

להתיר את הכבלים מחסרי הישע

קשירה של אדם בכפייה פירושה שללא משפט נשללת חירותו הבסיסית ביותר לתנועה. על כן יש לאסור קשירות של מאושפזים, בעיקר קשישים הסובלים מדמנציה

יסכה כהן־מנספילד

לאחרונה התקשרה אלי בעלת תואר שני העובדת במוסד סיעודי ומ' עוניינת לעשות דוקטורט. יש לה נושא לדוקטורט, כך אמרה לי: הכנת שאלון שיעזור להחליט מהם הקריטריונים הדורשים קשירה במוסד סיעודי. נדהמת. הספרות המקצועית גורסת כבר עשרות שנים שאין לקשור בני אדם, וקשישים בפרט, ושנוהג הקשירות הוא פסול מעיקרו. יש להבהיר, קשירה פירושה שללא משפט שולל מוסד מאדם את חירותו הבסיסית ביותר לתנועה על לא עוול בכפו. קשירה פירושה שהאדם קשור למיטה או כבול לכיסא גלגלים (בעיקר באמצעות מגש) או שתנועתו מוגבלת על ידי הצוות הרפואי באופן אחר. במקור היתה הקשירה מיוערת להגן על קשישים תשושים מפני נפילות, שכן אלו עלולות להיגרם בעיקר בשל הפרעות שיווי משקל, סחרחורות, שינויי לחץ דם, חושך, היתקלות בחפצים/שטיחים וכדורי שינה מטשטשים. אולם מחקרים הראו שהיא אינה מפחיתה שברים מנפילות, ויתר על כן, עלולה לגרום לפציעות קשות יותר, ירידה בתפקוד יומיומי ולתופעות מסכנות חיים. למשל, אם אדם ינסה להשתחרר מהקשירה בכיסא, סביר להניח כי הוא ייפול חזק יותר, או שיפול עם הכיסא עליו. אם הוא קשור למיטה וישנם סורגים בצדדים, ייתכן כי הוא ינסה לטפס מעל לסורגים וייפול מגובה רב יותר.



זכורני שבתחילת דרכי כחוקרת דמנציה, באמצע שנות השמונים, ערכתי מחקר שבמסגרתו נאלצתי להגיע למוסד סיעודי בארבע בבוקר. בתוך הרממה נשמעו זעקותיה של אשה שבמשך היום לא יכלה לומר מילה ברורה עקב דמנציה מתקדמת, אך בלילה זעקה כיוון שביקשה להיחלץ מקשירתה. זעקה זו חרותה בי עד היום. המחקר הוא מצא בין השאר כי לאחר קשירות עולה תדירות הבעיות ההתנהגותיות כגון חוסר שקט מוטורי, צעקות ותוקפנות. במחקר אחר שערכתי עם קולגות לפני שנים ספורות ראינו רופאים העוברים במוסדות סיעודיים בארץ לגבי האופן שבו טיפלו באדם הסובל מדמנציה ובעיות התנהגותיות; 22% דיווחו שהורו לקשור את המטופל.

הסובלים מדמנציה – ירידה משמעותית בתפקוד הקוגניטיבי ובתפקוד היומיומי המתרחשת לרוב בזיקנה – הם אחת הקבוצות החלשות וחסרות הקול באוכלוסייה. כיום ניתן לערוך מחקר על אנשים אלה רק אם הם נתנים הסכמה מדעת, או שאפוטרופוס שמינה בית המשפט נותן אותה. מטבע הדברים, אנשים שיש להם דמנציה מתקדמת אינם יכולים לתת הסכמה מדעת, ולרוב אין להם אפוטרופוס. אך חשוב לציין כי כיום מחקרים רבים אינם מסכנים את המשתתפים, ורק בודקים את מצבם הרפואי והטיפול בהם, או מנסים לשפר את איכות הטיפול בהם. בשל הדרישה להסכמה מדעת, לרוב לא נעשים מחקרים בחולי הדמנציה והם נעלמים תחת מסך של שתיקה.

מה אפשר לעשות? בתור התחלה, יש לאסור קשירות, בייחוד במוסדות סיעודיים שבהם מאושפזים קשישים דמנטיים. אולם בכך לא די. המטפלים במוסדות הסיעודיים זקוקים להדרכה שבה ילמדו לטפל בקשישים דמנטיים מבלי להזדקק לקשירה, שכן לעתים זו נראית להם דרך הטיפול הנכונה למניעת נפילות. יש ללמדם כי מעשה הקשירה אינו מוסרי ויש למצוא מראש פתרונות מונעי נפילה, או פתרונות לאחר נפילה – כמו למשל שימוש במזרון בצמוד למיטה. המדינה צריכה להקצות משאבים לטובת הדרכה זו, כמו גם לקידום פעילויות ועניין בקרבם של הקשישים המאושפזים כדי שלא יהיו חסרי שקט עקב שעמום, בדידות, חוסר נוחות וכאב. משאבים אלו עשויים למנוע סבל מאוכלוסייה חסרת ישע שלרוב אין לה כלים להשמיע את זעקתה וגם לשפר את איכות חייה.

יסכה כהן־מנספילד היא פרופ' מן המניין בחוג לקידום בריאות בבית הספר לבריאות הציבור וראש מרכז מינרבה לחקר בינתחומי של סוף החיים באוניברסיטת תל אביב