהיגה בקרב קשישים. גישה זו שהוצעה על ידי מחקר רב-מרכזי, קנדי-אוסטרלי (Candrive / Ozcandrive), מציעה תצפית טבעית על נהיגת הקשיש, המתאימה למצבי חייו האמיתיים, במכוניתו ובסביבה הטבעית שלו.

**מטרת המחקר:** השוואת התנהגות נהיגה של נהגים קשישים בישראל, בשתי הערכות הנהיגה: הערכת נהיגה מסורתית ותצפית טבעית על הנהיגה. המחקר יבחן האם התצפית הטבעית יכולה להוות כלי הערכה מתאים יותר להערכת כשירות הנהיגה של הנהג הקשיש.

**שיטה: אוכלוסייה:** עד כה נותחו נתונים מעשרים משתתפים (60% גברים) בטווח גילאים 67-82 שנים. כולם בעלי רישיון נהיגה תקף, שנוהגים לפחות פעם בשבוע, באופן רציף בחמש שנים האחרונות. מחציתם מתגוררים באזור עירוני והשאר באזורים שאינם עירוניים (כפר, קיבוץ וישוב קהילתי). ממוצע ציון מבחן Montreal Cognitive Assessment (MoCA) 27.9 עם סטיית תקן של 1.4.

**כלים:** מבחני משרד הכוללים כלים להערכת יכולות סנסו-מוטוריות, ראייה (כגון Contrast Sensitivity test), יכולות קוגניטיביות וחזותיות (Color Trails Test, Useful Field Of View) ומבחן ידע תמרורים ומצבי כביש. בנוסף שתי הערכות נהיגה בפועל: הערכת נהיגה מסורתית כשהנבדק נוהג ברכב של מורה לנהיגה מוסמך במסלול מובנה ותצפית טבעית על ביצוע הנהיגה המתבצעת בסביבה הטבעית של כל נבדק כשהוא נוהג ברכבו הפרטי. בשתי הערכות הנהיגה מתבצעת תצפית מובנית והנהיגה הטבעית מצולמת בוידאו.

**הליך המחקר:** אחרי חתימה על טופס הסכמה, הנבדקים מגויסים למחקר בעל ארבע שלבים לאורך שנה. השלב הראשון כולל מבחני משרד ושתי הערכות הנהיגה. בשלב שני ובשלישי, בארבע חודשים ובשמונה חודשים, נערך סקר טלפוני לגבי מצב בריאות בסיסי. השלב הרביעי יתקיים שנה לאחר הפגישה הראשונה, ויכלול מבחני משרד ואת שתי הערכות הנהיגה. בהרצאה זו יוצגו ממצאים מהשלב הראשון של המחקר.

**תוצאות:** מתאמים בינוניים-גבוהים מובהקים נמצאו בין שליטה ברכב וכישורים מיוחדים (כגון שמירה על החוק) בנהיגה במבחן נהיגה סטנדרטי לבין נהיגה בסביבה טבעית ( $r_s = .69$ ;  $r_s = .62$ , בהתאמה). בנוסף נמצאו קשרים מובהקים בין גיל לבין שליטה ברכב בשני מבחני הנהיגה ( $r_s = -.47$  לנהיגה טבעית ו  $r_s = -.50$  לנהיגה סטנדרטית).

**דיון:** ממצאי המחקר הראשוניים מצביעים על קשרים בין שני סוגי הערכות הנהיגה המחזקים את תוקף הקריטריון של התצפית הטיבעית על הנהיגה. הקשר הדומה בין שליטה ברכב לגיל מצביע על כך שיתכן ונהיגה ברכב מוכר אינה מהווה יתרון. תוצאות אלו הן ראשוניות בלבד ובימים אילו אנו מנתחים נתונים מנבדקים נוספים. ממצאי המחקר יכולו לעזור בהגדרת תפקיד הריפוי בעיסוק בהערכת נהיגה וכן יאפשרו המלצה למתן רישיונות מוגבלים לאוכלוסיית הקשישים על מנת לשמר את עצמאותם בסביבתם הטבעית.

## "דברים שרואים משם לא רואים מכאן"

### ההערכה קוגניטיבית-תפקודית לקשישים עם ירידה קוגניטיבית בקהילה.

ד"ר יעל זילברשלג<sup>1</sup>, פרופ' נעמי יוסמן<sup>2</sup>

<sup>1</sup> החוג לריפוי בעיסוק, הקריה האקדמית אונו <sup>2</sup> הפקולטה למדעי הרווחה והבריאות החוג לריפוי בעיסוק אוניברסיטת חיפה.

**רקע:** אחת התופעות הדמוגרפיות המשמעותיות במאה השנים האחרונות היא הזדקנות האוכלוסייה. העלייה במספר הקשישים הובילה לעלייה משמעותית במספר האנשים החולים במחלות האופייניות לגיל המבוגר, בכללן מחלת הדמנציה. מאפיין מרכזי של מחלה זו הוא ירידה קוגניטיבית וירידה בביצוע תפקודים יומיומיים, דבר המשפיע בעיקר על היכולת לגור לבד באופן עצמאי ובטיחות בקהילה. מכלול הקשיים הללו גורמים למצוקה הולכת וגדלה אצל הקשיש ובני משפחתו, לירידה באיכות החיים של הקשיש ולשימוש מוגבר בשירותי הבריאות והמיסוד, כולל אשפוזים מיותרים. מכאן שהערכת יכולתו של הקשיש לגור בביתו באופן עצמאי חיונית שכן היא מאפשרת שימור האוטונומיה והבטיחות של אותם קשישים. קיימת חשיבות רבה שמרפאים בעיסוק יעריכו יכולת זו, אולם, מחיפוש בספרות לא נמצאה הערכה בסביבתו הטבעית של הקשיש.

**מטרה:** הצגת ממצאים מרכזיים של המחקר כולל מודל תיאורטי המדגים מהי צורת ההערכה המומלצת להערכה וניבוי יכולתם של קשישים עם ירידה קוגניטיבית לגור בקהילה.

**שיטה:** מאה ועשרה קשישים בגיל +65, המתגוררים בקהילה שאובחנו על ידי צוות גריאטרי כסובלים מירידה קוגניטיבית הוערכו בסביבתם הטבעית ע"י מרפאים בעיסוק. במחקר השתתפו בני 65-92 שנים, ובמוצע 80 שנים (SD = 5.04). נבנתה בטריית אבחונים קוגניטיבית-תפקודית הכוללת כלים המבוססים על תצפית בתפקוד היומיומי, בטיחות, כמו גם מרכיבים קוגניטיביים ומטא-קוגניטיביים העומדים בבסיס הביצוע.

**ממצאים:** ממצאי המחקר מתקפים את הבטרייה שנבנתה, מדגישים את יתרונותיה, מספקים מידע אודות הקשר בין תפקודים קוגניטיביים ומטא-קוגניטיביים, ואודות אותם מרכיבים שהם המתווכים והמנבאים המשמעותיים ליכולתו של הקשיש להתגורר בביתו בקהילה.

**מסקנות:** תוצאות מחקר זה מראות את החשיבות של שימוש בבטריית אבחונים מבוססי-ביצוע בסביבתם הטבעית של הקשישים. מסקנות ההערכה מסייעות לקלינאי במתן המלצות, ומאפשרות את המשך הזדקנותם של הקשישים בביתם תוך התייחסות למידת האוטונומיה שלהם, לבטיחותם ולרווחתם.

## אימון בליעה בדגש מיומנות לעומת אימון בליעה בדגש כוח

ד"ר אושרת סלע, החוג להפרעות בתקשורת, הקריה האקדמית אונו

החשיבות של שיקום הבליעה על פי עקרונות של למידה מוטורית המוכרים מעולם שיקום תנועות הגפיים, הולכת ומתבהרת בחשיבותה.

סוגים שונים של תרגילים, מציגים דרישות שונות מהשרירים, ולפיכך התוצאה של אימון הבליעה תהיה שונה. התחשבות בעקרונות כמו **עצימות האימון**, **ספציפיות האימון**, ו**העברה** הינה קריטית בתכנון הטיפול. עבודה **בעצימות** שונה תאפשר עבודה על אספקטים שונים בפעילות השרירית ולכן מטרת טיפוליות שונות יכולות לקבל מענה. מידת **הספציפיות** של מרכיבי האימון לתהליך הבליעה ולליקוי בתהליך הבליעה תשפיע על תוצאות הטיפול. עקרון **ההעברה** מסביר את ההשפעה של פעילויות מוטוריות שאינן ספציפיות לבליעה, על תהליך הבליעה.

בנוסף, בשנים האחרונות נשאלת השאלה לגבי הצורך באימונים המתמקדים בשיפור החוזק של שרירי הבליעה, שהרי בזמן הבליעה השרירים פועלים בחוזק סאב-מקסימלי. החשיבות בפיתוח שיטות טיפול המגישות שיפור במרכיב **המיומנות והדיוק** בפעילות השרירים הולכת ומתבהרת. תוכנית טיפולית המדגישה שיפור בחוזק הפעילות המוטורית לעומת שיפור בדיוק הפעילות המוטורית תשפיע באופן שונה על הבליעה.

## LSVT: טיפול בהפרעות דיבור לחולי פרקינסון

ד"ר יעל מנור, החוג להפרעות בתקשורת, הקריה האקדמית אוננו, היחידה להפרעות תנועה, מחלקה נירולוגית, מרכז הרפואי ת"א

כ- 70% מאוכלוסיות חולי פרקינסון סובלים מדיסארטריה היפוקינטית וכ-90% מהם מפתחים היפופוניה. קול חלש היא אחת ההפרעות השכיחות ולעיתים מהווה סימן ראשוני להופעת המחלה. בנוסף, נצפות הפרעות קול נוספות הכוללות: קול מונוטוני-עוצמה וגובה טון מונוטוניים, צרידות ואנפוף. כמו כן קיימות הפרעות בדיבור כגון: שיבושי היגוי, קצב דיבור מהיר או איטי, חוסר שטף ודיבור מרוח. עקב הפרעות אלו מובנות הדבור של החולה יורדת באופן משמעותי עד למצב של פגיעה ביכולת לתקשר ולנהל חיי חברה, לעבוד ולשמר את איכות החיים. בעבר קלינאיות תקשורת במרכזים שונים בעולם טיפלו בהפרעות הדיבור של חולי פרקינסון בטכניקות שונות, תוך התמקדות בהאטת קצב הדיבור, היגוי מדויק, הגברת עצמת הקול, תירגול אורומוטורי ונשימתי. במהלך שנות ה-80 פותחה שיטת טיפול חדשה הנקראת:

(LSVT) Lee Silverman Voice Treatment. גישה טיפולית זו פותחה ע"י קבוצת קלינאיות תקשורת ובראשן פרופ' לוריין אלסון רמיג, מדנבר שבקולורדו, ארה"ב. שיטה זו מהווה כיום חלק עיקרי בטיפול בהפרעות דיבור בחולי הפרקינסון ברחבי אמריקה, אירופה וישראל והוכחה כשיטת הטיפול היעילה ביותר.

מטרת טיפול LSVT היא ללמד את חולי הפרקינסון לשפר את מובנות הדיבור ע"י הגברת עוצמת הקול, לשפר את הדיבור הפונקציונאלי ולאפשר תקשורת מילולית מובנת ע"פ רמתו האישית של כל מטופל ומטופל.

הטיפול מיועד לחולי פרקינסון בדרגות חומרה שונות של המחלה. בהרצאה תינתן סקירה ספרותית על שיטת טיפול LSVT ויוצגו עקרונותיה.

## מושב 2

### שמיעה ותקשורת בגיל השלישי: ניסיון הוא רוב הסיפור

ד"ר חנה פוטר-כ"ץ, ד"ר ניצה חורב, החוג להפרעות בתקשורת, הקריה האקדמית אוננו

יכולות הבנת דיבור מתבססות על יכולות חושיות, תפיסתיות וקוגניטיביות ומשתנות לאורך מעגל החיים. עפ"י המודל של Medwetsky תהליכי המפתח הקריטיים לעיבוד שפה דבורה כוללים יכולות עיבוד מטה-מעלה (bottom-up processing) ויכולות עיבוד מעלה-מטה (top-down processing). התלונה השכיחה ביותר בקרב מבוגרים נוגעת להבנת דיבור על רקע רעש אשר מתבססת על עיבוד המאפיינים האקוסטיים של סיגנל הדיבור ועל עיבוד שפתי-קוגניטיבי (Lagace et al, 2011). במסגרת ההרצאה יוצגו מחקרים המדגימים את השינויים המתרחשים עם העליה בגיל בתהליכי מטה-מעלה בעקבות הפחתה באיכות הקלט השמיעתי ו/או תנאי האזנה מאתגרים (האזנה על רקע רעש). כמו כן תודגם התרומה של תהליכי מעלה-מטה לתקשורת במצבי האזנה קשים והחשיבות של השימוש במנגנונים אלה כפיצוי על הפגיעה בתהליכי עיבוד מטה-מעלה ויחסי הגומלין בין יכולות שמיעתיות וקוגניטיביות

## פיזיולוגיה של המאמץ בגיל המבוגר

פרופ' יובל חלד, מכון הילר למחקר רפואי, המרכז הרפואי ע"ש שיבא, תל השומר

קצב העלייה בתוחלת החיים בעולם המערבי בעשרות השנים האחרונות מחייב התייחסות מעמיקה למגוון היבטים הקשורים בזקנה לרבות היבטים כלכליים, סוציאליים, תרבות פנאי ובריאות, תוך מתן דגש לתפקודו העצמאי של הזקן. הרפואה המתקדמת מוכיחה עצמה ותורמת רבות לטיפול בתחלואה אקוטית וכרונית ולפיכך בוודאי להארכת תוחלת החיים, אך עם זאת עלינו לתת דגש רב יותר במקביל גם למניעת תחלואה ולהארכת תוחלת הבריאות. המשולש הקדוש; מזון תנועה ונפש חייב להיות לנגד עינינו כל העת כדי להשיג מטרה זו.

לגיל מס' הגדרות – כרונולוגי, ביולוגי, פסיכולוגי, סוציולוגי, ובכולם, למעט הכרונולוגי, שאינו ניתן כמוכח לשינוי, ידוע כי לאורח חיים פעיל גופנית השפעה מיטיבה. ראוי, עם זאת לציין בהקשר זה את התרומה המסוימת, האינדיבידואלית, של הנטייה גנטית הן לתוחלת חיים והן לתוחלת בריאות.

בהרצאה זו יסקרו בקצרה תאוריות ההזדקנות והביטויים הפיזיולוגיים העיקריים של ההזדקנות ובעיקר בהקשר התפקודי, וכן יוצגו ממצאים ומנגנונים עדכניים העוסקים בהשפעת הפעילות הגופנית והאימון הגופני על סוגיו על ההזדקנות, הן בהיבט המולקולרי והן התפקודי, תוך מתן דגשים מעשיים לעשייה הקלינית.

## נגישות והגיל השלישי: דילמות והשלכות למחקר

ד"ר שירה ילון-חיימוביץ, ד"ר אסנת בר-חיים ארוז, גב' מיכל טנא רינדה, החוג לריפוי בעיסוק, הקריה האקדמית אונו

נגישות מוגדרת כ"אפשרות הגעה למקום, תנועה והתמצאות בו, שימוש והנאה משירות, קבלת מידע הניתן או המופק במסגרת מקום או שירות או בקשר אליהם, שימוש במתקניהם והשתתפות בתכניות ובפעילויות המתקיימות בהם, והכול באופן שוויוני, מכובד, עצמאי ובטיחותי." (חוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות (תיקון מס' 2), התשס"ה – 2005). בהמשך לחקיקת חוק זה מחויבים משרדי הממשלה השונים לקידום תקנות נגישות בכל תחומי החיים. חלק מן התקנות כבר חוקקו ונכנסו לתוקף (לדוגמא תקנות הנגישות למבנה קיים או חדש ותקנות נגישות השירות) ואחרות עדיין מצויינות בשלבים שונים של חקיקה (לדוגמא תקנות הנגישות לבריאות או תקנות הנגישות בשעת חירום). החוק והתקנות מכוונות ל'אדם עם מוגבלות' המוגדר בחוק כאדם עם לקות פיסית, נפשית או שכלית לרבות קוגניטיבית, קבועה או זמנית, אשר בשלה מוגבל תפקודו באופן מהותי בתחום אחד או יותר מתחומי החיים העיקריים." (ס' 5 לחוק).

קשישים עלולים לחוות ירידה פיזית וחושית, קוגניטיבית, או נפשית אך למרות המגבלה התפקודית המורכבת אינם נחשבים לאדם עם מוגבלות עפ"י חוק. אי לכך, חוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות והתקנות הנלוות לכאורה אינן מתייחסות לאדם הקשיש.

בפרסומים בארץ (למשל משרדי הממשלה) ניתן לראות את שילוב המושגים "הנגשת המרחב לאוכלוסיית הנכים, הקשישים ובעלי הצרכים המיוחדים", ואולם נשאלת השאלה האם תקנות הנגישות אכן מאפשרות גם לקשיש להתנהל בקהילה ולקבל שרות שוויוני ומכובד.

פער זה בין הצרכים המוכרים והמתועדים של אוכלוסיית הקשישים לבין מעמדם וזכאותם לנגישות עפ"י חוק מעלה שאלות אתיות, מחקריות ויישומיות רבות כגון:

- האם המאפיינים של הפגיעה הפיזית, חושית רגשית וקוגניטיבית דומות אצל קשיש ואצל אדם המוגדר כאדם עם מוגבלות?
- האם עקרונות הנגישות לאנשים עם מוגבלות, כפי שמובאים בחוק ובתקנות השונות, רלוונטיות לאוכלוסיית הקשישים?
- האם ההנחה, שיישום תקנות הנגישות יועיל בהכרח גם לקשישים, נכונה?
- האם נחוצות התאמות נגישות ספציפיות לקשישים?

בהרצאה תובא סקירה של הקיים בחקיקה, בספרות המקצועית ובמחקר ויידונו שאלות מרכזיות אלו.

## משחקיות, תקווה ותפיסה סובייקטיבית של רווחה בקרב קשישים

ד"ר אסנת בר-חיים ארז<sup>1</sup>, ד"ר עמיה ולדמן-לוי<sup>2</sup>, פרופ' נעמי כץ<sup>3</sup>

<sup>1</sup> החוג לריפוי בעיסוק, הקריה האקדמית אונו

<sup>2</sup> החוג למדעי הבריאות והטבע, מרסי קולג', ניו יורק, ארה"ב

<sup>3</sup> ראש מכון המחקר למקצועות הבריאות והרפואה, הקריה האקדמית אונו

עם העלייה באוכלוסיית הקשישים גובר העניין בתהליכי זקנה מיטבית ובכללן תפיסת איכות החיים הסובייקטיבית וההשתתפות בקהילה של אוכלוסייה זו. ההזדקנות מלווה בהידרדרות פיזית, קוגניטיבית העלולה להשפיע על הסטטוס הפסיכוסוציאלי והתפקודי, ועל יכולתם של קשישים להיות מעורבים בחיי המשפחה והקהילה. ישנה מגמה לבחון את תהליכי הזקנה לא מאספקט של גורמים שליליים כגון מחלה והידרדרות פיזית אלא גורמים המקדמים זיקנה מיטבית. כחלק ממגמה זו, ישנה חקירה של גורמים פסיכולוגיים ואישיותיים והשפעתם על זקנה בריאה, רווחה אישית ותפקוד.

חוקרים מניחים כי תכונות אישיות מסוימות ויכולות רגשיות וקוגניטיביות עשויות "להגן" על האדם ולהוביל לשיעור רצון רבה יותר מהחיים, תפקוד עצמאי יותר ומעורבות גבוהה יותר בקהילה ((protective personality characteristics). משתנים הנחקרים בהקשר זה הם תחושת התקווה בחוויית היומיום ותכונת המשחקיות (playfulness). לתחושת התקווה הגדרות רבות, המקובלת בהן של Snyder המגדיר 'תקווה' כיכולת למצוא דרכים להשיג את המטרות האישיות תוך זיהוי דרכי הפעולה אשר תוביל להשגת המטרות הללו וכוללת יכולות קוגניטיביות ומוטיבציה. משתנה נוסף שלא נחקר דיו עם מבוגרים בכלל וקשישים בפרט הוא תכונת המשחקיות. בעוד שהמילה "משחק" מתייחסת לביטויים התנהגותיים, משחקיות הוא מושג רב-מימדי המוגדר בתור נטייה לתפוס מצב בצורה כזאת המספקת לאדם שעשוע, והומור. אנשים עם נטייה למשחקיות מתוארים כאנשים ספונטניים, מלאי הומור, אנרגטיים, חברותיים ופתוחים (ועוד). בעקבות מחקר עולה הסברה שתכונה זו עוזרת לאדם להתמודד בצורה טובה יותר עם דחק ואירועי חיים ומשתמשים באסטרטגיות התמודדות טובות יותר. כמו כן, אנשים עם תכונת משחקיות גבוהה מדווחים על תפיסת איכות חיים טובה יותר. יש חוסר במחקר ומידע לגבי השפעתם של תכונות כגון משחקיות ותקווה על השתתפות בחיי היומיום ותחושת רווחה אישית, אצל קשישים, זאת מעבר להשפעתם של אספקטים שליליים כגון ירידה קוגניטיבית ורגשית. אנו מאמינים שמידע בנוגע למשתנים אלו עשוי לסייע לאנשי מקצוע בריאות בפיתוח התערבויות חדשות, המתמקדות בגורמים חיוביים אלו, כדי לקדם את השתתפותם ושלומום קשישים.

ההרצאה הנוכחית תתאר מחקר pilot שהתמקד בחקר הקשרים בין משתנים שונים שהועלו כגורמים לזקנה מיטבית. באופן ספציפי נבחנו קשרים בין תחושת התקווה, משחקיות, סטטוס קוגניטיבי וסטטוס רגשי לבין תפקוד והשתתפות בקהילה ותפיסת רווחה אישית.

שיטות. אוכלוסיית המחקר: 46 משתתפים בטווח גילאים 67-97, 78% נשים ו 22% גברים. המשתתפים מתגוררים בדוור עצמאי בקהילה או בכפר גמלאים. כלים: MOCA לסריקה קוגניטיבית, RNL להשתתפות בקהילה, PWI להערכת רווחה אישית, APTS להערכת משחקיות, HOPE להערכת תפיסה עצמית של תקווה, PHQ מדד להערכת דכאון.

תוצאות. נמצאו קשרים חיוביים, בינוניים עד גבוהים, בין רמת ההשתתפות בקהילה לבין כל המדדים. רווחה אישית נמצאה בקשר חיובי בינוני-גבוה עם כל המדדים חוץ מקוגניציה. נמצא קשר גבוה בין השתתפות לשיעור הרצון מהרווחה האישית. מבין המשתתפים היו אנשים עם ירידה קוגניטיבית קלה, בקבוצה זו נמצא קשר עם ירידה במצב רגשי ובהשתתפות.

מסקנות ראשוניות. מחקר ראשוני זה מורה על קשר בין תכונות אישיות של משחקיות ותפיסת תקווה להשתתפות ותפיסת איכות חיים סובייקטיבית בקרב קשישים עצמאיים בקהילה. ממצא מעניין נמצא לגבי רמת הקוגניציה שנמצאה בקשר עם השתתפות אך לא תפיסת איכות החיים. איסוף הנתונים נמשך וכולל קשישים בריאים מהארץ ומארה"ב וקשישים עם ירידה פיזית ותפקודית.