

התמודדות עם מוות בקרב זקנים הנוטים למוות במחלקה סיעודית מורכבת

הדס שמיר, שירי שנאן-אלטמן וליאת איילון

השיפור בטכנולוגיות הרפואיות והארכת גיל הזיקנה הביאו להתפתחות תחומים העוסקים בהתמודדות עם זיקנה ומוות. ברם, תחומים אלו נבחנו בעיקר בקרב זקנים שמצב בריאותם מאפשר להם לנהל את חייהם בקהילה. המחקר הנוכחי בחן התמודדות עם מוות בקרב זקנים הנוטים למוות במחלקה סיעודית מורכבת ונערך בגישה איכותנית. 15 זקנים בני 70 ומעלה רואיינו בראיונות עומק מובנים-למחצה על בסיס מדריך ריאיון שנבנה לצורכי המחקר. הנתונים נותחו לפי שיטת ניתוח תוכן איכותני. נמצאו שלוש תימות עיקריות: (1) 'תפיסות זיקנה', חוויית הזיקנה בהתחשב בשינויים הפיזיים הכרוכים בה; (2) בקשות מהצוות בנוגע לסוגי הטיפול האפשריים, החל מטיפול פיזי-סיעודי וכלה בטיפול רפואי; (3) 'התמודדות עם המוות'. ממצאי המחקר מדגישים את ייחודיות תפיסותיהם של זקנים במצב סיעודי מורכב בנוגע לזיקנה ולמוות, ומלמדים כי חשוב לנהל שיח פתוח על ציפיותיהם מהטיפול בסוף החיים כדי להגדיר מטרות טיפוליות.

מילות מפתח: זיקנה, מוות, מחלקה סיעודית מורכבת

מבוא

התקדמות הרפואה במאה ה-21 תרמה לעלייה דרמטית בתוחלת החיים בעולם המערבי. עם זאת, זקנים רבים מתמודדים עם מצבים רפואיים קשים ומורכבים, אשר לרוב מלווים בירידה תפקודית וקוגניטיבית, שנה וחצי עד שלוש שנים לפני תום החיים (De Gendt, Bilsen, Mortier, Vander-Stichele, & Deliens, 2009; Mullaney, Devereaux Melillo, Lee, & MacArthur, 2015). שילוב הארכת שלב הזיקנה עם איכות חיים ירודה עלול ליצור מצב דחק מתמשך (Pidgeon, O'Brien, Hanna, & Klaassen, 2014).

למרות השכיחות הגבוהה של חולי ומוות בגיל הזיקנה, התעורר בשנות ה-50 של המאה ה-20 עניין רב בתחום הקרוי 'זיקנה מוצלחת' (Blazer, 2006). 'זיקנה מוצלחת'

היא יכולת האדם הזקן להסתגל לאובדנים פיזיים, רגשיים וחברתיים, וכן להשיג סיפוק, שלווה ושביעות רצון מהחיים (בר־טור, 2005; Depp & Jeste, 2006).

אחת התיאוריות הבולטות על מעברים במעגל החיים היא התיאוריה הפסיכו-חברתית של אריקסון (1976). לפי תיאוריה זו, חיי אדם מורכבים משמונה שלבי התפתחות; כל שלב מייצג נקודת מפנה בחיים, ובה קונפליקט התפתחותי שעל האדם לפתור. המשימה ההתפתחותית בשלב הבגרות המאוחרת היא השגת 'אחדות האני' מול ייאוש. בשלב זה אדם סוקר את חייו מבחינת הישגים וכישלונות, ואם הוא חש סיפוק – משמע, הוא השיג את אחדות האני. שתי תיאוריות נוספות מסבירות את המושג 'זיקנה מוצלחת': תיאוריית ההינתקות (disengagement theory) ותיאוריית הפעילות (activity theory) (Gondo, 2012). על פי תיאוריית ההינתקות, הינתקות מחיים חברתיים והתמקדות בעצמי הפנימי הם תהליכים טבעיים של ההזדקנות האנושית. על פי תיאוריית הפעילות שימור אורח חיים פעיל חשוב ומשמעותי לאנשים זקנים (Havighurst, Neugarten, & Tobin, 1963).

זיקנה מוצלחת מורכבת משילוב של יכולות פיזיות וקוגניטיביות, מאחר שאובדן של אחת מיכולות אלו או של שתיהן עשוי לגרום לנסיגה מאינטראקציות חברתיות ולתלות (Hodge, English, Giles, & Flicker, 2013). במחקר אורך רב-תחומי שבדק זקנים בריאים, המתפקדים היטב ומתגוררים בקהילה, נמצאו שלושה מרכיבים עיקריים לזיקנה מוצלחת: סיכון נמוך או הסתברות נמוכה למחלות ולמוגבלות תפקודית הקשורה למחלות, רמת תפקוד גבוהה הכוללת הן מרכיב פיזיולוגי והן מרכיב קוגניטיבי (המלמדת על הפוטנציאל של הפרט להזדקנות מוצלחת), ומעורבות פעילה בחיים (Rowe & Kahn, 1997).

למרות הדגש על תפקוד פיזי כמדד מרכזי בזיקנה מוצלחת, ממצאי מחקרים אחרים מלמדים כי רווחה נפשית סובייקטיבית קשורה לא רק למצב פיזי (Shmotkin, Shrira, Eyal, Blumstein, & Shorek, 2013); מעורבות חברתית והשקפה חיובית על החיים חשובות יותר בחוויית זיקנה מוצלחת מאשר מצב הבריאות (Depp & Jeste, 2006; Montross et al., 2006). בנוסף, חוסן נפשי, שמירה על אורח חיים פעיל וקיומן של מערכות יחסים תומכות נמצאו אף הם קשורים לזיקנה מוצלחת (Montross et al., 2006; Teater & Baldwin, 2012). רוב המחקר בנושא זיקנה מוצלחת התמקד באוכלוסיות זקנים מתפקדים מבחינה קוגניטיבית, נפשית, פיזית וחברתית. עם זאת, אף על פי שכיום זקנים חולים ולא מתפקדים מאריכים חיים אף הם, טרם נערך מחקר שבחן זיקנה מוצלחת בקרב זקנים אלו.

זקנים במצב סיעודי מורכב סובלים לרוב ממורכבות רפואית ומוגבלות תפקודית גבוהה, והם מאושפזים במחלקות לסייעוד מורכב לצורך טיפול והשגחה רפואיים (Mezey, Neveloff-Dubler, Mitty, & Brody, 2002). התפלגות המאושפזים במחלקות אלו מראה שכמחצית מהזקנים מאובחנים עם בעיות קרדיאליות או שבר בצוואר הירך,

וכמחציתם סובלים מדמנציה. לרוב הזקנים יש יותר משלושה ליקויים בתפקודי היום-יום (activities of daily living), תפקוד קוגניטיבי לקוי ושלוש או יותר מחלות כרוניות (Mezey et al., 2002).

זקנים במחלקה סיעודית מתמודדים בעיקר עם אוכדנים רבים המתרחשים עם החרפת המחלה, כגון ירידה בתפקוד, החמרת המגבלות הפיזיות ואובדן העצמאות (גולנדר, 1995). רוב הזקנים הצלולים המאושפזים במחלקה סיעודית מורכבת מתמודדים התמודדות יום-יומית ואינטנסיבית עם המוות, מאחר שמצבם הרפואי לרוב קשה ולעתים רבות נשקפת סכנה ממשית לחייהם (Mezey et al., 2002). האשפוז במחלקה סיעודית מורכבת מעלה דילמות אתיות של סוף החיים, כגון החלטה על שינוי מטרות הטיפול. מחד גיסא, המחלה שממנה סובל המטופל היא לעתים קרובות מתמשכת ומלווה בירידה תפקודית ניכרת. מאידך גיסא, לעיתים ישנה הטבה במצבו התפקודי של החולה. בגלל דיסוננס זה נשלחים חולים רבים לאשפוז חסר יעד ברור, כשלמעשה ידוע שסוף החיים קרב (יאול, 2008).

התמודדות של אדם זקן ובני משפחתו עם המוות קשורה, בין השאר, להקשר החברתי-תרבותי שבה היא מתקיימת (הלוי-לוין וגרטל, 2015). לחברה הישראלית מאפיינים ייחודיים ביחסה למוות ולשכול. החברה הישראלית נוצרה וחייה בתוך חוויה אינטנסיבית של מוות ושכול עקב המלחמות והאירועים הרבים של אובדן ואבל אף בטרם הקמת המדינה. סביב היסטוריה זו התפתחו מנהגים תרבותיים ונורמות חברתיות כביטוי קולקטיבי לכאב. בחברה הישראלית ישנה תחושת איחוד כללית והתגייסות לטובת הפרט בעיתות מצוקה, ולכן, לעתים קרובות, ישנה התגייסות עבור חולים באמצעות מבצעי התרמות דם וכספים לניתוחים וטיפולים מיוחדים בארץ או בחו"ל (בן עמי, 2003). ברם, המפגש עם מוות והמודעות לסופניות עשויים לעורר חרדה, ולכן ישראלים רבים משתמשים במנגנוני הגנה כמו פיתוח אסוציאציות שליליות לגבי מוות (כגון כישלון של הרפואה, מזל רע) וגם הדחקה והכחשה של המוות (להד ואילון, 1995).

הספרות על משמעות המוות בכלל ובקרב זקנים הנוטים למוות בפרט, היא מועטה (Clarke, Korotchenko, & Bundon, 2012). מהספרות הקיימת עולה כי יש תלות הדדית בין החיים למוות (יאלום, 2011) ואנשים בסוף חייהם נותנים משמעויות שונות למוות הקרב. המשמעויות הללו מעצבות במידה רבה את תפיסת המוות של בני החברה ואת יחסם למוות (כרמל, 2001). במחקר שנערך בקרב 40 חולים במחלת לב מתקדמת נמצא כי חלק מהמשתתפים תפסו את המוות כאמצעי שיכול להקל עליהם ועל סביבתם מהסבל (Gott, Small, Barnes, Payne, & Seamark, 2008). מאידך, ניתוח נרטיבים של זקנים הנוטים למוות בנוגע למשמעות המוות הראה שהמרוויינים המשיכו לחוות התפתחות אישית חיובית למרות המוות הקרב (Nakashima & Canda, 2005). במחקר אחר שבו נערכו ראיונות עומק עם 7 דיירים במוסד סיעודי בנוגע למחשבות, רגשות

ומשמעות של גסיסה ומוות, נמצא שארבעה מרואיינים הביעו רצון להמשיך לחיות, מרואיין אחד לא הביע התייחסות למשמעות בנוגע למוות, ושתי מרואיינות תפסו את המוות כבעל משמעות חיובית, משום שלדבריהן איכות חייהן ירודה והן אינן מאושרות (Ternstedt & Franklin, 2006).

סוגיה קשה ומורכבת עולה מדברי חולים הנוטים למות ובני משפחותיהם: האם להאריך חיים באמצעות התערבויות רפואיות? (גאגין ושנאן-אלטמן, 2014). בישראל יש שתי גישות עיקריות להתמודדות עם דילמה של הארכת חיים לעומת איכות חיים. נקודת המוצא של הגישה ההומניסטית-ליברלית היא מרכזיות הערך של חיי אדם, המעניקה חשיבות לחירות הפרט, לאוטונומיה שלו ולזכותו לחיות את חייו על פי רצונו, אמונותיו והעדפותיו, לרבות סירוב לקבל טיפול רפואי. אוטונומיה זו מעוגנת בחוק יסוד: כבוד האדם וחירותו, 1992-ה'תשנ"ב. לעומתה, הגישה הדתית-יהודית מעלה על נס את קדושת החיים, ולכן לפיה אין להימנע מלספק טיפול רפואי שוטף או טיפול רפואי בסוף החיים (דורון ושל, 2011). כדי להתמודד עם הסוגיות השונות הקשורות לכך, חוקקו חוקים שונים בישראל בנושא זה. הגברת המודעות לזכויות החולה הנוטה למות באה לידי ביטוי גם בהפיכתו לשותף פעיל בקבלת החלטות בטיפול (Brinkman-Stoppelenburg, Rietjens, & van der Heide, 2014) ובריבוי חלופות טיפוליות חדשות, כדי לאפשר 'מוות טוב'.

'מוות טוב' הוא בסיס הגישה של הטיפול הפליאטיבי אשר נועד לתת מענה לחולים הנוטים למות, כאשר הטיפול הרפואי בהם הסתיים או שלרפואה אין מה להציע להם. מטרתו העיקרית של הטיפול הפליאטיבי היא להפחית את סבלם של החולים ולשפר את איכות חייהם, מבלי להאריכם שלא לצורך. ארגון הבריאות העולמי התייחס לטיפול פליאטיבי כטיפול הנעשה באמצעות שליטה בכאב ובסימנים הפיזיים של המחלה כמו כאבים ותסמינים אחרים, תוך מתן תמיכה נפשית, חברתית ורוחנית (World Health Organization, 2002), בין השאר באמצעות שיתוף החולה ובני משפחתו ובדיקת העדפותיהם.

העדפותיהם של זקנים בנוגע לטיפול בהם בסוף חייהם נחקרו מעט לעומת העדפותיהם של בני משפחה והצוות המטפל (Gagin, Shinan-Altman, Shilat, & Bar-Sela, 2014). ממצאים אלו מפתיעים, מכיוון שידוע כי גם הזקנים עצמם מתחבטים בעניין מותם, לדוגמה, היכן ימותו (Hays, Galanos, Palmer, McQuoid, & Flint, 2001), הרצון להכיר במצבם ולהשתתף בהליך קבלת ההחלטות לגבי הטיפול בהם (De Leightentritt & Rettig, 2009), וסוג הטיפול שהם מעדיפים לקבל (Gendt et al., 2001). תפיסות של מוות טוב נבדקו בעיקר בקרב חולים אונקולוגיים סופניים ופחות בקרב זקנים במצבים רפואיים מורכבים. לדוגמה, במחקר שנערך בקרב חולים המטופלים בהוספיס בית, נמצא כי תפיסות החולים הנוטים למות את מצבם עשויות להיות שונות מתפיסות בני משפחותיהם והצוות המטפל בהם (בנטור, רזניצקי ושנור,

2005). על כן אי אפשר להכליל את תפיסת המוות הטוב, העומדת בבסיס הטיפול הפליאטיבי, על כלל החולים ובני משפחותיהם, ויש להתייחס ליכולות ולצרכים האישיים של הזקנים עצמם בסוף חייהם.

'מוות טוב' הוא הכרה בזכות החולה ומשפחתו לאוטונומיה בקבלת החלטות ולהיותם שותפים בתהליך הטיפול בסוף החיים, כגון זכותם לתת הנחיות מקדימות. עם זאת, מחקרים מצאו כי זקנים אשר היו כשירים לקבל החלטות הקשורות לטיפול בסוף החיים היו מעורבים בתדירות נמוכה יותר לעומת אנשים צעירים, משום שלא עירבו אותם. מכאן, שהחלטות חיוניות לגבי אי קבלת טיפול או הקלה על כאב ותסמינים אחרים מתקבלות ללא התייעצות עם הזקן עצמו או עם קרובי משפחתו, מה שעשוי לגרום לכך שבקשות או רצונות מיוחדים של זקנים בסוף חייהם אינם נלקחים בחשבון בתהליך קבלת ההחלטות (De Gendt et al., 2009). ממצאים אלה מדאיגים, שכן מתן הנחיות מקדימות, ובפרט במחלקות סיעודיות, הוא חיוני, ומועיל בקידום איכות הטיפול בסוף החיים ובצמצום אשפוזים לא הכרחיים. כך נמצא ששימוש מסודר ועקבי בפרוטוקולים המציינים מהו רצונו של הזקן בטיפול בסוף החיים, הביא לירידה ניכרת באשפוזים ובפטריות בבתי חולים (Mezey et al., 2002). עבור חלק מהמטופלים המגיעים לאשפוז במחלקה סיעודית מורכבת זוהי תקופת חייהם האחרונה. בהתחשב בכך שמדובר ב'אוכלוסיית קצה' מבחינה רפואית ותפקודית, חשוב שהצוות יידע אם יש להם הנחיות מקדימות כתובות, או אם הם שוקלים את העניין, אם הוצעה להם חלופה של טיפול פליאטיבי, ואם קיבלו תמיכה רוחנית (Eskildsen, 2007).

לסיכום, על אף הגברת תשומת הלב לטיפול בסוף החיים, והדגש על הקלת תסמינים וכאבים פיזיים, רוחניים ורגשיים של הזקן ומשפחתו, עדיין תפיסת 'מוות טוב' היא יותר תקווה מאשר פרקטיקה רפואית, סיעודית וסוציאלית סטנדרטית. הסיבה לכך היא שהגישה העכשווית להתמודדות עם גסיסה ומוות מתקיימת בד בבד עם הגישה החברתית של הכחשת המוות. המיקוד הוא בהימנעות מבעיות או בהפסקת התערבויות לא רצויות ופחות באידיאל של 'מוות טוב'. למעשה נוצר פרדוקס של התעניינות גוברת בתהליכי גסיסה ומוות, יכולות טכניות עצומות להקלה על תסמינים ולשיפור הטיפול והפחתת הסבל, ואילו ברקע נוכחת התרבות המערבית של הכחשת המוות (Emanuel, 1998).

לאור הספרות העוסקת הן בזיקנה מוצלחת והן במוות טוב מזווית ראייה שלרוב אינה כוללת את אותם זקנים השוכבים על ערש דווי ושאינם חווים זיקנה מוצלחת, המחקר הנוכחי בא לבחון כיצד זקנים הנוטים למוות במחלקה סיעודית מורכבת תופסים זיקנה מוצלחת ומוות טוב. חשיבותו של המחקר בכך שהוא נותן קול לאוכלוסייה שקולה כמעט שאינה נשמע משום שנוכחותה מאיימת מדי עלינו, "החיים".

שיטת המחקר

הרציונל בבחירת שיטה איכותנית

מחקר איכותני מתייחס בצורה הוליסטית לתופעות, דרך גילוי והבנה מעמיקה של מורכבות משמעותיות וחוויות. המחקר הנוכחי חותר להבנת המשמעויות השונות של חוויית הזיקנה והמוות של זקנים המאושפזים עקב מצבים רפואיים מורכבים (שקדי, 2003; Chen, 2010). בנוסף, המחקר האיכותני גורם למרואיינים להשתתף במחקר באופן אקטיבי ומעניק במה לקולות שלרוב נוטים להיות מושקעים (Denzin & Lincoln, 1994). אוכלוסיית המחקר הנוכחי לא נחקרה בדרך כלל באופן ישיר, אלא דרך בני משפחות או צוות רפואי. המחקר הנוכחי מאפשר הצצה לתפיסותיהם האינדיווידואליות של המשתתפים אודות משמעות הזיקנה והמוות בסוף החיים.

אוכלוסיית המחקר ושיטת הדגימה

איתור המשתתפים נעשה באמצעות דגימת שונות מרבית (maximum variation sampling) (Patton, 1990). מטרת הדגימה לייצג את שונות התופעה באוכלוסייה הנחקרת. במחקר הנוכחי השתתפו זקנים המייצגים טווח רחב של חוויות והשקפות: הן מקרים טיפוסיים, והן מקרים שחורגים מעט מן הממוצע. יכולותיהם הקוגניטיביות והמילוליות אפשרו להם לספק מידע. בחירת המשתתפים התבססה על תהליך המבקש למקסם את העומק והעושר של המידע (Turner, 2010; Bloom & Crabtree, 2006; Jansen, 2010).

במדגם נכללו 15 זקנים בני 70 ומעלה, צלולים, הסובלים ממחלה מאיימת חיים או ממחלה כרונית פרוגרסיבית, ואשר אושפזו במחלקות סיעודיות מורכבות ברשת "בית בלב". כדי לאתר את המועמדים המתאימים ביותר למחקר, נעשה ניסיון ליצור שונות מרבית במדדים מסוימים: סיבת האשפוז ומשכו עד ליום הריאיון, מקום האשפוז, מגדר ומידת הדתיות. לוח 1 מפרט את המדדים.

הליך המחקר

משתתפי המחקר אותרו בידי העובדות הסוציאליות המועסקות במחלקות סיעודיות מורכבות ברשת "בית בלב", אשר הונחו לבחור את המועמדים המתאימים ביותר למחקר (על פי היכרותן עם המאושפזים במחלקה) ולבדוק עימם אם הם רוצים להשתתף במחקר. לאחר מכן, עורכת המחקר הראשית שוחחה בטלפון עם המועמדים אשר הביעו הסכמה ראשונית להשתתף במחקר ופירטה את מהלך הריאיון. לאחר קבלת ההסכמה מהמועמדים, נקבעה עימם פגישה. מטעמי נגישות, איתור המרואיינים נעשה

רק באזור המרכז והשרון. החוקרת הראשית ערכה ראיונות עומק מובנים-למחצה בני שעה עד שעה וחצי, על פי יכולתו של כל אחד מן המשתתפים. מדריך הריאיון כלל שאלות פתוחות בנושאי איכות החיים הנוטרים, תפיסות של מוות טוב וזיקנה מוצלחת, ומעורבות בקבלת החלטות הקשורות לטיפול עצמו. הראיונות נפתחו בשאלות פתוחות, כגון: "ספר לי על עצמך", ובהמשך נשאלו שאלות ממוקדות יותר, כגון: "מהי זיקנה מוצלחת עבורך?". מדריך הריאיון מוצג בנספח 1.

לוח 1: מאפייני המשתתפים

שם	סיבת אשפוז	משך אשפוז	מידת דתיות	גיל	מצב משפחתי	ארץ לידה
1 דוד	אונקולוגיה	חצי שנה	חילונית	84	א + 4	מזרח אירופה
2 נחמיה	אונקולוגיה	שבוע	חילונית	75	א + 3	המזרח התיכון
3 רבקה	דיאליזה	שנה	מסורתית	80	א + 1	מערב אירופה
4 בת שבע	מחלה כרונית	7 שנים	חילונית	85	א + 2	המזרח התיכון
פרוגרסיבית אחרת						
5 אבלין	אונקולוגיה	שבועיים	חילונית	70	2 + 2	מערב אירופה
6 דליה	ריאה	3 שנים	חילונית	80	א + 2	מזרח אירופה
7 רחל	אונקולוגיה	שבוע	חילונית	72	א + 4	ישראל
8 צבי	ריאה	שנה	מסורתית	83	א + 1	צפון אפריקה
9 נטשה	אונקולוגיה	חודש	מסורתית	79	א + 1	רוסיה
10 נעמה	ריאה	חודש	חילונית	77	א + 5	ישראל
11 רחמים	פצע לחץ	4 חודשים	מסורתית	78	ג + 3	ישראל
12 לאה	מחלה כרונית	חודש וחצי	דתיה	74	ג + 1	רוסיה
פרוגרסיבית אחרת						
13 יהושע	פצע לחץ	3 שנים	דתי	71	ג + 0	מזרח אירופה
14 רביבה	ריאה	שנה	חילונית	74	ר + 0	דרום אמריקה
15 יוסף	אונקולוגיה	חצי שנה	חילונית	75	ג + 2	ישראל

הראיונות נערכו במחלקות שבהן אושפזו המרואיינים. רוב הראיונות נערכו ליד מיטת המרואיין, וכאשר מידת הפרטיות לא אפשרה זאת, נערכו הראיונות בחדר נפרד. המראיינת ביקשה מהמשתתפים רשות להקליט אותם ויידעה אותם כי תשמיט מתמלילי הראיונות פרטים מזהים לצורך שמירת סודיות. המחקר קיבל אישור מוועדת הלסינקי של רשת "בית בלב".

היבטים רפלקטיביים

במחקר איכותני החוקר והמרואינים מחברים יחד את פיסות חייהם של המרואינים, ואת המשמעויות שהם נותנים לכך, ויוצרים במשותף סיפור שלם בעל משמעות. הריאיון הוא תהליך שהן החוקר והן המרואיין תורמים לו ומושפעים ממנו (שקדי, 2003). החוקרת הראשית שערכה את הראיונות (ה.ש.), היא עובדת סוציאלית שעבדה במחלקה סיעודית מורכבת ברשת "בית בלב". משיחותיה של החוקרת עם מטופלים ובני משפחותיהם ועם הצוות המטפל עלתה בה הכרה בקושי שלהם להיות בדיאלוג עם המוות, לשוחח בינם לבין עצמם ועם הצוות. כך, לעתים קרובות, נוצר צורך לעזור למטופל ולבני משפחתו לסגור מעגלים וסוגיות בלתי פתורות וכן לתת משמעות לחיים, למוות, לסבל ולתקווה. לא מן הנמנע שניסיונה המקצועי, חוויותיה ועמדותיה האישיות של החוקרת השתקפו גם במהלך הראיונות עצמם. במחקר אנתרופולוגי שנערך במוסדות סיעודיים צוין כי כאשר חוקר יחיד עורך מחקרי שדה, עלולים להתעורר ספקות באשר לאמינות הממצאים או הטיעונים התיאורטיים הנגזרים מהם. יתרה מכך, הטכניקה המרכזית לאיסוף נתוני המחקר תלויה בטיב היחסים שהחוקר מפתח עם המשתתפים. התכונות הייחודיות של החוקר והממד האישי משחקים תפקיד בתהליך איסוף הנתונים, בפירוש הממצאים, בניתוחם ובדרך הדיווח עליהם (גולנדר, 1995). נעשה ניסיון להבחין בין חוויות המרואינים לבין תפיסתה של החוקרת את מה שהמרואינים מתארים. המודעות הרפלקטיבית תרמה ליכולת החוקרת להתבונן בחוויות ובדרכי ההתמודדות המגוונות של המרואינים גם דרך עיניהם, ולהעשיר את עומק ממצאי המחקר.

ניתוח הראיונות

הראיונות המוקלטים הועברו למתמלל חיצוני. ניתוח הנתונים נערך על פי שיטת ניתוח תוכן איכותני (Miles & Huberman, 1994). לפי שיטה זו, לחוקר אין תיאוריה מבוססת לפני ניתוח הנתונים, ומטרתו בניתוח הנתונים להבין תפיסות ולחפש קטגוריות נושא הטמונות בנתונים. בגישה זו שלושה הליכים רפטיביים ומקבילים: צמצום המידע, הצגת המידע, הסקת מסקנות ואימותן (Hsieh & Shannon, 2005; Strauss & Corbin, 1998).

שלב ראשון: תמלולי הראיונות נקראו קריאה מעמיקה פעם אחר פעם, תוך כדי רישום רשמים ומחשבות. בשלב צמצום הנתונים (reducing data) קראו החוקרות את התמלולים שורה אחר שורה וקודדו את הנתונים למידע המכילות ביטויים או רעיונות משותפים. קטגוריות אלה העלו רעיונות והראו תבניות ותימות (Miles & Huberman, 1994; Strauss & Corbin, 1998; Turner, 2010). הבניית התימות נעשתה באמצעות מיקוד, השוואה ועימות של הנושאים השונים. לבסוף ערכו החוקרות

התמודדות עם מוות בקרב זקנים הנוטים למוות במחלקה סיעודית מורכבת

אינטגרציה וסינתיזה של המרכיבים השונים לכדי תימות. לדוגמה: זוהו קטגוריות שונות של התמודדות עם המוות, כגון התעלמות מהמוות, תפיסת מוות כבעיה לעומת מוות כפתרון לסבל, תחושת שליטה לעומת תחושת אי-שליטה בהתמודדות עם המוות. כל הקטגוריות קובצו יחד לכדי תימה מרכזית אחת.

שלב שני: שלב הצגת המידע (displaying data), כלומר, איסוף המידע בצורה מאורגנת ודחוסה. נבחנו הקטגוריות שנמצאו בשלב הקודם תוך ניסיון למצוא קשרים בין הקטגוריות.

שלב שלישי: הסקת מסקנות ואימותן (drawing and verifying data). לאחר האיסוף, הארגון והקידוד של המידע שעלה מהראיונות, ניתנה למידע משמעות קונקרטית באמצעות זיהוי תבניות שמטרתן היא 'עיצוב המידע'. בשלב זה הודגם הקשר של התימות לתימה המרכזית (Miles & Huberman, 1994).

את הראיונות ניתחה החוקרת הראשית בשיתוף החוקרות האחרות בהגדרת עולמות התוכן. לצורך חיזוק מהימנות המחקר ואימות המסקנות, נערך תחקיר עמיתים (peer debriefing). קבוצת עמיתים קיבלה כמה ראיונות לניתוח כדי לבדוק אם יש חפיפה בין עולמות התוכן שמצאו החוקרות וכדי לזהות תימות עיקריות. ממצאי קבוצת העמיתים תאמו את ממצאי החוקרות.

ממצאים

מניתוח הראיונות עלו שלוש תימות עיקריות:

התימה הראשונה, 'תפיסת הזיקנה', היא חוויית הזיקנה בהתחשב בשינויים הפיזיים שהיא מביאה עימה, כמו שינויים במצב הבריאותי, ירידה בתפקודי היום-יום והתלות שנוצרת בשל כך בסביבתם.

התימה השנייה, 'בקשות מהצוות בנוגע לטיפול', היא הצגת רצונם של הזקנים המאושפזים בדבר סוגי הטיפול האפשריים שהם מעוניינים בהם, החל מטיפול פיזי-סיעודי וכלה בהחלטות לגבי הטיפול הרפואי (וגם בקשות כגון אי הארכת חיים באמצעים מלאכותיים ועוד). זוהו שלושה סוגי תקשורת מול הצוות: בקשות מהצוות בצורה נחרצת; ניסיון להביע בקשות ורצונות מהצוות לצד תחושת אכזבה מאי-ההיענות של הצוות לבקשות ורצונות אלו; אמון מלא בצוות ללא צורך לבקש או לדרוש.

התימה השלישית, 'התמודדות עם המוות', עסקה במנגנוני ההתמודדות של המרוואיינים עם מותם הקרב. חלק מהמרוואיינים התעלמו מעובדת סופיות חייהם או ראו במוות פתרון לסבל. מרוואיינים אחרים התמודדו עם המוות הקרב באמצעות תחושת שליטה ותחושת אי-שליטה.

תימה 1 – תפיסת הזיקנה

נושא תימה זו הוא חוויית הזיקנה בהתחשב בשינויים הפיזיים שהיא מביאה עימה, כגון שינויים במצב הבריאותי, ירידה בתפקודי היום-יום והתלות בזולת שנוצרת בשל כך. תימה זו חולקה לשני תת-נושאים: תפיסת הזיקנה בעיני המרואיינים והזיקנה כפי שהיא נתפסת בעיני החברה, מנקודת מבטם של המרואיינים.

תפיסת הזיקנה בעיני המרואיינים: כמחצית מהמרואיינים (7) תיארו ראייה פסימית של זיקנתם. מתוכם, יש שראו את הזיקנה כפגם שיש להתבייש בו או כגורם לדיכאון. אחרים ראו את הזיקנה כסבל וכמחלה, ויש שראו את הזיקנה כמלמדת על תלותם בסביבתם. חלקם קיבלו את הזיקנה בהשלמה ובכניעה.

מה אני יכולה לספר? זהו, החיים. הגלגל מסתובב. הילדים גדלים, מתחתנים, אנחנו כבר מיותרות. בן אדם זקן זה מיותר, זה קשה. בחוץ לארץ לא היה מקומות כאלה, אז הזקנים היו סובלים מאוד. למה? הבן הזה אומר למה אני, או שהבת להגיד למה אני, והיו מסדרים ככה. שלוש חודשים האימא תהיה אצל בן אחד, שלוש חודשים אצל הבת השנייה, ככה היו מסובבים את הזקנים. את יודעת, את פה, עכשיו זהו. אין, זה הבית שלך וגמרת. (דליה)

מרואייין אחר, חולה אונקולוגי אשר סבל מנגעים בפניו שכרסמו בעורו והותירו חור במקום אפו, וכן גרמו לפצעים אשר הפיצו ריח מאוד חזק ולא נעים, הדגיש את ההבדלים שחש בעצמו טרם אשפוזו במחלקה ולאחריו:

אני בן 84. אני שיחקתי כדורגל עד לא מזמן, עד לפני שנכנסתי לבית חולים, אפשר להגיד את זה. אז ככה שאהבתי מאוד ספורט, מאוד-מאוד, זה היה חלק... החיים שלי, אבל זה קטל אותי, זה חתך אותי, חתך אותי לגמרי לחצי. זה לא אני! אני, בקושי אני מסתכל אם אני רואה אותי קצת בראי, אני בקושי רואה את עצמי. אז אני אומר – "זה לא אני, לא יכול להיות". אני הייתי בחור יפה, הייתי... (דוד)

המרואיינים הביעו אכזבה מן הזיקנה, אך בה בעת התריסו כנגדה. אחת המרואיינות לא הסתירה את תחושתה שהזיקנה אינה עומדת בציפיותיה:

אם הכאבים והסבל היו באים בזיכרון במובן חיובי, כמה היה טוב. וכמה זה גרוע כשזה ככה במצב כזה. אז זה עושה לי רע. אז מה אני חולמת שזיקנה טובה. לדאבוני הרב אני ציירתי לי אותה אחרת. (נעמה)

עם זאת, למרות האכזבה מהזיקנה והשלכותיה, שלושה מרואיינים הביעו גישה לוחמנית ולא פסיבית כלפי הזיקנה. אחד המרואיינים הגיע למחלקה לטיפול בפצע

התמודדות עם מוות בקרב זקנים הנוטים למוות במחלקה סיעודית מורכבת

לחץ. במשך אשפוזו במחלקה החליט המרואיין שלא להיכנע להידרדרות התפקודית, ומישיבה בכיסא גלגלים הצליח לחזור להליכה עצמאית. הוא החליט שאת המשך הטיפול בפצע ימשיך במסגרת הקהילה ולא במחלקה:

מה, אני אתחיל ללכת עם מקל? מה, אני אתחיל לשבת בבית? לא. כמה שאני יכול אני יוצא ואני מבלה איפה שאני יכול. הולך לקניות. (רחמים)

שלושה מרואיינים אחרים, אופטימיים, נטו שלא להתלונן על הזיקנה, על הירידה בתפקוד ועל המחלות, ושידרו יחס חיובי והשלמה כלפי הזיקנה. רבקה, אשר עברה טיפולי דיאליזה תיארה זאת כך:

לפעמים עוד את רואה חיים לפניך כאילו ולפעמים זה כבר להפך. אני, אני יכולה להגיד אני מרגישה את עצמי פחות או יותר לפי הגיל. אני לא יכולה להגיד שאני צעירה. גם לי אין מה להתלונן בעצם. אסור לי להתלונן. אם אני עוד את הכול זוכרת. לא אני גם לא, באמת אסור לי להתלונן חס ושלום.

לאה, אשר אושפזה במחלקה לאחר ששברה את רגלה, סיפרה על אורח חייה הפעיל (עד לאשפוזה) ועל תחושותיה כלפי הזיקנה שלה, וכמו כן גם על התמיכה של סביבתה בה:

אני רוצה לעבוד מהר, ללכת מהר-מהר, ואני הרבה הלכתי. חילקתי הרבה עיתונים ואני רוצה להיות צעירה. [...] חודש וחצי בבית חולים, והיו לנו [לה ולבעלה] הרבה חברים. הם [החברים] הולכים לך מהר-מהר [צוחקת]. (לאה)

לבסוף, שתי מרואיינות, חולות אונקולוגיות בשלב הסופני, התייחסו לזיקנתן בשלילה. גופן דעך ותלותן בסביבתן הלכה וגברה. למרות מצבן הפיזי והבריאותי, הן הביעו את רצונותיהן במה שקשור לטיפול בהן לפני צוות המחלקה, אם כי תחושתן הכללית הייתה של אי נעימות ואכזבה מהתקשורת עם הצוות. בנוסף, הזיקנה נתפסה בעיניהן כתלות פיזית בסביבתן. הן התביישו בתלות וסלדו ממנה.

זה כבר שנה שאני לא מרגישה טוב. בגלל שאני לא... אני רגילה להיות אישה עצמאית, ופתאום אני זקוקה לעזרה ולכל מיני דברים, זה מאוד קשה. אין לי תיאבון וזה בעיה. אני רוצה ללכת; אני לא רוצה לחשוב יותר מדי, אם לא אני בדיכאון. לא הייתי חושבת להיות כזאת. [...] שאני בכיסא, על הכיסא, שאני תלויה באחרים, לא הייתי... עד עכשיו אני נהגתי, הייתי עצמאית, בבית הכול, ופתאום לא עושים. (אבלין)

מרואיינת אחרת דיברה על התלות שלה בצוות המחלקה עקב מצבה הסיעודי. לדבריה, התלות בצוות והיחס של הצוות לבקשותיה מעוררים בה רגשות לא נעימים

והיא חשה כי היא נתונה לחסדי הצוות המטפל. היא משתדלת להתחבר לכוחותיה ולא לתחושת הדיכאון והירידה במצב הרוח, למרות ההידרדרות במצבה הבריאותי והתפקודי:

תראי, את הולכת לפי הסדר שלהם, לא מתאים לה עכשיו להחליף לך – אז תחכי אפילו עד הבוקר, לא מתאים לה עכשיו לרחוץ אותך – לא תתרחצי באותו יום, זה לא... תראי, הניסים והנפלאות שמדברים עליהם במקומות כאלה זה לא כל-כך נכון אבל זה הרע במיעוטו לפחות. [...] תראי, את מוגבלת, את לא יכולה לעשות שום דבר בלי עזרה שלהם. (רחל)

תפיסת הזיקנה בעיני החברה (מנקודת מבטם של המרואיינים) – המרואיינים שתפסו את זקנתם בשלילה אמרו כי גם סביבתם רואה בזיקנתם דבר שלילי. מעניין לראות כי ההיבטים השליליים שציינו שהסביבה רואה בהם היו בדיוק אותם היבטים שהם ראו בעצמם כאשר דיברו על הזיקנה. ניכר כי הם עצמם אינם מקבלים את מצבם, בדיוק כפי שלתחושתם הסביבה אינה מקבלת את מצבם, ולמעשה יש השפעה ההדדית ויחסי גומלין בין הזקנים וסביבתם בנוגע לתפיסת הזיקנה. סיפרה מרואיינת אשר גידלה את נכדיה לבדה עקב פטירת בתה, והם נלקחו ממנה למשפחת אומנה:

[...] את הרווחה הזמינה, אמרה אני, את עכשיו זקנה, מה את צריכה, אנחנו צריכים [...]. שאני זקנה, אני אי אפשר עכשיו ילדים... אה, היא מרוסיה? היא זקנה, צריך לשבת בפניה, מה זה היא לא מבינה כלום, אנחנו רק מבינים, היא טיפשה וזהו. (נטשה)

לעומת זאת, שלושת המרואיינים האופטימיים שתוארו לעיל, סיפרו באופן דומה כי תפיסת הזיקנה בעיני החברה אופטימיות וחיוניות אף הן. גישתם מתאפיינת בכך שאומנם הם חשים זקנים אך לתפיסתם הסובבים אותם אינם רואים אותם כזקנים. לדוגמה, מרואיינת אשר יצרה קשרים טובים עם הצוות המטפל. לתפיסתה הסביבה אינה רואה בזיקנתה דבר שלילי:

אני, אני כבר מספיק אני כבר מבוגרת. אני מה יש עוד? אני בת 85 מה יש לי לעשות? יותר טוב למות. אמר לי: אה למה למות? את צעירה. כן אני אומרת, אני בת 18. כמה 18 יש ב-85. צוחקים. זה אני אומרת. אני עושה להם, שאני לא זקנה. (בת שבע)

תימה 2 – בקשות מהצוות בנוגע לטיפול

תימה זו עסקה בתוכן הבקשות מהצוות בנוגע לסוגי הטיפול האפשריים, החל מטיפול פיזי-סיעודי יום-יומי וכלה בהחלטות לגבי הטיפול הרפואי בסוף חייהם (כגון אי-הארכת חיים באמצעים מלאכותיים ועוד). זוהו שלושה סוגי תקשורת עם הצוות: אי-

רצון או אי-נעימות לבוא בבקשות לצוות; בקשות מהצוות בצורה נחרצת; בקשות מהצוות לצד תחושת אכזבה.

אי-רצון או אי-נעימות לבוא בבקשות לצוות – שבעת המרואיינים בקבוצה זו תיאררו אי-רצון או אי-נעימות לבקש בקשות מהצוות, כי לתחושתם הם נמצאים במקום נמוך יותר בהיררכיה לעומת הצוות – בעיקר לעומת הרופאים. כמו כן, לתפיסתם, לחברי הצוות במחלקות אשפוז יש נטייה להתדיין בינם לבין עצמם, ולא תמיד הם מיידעים את המטופלים שזכותם לשאול שאלות על הטיפול. חשוב לציין כי המרואיינים שייכים לדור שראה ברופאים אותוריטה, אנשים מלומדים אשר הידע והניסיון המקצועי שלהם עולים על הידע והניסיון של החולים לגבי עצמם וגופם, ולכן, לתחושתם, הם נמצאים במעמד נמוך יותר. המרואיינים בקבוצה זו קיבלו על עצמם בקלות רבה יותר את החלטות צוות המחלקה לגבי הטיפול בהם ואף לא היססו ולא בדקו אם היו רוצים טיפול זה או אחר. כך מתאר זאת דויד:

ההחלטות האלה זה לא שייך לי, ההחלטות הם מחליטים, זה לא... אני מבקש דברים שהם מעבר ליכולת שלהם, אני חושב שיש כאן אנשים ש... יש אנשים, זה לא אומר שכן אדם שנכנס להנה לעבוד... גם הם בני אדם, זהו... לא יכול לבקש, זה לא שייך לי אני חושב. זה לא... זה לא שייך לי, אני... אם הרופאים יכולים לעזור לי במשהו כזה כן – זה היה טוב, אבל הם לא צריכים עזרה, אני יודע, אני לא יכול, אני לא רופא.

עם זאת ניכר כי המרואיינים בקבוצה זו הביעו כלפי הרופאים אמביוולנטיות עם נטייה להיכנע לסמכותם. מחד גיסא, המרואיינים הביעו הערכה לרופא ולמעמדו, ומאידך גיסא – הכירו במידה מסוימת גם במגבלות צוות הרופאים. בנוסף, מרואיינים אלה הביעו חשש לשתף את הרופאים המטפלים בסוגיות של מוות, כי זה נושא שלא נעים לדבר עליו. רבקה, חולת דיאליזה, סיפרה על פחד לשתף את מחשבותיה בנושא עם הרופאים המטפלים:

לפעמים חשבתי אולי זה כבר הסוף. [...] אף אחד לא אוהב לשמוע מזה. [...] אני, אני מפחדת להתחיל, את מבינה? למה אולי הם יכעסו עליי, אני יודעת, לא כל אחד. לא, למי שיש שכל נגיד ככה הוא לא יכעס, הוא מבין את זה. למשל אני לא אומרת עכשיו שיש לי שכל, או אני פיקחית. אבל אני, אני לא הייתי כועסת. על דבר כזה. אני לא. אבל אני יודעת אם..., אם יחשבו כמוני אנשים? זה אני לא יכולה לדעת. ולפגוע להם אני גם לא רוצה. אז, אז עם מי מהרופאים אני יכולה לדבר על זה? אז אני לא מדברת על הסוף. כשיגיע – יגיע. (רבקה)

בקשות מהצוות בצורה נחרצת – שלושה מהמרואיינים לא קיבלו את מצבם הרפואי והתפקודי בכניעה, והיו אקטיביים מול צוות המחלקה בבקשותיהם

הדס שמיר, שירי שנאן-אלטמן וליאת איילון

בכל הקשור לטיפול. מרואיינים אלה ציינו כי התעקשו על הדרך שנראתה להם נכונה לטיפול במצבם או שבאו אל המטפלים בדרישות שהיו חשובות להם. רחמים תיאר את החלטתו להשתחרר לביתו מאחר שריפוי פצע הלחץ שלו ארך זמן רב. הוא ציין כי סירב לטיפול תרופתי שהרופאים התוו עבורו ועמד על שלו לקבל טיפול אחר.

אין לי פה שום חוצה דעות עם הרופאים. הבנת? למה? מפני שהיום אנחנו מדברים, משוחחים. והחלטתי, גם אני רוצה לצאת הביתה כבר. אני לא אשאר פה עם הפצע הזה. הוא אומר לי, עוד שלושה חודשים זה יתפא לך... אני חשבתי שבבית תבוא מישהי בכל יום בבוקר, תיתן לי טיפול, או שיגידו לי לאן לגשת, אני אקבל את הטיפול. אני יושב פה למקלחת ולטיפול של הפצע. אין לי מה לעשות כל היום. (רחמים)

שלושה מרואיינים 'אופטימיים' נטו לעמוד על שלהם בתקשורת עם צוות המחלקה ובקבלת החלטות הקשורות בטיפול בהם והיו חשובות להם. הם הביעו ישירות את ביקורתם על התנהלות הצוות:

לפעמים, אם צריכים לשירותים יש כאלו שלא כל כך רוצים לקחת. אומרים לך: עכשיו לא. לדאבוני. היא [מטפלת] אומרת תמיד יאללה, כמו לחס ושלוש לאיזה חיה. אמרתי לה כבר אל תגידי יאללה-יאללה, זה לא אומרים לבן אדם... אבל אם יש דברים הכרחיים אז צריכים לבקש מהם. למי אני אפנה? פעם אחת הם ביקשו שאנחנו נעשה אמבטיות עם מטפלים גברים. אבל אני אמרתי לא, אוי סליחה. מגבר אני לא מוכנה לקבל אמבטיה ואני סירבתי. אז הם עשו לפי בקשתי אחר כך, אחות. (רבקה)

בקשות מהצוות לצד תחושת אכזבה — שתי מרואיינות בקטגוריה זו הביעו את רצונותיהן בפני צוות המחלקה בנוגע לטיפול בהן, אך חווייתן הכללית הייתה אכזבה. לדבריהן, הן פונות בבקשות לצוות המטפל כשהן זקוקות למשהו, אך לא תמיד נענות בחיוב או ברצון מצד הצוות, והדבר משאיר תחושה לא נעימה ולעתים אף גורם להן לשקול כל בקשה לפני הפנייה לצוות:

מרגישה שלא. למה הם מסתכלים על אנשים שאומרים כאילו חוצפה, פה הם עושים את העבודה אבל יש כאלה עושים יותר, אני ביקשתי עזרה למה אני מרגישה שלפעמים אני צריכה משהו וזה אז מביאים לי עזרה. (אבלין)

תימה 3 — התמודדות עם המוות

שלושה נושאים חוזרים עלו מדברי המרואיינים בנוגע למוות: (א) התעלמות מהמוות לעומת נראות המוות; (ב) מוות כבעיה לעומת מוות כפתרון לסבל; (ג) תחושת שליטה לעומת תחושת אי-שליטה בהתמודדות עם המוות.

התמודדות עם מוות בקרב זקנים הנוטים למוות במחלקה סיעודית מורכבת

א. התעלמות מהמוות לעומת נראות המוות: מרבית המרואיינים תיארו דינמיקה של התעלמות מנושא המוות בחיי היום-יום שלהם: הנושא לא היה מדובר בינם לבין עצמם, או בינם לבין בני משפחתם. התעלמות מהמוות תוארה כמנגנון התמודדות מקל ומאפשר את חיי היום-יום. המרואיינים טענו שהדיבור על המוות מיותר וחלקם אף ביקש שלא לשוחח על הנושא במסגרת הריאיון. דוד, לדוגמה, חולה אונקולוגי, נחרד מאוד משיחה על המוות:

המילה הזאת "מוות" זה קשה מאוד. קשה לי לחשוב, לא טוב. לא רוצה להיכנס לזה...

עם זאת, היו מרואיינים שאמרו כי אינם מדברים על הנושא, לא משום שאינם רוצים אלא משום שאינם מוצאים סביבה תומכת ומכילה אשר לא תירתע מלהקשיב לדבריהם ותבטל אותם כלאחר יד. נחמיה, חולה אונקולוגי על ערש דווי, סיפר:

תירגע תירגע תירגע. הם מנחמים אותי שהם אומרים, שהם שומעים שאני רוצה למות. לא רוצים לשמוע את המלה הזאת. [...] כואב לי עליהם שהם רואים אותי ככה. כולם בוכים בצד ולא מראים לי.

רבקה סיפרה על הנראות של המוות במחלקה ותיארה את התחושות המתלוות לפטירות התכופות המהוות תזכורת מתמדת לכך שהמוות נוכח בחיי המאושפזים:

ועכשיו שוב פחד. פה בא גבר שהוא עושה לוויית. היום הוא שוב היה, אני לא יודעת מי היום הלך. אז כל פעם נותן לי גם כזה שוק. זה גם משפיע פה. בדרך כלל אנחנו יודעים מי הלך. רואים משפחה מהם עוד, שבאו תמיד, אז אנחנו תכף בכלל רואים מי זה. [...] הם [הצוות] לבד אומרים אנחנו רואים את זה כל יום... ותכף שבאתי פה אחת נפטרה בחדר שלי.

ב. מוות כבעיה לעומת מוות כפתרון לסבל: מחד גיסא, המרואיינים ראו במוות בעיה, סוף החיים הקרב. מאידך גיסא, היו שראו במוות פתרון לסבל. המרואיינים אשר תפסו את המוות כפתרון לסבל ולכאבים שהביאה מחלתם דיברו על הפחד מכך שמצבם יימשך עוד ועוד ואף יחמיר:

תראי, אני שהייתי באושוויץ אני הייתי בורחת מהמוות. הייתי בורחת. לא רוצה למות. עכשיו אני לא בורחת מהמוות. אני, מה אלוהים רוצה שיעשה לי. למה, אני רוצה מוות. אני לא יכולה יותר. לא אין לי כוח מספיק. עוד מעט שמונה שנה. מותק, לא יכולה. אין לי כוח. אין. (בת שבע)

בת שבע השוותה בין שני מצבים שבהם המוות איים עליה: בהיותה נערה או אישה מאוד צעירה במחנה השמדה בזמן השואה, ובזיקנתה, כשהיא שוהה במחלקה סיעודית מורכבת. היא מתארת שבזמן השואה בהיותה צעירה עשתה הכול כדי לברוח מהמוות

ואף הצליחה בכך. כעת בזיקנתה ברצונה להרפות מהבריחה מהמוות כי אין לה כוח. ההשוואה מחדדת את ההבדל בתגובותיה של אותה אישה בתקופות התפתחותיות שונות בחייה. אפשר לפרש הבדלים אלה כמתאימים לתקופות השונות. ייתכן שבת שבע השוותה בין שתי התקופות כדי לחדד את יחסה הנוכחי למצבה הנוכחי, ולהראות את השינוי שחל בה.

גם אבלין, חולה אונקולוגית אשר מצבה הידרדר במהירות תוך כמה חודשים, תיארה את התגייסות משפחתה סביבה בעת הטיפולים ואת תחושותיה כחולה וכ"לא בסדר", מה שהוביל אותה לראות במוות פתרון לסבל. אבלין מספקת הסבר נוסף לאי-רצונה להמשיך לחיות. לדבריה היא חשה שמצבה לא ישתפר ושהטיפול בה מטיל עול על בני משפחתה. היא מדגישה את הפער בין תפיסתה שאין טעם להמשיך לחיות במצבה לבין תפיסת בני משפחתה המסרבת להכיר בכך:

בשביל מה לסבול אם לא מצליחים להגיע למשהו. להיות יותר בריאה. אם אני לא בסדר אני לא רוצה להמשיך, אם אני לא אהיה בסדר. בשביל מה? [...] הם אומרים "לא", הם עושים הכול, אבל אני רואה, אני מפריעה לכולם. [...] שהם צריכים לבוא, שאחותי נשארת כמה שעות והיא באה מצרפת, עזבה את הכול והיא באה לפה שלושה חודשים, היא הייתה פה לפני חודשיים, גם היא הייתה פה כשעברתי ניתוח, הם עושים המון.

לעומת זאת, מרואיינים אחרים אמרו שאינם מוכנים למות. דליה הרגישה שעדיין יש לה בשביל מה לחיות – בשביל משפחתה שאוהבת אותה. היא גם הדגישה שאינה רואה סיבה למות כל עוד אינה סובלת מכאבים:

אני לא חושבת על... אני בורחת מלחשוב שזה לא משפיע לי טוב. זה משפיע רע. את כבר חושבת שאת נפרדת מהמשפחה, ואני לא אהיה קיימת כבר. זה מה יש לחשוב? משפחה שאוהבת אותך, שאין לי בעיות, אז למה לא לחיות? אם בן אדם סובל, או משהו, אז את אומרת הייתה, יותר טוב למות. אני לא אומרת את זה.

לסיכום, בת-תימה זו אפשר לראות גישות שונות למוכנות למוות. המרואיינת הראשונה מדגישה שהיא רוצה למות בהתאמה לזיקנתה. המרואיינת השנייה מדגישה שאף כי בני משפחתה אינם מסכימים עימה, מצבה הבלתי הפיך והעול על משפחתה מצדיקים את רצונה למות; ואילו המרואיינת השלישית תופסת את רצונה להמשיך לחיות כנורמטיבי, כי אינה סובלת, ויש לה בשביל מה להמשיך לחיות, דהיינו, בשביל משפחתה האוהבת.

ג. תחושת שליטה לעומת תחושת אי-שליטה בהתמודדות עם המוות: תחושת השליטה באה לידי ביטוי ברצון של שתי מרואיינות שלא להאריך את חייהן באמצעים מלאכותיים ובמשאלה לקבל "זריקה" אשר תביא למוות מהיר ללא סבל.

אבלין הביעה את רצונה לשלוט בעיתוי מותה ודיברה על הקושי של חלק מילדיה לקבל זאת:

שנתנים לי זריקה [הכוונה להמתת חסד], אני בעד זה. את לא מרגישה, נותנים לי זריקה ואת לא מרגישה, אבל אני לא הייתי אומרת לילדים. קשה להם. אני דיברתי עם הגדול, הוא הבין אותי. הקטן לא, הוא לא יכול להבין, אבל הוא אמר, זה החלטה שלי.

רחל תיארה כיצד ליוותה את אחותה בשלבי סוף החיים והסבירה מדוע אינה רוצה להאריך את חייה באמצעים מלאכותיים:

לא צריכים את כל הצינורות האלה. את יודעת, אחותי חלתה בגיל 49 בסרטן בשחלה וזה היה שנתיים הידרדרות במורד הזה, אז היא כל-כך סבלה, אני לא רוצה להגיע למצב הזה. מאוד סבלה. ואני טיפלתי בה למעשה, הייתי כל יום אצלה בבוקר וראיתי את הכול, את התהליך. בשנה האחרונה בכלל לא היה טעם לחיים שלה. היא ישבה וכאבה ולאט-לאט כל האיברים שלה נחלשו והיא אמרה לי... איך היא אמרה? שלא כדאי לך ככה. עוד קצת לסבול לראות את הילדים, בכל זאת ילדה הייתה לה בת 10 ... אז היא אומרת לי: "את יודעת, אני כבר גם לא רואה אותם..."

ייתכן כי מרואיינות אלה, אשר הביעו רצון בשליטה, ניסו לתאר את רצונן להיות שותפות בקבלת החלטות, ולשלוט לפחות על קץ החיים, כשכבר כמעט אין יכולת לשלוט על הגוף ועל החיים בכלל. בנוסף, הצורך להיות בשליטה יכול לנבוע מחששות ופחדים מפני סבל. היכולת לקבל החלטה לגבי העתיד מאפשרת שליטה על מניעת סבל בעתיד.

לעומתן, שני מרואיינים דיברו על תחושה של העדר שליטה. לדבריהם, המוות הוא בידי כוח עליון – אלוהים, והוא זה שמחליט בעניין מועד המוות, צורתו וכדומה.

יש מקרים שכן אדם מאוד סובל, אבל הוא היה שומר מצוות בחיים והשם לא רוצה שהוא יסבול. אז אני חושבת שכזה בן אדם מקבל מוות קל. לא, לא לסבול. מוות זה מוות, אבל, אבל לא לסבול לכל הפחות. את יודעת. זה גם הרבה שווה. אני ברוך השם עד היום הזה לא סבלתי משהו קשה. אבל אולי לפעמים, אני חושבת עשיתי כל כך הרבה ביקורי חולים, עשיתי הרבה. ועזרתי הרבה לעניים. באמת, אולי לפעמים אני חושבת, אולי עוד יהיה לי עוד לא היה לי. אבל אולי, אולי אני הייתי כן מקבלת, אני חושבת. זה לא יפה מעצמו להגיד דברים כאלו. אבל לפעמים אני חושבת אולי יהיה לי פעם מוות קל. אבל זה רק לעכשיו אני לא יכולה להגיד את זה. (רבקה)

לדברי מרואיינים אלה את מועד המוות עצמו ואת צורתו קובע רק אלוהים, והסיכוי שיוכרע לכאן או לכאן מושפע מההתנהגות במשך החיים, כמו עשיית מצוות.

לדבריהם, כל מה שקורה בעולם הוא פרי רצונו של האל, ועל כן אירועי ההווה והעתיד כבר נגזרו מראש, במידה מסוימת.

לסיכום, ניכר כי שלוש התימות מתחברות יחד להתמודדות של המרואיינים עם המוות, הן באופן ישיר באמצעות שיח על המוות הקרב והן באופן עקיף באמצעות שיחה על מצבם הרפואי המורכב וקרבנם האפשרית למוות. מצד אחד המרואיינים דיברו על התקרבתם אל קץ החיים, ומצד אחר העלו תהיות וחששות על הטיפול בהם.

דיון

המטרה הראשונית של המחקר הייתה לבחון כיצד זקנים המאושפזים במחלקה סיעודית מורכבת מתמודדים עם המוות הקרב. במאמר הנוכחי לא הוצגו תפיסותיהם לגבי זיקנה מוצלחת, אף ששאלה כזו נמצאת במדריך הריאיון. עם זאת, ממצאי המחקר הנוכחי חשובים בכך שהם מלמדים כי יש גם התייחסויות אחרות למושג 'זיקנה מוצלחת' (התמודדות עם מוות, בקשות מהצוות המטפל).

ממצאי המחקר העלו שלוש תימות עיקריות. התימה הראשונה הייתה משותפת לרוב המרואיינים ועסקה בהתמודדות עם המוות. כאמור, המרואיינים מהווים 'אוכלוסיית קצה' מבחינת מצבם הבריאותי, ועל כן ההנחה היא שהעיסוק במוות יהיה נוכח אצלם יותר מאשר אצל זקנים שאינם סובלים ממחלות מסכנות חיים או מבריאות ירודה. באופן מפתיע, משתפיי המחקר נקטו גישה אשר עיקרה התעלמות מהמוות. נראה כי ההתמודדות עם המוות קשה לא רק לסובכים את החולים, אלא גם לחולים עצמם. התעלמות מנושא המוות בראיונות יכולה לנבוע מהפחד ממנו, הבא לידי ביטוי בקושי להתמודד עם המחשבות עליו עד כדי הדחקתן. פחד זה כולל גם פחד מהידרדרות מצב בריאותם ועימה אובדנים תפקודיים נוספים (Stromberg & Jaarsma, 2008). ההתעלמות מהמוות נוגעת גם לבדידות שחשו חלק מהמרואיינים אשר סיפרו כי הם מודעים למצבם הרפואי הקשה, אך אין להם את מי לשתף בכך. לעיתים, כשניסו לשתף את הסובכים אותם, נתקלו באמירות ההודפות כל ניסיון להגיע לדו־שיח (כגון: "תירגע", "יהיה בסדר"), או שחששו מתגובות של כעס או מפגיעה רגשית ביקריהם. אחד המרכיבים של 'מוות טוב', החוזר על עצמו בספרות המקצועית, הוא ניהול נכון של תסמינים, כלומר הקלה בתסמינים פיזיים (כמו כאב, עייפות, קוצר נשימה) ותסמינים פסיכולוגיים (כמו דיכאון וחרדה). 'מוות טוב' הוא נטול כאבים, לעומת 'מוות רע' שיש עימו כאב ותלות בזולת (De Jong & Clarke, 2009; Vig Davenport, & Pearlman, 2002). במחקר הנוכחי, גם כאשר המשתתפים לא נשאלו ספציפית על 'מוות טוב', הם תיארו את המוות כשחרור מכאב ומאובדנים תפקודיים, וכן הביעו

המשאלה למוות מהר וללא כאבים. כך נמצא גם במחקר אחר (Stromberg & Jaarsma, 2008). באופן דומה, חלק ממשנתפי המחקר תיארו את מצבם כסבל פיזי ונפשי גדול, והמוות יכול לפטור אותם מהסבל.

המרואיינים מתמודדים עם המוות בתחושת שליטה או תחושת אי-שליטה. תחושת אי-שליטה כללה תפיסה שאת מועד והמוות וצורתו (כגון מוות בייסורים או מיתת נשיקה) קובע רק אלוהים, והגורל יכול להיות מושפע מהתנהגות לאורך החיים, כמו עשיית מצוות. בדומה, אפשר לראות בספרות כי אמונה דתית מפחיתה את חרדת המוות, דיכאון ומצוקות אחרות הקשורות בו (Alvarado, Templer, Bresler, & Thomas-Dobson, 1995). מיקוד שליטה זה מקל במידת-מה, שכן כל מה שקורה בעולם הוא פרי רצונו של האל, ועל כן אירועי ההווה והעתיד כבר נגזרו מראש. תחושת שליטה, לעומת זאת, כללה רצון שלא להאריך את החיים באמצעים מלאכותיים ואופן השליטה בכך (כמו ייפוי כוח רפואי, הנחיות מקדימות). המושג 'מוות טוב' כולל בין היתר תקשורת פתוחה עם הרופא המטפל וקבלת החלטות בצורה בהירה, כלומר, תחושת שליטה (Steinhauser et al., 2000). ייתכן כי המרואיינות אשר הביעו תחושת שליטה ניסו לתאר את רצונן להיות שותפות בקבלת ההחלטות, ולשלוט בחייהן גם כשהיכולת לשלוט על הגוף ועל החיים כמעט שאיננה קיימת כלל. תחושת שליטה קשורה גם לחרדת מוות חלשה יותר (רון, 2009), היכולת לקבל החלטה על העתיד מאפשרת שליטה על מניעת סבל אפשרי בהמשך. לפיכך, אף שהשימוש במונח 'מוות טוב' לא עלה בראיונות באופן ישיר, התכנים שעלו מתאימים לידע הקיים על תפיסות המוות הרצוי.

התימה השנייה, תפיסת הזיקנה, עסקה בתפיסות שונות של הזיקנה, כגון: מצב שיש בו פגם, מצב פסימי ומבייש, ואף גורם לדיכאון ולסבל. תפיסות שונות ראו בזיקנה פונקציה של תלות בסביבה עקב התפקוד והבריאות ההולכים ומידרדרים, והמרואיינים התביישו בה וסלדו ממנה. מרואיינים אחרים לא הסתירו כי הם חשים אכזבה מהזיקנה וכי היא אינה עומדת בציפיותיהם, אך עם זאת התריסו כנגדה ונקטו גישה לוחמנית כלפיה. לעומת זאת, מרואיינים אחרים חוו את הסביבה כתופסת את זיקנתם באופן חיובי. ניכר כי יש השפעה ההדדית ויחסי גומלין בין הזקנים לסביבתם בעניין תפיסת הזיקנה. עם זאת, תפיסות אלה של הזיקנה אינן מתיישבות עם התיאורים המוכרים של 'זיקנה מוצלחת' אלא מתייחסות לזיקנה בצל המוות הקרב.

חשוב לזכור כי המרואיינים היוו 'אוכלוסיית קצה' מבחינת מצבם הבריאותי וקירבתם למוות, מצב שעשוי להביא לא רק לאובדנים הקשורים לתפקוד קוגניטיבי או פיזי, אלא גם לירידה ניכרת בתחושת הרווחה הנפשית (Gerstorf, Ram, Rocke, & Lindenberger, & Smith, 2008). הגם שכל המרואיינים במחקר הנוכחי סבלו ממחלות כרוניות קשות והיו במצב תפקודי ירוד, עדיין נמצאה שונות בתפיסות הזיקנה שלהם. ניכר כי מאפיינים פסיכולוגיים (כגון מיקוד שליטה) ותמיכה חברתית השפיעו על תפיסתם את הזיקנה. ממצאים אלה עומדים בהלימה עם מחקרים קודמים שמצאו כי

מאפיינים פסיכולוגיים קשורים לתפיסת הזיקנה (Jang, Poon, Kim, & Shin, 2004; Levy & Myers, 2004). לדוגמה: נמצא שזקנים עם תחושת שליטה נמוכה אשר תפסו את זיקנתם כמחלה וכתהליך בלתי נמנע של הידרדרות ותחלואה הדרגתית, היו בעלי יכולת נמוכה יותר לפנות לעזרה ולהתמודד עם קשיים. מאידך גיסא, תחושת שליטה גבוהה יכולה לאפשר לזקן להיות מעורב בצורה אקטיבית בקבלת החלטות ובכך להפיק תפיסה חיובית של הזיקנה ושל המצב הבריאותי. ככל שתפיסת הזיקנה העצמית חיובית יותר וכנועה פחות, נמצאים כוחות לטיפול עצמי ויש יכולת גבוהה יותר להיות מעורב באופן אקטיבי בטיפול (Jang et al., 2004; Levy & Myers, 2004).

רמות נמוכות יותר של שביעות רצון מהזיקנה מקושרות בספרות לבדידות חברתית, לתחלואה רבה יותר ולאובדנים של אחרים משמעותיים. תחושות התלות והבושה, שתיארו חלק מהמרואינים, והקושי לקבל את השינויים המתרחשים בזיקנה, עלולים לגרום לריחוק, לאי-יכולת לבטא צורך בתמיכה ובדידות חברתית. גורמים אלו מעכבים הסתגלות חיובית לזיקנה (Kleinspehn-Ammerlahn, Kotter-Gruhn, & Smith, 2008). עם זאת, במחקר הנוכחי אפשר לראות כי אף שחלק מהמרואינים אומנם היו מודעים למגבלות הפיזיות, הם עדיין הצליחו להמשיך את חייהם בנפרד מהמחלה או מהמגבלה בתפקוד. הם ראו בזיקנה ממד אחד של החיים, אך לא איפשרו לה להשתלט לחלוטין על זהותם. כך היו מסוגלים לחוות הן תחושות של כוח פנימי והן מוגבלויות פיזיות (Becker, 1994). תפיסה חיובית של הזיקנה ויכולת לשמר זהות עצמית חיובית תורמות לתחושת רווחה פיזית ורגשית ויכולות לקדם הסתגלות מוצלחת בזיקנה (Jang et al., 2004). כאמור, חלק מהמרואינים התקשו לקבל את הזיקנה והתריסו כנגדה, אך הקפידו להעשיר את חייהם בקשרים חברתיים ובתעסוקה. נראה שזוהי עבורם זיקנה מוצלחת, הכוללת ראייה מאוזנת של הרגשות שמעלה בהם הזיקנה, החיוביים והשליליים כאחד.

ממצאי המחקר מלמדים כי בקשות מהצוות בנוגע לטיפול קשורות להתמודדות עם המוות. ניכר כי עקב מצבם הרפואי המורכב וקירבתם האפשרית למוות, עלו בלב המרואינים תהיות וחששות לגבי הטיפול בהם בסוף חייהם. בתימה בקשות מהצוות בנוגע לטיפול, כמו במחלקות אשפוז אחרות, אפשר היה לראות כי המרואינים נמצאים על רצף מסוים: קצה אחד של הרצף משקף תקשורת פסיבית וכנועה עם צוות המחלקה, אירצון או אינעיונות לבוא בבקשות לצוות המטפל והעדפה שלא לפנות כלל אל הצוות בבקשות, בין היתר מתוך תפיסה של 'עליונות הרופא' על המטופל מבחינת ידע ומקצועיות. הדרגה הבאה על הרצף הם אותם מרואינים אשר הביעו את רצונותיהם לפני צוות המחלקה, אך מאחר שלא תמיד נענו בחיוב או ברצון מצד הצוות, חשו תחושה כללית של אכזבה ואינעיונות. בקצה הרצף מרואינים המאופיינים בעמידה על שלהם בתקשורת עם צוות המחלקה ובבקשותיהם בכל הקשור לטיפול בהם באופן גלוי וישיר.

אף שהתימה בקשות מהצוות בנוגע לטיפול עוסקת בכל צוות המחלקה ולא רק ביחסים עם הרופא, אפשר לראות שתשעה מהמרוויינים פועלים לעיתים קרובות לפי דגם סמכותי מסורתי, ויוצאים מתוך הנחה שהרופא יודע יותר טוב מהם מה טוב להם (כרמל ולזר, 1997). עם זאת, ניכר כי המרוויינים בקבוצה זו הביעו אמביוולנטיות כלפי הרופאים עם נטייה להיכנע לאותוריטה שלהם. מחד גיסא, המרוויינים הביעו הערכה לרופא ולמעמדו, ומאידך גיסא הכירו במידה מסוימת גם במגבלותיו. כלומר, יש כניעה לאותוריטה של הרופאים אך זו אינה חד-משמעית. חוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996, דן בחובת הרופא לקבל הסכמה מדעת של החולה ולמסור לו את המידע הרפואי הנדרש כדי לאפשר לו להחליט אם להסכים לטיפול המוצע. על כן חשוב מבחינה חוקית ומוסרית שהרופאים המטפלים יהיו מודעים לרצונם של זקנים לשוחח על מצבם הרפואי ועל העדפותיהם לגבי הטיפול, וגם לגבי הטיפול בסוף החיים, ויעודדו אותם להביע את רצונותיהם בשלב שבו הם עדיין יכולים לעשות זאת. שיתוף בקבלת החלטות מאפשר תחושת שליטה כללית בתהליך הגסיסה והמוות (Steinhauser et al., 2000; Stromberg & Jaarsma, 2008; Vig et al., 2002).

עם זאת, ייתכן שרופאים חשים אי-נוחות כשאינן ברשותם אמצעים מרפאים להציע לחולים בסוף חייהם (גאגין ושנאן-אלטמן, 2014). תחושות אלה עלולות להוביל להתנהגויות שיוצרות ריחוק רגשי מבלי להתכוון. גורמים נוספים העלולים להקשות על הקשר בין הרופא לחולה הם השפה הלא-מילולית שמשמשים בה הרופאים והדיבור בעגה רפואית שאינה נהירה לחולים (גולן, 2009; שלו, 2009; McCormick & Conley, 1995). גם במחקר הנוכחי נמצא כי זקנים רבים חשו שאין להם סמכות להביע את רצונותיהם באשר לטיפול הרפואי שהם מקבלים, וכן לתחושתם שאין נגישות מספקת של הצוות הרפואי והפארא-רפואי לצורך זה. מיעוטם של המרוויינים דיווחו כי הביעו את רצונותיהם לגבי הטיפול הרפואי שהם מקבלים או שהיו רוצים לקבל, אך רק חלקם הצליח לקבל את המענה הרצוי. חשוב לציין כי מצב זה נובע לאו דווקא מחוסר תקשורת של הרופאים עם החולים, אלא גם מסיבות אחרות, כמו הסכמה לדפוס הפטרנליסטי ביחסי רופא-חולה וכן חולשתם של הזקנים.

למחקר הנוכחי כמה מגבלות. ראשית, מדגם המחקר הוא קטן (15) ועל כן אין להכליל את מסקנות המחקר על כלל אוכלוסיית הזקנים המאושפזים במחלקות לטיפול סיעודי מורכב. שנית, עריכת ריאיון עם זקנים מאוד חולים (לעתים על ערש דווי) הנמצאים במסגרת אשפוזית נתקלה בקשיים, כמו הפסקות במהלך הראיונות והפרעות כגון כניסת אנשי צוות תוך כדי הריאיון. עם זאת, הבחירה בשיטת המחקר האיכותנית אפשרה להשמיע את קולה של אוכלוסייה זו ולהבין באופן מעמיק יותר את תפישותיהם בנושאי הזיקנה והמוות.

למרות מגבלות אלו, למחקר הנוכחי השלכות יישומיות חשובות. חשוב מאוד להיענות לבקשותיהם של זקנים הנמצאים בסוף חייהם, ועל הצוות המטפל ליזום

שיחה עימם על רצונותיהם, תוך מתן כבוד לקצב שלהם. היכולת לקבל החלטות יום-יומיות ועתידיות, והידיעה שתמיד ישנן חלופות לטיפול, יכולות להעניק סיפוק ולעזור בשיפור תפיסות הזיקנה. יוזמה כזו עשויה לגרום לחלק מהזקנים להביע את רצונם בכל הקשור לטיפול בהם, ולהעצים אותם. עם זאת, חשוב לברר אם המטופל מבקש להביע את דעתו, או שהוא מעדיף להפקיד את ההחלטות ואת סדרי העדיפויות בידי הרופא. דברי כמה מרואיינים הבהירו כי הבחירה שלא לדבר בקול על נושא המוות מגינה עליהם ומסייעת להם להתמודד עם מצבם ההולך ומידרדר. בנוסף, הבנה חשובה שעולה מהמחקר היא שיש שונות רבה בייחסם של המרואיינים למוות הצפוי. מכאן שחשוב מאוד לשאול, לברר ולנהל שיח פתוח עם הזקנים על ציפיותיהם, בקשותיהם, והתחומים המשמעותיים עבורם. נושאים אלה צריכים להיכלל בהגדרת המטרות הטיפוליות לאוכלוסייה זו. ניהול נכון ויעיל של הטיפול בזקנים בסוף חייהם יכול להיטיב עם יכולתם להתמודד עם מצבם ועם הצפוי להם. הצמדה של איש צוות כמנהל הטיפול (case manager) לכל מטופל תיצור קשר בינו (וגם בני משפחתו או מטפל עיקרי אחר) לבין הצוות הרפואי, הסיעודי והפארא-רפואי, וכך תהיה למטופל כתובת קבועה ומסודרת שאליה יוכל לפנות בכל שאלה או בקשה. בנוסף, אותו איש צוות יקיים עם המטופל מפגשים קבועים שיאפשרו מרחב לבקשות. יתר על כן, חשוב מאוד שמשרד הבריאות יכיר בליווי רוחני כפרופסיה ויקצה תקנים של מלווים רוחניים במחלקות לסייעוד מורכב. המלווה הרוחני במחלקות אלה יסייע לזקן בסוף דרכו למצוא משמעות וכוח חיים, לתמוך בו ולחזקו בעת מצוקה ולאפשר לו ולבני משפחתו למצוא דרכים להתמודדות ולתקווה. אפשר לעזור לחלק מהזקנים לחזק תפיסות עצמיות חיוביות של הזיקנה. על המלווים הרוחניים להיות נגישים לכל המאושפזים במחלקות אלה, שיהיו מעוניינים לפתוח את ליבם. בכך יעזרו להם המלווים בהתמודדות עם המוות הקרב.

מקורות

- אריקסון, א. (1976). ילדות וחברה. תל-אביב: הוצאת ספריית פועלים.
- בן עמי, ש. (2003). גסיסה ומוות – הדומה והשונה בתרבות החברה הישראלית. ביטאון הסיעוד האונקולוגי בישראל, י"ג(2), 21–27.
- בנטור, נ., רוניצקי, ש. ושנור, י. (2005). שירותים פליאטיביים ושירותי הוספיס בישראל. ירושלים: מכון ברוקדייל.
- בר-טור, ל. (2005). האתגר שבהזדקנות: בריאות נפשית, הערכה וטיפול. ירושלים: אשל.
- גאגין, ר. ושנאן-אלטמן, ש. (2014). חמלה בשימוש עובדים סוציאליים המטפלים בזקנים המאושפזים בסוף החיים. גרונטולוגיה, 41(1), 17–24.
- גולן, ע. (2009). הנחיות מקדימות לטיפול בחולה הנוטה למות. הרפואה, 148(4), 248–249.

התמודדות עם מוות בקרב זקנים הנוטים למוות במחלקה סיעודית מורכבת

- גולנדר, ח. (1995). לחיות על קו הקץ – עולמם של קשישים במחלקה סיעודית. ירושלים: מאגנס.
- דורון, י. ושלו, כ. (2011). בין חוק זכויות החולה לחוק החולה הנוטה למוות: התקדמות או הליכה לאחור? *רפואה ומשפט*, 43, 25–39.
- הלוי-לויין, ש. וגרטל, ר. (2015). פרידה, מיתה ומוות: מקומו של איש המקצוע בהכנת הזקן ומשפחתו. בתוך: ד. פרילוצקי ומ. כהן (עורכות), *גרונטולוגיה מעשית*, מבט רב-מקצועי לעבודה עם אנשים זקנים (עמ' 533–556). ירושלים: הוצאת ג'וינט ישראל-אש"ל.
- יאול, א. (2008). עקרונות ודילמות אתיות בסוף החיים בגיל המבוגר. *גרונטולוגיה*, 35(3), 83–99.
- יאלום, א. (2011). פסיכותרפיה אקזיסטנציאלית. ירושלים: מאגנס.
- כרמל, ש. (2001). חרדת מוות וחרדת מיתה: מבנה המדדים ותכונותיהם הסוציומטריות. *גרונטולוגיה*, כ"ח(4-3), 133–153.
- כרמל, ש. ולזר, א. (1997). בשורות רפואיות קשות: עד כמה רוצים הקשישים לדעת ולהשתתף בתהליך קבלת ההחלטות? *הרפואה*, 133(י"א), 505–509.
- להד, מ. ואילון, ע. (1995). על החיים ועל המוות: מפגש עם המוות באמצעות הסיפור והמטאפורה. חיפה: נורד.
- רון, פ. (2009). גורמים המנבאים חרדת מוות ומיתה בקרב זקנים בישראל. *גרונטולוגיה*, ל"ו(1), 13–30.
- שלו, כ. (2009). ייפוי כוח רפואי של קשישה. *הרפואה*, 148(4), 229–232.
- שקדי, א. (2003). מלים המנסות לגעת: מחקר איכותני – תיאוריה ויישום. תל-אביב: רמות.
- Alvarado, K. A., Templer, D. I., Bresler, C., & Thomas-Dobson, S. (1995). The relationship of religious variables to death depression and death anxiety. *Journal of Clinical Psychology*, 51, 202–204. doi: 10.1002/1097-4679
- Becker, G. (1994). The oldest old: Autonomy in the face of frailty. *Journal of Aging Studies*, 8, 59–76. doi: 10.1016/0890-4065(94)90019-1
- Blazer, D. (2006). Successful aging. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14, 2–5.
- Bloom, B. D., & Crabtree, B. F. (2006). The qualitative research interview. *Medical Education*, 40, 314–321. doi: 10.1111/j.1365-2929.2006.02418.x
- Brinkman-Stoppelenburg, A., Rietjens, J. A., & van der Heide, A. (2014). The effects of advance care planning on end-of-life care: A systematic review. *Palliative Medicine*, 28, 1000–1025. doi: 10.1177/0269216314526272
- Chen, S. (2010). Qualitative research and aging in context: Implications to social policy study in China. *Qualitative Sociology Review*, 6, 34–47.
- Clarke, L. H., Korotchenko, A., & Bundon, A. (2012). "The calendar is just about up": Older adults with multiple chronic conditions reflect on death and dying. *Ageing and Society*, 32, 1399–1417. doi: 10.1017/S0144686X11001061
- De Gendt, C., Bilsen, J., Mortier, F., Vander Stichele, R., & Deliens, L. (2009). End of life decision making and terminal sedation among very old patients. *Gerontology*, 55, 99–105. doi: 10.1159/000163445
- De Jong, J. D., & Clarke, L. E. (2009). What is a good death? Stories from palliative care. *Journal of Palliative Care*, 25, 61–67.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. (1994). The discipline and practice of qualitative research. In A. Strauss & J. Corbin (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 1–32). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Depp, C., & Jeste, D. (2006). Definitions and predictors of successful aging: A comprehensive review of larger quantitative studies. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14, 6–20. doi: 10.1097/01.JGP.0000192501.03069.bc

- Emanuel, E., & Emanuel, L. (1998). The promise of a good death. *The Lancet*, *351*(2), 21–29. doi: 10.1016/S0140-6736(98)90329-4
- Eskildsen, M. A. (2007). Long-term acute care: A review of the literature. *Journal of the American Geriatrics Society*, *55*, 775–779. doi: 10.1111/j.1532-5415.2007.01162.x
- Gagin, R., Shinan-Altman, S., Shilat, A., & Bar-Sela, G. (2014). Who will take care of the caregiver? *Palliative Medicine and Nursing*, *1*, 1–10.
- Gerstorff, D., Ram, N., Rocke, C., Lindenberger, U., & Smith, J. (2008). Decline in life satisfaction in old age: Longitudinal evidence for links to distance-to-death. *Psychology and Aging*, *23*, 154–168. doi: 10.1037/0882-7974.23.1.154
- Gondo, Y. (2012). Longevity and successful ageing: Implications from the oldest old and centenarians. *Asian Journal of Gerontology and Geriatrics*, *7*, 39–43.
- Gott, M., Small, N., Barnes, S., Payne, S., & Seamark, D. (2008). Older people's views of a good death in heart failure: Implications for palliative care provision. *Social Science and Medicine*, *67*, 1113–1121. doi: 10.1016/j.socscimed.2008.05.024
- Havighurst, R. J., Neugarten, B. L., & Tobin, S. S. (1963). Disengagement, personality and life satisfaction in the later years. In P. F. Plansen (Ed.), *Age with a future* (pp. 419–425). Copenhagen, Denmark: Munksgaard.
- Hays, J., Galanos, A., Palmer, T., McQuoid, D., & Flint, E. (2001). Preferences for place of death in a continuing care retirement community. *The Gerontologist*, *41*, 123–128. doi: 10.1093/geront/41.1.123
- Hodge, A. M., English, D. R., Giles, G. G., & Flicker, L. (2013). Social connectedness and predictors of successful ageing. *Maturitas*, *75*, 361–366. doi: 10.1016/j.maturitas.2013.05.002
- Hsieh, H. F., & Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, *15*, 1277–1288. doi: 10.1177/1049732305276687
- Jang, Y., Poon, L. W., Kim, S. Y., & Shin, B. K. (2004). Self-perceptions of aging and health among older adults in Korea. *Journal of Aging Studies*, *18*, 485–496. doi: 10.1016/j.jaging.2004.06.001
- Jansen, H. (2010). The logic of qualitative survey research and its position in the field of social research methods. *Forum: Qualitative Social Research*, *11*(2), 1–21. doi: 10.17169/fqs-11.2.1450
- Kleinspehn-Ammerlahn, A., Kotter-Gruhn, D., & Smith, J. (2008). Self-perceptions of aging: Do subjective age and satisfaction with aging change during old age? *Journal of Gerontology*, *63B*, 377–385. doi: 10.1093/geronb/63.6.P377
- Leichtentritt, R. D., & Rettig, K. D. (2001). Values underlying end of life decisions: A qualitative approach. *Health & Social Work*, *26*(3), 150–159. doi: 10.1093/hsw/26.3.150
- Levy, B. R., & Myers, L. M. (2004). Preventive health behaviors influenced by self-perceptions of aging. *Preventive Medicine*, *39*, 625–629. doi: 10.1016/j.ypmed.2004.02.029
- McCormick, T. R., & Conley, B. (1995). Patients' perspectives on dying and on the care of dying patients. *Western Journal of Medicine*, *163*(3), 236–243.
- Mezey, M., Neveloff-Dubler, N., Mitty, E., & Brody, A. (2002). What impact do setting and transitions have on the quality of life at the end of life and the quality of the dying process? *The Gerontologist*, *42*(3), 54–67. doi: 10.1093/geront/42.suppl_3.54

- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Montross, L., Depp, C., Daly, J., Reichstadt, J., Golshan, S., Moore, D., Sitzer, D., & Jeste, D. (2006). Correlates of self rated successful aging among community dwelling older adults. *American Journal of Geriatric Psychiatry, 14*, 43–51. doi: 10.1097/01.JGP.0000192489.43179.31
- Mullaney, S. E., Devereaux Melillo, K., Lee, A. J., & MacArthur, R. (2015). The association of nurse practitioners' mortality risk assessments and advance care planning discussions on nursing home patients' clinical outcomes. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners, 28*(6), 304–310. doi: 10.1002/2327-6924.12317
- Nakashima, M., & Canda, E. R. (2005). Positive dying and resiliency in later life: A qualitative study. *Journal of Aging Studies, 19*, 109–125.
- Patton, M. (1990). Purposeful sampling. In M. Patton (Ed.), *Qualitative evaluation and research methods* (pp. 169–186). Newbury Park, CA: Sage.
- Pidgeon, A. M., O'Brien, B., Hanna, A., & Klaassen, F. (2014). Cultivating a resilient response to stress through mindfulness and cognitive re-appraisal: A pilot randomized control trial. *Journal of Psychology, 1*(2), 8–13. doi: 10.5176/2345-7872_1.2.13
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1997). Successful aging. *The Gerontologist, 37*, 433–440. doi: 10.1093/geront/37.4.433
- Shmotkin, D., Shrira, A., Eyal, N., Blumstein, T., & Shorek, A. (2013). The prediction of subjective wellness among the old-old: Implications for the “fourth-age” conception. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 69*, 719–729. doi: 10.1093/geronb/gbt052
- Steinhauser, K. E., Clipp, E. C., McNeilly, M., Christakis, N. A., McIntyre, L. M., & Tulsky, J. A. (2000). In search of a good death: Observations of patients, families and providers. *Annals of Internal Medicine, 132*, 825–832. doi: 10.7326/0003-4819-132-10-200005160-00011
- Strauss, A., & Corbin, J. (1998). *Basics of qualitative research* (2nd ed). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Stromberg, A., & Jaarsma, T. (2008). Thoughts about death and perceived health status in elderly patients with heart failure. *European Journal of Heart Failure, 10*, 608–613. doi: 10.1016/j.ejheart.2008.04.011
- Teater, B., & Baldwin, M. (2012). Singing for successful ageing: The perceived benefits of participating in the golden oldies community-arts programme. *British Journal of Social Work, 44*, 81–99. doi: 10.1093/bjsw/bcs095
- Ternstedt, B. R., & Franklin, L. L. (2006). Ways of relating to death: Views of older people resident in nursing homes. *International Journal of Palliative Nursing, 12*(7), 334–340. doi: 10.12968/ijpn.2006.12.7.21611
- Turner, D. W. (2010). Qualitative interview design: A practical guide for novice investigators. *The Qualitative Report, 15*, 754–760. Retrieved from <http://nsuworks.nova.edu/tqr/vol15/iss3/19>
- Vig, E. K., Davenport, N. A., & Pearlman, R. A. (2002). Good deaths, bad deaths, and preferences for the end of life: A qualitative study of geriatric outpatients. *Journal of American Geriatrics Society, 50*, 1541–1548. doi: 10.1046/j.1532-5415.2002.50410.x
- World Health Organization. (2002). *National cancer control programs: Policies and managerial guidelines* (2nd ed). Geneva, Switzerland: Author.

נספח 1: מדריך הריאיון

1. ספרי לי על עצמך, על חייך ומשפחתך.
2. מהי הסיבה אשר הביאה אותך להתאשפז במחלקה סיעודית מורכבת?
3. כיצד אתה תופס את עצמך בהקשר לגילך ולמצבך הרפואי והתפקודי?
4. כיצד הסביבה תופסת אותך בהקשר לגילך ולמצבך הרפואי והתפקודי? כיצד הדבר גורם לך להרגיש?
5. מהם מקורות התמיכה שלך?
6. כיצד אתה תופס את מקומך בתהליך קבלת ההחלטות באשר לטיפול אותו אתה מקבל?
7. תאר לי את התייחסות הצוות המטפל אליך במחלקה. מה דעתך על כך? כיצד הדבר גורם לך להרגיש?
8. מהי זיקנה מוצלחת, עבורך?
9. מהו מוות טוב, עבורך?