

כנס מקצועות הבריאות – תרגום ההרצאה של פרופ' פלורנס קלארק

פרופ' נעמי כץ: ברוכה הבאה פרופ' פלורנס קלארק, שתיתן את ההרצאה המרכזית. ההרצאה שלה באנגלית והתרגום פה על מסך למי שזקוק לכך. מקווה שיעזור לכולם.

תודה רבה לכולם. אעבור לאנגלית. לכבוד הוא לנו שפרופ' קלארק פה, מחר היא תיתן סדנה. היא היושבת ראש של המחלקה לריפוי בעיסוק ומדע העיסוק באוניברסיטת דרום קליפורניה, היא עמיתה מוערכת שלנו, מדענית מוערכת של החברה הנשיאותית של ריפוי ועיסוק. אנחנו מכירות מעבודת הדוקטורט שלי בארה"ב לפני זמן רב, ויש לה הישגים רבים במדע העיסוק ובריפוי בעיסוק, אנחנו כל כך אסירי תודה שהיא באה היום להרצות לנו. ברוכה הבאה. פרופ' לורנס קלארק.

פרופ' לורנס: לפני שאגיע לשקפים, אני רוצה להגיד שאני כל כך שמחה להיות פה, אני רוצה להודות לד"ר נעמי כץ למכללה ולסגל המינהלי שהזמינה אותי לפה. אני נוסעת בכל העולם ומציגה את העבודה שלי, והייתי בארצות שונות, אבל פה אני מרגישה בבית. אני ממש מתרגשת ונלהבת להיות פה. עכשיו אעבור לעבודה שלי.

אני רוצה לדבר על תוכנית מחקר שאני הייתי מעורבת בה ב-1992, עשינו את המחקר הזה במשך 20 שנה, זה היה כאשר הייתי בשנות ה-40 לחיי ואנשים זקנים נראו לי מאוד זקנים, ועכשיו כשאני בת 69 אנשים זקנים נראים לי צעירים מאוד... הגיל נותן נקודת מבט שונה.

נתחיל עם מוגבלות, מחלות כרוניות ומניעה. מה העניין? השילוב של מוגבלות ומחלות כרוניות מביא לכך שאיכות החיים לא תמיד טובה. רק לחיות בלי איכות חיים, זה לא דבר כל כך מהנה. בואו נחשוב איך למנוע מוגבלות ומחלות כרוניות כאשר אנשים מתבגרים. אני כל כך בת מזל שהתחלתי את המחקר הזה בגיל 40, כי יכולתי ליישם את המסקנות על חיי שלי, ועכשיו בגיל 69 הודות לכך אני יכולה לנסוע סביב העולם ולהרצות.

הרבה מכם מכירים את מדע הגרונטולוגיה, אתם יודעים שיש מחלות כרוניות שקשורות לזיקנה והן מביאות לתחלואה כפולה, דיכאון, חוסר תעסוקה, פעילות פחותה וכאבים. המחלות הכרוניות אחריות למוות, יותר מגורמים אחרים. אבל אנחנו יכולים להתמודד איתן, ולמנוע אותן אם נאמץ אורח חיים בריא.

השאלה אם נהיה בריאים מבחינה פיזית וקוגניטיבית, תלויה בגנים ובתורשה. אבל גם מאוד חשוב איך אנחנו חיים, מה אורח החיים שלנו. זה לא מוקדם מדי להתחיל לחיות אורח חיים בריא כדי לקדם בריאות ולמנוע מחלות.

המחלות הכרוניות שגורמות הכי הרבה בעיות, הן בעיקר 4 מחלות. אתם יודעים מה הן, אני יודעת. שבץ, מחלות לב, סוכרת וסרטן. אנחנו יודעים שבשני עשורים קרובים שיעור הסרטן יעלה, בגלל שגיל האוכלוסייה יעלה. וגם יש דלקות שקשורות לאורח החיים.

אנחנו יכולים לשפר את רווחת החיים שלנו ולמנוע מחלות על ידי אורח חיים בריא.

זה נהדר שתוחלת החיים עלתה, וזה אומר אחוז יותר גבוה של אנשים בגיל זיקנה. פה בישראל עדיין יש לכם 4 ילדים למשפחה, 6 ילדים ואפילו 10 ילדים, פגשתי שתי עמיתות שלי עם 10 ילדים. ואני, יש לי בת אחת שלא נשואה, אין לי נכדים ולא נינים, כך זה בארצות הברית. המשפחה זה גורם חשוב בישראל.

פה בשקף רואים את האוכלוסייה העולמית. זה ממש מדהים. בעולם המספר אנשים מעל גיל 100 הולך לעלות ב-1004 אחוזים. שיעור האנשים בגיל 85 ומעלה יעלה ב-351 אחוז. ומספר אנשים מעל גיל 65 יעלה ב-188 אחוז. שיעור האנשים מגיל אפס עד 64, יעלה ב-22 אחוזים בלבד. זאת אומרת שהעולם יהיה עם הרבה מאוד אנשים זקנים, ולרבים מהם יהיו מחלות כרוניות. זה אומר שהחשיבות של שמירה על בריאות הולכת ועולה.

בישראל, לפי הנתונים של שירותי בריאות מכבי, לשני שלישי מהאנשים הזקנים יש יותר שתי מחלות כרוניות או יותר. זה נתון הכי חדש שמצאתי, זה ממסד הנתונים הלאומי. מדובר על סרטן, מחלות לב, שבץ, מחלות נשימה כרוניות וסוכרת. בישראל עושים הרבה בנושא של סוכרת מבחינת מניעה, מבחינת אימוץ אורח חיים שמטרתו להוריד את השיעור של התפתחות המחלות הכרוניות האלה בחברה. זו גם העבודה שלי והמחקר שלי ב-20 השנים האחרונות.

אם אתם רוצים לזכור משהו חשוב: אנחנו הופכים להיות מה שאנחנו עושים - מה שאנחנו עושים כל יום, מה שאנחנו אוכלים, כמה אנחנו ישנים וכמה אנחנו במתח, כל זה יעצב את מי שנהיה, והאם יהיו לנו מחלות כרוניות.

נתון מארה"ב – ל-60% מהאנשים בגיל הביניים יש שתי מחלות כרוניות ול-75% מחלה כרונית אחת, ומדובר על אנשים בגיל 40 עד 60, וזה יחמיר כאשר יהיו זקנים יותר.

הנתונים מצביעים על כך שאנשים עם שמחלות לב יחיו 5 שנים פחות, אנשים אחרי שבץ יחיו 11 שנים פחות מתוחלת החיים הצפויה. בשבילי, אם אתם רוצים להדגים את זה במציאות, אני בת 69 ואני יכולה לחיות עד גיל 81 בריאה, אבל יכול להיות לי שבץ – אפילו אל תדברו על זה, לא לפתוח פה – אבל אם יש מחלה, תוחלת החיים יורדת.

בשקף הבא, תסתכלו על האזורים הכחולים, שאנשים חיים בהם עד גיל מאוחר ובריאים, זה משום שהחיים שלהם בריאים. הגורמים לכך – הימנעות מעישון, מאלכוהול וסמים, חיים ללא מתח. דיברתי עם הדיקן במוסד שלי, הוא אומר שזה מאוד טוב לפרוש בישראל, אבל לא לעבוד שם כי הלחץ בעבודה בישראל הוא גבוה מאוד. גורמים נוספים – אוכל צמחוני ושתיית מי מעיינות, פעילות גופנית, קשרי משפחה קרובים וחיים בקהילה דתית.

נושא האוכל הוא חשוב, חשוב לאכול בריא, לעשות פעילות גופנית. יש קבוצה שחיה ליד קליפורניה אדוונטיסטים, ותוחלת החיים שלה גבוהה מאוד (7 שנים יותר מהמוצע בארצות הברית), הודות לאורח החיים שלהם.

אנחנו יודעים שהרגלי בריאות בשלב מוקדם בחיים יביאו לתוצאות טובות בטווח הארוך. מדובר על תזונה מאוזנת, פעילות גופנית חמש פעמים בשבוע זה חשוב, זה לא חייב להיות משהו ממוסד, אלא רק להיות בתנועה. חשוב לבחור הרגלים בריאים ופעילויות משמעותיות. זה מוסיף שנות איכות לחיים, שנים של חיים בבריאות, ללא מוגבלות.

יש גם העניין של הימנעות מסוכר לבן, סוכר מעובד. עבודה בישיבה רוב היום מגבירה את הסיכון להשמנת יתר וסוכרת. מאוד חשוב לאמץ סגנון חיים בריא כמה שיותר מוקדם בחיים.

מה שאנחנו צריכים זה פתרונות חדשניים כדי למנוע מחלות ומדיניות שתספק לאנשים הזמנות לנהל חיים בריאים יותר בהמשך.

פה יש מערכת בריאות טובה, ואפשר ליישם תוכניות בריאות לאומיות, כדי שאנשים בישראל יהיו בריאים יותר.

אספר לכם על המחקר שלנו, שהוא מה שנקרא מחקר יישומי שאפשר לתרגם אותו לחיים האמיתיים. זה לבנות תיאוריה ולהראות שזה יכול להיות מיושם באופן מעשי, גם במונחים של עלות תועלת. בשנות ה-90 בארצות הבריות אנשים היו מודאגים מהנושא, ואז התחלנו את המחקר, שזה היה מוקדם, כשעוד פחות טיפלו בנושא.

אנחנו הגדרנו את הבעיה, פיתחנו הבנות תיאורטיות ואז בנינו תוכנית התערבות. ניסינו את ההתערבות הזאת על קבוצה קטנה יחסית, ואז בדקנו איך זה יכול להיות מיושם במספר גדולים יותר, במערכת הבריאות. זה מחקר שנערך מעל 20 שנה, ועדיין הוא לא מיושם.

השקענו במחקר 7 מיליון דולר. עשינו מחקר מבוקר, שבו עשינו את המחקר בתנאים אופטימליים. בחנו את זה במונחים של עלות תועלת ובמונחים של פרגמטיות, האם זה יכול להיות מיושם במספרים גדולים.

בחנו את היתרונות של התערבות, ובנינו מסד נתונים חזק כדי שגם חוקרים אחרים יוכלו ללמוד מהנתונים שלנו.

מה זה עיצוב מחדש של אורח החיים? מה זה ההתערבות הזאת? אנחנו לימדנו את האנשים לעצב ולנהל שגרת חיים בריאה כדי להתמודד עם גורמי מחלות כרוניות, כדי להיות בריאים יותר.

המעורבות מתמקדת באורח החיים, מבוססת על פעילות. נערכו פגישות אישיות עם המשתתפים במחקר, כדי להגיע לכל משתתף ולסייע לו לתכנן לעצמו שגרת חיים בריאה שתתאים לו.

בשקף הבא אתם רואים את המדריך שלנו לעיצוב מחדש של אורח החיים, כדי להתחיל במניעה. עסקנו גם באתגרים של אנשים זקנים עם הכנסה נמוכה, שחיים באופן עצמאי בקהילה. בשבילם עיצבנו את תוכנית ההתערבות הזאת.

היתה לנו קבוצת מחקר גדולה, אינטרדיסציפלינרית, שכללה אנשים מהתחומים של ריפוי בעיסוק, רפואה גריאטרית, בריאות הציבור, פסיכולוגיה ועוד.

בשקף הבא רואים את המחקר הראשון שלנו, שהוביל מרפא בעיסוק, אחד המחקרים הראשונים בתחום הזיקנה. בניסוי 122 אנשים קיבלו ריפוי בעיסוק, 120 איש קיבלו פגישות בקבוצות, ו-119 לא קיבלו שום טיפול. השווינו ביניהם.

עקבנו אחרי האנשים האלה כדי לראות מה מצבם אחרי ההתערבות וגם 6 חודשים אחרי תום ההתערבות, והפקנו נתונים. במחקר הראשון ההתערבות היתה במשך 9 חודשים, לכל משתתף היו 4 מפגשים קבוצתיים ומפגש אישי אחד, היו גם מפגשים אישיים בבתים.

הראינו שקבוצת ההתערבות שיפרה בצורה משמעותית ב-5 תחומים של איכות חיים. מצאנו שזה שלא מספיק לעשות פעילויות חברתיות, כשבחנו את האנשים שהשתתפו בקבוצות חברתיות מול אלה שלא קיבלו שום טיפול, התוצאות היו זהות. האנשים האלה היו צריכים לעצב מחדש את אורח החיים שלהם, היינו צריכים לעזור להם להגיע לשגרה בריאה יותר, לפעילויות שיביאו להם תועלת בתחום של בריאות. זו תוכנית טלוויזיה שמסבירה על המחקר שנעשה בקליפורניה על ידינו, בעיקר על ידי מרפאים בעיסוק, המחקר של "זיקנה טובה".

אנשים במחקר הזה היו מגיל 60 עד 90, ממוצע 75.

בחנו את תוצאות ההתערבות לגבי אנשים מבוגרים שחיים באופן עצמאי. אנשים אלה חיים בדירות רגילות, יש מקרים שהם נשואים וחיים עם בן זוג, יש להם מחלה כרונית אבל זה לא מונע מהם לחיות בצורה עצמאית.

רציתי להראות פה סרטון אבל זה לא עובד. אם הייתם רואים אותו, הייתם רואים אותי ב-1997, והייתם יכולים להשוות איך אני נראית עכשיו לעומת אז. אפשר היה לראות גם את המשתתפים האחרים במחקר ואת התוכנית. אני אנסה להראות את זה מחר, לאלה שיבואו לסדנה. עד אז נפתור את בעיות הטכנולוגיה.

הדבר חשוב שהראינו במאמרים שפירסמנו - שגם כשבחנו את הנתונים 6 חודשים אחרי ההתערבות, ראינו ש-90% מההשפעה החיובית טובה של ההתערבות נשארה גם 6 חודשים אחרי כן. המטרה היא שהתוכנית תעזור לחיות בלי מוגבלות ובלי מחלות במשך שנים.

העלות לשנת חיים בריאה נוספת היא 10,666 דולר. אם היו באים אליי ושואלים: פלורנס, אם את רוצה שנספק לך עוד שנה בלי מחלה, כמה את מוכנה לשלם? בוודאי שהייתי מוכנה לשלם 10,666 דולר, זה לא הרבה כסף, במונחי עלות-תועלת זה שווה, זה מאוד זול לעומת חיים עם מחלות כרוניות. המדריך שהכנו מוכן. סיימנו את המחקר ב-2008 ועוד אין מימון ליישום. עכשיו אנחנו יודעים איך לשנות לטובה את החיים בזיקנה, ופרסמנו את המדריך הזה.

המחקר השני היה על קבוצה גדולה יותר, אנחנו בחנו את המנגנון שאחראי להשפעה הטובה של המחקר. רצינו לבדוק את זה במונחי עלות-תועלת ואם התועלות נשארות גם 6 חודשים אחרי ההתערבות. המטרה היא לפתח הרגלים בריאים, שייכנסו לשגרה - אתם כל יום שותים קפה, כל יום מתקלחים, זה לא משתנה לעולם. רצינו שגם ההרגלים הבריאים - פעילות גופנית, תזונה נכונה וכו' - ייכנסו לשגרת החיים ולא ישתנו, ואז גם ההשפעה החיובית לא תשתנה.

אנחנו רצינו לבחון את המנגנון שמתווך לחיים בריאים. ידענו שההתערבות מביאה לאורח חיים בריא פיזית ונפשית, שהרווחים ממנה נמשכים גם 6 חודשים אחרי ההתערבות ושהיא מוצדקת במונחים של עלות תועלת. אבל לא ידענו למה זה עובד.

מצאנו שיש כמה גורמים האחראים לכך שזה עובד. קודם כל שינינו את השגרה היומית של האדם ואת הפעילות שלו. גם חשבנו שעזרנו לאנשים הזקנים להיות יותר פרואקטיביים ולפתור בעיות, לא להיות מדוכאים, אלא לנקוט בפעולה עצמאית כדי לפתור את הבעיות שלהם. גם יצרנו תמיכה חברתית ויכולת של האנשים לשלוט על חייהם על ידי אימוץ אורח חיים בריא. אנשים זקנים רבים מרגישים חסרי תקווה, חסרי אונים, וזה מה שאנחנו חושבים שההתערבות שיפרה - היא גרמה להם להרגיש יותר מסוגלים.

רצינו להעתיק את התוצאות האלה, רצינו להראות שאפשר להעתיק את התוצאות גם לעולם האמיתי, שהן לא יישארו רק בקבוצת המחקר, שנעשה בתנאים מאוד טובים, כאילו תנאי "מעבדה" - שתי קבוצות קטנות, תוכנית אינטנסיבית. רצינו להעביר את זה לעולם האמיתי, לרמה המעשית, הפרגמטית. אז בנינו יותר קבוצות מ-21 שכונות שונות, מאזורים שונים. זה יותר מורכב, יותר דומה לחיים בעולם האמיתי. לגבי פגישות אישיות, במחקר הראשון התרפיסטית יכלה לשקול אם לתת פגישה אחת או יותר. במחקר השני זה היה יותר פורמלי, לא נתון לשיקול דעת. וכמו שאמרתי, היו יותר קבוצות, מאזורים שונים, כך שבמחקר השני היו יותר אתגרים מאשר במחקר הראשון, שהיה על קבוצה מצומצמת והומוגנית יותר. במחקר השני היו 26 קבוצות, 440 משתתפים.

במחקר השני קבוצה א' היתה היא קבוצת ההתערבות, קבוצה ב' היא קבוצת הביקורת. קבוצה ב' קיבלו התערבות, ועקבו אחרי במשך שנה. המחקר השני היה הרבה יותר גדול 26 קבוצות, 440 משתתפים. רצינו לנתח את התוצאות, בניתוח הזה השווינו את קבוצה א' לעומת קבוצת ב', קבוצת הביקורת. ראינו שיכולנו לשכפל את התוצאות של המחקר הראשון. הראינו שיפור משמעותי בבריאות הנפשית, בתפקוד החברתי, בחינניות, פחות כאבים, וגם שיפור משמעותי של שביעות הרצון בחיים ופחות דיכאון. במחקר הראשון לא הראינו את ההשפעה של הפחתת הדיכאון אלא של פריחה, שגשוג, כי שם אנשים מראש היו פחות בדיכאון. בקבוצה השנייה השתתפו קבוצות שבאות גם מרקע של חוסר שוויון חברתי והיו ביניהם הרבה אנשים עם דיכאון, כך שהשפעת ההתערבות ניכרת יותר.

עכשיו השאלה היא אימוץ התוכנית במערכת הבריאות, וכך בוחנים את זה במונחי עלות תועלת. אם מסתכלים על קבוצה ב', על הניתוח אחרי המחקר לעומת לפני המחקר, רואים אותם ממצאים. יש שינויים משמעותיים בבריאות הנפשית ושאר הפרמטרים. אם מחברים את כל הנתונים של ההתערבות, אפשר לראות שההשפעות גדולות יותר, יש לנו יותר כוח, רואים את הרווחים הבריאותיים של התוכנית. אלה מאפיינים שחסרים בדרך כלל במתודות הרגילות. אבל פה בנינו מסד נתונים חזק. אם מסתכלים על הנתונים, רואים קשר חזק בין הדברים. המטפלים שלנו יכלו להשתמש בשיפוט שלהם ולהחליט אם לעשות פגישות אישיות או לא, רובם עשו שתי פגישות אישיות לפי שיקול דעתם. במחקר השני קיימו יותר פגישות. אם אתם רוצים לעשות מודל התערבות כזה, אולי לא צריך לתת שיקול דעת אישי למטפלים אלא להכתיב כמה פגישות לקיים. בכל אופן בעולם האמיתי זה לא היה כמו במחקר הראשון, שנעשה על קבוצה קטנה יותר.

בנינו מסד נתונים חזק, שמראה קשר בין השתתפות בתוכנית ושיפור רווחת החיים. היו לנו תוצאות יותר טובות אם המרפאות בעיסוק היו מאותו מוצא אתני כמו המשתתפים. אם המשתתפים הם אפרו-אמריקאיים, רצוי שיהיו להם גם מטפלות אפרו-אמריקאיות. אני לא יודעת איך זה יכול להיות מיושם פה, אבל צריך לחשוב על התאמה תרבותית בין המרפאות לבין המשתתפים.

בנינו מסד נתונים, שיכול לעזור גם לאחרים שרוצים לעשות מחקרים כדי לעזור לזקנים. מה השיגה ההתערבות? האנשים עיצבו אורח חיים בריא, שמקדם בריאות ומתחזק את הבריאות. פה שוב אתם רואים את המדריך שפירסמנו. המטרה היתה לפתח ידע על ריפוי בעיסוק, בריאות וזיקנה, על הביטחון בבית ובקהילה, וגם נתונים על הזדקנות ומין.

אנחנו עזרנו לאנשים לפתח דגמי פעילות, הם למדו על ההשפעות של פעילויות גופניות שונות, פעילויות יצרניות, והם פיתחו דרך להיות פעילים. אם אתה לא משתמש בזה, אתה מאבד את זה. פה בשקף – זו תוכנית מעורבות אישית בבריאות. ההתערבות הזאת היא שונה, כי זה לא קשור לאורח החיים, זה מדבר על לעשות דברים, זה קצת שונה מתוכנית רגילה לשיפור רווחת החיים. פה חשובה המעורבות, רכישת ידע על הגורמים שמשפיעים על החיים בזיקנה, מה חשוב לעשות. גם בודקים את המצאי האישי של האדם, מה הפחדים שלו, האינטרסים, המטרות. חשוב לעשות צעדים קטנים, שהולכים וגדלים כל שבוע; כל פעם לעבור לשגרה מאתגרת יותר, להתמיד בה, ולקיים שגרת חיים שמקדמת בריאות.

ההתערבות – רכישת ידע, גם הפנמה של דברים שיכולים לעבוד, לפתח הרגלים על ידי אימון.

כתוצאה מהמחקר פיתחנו הרצאות, מדריכים, תרגום מסקנות המחקר ב-6 מדינות באירופה כדי שיכניסו את זה לקווים המנחים של שירותי הבריאות. היישום נעשה בדרכים שונות – פגישות אישיות, פגישות קבוצתיות, שיחות טלפון, ביקורי בית. יש דרכים שונות להתערבות.

החזון שלנו הוא שעיצוב אורח חיים בריא יהיה חלק משירותי הבריאות בארה"ב. זה יביא למניעת מחלות במקום טיפול בתסמינים, לשמירה על מערכות הגוף במצב טוב, לשינוי דפוסי הפעילות ולשיפור המצב הכללי של הגוף.

לאמץ סגנון חיים בריא מאוחר בחיים זה חשוב. הנתונים הם שרק 8.5% אנשים בארה"ב מאמצים אורח חיים בריא בגיל צעיר, ורק 8.4% משנים את זה אחרי גיל 45. אם מאמצים אורח חיים בריא, זה מפחית את הסיכון למוות ב-40% ומפחית את הסיכון למחלות לב וכלי דם ב-35%, ואז החיים טובים ומאושרים יותר.

והשקופית לסיום – לעולם לא מאוחר מדי להתחיל אורח חיים בריא. מחיאות כפיים.

ד"ר נעמי כץ: תודה רבה. לצערנו לא תכננו עכשיו זמן לשאלות, אנחנו יכולים לעשות זאת אחר כך. לאלה שכאן מרפאות בעיסוק, מחר תהיה סדנה בנושא ההתערבות, אז תוכלו ללמוד יותר. אנחנו גם יכולים לשלוח את המצגת למי שרוצה.