

# טיפול בנפגעי נפש מבוגרים בקהילה לאחר אובדן הורה מטפל: מפעילות של מירפאה קהילתית לבריאות הנפש

תקציר:

מדווח במאמרנו על טיפול רב מקצועי בשני מבוגרים הלוקים במחלת נפש מזה שנים רבות, בעקבות משבר של מות ההורה המטפל. התערבות מקצועית בנסיבות אלו, הנקראת בספרות "תכנון קבע לחיים" (Permanency planning), כוללת היבטים פסיכולוגיים (קבלת ירידה בתפקוד ההורה, הכרת קרבת המוות, תהליך אבל, שינויים בדינמיקה של היחסים עם האחאים), ומעשיים (כתיבת צוואה, הכנת דיוור תעסוקה למטופל, מינוי אח הממלא חלק מתפקודי ההורה). בשני החולים חלה התקדמות ניכרת ביכולת לחיות חיים עצמאיים לאחר אובדן ההורה המטפל, למרות שהתוכנית והתמיכה המוצעים היו חלקיות. בתיאורים ובדיון יש דגש על הקשיים בהתערבויות מסוג זה. מאידך, התערבות מוקדמת מאפשרת הכנה רגישה המקובלת על כל המעורבים.

ורדה עמיר  
לאוניד שפיץ  
דוד גרינברג

מרכז רפואי הרצוג, ירושלים

מילות מפתח:  
:KEY WORDS

נפגעי נפש ממושכים; מירפאה לבריאות הנפש; מות הורה מטפל; תכנון קבע לחיים.  
:Death of a parent; Parent caregiver; Permanency planning; Chronic mental illness

## הקדמה

החל משנות השבעים עבר הדגש של טיפול בנפגעי הנפש ממושיכים בהדרגה מבתי החולים אל הקהילה. קדמו לכך כניסת התרופות נוגדות הפסיכוזה, ושינויים הדרגתיים בתפיסה הטיפולית, כולל תנועת ה"אל מיסוד". ההגדרה של מחלות הנפש החמורות עברה אף היא התאמה במשך השנים הללו ומושם בה דגש לא רק על התסמינים והלקות, אלא גם על הפגיעה הנרחבת בתחומי התפקוד, המחייבת התייחסות כוללת ופיתוח מענים בתחומי החיים השונים [1]. בשנת 1998 העריכו Aviram וחב' [2], כי שיעור האוכלוסייה הלוקה בהפרעות נפשיות חמורות בישראל הוא 1.2% מהאוכלוסייה הבוגרת, וכי 90% מהם חיים בקהילה רוב השנה גם אם עברו אשפוזים קצרים במהלך השנה [2].

Aviram וחב' [3] מתארים גם כי על פי נתוני ארגון הבריאות העולמי הם צורכים פחות שירותי בריאות ותוחלת חייהם קצרה יותר, ומגבלתם קשורה לעיתים קרובות לעוני, לסטיגמה ולבידוד חברתי. החוקרים מסכמים שזוהי קבוצה המציבה אתגר בפני המשפחות, זקוקה לשירותים חברתיים ובריאותיים רבים ונדרשים עבורה מקורות כספיים ניכרים [3].

חוק "שיקום חולי הנפש בקהילה" שעבר בישראל בשנת 2000 היה אבן דרך מרכזית נוספת בשינויים בטיפול בנפגעים ובשיקומם, ובכניסה לעידן גישת ה"החלמה". חוק זה איפשר להרחיב את המענים השיקומיים הקיימים במערכת ואת מספרם של המשתקמים המשתלבים בהם. תפקידן של המירפאות הקהילתיות לבריאות הנפש התרחב ונעשה משמעותי בשנים אלו. עד לתאריך החלת הרפורמה לאחרונה, נתנו מירפאות אלו מענה ייחודי למכלול הבעיות הנפשיות והקשיים הרגשיים של אנשים בקהילה ככלל וקבוצת נפגעי הנפש בפרט. המירפאה רואה עצמה כמסייעת בתהליכי ההחלמה של קבוצת מטופלים זו. אחד העקרונות המנחים כבסיס לכך הוא "אחזקה בכל תנאי", כלומר

הניסיון לתת למטופל כלים והזדמנויות לבנות את חייו בקהילה על פי יכולתו ומתוך ניצול מיטבי של השירותים והקשרים בקהילה ובמשפחה, זאת כדי למנוע ירידה הנגרמת במצבו של החולה עם כל החמרה, ולהימנע מאשפוז שמנתק את המטופל מחייו, משגרתו, תוך החלשת דימוי המסוגלות שלו.

הצוות המטפל בנפגעי הנפש הוא צוות משולב: אחות, עובד סוציאלי ורופא פסיכיאטר. מתוך התפיסה הטיפולית מחויב הצוות להשקעה ביצירת קשר רציף עם המטופל, הערכת צרכיו, משאביו וכוחותיו. עידוד להיענות לטיפול התרופתי (Compliance), תשומת לב לבעיות רפואיות ונלוות, עידוד לשמירה על גהות, ועידוד להתחלת תהליכי שיקום בתחומים שונים – חברתיים, תעסוקתיים, לימודיים ובתחום הדיור והתמדה בהם, כדי לסייע למטופל להרחיב את תפקודו והשתתפותו החברתית מתוך ביטחון גובר והולך בעצמו. לצורך כך על הצוות להיות מוכן לביקורי בית, קבועים או במצבי חירום, לשמור על קשר עם המשפחות בתיאום עם המטופל, ולעבוד בתיאום עם מוסדות אחרים בקהילה: קופת חולים, בתי חולים, רופאים מקצועיים, מעבדות, שירותי סל שיקום, הפסיכיאטר המחוזי, שירותי רווחה שונים, הסנגוריה הציבורית, קציני מבחן, משטרה, שיטור קהילתי ועוד.

אחד האתגרים המרכזיים שמציבה מחלת נפש ממושכת, כמתואר לעיל, הוא התמודדות עם הפגיעה בכישורי היוזמה והתפקוד בכל תחומי החיים. כלומר, בקרב נפגעי נפש בקהילה נמצא שונות גדולה בתפקוד וברמת העצמאות. נתונים משנת 2012 מעלים, כי מספר מקבלי שירותים בסל שיקום היה בשנה זו 16,493. מהם, 9,624 קיבלו שירותי דיוור שונים, ומהם 3,220 חיו בהוסטלים [4]. נתונים אלו מצביעים על כך ש-80% ממקבלי שירותי סל שיקום גרים בקהילה (לא הוסטל), וחלקם הגדול עם משפחתם. יש להניח שקיימים עוד רבים כמותם שאינם כלולים במספרים אלו, שכן על פי Aviram [5], גם מספרם של מקבלי השירותים בסל שיקום לא הגיע עדיין לרמה המרבית. הוא

שושי לבעלות בלעדית על דירתה בעתיד והופנתה לסיוע משפטי לכתובת צוואה. לאחר מכן דיברה עם כל ילדיה והמשפחה תמכה בתוכנית; תמיכה זו הביאה לרגיעה במשפחה. כשנפטרה האם הגענו לניחום אבלים. ש' הביעה אבל שקט על מות האם. בביקור הסבירה את תוכניתה לחיים עצמאיים, סירבה לשירותי ליווי שיקומיים, ויחד עם אחיה סיכמו על אופן ניהול ענייניה הכספיים. ניכר היה כי האחים סומכים על ש' ומגבים את החלטותיה. שנה ממות האם ש' מתגוררת לבדה בבית, שומרת על סדר וניקיון, מבשלת לעצמה, נוכחת יותר במועדון ולאחרונה אף החלה ללכת לחוגים במתנ"ס. הקשר שלה עם המירפאה ממשיך להיות רצוף. היא מתייעצת לגבי סוגיות העולות בחייה ומביעה אמון בצוות. במקרה זה אנו רואים כי אירועי החיים (מות האב, השינויים ההדרגתיים במצב עם מחלת האם) והקשר בין אחיה של שושי למירפאה היו רזז להתייחסות של ש' ומשפחתה לעתיד. בתקופת הכנה זו נעשתה תוכנית כספית משפחתית. תפקודה של שושי בבית השתפר ביחד עם יכולת מסוימת לאיפוק בהתנהגות, מה שמצדו הגביר את אמון אחיה לאפשרות שלה לחיות חיים עצמאיים. ש' סירבה לקבל סיוע מקצועי בפיתוח עצמאות בחייה והוכיחה שלא היה צורך בכך.

### מפרשת חולה 2:

י', בן 57 שנים, הצעיר מבין שלושה ילדים במשפחה שבה האב נפטר בגיל צעיר. מוכר במירפאה מגיל ההתבגרות. אחיותיו הקימו משפחות. בקשר שלהן עם האם ועם י' היו לעיתים מריבות וגילויי קנאה שלו כלפי האחיות וילדיהן. בצעירותו הוצעו לי' מסגרות שיקום שונות, אך בהדרגה סירב לכולן ונשאר בבית. האם התרגלה לכך, ונראה היה כי י' נותר הילד "שלא התבגר" בבית. הוא הגיע למירפאה באופן עצמאי ובמצבי החמרה הייתה האם מדווחת בהסכמתו טלפונית לצוות המטפל. לא אושפז מעולם. בהיות י' כבן 50 שנים חלתה האם. י' סיפר על כך לצוות בדאגה גדולה. הבנו כי הוכנסה לבית מטפלת בית שטיפלה באם וגם בי'. כשנטתה האם למות נקראו האח והעובדת הסוציאלית המטפלים לביקור בית בשם האם. בביקור הזמנו לשבת ליד מיטת האם שמחלתה ניכרה בה מאוד. היא אמרה כי י' אינו יודע לטפל בעצמו כלל ותפקודו נמוך אך משאלתה היא כי לא ילך למוסד. הייתה חלשה וחרדה מכדי לשוחח על כך באריכות אך הובטח לה כי קיימים שירותי שיקום מסוג זה וי' זכאי להם.

כעבור שבועיים נפטרה האם. אחותו של י' דאגה לו למגורים בשכירות. בתיאום שלנו הוכנסו במהירות שירותי שיקום לתמונה. מדריכים מטעם סל שיקום לימדו אותו את התפקודים האישיים והביתיים הנחוצים, י' הסכים ללכת למפעל מוגן ועד מהרה הלך אליו מדי יום. הוא השתלב היטב בעבודה חרושתית ועשה צעדים ראשונים ביצירת קשרים חברתיים. חלו שינויים מהירים במצבו ולאחר שלושה חודשים הראה לנו בביקור בית בגאווה דירה נקייה ומסודרת. חשנו כי השינוי לחלל בהדרגה גם לדימוי העצמי שלו וליחסיו עם אחרים: בני משפחה החלו להזמין לשבתות והוא החל לקבל מהם סיוע בתחומים שבהם התקשה. הוא לקח אחריות על הטיפול ונמצא בקשר קבוע עם גורמי טיפול. עדיין יש מצבים שבהם התנהגותו חסרת שליטה, אך שיתוף הפעולה שלו מאפשר איזון תרופתי ומשא ומתן עם גורמים בסביבתו.

במקרה של י' הייתה פחות מעורבות טיפולית בחיי המשפחה, יחסיו עם האם נותרו תלתיים כשהיו, ומטפלת של האם החולה מילאה את מקומה בטיפול בו בתקופת מחלתה. יתר המשפחה לא הייתה כלל בקשר עם המטפלים. רק בסמוך למוותה נפתח נושא העתיד בגלוי ואפשר הבנה של התוכנית הרצויה להם. אחות אחת

כותב כי הייתה כוונה להגיע ל-20,000 מטופלים בשירותים אלו [5]. מנתונים אלו עולה, כי תופעת הורים המטפלים בילדיהם המבוגרים היא נרחבת, ולכן חשוב להתייחס אליה. במאמר שפורסם בכתב עת זה בשנת 2016, נתנו **שלי ושוור** [6] שאלון ל-85 קרובים של חולים מאושפזים פסיכיאטריים. רוב הקרובים היו הורים, וב-51% התגורר המאושפז בבית הקרוב הנבדק. מות הורה מטפל במקרים אלו עלול להוביל למשבר בחיי המטופל. ההורים והמטופל עצמו, כפי שמודגם בפרשות החולים במאמרנו, מביאים לפתחנו את הדאגה לעתיד. השאלה הנשאלת אז היא, כיצד ניתן לסייע למשפחה להיפרד מן ההורה ההולך אל מותו ולאפשר לאדם הלוקה במחלת נפש ממושכת לבחור בחיים. גישה מתאימה לכך היא כזו הרואה פני עתיד ומציעה "תכנון קבע לחיים" (Permanency planning). להתערבות מסוג זה היבטים פסיכולוגיים ומעשיים כפי שיופיעו בפרשות החולים ויפורטו בדיון. ככל שייעשה זמן לפני האובדן, ניתן להביא בחשבון בתכנון כזה את הכוחות והמשאבים, רצונות המטופל ויכולות המטפלים בעתיד. כך יתאפשר מעבר מאובדן, מפרידה מההורה המטפל לחיים עצמאיים של המטופל באופן הדרגתי ומותאם יותר.

### מפרשות החולים

מובאות שתי פרשות חולים שבהן לא היה "תכנון קבע לחיים" מוקדם וכולל. בפרשת החולה הראשון היה תהליך הכנה חלקי, ובפרשת החולה השני נבנתה ההתערבות רק עם פטירת האם. הגורמים שסייעו להצלחת התהליך בשתי פרשות החולים, למרות הקושי, היו אחאים מחויבים ומשאבים משפחתיים.

### מפרשת חולה 1:

ש', בת 50 שנים, גדלה במשפחה לארבעה ילדים. אובחנה כלוקה בסכיזופרניה בגיל 20 שנים. מגיעה בקביעות למירפאה ומטפלת בעצמה באופן עצמאי. כל אחיה בריאים ומתפקדים והקימו משפחות. ש' המשיכה להתגורר עם הוריה. היא התקשתה להשתלב במועדון שבו שהתה והסתכסכה עם סביבתה. עם מותו הפתאומי של האב החלה ש' להתפרץ ולרבי עם בני המשפחה באופן קשה ובלתי מותאם. צוות המירפאה סייע בהתמודדות סביב האובדן ובהדרגה חזרה לעצמה. מספר שנים לאחר מכן חלתה האם במחלה ממושכת. בשלב זה החל תהליך הדדי של הסתגלות של ש' ואחיה למצב החדש שכלל התנהגות עצורה יותר, שיפור בתפקוד של ש' מחד גיסא ויתר סלחנות של האחים להתנהגותה של ש' מאידך גיסא. ש' סירבה לחשוב על סידור חוץ ביתי ואימה תמכה בה: מספר פעמים הפגינה התנהגות בלתי הולמת במקומות שונים, ובכל פעם העלו האחים חששות לגבי הקשיים שהיא עלולה להערים על האם החולה ולהחמיר את מצבה. ניכר היה כי הדיון החוזר בטיפול ובהשלכות התנהגותה משפיעים על ש' וכי היא מפגימה בהדרגה את הקשר בין התנהגות לתוצאה, ובמקרה הזה – שאלת הישארותה בבית.

הבחנו בכך שהעיסוק האובססיבי שלה בחששה מתהליך הוצאתה מהבית על ידי בני המשפחה התחלף בהדרגה לדיווחים על העזרה שהיא מגישה לאם: ש' החלה לשהות פחות שעות במועדון בטענה שהיא צריכה ללוות את האם לסידורה ולעזור לה בבית, ובהדרגה, ככל שזו נחלשה, למדה לבצע קניות, לבשל ולנקות. נעשה ברור כי ש' עושה מאמץ ניכר להימנע מהתפרצויות כעס עם האם ועל פי דיווחיה אף מצליחה בזאת.

לאחר זמן החלה להביע דאגה מפורשת מעתידה לאחר מות האם. גם האם פנתה בשאלות לגבי יכולתה להבטיח את זכותה של

המקרים. בהמשך נבנתה במהירות התוכנית השיקומית בתיאום עם שושי ויעקב, אשר שיתפו פעולה בתהליך. בדיעבד, ניתן היה לראות את הפוטנציאל ההתפתחותי לאורך מחלת האם, במיוחד אצל ש', באופן דומה למה ש-Greenberg [16] מתאר במאמרו. התערבות מוקדמת עשויה הייתה לאפשר מעבר והתקדמות לעצמאות נינוחים וטבעיים יותר עבור שניהם, באופן שאולי ייתן יותר מקום גם לאבל על האם. על אנשי המקצוע להיות מודעים לכך ולפתח כלים מתאימים. עם זאת יש להביא בחשבון כי כל התערבות תלויה במוכנות ורצון של המטופל ומשפחתו. במקרים המובאים נראה כי במקרה של ש' הייתה יותר מוכנות לכך ובמקרה השני פחות.

גורם משפחתי נוסף הוא האחאים. בשנת 2005 סקרו Hatfield ו-Lefley [17] 60 אחאים לאנשים עם מחלת נפש קשה. חציים דיווחו על קונפליקט עם האח או האחיות הללו במהלך החיים, ואמרו כי הם רואים עצמם מעורבים בסיוע משימתי מוגבל, לא מעבר לכך. המחברים ממליצים על התייחסות ליחסי בני המשפחה כולה, כולל Psychoeducation ותמיכה לאחאים. המלצות דומות מובאות גם במחקר של Lukens וחב' [18] נראה כי הן התיאור והן ההמלצות מתאימים במקרים של ש' וי', שגם להם היו יחסים מורכבים עם אחיהם במשך השנים. הם אכן סייעו, בסופו של דבר, יותר בצדדים הפונקציונליים, ולא ברמה יומיומית. עם זאת, הימצאותם בתמונה והתקדמות התהליך הביאו להתקרבות רגשית מסוימת.

ולבסוף, ברצוננו להציע מה שנדרש מאנשי המקצוע סביב הצורך בהתייחסות מוקדמת לסוגיות אלו. Kaufman וחב' [15] מצביעים, בין היתר, על הצורך להשקיע בחיזור וגיוס של המשפחות מחמת היותן "אוכלוסייה נחבאת ולעתים קרובות סובלת מ"מסטיגמה". מחקר נרטיבי של Pejler [19] מראה כי הורים מפרשים תיגו או ביקורת מצד המערכת המקצועית כמסר מרחיק ועוין המצטרף לתחושות חברתיות של סטיגמה, בעוד שתחושת קבלה מצד מטפלים מספקת להם נחמה וביטחון. ייתכן כי תחושות האיום והסטיגמה הן חלק ממערך הגורמים המונעים ממשפחות לזום התערבות. גם בפרשות החולים המובאות לעיל וגם בכלל, נראה כי עלינו להביא זאת בחשבון ולנהוג ביתר רגישות והתחשבות.

## לסיכום

רוב האנשים הלוקים במחלות נפש חיים כיום בקהילה ובבית משפחתם. המטפלים העיקריים הם הוריהם המתבגרים. במאמר זה מובאות שתי פרשות חולים המדגימות את תהליכי השיקום של מטופלים סביב אובדן האם המטפלת. פרשות החולים וסקירת הספרות בדיון מצביעות על נטייה של משפחות ושל אנשי מקצוע לדחות דיון בסוגיית עתידם בני המשפחה הלוקים במחלת נפש, תוך התעלמות מהצורך העמוק בתוכנית כזו. העלאת מודעות וסיוע מקצועי פעיל ב"תכנון קבע לחיים" אמורה לכלול את ההיבטים הכלכליים המעשיים, אך גם את ההיבטים הנפשיים ואת היחסים של בני המשפחה. אנו קוראים לכל העובדים והעוסקים בתחום זה של בריאות הנפש להגביר את מודעותם לנושא ולפעול לקידומו. ●

### מחברת מכתבת: ורדה עמיר

בית חולים הרצוג, ת.ד. 35300, ירושלים 91351  
 טלפון: 02-5374505  
 פקס: 02-5377401  
 דוא"ל: vardush.amir@gmail.com

קיבלה על עצמה חלק מתפקודי האם, וי' נעזר בשירותי שיקום בלימוד כישורי חיים עצמאיים. נשאלת השאלה: האם ניתן היה להתערב מוקדם יותר ולאפשר לו ולאם שינוי והתפתחות באופן שהיה מיטיב עם שניהם, במיוחד לנוכח המהירות שבה הסתגל לשינוי לאחר אובדן האם.

## דיון

הובאו במאמר זה שתי פרשות חולים, מטופלים עם מחלת נפש ממושכת, שחיו עם אמם במשך שנים רבות. האימהות היו המטפלות העיקריות (Caregivers) במהלך החיים, עד שחלו בגיל מבוגר ונפטרו. בשתי פרשות החולים, גם האימהות וגם הגורמים המטפלים לא תכננו את העתיד לבוא אלא בסמוך לפטירתן, כפי שדיווחו Smith וחב' [7]. במחקר אחר של Smith [8] נבדק מדגם של 157 אימהות (גילן הממוצע היה 67 שנים, בין הגילים 50-88 שנים), שהיו מטפלות עיקריות והתגוררו עם בן או בת הלוקים במחלת נפש ממושכת, ונמצא "צורך ניכר שאינו נענה בשירותים אשר יספקו סיוע בתכנון העתיד". דווח כי שני שלישים מהאימהות דאגו רק לסידורים כספיים לתקופה שלאחר פטירתן. בדומה לשתי פרשות החולים במאמרנו, חלופות מוסדיות לא היו מקובלות על הנכללות במחקר או על ילדיהן [8].

יש מקום להניח כי תגובת המטופל לפטירת הורה שאתו גרו במשך השנים תהיה קשה יותר בשל התלות החזקה ביניהם [9]. כאשר אין תכנון מוקדם, מוצפת באחת בעת פטירת ההורה המטפל גם בעיית המשכיות הטיפול על כל מרכיביה המעשיים, ומתחלפים השותפים לטיפול. יש צורך בגיוס גורמי שיקום שונים, ביחד עם הדאגה לתגובת האבל והמצב הופך להיות מורכב. יש עדויות נרחבות לכך שהדאגה העיקרית בחיי אימהות מטפלות ובני המשפחה האחרים היא עתיד בן המשפחה הלוקה במחלת נפש ממושכת [10-13]. מחקרים מראים, כי קבוצת ההורים המטפלים שונה במרכיב זה משאר בני גילם, מאחר שגם בזקנתם הם נדרשים להמשיך ולתמוך בילדיהם [11,14]. לכן, יש להניע את המשפחות לדון בבעיה זו בשלב מוקדם יותר, ולזיזם חלופות תמיכה לחולים אלה.

Kaufman וחב' [15] ו-Lefley ו-Hatfield [10] מציעים את המושג "תכנון קבע לחיים" (Permanency planning, Life planning). הרעיון הוא, שיש צורך בחשיבה מוקדמת על הצרכים והמענים עבור בן משפחה המתמודד עם מחלת נפש קשה לכל חייו, תוך התחשבות בשינויי החיים הצפויים. בתהליך זה, על כל משפחה להעריך יחד עם אנשי מקצוע את הנדרש לעתיד בכל ההיבטים המעשיים והיבטי התמיכה. זהו תהליך מתבקש בכל המצבים של התמודדות עם נכות או קשיים קוגניטיביים של אדם בתוך משפחה.

Lefley ו-Hatfield [10] מציעים תוכנית מפורטת, הכוללת חלק מעשי וחלק פסיכו-סוציאלי. הראשון נוגע בכסף, מגורים וטיפול והשני את אתגרי ההתמודדות של ההורה המטפל, כולל עיבוד סוגיות כמו הכחשת ההזדקנות, שחרור הבן או הבת מטיפול, פרידה ועוד. למטופלים תהליך מוקדם עדיף, לדעת המחברים, ממכלול סיבות וביניהן "יספק למטופל שליטה מסוימת על איכות חייו לאחר פטירת ההורה המטפל... מחלת ההורה המטפל היא הזדמנות לגדילה וחשוב להשתמש בפוטנציאל ההתפתחות הזה כדי לסייע למטופל להתקדם." (עמוד 373).

שני החולים במאמרנו היו בטיפול המירפאה במשך שנים ללא יוזמה של התערבות מאורגנת דיה מצד הצוות או המשפחה. בשלב שבו קרתה ההתערבות הסוגיות שנדונו היו בעיקר מעשיות ומכוונות תפקוד. סוגיית הדיור הייתה מרכזית וראשונה בשני

ביבליוגרפיה

1. *Anthony W, Recovery from Mental Illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990's. Psychosoc Rehabil J, 1993; 16(4):11-23.*
2. *Aviram U, Zilber N, Lerner Y & Popper M, Chronically mentally ill persons in Israel: Estimating their numbers and characteristics. Soc Secur, 1998;53:92-105 (Hebrew).*
3. *Aviram U, Promises and pitfalls on the road to a mental health reform in Israel. Isr J Psychiatry, 2010; 47:3:171-183.*
4. *בריאות הנפש בישראל, שנתון. סטטיסטי 2012, משרד הבריאות. 2013, ירושלים, תשע"ג*
5. *Aviram U, The Reform of Rehabilitation in the Community of Persons with Psychiatric Disabilities: Lessons from the Israeli Experience. Comm Ment Health J, 2017 53:550-559. doi: 10.1007/s10597-016-0058-7. Epub 2016 Oct 13*
6. *שליו ע' רישור ר', צורכי בני משפחה של אנשים הלוקים במחלות נפש: עזרה במסגרת שירות ייחודי למשפחות במרכז לבריאות הנפש באר שבע - מית"ל. הרפואה 2016. 155: 749-752*
7. *Smith GC, Hatfield AB & Miller DC, Planning by older mothers for the future care of offspring with serious mental illness. Psychiatr Serv, 2000;51:1162-6.*
8. *Smith GC, Patterns and predictors of service use and unmet needs among families of adults with severe mental illness. Psych. Serv. 2003;54:87 1-7.*
9. *Jones D, Harvey J, Giza D & al, Parental death in the lives of people with serious mental illness. J Loss Trauma 2003;8,4:307-322.*
10. *Lefley HP & Hatfield AB, Helping parental caregivers and mental health consumers cope with parental aging and loss. Psychiatr Serv, 1999;50;3:369-375.*
11. *Goodman DM, Parenting an adult mentally retarded offspring. Smith College Studies in Social Work 1978: 48, 209-223.*
12. *Stein CH & Wemmerus VA, Searching for a normal life: Personal accounts of adults with schizophrenia, their parents and well siblings. Am J Comm Psychol, 2001:29,5;725-746.*
13. *Shamsaie F, Cheraghi F & Bashirian S, Burden on family caregivers caring for patients with schizophrenia. Iran J Psychiatry, 2015;10:239-45.*
14. *Brubaker E & Brubaker TH, Caring for adult children with mental retardation: Concerns of elderly parents. In K. Roberto (Ed.), The elderly caregiver: Caring for adults with developmental disabilities (pp. 51-60). 1993. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.*
15. *Kaufman AV, Scogin F, MacNeil G & al, Helping*
- aging parents of adult children with serious mental illness. *J Soc Res, 2010 36:445-459.*
16. *Greenberg JS, The other side of caring: Adult children with mental illness as supports to their mothers in later life. Soc Work 1995;40,3:414-423.*
17. *Hatfield AB & Lefley HP, Future involvement of siblings in the lives of persons with mental illness. Comm Ment Health J, 2005;41:327-338.*
18. *Lukens EP, Thorning H, Lohrer SP & al, How siblings of those with severe mental health illness perceive services and support. J Psychiatr Pract 2002;8:354-364.*
19. *Pejlert A, Being a parent of an adult son or daughter with severe mental illness receiving professional care: Parents' narratives. Health Soc Care Comm 2001;9:194-204*

כרוניקה

טיפול מונע לפני השיפה אפשרית לאידס



מין עם גברים, בקרב גברים הטרוסקסואלים בסיכון גבוה ובקרב מזריקי סמים המשתפים מזרקים. יעילות ההגנה הייתה כ-90%, והייתה תלויה במידת ההצמדות להנחיות נטילת התרופות. התרופות הן בטיחותיות ונסבלות היטב, ורק 2% הפסיקו את הנטילה עקב השפעות לוואי.

כמו כן נמצא, כי בקרב נוטלי התרופות למניעת איידס קיימת שכיחות גבוהה של הדבקות במחלות מין אחרות. התפתחות עמידות לתרופות אלה נדירה (0.1%) והיא מתרחשת בעיקר כאשר רושמים תרופות אלה לאנשים שהיו כבר מודבקים בנגיף, אך האבחון במעבדה לא גילה את ההדבקה. מצב זה עלול להתרחש כאשר ההדבקה מתרחשת תוך 7-10 ימים מביצוע התבחין.

המחברים ממליצים לפתח שיטות לזהות אנשים בסיכון גבוה לחשיפה לנגיף, להבטיח שתהיה להם נגישות לתרופות המונעות, ולהגביר את ההקפדה על נוהלי נטילתן.

איתן ישראל

כל שנה נדבקים כשני מיליון איש באידס ברחבי העולם. נטילת נוגדי נגיפי רטרו לאחר החשיפה צריכה להתבצע במהירות האפשרית כדי למנוע הדבקה. המומחים מעריכים, כי נטילת התרופות תוך שעה עד שעתיים מהחשיפה תמנע הדבקה ואפילו הופעת נוגדנים לנגיף. פרק זמן קצר זה משמעותי בחשיפות תעסוקתיות, בבתי חולים או מרפאות, שבהם התרופות זמינות ורופא מסוגל יכול לספק אותן מיד. לקבוצות בסיכון מוגבר מוצע ליטול תרופות למניעה בטרם חשיפה אפשרית, ומדובר בשילוב של טנופוביר דיסופרוקטיל פומאראט (TDF) ואמטריסיטבין, הניתנים בגלולה אחת ליום. הוכח כי טיפול זה מונע הדבקה בנגיף, אך בארה"ב, פחות מ-20% מהאנשים הזקוקים לו אומנם נוטלים את התרופות.

רידל וחב' (JAMA 2018;319:1261) ערכו סקירת ספרות בנושא ואיתרו ארבעה ניסויים מבוקרי אינבו אקראיים שמצאו הפחתה משמעותית בהדבקות באידס בגברים המקיימים יחסי