



המוסד לביטוח לאומי

מינהל המחקר והתכנון

**מניעה וטיפול בנפילות קשישים
בבאר-שבע**

מס' 59

מפעלים מיוחדים

ירושלים, סיון התשנ"ו, יוני 1996

המפעלים המיוחדים - הכתובת שלך לרעיונות מקוריים

המוסד לביטוח לאומי, באמצעות הקרן למפעלים מיוחדים, תומך בפיתוח שירותי רווחה חדשניים ונסיוניים. "מפעל מיוחד" הוא פרוייקט מקורי העוסק במתן שירותי רווחה קהילתיים. הוא מיועד לציבור מקבלי הגמלאות במוסד לביטוח לאומי (קשישים, נכים, מובטלים, משפחות, ילדים ועוד) ומבוצע על ידי גוף משפטי רשום.

אם יש לך רעיון מקורי הקשור לתחום הרווחה והעבודה הקהילתית, נא לפנות אלינו:

**המחלקה למפעלים מיוחדים, המוסד לביטוח לאומי, שדרות ויצמן 13, ירושלים
95437**

פרוייקט שאושר על ידינו זוכה ל:

- * השתתפות במימון תקופה ראשונית-נסיונית.
- * מעורבות מקצועית בשלבי התכנון וההפעלה.
- * ביצוע מעקב מחקרי ופרסום דו"ח מפורט.

המוסד לביטוח לאומי
מינהל המחקר והתכנון

מניעה וטיפול בנפילות קשישים
בבאר-שבע

ד"ר ג'ולי צוויקל

סיון תשנ"ו, יוני 1996

פרסום זה מוגש לזכרו של:
פרופ' ברנרד איזקס ז"ל
מראשוני הרופאים הגריאטרים וחלוץ המחקר על
נפילות קשישים

הקדמה

התוכנית "מניעת נפילות קשישים בבאר שבע", נועדה לפתח גישה קהילתית למניעה ולטיפול באחת הבעיות השכיחות ביותר בקרב האוכלוסייה המזדקנת. בעיה העלולה לגרום לסיבוכים רפואיים, הגבלות תפקודיות ולתגובות נפשיות קשות. למרות היקף הבעיה והשלכותיה, יש עדיין סימני שאלה רבים בקשר לגורמי הסיכון לנפילות ולדרכים למניעתן.

בשנת 1993 הגיש פרופ' דויד גלינסקי, מנהל המחלקה הגריאטרית מהמרכז הרפואי "סורוקה" בבאר שבע, את התוכנית אשר אושרה כמפעל מיוחד על ידי המוסד לביטוח לאומי. הועדה לקידום בריאות באש"ל אישרה אף היא את הפרוייקט. התוכנית כוצעה במשך שנתיים במימון משותף עם אש"ל - האגודה לתכנון ופיתוח שירותים למען הזקן, ומרכז רפואי "סורוקה".

הפרוייקט כלל פיתוח כלים מיוחדים לסינון האוכלוסייה בסיכון לנפילות ופיתוח התערבויות קהילתיות לאוכלוסייה זו.

אחד ההשגים המשמעותיים של הפרוייקט הוא בהעלאת המודעות לנושא הנפילות בקרב העובדים המקצועיים בבאר-שבע.

יש לקוות שהפצת הנושא באמצעות דו"ח זה, הפצת כלי הסינון אשר פותחו בפרוייקט ודיון בנושא בפורומים השונים, אכן יסייע להגברת המודעות ולגיבוש תוכניות מניעה והתערבויות נוספות.

הפרוייקט לווה על ידי צוות היגוי וברצוני להודות לכל המשתתפים אשר תרמו מיוזמתם ומזמנם לפיתוח הנושא.

- | | |
|--------------------|---|
| פרופ' ד. גלינסקי | - מנהל המחלקה הגריאטרית בי"ח סורוקה |
| ד"ר ו. פריד | - רופאה במח' גריאטרית בי"ח סורוקה |
| ד"ר א. בידרמן | - מנהלת מרפאה קהילתית בשכונת יא' קופ"ח כללית |
| גב' י. בן משה | - רכזת קידום בריאות, אש"ל |
| גב' נ. פינטון | - מנזלת המחלקה למפעלים מיוחדים דאז, ביטוח לאומי |
| גב' כ. קורש-אבלגון | - רכזת מפעלים מיוחדים, ביטוח לאומי |
| גב' א. עבדלגאני | - המחלקה לעו"ס, אוניברסיטת בן גוריון |
| גב' ד. וורצמן | - מנהלת מדור לקשיש, אגף לרווחה, עיריית ב"ש |

גב' ר. טלמור	- מנהלת יעוץ לקשיש, כיטוח לאומי, ב"ש
גב' מ. הורוביץ	- היחידה להמשך טיפול, קופ"ח מחוז הדרום
מר ש. בר חן	- נציג עמידר, מחוז ב"ש
גב' ס. מרציאנו	- אחות ראשית, מרפאה יא' ב"ש
גב' י. סיטון	- אחות מפקחת, לשכת הכריאות המחוזית
גב' ב. הדג'ס	- רכזת הפרוייקט
גב' ס. פורמן	- רכזת הפרוייקט

תודה מיוחדת לחוקרת אשר בצעה את הלויי המחקרי ומחברת הדו"ח, ד"ר ג'ולי צוויקל מהמחלקה לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת בן-גוריון ב"ש. יבואו על הברכה גב' שרית בייץ-מוראי, מנהלת המחלקה למפעלים מיוחדים, במינהל המחקר והתכנון, גב' כרמלה קורש-אבלגון, סגנית מנהלת המחלקה למפעלים מיוחדים ולגב' שרה גרג'י ממינהל המחקר והתכנון על הערות הסיוע בהבאת הדו"ח לדפוס.

שלמה כהן
סמנכ"ל מחקר ותכנון

דברי הסבר ותודה

המפעל המיוחד למניעת נפילות קשישים והטיפול בהם, הינו פרויקט שעבר שלבים רבים. הרעיון הראשוני, עבר גלגולים רבים וקיבל היקף רחב השונה מהרעיון המקורי.

אתאר בקצרה את השתלשלות פרויקט NEFI (Negev Elderly Fall Intervention) כדי לתת ביטוי לתרומתם של אנשים שונים בשלבי ההתפתחות השונים של הפרויקט.

בעיני, אין ספק שה"אבא" הרוחני של הפרויקט הזה היה פרופ' ברנרד איזיקס ז"ל אשר הלך לעולמו לפני שנה. כל מי שהכיר את פרופ' איזיקס זכה לעושר רוחני מאחד הרופאים הגריאטריים המנוסים, הנבונים והאנושיים של הדור. פרופ' איזיקס היה חלוץ במחקר הנפילות אצל קשישים, והקים מעבדה מיוחדת למחקר יציבות וניידות אצל קשישים בב"ח בברמינגהם, אנגליה. הוא עלה ארצה ב-1986 כדי לשמש יועץ במכון ברוקדייל. פרופ' איזיקס שימש כעוזר לצוות מחקר הנפילות (פרופ' דוד גלינסקי אשר היה בין תלמידיו, ד"ר ורה פריד, ד"ר חיים רינג מבי"ח לוינשטיין ואנוכי) ועזר לנו לגבש הצעה ראשונית (שהוגשה ל-N.I.A בארה"ב) לחקר הנפילות. כמו כן, הוא עזר בפיתוח תכנית התערבות מתאימה. פרופ' איזיקס הביא לתשומת ליבנו שאל לנו לצפות לגדולות מאחר שמניסיונותיו עם קשישים, קשה מאוד להביא לשינוי בהתנהגותם שיפחית את שעור נפילותיהם. מילות אזהרה אלה המשיכו ללוות אותנו במהלך תכנון הפרויקט ההדגמתי בנושא המניעה והטיפול. כהוקרה על העידוד והייעוץ המיוחד במינו, הנני מגישה דר"ח זה לזכרו.

מחקר חלוץ נרחב בנושא נפילות קשישים נעשה בין 1988-1989 בקרב 36 קשישים, המתגוררים בדוור מוגן למבוגרים בב"ש. מחקר זה זכה למימון חלקי של מכון ברוקדייל לחקר הגרנטולוגיה בישראל. תוצאות מחקר זה דרבנו את הצוות להמשיך ולפתח את הנושא וחזקו את רצוננו לבחון דרכי התערבות מתאימות לאוכלוסיית הקשישים-העצמאים בקהילה.

בשלבם המוקדמים של תכנון הפרויקט, השתתפו ד"ר אילנה בלמקר, רופאה מחוזית מטעם משרד הבריאות, ודרור רותם מאש"ל. תחת הנחית גב' יוספה בן-משה מאש"ל וגב' נעמי פינטון מהמוסד לביטוח לאומי, המחלקה למפעלים מיוחדים, ההצעה התחילה לקרום עור וגידים.

ברצוני להודות לחברי צוות הפרויקט, פרופ' דוד גלינסקי, ד"ר ורה פריד, ד"ר איה בידרמן - מנהלת מרפאת י"א, גב' סוּוּטלנה פורמן וגב' בתיה הדג'ס (שתי רכזות הפרויקט) על כל מאמצייהם ותרומתם לגיבוש הפרויקט; לצוות מרפאת י"א שתרם שעות עבודה יקרות וגישה אוהדת לנושא; ובמיוחד לגב' סוזי מרציאנו ורופאי המרפאה: ד"ר עידית קליין, ד"ר לריסה רוק, ד"ר יעקב פשטיצקי, ד"ר לריסה ריבקינד, ד"ר אנה צירקין, ד"ר סלמה וינשטוק וד"ר יוסי פולצ'ק. תודה גם לחברי צוות ההיגוי שגילו מסירות, גישה מקצועית וכיוונו את עבודת הפרויקט. בנוסף, תודה למתנדבים, מראיינים ועוזרי מחקר.

ד"ר ג'ולי צוויקל, חוקרת הפרויקט, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב.

תקציר

מפעל מיוחד למניעה וטיפול בנפילות קשישים בבאר שבע המכונה פרויקט NEFI (Negev Elderly Falls Intervention), תוכנן לתת מענה לבעיה שכיחה בעת זקנה: נפילות ותוצאותיהן. נפילות בקרב קשישים גורמות לשלושה סוגי תחלואה: (1) סיבוכים רפואיים כולל שברים. (2) תגובות נפשיות כולל דיכאון ופחד מנפילות חוזרות. (3) הגבלות תפקודיות כמו ריתוק לבית ותלות בפעילויות בחיי היום-יום. איתור קשישים בסיכון גבוה לנפילות והתייחסות נאותה לגורמי הסיכון הניתנים לתיקון, עשוי למנוע חלק מהנפילות.

בפרויקט זה נבדקו 361 קשישים בגילאי 60+ במרפאה קהילתית בבאר-שבע. על פי מבדק הסיכון לסיכון גבוה לנפילות, המונה 5 פריטים, 28% (n=98) מהקשישים סווגו עם שני גורמי סיכון או יותר, כלומר, בסיכון גבוה. על פי תוצאות מבדק סיכון, קשישים הופנו לתכנית התערבות על פי רצונם. עקבנו לאורך שנה בערך אחרי המשתתפים על מנת להעריך את תוצאות התכניות למניעה ראשונית ושניונית שבוצעו בקהילה. לקבוצה בסיכון נמוך, הוצעו תוכניות לחינוך לבריאות והתעמלות מותאמת לקבוצת גיל זו (מניעה ראשונית). לקבוצה בסיכון גבוה, הוצעה בדיקה רפואית מקיפה וטיפול פרטני בהתאם לתוצאות הבדיקה (מניעה שניונית). עבור חלק מהקשישים בסיכון גבוה (n=42), בייחוד אלה שדיווחו על נפילות בבית, נעשתה הערכת הסיכונים בביתם. כמו כן, נעשתה עבודה קהילתית על מנת לעניין ולערב הגורמים הנוגעים בדבר בכדי למסד את תכניות המניעה בקהילה.

בראיון השני ראינו 283 קשישים המהווים 78% מהמדגם שהתראיין בשלב הראשון. בשנה זו, עלתה שכיחות הנפילות, דבר שיכול לנבוע מדיווח מוגבר או מעליה בשיעור הקשישים המוגבלים. אצל הנופלים, אותו שיעור של פציעות (47%) דווח בשני הראיונות. בהתאם לעליה בשיעור הנפילות, עלה אחוז הקשישים בסיכון גבוה לנפילות ל 35%.

האפיונים של קבוצת סיכון גבוה לנפילות במדגם זה כללו: יותר נשים לעומת גברים, יותר בודדים לעומת נשואים, יותר אנשים שעלו ארצה בין 1976-1988 לעומת אלו שעלו לאחר מכן, יותר בעלי השכלה עם פחות מ-10 שנות לימוד לעומת אלה עם יותר שנות השכלה. כמו כן, קשישים בסיכון היו יותר מדוכאים ועם יותר מחלות כרוניות.

זמן ההמתנה הרב, שנוצר מבעיה ארגונית, פגע בביצוע תוכניות והמשך הקשר בין המשתתפים בפרויקט, דבר שהפחית את רמת ההשתתפות בתוכניות. בסה"כ 20% מהקשישים השתתפו בחוג כלשהו, כאשר המשתתפים בחוג התעמלות דיווחו על רמה גבוהה יותר של שביעות רצון לעומת המשתתפים בחוג לחינוך לבריאות. נעשו מספר בדיקות על מנת להעריך את התוקף של מבדק הסיכון. תוצאות המבדק התאימו ב-75% לבדיקות של הרופאים אשר לא ידעו כיצד סווג הקשיש.

על פי התוצאות שעלו מהפרויקט, מספר מסקנות והמלצות הוצעו: ראשית, שכיחות נפילות אצל קשישים הינה גבוהה ומתאימה לממצאים מהספרות בשנים האחרונות. בנוסף לכך, לא התגלו גורמי סיכון חדשים ביחס לנפילות שלא היו מדווחות קודם לכן

בספרות. שנית, למרות שהקשר המובהק בין נפילות לדיכאון שנמצא בפרויקט גם קיים בספרות, צוות המרפאה לא היה מודע לכך. המשתתפים בחוגים נטו פחות לדווח על סימנים של דיכאון ועל הערכה סוביקטיבית של הבריאות יותר חיובית בהשוואה לאלה שלא השתתפו בחוגים. ההבדל הזה לא נמצא בראיון הראשון. שלישית, עקב המספר הקטן של משתתפים בחוג ההתעמלות ובחינוך לבריאות, וגם התקופה הקצרה של המעקב לאחר ההתערבות, לא ניתן להעריך בוודאות את מידת ההשפעה של ההתערבות על הסיכון לנפילות. לבסוף, פותחו מספר כלים לרופאים ואנשי מקצוע שיכולים לשמש לקב' אחרות המעוניינות בתחום של מניעה בטיפול לנפילות.

בסיכומו של דבר, למרות קשיים במהלך הפרויקט, המודל הרב-מגזרי למניעה וטיפול בנפילות ישים בקהילה. למרות זו, המחקר לא הראה כי ההתערבות מנעה נפילות עתידיות. יש לציין ששנת מעקב אחת לא מספיקה לעמוד על ההיבט המניעתי.

תוכן עניינים

עמוד	
1	מבוא
3	סקירת ספרות
5	תאור הפרויקט
9	שיטות מחקר ההערכה
	ממצאים
11	1. מאפיני האוכלוסיה
13	2. רמת המגע החברתי
14	3. פעילות
16	4. בריאות
17	5. נפילות
19	6. מבדק הדיכאון
19	7. מבדק סינון
22	8. הערכת סביבת המרואיין
23	9. בדיקה רפואית של קשיש בסיכון גבוה לנפילות
24	10. תפוקות של התוכנית
25	11. תוצאות לגבי השתתפות בחוגים
	12. ממצאים לגבי מבדק סינון לסיכון גבוה לנפילות
33	
36	דיון, מסקנות והמלצות
43	מקורות
	נספחים

רשימת טבלאות

11	טבלה מס' 1 - הסיבות לאי השתתפות בראיון שני	
12	טבלה מס' 2 - גילאי הנבדקים	
12	טבלה מס' 3 - המצב המשפחתי בשני ראיונות המחקר	
13	טבלה מס' 4 - מצב המגורים בשני ראיונות המחקר	
13	טבלה מס' 5 - רשתות תמיכה חברתית בראיון הראשון	
14	טבלה מס' 6 - פעולות הכרוכות בניידות	
14	טבלה מס' 7 - תפקוד יומיומי	
15	טבלה מס' 8 - ביצוע פעילויות בשעות הפנאי בחודש האחרון	
	טבלה מס' 9 - פעילות גופנית על פי הגדרה עצמית	
15	של הנבדקים	
16	טבלה מס' 10 - שימוש בשרותים קהילתיים	
17	טבלה מס' 11 - תדירות ה"כמעט נפילות"	
18	טבלה מס' 12 - שכיחות הנפילות בשנה האחרונה	
18	טבלה מס' 13 - סוגי הפגיעות כתוצאה מהנפילה	
19	טבלה מס' 14 - תוצאות הנפילה בשני ראיונות המחקר	
19	טבלה מס' 15 - מבדק דיכאון GDS	
20	טבלה מס' 16 - סיכום גורמי סיכון לנפילות	
	טבלה מס' 17 - סיכון לנפילות ומדדים רפואיים, תפקודיים	
21	ופעילות חברתית	
26	טבלה מס' 18 - סינון המשתתפים לחוג התעמלות	
26	טבלה מס' 19 - סינון לחוג לבריאות	
27	טבלה מס' 20 - תרומת החוגים לפי דעתם של המשתתפים	
28	טבלה מס' 21 - הערכת המשתתפים לגבי תכני החוגים	
28	טבלה מס' 22 - סיבות לחוסר השתתפות בחוג	
	טבלה מס' 23 - משתני רקע ובריאות בראיון הראשון	
30	והשתתפות בחוגים	
	טבלה מס' 24 - מצב בריאותם של משתתפים בחוגים לעומת	
31	לא משתתפים - בראיון השני	
32	טבלה מס' 25 - סיכון גבוה לנפילות ורמת סיכון	
32	טבלה מס' 26 - שינויים שחלו בקרב הנבדקים בעקבות ניסיונם בפרויקט	
	טבלה מס' 27 - הקשר בין קבוצת סיכון (בראיון הראשון) לנפילות	
34	לבין משתנים בריאותיים	
35	טבלה מס' 28 - התאמה בין מבדק סיכון לנפילות לבין בדיקה רפואית	

מבוא

הפרויקט למניעה וטיפול בנפילות קשישים בקהילה או NEFI (Negev Elderly Fall Intervention) גובש לאורך זמן עם הצוות שכלל את פרופ' דוד גלינסקי, ד"ר ורה פריד וד"ר ג'ולי צוויקל יחד עם הגורמים המממנים: המוסד לבטוח לאומי - הקרן למפעלים מיוחדים ואש"ל.

המטרה העיקרית היתה: להכניס גישה קהילתית למניעה וטיפול בנפילות, ובנזקים הנגרמים עקב נפילות של קשישים המתגוררים בקהילה.

מטרות ויעדים עיקריים בתכנית הפרויקט

1. פיתוח שיטות חדשות ע"י מטפלי קשישים לאיתור וטיפול בקשישים הסובלים מנפילות.
2. פיתוח ויישום תכנית מניעה, המתבססת על משאבי הקהילה, שמטרתה הפחתת מקרי נפילה.
3. עדוד שיתוף הפעולה בין גורמי הקהילה העשויים לתרום לשרות חדש זה, למניעה וטיפול בנפילות האוכלוסייה המורכבת מקשישים, חברי קופ"ח, גילאי 60-85 המתגוררים בשתי שכונות שונות בבאר שבע. באוכלוסייה כ- 400 קשישים.

יעדי הפרויקט היו אמורים להוביל למספר תוצאות או תפוקות:

1. פתוח כלים מהימנים בעזרתם ניתן לאתר ולעקוב אחר קבוצות קשישים הנמצאים ברמת סיכון גבוה לנפילות. כלים אלו יותאמו לעבודה של אנשי מקצוע כגון רופאים, אחיות, ושאר מקצועות הרפואה הנלווים.
2. פתוח מודל באמצעות עבודה עם צוות המרפאה הקהילתית עם דגש רב-מקצועית. עבודה זו תאפשר הפעלת תוכנית בריאות לקשישים כגון פעילות גופנית הולמת, חינוך לבריאות והתייחסות רפואית לנפילות.
3. לעורר רמת מודעות לבעיה בקרב עובדי בריאות ולכוון את משאבי הקהילה למניעת נפילות אצל קשישים. באמצעות עבודה קהילתית עם גורמים המטפלים בקשישים, העלאת המודעות תעזור לבנות תשתית להמשך הפעילויות המניעתיות בקהילה.
4. הקמת שרות בקהילה שיעסוק באיתור וטיפול בגורמי סיכון לנפילות ומניעתם.
5. הפחתת מספר אירועי נפילות והנזקים הכלולים בכך באוכלוסיית הקשישים בקהילה.

שאלות מחקר הערכה

מחקר ההערכה התבסס בחלקו על נתונים שנאספו לגבי משתתפי הפרויקט (בעיקר בשני ראיונות אישיים). הראיון הראשון היווה גם בסיס לסיווג הקשישים למטרות של הפעלת הפרויקט (סיכון גבוה לנפילות לעומת סיכון נמוך). מחקר הערכה מתרכז בחמש שאלות עיקריות:

1. מהי שכיחות הנפילות; מהם הסיכונים הקשורים לנפילות; מהם הסיכונים הסביבתיים ומהן הבעיות הרפואיות בקרב קבוצות המוגדרות בסיכון גבוה?
2. באיזו מידה תכניות התערבות מיושמות בקהילה? כלומר, מהי מידת ההשתתפות בתכנית ההתערבות ומי הם האנשים שלקחו חלק בתכניות אלה, מבחינה דמוגרפית ובריאותית?
3. מהי מידת האפקטיביות של הכלים שפותחו בפרויקט לאיתור ואבחון קשישים בסיכון גבוה לנפילות?
4. באיזו מידה ההתערבויות השפיעו על המשתתפים לעומת אנשים באותה רמת בריאות שלא השתתפו?
5. באיזו מידה התוכנית המוצעת יצאה לפועל?

סקירת ספרות

השינויים הדמוגרפיים של העשורים האחרונים, כגון, קליטת עליה, ורמה גבוהה של ילודה, הביאו לגידול מתון בשיעור הקשישים באוכלוסיה ל-10% בערך. המספר המוחלט של קשישים גדל יחד עם האוכלוסיה כולה והגיע למעל 500,000 בארץ (מכון ברוקדייל, 1994). מאחר וחל שיפור במצבם הבריאותי של הקשישים, חלק ניכר מהאוכלוסייה חי בצורה עצמאית ומתפקדת בקהילה. שינויים אלה דחפו את רשויות הרווחה לפתח שירותים תומכים בקשישים מבחינת ביטחון סוציאלי ושירותים מטפלים בקהילה.

רוב הקשישים נחשבים לקשישים צעירים (The young old). לאוכלוסיה זו יש צורך לפתח גישות של קידום בריאות ומניעת תחלואה אשר יחזקו את תפקודם העצמאי. לפיכך, בשנים האחרונות, החלה התענינות בנושאים של קידום בריאות עבור קשישים.

נפילות הן התאונה השכיחה ביותר בקרב קשישים אשר גורמת לתחלואה ולתמותה (Accident Facts, 1985). נפילות גורמות לתחלואה משלושה סוגים: (1) סיבוכים רפואיים, כולל שברים. (2) תגובות נפשיות כגון דיכאון ופחד מנפילות. (3) הגבלות תפקודיות כמו ריתוק לבית ותלות בפעילויות היומיום. בשנים האחרונות, התעוררה התענינות רבה בקרב אנשי גריאטריה וגרונטולוגיה בגורמי הסיכון לנפילות קשישים. ממחקרים שנעשו ברחבי העולם, עולה כי ניתן לחלק את גורמי הסיכון לגורמי פונדקאי (host factors), (דהיינו גורמים דמוגרפיים, פסיכולוגיים, חברתיים ובריאותיים של הקשיש עצמו), גורמים סביבתיים (כגון שטח הליכה לא סלול, תאורה לא מספקת, חפצים בדרך וכו') וגורמים הקשורים לשינויים פיזיולוגיים המתרחשים בעת זקנה. גורמים פסיכולוגיים/חברתיים כוללים מידת הפעילות החברתית, תדירות הקשר עם הרשת החברתית, להתגורר לבד, דכאון ופחד מנפילות. גורמים רפואיים הקשורים לסיכוי גדול יותר לנפילות כוללים מחלות לב ומערכת העצבים, בעיות אורתופדיות, ירידה לא מתוקנת בחושים, סחרחורת, מחלות וויראליות אקוטיות ושימוש בתרופות הרגעה ושינה.

ניתן לחלק את הגורמים לאלה הניתנים למניעה וטיפול, כמו תיקון ראייה לקשיש עם ראייה מוגבלת, ואלה שאינם הפיכים, כגון שיתוק בגפים התחתונות. אחד הגורמים הבלתי ניתנים למניעה הינו שינויים פיזיולוגיים אשר מתלווים לתהליך ההזדקנות כגון ירידה במהירות תגובה, ירידה בכוח פיזי, ירידה בחדות החושים וכו'. לפיכך, שיעור הנפילות אצל כלל הקשישים מעל גיל 65 הינו בין 25%-30%, ועולה עם הגיל ומגיע ל-40% מעל גיל 80. ממצאי מחקר שנערך על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה בישראל מראים ש-25% מכלל הקשישים מעל גיל 65 מדווחים על לפחות נפילה אחת כל שנה (Cwikel, 1991).

הריבוי של גורמי הסיכון מצביעים על שיטות רבות, באמצעות שירותי בריאות ורווחה, לטפל או למניעת נפילות (Cwikel, Fried & Galinsky, 1989/90; Cwikel & Fried, 1992). מניעת נפילות מתחלקת לשלושה שלבים: מניעה ראשונית של נפילות בקרב קשישים שטרם נפלו, מניעה שניונית, בזמן או סמוך למקרה של נפילה המקטינה את ההשפעה השלילית על בריאות ותפקוד, ומניעה שלישונית שמקטינה את מידת המוגבלות והנכות הנוצרות בעקבות נפילה (Haddon & Baker, 1978).

למרות המחקרים הרבים העוסקים בגורמי סיכון לנפילות, מחקרי הערכה למניעה וטיפול בנפילות קשישים מעטים (Tinetti, 1994). קיים מספר מצומצם של התערבויות מניעה שדווח בספרות. באנגליה ניסו, על ידי טיפול פיזיותרפי אצל קשישים נופלים, למנוע נפילות עתידיות (Obonyo, Drummond & Isaacs, 1984). בסן-פרנסיסקו בארצות הברית, משתתפים בפרויקט לקשישים קבלו המלצות לתיקון סיכונים ביתיים ולשינויים בהרגלים הקשורים ללקיחת תרופות (Dowling et al., 1988). במספר ארצות ניסו להעלות את המודעות על ידי שימוש בתשדירי שירות, ללא הצלחה רבה. אחד מהניסויים הגדולים ביותר (N = 2500) ב-HMO בפורטלנד, אורגן בארצות הברית. הקשישים חולקו לקבוצות ניסוי וביקורת והטיפול הניתן התמקד בסיוע בתיקוני בית, קידום בריאות וסינון לירידה במצב הראיה והשמיעה (Hornbrook, Stevens, Wingfield, et al., 1994). בפרויקט אחר, נערכה בדיקה רפואית מעמיקה על מנת לגלות את הגורמים הרפואיים הקשורים לנפילות בקרב קבוצת נופלים. כעבור שנה, 77 אחוז לא נפלו יותר.

(Wolf-Klein et al., 1988). חלק מההתערבויות בחנו את התועלת של תוכנית לחינוך גופני מותאמת לגיל מבוגר, ולרוב, נמצא שיפור בתפקוד פיזי אשר צפוי להקטין נפילות (Crilly et al., 1989; Johansson & Jarnlo, 1989; Morey et al., 1991; Jones, Robichaux, Williams & Rikli, 1992; Fiatarone et al., 1994; Ades, Waldmann & Gillespie, 1995).

כיום קיימת התענינות רבה במניעה, ופיתוח בדיקות סינון מתאימות כגון: בדיקות לחץ דם, הערכת שמיעה וראיה ובדיקת חלל הפה. המטרה היא קידום הבריאות של הקשישים (אוקרנט, ברודסקי, הרון וכץ 1986; חביב וברנע, 1989). למרות ההתענינות הגוברת בתחום זה, לפי מיטב ידיעותינו, אין שירות קהילתי או פרויקטים בארץ שהתמקדו בנושא טיפול בנפילות ומניעתן.

תאור הפרויקט

ראשית, נתאר את התהליכים בגיוס כוח האדם לפרויקט. שנית, נתאר את הבחירה של אוכלוסיית המשתתפים בפרויקט ודפוסים של יצירת קשר עם המשתתפים והצוות של המרפאה. בהרחבה, נתאר את תוכניות ההתערבות שבוצעו והתהליכים הקהילתיים שנסו לעזור בביסוס התוכנית.

גיוס והכשרת כוח אדם

עם האישור העקרוני של הפרויקט, החל חיפוש אחר מרכז עם ניסיון מתאים. רואינו מספר מועמדות מנוסות, אך הן לא היו מעונינות בתפקיד, בין השאר, בגלל המשכורת הצנועה. בעיה נוספת שצוינה על ידי המועמדות היתה המעמד הארעי, ללא אפשרות להמשיך בריכוז הפרויקט במשרה קבועה. המרכזת שנבחרה התחילה לעבוד בינואר 1994. מכיוון שלאחרונה סיימה קורס הסבה לעבודה סוציאלית, היא נזקקה להדרכה לעיתים תכופות.

כצעד ראשון, המרכזת גייסה והדריכה מראיינים שהתחילו לראיין את הקשישים באפריל 1994. בסיבוב הראשון של איסוף נתונים, אשר נמשך עד סוף מרץ 1995, השתתפו 9 מראיינים, מתוכם ארבעה סטודנטים לרפואה. המרכזת גם בצעה 65 ראיונות.

המרכזת גייסה מרצים מתוך צוות הפרויקט והמרפאה אשר יכלו להעביר הרצאות בתוכנית של חינוך לבריאות. כמו כן, נמצאה מדריכה לפעילות גופנית עם התמחות בהתעמלות לגיל המבוגר.

במהלך השנה הראשונה, התברר שהמרכזת התקשתה למלא את כל מטלות תפקידה, לכן, המשרה חולקה ומרכזת נוספת הצטרפה לחצי משרה. התפקידים התחלקו באופן הבא: המרכזת הראשונה התרכזת בתכניות לסיכון גבוה, הפעלה והדרכה של המראיינים והמרכזת השנייה התרכזת בתכניות לסיכון נמוך, פיתוח קשרים קהילתיים והפעלת מתנדבים. עם הכנסת המרכזת השנייה, התקימו פגישות הדרכה קבועות עם צוות הפרויקט.

בסיבוב השני של הראיונות, שהחל בחודש יולי 1995 ונמשך עד לחודש נובמבר 1995, השתתפו 8 מראיינים נוספים אשר גם קיבלו הכשרה מהמרכזת הראשונה.

אוכלוסייה ובחירת משתתפים לפרויקט

בבאר שבע ישנם מעל 10,000 קשישים בגילאים 60 ומעלה. כ - 95% מהקשישים הינם חברי קופ"ח הכללית. למרות הכוונה המקורית להפעיל את הפרויקט בשתי מרפאות, מהר מאוד התברר שאין כוחות ארגוניים מספיקים על מנת להתפרס על שתי מרפאות. הוצבו הקריטריונים לבחירת מרפאה שתכלול בפרויקט: מספר גדול של חברים מעל גיל 60, אוכלוסייה הטרוגנית מבחינת רמה סוציאקונומית ושיתוף פעולה עם צוות

המרפאה. לפיכך, נוצר קשר עם מרפאת י"א אשר ענתה על הקריטריונים לבחירת מרפאה.

בהצעה המקורית תוכננה בחירת קשישים דוברי עברית בלבד (לפחות ברמה פשוטה). בפועל, התגלה כי חלק ניכר מחברי קופ"ח י"א הם עולים חדשים דוברי רוסית, ולפיכך, בוצעה התארגנות בהתאם לנתונים אלה. התאמה זו דרשה את הצעדים הבאים: הכנת חומר הסברתי, תוכניות לחינוך לבריאות ברוסית וגיוס מראיינים דוברי שפות מתאימות.

הבחירה של המשתתפים נעשתה מתוך רשימת המבוטחים במרפאה. הקריטריונים להכללה בפרויקט היו: גיל 60 ומעלה, עצמאות בניידות ובתפקוד (לא מרותקים לבית). התברר שנתוני הקשישים לא היו נגישים מהמחשב המרכזי של קופ"ח, לכן, היה צורך להוציא נתונים בצורה ידנית מהתיקים הרפואיים במרפאה.

מתוך 790 קשישים שנמצאו כמתאימים להשתתף בפרויקט, 165 לא אותרו (הבעיות באיתור הקשישים נבעו ממעבר דירה של אוכלוסיית העולים החדשים ומפרטים לא מעודכנים ברישום בקופת חולים), 207 סרבו להשתתף בפרויקט, ו- 58 היו במצב בריאות קשה מדי. נוצר קשר עם 361 קשישים שראוינו לפחות פעם אחת. שיעור ההשתתפות היה 63% מאלו שאותרו. כל קשיש נתן הסכמה מדעת (INFORMED CONSENT) מראש, לפני ביצוע הראיון הראשון. נערכו ראיונות במרפאה או בבית הקשיש, בהתאם לרצונו. הראיונות התקיימו בשפות עברית, רוסית, רומנית, ספרדית, אנגלית וצרפתית, על פי צרכי הקשיש, בעזרת שאלון מובנה.

יצירת דפוסי עבודה

צוות הפרויקט נפגש באופן קבוע (אחת לשבוע-שבועיים) עם המרכזת הראשונה לעבודה שוטפת, ולעיתים תכופות יותר למטרות ספציפיות. התנהלו מספר פגישות עם צוות הפרויקט במרפאה, בהתחלה על מנת להסביר את יעדי הפרויקט, ובהמשך, על מנת לדון על מקרים של סיכון גבוה לנפילות. נערכו דיונים לגבי 24 מקרים כאלה.

בהתחלה, התגלתה התנגדות של האחיות העובדות במרפאה לקחת חלק בפרויקט. התקיימו מספר פגישות עם האחיות וגם עם המפקחת האיזורית על מנת לנסות לשנות את עמדתן, אך ללא הצלחה. חוסר שיתוף של האחיות בפרויקט פגע ביכולת הצוות למלא חלק מהמטלות: השלמה של איסוף הנתונים בראיון הראשון, ביקורי בית לצרכי הערכה סביבתית ומעקב אחרי קשישים בסיכון גבוה והתאמת הכלים שפותחו בפרויקט לצרכי האחיות.

כמו כן, התקיימו פגישות עם שירותי הרווחה ועמידר ביחס למקרים פרטניים אשר דרשו התערבות מיוחדת. נוצר קשר עם מספר מרפאות אחרות של קופ"ח והמודל להתערבות הוצג בפני הצוות הרפואי. בעקבות תוכניות ההתערבות, נוצר קשר עם מנהלת השכונה על מנת לעודד הכנסת תוכניות דומות לאחר סיום הפרויקט.

תאור תוכניות התערבות

המודל הקהילתי פותח על סמך הכרת המורכבות והרב-גונית של הגורמים הקשורים לנפילות קשישים. המודל כלל התייחסות הן לקשישים עצמם והן לגורמים הקהילתיים המטפלים באוכלוסיה זו, במטרה להפיץ את המודעות והחשיבות של מניעה וטיפול בנפילות קשישים. ההתערבויות לאוכלוסיית הקשישים בקהילה, כללו שתי רמות של התערבות: מניעה ראשונית לקשישים בסיכון נמוך, ומניעה שניונית לקשישים שסוגו כבעלי סיכון גבוה לנפילות.

סינון לסיכון לנפילות

בהתבסס על הספרות ומחקרים קודמים, פותחה שיטת סינון אשר ניתן לישמה על ידי אנשים ללא רקע רפואי, בתנאי שקיבלו הדרכה. מבדק הסינון מבוסס בחלקו על דיווח של הקשיש על נפילות בעבר, ובחלקו על מדדים של מהירות הליכה וצורת ההליכה. פירוט אודות המבדק נמצא בפרק על שיטות מחקר (ראה להלן).

המבדק מאפשר את החלוקה של אוכלוסיית הקשישים לקבוצות: סיכון נמוך לנפילות סיכון גבוה לנפילות. בדיקת הסינון נעשתה בראיון הראשון על ידי המראיינים. בהתאם לסיווג, הוצעו למשתתפים תוכניות התערבות מתאימות.

התכניות למניעה ראשונית כללית:

1. תכנית פעילות גופנית - התוכנית פותחה על בסיס הספרות ובהתאם לנסיון של המדריכה. התוכנית הייתה מכוונת לחיזוק שרירים, שיפור שיווי המשקל והגברת קצב ההליכה. ארבע קבוצות פעלו בזו אחר זו במשך שישה שבועות, בין החודשים ינואר - אפריל 1995. בכל קבוצה היו עד שנים-עשר משתתפים, שנפגשו פעמיים בשבוע למשך שעה. עם סיום החוג, קבל כל משתתף חוברת תרגילים לאימון בביתו והסברים לגבי ביצוע התרגילים.

2. תכנית חינוך לבריאות - התוכנית עסקה בנושאים הקשורים למניעת נפילות, כגון ארגון הסביבה הביתית, ראייה ושמיעה, תזונה נבונה, שימוש נכון בתרופות, טיפול בכף הרגל, שינה בגיל המבוגר, מניעת נפילות ותאונות. התכנית כללה הרצאות, סרטים חינוכיים, דיון וחלוקת חומר הסברה. התקיימו תכניות בעברית וברוסית. הסדרה הראשונה התחילה בקיץ 1994; הסדרות האחרות פעלו במקביל בחודשים ינואר - מרץ 1995. הפגישות התקיימו פעם בשבוע באולם הספרייה במרפאה.

התכניות למניעה שניונית כללית:

1. הקשישים שאותרו על סמך מבדק הסינון כקשישים בסיכון גבוה לנפילות, הופנו אל רופא המשפחה האישי שלהם לבדיקה מקיפה שהתמקדה בגורמי סיכון גופניים ורפואיים לנפילות. בסך-הכל נערכו 57 בדיקות, מתוכן 43 עם קשישים בסיכון גבוה - שמהווה כמחצית הקשישים בסיכון גבוה. שלוש עשרה בדיקות נעשו עם קשישים בסיכון נמוך על מנת לבדוק את התוקף של המבדק (ראה תוצאות בעמוד 46). חוסר השלמת הבדיקות נבע מכמה סיבות: ראשית, חלק מהקשישים שהוזמנו לבדיקות לא

הופיעו. שנית, לחלק מהרופאים לא היה זמן או ענין לבצע בדיקות נוספות (מעבר לעבודה השגרתית שלהם). שלישית, נוצר פער בזמן בין ביצוע הראיון הראשון והעברה של הנתונים לרופאים כדי שיזמינו את הקשישים בסיכון גבוה לבדיקה.

בבדיקה הרפואית המעמיקה, הושם דגש על גורמים הפיזיים או שניתנים לטיפול כגון, שימוש בתרופות, ירידת חדות הראיה, שימוש באביזרי עזר. כמו כן, איתור בעיות רפואיות שלא היו ידועות לרופא, כגון דיכאון, פרקינסוניזם ובעיות בתזונה. הרופא המטפל בצע את הטיפול בבעיות שאותרו. כאשר היו חילוקי דעות, תוצאות מעניינות לבדיקות או תוצאות מפתיעות, נבחר המקרה לדיון במרפאה. צוות הפרויקט וצוות המרפאה השתתפו בדיונים אלו (24 במספר).

2. אצל חלק מהקשישים בסיכון גבוה, בייחוד אצל אלו שדיווחו על נפילה בבית, נערך ביקור בית על ידי אחד מהאנשים בצוות הפרוייקט (אחות המרפאה, מתנדבת לומדת גרנטולוגיה, המרכזת או המראיינים). בסך-הכל נערכו 58 ביקורי בית (42 היו בקבוצה לסיכון גבוה). בעת הביקור, איש הצוות מלא טופס של הערכה סביבתית. למעטים ניתנה הדרכה פרטנית על הסרת סיכונים בבית וארגון הבית למניעת נפילות: שיפור התאורה, מעברים חופשיים, התקנת מעקה בטיחות בשירותים ובחדר האמבטיה וכו'. בקבוצה של הקשישים הנמצאים בסיכון גבוה, פחות מחצי זכו לקבל הערכה סביבתית בביתם. לכן, חלק זה של התוכנית לא בוצע כפי התוכנן.

3. אצל 85 מהקשישים שאותרו בעיות סוציאליות, נעשתה הפניה וגישור עם הגורם המטפל המתאים: עובדת סוציאלית לסידור חוק סיעוד, עזרה ביתית, אספקת ארוחות חמות (21), הפניות לדיירי חברת עמידר לצורך מידע על זכותם לשיפוץ ולהתאמת הדירה לצרכי הקשיש או להעברתו לדיור הולם (14), הפניה לשירותי מתנדבים של ביטוח לאומי (3) והפניה למועדון קשישים שכונתי (47).

פיתוח התשתית הקהילתית

במשך הפרוייקט, הרכזת השניה עבדה במישור הקהילתי להכנת תשתית להמשך הפעילות בתום הפרוייקט. מתוך גישה רב-מגזרית לטיפול בבעייה של מניעת נפילות בקרב קשישים, נעשה ניסיון לעבוד עם כל הגורמים הנוגעים בנושא, על מנת לשתף אותם בהתערבויות השונות במסגרת הפרוייקט וכן לעניין אותם בהרחבה ובמיסוד של מרכיבי הפרוייקט בהמשך.

יצירת הקשרים עם הגופים השונים בקהילה היתה מרכיב מרכזי בפרוייקט, אם כי חלק לא הניב פרי: המצב הקשה בחלק מהשירותים - חוסר תקציב, צמצום כוח-אדם וסדרי עדיפויות שונים בעבודה - כל אלו היקשו על שיתוף הפעולה. יחד עם זאת, חלק מהקשרים הניבו תוצאות ממשיות.

שיטות מחקר ההערכה

ההערכה הינה שילוב של הערכה תהליכית (process evaluation) והערכת תפוקות (summative evaluation). כמו כן, נעשה שימוש בנתונים כמותיים ואיכותיים (שיחות, הערכות, הערות, דיונים בוועדת היגוי). ככל האפשר, נעשה ניסיון לתקף התרשמיות ודיווחים על ידי נתונים אמפיריים. בחלק מהמקרים נעשה ניסיון לנצל נתונים קיימים בפרויקט על מנת לאפשר תוקף מתכנס או ניבוי.

מחקר ההערכה התנהל בשלבים הבאים (חלקם במקביל):

1. איסוף ניתונים בראיון הראשון - איסוף נתוני קו יסוד (Base Line Data) מהמשתתפים בפרויקט. במקור, תהליך זה היה צריך להסתיים עד סוף השנה הראשונה. 284 ראיונות התבצעו עד סוף דצמבר 1994. בגלל חוסר שיתוף הפעולה של אחיות בפרויקט, נוצר עיכוב בביצוע שאר הראיונות. הושלמו 77 ראיונות עד סוף מרץ 1995. בערך שליש מהראיונות התקיימו בביתם של הקשישים, והשאר במרפאת י"א.

2. מעקב - מהמחצית השנייה של 1994 החל מעקב אחרי נפילות, תאונות ואשפוזים של המשתתפים. כמו כן, נאספו נתונים תהליכיים על ההשתתפות בחוגים, שביעות רצון של המשתתפים, וטפסי מעקב למיניהם. שלב זה נמשך עד יוני 1995. בסך הכל, נתוני המעקב לגבי אישפוזים הושלמו עבור 248 משתתפים וטפסי מעקב אחרים הושלמו עבור 25 קשישים.

3. ראיון פעם שנייה - בוצע ראיון שני עם המשתתפים שאפשר חזרה על חלק מהממדים מהראיון הראשון. בראיון השני, נשאלו שאלות ספציפיות לגבי השתתפות בהתערבויות. הראיונות האלה התקיימו בין חודשי יולי-נובמבר 1995.

4. בשלב הסיום התקיימו שיחות עם אנשי הפרויקט וחלק מהאנשים בוועדת ההיגוי על מנת לקבל את הערכתם לגבי הפרויקט כולל היתרונות והבעיות שהתעוררו במהלכו. חומר איכותי זה משולב עם החומר הכמותי על מנת להשלים את הפענוח של התוצאות.

כלי המחקר

היו מספר כלים למחקר ההערכה שכללו:

1. שאלון בסיסי לאיסוף נתוני קו יסוד - שאלון זה פותח במחקר גישוש בקרב 36 קשישים המתגוררים בדור +55 בבאר שבע בשנים 1988-1989. השאלון כולל מידע על רקע דמוגרפי, מצב בריאותי כללי ותפקודי, שימוש בתרופות, נידות ופעילות חברתית. בנוסף ישנן שאלות על נפילות, נסיבותיהן ותוצאותיהן (Fried et al 1990, Cwikel et al 1995) ומבדק ELGAM (Extra Laboratory Gait Assessment Method) שפותח ונמצא תקף במחקר הגישוש. מבדק המורכב מתצפית על צורת ההליכה והערכת מהירות ההליכה נכלל בחלקו בשאלון. בהסתמך על ממצאי מבדק ELGAM - ושאלות על נפילות, פותח מבדק סינון לסיכון גבוה לנפילות הכולל חמישה פרטים:

בהסתמך על ממצאי מבדק ELGAM - ושאלות על נפילות, פותח מבדק סינון לסיכון גבוה לנפילות הכולל חמישה פרטים:

- א. דיווח על יותר מנפילה אחת במהלך השנה שחלפה.
- ב. דיווח על נפילה עם פציעה במהלך השנה שחלפה.
- ג. דיווח על "כמעט נפילות" לעתים קרובות או לפעמים.
- ד. הליכה איטית מעל 10 שניות לאורך 5 מטרים.
- ה. התרשמות הבודק מהליכה לא יציבה או לא חופשית. הליכה כזו הוגדרה כהליכה איטית ללא הרמת רגליים, הליכה על בסיס רחב או הליכה לא יציבה (ראה נספח 1).

2. שאלון להערכת סביבה - השאלון כולל פריטים אודות מבנה וסגנון הבית ורשימת סיכונים הקשורים לנפילות החל ממחסור בתאורה מספקת, שבילי הליכה לא פתוחים, שטיחים לא מחוברים ועד חיות מחמד בבית. בנוסף, נשאלו שאלות הקשורות לתנאי בטיחות (ראה נספח 2).

3. בדיקה רפואית מקיפה ביחס לנפילות - הבדיקה הרפואית פותחה ע"י רופאים גריאטריים המעורבים בפרויקט (ד"ר זרה פריד, ד"ר חיים רינג ופרופ' דוד גלינסקי) ומתרכזת במיוחד בגורמים לנפילות אשר ניתנים לטיפול. בין הבדיקות ישנם בדיקות לחץ דם, לב, ובדיקת השלד ושרירים עם דגש על הגפיים התחתונים. כמו כן, מתבצעת בדיקת שיווי משקל (על פי גישתו של Bohannon). המסגרת הזו מאפשרת נתינת המלצות להמשך טיפול רפואי או להמשך טיפול סוציאלי (הפנייה לע"ס למועדון). (ראה נספח 3).

4. טופסי מעקב - כדי לעקוב אחרי תחלואה בקרב המשתתפים, פותחו מספר דרכי מעקב:

- א. גלויות שחולקו למשתתפים עם בקשה לשלוח בחזרה כל 4 חדשים. הקשישים נתבקשו לסמן אם קרתה נפילה, תאונה אחרת או בעיה בריאותית (ראה נספח 4).
- ב. טופס מעקב לאחר אשפוז של משתתף בפרויקט (ראה נספח 5).
- ג. טופס דיווח על נפילה / תאונה אצל המשתתפים בפרויקט NEFI. בנוסף, רוב המשתתפים קיבלו שיחות טלפון מהמתנדבים או מהמרכזת כדי לודא מה מצבם או ליידע אותם על פעילות של חינוך לבריאות או פעילות גופנית (ראה נספח 6).
- ד. המשתתפים בחוגים לחינוך לבריאות ופעילות גופנית מלאו גם שאלונים לפני ואחרי סיום החוג. מטרת השאלונים היתה להעריך את רמת ידיעותיהם של המשתתפים (חינוך לבריאות) או את רמת הפעילות הגופנית (פעילות גופנית). השאלון לחינוך לבריאות "עובדות על נפילות" כולל בתוכו גם הסבר על תכנים הקשורים למניעת נפילות (ראה נספח 7).
- ה. שאלון מעקב לראיון השני כלל חלק גדול מהשאלות שהיו בראיון הראשון בצירוף שאלות להערכת הפרויקט (ראה נספח 8).

ממצאים

1. מאפייני האוכלוסייה

בראיון הראשון ראינו 361 קשישים, מהם 58% נשים. מרבית המשתתפים הגיעו מאירופה המזרחית וברית המועצות לשעבר (55%). מאירופה ויבשות אמריקה הגיעו 30%, ומצפון אפריקה ואסיה 15%. לא היו ילידי הארץ בין הקשישים בפרויקט. מבחינת הוותק בארץ, 33% עלו לפני 1975, 36% עלו בין 1976-1988, ו-30% מהם הגיעו בעליה האחרונה, אחרי 1989. 34% היו בעלי השכלה של פחות מ-10 שנות לימוד, 51% בעלי השכלה של 10-12 שנות לימוד, ו-11% למעלה מ-12 שנות לימוד.

בראיון השני, 48% מהראיונות התקיימו במרפאה 33% בביתו של הקשיש, ו-19% התקיימו בטלפון. 43% התקיימו בשפה הרוסית, 41% בעברית, 8% ברומנית, 7% בספרדית ו-1% בשפות אחרות. בממוצע חלפו 11 חודשים מאז הראיון הראשון כאשר טווח הזמן בין שני מועדי הראיון נע בין שבעה חודשים (10%) לבין מעל לשנה וחודשיים (6%). הזמן השכיח היה 12 חודשים (30%).

נשירה (טבלה מס' 1)

בראיון השני ראינו 283 קשישים המהווה 78.4% מהמדגם המקורי. התפלגות הסיבות לכך שהקשישים (78 במספר) לא רואינו שנית, מופיעה בטבלה מס' 1.

טבלה מס' 1 - סיבות לאי השתתפות בראיון השני

סיבה	מס' נבדקים	% נבדקים
עבר דירה	9	12
נפטר	7	9
מצב בריאותי לא מאפשר	7	9
<u>סירובים</u>		
מסרב בגלל חוסר זמן	6	7.7
מסרב בגלל מצב אישי	7	9
מסרב בגלל בעיית שפה	2	2.5
<u>לא נוצר קשר</u>		
לא הצליחו ליצור קשר	15	19.2
סיבה אחרת	11	14.1
סיבה לא ידועה	14	17.9
סה"כ	78	100

מתוך טבלה מס' 1 נראה שהקושי ליצור קשר בקרב רוב הקשישים (40 במספר) נבע מאי הצלחה של המראיין ביצירת קשר (15 קשישים), סיבה אחרת או סיבה לא ידועה. מעט קשישים לא יכלו להשתתף בראיון השני בגלל בעיות בריאות (7 קשישים) או פטירה (7 קשישים). 15 מהקשישים סירבו להשתתף בשנית מסיבות שונות.

א. גיל:

הגיל הממוצע של הנבדקים בראיון הראשון היה 71.4. רוב הנבדקים, 139 במספר, שהם 38.5% ו- 129 במספר, שהם 36.3%, נמצאים בקבוצות הגיל שבין 75-71 ו- 70-66 בהתאמה.

טבלה מס' 2 - גילאי הנבדקים

ראיון ראשון		טווח גילאים
מס' נבדקים	אחוז נבדקים	
26	14.4	65-60
129	36.3	70-66
139	38.5	75-71
63	17.4	85-76
1	0.3	90-86
3	0.5	חסרים
361	100	סה"כ

ב. מצב משפחתי ומגורים (טבלאות מס' 3-4):
 בשני הראיונות של המחקר, רוב המשתתפים היו נשואים. לא חל שינוי משמעותי מבחינת סטטיסטית במצב המשפחתי בין שני השלבים.

טבלה מס' 3 - מצב משפחתי בשני ראיונות המחקר

מצב משפחתי	אחוז נבדקים בראיון הראשון n = 361	אחוז נבדקים בראיון השני n = 283
נשוי	67.9	68.8
גרוש	2.5	0.4
אלמן	28.3	30.1
חיים בנפרד	1.4	0.8
סה"כ	100	100

לפי טבלה מס' 4, רוב הנבדקים בראיון הראשון (77.8%) ובראיון השני (62.9%) חיים עם בן/בת זוג. 58 מהנבדקים, המהווים 20.5%, חיים לבד. 30 מהנבדקים, המהווים 10.6%, ציינו שהם חיים עם בן משפחה. אין באפשרותינו לדעת עם איזה קרוב משפחה הם חיים.

טבלה מס' 4 - מצב המגורים בשני ראיונות המחקר

מצב מגורים	אחוז נבדקים בראיון הראשון	אחוז נבדקים בראיון השני
לבד	22.2	20.5
עם בן זוג	77.8	62.9
עם בן משפחה	--	10.6
אחר	--	6
סה"כ	100	100

2. רמת המגע החברתי (טבלה מס' 5)

טבלה מס' 5 - רשתות תמיכה חברתיות בראיון הראשון

תדירות הפגישות	פגישת ילדים		פגישת משפחה		פגישת חברים	
	מספר	אחוז	מספר	אחוז	מספר	אחוז
מידי יום	142	39.6	66	18.4	76	21.2
לפחות אחת לשבוע	104	29.0	87	24.2	125	34.8
לפחות אחת לחודש	60	16.7	80	22.3	35	9.7
לפחות אחת לשנה או בהזדמנויות מיוחדות	15	4.2	75	20.9	56	15.6
כלל לא, אין ילדים, אין חברים או קרובים	32	10.5	48	14.2	67	18.7
סה"כ	353	100	356	100	359	100

לפי טבלה מס' 5, מרבית הנבדקים, 85.3%, רואים את ילדיהם לפחות פעם בחודש. תדירות זו תואמת תוצאות ממחקרים אחרים. קשר עם בני משפחה וחברים גם מתקיימים לעתים קרובות אצל המשתתפים. נתונים אלה נבדקו רק פעם אחת.

3. פעילות (טבלאות מס' 6-10)

בפרק זה נבדקה תדירות הביצוע של מספר פעולות המבוצעות על ידי הנבדקים, כגון: יציאה מהבית, חציית כביש, רחצה, התלבשות, בישול, ניקוי הבית וכד'. כמו כן נשאלו הנבדקים האם עסקו בעבר בפעילות גופנית, והאם הם עדיין עובדים?

א. סוגי פעילויות:

(1) ניידות:

טבלה מס' 6 - פעולות הכרוכות בניידות

הבדל מובהק בין ראיון ראשון לשני *	אחוז הנבדקים המסוגלים לבצע את הפעולה - ראיון שני (n=283)	אחוז הנבדקים המסוגלים לבצע את הפעולה - ראיון ראשון (n=361)	פעולה
p=0.006	93.6	98.6	יציאה מהבית
p=0.000	87.2	94.4	חציית כביש באופן עצמאי
p=0.004	80.1	87	עליה לאוטובוס
p=0.002	8.5	9.5	נהיגה

* ערך המובהקות במבחני ז', שני כיוונים, רק לגבי אלה עם נתונים משני שלבים.

לפי טבלה מס' 6, פחות נבדקים בראיון השני, מסוגלים לבצע פעולות הקשורות בניידות, בהשוואה למספר הנבדקים שבצעו פעולות אלו בראיון הראשון. בכל פעולות הניידות, בראיון השני היתה ירידה מובהקת.

(2) תפקוד יומיומי:

טבלה מס' 7 - תפקוד יומיומי

הבדל מובהק בין ראיון ראשון לשני	אחוז נבדקים המתקשים בביצוע הפעולה או שאינם יכולים לבצע - ראיון שני (n=283)	אחוז נבדקים המתקשים בביצוע הפעולה או שאינם יכולים לבצע - ראיון ראשון (n=361)	פעולה
p=0.000	16	8.6	רחצה
p=0.001	14.2	9	התלבשות
p=0.000	25	14.4	גריבת גרביים
p=0.000	40.9	25	עליה וירידה של קומה אחת
לא מובהק	8.5	5.3	הליכה לשירותים

מטבלה מס' 7 ניתן לראות שהנבדקים בראיון השני, מתקשים בביצוע כל הפעילויות הכרוכות בתפקוד יומיומי, בהשוואה לאחוז הנבדקים המתקשים בראיון הראשון.

בולטת העלייה בקושי בעליה וירידה של קומה אחת. ההבדל היחיד שאינו מובהק מבחינת סטטיסטית הינו בהליכה לשירותים.

3) פעילות בשעות הפנאי:

טבלה מס' 8 - ביצוע פעילויות בשעות הפנאי בחודש האחרון

הבדל מובהק בין ראיון ראשון לשני	אחוז נבדקים שביצעו את הפעולה בראיון השני (n=283)	אחוז נבדקים שביצעו את הפעולה בראיון הראשון (n=361)	פעולה
p=0.000	30.9	42.9	יציאה לבילוי
p=0.09	13.8	18.9	הליכה למועדון קשישים
לא מובהק	7.9	8	הליכה לחוגים
p=0.004	30.6	41	הליכה לבית כנסת
לא מובהק	9.9	10	עבודה התנדבותית
לא מובהק	85	85.2	קריאת עיתון
	--	31	עבודות יד
p=0.000	40.4	23	עיסוק בפעילות גופנית

ניתן לראות שבראיון השני הנבדקים נוטים פחות לצאת לבילוי וללכת לבית כנסת, אולם רבים יותר מהם בהשוואה לראיון הראשון, עסקו בפעילות גופנית. אחוז המשיבים ההולכים לחוג ועוסקים בעבודה התנדבותית, נשאר קבוע.

ב. הגדרה של פעילות גופנית בהווה:

טבלה מס' 9 - פעילות גופנית על פי הגדרה עצמית של הנבדקים

אחוז הנבדקים בראיון השני	אחוז נבדקים בראיון הראשון	הגדרה עצמית של רמת פעילות גופנית
30.4	17.4	פעיל
24.7	42.4	פעיל במידה בינונית
31.1	33.1	פעיל מעט ו/או לא פעיל

ניתן לראות שמספר הנבדקים שהגדירו עצמם כפעילים עלה ל - 30.4% בהשוואה ל - 17.4% בראיון הראשון. חלה עליה משמעותית בהגדרה העצמית של הקשישים כפעילים מבחינה גופנית (p=0.001).

ג. שימוש בשרותים קהילתיים:

טבלה מס' 10 - השימוש בשרותים קהילתיים

סוג השרות	אחוז נבדקים המשתמשים בשרות - ראיון ראשון (n=361)	אחוז נבדקים המשתמשים בשרות - ראיון שני (n=283)
מועדון	21.4	4.3
מט"ב	7.6	6.8
ארוחות חמות	0.7	--
אזעקה לשעת חירום	1.4	4.3
קשר עם עו"ס	2.1	3.6
עזרה חומרית	0.7	--
לא בקשר עם אף שרות (או אחר)	66.1	80.0

בולטות כאן 2 נקודות: הירידה בשימוש במועדון בקרב הנבדקים בראיון השני, והעלייה בקרב הנבדקים, בראיון השני, שלא השתמשו באף שרות המפורט למעלה או שהשתמשו בשרותים אחרים שאינם מפורטים. ניתן לראות ששימוש באזעקת חירום עלה משמעותית, בראיון השני של המחקר. יתכן שהירידה הגדולה בביקור במועדוני קשישים נבע מעיתוי הראיון השני (חודשי הקיץ) כאשר חלק מהקשישים לא מבקרים במועדונים.

4. בריאות

הערכת מצב הבריאות היום:

אחת הדרכים הקיימות לבחון מצב בריאות הינה על ידי הערכה סובייקטיבית של הקשיש עצמו (ראה נספח 9, טבלה 1). על פי מדד זה, כרבע מהקשישים בשני הראיונות העריכו את מצבם הבריאותי כטוב או טוב מאוד. בראיון הראשון, 57% העריכו את מצבם הבריאותי כבינוני ו-19% העריכו את מצבם כרע או רע מאוד. בראיון השני חלה ירידה בהערכתם הסובייקטיבית כאשר 44% העריכו את מצבם הבריאותי כבינוני ו-27% העריכו את מצבם כרע או רע מאוד. למרות הירידה שנראתה בהערכה הסובייקטיבית, לא היה הבדל מובהק מבחינה סטטיסטית בין שני הראיונות.

דרך נוספת לבחון את מצבם הבריאותי של הקשישים הינה על ידי שאלה לגבי תדירות הביקורים במרפאה (ראה נספח 9, טבלה 2). בראיון הראשון, כרבע מהקשישים לא בקרו בחודש האחרון, 44% ביקרו פעם אחת, 22% ביקרו פעמים וכ-10% ביקרו שלוש פעמים ויותר. בראיון השני, גדל מספר הקשישים שדיווחו (כ-20%) על שלושה ויותר ביקורים בחודש, אך, לא היה הבדל מובהק מבחינה סטטיסטית בין שני הראיונות.

מצב ראייה:

כ-2/3 מהקשישים (65% בראיון הראשון ו-62% בראיון השני) דווחו על ראייה חלשה אך ניתנת לתיקון וכ-15% בשני הראיונות דיווחו על ראייה ירודה אך לא ניתנת לתיקון או ירודה מאוד. בראיון הראשון 19% דיווחו על ראייה טובה ואילו בראיון השני 23%. ניתן לראות שאין הבדלים משמעותיים בין הראיונות.

מצב שמיעה:

בראיון הראשון והשני כ- 75% מהקשישים דיווחו ששמיעתם טובה, כ- 20% נבדקים דיווחו ששמיעתם חלשה אך ניתנת לתיקון וכ- 6% דיווחו ששמיעתם חלשה ולא ניתנת לתיקון.

5. נפילות (טבלאות מס' 11-13)

המשתתפים בפרויקט נשאלו שאלות רבות לגבי נפילות ונסיבות הקורות בהן. הובהר למראיינים שאין כוונה למחלת האפילפסיה ולנפילות הקשורות בה. למשתתפים הגדירו נפילה כאירוע בו, באופן פתאומי, אדם מוצא עצמו על הרצפה ללא כוונה תחילה ממצב של עמידה או ישיבה.

נפילות בחודש האחרון:

המשתתפים נשאלו באם נפלו בחודש האחרון בציון ש"כולנו נופלים מידי פעם בפעם" על מנת להפחית את המבוכה החברתית. בראיון הראשון 8.6% (31/359 קשישים) דיווחו על נפילה בחודש האחרון ובראיון השני 11% (31/283 קשישים). ניתן לראות שההבדל אינו משמעותי בין שני הראיונות.

כמעט נפילות (טבלה מס' 11):

מהספרות ידוע שהתרחשות אירועים בהם הקשיש כמעט נופל, אך מצליח למנוע נפילתו, קשור מאוד לנפילות בעתיד. מטבלה 11 ניתן שכ - 15% מהנבדקים בשני הראיונות ציינו שנפלו לעתים רחוקות. ניתן לראות שבראיון השני גדלה הנטייה של "כמעט נפילות" בקרב הנבדקים, והבדל נמצא מובהק סטטיסטית ($p=0.001$).

טבלה מס' 11 - תדירות ה"כמעט נפילות"

תדירות	אחוז הנבדקים - ראיון ראשון (n=356)	אחוז הנבדקים - ראיון שני (n=283)
לעתים קרובות	13.1	18.4
לפעמים	12.8	20.1
לעתים רחוקות	20.3	20.5
אף פעם	52.4	40.3
לא יודע	1.4	0.7
סה"כ	100	100

נפילות בשנה האחרונה (טבלה מס' 12):

בראיון הראשון, רוב הנבדקים (79.1%) לא דיווחו על נפילות בשנה האחרונה, אך, שיעור זה ירד ל- 65% בראיון השני. ירידה זו מסמנת עליה בדיווח של נפילות. כמו כן, אחוז הנבדקים שדיווחו על נפילה אחת בראיון השני, 20.9%, גדול בהשוואה לאחוז

הנבדקים שנפלו פעם אחת בראיון הראשון (8.75%). נמצא הבדל מובהק סטטיסטית (p=0.001) בין שני הראיונות.

טבלה מס' 12 - שכיחות הנפילות בשנה האחרונה

תדירות	ראשון הנבדקים - ראיון ראשון (n=355)	אחוז הנבדקים - ראיון שני (n=282)
לא נפל	79.1	65.2
פעם אחת	8.75	20.9
2-4 פעמים	7.9	7.8
5+ פעמים	3.95	3.9
נפל אך לא זוכר	0.3	2.1
סה"כ	100	100

פציעות כתוצאה מנפילה :

47% מהקשישים שנפלו דיווחו שנפצעו מנפילה כלשהי (בשני הראיונות, אותו שעור). כפי שרואים מטבלה 13, רוב הפגיעות (74.5%) הן מכה או חתך. המצב דומה גם בראיון השני, למעט ריבוי הנבדקים שהשיבו שאינם יודעים או שאינם זוכרים.

טבלה מס' 13 - סוגי הפגיעות כתוצאה מהנפילה

סוג הפגיעה	אחוז נבדקים בראיון הראשון (n=66)	אחוז נבדקים בראיון השני (n=99)
מכה/חתך	74.5	68.7
נקע	3.9	5.1
שבירת עצמות	15.7	10.1
מחלה	5.9	4
לא זוכר לא יודע	--	12.1
סה"כ	100	100

טבלה מס' 14 - תוצאות הנפילה בשני ראיוני המחקר

תוצאה	אחוז נבדקים - ראיון ראשון (n=68)	אחוז נבדקים - ראיון שני (n=96)
דיכאון	39.7	29.2
הפסיק ללכת	25	17.7
הפסיק לצאת מהבית	25.4	20.8
אושפז	16.2	8.2
פחד ללכת	26.5	49

מטבלה מספר 14, ניתן לראות שבראיון השני התוצאה השכיחה ביותר בקרב הנבדקים היתה פחד ללכת - 49%. ואילו בראיון הראשון, התוצאה השכיחה ביותר היתה דיכאון - 39.7%.

6. מבדק דיכאון (קצר - GDS)

ציון 1 עד 6 נחשב כלא מראה על סימפטומים של דיכאון. ציון 7 עד 15 נחשב כמראה על סימפטומים דיכאוניים.

טבלה מס' 15 - GDS

ציון	אחוז נבדקים - ראיון ראשון	אחוז נבדקים - ראיון שני
1-6	80.2	74.5
7-15	19.8	25.5

מטבלה מספר 15 עולה שכ - 20% מהנבדקים מראים סימפטומים דיכאוניים. השיעור עלה מעט בראיון השני, וההבדל היה מובהק מבחינת סטטיסטית ($p=0.006$).

7. מבדק סינון לסיכון לנפילות (טבלה מס' 16)

כזכור, מבדק הסינון מורכב מחמישה פריטים, חלקם דווח של הקשיש עצמו וחלקם נמדדים על ידי המראיין (ראה להלן).

בראיון הראשון 27.8% (98 משתתפים) הוגדרו כבעלי סיכון גבוה, דהיינו שניים או יותר משתנים המנבאים נפילות. ובראיון השני - 34.9% (81 משתתפים) הוגדרו כך. בראיון הראשון, 10 קשישים לא עברו את המבדק ובראיון השני, 51 לא עברו אותו מכיוון שחלק מהראיונות התבצעו דרך הטלפון. לכן, האחוזים מציגים רק את המשתתפים שכן עברו את המבדק. ההבדל בין השנה הראשונה לשניה נמצא מובהק סטטיסטית ($p=0.001$).

בטבלה הבאה מפורטות השכיחות של מרכיבי המבדק. ההבדלים הגדולים ביותר נמצאים בין השיעור של "כמעט נופלים" לבין "הליכה איטית".

טבלה מס' 16 - סיכום גורמים המנבאים נפילות

משתנה מנבא סיכון לנפילות	אחוז הנבדקים עם המנבא לנפילות - ראיון הראשון (n = 351)	אחוז הנבדקים הנמצאים המנבא לנפילות - ראיון שני (n = 232)
יותר מנפילה אחת בשנה האחרונה	12	13.8
כמעט נופל לעתים קרובות ולפעמים	26	38.5
הליכה מעל 10 ש' ל - 5 מטר	20	28.1
נפילה עם פציעה בשנה האחרונה	8.5	13.8
הליכה לא חופשית	28	30.4

למה קשור סיכון גבוה לנפילות?

נערכה השוואה בין קשישים בסיכון גבוה לאלה בסיכון נמוך על ידי מבחני χ^2 chi-square. נבדקו משתנים דמוגרפיים, תפקודיים, בריאותיים ופעילות חברתית.

נמצא שסיכון גבוה לנפילות יותר שכיח ($P < 0.01$) אצל נשים לעומת גברים, אצל בודדים/ות (רובם אלמנים/ות) לעומת נשואים, אצל אלו שעלו ארצה בין השנים 1976-1988 לעומת שנת עליה לאחר 1989 ($P < 0.01$), ובין קשישים בעלי השכלה של פחות מ-10 שנות לימוד לעומת השכלה של 10 שנים ויותר ($P < 0.05$). סיכון גבוה לנפילות ($P < 0.05$), נמצא בין עולים מארצות אחרות לעומת עולים מבריה"מ לשעבר. לא נמצא קשר בין שכיחות של סיכון גבוה לנפילות לבין גיל מעל 75 שנים, אך יש להדגיש שבמדגם נכללו רק 19% מעל גיל 75.

בקרוב העולים החדשים נמצא שסיכון גבוה לנפילות פחות שכיח מזה שבין עולים ותיקים. נבדקה האפשרות שהדבר קשור לגילאים של שתי הקבוצות, אך לא נמצא קשר בין הגיל לשנת העלייה. אין לנו הסבר מדוע השוני הזה בין קבוצות העולים קיים.

ביחס למדדים תפקודיים ובריאותיים (טבלה מס' 17), בולט הקשר בין אבחנת דיכאון, כפי שנקבעה במבדק הסינון GDS, לבין סיכון גבוה לנפילות, בין ירידה קוגניטיבית לסיכון לנפילות, וכן בין דיווח על מצב בריאות ומצב תפקודי יום-יומי. בתיפקודים יום-יומיים נכללו רחצה עצמית, לבוש, התפנות לשירותים, כאשר הגבלה נחשבה למצב בו קיים קושי בביצוע או שהקשיש לא מסוגל לבצע כלל. בנוסף, סיכון לנפילות קשור למספר האשפוזים בשנה שעברה.

נבדק היחס בין קשרים חברתיים משלושה סוגים: עם ילדים, עם קרובי משפחה אחרים ועם חברים ושכנים, לבין השכיחות של סיכון גבוה לנפילות. נמצאה שכיחות גבוהה של סיכון גבוה לנפילות בקבוצה בה קיים קשר לעתים רחוקות עם הילדים (כלומר פגישה אחת לשנה או פחות או רק באירועים מיוחדים, או שאין ילדים). לא נמצא קשר בין תדירות הקשר עם קרובי משפחה או עם חברים לבין שכיחות סיכון גבוה לנפילות.

טבלה מס' 17 - סיכון לנפילות ומדדים רפואיים, תפקודים ופעילות חברתית (תוצאות מובהקות בלבד)

סיכון נמוך	סיכון גבוה	המאפיין
79 **43	21 57	<u>דיכאון</u> עוד נמוך במבדק לדיכאון (GDS) עוד גבוה במבדק לדיכאון (GDS)
75 **42	25 58	<u>תפקוד קוגניטיבי</u> מצב נורמלי ירידה קוגניטיבית
80 ** 50	20 50	<u>שינוי במצב בריאותי ב- 6 החדשים הקודמים</u> ללא שינוי או שינוי לטובה שינוי לרעה
90 **67	10 83	<u>הערכת בריאות סובייקטיבית</u> טובה מאוד, טובה, בינונית רעה, רעה מאוד
80 ***11	21 89	<u>הגבלות בתפקודים יומיומיים</u> ללא הגבלה הגבלה כלשהי
87 ***42	13 58	<u>הגבלות בתפקודים אינסטורמנטליים</u> ללא הגבלה הגבלה כלשהי
82 **49	18 51	<u>הגבלות בניהול משק בית</u> הגבלה אחת או פחות יותר מהגבלה אחת
76 ***32	23 67	<u>פעילות בזמן חופשי</u> רמה בינונית-גבוהה (4 ויותר) רמה נמוכה (פחות מ-3)
78 **52	22 48	<u>פעילויות חברתיות</u> אחת או יותר אף אחת
74 * 59	26 41	<u>קשר עם ילדים</u> לעתים קרובות לעתים רחוקות

הערה ראשונה המופיעה בלוח - * $p < .05$
הערה שניה המופיעה בלוח - ** $p < .0001$
הערה שלישית המופיעה בלוח - *** $p = .000$

בנספח 9, בטבלאות 3 ו-4 נבדק הקשר בין סיכון לנפילות לבין מחלות כרוניות ושימוש בתרופות ספציפיות. נמצא שסיכון לנפילות קשור לבעיות אורתופדיות, למחלות לב, ריאה, שרירים ואירוע מוחי. כמו כן, סיכון גבוה קשור לשימוש במשתנים ותרופות להרגעה/שינה.

בנוסף, נמצא קשר מובהק (המתואר בנספח 9, בטבלה מס' 5) בין מספר המחלות שציין הקשיש בראיון הראשון לבין סיכון לנפילות. כמעט מחצית האנשים הסובלים משלוש מחלות נמצאו בסיכון גבוה לנפילות, לעומת 7.7% של הקשישים שאינם סובלים כלל ממחלה כרונית.

8. הערכת הסביבה של המרואיין

כפי שתואר בפרק של תיאור הפרויקט, ההערכות הסביבתיות בביתם של הקשישים לא נערכו בצורה שיטתית. בפרק זה יוצגו, בקצרה, תוצאות מ-58 הערכות סביבתיות. 42 הערכות נעשו בביתם של קשישים המסווגים בסיכון גבוה ו-16 בביתם של קשישים בסיכון נמוך. האחוזים המוצגים כאן מתייחסים למשתתפים שאצלם בוצעה ההערכה.

בממוצע, המשתתפים גרים בדירה בת 3 חדרים, כאשר קרוב ל-77% אין מעלית. לבית הטיפוסי, 25 מדרגות עד פתח הבית. ישנו מראה חיצוני יפה של הדירה אצל 88% מהקשישים. כמו כן, כמעט 79% גרים בשכונה נאה ומטופחת.

ניתן להבחין בין המידות השונות של סיכונים הסביבתיים הקיימים בבתי הקשישים. בפחות מעשרה אחוז מהבתים, נמצאו הסיכונים הבאים: חוסר תאורה (כ-9%), חפצים מפוזרים (2%), שביל הליכה לא פתוח (כ-9%), כניסה לבית לא מוארת (10%) ומדרגות ומעקים לא תקינים (כ-5%, כל אחד).

הקבוצה הבאה של סיכונים ביתיים כוללת רצפת חלקה מידי, (אצל 17% מהקשישים) וחוטי טלפון/חשמל על הרצפה ב-21% מהבתים.

ישנם שני סיכונים סביבתיים שמהווים את הסיכונים הגבוהים ביותר. הם כוללים שטיחים לא מחוברים (בקרב 46% מהקשישים שהשתתפו בפרויקט). חפצים במטבח שאינם בהישג יד מהווים בעיה ל-39%.

תנאי חדר האמבטיה והשירותים:

ל-81% מהקשישים יש אמבטיה בביתם; ל-70% יש מקלחת בביתם. הליקויים השכיחים ביותר בקרב הנבדקים הם: חוסר במעקה לאמבט (77%), חוסר מדבקות באמבט (69%), ושטיחים לא קבועים (65%) (הפירוט המלא בטבלה מספר 6 בנספח 9). בהשוואה לחדר המגורים, בחדר האמבטיה יש יותר סיכונים. ניתן לראות שהסיכון השכיח ביותר הינו שטיחים רופפים, אך גם מיטה בגובה לא מתאים ומקור תאורה חסר ליד המיטה (מפורט בטבלה מס' 9 בנספחים).

חמישים אחוז מהקשישים מחממים באמצעות תנור חשמלי נייד - עוד סיכון סביבתי
לנפילות. כמו כן, ל - 2% מהאנשים שלגביהם נעשתה הערכה, היתה בעיה בהשגת
חומרי בערה.

חסר בסידורי בטחון בעת צרה:

תוצאות ההערכה הראו, שרבע מהקשישים אינם יכולים לפנות לאף שכן בעת צרה.
לעומת נתון זה, בממוצע, הקשישים יכולים לפנות ל - 2 שכנים. תשעה עשר אחוז
יכולים לפנות לשכן אחד, 41% יכולים לפנות לשני שכנים ומעל 20% דווחו שהם
יכולים לפנות ל - 3-6 שכנים. יחד עם הממצאים הללו, קרוב ל - 40% מהנבדקים טענו
שאין להם סידור עם השכנים/ידידים/משפחה אשר בודקים את שלומם מידי פעם. 85%
מהקשישים מסרו שהם לא משאירים מפתח אצל השכנים. לרוב המכריע של הקשישים
(93%) אין אזעקה בבית.

9. בדיקות רפואיות של המשתתפים בפרויקט

הבדיקה הרפואית נעשתה ל - 57 קשישים, שרובם היו בסיכון גבוה (40 במספר,
המהווים 70%).

מהתוצאות (בנספח 9 בטבלה מס' 8) עולה כי הבעיות הבריאותיות הנפוצות ביותר
(בקרב יותר מ - 25% מהמשתתפים), הן: ירידה בראיה לא מתוקנת, קיפוזיס, חולשה
בגפיים, אקיניזיה ותחושה ויברטורית בלתי תקינה. המספר השכיח של הבעיות
הבריאותיות בקרב הקשישים הוא 2 בעיות בריאות, אך הממוצע הוא 3.7 בעיות
בריאות. בקרב 30% מהמשתתפים, נמצאו 5 ו/או יותר בעיות בריאות.

נמצאו לקויים בשיווי משקל וניידות לא חופשית אצל חלק גדול מהנבדקים (ראה נספח
9, טבלה מס' 8).

על פי ממצאי הבדיקות, הוצעו המלצות על ידי הצוות. ההמלצות כללו טיפול רפואי
ופסיכוסוציאלי. ההמלצות העיקריות כוללות: הערכת בדיקות המוגלובין, בלוטות
התריס, בדיקה אצל אורתופד, צילומי רנטגן והפניה לפיזיותרפיה. בצורה פחותה,
הומלץ על בדיקות ECG, Holter ו - Duplex. במידה דומה, המלצות נוספות כללו בדיקות
אצל נוירולוג, קרדיולוג, צילום מוח, אשפוז והערכה גריאטרית ושינוי בטיפול התרופתי.
גם היו המלצות לגבי טיפול פסיכיאטרי עבור מספר קטן של המשתתפים.

באופן יחסי, היו יותר המלצות לטיפול פסיכוסוציאלי, לעומת טיפול רפואי.
המלצות לגבי טיפול פסיכוסוציאלי כללו את ההמלצות העיקריות הבאות: שינוי טיפול
תרופתי, הפנייה למועדון, ביקור בית עם שינוי סביבתי, העברת דירה וטיפול תזונתי.
במידה פחותה, הומלץ לקשיש לפנות לפיזיותרפיה ולעובד סוציאלי.

10. תפוקות של התוכנית

בפרק הבא, נציג את התפוקות השונות שנוצרו במהלך הפרויקט. חומר זה מבוסס על נתונים איכותיים שנאספו.

העלאת המודעות והקניית ידע בקרב אנשי מקצוע:

תרומה חשובה של הפרויקט היתה בהעלאת המודעות לנושא והחדרתו לשטח.

א. במרפאת קופת חולים י"א פותח מודל של יעוץ על ידי גריאטרים מבי"ח סורוקה לצוות המרפאה הראשונית, תוך דגש על חולים בסיכון גבוה לנפילות. לחלק מהקשישים בסיכון גבוה, הוצעו המלצות לטיפול רב-מקצועי בתחום הבריאות, הרווחה והסביבה. נערכו פגישות אחת לחודשיים בין צוות המרפאה לבין הגריאטרים ובהן דנו על המשתתפים, לפי הבקשה של רופאי המשפחה.

ב. רופאים ואחיות ב- 7 מרפאות נוספות בעיר השתתפו בישיבות צוות עם גריאטרים וצוות הפרויקט, בהן הוצג המודל ונערך דיון.

ג. נערכו פגישות עם עובדות סוציאליות העוסקות בקשישים, לדיון על פיתוח שירותים לזקן בתחום מניעת נפילות.

ד. בתכנית הכשרה למרכזות ומדריכות במרכזי יום ומועדוני קשישים הוקדשו יומיים לנושא מניעת נפילות קשישים - כאשר השאיפה הינה להפוך את הפעילות הגופנית והחינוך לבריאות ומניעה לחלק מתוכניות הפעילות השוטפת במועדונים ובמרכזי היום.

ה. התקיימו מפגשי הדרכה עם סטודנטים לסיעוד, עבודה סוציאלית ורפואה בנושאים הרלוונטים. בשנה השניה של הפרויקט נערכו מספר פרויקטים של סטודנטים לסיעוד ולעבודה סוציאלית בנושא מניעת נפילות.

ו. בימי הדרכה והסברה למתנדבים הקשורים לקשישים, בביטוח הלאומי ובארגוני מתנדבים, כגון ארגון ג'נסיס, הוכנסה סדנא על הנושא.

תוכניות חדשות:

בשיתוף עם מינהלת השכונה, נפתח חוג התעמלות למבוגרים במינהלת השכונה, שימשיך להתקיים גם לאחר סיום הפרויקט, ואליו מופנים הן משתתפי הפרויקט והן חברים אחרים שיהיו מעוניינים בכך. צוות המרפאה קיבל הודעה על קיום החוג ומפנה אנשים להשתתף בו.

כתוצאה מהקשר שנוצר בין הגורמים בישיבות של ועדת ההיגוי, הוקם "פורום גריאטרי" שמשלב עובדי בריאות, רווחה וקהילה, על מנת להמשיך את הקשר הישיר בין הגורמים המטפלים בקשישים בקהילה.

נערך יום הדרכה עם מומחית ארצית לקידום ההליכה בגיל המבוגר לאנשי מקצוע וקשישים פעילים. הנושא של יום העיון היה הליכה נכונה לגיל מבוגר וכיצד ניתן לעודד הליכה בקרב קשישים.

הכנת חומר הסברתי למימוש הפרוייקט:

הכנת החומר ההסברתי נועדה לאנשי מקצוע; לעובדים סמך מקצועיים ולקשישים עצמם.

חומר עזר לאנשי מקצוע:

צוות הפרוייקט התבקש על-ידי אש"ל להכין כלי אבחוני לאנשי מקצוע ובייחוד לרופאי משפחה בנושא של מניעה וטיפול בנפילות. כלי זה נמצא כעת בשלבי עריכה סופית ודפוס; בקרוב הוא יופץ לרופאי משפחה בארץ.

על פי בקשתה של מנהלת המרפאה, הוכן מנתוני הפרוייקט, דף ריכוז התוצאות מהחומר התפקודי ורפואי לגבי כל משתתף. הדף כולל נתונים על מבדק דיכאון, ומבדק סינון ועוד. כך, ישאר במרפאה, בתיק הרפואי סיכום הפרוייקט.

חומר הסברתי לעובדים סמך-מקצועיים:

הוכן דף הסברתי להכשרת מתנדבים שבאים במגע עם קשישים, או שהם קשישים בעצמם. בדף יש הסבר מה לייעץ לקשיש שמדווח על נפילות והסבר לאן לפנות על מנת לקבל הסבר נוסף.

בעזרת האגודה לתרבות הדיור הוכן עלון צבעוני על מניעת נפילות בבתיים משותפים. העלון הופץ באזור הדרום.

חומר הסברתי לקשישים עצמם:

הוכן מבדק בשם "עובדות על נפילות אצל קשישים מעל גיל 60". המבדק מורכב מ-22 שאלות. כמו כן, צורפו למבדק דפים נוספים הכוללים תשובות והסברים חינוכיים. המבדק תורגם לרוסית, ספרדית, מלבד גרסאות בעברית ובאנגלית. בנוסף לאלו הוכנו דפי הסבר לקשישים לגבי לחצני מצוקה וחוגי התעמלות בשכונה.

11. תוצאות לגבי השתתפות בחוגים

התעמלות

במסגרת ראיון קו-יסוד - דהיינו ראיון ראשון נשאלו המשתתפים באם הם מעוניינים לקחת חלק בחוג חינוך לבריאות או התעמלות. רוב הנשאלים הביעו ענין טנטטיבי. נעשה עידוד אישי (reaching out) בטלפון באמצעות מתנדבים, בעיקר לקבוצת סיכון נמוך. מסה"כ הקשישים, נעשתה פניה טלפונית ל- 255 איש (70%). מתוך שיחות הטלפון הביעו ענין בחוגים ספציפיים 131 קשישים שהם 51% מהאנשים שאיתם נוצר קשר.

מתוך אלה שהביעו ענין, למעשה הגיעו לחוג ההתעמלות 33 קשישים, רובם נשים (88%, דהיינו 29). הגברים היו בהחלט במיעוט, רק 4 השתתפו. בטבלה מס' 18 נמצאה השתלשלות של מערכת הסינונים. בראיון שני נאספו נתונים לגבי 33 משתתפים בחוג ההתעמלות.

טבלה מס' 18 - סינון המשתתפים לחוג התעמלות

רמת עניין/קשר	מס' נבדקים	אחוז נבדקים
הביעו ענין ראשוני	270	75
קשר של reaching out	255	70
מעונינים	131	36
השתתפו בחוג	33	9
סה"כ מרואיינים	361	100

חוג לחינוך לבריאות

מסה"כ המשיבים שהביעו ענין בחוג, נעשתה פניה טלפונית אל 175 איש המהווים כ- 81% מהמועמדים הפוטנציאליים. 100 קשישים הביעו ענין להשתתף אך למעשה הגיעו לפחות פעם אחת 54 קשישים. בראיון השני לאיסוף הנתונים, דווח על השתתפות בחוג של 33 אנשים.

בטבלה מס' 19 נראה השתלשלות של מערכת הסינונים לגבי החוג חינוך לבריאות.

טבלה מס' 19 - סינון לחוג לבריאות

מערכת סינונים	מס' נבדקים	אחוז נבדקים
מועמדים פוטנציאליים	215	60
reaching out	175	48
מעונינים	100	28
משתתפים שהתחילו	54	15
משתתפים שסיימו	22	6
סה"כ מרואיינים מועמדים	361	100

מתוצאות הראיון השני מתברר ש- 21.6% מהנבדקים דיווחו על נכונות להשתתף בחוג בריאות. 29.7% מהנבדקים הביעו נכונות להשתתף בחוג התעמלות. אך למעשה, ההשתתפות היתה על פי רצונו של הנבדק ובשעור נמוך הרבה יותר.

כ - 20% מכלל המשתתפים אשר נכללו בראיון הראשון השתתפו בחוג כל שהוא. היה שעור השתתפות דומה של השתתפות בשני החוגים (8.8% בחוג לחינוך לבריאות, 8.0% בחוג התעמלות ו - 3.3% בשני החוגים). בחוג לחינוך לבריאות השתתפו 25 בסיכון נמוך ו - 8 בסיכון גבוה. בחוג התעמלות השתתפו 23 בסיכון נמוך ו - 5 בסיכון גבוה.

תדירות ההשתתפות בחוגי התעמלות היתה רבה יותר מתדירות ההשתתפות בחוגי חינוך הבריאות. 44% מהמשתתפים בחוג חינוך לבריאות הגיעו לרוב הפגישות או לכולם (על פי דיווחם). אך, לחוג ההתעמלות הגיעו 15% לרוב הפגישות כאשר 39% הגיעו לכולם.

הערכתם של המשתתפים לגבי החוגים

הקשישים שהשתתפו בחוגים התבקשו להביע דעתם לגבי תכני החוגים.

טבלה מס' 20 - תרומת החוגים לפי דעתם של המשתתפים

תרומה	חוג חינוך לבריאות	חוג התעמלות
רצון לעשות שינויים בבית	36	----
עירנות להרגלי בריאות	39	53
שינוי בשימוש בתרופות	16	----
מודעות לחשיבות של ההתעמלות	45	63
עירנות לסיכונים בבית	33	----
פיתוח קשרים חברתיים	12	36
ביטחון פיזי	----	77
מצב רוח	----	63

בטבלה מס' 20 דווח האחוז שדיווחו שהחוג תרם להם במידה רבה או בינונית. החוג לחינוך לבריאות תרם למשתתפיו רק בצורה חלקית, במיוחד בתחומים: הבנת החשיבות של התעמלות, ערנות להרגלי בריאות, סיכונים בבית ורצון לעשות שינויים בבית. החוג לא תרם לפיתוח קשרים חברתיים או לשינוי בשימוש בתרופות בצורה משמעותית.

לעומת זאת, החוג להתעמלות תרם רבות לתחושת הביטחון הפיזי של משתתפיו, למודעות של חשיבות ההתעמלות, להרמת מצב הרוח, לעירנות להרגלי בריאות וליצירת קשרים חברתיים.

יש לציין שהחוג להתעמלות תרם הרבה יותר (פי 3) ליצירת קשרים חברתיים בהשוואה לחוג חינוך לבריאות.

המשתתפים התבקשו להביע דעתם לגבי איפיונים ארגוניים של החוגים.

**טבלה מס' 21 - הערכת המשתתפים לגבי תכני החוגים
(% משיבים מצויין או טוב)**

חוג התעמלות	חוג חינוך לבריאות	
66.6	81.2	מועד החוג (בוקר, אחה"צ)
90.0	81.2	משך זמן המפגש
83.9	84.8	המקום
78.1	78.1	רמת הקושי של החומר/פעילות
65.6	68.8	השפה
77.4	56.2	עינין בחוג
70.9	83.9	אווירה חברתית
86.6	76.6	הארגון הכללי
86.6	87.5	המרצים/מדריכה
----	53.1	המידע חשוב לי

באופן כללי, שני החוגים זכו להערכה חיובית על ידי המשתתפים, במיוחד המרצים והמדריכה, המקום, משך הזמן של החוג והארגון הכללי. בחוג לחינוך לבריאות גילו פחות ענין בתוכן של החוג. בשני החוגים השפה היוותה בעיה אצל כשליש מהמשתתפים.

סיבות לחוסר השתתפות בחוגים

קשישים שלא השתתפו בחוגים התבקשו בראיון השני להבהיר את הסיבות לכך. הם יכלו לציין יותר מסיבה אחת. לכן, מצויין בטבלה מס' 22 את מספר המשיבים המציינים את הסיבה ולא האחוז.

טבלה מס' 22 - סיבות לחוסר השתתפות בחוג

חוג התעמלות	חוג חינוך לבריאות	סיבה לאי השתתפות בחוג
9	5	אני כבר הולך לחוג אחר
8	6	אני בדרך כלל לא נוהג להשתתף בפעילות קהילתית/חברתית
6	1	היום ו/או השעה לא היו נוחים
48	48	אין לי זמן
16	14	בתקופה הזאת הייתי עסוק בדברים אחרים (משפחה, אירועים, נסיעות)
64	53	מצב הבריאות שלי לא אפשר לי
20	19	מצב הבריאות של בן-זוג/בן-משפחה לא אפשר לי
4	15	השפה לא מתאימה לי
54	69	לא מענין אותי
65	67	סיבה אחרת
2	----	אני חושב/ת שהתעמלות לא מתאימה לגיל שלי

לפי טבלה מספר 22, אנו רואים שהסיבות היו משותפות לשני החוגים. הקשישים השיבו בעיקר שמצב בריאותם לא איפשר להם להשתתף, אין להם זמן, או סיבה אחרת (חלק ציינו שלא הודיעו להם על החוג). בסה"כ ישנן שתי גישות לחוגים: האחת של

אנשים עסוקים, ההולכים כבר לחוגים ואין להם זמן והשניה, של אנשים שמרגישים שמצבם הבריאותי או האישי לא מאפשר להם לקחת חלק בחוגים.

האם המשתתפים בחוגים שונים מקשישים אחרים?
בחלק זה נבדוק האם הרקע הדמוגרפי ומצב הבריאות של המשתתפים בחוגים, שונה מהקשישים שלא השתתפו בחוגים. יש לזכור שמדובר במספר קטן של משתתפים - כ-55 נבדקים שהם 20.1% מכלל הנבדקים. מדווחות התוצאות המובהקות בלבד.

משתני רקע ומשתנים בריאותיים (ראיון ראשון) של המשתתפים בחוגים שונים

נבדקו משתני הרקע הבאים: מין, גיל, מוצא, שנת עליה, השכלה, מצב משפחתי ומצב מגורים. נבדקו משתני הבריאות ותיפקוד (מהשלב הראשון) הבאים: מבדק סיכון, מבדק דיכאון, מצב קוגניטיבי, הערכה סוביקטיבית של הבריאות והערכה עצמית של פעילות גופנית ותדירות מגע חברתי עם משפחה חברים וילדים.

מהתוצאות בטבלה מס' 23, רואים שישנם הבדלים מעטים בין קבוצות המשתתפים לבין הלא משתתפים ואז רק ביחס לחוג התעמלות. המשתתפים בחוגים נוטים להיות מגלי העליה הקודמים (1981-1988) ולא מברה"מ לשעבר. יש להם הערכה סוביקטיבית של בריאות טובה לעומת הלא משתתפים אשר מתבטא גם בפחות אישפוזים אצל המשתתפים.

בראיון השני נבדקו המשתתפים הבאים: הערכה סוביקטיבית, מבדק דיכאון, נפילות בחודש האחרון, מס' נפילות בשנה האחרונה, מס' ימי מחלה, מס' ימי אישפוז, פציעות מנפילות ושינויים במצב בריאות בששת החודשים האחרונים.

טבלה מס' 23 - משתני רקע ובריאות ראיון ראשון והשתתפות בחוגים

משתנה	% נבדקים שהשתתפו בחוג חינוך לבריאות (8.8%) (n=33)	% שהשתתפו בחוג התעמלות, (n=31), (8.0%)	% נבדקים שהשתתפו בחוג כל שהוא (n=55 20.1%)
שנת עליה:			
עד 1980		*6.6	
1981-1988		13	
מ- 1989 ומעלה		2.8	
מוצא			
ברה"מ לשעבר		3.5	12.5
שאר הארצות		*** 15.4	** 28.1
תדירות מגע עם חברים			
גבוהה	** 11.8		** 23.8
נמוכה	4.1		11.0
משתנים בריאותיים			
ראיון ראשון			
הערכה סוביקטיבית של הבריאות			
טוב, טוב מאוד		*** 17.9	** 33.3
בינוני, לא טוב		5.1	15.3
מבדק דיכאון			
0-6			+ 21.4
7+			10.4
מס' ימי אישפוז:			
0		* 13.3	
1		5.7	
2+		0	
נפצע מפילוח:			
כן		+ 4	
לא		14	
שינויים במצב הבריאות בחצי שנה אחרונה:			
הוטב			* 38.5
הורע			22.9
ללא שינוי			24.4

*** - p<0.001 ** - p<0.01 * - p<0.05 + - 0.10 >p>0.05

טבלה מס' 24 - מצב בריאותם של משתתפים לעומת לא משתתפים בראיון השני

חוג כל שהוא		חוג התעמלות		חוג חינוך לבריאות		
% בקרב לא משתתפים	% בקרב משתתפים	% בקרב לא משתתפים	% בקרב משתתפים	% בקרב לא משתתפים	% בקרב משתתפים	משתנה בריאות
מבדק דיכאון						
*70.4	89.1			** 71.8	93.9	0-6
29.4	10.9			28.2	6.1	7+
הערכה סובייקטיבית לבריאות						
+ 25.2	55.4	* 26.6	45.2			טוב
44.0	47.3	44.0	45.2			בינוני
30.7	14.3	29.4	9.7			לא טוב
שינוי במצב בריאות						
*2.3	7.8					הוטב
40.8	13.7					הורע
56.9	78.5					ללא שינוי
נפל בחודש האחרון						
86.7	95.5	+ 88.1	96.8	** 87.6	100.0	לא
13.3	4.5	11.9	3.2	12.4	0.0	כן
מס' נפילות בשנה האחרונה						
				+ 64.8	81.3	0
				22.1	15.6	1
				13.1	3.1	2+
נפצע מנפילה כל שהיא						
		+ 50.5	80.0			לא
		49.5	20.0			כן
מס' ימי מחלה						
		+ 61.0	80.7			0-1
		21.9	9.7			2-3
		17.1	9.7			4+
מס' אישפוזים						
		73.2	90.3			0
		20.0	9.7			1
		6.8	0.0			2+

*** - $p < 0.001$ ** - $p < 0.01$ * - $p < 0.05$ + - $0.10 > p > 0.05$

מתוצאות טבלה 24, ניתן להבחין שמשתתפי החוגים דיווחו בראיון השני על מצב בריאותי טוב יותר לעומת אלו שלא השתתפו בחוגים. הדבר התבטא בדיווח חיובי יותר של ההערכה הסובייקטיבית של הבריאות, פחות סימפטומים של דיכאון ופחות דיווחים על הרעה במצב הבריאותי. בנוסף המשתתפים דיווחו על פחות ימי מחלה ואישפוזים, ביחוד בקרב משתתפי החוג להתעמלות. כמו כן, המשתתפים דיווחו על פחות נפילות.

האם משתתפי החוגים מדווחים על יותר פעילות בראיון השני?

מעניין לבחון באיזו מידה משתתפי החוגים מגדירים עצמם כיום, שונה מבחינת פעילות, בהשוואה לאנשים שלא השתתפו בחוגים. לא היה הבדל ברמת הפעילות המדווחת בראיון הראשון בין המשתתפים והלא משתתפים. אך, כפי שתואר בטבלה 25, בראיון השני יש עליה בקרב המשתתפים בחוגים בדיווחים על פעילות גופנית, הליכה לחוג והגדרה עצמית של פעילות.

טבלה מס' 25 - סיכון גבוה לנפילות ורמת סיכון

חוג התעמלות		חוג הינוך לבריאות		האם בחודש האחרון?: עסקת בפעילות גופנית?
לא השתתף	השתתף	לא השתתף	השתתף	
				כן
		+ 38.6	54.5	לא
		61.4	45.5	הלכת לחוג כל שהוא?
		* 6.5	18.8	כן
		93.5	81.3	לא
				הגדרה עצמית של פעילות גופנית היום:
** 40.2	74.2	* 42.2	57.6	פעיל
26.3	12.9	24.1	30.3	בינוני
33.5	12.9	33.7	12.1	לא פעיל

*** - $p < 0.001$ ** - $p < 0.01$ * - $p < 0.05$ + - $0.10 > p > 0.05$

טבלה מס' 26 - שינויים שחלו בקרב הנבדקים בעקבות ניסיונם בפרויקט

נושא	אחוז הנבדקים שחלו בקרבם שינויים (n=283)
סידור הבית	1.9
פעילות גופנית	2.5
צורת הליכה	1.4
שימוש בתרופות	0.8
ערנות לגבי סיכונים מחוץ לבית	0.8
תזונה	1.9
טיפול בכפות רגליים	1.4
מצב רוח	1.1
השתתפות ביותר חוגים/פעילויות	1.1
יותר מפגשים חברתיים	0.8
קשר עם רופא או צוות מרפאה	0.8

בראיון השני התבקשו המשתתפים לציין מה קרה בעקבות הפרויקט, אם בכלל. על פי דיווח עצמי, ניתן לראות באיזו מידה מורגשת השפעת הפרויקט ובאילו תחומים. ניתן לראות מטבלה מס' 26 שהשינוי הגדול ביותר, ביחס לשאר הנושאים, שחל בקרב הנבדקים הוא הפעילות הגופנית. נשאלו המשתתפים לגבי בדיקות רפואיות:

- ♦ בדיקת שמיעה: 3.7% מהנבדקים עברו בדיקת שמיעה או ראייה בעקבות הפרויקט.
- ♦ שימוש במכשירי עזר (שמיעה, ראייה, הליכה): 4.7% מהנבדקים עברו להשתמש במכשירי עזר.
- ♦ טיפול פיזיותרפי: 5.9% קיבלו טיפול פיזיותרפי במסגרת הפרויקט.
- ♦ טיפול רפואי: 30.9% הופנו לטיפול רפואי אצל מומחה.
- ♦ שיחות שערכו הנבדקים עם גורמים שונים על נפילות, בעקבות הפרויקט: כ-6% דיברו עם חברים/שכנים, 7% עם משפחה, 6% עם איש מקצוע כלשהו כמו דופא. 62% לא דיברו עם אף אחד.
- ♦ לחצן מצוקה: 8.2% מהנבדקים הכניסו לחצן מצוקה.
- ♦ הפניה לגורם קהילתי:
- 10 קשישים הופנו לעו"ס לעזרה ביתית ועוד 4 הופנו לטיפול אחר אצל עו"ס.
- 11 הופנו למועדון או מרכז יום.
- 3 הופנו לעמידר ואחד הופנה לגורם אחר.
- ♦ מה נעשה בעקבות ההפניה?:
- 8 קיבלו טיפול בעקבות ההפניה.
- 8 לא קיבלו טיפול בעקבות ההפניה.
- 2 לא קיבלו טיפול מכיוון שלא נמצאו זכאים.

12. ממצאים לגבי מבדק סינון לסיכון גבוה לנפילות

כפי שנאמר כבר, המבדק פותח על פי ממצאים ממחקר הגישוש ומורכב מ- 5 פריטים. כל קשיש יכול לקבל ציון הנע בין 0-5. בראיון הראשון 28% מהמשתתפים שהיו להם נתונים מלאים נמצאו בסיכון גבוה לנפילות, ציינו יותר מגורם סיכון אחד. את ההתאמה של מבדק הסינון ניתן לבדוק במספר דרכים:

1) באיזו מידה סיווג לסיכון גבוה לנפילות מנבא נפילות או סיווג לסיכון גבוה כעבור שנה?

2) באיזו מידה תוצאות הבדיקה הרפואית מתקפות את התוצאות, כלומר מזהים קבוצה עם יותר בעיות רפואיות כקשורה יותר לנפילות?

1. ניבוי תוצאות של שלב שני מהמבדק לסיכון - (ראיון ראשון)

נבדקו במבחן chi-square ביחס לקשר בין להיות בסיכון לבין הסיכוי לא להשתתף במחקר בראיון השני. מסך הכל הנבדקים שנפטרו (7) במהלך הפרויקט, 4 היו בסיכון גבוה (57%). בנוסף, 93% (13/14) מהמסרבים באו מקבוצת סיכון גבוה. זאת אומרת, פחות קשישים בסיכון גבוה השתתפו בשלב שני.

טבלה מס' 27 - הקשר בין קבוצת סיכון לנפילות (בראיון הראשון) לבין משתנים בריאותיים (בראיון השני)

מובהקות סטטיסטית	% נבדקים בסיכון גבוה	% נבדקים בסיכון נמוך	תוצאות - ראיון שני
p=0.0002	71	24	נמצא בסיכון גבוה לנפילות, שלב שני
p=0.0005	21.9	6.5	נפל בחודש האחרון
p=0.00003	58.9	30.8	כמעט נופל לעיתים קרובות או לפעמים
			<u>נפילות בשנה האחרונה!</u>
	39.1	75.8	0
	31.9	18.7	1
p=0.0000	29.0	5.6	2+
			<u>מס' ימי מחלה:</u>
	47.9	69.5	0-1
	26.0	18.5	2-3
p=0.003	26.0	12.0	4+
			<u>מס' אישפוזים:</u>
	64.9	79.0	0
	25.0	16.5	1
p=0.03	11.1	4.5	2+
	55.1	44.9	נפצע מנפילה
p=0.02	32.7	67.3	לא נפצע מנפילה
			<u>הערכה סוביקטיבית לבריאות:</u>
	7.5	92.5	טוב
p=0.0000	42.9	57.1	לא טוב
			<u>שינויים במצב הבריאות בחצי השנה האחרונה:</u>
	22.2	77.8	הוטב
p=0.0000	16.6	83.4	הורע
			<u>מבדק דיכאון:</u>
	70.9	29.1	דיכאוני
p=0.0000	22.9	77.1	לא דיכאוני
			<u>מצב קוגניטיבי:</u>
	66.7	33.3	ירידה קוגניטיבית
p=0.0021	30.9	69.1	מצב נורמלי

לפיכך רואים שהמבדק לסיכון לנפילות מהראיון הראשון, הצליח לנבא את כל הפרמטרים: סיכוי להיות פעם שניה בסיכון גבוה, נופל בחודש האחרון, נפילות בשנה האחרונה, כמעט נופל וגם תוצאות קשורות למצב בריאות כגון מספר ימי מחלה ומספר אישפוזים.

2. בדיקת תוקף של מבדק סינון ע"י בדיקה רפואית

על מנת לבחון את תוקף מבדק הסינון, נערך ניסוי עיוור (blind study). רופאי הפרויקט יחד עם מנהלת המרפאה בדקו 28 קשישים ללא ידע קודם האם הם סווגו לסיכון נמוך או גבוה. מטרת הבדיקה הייתה לבחון האם בהסתמך על מימצאים קליניים ניתן לקבוע את מידת הסיכון לנפילות על ידי מציאת גורמים רפואיים הקשורים לנפילות. בסוף הבדיקה הרפואית התבקשו לסווג לבד את הקשיש לקבוצת סיכון גבוה ונמוך. לאחר מכן, הושוותה תוצאת הבדיקה על ידי שלושת הרופאים עם תוצאת מבדק סינון שנעשה ע"י מראיין אשר אינו רופא. מידת ההסכמה בין שתי הדרכים לקבוע רמת סיכון הייתה משביעות רצון כדלקמן:

טבלה מס' 28 - התאמה בין מבדק סיכון לנפילות לבין בדיקה רפואית

בדיקה רפואית			
סה"כ	נמוך	גבוה	מבדק סינון
15	5	10	גבוה
13	11	2	נמוך
28	16	12	סה"כ

שעור ההסכמה הנו $75\% = (10+11)/28$

שעור חוסר הסכמה $25\% = (5+2)/28$

במקרים בהם לא הייתה התאמה בין המבדק לרופא, המבדק קבע ביותר מקרים (חמישה) שהקשיש שייך לקבוצה בסיכון גבוה והרופא קבע להפך. היו פחות מקרים (שנים) בהם המבדק קבע שהקשיש בסיכון נמוך והרופא קבע שהקשיש בסיכון גבוה.

דיון, מסקנות והמלצות

המטרות של מחקר ההערכה כללו התייחסות למספר שאלות ונושאים:

1. מהי רמת הנפילות והגורמים הקשורים לנפילות, בקרב אוכלוסיית הקשישים העצמאיים המתגוררים בקהילה?
2. מה מידת היישום האפשרי של טכניקות מניעה וטיפול בבעיית הנפילות אצל קשישים?
3. מהי מידת ההשפעה של התערבויות למניעת נפילות על שכיחות הנפילות?
4. מה מידת התאמה של הכלים שפותחו לסינון קשישים לקבוצות סיכון נמוך/ גבוה לנפילות והכלים הנוספים שפותחו לרישום ומעקב?
5. תאור המודל הרב - מגזרי למניעה וטיפול בנפילות קשישים.
6. המלצות.

1. נפילות והגורמים הקשורים אליהן

בניתוח התוצאות מהשנה השניה של הפרויקט, יש להתייחס לנשירה של המשתתפים לאורך התקופה. הבריאים והפעילים ביותר והחולים או המוגבלים ביותר, נשרו במידה רבה יותר מאשר המשתתפים האחרים. כך יוצא, שמהראיונות, היו דיווחים על יותר נפילות (21% בראיון הראשון ו-35% בראיון השני), גורמי סיכון וסימנים של בעיות בתפקוד היום-יום.

תוצאות הפרויקט מורות כי שכיחות נפילות אצל קשישים הינה גבוהה, ומתאימה למדוח בספרות בשנים האחרונות (Campbell 1981). יש לציין שחלק מהקשישים שאובחנו בפרויקט כבעלי סיכון גבוה לנפילות, לא היו מוכרים לרופאי המשפחה שלהם ככאלה, ורק לאחר שנשאלו ישירות על כך, הובהר שאמנם נפלו מספר פעמים במשך השנה האחרונה, אך לא דיווחו לרופא.

לא התגלו גורמי סיכון חדשים ביחס לנפילות שלא היו מדווחות קודם לכן בספרות. הקשר המובהק בין נפילות לדיכאון שנמצא בפרויקט זה, אמנם מוכר (Tinetti, 1988) (Cwikel, 1992), אך צוות המרפאה לא היה מודע לכך. מעניין היה שהמשתתפים בחוגים נטו פחות לדווח על סימנים של דיכאון בהשוואה לאלה שלא השתתפו בחוגים. תוצאות הפרויקט הראו, בהתאם לספרות, כי קשישים שנפלו מגיבים עם סימפטומים של דיכאון. הם גם מפתחים פחד לפול שוב ונוטים להסתגר ולהימנע מפעילויות שונות, דבר שעלול לגרום או להחמיר דיכאון. עם זאת, יתכן גם שקשישים דכאוניים נופלים יותר עקב תרופות שהם נוטלים, עקב ההאטה בפעילות הגופנית הקשורה לדיכאון (Psychomotor retardation) או עקב חוסר תשומת לב מספקת לסביבתם בזמן הליכה. התייחסות לדיכאון וטיפול בו, על ידי טיפול משולב תרופתי עם התערבות חברתית, עשויה לעזור במניעת נפילות.

נמצא קשר הדוק בין מספר המחלות הכרוניות לבין הסיכון לנפילות. גם קשישים שמדווחים על הנטייה "כמעט ליפול" ו/או עם צורת הליכה איטית, לא יציבה או לא חופשית נמצאים בסיכון לנפילות. חשוב לידע את אנשי מקצוע העובדים עם קשישים שקשישים אלה מהווים קבוצת סיכון לנפילות.

2. יישום תוכניות התערבות

בתחילה, נתייחס ליישום של תוכניות למניעה ראשונית, ולאחר מכן, למניעה שניונית. מניעה ראשונית. בקרב הקשישים שהשתתפו בשני השלבים של הפרויקט, שעור השתתפותם בחוגים היה 20%. שעור זה אכזב את צוות הפרויקט אשר תכנן שעור גבוה יותר, אך הוא אינו מפתיע אנשים עם ניסיון בתוכניות קהילתיות עם קשישים. שעור זה מתאים לתוצאות מפעילויות דומות בארץ ובעולם (Ben-Sira 1989,1995)
Ostergaard 1995, Kivela et al., יש מספר סיבות לכך: לחץ זמן, חששותיהם של הקשישים לגבי מצבם הבריאותי, חוסר עניין או נכונות להשתתף בפעילויות, חוסר ידע על קיום הפעילות, קשיים אישיים או משפחתיים וקשיי שפה. כמו כן, היה עיכוב בין ביצוע הראיונות לבין התחלת ההדרכה בחינוך לבריאות ובהתעמלות, כך שלא היתה המשכיות וצמידות בין הראיונות לבין הפעילויות. זמן המתנה רב, שנוצר מבעיה ארגונית, פגע בביצוע תוכניות והמשך הקשר בין המשתתפים בפרויקט, דבר שהפחית את רמת ההשתתפות בתוכניות.

מבחינת נשירה, היתה יותר נשירה מפעילות החינוך לבריאות מאשר מחוגי ההתעמלות. חלק מהמסרבים להשתתף בהתעמלות חששו מעיסוק בפעילות גופנית ללא "פיקוח רפואי". מרבית המשתתפים בחוג ההתעמלות היו נשים, והיה קושי למשוך גברים להתחיל בפעילות.

כאשר משווים את תוצאות ההערכה של המשתתפים בשני החוגים, אלה שהשתתפו בחוג ההתעמלות היו מרוצים במידה רבה יותר מאשר אלו שהשתתפו בחוג חינוך לבריאות. סימן לכך הוא שהחוג להתעמלות המשיך להתקיים בשכונה על פי בקשתם של המשתתפים. לא היה ביקוש להמשך החוג לחינוך לבריאות. ההשתתפות בחוג להתעמלות השפיעה לטובה על רמת המורל והפעילות של הקשישים.

מה ההבדל בין החוג להתעמלות לבין החוג לחינוך לבריאות? ראשית כל, התעמלות הינה דרך פעילה להקטין את הסיכון לנפילות לעומת הרצאות פרונטליות אשר משאירות את הקשישים פסיביים. בנוסף לכך, החוג הטיל עליהם משימות לטיפול עצמי בבית. סיבה נוספת לקושי עם החוג לחינוך לבריאות נבעה מכך שהוא דרש רמה מסוימת של הבנה ו/או השכלה ושליטה בעברית. לחלק גדול של הקשישים רמת השכלה בינונית ושפת אם שאיננה עברית. שנית, החוג להתעמלות הועבר על ידי מדריכה אחת בעלת ניסיון עם אוכלוסיית הקשישים ועם מיומנויות תקשורתיות. הקשר עם אדם חביב אחד עודד השתתפות עקבית יותר. שלישית, כפי הנראה, החוג להתעמלות איפשר פיתוח קשרים חברתיים במידה רבה יותר בין המשתתפים. ההסבר טמון בשתי אפשרויות: החוג איפשר הזדמנויות חברתיות נוספות או, באופן כללי, המשתתפים היו ידידותיים יותר.

עקב המספר הקטן של משתתפים בחוג ההתעמלות ובחינוך לבריאות וגם התקופה הקצרה של המעקב לאחר ההתערבות, לא ניתן להעריך בוודאות את מידת ההשפעה של ההתערבות על הסיכון לנפילות. אך, יש לציין מדיווחי הרופאים במרפאה, שחלק

מהמשתתפים הפסיקו ביוזמתם להשתמש בתרופות הרגעה ושינה, ונטו לעסוק יותר בפעילות גופנית יום-יומית.

מניעה שניונית

במסגרת הפרויקט אותרו קשישים בסיכון גבוה לנפילות, שלחלקם נערכה בדיקה מכוונת של הסיבות האפשריות לנפילות וניסיון להפחית את הסיכון, במידת האפשר. המשתתפים שאותרו כבעלי סיכון גבוה, נבדקו על ידי רופא המשפחה שלהם או רופאי הפרויקט, ובחלקם אותרו בעיות בריאותיות שדרשו התערבות וטיפול, כגון מחלת פרקינסון בראשית התפתחותה, ירידה קוגניטיבית סמויה ודיכאון שלא אובחן קודם. בנוסף, בוצעה התערבות תוך פעולה רב-מקצועית של כל המטפלים בקשישים בקהילה. לדוגמה, חיזוק הקשר בין רופאי המשפחה לבין העובדים הסוציאליים במחלקת הרווחה אפשר פתרון מוצלח של בעיות מורכבות של קשישים בודדים עם צרכים רפואיים, חברתיים וחומריים. כמו כן, הרופאים שהשתתפו למדו על חשיבות שילוב אנשי המקצוע מתחום הפיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק ופעילות גופנית בצוות הרב-מקצועי.

כל המשתתפים בסיכון גבוה היו אמורים לעבור בדיקה רפואית מעמיקה בנושא הנפילות, אך למעשה, מתוך 98 המשתתפים הנמצאים בסיכון גבוה בשלב הראשון, רק 44 נבדקו. דהיינו, מחצית הבדיקות המתוכננות התבצעו. יש לציין שרוב הבדיקות שנעשו בוצעו על ידי מספר קטן של רופאים במרפאות, דבר שמעיד על השתתפות ועניין דיפרנציאליים. יתכן שאם היתה יותר עבודת הכנה עם צוות המרפאה, היה מתגלה יותר רצון לשיתוף פעולה.

על פי הדווחים של המשתתפים, חלק הופנה לטיפולים מומחים כתוצאה מהבדיקה וחלק זכה להפניה לגורם טיפולי בבעיה פסיכו-סוציאלית. לא בכל מקרה, הפניה הביאה, בסופו של דבר, לטיפול. מכיוון שלא היה גורם מארגן טיפול, כגון אחות, לא היה מעקב יסודי אחרי ההמלצות. לפיכך, לא ניתן לקבוע בוודאות האם ביצוע בדיקה כזו הביאה להטבת המצב הבריאותי של הקשיש או למניעת נפילות עתידיות.

עבודה קהילתית

במסגרת הפרויקט נערכה הדרכה של כל עובדות הקשישים במחלקת הרווחה, אשר בזכות הכשרתם פיתחו את מודעותם לנושא, התייחסו אליו בפעילויותיהם עם הקשישים במועדוני היום, וערנותם התבטאה בעבודתם השוטפת. משיחות עם עובדים סוציאליים שהיו מעורבים בפרויקט, נושא הנפילות בקרב קשישים נכנס למודעותם ולנושא לתכנון פעילויות בעתיד, ופרויקטים עם סטודנטים. כמו כן, מודעות זו עזרה להם גם בהתייחסותם אל פונים והוריהם. יתכן שכדאי להתמקד גם בהכוונה והכשרה של בני גיל הביניים בתחום מניעת נפילות.

באמצעות קשרים עם מרפאות אחרות ושירותי רווחה בקהילה, הובא המודל של הפרויקט לתודעה של אנשי מקצוע רבים באזור באר שבע. דבר זה יכול להוות בסיס

להפניות למרפאת נפילות אשר היתה אמורה לקום במרפאות החוץ של בית חולים סורוקה עם סיום הפרויקט. עד עתה, המרפאה טרם התארגנה.

מתנדבים אשר עובדים בכמה שירותים קהילתיים, כגון ביטוח לאומי ו"ג'נסיס", קבלו הדרכה. כמו כן, הוכן דף הסברה בשיתוף עם האגודה לתרבות הדיור על הנושא של מניעת נפילות.

במישור המקומי, הוקם "פורום גריאטרי" של הגורמים המעורבים בטיפול קשישים ברשות של העובדת הסוציאלית של הקשישים של השכונה. דבר זה יאפשר המשך עבודה רב מקצועית בפתרון בעיות של קשישים ברמה הפרטנית והקבוצתית.

3. השפעת החוגים

היכולת של הפרויקט לספק תשובות לגבי היעילות של ההתערבות מוגבלת מפני ששנת מעקב אחרי החוגים זהו זמן קצר מאוד לפעילות מניעתית. כמו כן, הייתה קבוצת בקורת שלא קבלה טיפול בחוגים ורמת ההשתתפות בחוגים הייתה נמוכה. בנוסף לכך, לא הייתה חלוקה אקראית של המשתתפים לקבוצות; חלוקה זו נעשתה על בסיס רמת הסיכון. כמו כן, המשתתפים בחוג ההתעמלות דיווחו על מספר קטן יותר של ימי מחלה ואשפוזים. הם דיווחו על פחות נפילות בחודש האחרון ופחות נטייה להיפצע מנפילה. המשתתפים העריכו בצורה חיובית יותר את מצבם הבריאותי. גם המשתתפים בחוג לחינוך לבריאות היו פחות מדוכאים עם פחות נפילות בחודש האחרון ובשנה האחרונה. לא ניתן לקבוע בוודאות האם התוצאות נבעו מההתערבות או מההבדלים בין המשתתפים והלא-משתתפים מההתחלה. עם זאת, התוצאות מצביעות על התאמה לציפיות שלנו בתחילת הפרויקט.

4. התאמת הכלים שפותחו בפרויקט

פותח כלי סינון לסיווג לסיכון גבוה/נמוך לנפילות קשישים עצמאיים. יתרון הכלי הינו שהוא פשוט, ניתן ליישום בכל מקום - כולל בביתו של הקשיש או במרפאה, וניתן לשימוש על ידי אנשים סמך מקצועיים. בתחילת הפרויקט, חשבנו שקבוצת הסיכון הגבוה תכלול את כל הקשישים עם גורם סיכון אחד. אך, לאחר ניתוח התוצאות של השלב הראשון, נראה שהחיתוך כלל קבוצה גדולה מדי של קשישים, לכן, קו ההפרדה הוגדר כשני גורמי סיכון ומעלה. מבדק הסינון תוקף בתוקף ניבוי ובתוקף מתכנס. בדיקה שנעשתה בשיטה עיוורת על ידי הרופאים אימתה בצורה טובה את החלוקה לקבוצות סיכון.

הטפסים שפותחו למחקר ההערכה מתאימים לאיסוף נתונים אך לא לעבודה שוטפת במרפאה. ביוזמה של אש"ל, פותח כלי אבחון שיכול לשמש רופאי משפחה במרפאות. כלי זה יופץ לרופאים בכל רחבי הארץ. השאלון של "עובדות על נפילות" נראה מתאים, בעיקר, לקבוצות עם רמת השכלה בינונית ומעלה, ומתאים במיוחד ככלי כבסיס לדיון על הנושא של נפילות קשישים עם סטודנטים ואנשי מקצוע. שאלון זה כולל חלק ניכר של החומר על חינוך לבריאות בנושא הנפילות ותורגם כבר לרוסית, אנגלית וספרדית.

5. פיתוח מודל

נעשה ניסיון לפתח מודל רב מגזרי לטיפול בבעיה מורכבת בעת זקנה. ניתן לומר שהרבה נושאים הקשורים לבריאותם של קשישים, כגון ירידה קוגניטיבית, בעיות של בריחת סידן, בעיות של שליטה על הסוגרים מתאימים לטיפול רב מגזרי. עובדה זאת נובעת מהמורכבות של תחלואה בגיל זקנה כאשר כל בעיה בריאותית לא מטופלת עלולה לגרום לבעיה בריאותית נוספת. אחד היתרונות בהתמקדות בנפילות הינו האפשרות לבדוק מספר מישורים פיזיים, חברתיים ובריאותיים בו זמנית ונותן אפשרות להתערב. מאחר ומדובר על בעיה מורכבת, נחוץ תיאום טוב בין השירותים השונים ותקשורת והעברת מידע תקינות להוציא מודל מסוג זה לפועל. אין ספק שבמסגרת הפרויקט, פותחו קשרים בין אנשי מקצוע שסייעו בטיפול בקשישים שהשתתפו בפרויקט עם בעיות ספציפיות, ויתכן שבעתיד, קשרים אלו יהוו משאב לפרויקטים נוספים.

המודל מבוסס על סיווג קשישים לקבוצות סיכון. השימוש בקבוצות סיכון גבוה ונמוך מאפשר ניצול טוב יותר של משאבים מכיוון שיש הכוונת התערבויות לקבוצות מתאימות. אותרה קבוצה בסיכון גבוה עם אפיונים דמוגרפיים תפקודיים ובריאותיים ספציפיים. בין הקשישים בסיכון גבוה לנפילות היו יותר נשים, אלמנות, שעלו ארצה בשנים 1976-1988 וסבלו מדיכאון, דמנציה, חוסר פעילות חברתית ובדידות, מצב בריאותי ירוד יותר ומגבלות בפעילות היום-יומית. יש לציין שקשישים שעלו מבריה"מ לאחר 1989 לא אותרו כשייכים לקבוצת סיכון גבוה וגם לא השתתפו בחוגים ברמה גבוהה. חלק מהגורמים הקשורים לסיכון גבוה לנפילות מגדיר גם קשישים בסיכון בכלל. לדוגמא, Besdine et al. (1982) קבעו שהגורמים הבאים מסבירים את הסיכון להתדרדרות בריאותית והזדקקות לטיפול והתערבות: גיל מעל 75, התגוררות לבד, התאלמנות בתקופה האחרונה, אשפוז לאחרונה, אי שליטה על הסוגרים, בעיות בניידות וירידה קוגניטיבית. יש לשים לב שיש חפיפה בין הגורמים המסבירים נפילות לבין הגורמים המסבירים סיכון גבוה בכלל. מודל רב מגזרי הוכיח את עצמו כשיטה מוצלחת לטיפול בבעיה מורכבת זאת.

6. המלצות

מניסיוננו בפרויקט זה, נראה לנו שניתן ליישם חלק מהפעילויות גם במקומות אחרים, תוך שיתוף פעולה בתכנון הפעילות. ניתן להשתמש במרכזי היום לקשישים בקהילה לארגון פעילות גופנית וחוגי חינוך לבריאות במסגרות הקיימות ואף להרחיבן. בהשוואה לחוג לחינוך לבריאות שפחות שכיח ומוכר, קל יותר להכניס חוג התעמלות לקהילות שמבוסס על חוגים וידע קיימים. מרבית הקשישים דיווחו כי אינם עוסקים בפעילות פיזית קבועה. גם בעבודתנו נמצא שקשישים בסיכון גבוה לנפילות עסקו מעט מאד בפעילות גופנית כלשהי. גם בשטח זה יש מקום להתערבות יזומה של הצוות הרפואי, לעידוד הקשיש לפעילות גופנית כגון הליכה, שחיה והשתתפות בחוגים להתעמלות למבוגרים בקהילה, בהתאם למצבו הבריאותי. אין להמעיט בהשפעה שיש לרופא המשפחה בעיני הקשיש. ניתן להשתמש בעובדה זאת בקידום בריאות של האדם.

אחת המסקנות מהבעיות שהתעוררו בפרויקט הינה הצורך לערב, מההתחלה עוד בשלב תכנון ופיתוח הפרויקט, אנשי מקצוע שיהיו מעורבים בו בהמשך. יתכן שאם היה בצוות

הפרויקט אחות, היא הייתה מצליחה לעודד השתתפותן של חבריה למקצוע בפרויקט. יש קושי לערב אנשים בשלבים מאוחרים יותר, באמצע התהליך, מפני שנוצרת הרגשה של ניתוק מהרעיון שעומד מאחורי הפרויקט. לעתים, מעורבות של הרבה אנשים בפיתוח פרויקט נתפסת כגורם מעקב או מסרב, אך היא חלק הכרחי להרצת פרויקט מוצלח.

העלאת נושא מניעת נפילות קשישים בקרב עובדי בריאות ורווחה העובדים עם קשישים, עודדה את הפעילות המניעתית בעבודתם השוטפת, ולכן, אנו ממליצים על שילוב נושא זה בלימודים בכל המקצועות הנלווים לרפואה. קיים גם צורך בהכשרה המשכית של כל העובדים המקצועיים, הסמך המקצועי והמתנדבים שעוסקים בתחומים אלו. יש חשיבות לנושא לציבור הרחב, לקשישים עצמם, לילדיהם ולכל מי שפעם יהיה זקן. ניתן לנצל חלק מחומרי ההסברה שפותחו בפרויקט, הן לאנשי מקצוע והן לקשישים עצמם.

ניתן ליישם את הייעוץ הגריאטרי במרפאות בקהילה, תוך הדגשת הנושא של מניעת נפילות. בקרוב תוקם מרפאת נפילות שתרכז הפניות של מקרי נפילות באזור באר שבע. בהמשך ניתן לפתח כלים אבחוניים נוספים, דוגמת כלי אבחון לרופא המשפחה. אש"ל כבר פיתח כלי דומה לתחום הטיפול בבעיית אי שליטה על הסוגרים הסוגרים (incontinence), אך נחוצים כלים דומים גם בתחומים אחרים כגון ירידה קוגניטיבית ודיכאון בקרב קשישים.

גיוס הקשישים לפעילות בחוגי ההתעמלות ובחינוך לבריאות נעשה על ידי מספר מתנדבים פנסיונריים שהתקשרו טלפונית אל המועמדים. המתנדבים נפגשו אחת לשבוע עם רכזת הפרויקט למשוב ולמעקב, ולתכנון המשך הפרויקט. ניתן לפתח כיוון זה של פעילות קשישים למען עצמם או למען עמיתיהם בקהילה, כחלק מעזרה הדדית בין הקשישים ובמטרה לפתח פרויקטים נוספים. לדוגמא, במסגרת פרויקט של סטודנטיות לעבודה סוציאלית שנה ג', התארגנה קבוצת קשישים במועדון שכונתי בבאר-שבע לפעילות התנדבותית, ומתוך המשתתפים נמצאה מורה לחינוך גופני, גמלאית, שהעבירה בהתנדבות חוג התעמלות, אשר זכה להצלחה רבה. דרך אחרת לערב קשישים פעילים הינה באמצעות קבוצות הליכה: קבוצות קשישים שהולכים הליכה ספורטיבית ביחד בשכונה. עריכת יום הדרכה לאנשי מקצוע וקשישים פעילים בנושא הליכה נכונה לגיל מבוגר היתה פעולה מוצלחת המעודדת כיוון זה. רעיון נוסף הינו להפוך קשישים פעילים ל"פעילי בריאות" ולאפשר להם להעביר נושאים בתחום הבריאות לקשישים אחרים.

וועדת ההיגוי שליוותה את הפרויקט גם העבירה מידע ועסקה בתיאום, לתיאום מדיניות וחלוקת אחריות בין המשתתפים. מהמפגשים האלה, התגבשה המלצה שרצוי לבנות צוות שיורכב מנציגי כל הגורמים המטפלים בקשיש בקהילה, במטרה לדון על בעיות וליזום פעולות משותפות. אכן, התארגן "פורום גריאטרי" שמשלב עובדי בריאות, רווחה וקהילה, על מנת להמשיך את הקשר הישיר בין הגורמים המטפלים בקשישים בקהילה.

גם הרעיון של הקמת "פורום גריאטרי" רב מקצועי רב-מגזרי במקומות נוספים הינו בר-ביצוע ועשוי לעזור באיתור וטיפול בבעיות קשישים אחרות ובפיתוח שירותים

נוספים. פרויקט דומה רצוי שיתחיל משיתוף פעולה בין הגורמים כבר בשלב התכנון, כך שכל המשתתפים ירגישו מעורבות, שיתוף הפעולה וההיענות של כלם ישתפרו. רצוי גם לפתח שאלונים פשוטים לשימוש בפרויקטים דומים כך שהצוות הרפואי יוכל לעמוד בדרישות של מילוי הטפסים.

לסיכום, המודל של התערבות רב-מקצועית ורב-גורמית בנושא מניעת נפילות קשישים הינו בר-ביצוע, ובזכות הקשר הישיר שנוצר ניתן לפתח שיתוף פעולה בתחומים אחרים לקידום בריאותם ורווחתם של הקשישים בקהילה.

המלצות לפרויקטים נוספים

נושאים למחקר נוסף כוללים:

1. מאחר שרוב הקשישים לא עסקו בפעילות גופנית בעבר, יש חשיבות לפיתוח הנושא ודרכים לעודד אותם, במיוחד בקרב הגברים. נושא חשוב למחקר הינו מהי ההשפעה לאורך זמן על בריאות בקרב אנשים שמצטרפים בעת זקנה לחוג להתעמלות ?
2. הקשר המובהק בין נפילות לדיכאון שנמצא בעבודה זו, אמנם מוכר מהספרות (Tinetti 1988, Cwikel 1992), אך יהיה נושא מעניין להמשך בדיקה. יש צורך לפתח דרכים לאבחון וטיפול בדיכאון במסגרת הרפואה הראשונית ולערב בזה גורמים רפואיים וחברתיים.
3. עבור קשישים שסבלו מנפילות היה צורך לחינוך לבריאות והדרכה אישית יחד עם בדיקת סיכונים בבית. פרויקט נוסף יכול לפתח את הכוון של הדרכה אישית ומעקב צמוד יותר בקרב קשישים הנמצאים בסיכון גבוה יותר.
4. יש צורך לבדוק את ההתאמה של כלי האבחון ויישומו בעבודה שוטפת בקרב רופאי משפחה.
5. קיימים כבר מענים חלקיים בקהילה עבור קשישים עם ירידה קוגניטיבית בשלבים המתקדמים. לגבי קשישים עם ירידה קלה בתפקודים קוגניטיביים, חסרים דרכי אבחון והתערבות מתאימים.
6. יש צורך לבחון בצורה כללית איך ניתן לעודד פעילות בחוגים קהילתיים בקרב קשישים, ובייחוד, בקבוצות שמגלים רמה נמוכה של הצטרפות לחוגים כאלו.

מקורות

אוקרנט, נ., ברודסקי, ג., הרון, ת., כץ, ה. (1986) בדיקות סינון במניעה בבריאות לקשישים. ירושלים: מכון ברוקדייל לגרנטולוגיה והתפתחות האדם והחברה בישראל.

בן-סירא, ז. (1989) נפילות אצל קשישים: סיכונים, מוקדי סיכונים והתרומה של מבצע תשדירי שירות. מסמך שהוכן למחלקה לחינוך לבריאות במשרד הבריאות. ירושלים: מכון למחקר חברתי יישומי.

חביב, ג., ברנע, ת. (1989) מניעה וקידום בריאות קשישים. ירושלים: מכון ברוקדייל לגרנטולוגיה והתפתחות האדם והחברה בישראל.

מכון ברוקדייל. (1994) הקשישים בישראל: עובדות במספרים. ירושלים: מכון ברוקדייל לגרנטולוגיה והתפתחות האדם והחברה בישראל.

Ades, P.A., Waldmann, M.L. & Gillespie, C. (1995). A controlled trial of exercise training in older coronary patients. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, Vol. 50A (1), M7 - M11.

Besdine, R., Gurian, B., Terry, T. & Wetle, T. (1982). *Handbook of Geriatric Care*.

Campbell, A. J., Reinken, J., Allan, B.C., & Martinez, G.S. (1981) Falls in old age: a study of frequency and related clinical factors. *Age Ageing* 19:136-141.

Crilly, R.G., Willems, D.A., Trenholm, K.J., Hayes, K.C. & Delaquerriere-Richardson, L.F. (1989). Effect of exercise on postural sway in the elderly. *Gerontology*, Vol. 35 (2 - 3), 137 - 143.

Cwikel, J., Fried, A.V. & Galinsky, D. (1989/90). Falls and psychosocial factors among community-dwelling elderly persons: A review and integration of findings from Israel, *Public Health Reviews*, 17, 39-50.

Cwikel, J. (1992) Falls among elderly people living at home: medical and social factors in a national sample. *Israel Journal of Medical Sciences*. 28(7):446-454.

Cwikel, J. & Fried, A.V. (1992) The social epidemiology of falls among community-dwelling elderly: guidelines for prevention. *Disability and Rehabilitation*. 14(3):113-121

Cwikel, J., Fried, A.V., Galinsky, D. & Ring, H. Gait and activity in the elderly: implications for community falls-prevention and treatment programmes. *Disability and Rehabilitation*. 1995, vol. 17 (6) pp 7-11.

Cwikel, J. and Ritchie, K. The Short Geriatric Depression Scale: Evaluation in a Heterogeneous, Multilingual Population. *Clinical Gerontologist*, 8(2):63-83, 1988.

Cwikel, J. and Ritchie, K. Screening for Depression among Israeli elderly: An assessment of the Short Geriatric Depression Scale (S-GDS), *Israel Journal Medical Sciences*. 25:131-137, 1989

Davies, A.M., Epidemiology of senile dementia in Jerusalem. Report to the National Institutes of Aging. Grant # 1R01, AGO, 2597-01A1, 1988.

Dowling, T., Pasick, R., Looper, T., Saunders, L.D. & Jablon, L. (1988). *A community based approach to reduce the rate of unintentional injuries among the elderly in San Francisco*. Paper presented at the APHA Meeting, Boston, MA.

Fiatarone, M.A., O'Neill, E.F., Doyle Ryan, N., Clements, K.M., Solares, G.R., Nelson, M.E., Roberts, S.B., Kehayias, J.J. Lipsitz, L.A. & Evans, W.J. (1994). Exercise training and nutritional supplementation for physical frailty in very elderly people. *The New England Journal of Medicine*, Vol. 330 (25), 1769 - 1775.

Fried, A.V., Cwikel, J., Ring, H., Galinsky, D. ELGAM: Extra Laboratory Gait Assessment Method: Identification of risk factors for falls among the elderly at home. *International Disabilities Studies*. 1991, 12(4):161-164.

Haddon, W. & Baker, S.P. (1978). Injury control. In Clark D. & MacMohan B. (eds.) *Preventive Medicine*, 2nd ed. Boston: Little Brown, 2 - 46.

Hornbrook, M.C., Stevens, V.J., Wingfield, D.J. et al., (1994). Preventing falls among community-dwelling older persons. *Gerontologist*, Vol. 34, 16 - 23.

Johansson, G. & Jarnlo, G.B. (1989). Balance training in 70-year old women. Paper presented at International Conference on Injury Prevention among the Elderly, Stockholm, Sweden.

Jones, C.J., Robichaux, J., Williams, P. & Rikli, R. (1992). The effects of a 16-week exercise program on the dynamic balance of older adults. *Journal of Clinical and Experimental Gerontology*, Vol. 14 (2), 165 - 182.

Kivela, S.L., Luukinen, H., Joshi, K. (1995) Problems in implementing intervention and measuring their effects. Paper presented at ECOSA Conference on the Promotion of Safety for Older People at Home, Stavanger, Norway, May, 1995.

Morey, M.C., Cowper, P.A., Feussner, J.R., DiPasquale, R.C., Crowley, G.M., Samsa, G.P. & Sullivan, R.J. (1991). Two-year trends in physical performance following supervised exercise among community-dwelling older veterans. *Journal of the American Geriatrics Society*, Vol. 39, 986 - 992.

Ostergaard, L. The failure of a national prevention campaign - and what to learn.
Paper presented at ECOSA Conference on the Promotion of Safety for Older People at Home, Stavanger, Norway, May, 1995.

Robbins, A.S., Rubenstein, L.Z., Joshephson, K.R. (1989). Predictors of falls among elderly people: results of two population-based studies. *Archives of Internal Medicine*, 149:1628-1633.

Sheikh, J.I., and Yesavage, J.A. (1986) Geriatric Depression Scale (GDS) Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontologist*, 5:165-173.

Tinetti, M.E., Speechley, M., Ginter, S.F. (1988) Risk factors for falls among elderly . persons living in the community. *New England Journal of Medicine*, 319:1701-1707.

Wolf-Klein, G.P., Silverstone, F.A., Basavaraju, N., Pascaru A., Ma, P.H., Foley, C.J. (1988). Prevention of falls in the elderly population. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, Vol. 69, 689 - 691.

נספח 1

אוניברסיטת בן-גוריון/מח' לעיס
ביטוח לאומי / מפעלים מיוחדים
א.ש.ל - ג'וינט

קופת חולים כללית
המרכז הרפואי ב"ח סורוקה
מחלקה גריאטרית / מרפאת יא

N. E. F. I. PROJECT

(NEGEV ELDERLY FALLS INTERVENTION PROJECT)

תוכנית קהילתית למניעת נפילות אצל קשישים - באר שבע

ש א ל ו ן נ פ י ל ו ת

שלום רב,

ברצוננו להזמין אותך להשתתף בפרויקט חדש לקידום בריאות ומניעת תאונות בבית.

במסגרת הפרוייקט נציע לך להשתתף במיגוון פעילויות כגון: פעילות גופנית, חינוך לבריאות, הערכת גורמי סיכון לבטיחות בביתך ובדיקה רפואית.

כדי להעריך את תרומת הפעילות, אנו מבקשים את שיתוף פעולתך בראיון ונבקש ממך לעדכן אותנו על כל מקרה של נפילה או תאונת בית העלולה לקרות לך במהלך הזמן, באמצעות גלויה או שיחת טלפון.

בבקשה אשר את הסכמתך להשתתף בפרוייקט.

הנני מאשר שהבנתי את משמעות הפרוייקט ומסכים להשתתף בו:

תאריך

חתימה

שם ומשפחה

שאלות כלליות

1. מספר השאלון

1 | _ | _ | _ | 1/DUP
1-4

2. שם המראיין

| _ | _ |
5-6

3. תאריך

שנה חודש יום

| _ | _ | _ | _ | _ |
7-12

4. שם המרואיין

שם פרטי

שם בלועזית

שם משפחה

שם משי בלועזית

שם האב

שם האב בלועזית

5. מסי תעודת זהות

| _ | _ | _ | _ | _ | _ |
13-21

6. מין המרואיין 1 - זכר 2 - נקבה

| _ |
22

7. שנת לידה

| _ | _ | _ | _ |
23-26

8. מהי הכתובת המלאה שלך?

רחוב מסי בית כניסה מסי דירה

9. מספר טלפון

| _ | _ | _ | _ | _ | _ |
27-32

10. באיזו ארץ נולדת?

| _ | _ |
33-34

11. (אם המרואיין לא נולד בארץ) באיזו שנה עלית לארץ?

| _ | _ | _ | _ |
35-38

12. באילו שפות אתה שולט?

קריאה ודיבור	קריאה בלבד	דיבור בלבד
3	2	1
3	2	1
3	2	1
3	2	1
3	2	1
3	2	1

- (א) עברית
- (ב) אידיש
- (ג) ערבית
- (ד) רוסיית
- (ה) אמהרית
- (ו) שפות אחרות

|_ |
40
|_ |
41
|_ |
42
|_ |
43
|_ |
44
|_ |
45

פרט

13. כמה שנים בסך הכל למדת בב"ס?

|_ |
46-47

14. מהו המצב המשפחתי שלך היום?

|_ |
48

1 - נשוי 2 - גרוש 3 - אלמן 4 - פרוד 5 - רווק

15. עם מי אתה מתגורר?

|_ |
49

1 - לבד 2 - עם בן זוג 3 - עם בן משפחה 4 - אחר

(פרט)

16. אם יש לך ילדים, כל כמה זמן אתה מתראה עיתם?

|_ |
50

1 - כל יום 2 - לפחות פעם בשבוע

3 - לפחות פעם בחודש 4 - לפחות פעם בשנה

5 - בהזדמנויות מיוחדות (חגים, שמחות, מחלות, אבל)

6 - בכלל לא 7 - אין ילדים

17. כל כמה זמן אתה מתראה עם קרובי משפחה (נכדים, אחים וכד')?

|_ |
51

1 - כל יום 2 - לפחות פעם בשבוע

3 - לפחות פעם בחודש 4 - לפחות פעם בשנה

5 - בהזדמנויות מיוחדות (חגים, שמחות, מחלות, אבל)

6 - בכלל לא 7 - אין קרובים

18. כל כמה זמן אתה מתראה עם חברים?

52

1 - כל יום 2 - לפחות פעם בשבוע

3 - לפחות פעם בחודש 4 - לפחות פעם בשנה

5 - בהזדמנויות מיוחדות (חגים, שמחות, מחלות, אבל)

6 - בכלל לא 7 - אין חברים

19. מהו מקור ההכנסה העיקרי שלך?

53

1 - משכורת 2 - פנסיה מעבודה 3 - ביטוח לאומי

4 - אחר (פרט)

שאלות על פעילויות

20. האם במשך חודש האחרון:

יצאת מהבית? 1 - כן 2 - לא

54

חצית כביש בכוחות עצמך? 1 - כן 2 - לא

55

עלית לאוטובוס? 1 - כן 2 - לא

56

נהגת במכונית? 1 - כן 2 - לא
3 - אין לי מכונית

57

עסקת בעבודה התנדבותית כלשהיא? 1 - כן 2 - לא

58

פרט (שם האירגון ותפקיד)

יצאת לבלות? (לסרט, קונצרט וכו') 1 - כן 2 - לא

59

הלכת למועדון קשישים? 1 - כן 2 - לא

60

קראת עיתון? 1 - כן 2 - לא

61

עסקת בעבודות יד? 1 - כן 2 - לא

62

הלכת לחוג כלשהוא? 1 - כן 2 - לא

63

הלכת לבית הכנסת? 1 - כן 2 - לא | 64

עסקת בפעילות גופנית? (מאורגנת/קבועה לפחות פעם בשבוע במשך תקופה ארוכה) 1 - כן 2 - לא | 65

21. האם עסקת בעבר בפעילות גופנית? 1 - כן 2 - לא (פרט) | 66

22. כיצד אתה מגדיר את עצמך מבחינת פעילות גופנית היום? | 67

- 1 - פעיל מאוד
- 2 - פעיל
- 3 - בינוני
- 4 - פעיל מעט
- 5 - לא פעיל

23. מהו המקצוע שלך? | 68

24. האם אתה עדיין עובד? (כולל עבודות מזדמנות) 1 - כן 2 - לא | 69

פרט

25. האם אתה יכול לבצע את הפעולות הבאות בעצמך?

- בחר אחת מהתשובות הבאות :
- 1 - כן, בקלות
 - 2 - כן, בקושי
 - 3 - לא יכול
 - 3 - לא עושה

לא עושה	לא יכול	כן, בקושי	כן, בקלות
---------	---------	-----------	-----------

להתרחץ 1 2 3 4 | 70

להתלבש 1 2 3 4 | 71

לגרוב גרביים 1 2 3 4 | 72

לחתוך לחם 1 2 3 4 | 73

ללכת לבית שימוש 1 2 3 4 | 74

לא עושה	לא יכול	כן, בקושי	כן, בקלות
------------	------------	--------------	--------------

4	3	2	1	לעלות ולרדת קומה אחת	_ 75
4	3	2	1	ללכת לבית שימוש	_ 76
4	3	2	1	לעלות ולרדת קומה אחת	_ 77
4	3	2	1	להכניס מפתח לדלת	_ 78
4	3	2	1	לעלות ולרדת לדירה שלך	_ 79
4	3	2	1	להיות אחראי על לקיחת התרופות שלך	_ 80

|2|_ |_ |_ | 2/DUP
1-4

26. האם אתה יכול לבצע את הפעולות הבאות בעצמך, או עם עזרה?
בחר אחת מהתשובות: יכול בעצמי; צריך לעזרה; לא יכול; לא עושה.

לא עושה	לא יכול	צריך עזרה	יכול בעצמי
------------	------------	--------------	---------------

4	3	2	1	לבשל	_ 5
				אם צריך עזרה, ממי?	_ 6
4	3	2	1	לנקות את הבית?	_ 7
				אם צריך עזרה, ממי?	_ 8
4	3	2	1	לכבס את הבגדים?	_ 9
				אם צריך עזרה, ממי?	_ 10
4	3	2	1	לקנות מצרכים לבית?	_ 11
				אם צריך עזרה, ממי?	_ 12
4	3	2	1	לעשות סידורים מחוץ לבית?	_ 13
				אם צריך עזרה, ממי?	_ 14

לקידוד: 1 - בן זוג 2 - ילד 3 - בן משפחה אחר 4 - לא בן משפחה
5 - מס"ב 6 - אחר

שאלות בריאות כלליות

27. כיצד אתה מעריך את מצב בריאותך היום?

15

- 1 - טוב מאוד 2 - טוב 3 - בינוני 4 - רע
5 - רע מאוד

28. בחודש האחרון כמה פעמים ביקרת במרפאה השכונתית בקשר לבריאות שלך?

16

- 1 - בכלל לא 2 - פעם אחת 3 - פעמיים
4 - שלוש פעמים 5 - ארבע פעמים או יותר

29. מתי ביקרת אצל הרופא בפעם האחרונה?

17

- 1 - לפני שבוע עד חודש 2 - לפני חודש עד 6 חודשים
3 - לפני 6 חודשים עד שנה 4 - לפני יותר משנה

30. מה הייתה הסיבה לביקורך האחרון במרפאה?

18

- 1 - בדיקה 2 - ייעוץ 3 - קבלת אישור
4 - קבלת תרופות
5 - הסדרת עניין כספי 6 - קבלת טיפול רפואי

(איזה)

7 - אחר (פרט)

31. האם בששת החודשים האחרונים חל שינוי במצב בריאותך?

19

- 1 - מצבך הבריאותי הוטב (פרט)
2 - מצבך הבריאותי הורע (פרט)
3 - לא חל שינוי במצב הבריאותי

32. באיזה שירותים קהילתיים אתה משתמש?

20

- 1- ארוחות חמות 2 - אזעקה לשעת חירום
3 - קשר עם עו"ס 4 - קשר עם מתנדב
5 - מס"ב (עזרה ביתית) 6 - מועדון
7 - עזרה חומרית 8 - אחר (פרט)

(אם קיים קשר קבוע עם שירות, רשום עם מי ואיפה)

שאלות לגבי נפילות

[הערה: אין הכוונה כאן למחלת הנפילה (אפילפסיה)]
יש לקרוא למרואיינ: "נפילה היא כאשר אתה מוצא את עצמך לפתע על הרצפה, בלא שהתכוונת לכך, לאחר שהיית במצב של עמידה או ישיבה".

33. כולנו נופלים מידי פעם בפעם, האם אתה נפלת בחודש האחרון? | |
22

1 - כן 2 - לא 3 - אינני זוכר

34. באיזה תכיפות קורה לך שעמדת ליפול ולא נפלת? (נאחזת בקיר, רהיט או מישהו) | |
23

1 - לעתים קרובות 2 - לפעמים 3 - לעתים רחוקות

4 - אף פעם 5 - אינני יודע באיזו תכיפות

35. כמה פעמים נפלת בשנה האחרונה? | |
24

0 - לא נפלתי 1 - נפלתי פעם אחת

2 - נפלתי מספר פעמים (2-4)

3 - נפלתי הרבה פעמים (5+)

4 - נפלתי אבל לא זוכר כמה פעמים

5 - לא זוכר / לא יודע

35. באיזה תכיפות קורה לך שעמדת ליפול ולא נפלת? (תפסת קיר, רהיט או מישהו) | |
25

1 - לעתים קרובות 2 - לפעמים 3 - לעתים רחוקות

4 - אף פעם 5 - אינני יודע באיזו תכיפות

אם התשובה ל 34 היא 0: עבור לשאלה 48

36. האם, לדעתך, אתה נופל: | |
26

1 - לעתים קרובות 2 - לפעמים

3 - לעתים רחוקות 4 - אף פעם

5 - אינני יודע באיזו תכיפות

שאלות בקשר לנפילה האחרונה:

37. כאשר נפלת בפעם האחרונה-איפה היית?

27

- 1 - בחדר השינה 2 - בחדר האמבטיה 3 - במטבח
- 4 - בחדר המגורים 5 - על המדרגות
- 6 - בחצר ובכניסה לבית 7 - ברחוב או במקום ציבורי
- 8 - אחר (פרט)

38. כאשר נפלת בפעם האחרונה-מה עשית?

28

- 1 - הלכתי 2 - קמתי מן המיטה 3-התיישבתי
- 4 - התרוממתי מן הכיסא 5 - התכופפתי
- 6 - נכנסתי לאמבטיה או יצאתי ממנה 7 - הושטתי יד
- כדי להגיע למשהו רחוק 8 - סיפסתי על סולם וכו'
- 9 - רצתי 10 - אחר

39. באיזה חלק של היממה זה קרה?

29

- 1 - בבוקר 2 - אחרי הצהריים 3 - בערב 4 - בלילה

40. האם נפגעת? 1 - כן 2 - לא

30

41. האם נפצעת מנפילה כלשהיא בשנה האחרונה?

31

1 - כן 2 - לא

אם התשובה היא לא ל-40 ו-41 עבור ל-46

42. מה קרה לך (בנפילה הכי קשה)?

32

- 1 - קיבלתי מכה, שריטה, או חתך בלבד
- 2 - קיבלתי נקע (איפה?)

3 - נשברו לי עצמות (אילו?)

4 - חליתי במחלה כלשהי (איזו?)

5 - לא זוכר, אבל לקחו אותי לבית חולים

6 - לא זוכר

43. תוך כמה זמן מהנפילה קמת?		33	
1 - מיד (אחרי כמה שניות)			
2 - אחרי כמה דקות (1-30)			
3 - אחרי חצי שעה עד שעה	4 - שעה ויותר		
44. האם נזקקת לעזרה כדי לקום?		34	
1 - כן	2 - לא, אך אנשים עזרו לי		
3 - לא, קמתי בכוחות עצמי			
45. מה הרגשת לפני שנפלת?		35	
1 - סחרחורת	2 - דפיקות לב	3 - כאבי ראש	
4 - כאבים בחזה	5 - חולשה	6 - רעד ברגליים	
7 - איבדתי את ההכרה	8 - לא הרגשתי כלום		
9 - לא זוכר			
10 - אחר (פרט)			
46. מה, לדעתך, גרם לך ליפול? (ציין את כל האפשרויות הנראות לך)			
נתקלתי במשהו	1 - כן	2 - לא	36
איבדתי את ההכרה	1 - כן	2 - לא	37
החלקתי על משהו	1 - כן	2 - לא	38
לא שמתי לב בגלל דעש פתאומי או גירוי	1 - כן	2 - לא	39
הפניתי את הראש	1 - כן	2 - לא	40
לא יכולתי לראות לאן אני הולך (לדוגמה בגלל תאורה או ראייה לקויה)	1 - כן	2 - לא	41
מיהרתי או הלכתי מהר מדי	1 - כן	2 - לא	42
החזקתי משהו בידיים	1 - כן	2 - לא	43

לא - 2	כן - 1	איבדתי את שיווי המשקל	44
לא - 2	כן - 1	הייתי נרגש או כועס	45
לא - 2	כן - 1	הרגשתי סחרחורת	46
לא - 2	כן - 1	הייתי חולה, או הרגשתי חולשה	47
לא - 2	כן - 1	הרגשתי פיק ברכיים (חולשה ברכיים)	48
לא - 2	כן - 1	הייתי בצום	49
לא - 2	כן - 1	הייתי שתוי	50
לא - 2	כן - 1	אחר (פרט)	51

לא - 2	כן - 1	אינני יודע איך זה קרה	52
לא - 3	כן - 1	לקחתי תרופה	53

47. האם כתוצאה מהנפילה:

לא - 2	כן - 1	היית מדוכא	54
לא - 2	כן - 1	הפסקת ללכת	55
לא - 2	כן - 1	הפסקת לצאת מהבית	56
לא - 2	כן - 1	אושפזת	57
לא - 2	כן - 1	פחדתי ללכת	58

מבדק סינון לסיכון לנפילות

48. בדוק את מהירות ההליכה עם סטופר.
כמה שניות אורכת הליכה של 5 מטרים ?

60-61

49. התרשמות מהליכה:

62

1 - הליכה חופשית (מרים רגליים)

2 - הליכה איטית (לא תמיד מרים רגליים)

3 - הליכה על בסיס רחב

4 - הליכה לא יציבה (לא הולך ישר)

5 - אחר (פרט)

50. רשום נקי 1 לכל תשובה משאלות הבאות :

63

שי 34 - נפל בשנה האחרונה יותר מפעם אחת (2-5)

שי 35 - כמעט נפל (1-2)

שי 41/40 - נפצע מפילה בשנה האחרונה

שי 48 - הליכה איטית (מעל 10 שניות)

שי 49 - הליכה לא חופשית (2-5)

סיכום

(0-5)

הערה: אם יש ספק או התלבטות - פרט

GDS מקוצר

3/ | 3 | 1-4 | 3/DUP

בחר בתשובה המתאימה ביותר להרגשתך בשבוע האחרון:

לא - 2	כן - 1	52. האם את/ה מרוצה באופן כללי מחייך?	5
לא - 2	כן - 1	53. האם הפסקת לעסוק בפעילויות או בתחומי התעניינות רבים?	6
לא - 2	כן - 1	54. האם את/ה משתעמם/ת לעתים קרובות?	7
לא - 2	כן - 1	55. האם את/ה במצב רוח טוב רוב הזמן?	8
לא - 2	כן - 1	56. האם אתה פוחד/ת שעומד לקרות לך משהו רע?	9
לא - 2	כן - 1	57. האם את/ה מרגיש/ה שחייך דייקים?	10
לא - 2	כן - 1	58. האם את/ה מרגיש/ה מאושר רוב הזמן?	11
לא - 2	כן - 1	59. האם את/ה מרגיש/ה חסר/ת אונים לעתים קרובות?	12
לא - 2	כן - 1	60. האם את/ה מעדיף/ה להישאר בבית במקום לצאת החוצה ולעשות דברים חדשים?	13
לא - 2	כן - 1	61. האם את/ה חושב/ת שיש לך יותר בעיות זיכרון מאשר לאנשים אחרים?	14
לא - 2	כן - 1	62. האם את/ה חושב/ת שזה נפלא לחיות עכשיו?	15
לא - 2	כן - 1	63. האם את/ה מרגיש/ה חסר/ת ערך במצבך היום?	16
לא - 2	כן - 1	64. האם את/ה מרגיש/ה מלא מרץ?	17
לא - 2	כן - 1	65. האם את/ה מרגיש/ה חסר תקווה?	18
לא - 2	כן - 1	66. האם את/ה חושב/ת שמצבם של שאר האנשים יותר טוב משלך?	19

20-21 * * הפוך את הציון של שי 52, 55, 58, 62, 64 (1 ל - 2) | 20-21

הערכה קוגניטיבית

"עכשיו נעשה משהו שונה במקצת".

67. הוצא מהתיק ושים על השולחן מסרק, מחזיק מפתחות, מטבע ועיפרון. בקש מהמרואיין להגיד בקול רם את שמות ארבעת החפצים. להחזיר לתיק. | 24 |
- מסוגל לבצע את המשימה: 1 - באופן מלא 2 - חלקית 3 - בכלל לא
68. ציין את כל הפירות שעולים על דעתך (הפסק אחרי 10 פירות או אחרי דקה). | 25 |
-
- מסוגל לבצע את המשימה: 1 - באופן מלא 2 - חלקית 3 - בכלל לא
69. "אקרא רשימת מספרים ורצוני שתחזור עליהם: 8 - 7 - 2. טוב, חזור אתה על המספרים בסדר הפוך". (הפסק, אם התשובה אינה נכונה). | 26 |
- מסוגל לבצע את המשימה: 1 - באופן מלא 2 - חלקית 3 - בכלל לא
70. "זה קצת יותר קשה: אמור את המספרים הבאים בסדר הפוך: 1 - 6 - 3 - 9". | 27 |
- מסוגל לבצע את המשימה: 1 - באופן מלא 2 - חלקית 3 - בכלל לא
71. "הקשב היטב וענה על השאלה הבאה: תפוז ותפוח דומים זה לזה, כי שניהם פירות. ירוק וכחול דומים זה לזה, כי שניהם" | 28 |
- מסוגל לבצע את המשימה: 1 - באופן מלא 2 - חלקית 3 - בכלל לא
72. "תגיד לי בבקשה אילו חפצים הוצאתי קודם מהתיק ושמתי על השולחן". | 29 |
- מסוגל לבצע את המשימה: 1 - באופן מלא 2 - חלקית 3 - בכלל לא
73. סכם את הציון ל- שי 67 - 72 ורשום את המספר (תווח 6-18) | 30-31 |

שאלון רפואי

74. האם אתה סובל מהמחלות הבאות:

לא - 2	כן - 1	מחלת לב	<u> </u> 33
לא - 2	כן - 1	יתר לחץ דם	<u> </u> 34
לא - 2	כן - 1	סוכרת	<u> </u> 35
לא - 2	כן - 1	CVA (שיתוק מוחי)	<u> </u> 36
לא - 2	כן - 1	COPD (מחלה ריאתית)	<u> </u> 37
לא - 2	כן - 1	מחלת שרירים (פרט)	<u> </u> 38
לא - 2	כן - 1	בעיה אורתופדית (פרט)	<u> </u> 39
לא - 2	כן - 1	מחלת נפש (פרט)	<u> </u> 40
לא - 2	כן - 1	מחלה אחרת (פרט)	<u> </u> 41
<hr/>			
75. כמה פעמים בשנה האחרונה אושפדת? (0 - 9) ?			<u> </u> 42
76. אילו תרופות אתה לוקח באופן קבוע?			
לא - 2	כן - 1	משתנים	<u> </u> 43
לא - 2	כן - 1	משלשלים	<u> </u> 44
לא - 2	כן - 1	דיגוקסין	<u> </u> 45
לא - 2	כן - 1	חוסמי ביתא	<u> </u> 46
לא - 2	כן - 1	סטרואידים	<u> </u> 47

1 - כן 2 - לא	הרגעה/שינה	48
1 - כן 2 - לא	אינסולין	49
1 - כן 2 - לא	דאוניל (הורדת סוכר)	50
1 - כן 2 - לא	קומדין (נוגד קרישה)	51
1 - כן 2 - לא	NSAID (נגד כאבים)	52
1 - כן 2 - לא	אחר (פרט)	53

77. חושיים (על פי דיווח)

1 - טובה 2 - חלשה, אך ניתנת לתיקון 3 - חלשה, ולא ניתנת לתיקון על ידי משקפיים 4 - ירודה מאד	א. מה מצב הראייה שלך?	55
1 - טובה 2 - חלשה, אך ניתנת לתיקון 3 - חלשה, ולא ניתנת לתיקון 4 - שמיעה חלשה גם בעזרת מכשיר שמיעה	ב. מה מצב השמיעה שלך?	56

78. "כאשר נרצה לחדש קשר איתך בעתיד, האם תוכל למסור לנו פרטים על שלושה אנשים שיידעו תמיד איך להשיג אותך?"

קרבה למרואיין	שם	1.
מסי טלפון במשך היום	כתובת	
קרבה למרואיין	שם	2.
מסי טלפון במשך היום	כתובת	
קרבה למרואיין	שם	3.
מסי טלפון במשך היום	כתובת	

1 - כן 2 - לא

79. התרשמות הבודק, יש שאלות לבירור?
(אם כן, פרט)

57

נספח 2

הערכת הסביבה של המרואיינ - עבור קשישים המדווחים על נפילות בבית

לשימוש משרדי: שם הנבדק: _____

כתובת: _____

|_|_|_|_| 4/DUP
|_|_|_|_|
1-4

- | | | |
|--|--|----------------|
| | 1. גודל הבית: 1 - חדר אחד (חדר שינה ומטבח ביחד) + שירותים
2 - חדר שינה + מטבח + שירותים
3 - שני חדרי שינה + מטבח + שירותים
4 - שלושה ויותר חדרי שינה
7 - אחר (פרט) | _
5 |
| | 2. באיזו קומה הוא גר? | _ _
6-7 |
| | 3. האם יש בבית מעלית?
1 - כן 2 - לא | _
8 |
| | 4. כמה מדרגות יש עד הבית? | _ _ _
9-11 |
| | 5. תנאי האור בבית:
1 - הבית חשוך 2 - הבית מואר | _
12 |
| | 6. חפצים מפוזרים בבית
1 - כן 2 - לא | _
13 |
| | 7. יש שביל הליכה פתוח
1 - כן 2 - לא | _
14 |
| | 8. האם הכניסה לבית מוארת היטב?
1 - כן 2 - לא | _
15 |
| | 9. האם המדרגות במצב תקין?
(מדרגות אחידות בגובהן ומתוקנות) | _
16 |
| | 10. האם יש מעקים תקינים?
(במדרגות) | _
17 |
| | 11. האם ריצפת הבית חלקה מידי?
1 - כן 2 - לא | _
18 |
| | 12. האם יש בבית שטיחים לא מחוברים?
1 - כן 2 - לא | _
19 |
| | 13. האם יש חוטי טלפון או חוטי חשמל הנמצאים על הרצפה?
1 - כן 2 - לא | _
20 |
| | 14. האם החפצים במטבח בהישג יד ללא עלייה על כיסא או סולם?
1 - כן 2 - לא | _
21 |

15. תנאי חדר האמבטיה ושירותים:

לא - 2	כן - 1	א. יש אמבטיה	22
לא - 2	כן - 1	ב. יש מקלחת	23
לא - 2	כן - 1	ג. אור תקין	24
לא - 2	כן - 1	ד. מעקה באמבטיה / מקלחת	25
לא - 2	כן - 1	ה. מדבקות באמבטיה	26
לא - 2	כן - 1	ו. שטיח קבוע לא רופף	27
לא - 2	כן - 1	ז. איוורור תקין	28
לא - 2	כן - 1	ח. נזילת מים	29
		16. חדר שינה:	
לא - 2	כן - 1	א. מיטה בגובה מתאים	30
לא - 2	כן - 1	ב. חפצים צפופים	31
לא - 2	כן - 1	ג. אור בלילה לפני קימה	32
לא - 2	כן - 1	ד. שטיחים רופפים	33
לא - 2	כן - 1	17. האם יש חיות מחמד (כלב, חתול) בבית?	34
		18. כיצד מחממים את הבית בחורף? (סמן מקור עיקרי)	35
		1 - תנור נפט נייד	
		2 - בתנור נפט קבוע	
		3 - אח או תנור עם עצים	
		4 - תנור חשמלי נייד	
		5 - מזגן חשמלי נייד	
		6 - הסקה מרכזית	
		7 - תנור גז נייד	
		8 - תנור גז קבוע	
		9 - לא מחממים	
		10 - אחר (פרט)	

19. האם היתה לך בעיה בחורף הזה (האחרון) בהשגת נפט, עצים
או גז לבית?

36

1 - כן
אם כן, פרט

2 - לא

20. אל כמה בתי שכנים אתה יכול לפנות, במידה ויש צורך בעזרה מכל
סוג שהוא?

37

אף אחד 1 2 3 4 5 יותר מחמישה

21. האם לאחד השכנים יש את המפתח לביתך למקרי חירום?

38

1 - כן 2 - לא

22. האם יש לך סידור כל שהוא עם השכנים/ידידים/משפחה אשר בודקין
את שלומך מידי יום?

39

1 - כן (פרט)

2 - לא

23. האם יש לך אזעקה בבית?

40

1 - כן (אם כן תמשיך לשאלה 24)

2 - לא (עבור לשאלה 25)

24. האם האזעקה מחוברת למוקד (משטרה, בטחון, שירות רפואי)?

41

1 - כן (פרט)

2 - לא

25. כיצד מפעילים את האזעקה?

42

1 - נושא על הגוף שרשרת, צמיד

2 - ביפר, לחצן

3 - פעמון, אינטרקום

4 - מערכת מופעלת אם פורצים את הבית

5 - צריך לחייג מספר מיוחד בטלפון

6 - אחר (פרט)

לא - 2	כן - 1	סיכונים אחרים (אם כן, פרט)	43
לא - 2	כן - 1	האם המראה החיצוני של הדירה נעים?	44
לא - 2	כן - 1	האם השכונה נאה ומטופחת?	45
לא - 2	כן - 1	הערות והמלצות	46

פרט

לא - 3	זווח נפילה	3 - 1	סיכון גבוה	2	סיבת הבדיקה	30	47
					תאריך הבדיקה	31	48 - 53

נספח 3

בדיקה רפואית של קשיש בסיכון גבוה לנפילות

לשימוש משרדי: שם הנבדק: _____

מס' ת.ז. _____

5/DUP
|_|_|_|_|
1-4

_____ .1 דופק

|_|_|_|_|
5-7

_____ .2 לחץ דם בישיבה

|_|_|_|_|_|_|_|
8-13

_____ .3 לחץ דם בעמידה

|_|_|_|_|_|_|_|
14-19

.4 אוושה בקרוטיד 1 - כן 2 - לא

|_|
20

.5 אוושה בלב 1 - כן 2 - לא

|_|
21

.6 ניסטגמוס חיובי 1 - כן 2 - לא

|_|
22

.7 ירידה בראיה לא מתוקנת 1 - כן 2 - לא

|_|
23

(הערה: כל קשיש יעבור בבדיקת עיניים אצל רופא עיניים במידה ולא עבר

בחצי השנה האחרונה)

.8 צבע עור: 1 - תקין 2 - חוורון 3 - כחלון

|_|
24

.9 דפורמציות עמוד שדרה:

קיפוזיס 1 - כן 2 - לא

|_|
25

קפוסקולוזיס 1 - כן 2 - לא

|_|
26

.10 דלדול שרירים 1 - כן 2 - לא

|_|
27

.11 חולשת גפיים 1 - כן 2 - לא

|_|
28

_____ פרט

לא - 2	כן - 1	12. כוח גס ירוד	29
פרט			
<hr/>			
13. סימנים אקסטרהפירמיזליים:			
לא - 2	כן - 1	א. רעד	31
לא - 2	כן - 1	ב. קשיחות (Rigidity)	32
לא - 2	כן - 1	ג. אקינזיה	33
14. תחושה תקינה:			
לא - 2	כן - 1	א. שטחית	34
לא - 2	כן - 1	ב. עמוקה	35
לא - 2	כן - 1	ג. ויברטורית	36
15. גפיים תחתונות:			
לא - 2	כן - 1	א. בצקת	37
לא - 2	כן - 1	ב. פצעים	38
לא - 2	כן - 1	ג. קהות	39
לא - 2	כן - 1	ד. ציפורניים לא מטופלות	40
לא - 2	כן - 1	ה. דפורמציות	41
לא - 2	כן - 1	ו. אחר (פרט)	42
<hr/>			

16. שיווי משקל:

א. מבחן אצבע-אף שלילי	1 - כן	2 - לא	43
ב. מבחן רומברג שלילי	1 - כן	2 - לא	44
ג. עומד על רגל אחת מעל 3"	1 - כן	2 - לא	45
ד. מתיישב על כיסא ללא בעיות	1 - כן	2 - לא	46
ה. קם חופשי מהכיסא	1 - כן	2 - לא	47
ו. הליכה חופשית	1 - כן	2 - לא	48
ז. מסובב ראש תוך כדי הליכה ללא איבוד שיווי משקל	1 - כן	2 - לא	49

17. ניידות:

1. חופשית	50
2. בעזרת מקל	
3. בעזרת הליכון	
18. הליכה (תיאור צורת ההליכה)	
1. חופשית - זריזה	51
2. צעדים קטנים	
3. צעדים משפופים	
4. על בסיס רחב	
5. אחר (פרט)	

19. מהירות הליכה:

לבדוק זמן הליכה במסלול של 5 מטר	52-53
---------------------------------	-------

20. התרשמות / הערות של הבודק (כולל שיתוף פעולה
ושביעות רצון של הנבדק)
(פרט)

54

21. המלצות הבודק:

א.	בדיקת Hb	1 - כן	2 - לא	55
ב.	בדיקות מעבדה אחרות (פרט)	1 - כן	2 - לא	56
ג.	בדיקת בלוטת התריס	1 - כן	2 - לא	57
ד.	בדיקת EKG	1 - כן	2 - לא	58
ה.	בדיקת Holter	1 - כן	2 - לא	59
ו.	בדיקת Duplex	1 - כן	2 - לא	60
ז.	בדיקת רנטגן (כגון צילום עצמות)	1 - כן	2 - לא	61
ח.	בדיקת אורטופד	1 - כן	2 - לא	62
ט.	בדיקת נוירולוג	1 - כן	2 - לא	63
י.	בדיקת קרדיולוג	1 - כן	2 - לא	64
יא.	בדיקת CT מוח	1 - כן	2 - לא	65
יב.	בדיקה פסיכיאטרית	1 - כן	2 - לא	66
יג.	בדיקת עיניים	1 - כן	2 - לא	67

י.ד. אשפוז והערכה גריאטרית	1 - כן	2 - לא	68
ט.ו. אחר (פרט)	1 - כן	2 - לא	69

22. המלצות טיפוליות:

א. שינוי טיפול תרופתי	1 - כן	2 - לא	70
ב. הפנייה לפיזיותרפיה	1 - כן	2 - לא	71
ג. הפנייה למועדון	1 - כן	2 - לא	72
ד. ביקור בית עם שינוי סביבתי	1 - כן	2 - לא	73
ה. העברת דירה	1 - כן	2 - לא	74
ו. טיפול תזונתי	1 - כן	2 - לא	75
ז. הפנייה לע"ס	1 - כן	2 - לא	76
ח. אחר (פרט)	1 - כן	2 - לא	77

סיכום:

נספח 4

1994 יומן נפילות

		AUG אוגוסט					SEP ספטמבר							
ש	30	29	28	27	26	31	30	29	28	27	26	25	24	23
א						7	14	21	28		4	11	18	25
ב						1	8	15	22	29	5	12	19	26
ג						2	9	16	23	30	6	13	20	27
ד						3	10	17	24	31	7	14	21	28
ה						4	11	18	25		1	8	15	22
ו						5	12	19	26		2	9	16	23
ש						6	13	20	27		3	10	17	24

		OCT אוקטובר					NOV נובמבר					DEC דצמבר										
ש	31	30	29	28	27	44	43	42	41	40	39	48	47	46	45	44	43	42	41	40	39	
א						6	13	20	27		4	11	18	25								
ב						7	14	21	28		5	12	19	26								
ג						1	8	15	22	29	6	13	20	27								
ד						2	9	16	23	30	7	14	21	28								
ה						3	10	17	24		1	8	15	22	29							
ו						4	11	18	25		2	9	16	23	30							
ש						5	12	19	26		3	10	17	24	31							

- 1) סמן כאן _____ אם לא נפלת ואתה/את מרגיש/שה טוב
- 2) נא לסמן ב - X את התאריך שנפלת
- 3) נא לסמן ב - S את התאריך שקרה לך תאונת בית אחרת (כוויה, הרעלה, חתך)
- 4) נא לסמן ב - _____ את התאריך שאושפזת בבית חולים או שקרה לך בעיה בריאותית מיוחדת ורשם מה:

נספח 5

טופס מעקב לאחר אישפוז של משתתף בפרויקט NEFI (פרויקט למניעת נפילות - קשישים - נגב)

מס' שאלון בסיסי ב-NEFI _____

- (1) שם ממלא הטופס _____ תפקיד ממלא הטופס _____
- (2) תאריך מילוי הטופס _____
- (3) שם המשתתף בפרוייקט _____ מס' ת.ז. _____
- (4) כתובת _____
- (5) מין ז / נ _____
- (6) שם רופא המשפחה _____
- (7) כיצד נודע על האשפוז:
 - א. בדיקת תיק
 - ב. דיווח עצמי דרך גלויה
 - ג. דיווח עצמי אחר
 - ד. דיווח קרוב משפחה
 - ה. דיווח מהצוות במרפאה
 - ו. אחר _____
- (8) תאריך תחילת האשפוז _____
תאריך שחרור מבי"ח _____ סה"כ ימי אשפוז _____
- (9) אישפוז בבי"ח: א. סורוקה
ב. אחר, איזהו _____
- (10) סוג אישפוז: א. מתוכנן מראש
ב. לא מתוכנן מראש
- (11) באיזו מחלקה אושפז:
 - א. גריאטרית
 - ב. פנימית איזהו _____
 - ג. אורטופדית
 - ד. טיפול נמרץ
 - ה. אורולוגית
 - ו. עיניים
 - ז. אחרת, איזהו _____

12) מה היתה סיבת האשפוז? (רשום אבחנה עיקרית ומשנית אם ניתן)

13) האם הקשיש אושפז לאחר נפילה (ז"א הנפילה היתה סיבה לפחות חלקית לאשפוז)? כן / לא.
(אם לא עבור לשאלה 17).

14) אם כן, האם נפצע? כן / לא.

15) אם נפצע, מה היתה מהות הפציעה?

א. מכה יבשה

ב. נקע

ג. שבר (המשך לשאלה 15)

4. חתך

5. אחר

16) אם שבר עצמות, איזה? ^{מיקום}

א. יד, כף יד, זרוע

ב. צלעות

ג. שוק, כף רגל

ד. ירך (femur), צוואר ירך

ה. גולגולת

ו. עמוד שדרה

ז. אחר

17) האם קיבל פיזיותרפיה תוך כדי אשפוז? כן / לא

18) האם מצב הניידות השתנה תוך כדי אשפוז? כן / לא. אם כן, באיזה אופן?

18) מצב הניידות כעת:

א. עצמאי

ב. עם מכשיר עזר (מקל)

ג. עם הליכון

ד. בכסא גלגלים

ה. מרותק למיטה

ו. אחר

19) יעד בעת שחרור מבי"ח:

א. הביתה

ב. לבית אחר בקהילה באופן זמני (קרוב משפחה, חברים)

ג. לבית הבראה באופן זמני

ד. לסידור מוסדי קבוע

ה. הקשיש נפטר

ו. אחר _____

20) האם הומלץ שינוי בתרופות בעקבות האשפוז כן / לא. אם כן, מהו _____

21) האם אחות / רופא ביקרו אצל הקשיש בבית לאחר האישפוז כן / לא. אם כן, מי _____

22) האם יש צורך בטיפולים חדשים אחרים (כגון פיזיותרפיה, התעמלות, יועץ פסיכולוגי /

פסיכיאטרי, עזרה ביתית, ארוחות חמות, חוק סיעוד) כן / לא. אם כן, מהו _____

פרויקט למניעת נפילות אצל קשישים
פרויקט N.E.F.I. (Negev Elderly Falls Intervention)
מרפאת י"א, באר-שבע

טופס דיווח על נפילה/ תאונה
אצל משתתפי הפרויקט

- שם ותפקיד ממלא הטופס _____
1. מסי היחידה _____
 2. רופא המשפחה _____
 3. שם הפציינט _____
 4. שנת לידה _____
 5. ז/נ _____
 6. מסי ת.ז. _____
 7. כנובת _____
 8. כיצד התקבלה ההודעה על דבר הנפילה/ תאונה:
 - א. קשיש עצמו
 - ב. בן זוג
 - ג. קרוב משפחה
 - ד. גורם רפואי, איזה _____
 - ה. אחר, איזה _____
 9. סוג התאונה:
 - א. נפילה בתוך הבית (לציין מקום מדוייק) _____
 - ב. נפילה מחוץ לבית _____
 - ג. כוונה
 - ד. הרעלה
 - ה. תאונת דרכים
 - ו. מקרה אלימות
 - ז. אחר _____
 10. תאריך הארוע _____
 11. תאור קצר של המקרה _____
 12. מה היתה הפציעה _____
 13. האם הזדקק לאשפוז כן/לא, אם כן, לכמה ימים _____
 14. המלצות להמשך טיפול רפואי _____
 15. המלצות לטיפול אחר:
 - א. ביקור בית של אחות
 - ב. פגישה עם עובדת סוציאלית
 - ג. פיזיותרפיה
 - ד. בקורות רפואית אצל אורטופד/ אחר _____
 - ז. אחר _____

פרויקט NEFI

שאלון הערכת רמת פעילות

- (1) מסי שאלון בקובץ _____ (לשימוש משרדי בלבד)
- (2) שם המשתתף בפרויקט _____ שם משפחה
שם פרטי _____
- (3) שם הרופא המטפל _____
- (4) תאריך מילוי השאלון _____
- (5) ביחס לרמת הפעילות שלך ב-6 החודשים האחרונים האם עסקת בפעילויות הבאות

בכלל לא	פעמים מועטות	פעם בחודש בערך	כמה פעמים בחודש	מדי יום או כמה פעמים בשבוע	
1	2	3	4	5	
1	2	3	4	5	(1) שחיה
1	2	3	4	5	(2) רכיבה על אופניים (כולל אופני כושר)
1	2	3	4	5	(3) ריצה או הליכה מהירה
					(4) הליכה ארוכה (6 רחובות או יותר או טיול רגלי של 1/2 שעה או יותר)
1	2	3	4	5	(5) התעמלות/פעילות ארובית
1	2	3	4	5	(6) ספורט פעיל כמו טניס
1	2	3	4	5	(7) ריקודים וריקודי עם
1	2	3	4	5	(8) עבודה בגינה או תיקוני בית
1	2	3	4	5	(9) לעלות <u>שתי קומות</u> או יותר ברגל
1	2	3	4	5	(10) עבודות בית <u>כבדות</u> (שטיפות, הזזת רהיטים, ניעור שטיחים וכו')

- (6) כיצד את/ה מעריך את רמת הפעילות היומיומית שלך (כולל עבודה ושעות פנאי) ביחס לאחרים בגילך?

לגמרי לא פעיל

פעיל מאוד ←

1 2 3 4 5

7) כיצד היית מגדיר את תחושת הבריאות שלך היום?

1	2	3	4	5
בריאות ברמה נמוכה				בריאות ברמה גבוהה

8) האם את/ה מסוגלת להתכופף ולהרים פיסת נייר?

- | | | | | |
|----------------|----|---|---|------------------|
| הערכה של הבודק | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | .1 | | | 1. כן, ללא קושי |
| | .2 | | | 2. בקושי |
| | .3 | | | 3. רק עם עזרה |
| | .4 | | | 4. לא מסוגל בכלל |

9) האם את/ה מסוגלת למתוח ולהגיע למדף מעל הראש?

- | | | | |
|----------------|----|---|------------------|
| הערכה של הבודק | 1 | 2 | 3 |
| | .1 | | 1. כן, ללא קושי |
| | .2 | | 2. בקושי |
| | .3 | | 3. לא מסוגל בכלל |

10) האם את/ה מסוגלת לעלות על סולם?

- | | | | | |
|----------------|----|---|---|------------------|
| הערכה של הבודק | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | .1 | | | 1. כן, ללא קושי |
| | .2 | | | 2. בקושי |
| | .3 | | | 3. רק עם עזרה |
| | .4 | | | 4. לא מסוגל בכלל |

11) שניות שעומד על רגל ימין _____

12) שניות שעומד על רגל שמאל _____

13) כמה צעדים קדימה (עקב בצד אגודל) _____

14) כמה צעדים אחורה (עקב בצד אגודל) _____

15) מהירות הליכה לאורך 5 מ' _____ בשניות (בדיקה בעזרת איש צוות).

פרויקט NEFI
(Negev Elderly Falls Intervention Project)
עובדות על נפילות אצל קשישים (גיל 60 ומעלה)
Facts on Falls in the Elderly (60 +)

השאלות הרשומות למטה מתייחסות לנפילות אצל קשישים (גיל +60). הנפילה מוגדרת כאירוע לא רצוי שבו קשיש שהיה במצב של עמידה או ישיבה, מוצא את עצמו לפתע על הרצפה. השאלות אינן מתייחסות לנפילות כתוצאה ממחלת הנפילה (אפילפסיה) ואינן מתייחסות למצב שבו אדם נדחף על-ידי משהו או מישהו.

נא סמן בעיגול, לפי מיטב ידיעתך, האם התשובה היא נכונה או לא.

- | | | |
|----------------|-----|--|
| נכון / לא נכון | (1 | במהלך שנה נתונה, רוב הקשישים יפלו לפחות פעם אחת. |
| נכון / לא נכון | (2 | נפילה, מצביעה על אפשרות של קיום בעיה בריאותית רצינית. |
| נכון / לא נכון | (3 | הליכה מהירה אצל אדם מבוגר מגבירה את הסיכוי לנפילה. |
| נכון / לא נכון | (4 | פחד מנפילה נפוץ אצל קשישים אפילו אם לא נפלו בזמן האחרון. |
| נכון / לא נכון | (5 | רוב הנפילות גורמות לשברים בעצמות. |
| נכון / לא נכון | (6 | לקשישים עם ראייה מוגבלת יש סיכון גבוה יותר ליפול, בהשוואה לקשישים אשר ראייתם תקינה (עם או בלי משקפיים). |
| נכון / לא נכון | (7 | בקרב קשישים יש יותר מקרי מוות מתאונות דרכים מאשר מנפילות. |
| נכון / לא נכון | (8 | ככל שאדם מזדקן, הסיכוי לנפילה גדל. |
| נכון / לא נכון | (9 | עדיף שאדם מבוגר לא יצא מהבית יתר על המידה, כי פעילות מגבירה את הסיכון לנפילות. |
| נכון / לא נכון | (10 | חום הנובע ממחלה אקוטית או וירלית עלול להגביר סיכון לנפילה. |
| נכון / לא נכון | (11 | הקשישים המתגוררים בבתי אבות נוטים ליפול פחות מקשישים המתגוררים בביתם, מפני שהם זוכים להגנה ולהשגחה רפואית. |
| נכון / לא נכון | (12 | ניתן למנוע נפילות על ידי טיפול בצפורני כף הרגל ובכף הרגל עצמה. |
| נכון / לא נכון | (13 | לאחר גיל 75, אין טעם לעסוק בהתעמלות מאחר שזה ממילא לא עוזר לחיזוק השרירים ושווי משקל. |
| נכון / לא נכון | (14 | על ידי שינוי בסידור שטיחים ורהיטים ניתן למנוע נפילות. |

- נכון / לא נכון (15) בקרב אנשים בגילאי 60-75, גברים ונשים נופלים באותה מידה.
- נכון / לא נכון (16) נפילות נגרמות על-ידי שילוב של גורמים סביבתיים ושינויים פיזיולוגיים שהם חלק מתהליך ההזדקנות.
- נכון / לא נכון (17) קשיש אשר לוקח תרופה/ות נוטה ליפול פחות מקשיש אחר אשר לא לוקח תרופה/ות מאחר שהוא נמצא בהשגחה רפואית.
- נכון / לא נכון (18) כאשר קשיש נופל יש צורך לדווח לרופא המטפל.
- נכון / לא נכון (19) מאחר וקשישים רגישים לאור, רצוי שהאור בבית לא יהיה חזק מדי.
- נכון / לא נכון (20) אדם מבוגר מסוגל למנוע חלק ניכר מהנפילות באמצעים שהוא/היא עושה בעצמו/ה.
- נכון / לא נכון (21) נפילות נגרמות על ידי הפרה פתאומית של שווי משקל של הקשיש, ולכן לא מושפעות ממצב רוחו.
- נכון / לא נכון (22) קשיש אשר לוקח כדורי שינה מגביר את סיכוייו ליפול.

פרטים אישיים

1. גיל _____
2. מין: א) זכר ב) נקבה
3. מצב משפחתי: א) רווק ב) נשוי ג) אלמן, גרוש, פרוד
4. ארץ לידה _____
5. שנת עלייה _____
6. מספר שנות לימוד שלמות _____
7. **לסטודנטים** - שנת לימוד: א) ב) ג) ד) תואר שני תואר שלישי
תחום לימודי _____
8. א. האם בעבר או כיום התגוררת עם קשיש מעל גיל 60 לפחות 3 חודשים?
1. כן 2. לא
- ב. האם היה לך קשר משמעותי עם קשיש, כגון משפחה, ידיד שכן וכו'.
1. כן 2. לא
8. **לאנשי מקצוע** - מה מקצועך? _____
- א. מקצוע בריאות 1. כן 2. לא
- ב. מקום עבודתך _____
8. האם בעבר או כיום התגוררת עם קשיש מעל גיל 60 לפחות 3 חודשים?
1. כן 2. לא
9. **לפנסיונרים/עקרות בית ואחרים**
- א. האם בעבר עבדת באחד ממקצועות הבריאות?
1. כן 2. לא
- ב. האם טיפלת, בעבר או כיום, בקשיש מוגבל למשך תקופה של לפחות 3 חודשים?
1. כן 2. לא

תשובות

1. לא נכון. בכל שנה נתונה, בערך אחד מתוך שלושה-ארבעה מבוגרים מעל לגיל 65 יפול (30%-25%). מכך נובע שרוב האנשים המבוגרים לא נופלים או מדווחים על נפילה במהלך שנה נתונה.
2. נכון. נפילות יכולות להיות תוצאה של בעיות רפואיות קשות, כמו מחלות לב, ראייה ירודה מאוד, דיכאון, התקף לב, מחלת פרקינסון (מחלה נוירולוגית קשה) ובעיות בריאותיות אחרות. זאת הסיבה שחשוב לדווח לרופא המטפל.
3. לא נכון. הליכה מהירה היא סימן למצב בריאותי טוב וקשורה להקטנת הסיכויים לנפילה אצל אנשים מבוגרים.
4. נכון. הרבה קשישים מדווחים על פחד מפני נפילות אפילו אם הם עצמם לא נפלו בזמן האחרון. חלק ציינו הדרדרות במצב הבריאותי שקשור לנפילות אצל חברים או בני משפחה. אך, אלה שנפלו בתקופה האחרונה מדווחים יותר על פחד מנפילות. חלק מאלה שמדווחים על פחד מפני נפילה חווים "כמעט נפילות"; כלומר, כאשר אדם מאבד את שיווי המשקל שלו אך מצליח לתפוש את עצמו ע"י אחיזה בקיר או רהיט. "כמעט נפילות" גם מעלות את הסיכון לנפילות בעתיד וצריכות דווח לרופא המשפחה.
5. לא נכון. רוב הנפילות בעצם לא גורמות לשברים בעצמות או לפגיעות חמורות. שברים מופיעים רק ב- 5-10 אחוז מהנפילות שדווחו ע"י אנשים מבוגרים.
6. נכון. בעיות ראייה נפוצות בגיל מבוגר, ואם הם לא מתוקנות ע"י משקפיים או ניתוח, הם יכולות להגדיל את הסיכון לנפילות בקרב אנשים קשישים.
7. לא נכון. העובדה היא, שנפילות הם הגורם של רוב מקרי המוות מאשר תאונות בגיל מבוגר יותר. תאונות עם כלי רכב ממונעים הם בעיה קשה לא רק בגיל מבוגר אלא בכל הגילאים, אך עדיין רק אחוז קטן ממקרי המוות ע"י תאונות אצל קשישים שייך לתאונות דרכים.
8. נכון. השכיחות לנפילות עולה עם הגיל החל מ-3-2 מתוך 10 אנשים קשישים לשנה בגילאים 65 עד 75, עד בערך 4 מתוך 10 אנשים מעל גיל 85.
9. לא נכון. אנשים קשישים, שנישאים פעילים ויוצאים מהבית כדי להנות מפעילויות ובילויים כגון פגישות עם חברים, סרטים וטיולים, בעלי סכויים פחותים יותר לפול.

10. נכון. כל מחלה זיהומית כמו שפעת או זיהום יכולות להתלוות לחום. במשך זמנים כאלה, אנשים נוטים לאכול, לשון ולשתות פחות טוב, ובאופן כללי להרגיש פחות חזקים מהרגיל. במצב זה אדם יכול להרגיש סחרחורת, חולשה או מעט מבולבל, ולכן הסיכויים לנפילה עולים.
11. לא נכון. אנשים מבוגרים שמתגוררים בבית אבות או במערכת סיעודית, הם בדרך כלל לא במצב בריאותי טוב או עצמאיים כמו אלה הגרים בקהילה. בריאות לא תקינה מתקשרת עם עליה בסיכון לנפילות בכל הגילאים, לכן גם עם הגנה והשגחה רפואית, נפילות יותר נפוצות אצל קשישים בבתי אבות.
12. נכון. טיפול בכף הרגל הוא אחד מההבטים החשובים בשמירה על הבריאות בגיל מבוגר. אנשים מבוגרים בדרך כלל מפתחים כאבים בכפות הרגליים או מסביב לציפורניים שלהם, דבר שאפשר לטפל בו ע"י פדיקוריסט מנוסה. זה גורם להליכה נעימה יותר ומפחית את הסיכוי לנפילות. נעליים צריכות להיות בלי עקבים גבוהים, חזקות, נוחות ובעלות סוליות לא מחליקות.
13. לא נכון. בכל גיל וברוב הרמות של בריאות פיזית, מחקרים הראו שאפשר לשפר איזון, חוזק פיזי ותנועה עם תוכניות התעמלות בעלי השגחה מקצועיים. חשוב לברר עם הרופא שלך לפני שמתחילים לעסוק בכל תכנית התעמלות חדשה שהיא.
14. נכון. אדם מבוגר יכול לעשות הרבה שינויים בבית כדי להגן עליו מהסיכון לנפילות. לדוגמא, שטיחים צריכים להיות מודבקים לריצפה או או מוצמדים ע"י רהיט כדי למנוע התקלות בקצוות שלהם. את השטיחים הקטנים צריך להוציא מהבית אם הם מחליקים. חשוב להזיז רהיטים כך שהמעברים יהיו פנויים למעבר.
15. לא נכון. בקבוצות הגילאים 60-75, נשים נופלות בערך פי 2 משיעור הגברים. באופן כללי, שיעור הנפילות אצל הנשים הוא פי 2 מהגברים בכל קבוצות הגילאים בקרב הקשישים. למרות זאת, אחרי גיל 85 נשים וגברים נופלים בערך באותו שיעור (25%-40%).
16. נכון. מה שמטה אדם מבוגר לנפילות הוא השילוב שבין שינויים פיזיולוגיים שמופיעים כחלק מתהליך ההזדקנות, כמו אסטיופוריס (בריחת סידן מהעצמות), החלשות של מפרקים וכוח השרירים, וירידה בחדות הראיה והשמיעה. אולם, גורמים סביבתיים כמו משטח הליכה לא מאוזן, או חית מחמד או כלי תחבורה שבפתאומיות זו לשבילי ההליכה יכול לגרום לחוסר איזון פתאומי שמוביל לנפילה.

17. לא נכון. כאשר מספר התרופות שנלקחות באופן קבוע גדל, כך גם גדל הסיכון לנפילות. ייתכן שזה גם בגלל מצב בריאותי ירוד שדורש תרופות, וגם בגלל תגובה לא רצויה לתרופות. במצב זה רצוי להתייעץ ברופא המשפחה, כדי להפחית את מספר התרופות שנלקחות באופן קבוע, אם זה אפשרי.

18. נכון. יש להודיע לרופא המטפל במקרה שקשיש נופל, במיוחד אם זה קורה יותר מפעם אחת או אם הנפילה גורמת לפציעה. הליכי אבחון, שיכולים להיות מומלצים כוללים מבחנים לתפקוד הלב, ראיה או שמיעה, שיכולים לחשוף את הסיבה הנחבאת של הנפילות. מבחנים פשוטים של איזון ותפקוד העצבים, מומלצים גם כן.

19. לא נכון. קשישים מאבדים רגישות לאור, ועיניהם מגיבות יותר באיטיות לשינויים במצב האור. כדי שיראו טוב, קשישים זקוקים לאור טוב וחזק כמו האור ממנורת הפלורסנט. מיקום אסטרטגי של אור יכול למנוע אור שמשתקף, שגם יכול לסנוור ולהפחית את הראיה. בנוסף, מנורת לילה צריכה להיות נגישה ממקום משכבו כדי לספק תאורה מספקת כדי להגיע בבטיחות לשרותים.

20. נכון. זה אפשרי להגדיל את בטיחות הבית בהוספת מעקים חזקים ליד המדרגות ומאחזים ליד האמבטיה, מקלחת או שירותים. נשים צריכות להיזהר, כשהן לובשות חלוקים ארוכים או שמלות, כיוון שמכפלת יכולה להתפס בנעל ולגרום לנפילה.

21. לא נכון. לעיתים קרובות, זכאון קשור עם נפילות אצל קשישים. קשיש מדוכא, סביר להניח שלא ילך בערנות, ובקצב מהיר, ולא ישים לב לשינויים בסביבתו, כך שזה יגדיל את הסיכוי לנפילה.

22. נכון. כדורי שינה בדיכ פועלים לתקופת זמן נרחבת (לפעמים בין 12-72 שעות) והן גורמות לאדם להרגיש פחות ערני מהרגיל. כשאנשים עייפים ואינם ישנים כראוי, סביר להניח, שהם יוכלו להגיב פחות לשינויים זעירים באיזון או בסביבה, ואלו אולי יגדילו את הסיכון לנפילות.

למידע נוסף על איך לתת ציון או לפתור את השאלון, בבקשה צרו קשר עם:
ד"ר ג'ולי צוויקל, מחלקה לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת בן-גוריון של הנגב.

ת.ד: 653, באר שבע, ישראל, 84105

פקס: 972-7-235522

email : Jcwikel@bgumail.bgu.ac.il

שאלון זה פותח בשיתוף עם:

המח' הגריאטרית של מרכז רפואי סורוקה (ד"ר ו. פריד ופרופ' דוד גלינסקי) ומח' לרפואת

המשפחה (ד"ר א. ביזרמן) של אוניברסיטת בן-גוריון בנגב, מדעי הבריאות.

העבודה הזו נתמכת חלקית על ידי המוסד לביטוח לאומי, מח' למפעלים מיוחדים ואש"ל-ג'ונט,

ישראל.

אוניברסיטת בן-גוריון בנגב
מחלקה לעבודה סוציאלית
ביטוח לאומי/מפעלים מיוחדים
א.ש.ל. - גוינט

קופת חולים כללית
מרפאת י"א
מרכז הרפואי בי"ח סורוקה
רפואה במשפחה

N.E.F.I. Project
שאלון מעקב לשנה שניה
דף ראשון למילוי לפני הראיון

- | | | |
|-----|--|--|
| 1. | מספר שאלון במאגר הנתונים | |
| 2. | שם המראיין בראיון הראשון | |
| 3. | תאריך ראיון ראשון _____ | |
| 4. | שם המרואיין _____ | |
| 5. | איפה התקיים הראיון הקודם?
1. בית
2. מרפאה
3. מקום אחר _____ | |
| 6. | באיזו שפה התנהל הראיון?
1. עברית
2. רוסית
3. ספרדית
4. רומנית
5. אנגלית
6. צרפתית
7. אחר _____ | |
| 7. | מין המרואיין: 1. זכר 2. נקבה | |
| 8. | שנת לידה: _____ | |
| 9. | מהי הכתובת המלאה?
רחוב _____ מס' בית _____ כניסה _____ מס' דירה _____ | |
| 10. | מס' טלפון: _____ | |
| 11. | סיבות לאי קיום ראיון שני
1. נפטר
2. עבר דירה
3. עבר לקופ"ח אחרת
4. מצב בריאותי לא מאפשר
5. מסרב בגלל חוסר זמן
6. מסרב בגלל מצב אישי כלשהוא
7. מסרב בגלל בעית שפה
8. לא הצלחנו ליצור קשר
9. אחר, מה? _____ | |

מסי השאלון במאגר הנתונים

בעת הראיון

12. מקום הראיון הנוכחי
1. בית
2. מרפאה
3. טלפון
4. אחר _____
13. שם המראיין
14. תאריך הראיון
15. כמה חודשים עברו מאז הראיון הקודם
16. באיזו שפה התנהל הראיון?
1. עברית
2. רוסית
3. ספרדית
4. רומנית
5. אנגלית
6. צרפתית
7. אחר _____

למראיין:

אנחנו חוזרים על חלק מהשאלות שלנו ובודקים כמה דברים נוספים:

- לוודא את השם _____
- לוודא שנת לידה
17. מהו המצב המשפחתי שלך היום?
1. נשוי
2. גרוש
3. אלמן
4. פרוד
5. רווק
18. עם מי אתה מתגורר?
1. לבד
2. עם בן זוג
3. עם בן משפחה
4. אחר (פרט) _____

14. האם בראיון הקודם הבאת נכונות להשתתף בחוג הדרכה?

1. כן
2. לא
3. לא זוכר

15. האם בראיון הקודם הבאת נכונות להשתתף בחוג התעמלות?

1. כן
2. לא
3. לא זוכר

16. האם פנו אליך טלפונית מהמרפאה והציעו לך להרשם ולהשתתף בחוג הדרכה (חינוך לבריאות)?

1. כן, אם כן מתי? שנה חודש
2. לא
3. לא זוכר

17. האם פנו אליך טלפונית מהמרפאה והציעו לך להרשם ולהשתתף בחוג התעמלות (פעילות גופנית)?

1. כן, אם כן מתי? שנה חודש
2. לא
3. לא זוכר

18. במסגרת הפרוייקט, האם השתתפת בחוג חינוך לבריאות (הרצאות במרפאה) או בחוג התעמלות?

1. הדרכה (חינוך לבריאות)
2. התעמלות
3. שניהם
4. אף אחד מהם (עבור לשאלה _____)
5. מועדון הליכה

19. איך אתה מגדיר את ההשתתפות שלך בחוג הדרכה?

1. הגעתי רק פעם אחת
2. הגעתי לכמה פגישות
3. הגעתי לרוב הפגישות
4. הגעתי לכל הפגישות

20. למשתתפים בקורס הדרכה, באיזה מידה הקורס תרם ל:
(1-הרבה, 2-רמה בינונית, 3-קצת, 4-בכלל לא)

הערות	4	3	2	1	
					1. רצון לעשות שינויים בבית לשיפור הבטיחות <input type="checkbox"/>
					2. עירנות להרגלי בריאות <input type="checkbox"/>
					3. שינוי בשימוש בתרופות <input type="checkbox"/>
					4. מודעות לחשיבות של התעמלות <input type="checkbox"/>
					5. ערנות לסיכונים בסביבה <input type="checkbox"/>
					6. פיתוח קשרים חברתיים <input type="checkbox"/>

22. למשתתפים בהדרכה, נא להעריך את החוג שהשתתפת בו, לפי הנושאים הבאים (5-מצוין, 4-טוב, 3-בינוני, 2-לא כל כך טוב, 1-לא טוב)

הערות	5	4	3	2	1	
						1. מועד ההדרכה (בוקר, אחה"צ)
						2. משך הזמן של המפגש
						3. המקום
						4. רמת הקושי של החומר
						5. השפה
						6. ענין שמצאת בו
						7. האנפורמציה החשובה לך
						8. האווירה החברתית בחוג
						9. הארגון הכללי (הודעות, תזכורות)
						10. המרצים

23. איך אתה מגדיר את ההשתתפות שלך בחוג התעמלות?

1. הגעתי רק פעם אחת
2. הגעתי לכמה פגישות
3. הגעתי לרוב הפגישות
4. הגעתי לכל הפגישות

24. למשתתפים בהתעמלות, נא להעריך את החוג שהשתתפת בו, לפי הנושאים הבאים (5-מצוין, 4-טוב, 3-בינוני, 2-לא כל כך טוב, 1-לא טוב)

הערות	5	4	3	2	1	
						1. מועד ההדרכה (בוקר, אחה"צ)
						2. משך הזמן של המפגש
						3. המקום
						4. רמת הקושי של הפעילות הגופנית
						5. השפה
						6. ענין שמצאת בו
						7. האווירה החברתית בחוג
						8. הארגון הכללי (הודעות, תזכורות)
						9. המדריכה

25. למשתתפים בחוג ההתעמלות, באיזה מידה החוג תרם ל:
(1-הרבה, 2-רמה בינונית, 3-קצת, 4-בכלל לא)

הערות	4	3	2	1	
					1. ביטחון הפיזי
					2. הרגלי בריאות
					3. מודעות לחשיבות של התעמלות
					4. מצב הרוח
					5. פיתוח קשרים חברתיים

26. אם היו מקיימים חוג התעמלות בתשלום בשכונה, היית יכול להשתתף?

1. בהחלט לא

2. בתנאי שגובה התשלום לא עובר _____

3. בהחלט ארצה להשתתף, לא תלוי בתשלום

4. בתנאי אחר. פרט _____

27. אם החלטת לא להשתתף או לא הגעת לחוג הדרכה, מה הן הסיבות?

1. אני כבר הולך לחוג אחר

2. אני בדרך כלל לא נוהג להשתתף הפעילות קהילתית/חברתית

3. היום ו/או השעה לא היו נוחים

4. אין לי זמן

5. בתקופה הזאת הייתי עסוק בדברים אחרים (משפחה, אירועים, נסיעות)

6. מצב הבריאות שלי לא אפשר לי

7. מצב הבריאות של בן-זוג/בן-משפחה לא אפשר לי

8. השפה לא מתאימה לי

9. לא מעניין אותי

10. סיבה אחרת, נא לפרט _____

28. אם החלטת לא להשתתף או לא הגעת לחוג התעמלות, מה הן הסיבות?

1. אני כבר הולך לחוג אחר

2. אני בדרך כלל לא נוהג להשתתף הפעילות קהילתית/חברתית

3. היום ו/או השעה לא היו נוחים

4. אין לי זמן

5. בתקופה הזאת הייתי עסוק בדברים אחרים (משפחה, אירועים, נסיעות)

6. מצב הבריאות שלי לא אפשר לי

7. מצב הבריאות של בן-זוג/בן-משפחה לא אפשר לי

8. השפה לא מתאימה לי

9. לא מעניין אותי

10. החוג היה מעורב גברים-נשים

11. אני חושב/ת שהתעמלות לא מתאימה לגיל שלי

12. סיבה אחרת, נא לפרט _____

30. האם במסגר הפרוייקט רצית יעוץ אישי של רופא, אחות או מרצה?

1. כן וקבלתי

2. כן אך לא קבלתי

2. לא

31. האם במסגרת הפרוייקט קבלת וקראת חומר כתוב על מניעת נפילות או

תאונות בבית?

1. לא קיבלתי

2. קיבלתי ולא קראתי

3. קראתי אך לא עשיתי משהו מסויים בעקבות זה

4. קראתי ושיניתי משהו, מה? _____

לשאול את כל המרואיינים:

29. בעקבות הנסיון שלך בפרוייקט, האם יש שינויים:
1. בסידור הבית (סדרת מעברים חופשיים, תאורה, מעקה, שטיח)
- אם כן, מה? _____
2. בפעילות הגופנית
- אם כן, מה? _____
3. בצורת ההליכה
- אם כן, מה? _____
4. בשימוש בתרופות
- אם כן, מה? _____
5. בערנות לגבי סיכונים מחוץ לבית
- אם כן, מה? _____
6. בתזונה
- אם כן, מה? _____
7. בטיפול בכפות רגליים
- אם כן, מה? _____
8. במצב הרוח
- אם כן, מה? _____
9. בהשתתפות ביותר חוגים/פעילויות
- אם כן, מה? _____
10. ביותר מפגשים חברתיים
- אם כן, מה? _____
11. בקשר עם רופא או צוות המרפאה
- אם כן, מה? _____
12. האם עברת בדיקת שמיעה/ראייה
- אם כן, מה? _____
13. האם עברת להשתמש במכשירי עזר (שמיעה, ראייה, הליכה)
- אם כן, מה? _____
14. האם דיברת על מניעת נפילות עם:
- א. חברים
- ב. שכנים
- ג. בני משפחה
- ד. אנשי מקצוע - רופא, אחות
15. האם הכנסת לחצן מצוקה
16. האם קיבלת טיפול פיזיותרפי / ריפוי בעיסוק
- אם כן, מה? _____
17. האם הופנת לטיפול רפואי אצל מומחה (לב, גריאטריה, עיניים, אורתופד, או אחר)
- אם כן, מה? _____

32. האם קבלת הפניה לגורם קהילתי כל שהוא?

□□

1. לא

כן, לגורם הבא:

2. עו"ס - חוק סיעוד

3. עו"ס - עזרה ביתית

4. עו"ס - טיפול פסיכוסוציאלי אחר (פרט)

5. מועדון או מרכז יום

6. עמידר

7. גורם אחר (פרט)

33. מה נעשה בעקבות ההפנייה (פרט)

□

1. קיבל טיפול

2. לא קיבל טיפול

3. לא זכאי

4. לא פנה

5. אחר (פרט)

תודה על שיתוף הפעולה!

34. האם יש שאלות לברור לאחר הראיון?

□

1. לא

2. כן (פרט)

למילוי על ידי המרכזת לאחר הראיון

7. האם הביע רצון להשתתף ב:

1. הדרכה - חינוך לבריאות

2. פעילות גופנית

3. שניהם

4. אף אחד

8. האם התקבל דיווח כל שהוא על:

הערות	אם כן, מתי		לא	כן	
	שנה	חודש			
					1. נפילה - דרך גלויה,
					2. נפילה - דרך טופס הדיווח
					3. נפילה - צורה אחרת
					4. אישפוז - דרך טופס
					5. אישפוז - דרך אחרת
					6. תאונה אחרת
					7. בעיה רפואית אחרת

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* אם התקבל דיווח על נפילה כל שהיא, האם:

חוזר למרפאה להמשך טיפול					
לא	כן	לא	כן		
				1. לא נפצע	
				2. נפצע (סימנים כחולים, סריטות וכו')	
				3. נפצע ושבר עצמות	
				4. נפצע ואשפז	
				5. הגיע לחדר מיון	

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

* אם התקבל דיווח על אישפוז כל שהוא, לכמה ימים אושפז? _____

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

9. האם בסוף הראיון הקודם נרשמו או התקבלו המלצות רפואיות לטיפול או הפניה?

איזה?	לא	כן	
			1. טיפול
			2. הפניה
			3. אחר

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

נספח 9

- טבלה מס' 1 - הערכה עצמית של הנבדקים את מצב בריאותם כיום
- טבלה מס' 2 - תדירות הביקורים במרפאה השכונתית בחודש האחרון
- טבלה מס' 3 - סיכון לנפילות ומחלות כרוניות
- טבלה מס' 4 - תרופות וסיכון לנפילות
- טבלה מס' 5 - הקשר בין מס' מחלות לבין רמת סיכון לנפילות
- טבלה מס' 6 - ליקויים בחדר האמבטיה ובשירותים:
- טבלה מס' 7 - ליקויים בחדר השינה
- טבלה מס' 8 - ליקויים שנמצאו בקרב הנבדקים
- טבלה מס' 9 - המלצות הבודק
- טבלה מס' 10 - המלצות טיפוליות

טבלה מס' 1 - הערכה עצמית של המשתתפים לגבי מצב בריאותם כיום

הערכת מצב הבריאות	אחוז הנבדקים שהעריכו את מצבם - ראיון ראשון (n=361)	אחוז הנבדקים שהעריכו את מצבם - ראיון שני (n=283)
טוב מאוד	3	4.6
טוב	20.2	23.9
בינוני	57.3	44.0
רע	14.1	22.2
רע מאוד	5.3	4.9

ההבדל בין שני הראיונות אינו מובהק מבחינה סטטיסטית.

טבלה מס' 2 - תדירות הביקורים במרפאה השכונתית בחודש האחרון

תדירות	ביקור במרפאה	
	ראיון ראשון (n=361)	ראיון שני (n=283)
כלל לא	23.1	27.2
פעם אחת	44.3	33.2
פעמיים	22.3	19.4
שלוש פעמים	5.6	10.6
ארבע ויותר	4.7	9.6
סה"כ	100	100

טבלה מס' 3 - סיכון לנפילות ומחלות כרוניות

מחלה	סיכון נמוך	סיכון גבוה	רמת מובהקות
לב	65.4	34.6	0.04
יתר לחץ דם	71.9	28.1	n.s.
סכרת	60.0	40	0.01
ארוע מוחי	35.3	64.7	0.001
מחלה ראתית	50.0	50	0.005
מחלת שרירים	53.6	46.4	0.001
בעיה אורתופדית	49.1	50.9	0.000
נפש*	40	60	n.s.

*חמישה מקרים בלבד

טבלה מס' 4 - תרופות וסיכון לנפילות

תרופה	סיכון נמוך	סיכון גבוה	רמת מובהקות
משתנים	83.0	17.0	0.002
משלשלים	66.7	33.0	n.s.
דיגוקסין	69.2	30.8	n.s.
חוסמי ביתא	64.3	35.7	n.s.
סטרואידים	66.7	33.3	n.s.
הרגעה/שינה	63.4	36.6	0.06
אינסולין	86.4	13.6	0.09
דאוניל (הורדת סוכר)	62.5	37.5	n.s.
קומדין (נגד קרישה)	77.8	22.2	n.s.
תרופה נגד דלקת (NSAID)	52.5	47.5	0.004

טבלה מס' 5 - הקשר בין מס' מחלות לבין רמת סיכון לנפילות

מס' מחלות כרוניות	רמת סיכון לנפילות	
	סיכון נמוך (n = 153)	סיכון גבוה (n = 98)
0	92.3	7.7
2-1	81.5	18.5
3+	52.8	47.2

טבלה מס' 6 - ליקויים בחדר האמבטיה ובשרותים

ליקוי	אחוז המשתתפים שנמצא ליקוי בביתם (n = 58)
אור לא תקין	1.8
חסר מעקה באמבט/מקלחת	77.2
אין מדבקות באמבט	69.6
השטיח לא קבוע	64.8
האיורור לא תקין	3.5
נזילת מים	7

מטבלה מס' 6 ניתן לראות שהסיכון השכיח ביותר הינו שטיחים רופפים, אך גם מיטה בגובה לא מתאים ומקור תאורה חסר ליד המיטה.

טבלה מס' 7 - ליקויים בחדר השינה

ליקוי	אחוז המשתתפים שנמצא ליקוי בביתם (n = 58)
מיטה בגובה לא מתאים	22.4
צפיפות	7
אין אור לפני קימה	21.1
שטיחים רופפים	27.3

טבלה מס' 8 - ליקויים שנמצאו בקרב הנבדקים

ליקוי	מס' המשתתפים שבקירבם נמצא הליקוי (n = 57)
אוושה בקרוטיד	4
אוושה בלב	5
ניסטגמוס חיובי	1
ירידה בראיה לא מתוקנת	23
צבע עור לא תקין	7
קיפוזיס	15
קפוסקלוזיס	8
דילדול שרירים	8
חולשת גפיים	14
כח גס ירוד	10
סימנים אקסטרהפירמודליים:	
רעד	6
קשיחות	5
אקיניזיה	15
תחושה בלתי תקינה:	
שטחיות	7
עמוקה	5
ויברטורית	22
גפיים תחתונות:	
בצקת	5
פצעים	3
קהות	2
ציפורניים לא מטופלות	9
דפורמציות	11
בעיות בריאות אחרות	11
שיווי משקל:	
מבחן אצבע אף שלילי	48
מבחן רוברג שלילי	44
מתקשה לעמוד על רגל אחת מעל 3 ש'	27
מתקשה להתיישב על כיסא	49
מתקשה לקום מכיסא	41
ניידות לא חופשית	40

טבלה מס' 9 - המלצות הבדק

מס' המשתתפים שנמצא שיש לערוך להם בדיקה (n = 57)	סוג בדיקה
12	המוגלובין
10	בלוטות תריס
6	ECG
4	Holter
4	Duplex
	פניה ל:
8	רנטגן
11	אורטופד
5	נורולוג
2	קרדיולוג
1	ct מוח
5	פסיכיאטרית
1	אישפוז והערכה גריאטרית
1	שינוי טיפול תרופתי
7	הפניה לפיזיותרפיה

טבלה מס' 10 - המלצות טיפוליות

מס' נבדקים ממולצים	המלצה לטיפול פסיכוסוציאלי
11	שינוי טיפול תרופתי
7	הפנייה לפיזיותרפיה
10	הפנייה למועדון
14	ביקור בית עם שינוי סביבתי
13	העברת דירה
10	טיפול תזונתי
5	הפנייה לער"ס

יחסית היו יותר המלצות לטיפול פסיכוסוציאלי, לעומת טיפול רפואי.

NATIONAL INSURANCE INSTITUTE
Research & Planning Administration

**Prevention and Treatment
of Falls of the Elderly
in Beer-Sheva**

Dr. Julie Cwikel

June 1996

This report is dedicated to the memory of
Professor Bernard Isaacs, ל"ט
one of the pioneers of geriatric medicine
and an innovator in research on falls of the elderly

Abstract

The Demonstration Project for the prevention and treatment of falls of the elderly in Beer Sheva, called the NEFI (Negev Elderly Falls Intervention) Project, was designed to provide solutions to a common problem among the elderly: falls and their consequences.

Falls among the elderly may cause three kinds of morbidity:

1) medical complications, including fractures; 2) psychological responses, including depression and fear of recurrent falls; and 3) functional limitations, such as becoming home-bound and dependent in day-to-day activities. Identifying elderly people who are at high risk for falls, and relating in a suitable manner to the risk factors that can be treated or reversed, may help prevent some of the falls.

This project included 361 people who were 60 years or older and members of a community health clinic in Beer-Sheva. According to the 5 - item screening test which designated those at high risk for falling, 28% (n=98) of the elderly people tested were categorized as having 2 or more risk factors. That is, these people were found to be at high risk for falls. Based on the results of the screening test, those senior citizens who were interested were referred to an intervention program. We followed the participants for approximately one year in order to evaluate the results of the program. The interventions were community-based and designed to offer primary and secondary prevention of falls. Programs of health education and exercise, adapted specially for this age group, were offered to the group categorized as being at low risk (primary prevention). For the high risk group, a comprehensive medical examination and individual treatment was offered, according to the test results (secondary prevention). For some of the elderly people who were found to be at high risk (n=42), particularly those who reported falls in the home, an assessment was made of the hazards found in their homes. In addition, community work was undertaken in order to interest and involve related agencies and to try to establish a preventative community-based program.

In the second interview, we interviewed 283 people, or 78% of the first stage. During this year, the frequency of falls increased; this may be the result of increased reporting or due to the rise in the rate of elderly suffering from disabilities. The same rate of injuries (47%) was reported in both interviews among those elderly who had fallen. In accordance with the rise in falls, the percentage of elderly in the high risk group for falls also increased to 35%.

The characteristics of the high risk group for falls in this sample include: more women than men, more single people than married ones, more people who immigrated to Israel between 1976-1988 than those who immigrated after 1988 and more people with less than 10 years of formal education than those with more. In addition, the elderly found to be at high risk were more depressed, had more functional limitations and had more chronic illnesses.

The long period of time that occurred between the first interview and the beginning of the intervention programs might have negatively affected participation. Twenty percent of the elderly people participated in one of the classes. Those who participated in the exercise class reported higher levels of satisfaction than those who participated in the health education classes. A number of tests were conducted in order to evaluate the validity of the screening test. Results of the screening test matched 75% of the physicians' examinations who had no prior knowledge concerning how the person was categorized. Together these results support the validity of the screening test for falls.

Based on the results of the project, the following conclusions were noted: First, the frequency of falls among the elderly was high and but concurs with data reported in the literature of the past few years. In addition, no new risk factors were found concerning falls that were not reported beforehand in the literature. Second, even though a significant association between falls and depression was found in the project, which has been reported in the literature, the clinic staff were not aware of this fact. The participants in the exercise and health education classes tended to report fewer signs of depression and better self-rated health than those who did not participate in one of the classes. This difference was not apparent in the first interview. Thus, it is important for family physicians to encourage elderly patients to participate in exercise or special interest activities. Thirdly, due to the small number of participants in the classes mentioned above, and due to the short follow-up period after the intervention, we were unable to conclusively evaluate the degree of influence that the intervention program had on the risk for falls. Finally, a number of instruments were developed for physicians and professional health workers that can prove useful for others interested in the area of falls prevention and treatment.

It may be concluded that, in spite of problems that arose during the project, the multi-sectorial model for the prevention and care of falls can be implemented in the community. However, the research project did not show that the intervention prevented future falls. It must be noted that one year of follow-up of the participants is insufficient for evaluating the preventative aspect.



THE NATIONAL INSURANCE INSTITUTE
Research and Planning Administration

**PREVENTION AND TREATMENT
OF FALLS OF THE ELDERLY
IN BEER-SHEVA**

Demonstration Projects

No. 59

Jerusalem, Israel, June 1996

540059.0 9606 .נ.נ. מ.