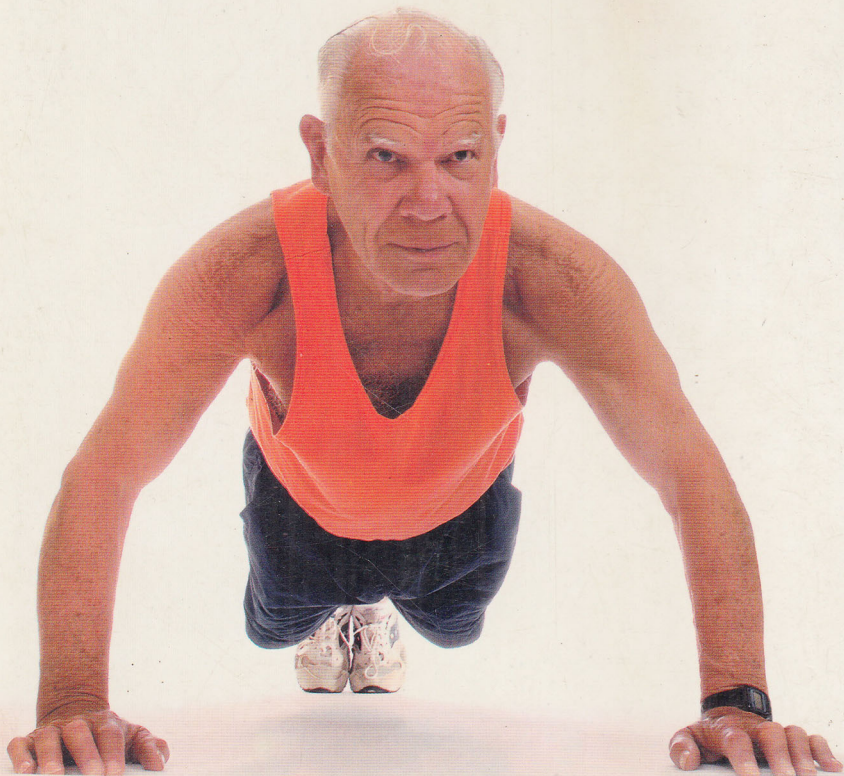




التصدي للشيخوخة

الشباب الدائم وسواه من الأوهام الخطيرة



دراسة شاملة حول الشيخوخة
وأوضاع المسنين

د. موريل ر. غيليك

التصدّي للشيخوخة

الشباب الدائم وسواه من الأوهام الخطيرة

يتضمن هذا الكتاب ترجمة الأصل الإنكليزي

The Denial of Aging

Copyright © 2006 by the President and Fellows
of Harvard College

All rights reserved

حقوق الترجمة العربية مرخص بها قانونياً من الناشر

First Harvard University Press

بمقتضى الاتفاق الخطي الموقع بينه وبين الدار العربية للعلوم ناشرون ، ش . م . ل .

Arabic Copyright © 2008 by Arab Scientific Publishers, Inc. S.A.L

التصدّي للشيخوخة

الشباب الدائم وسواه من الأوهام الخطرة

دراسة شاملة حول الشيخوخة
وأوضاع المسنّين

د. موريل ر. غيليك

دكتورة في الطب



الدار العربية للعلوم ناشرون
ش.م.ل
Arab Scientific Publishers, Inc. S.A.L

الطبعة الأولى
1429 هـ - 2008 م

ردمك 978-9953-87-322-0

جميع الحقوق محفوظة للناشر

الدار العربية للعلوم ناشرون
Arab Scientific Publishers, Inc. S.A.L



عين التينة، شارع المفتي توفيق خالد، بناية الريم
هاتف: 786233 - 785108 - 785107 (+961-1)

ص.ب: 13-5574 شوران - بيروت 1102-2050 - لبنان

فاكس: 786230 (+961-1) - البريد الإلكتروني: bachar@asp.com.lb

الموقع على شبكة الإنترنت: <http://www.asp.com.lb>

يمنع نسخ أو استعمال أي جزء من هذا الكتاب بأية وسيلة تصويرية أو إلكترونية أو ميكانيكية بما فيه التسجيل الفوتوغرافي والتسجيل على أشرطة أو أقراص مقروءة أو أية وسيلة نشر أخرى بما فيها حفظ المعلومات، واسترجاعها من دون إذن خطي من الناشر.

إن الآراء الواردة في هذا الكتاب لا تعبر بالضرورة عن رأي الدار العربية للعلوم ناشرون

التضيد وفرز الألوان: أبجد غرافيكس، بيروت - هاتف 785107 (+961-1)
الطباعة: مطابع الدار العربية للعلوم، بيروت - هاتف 786233 (+961-1)

المحتويات

- 7 مقدمة
- 17 1 - قليلٌ من الوقاية؟
- 45 2 - عندما يكون القليل كثيراً
- 71 3 - القيام بالخطوة الصحيحة عند اقتراب النهاية
- 97 4 - مساوئ برنامج الرعاية الطبية Medicare
- 129 5 - هل دار رعاية المسنين جزءٌ من مستقبلك؟
- 167 6 - العيشُ المعان: نعمةٌ أم نقمة؟
- 203 7 - إغواء البقاء
- 231 8 - الاستفادة القصوى من سنوات التقاعد
- 257 خاتمة

مُقَدِّمَةٌ

مع الصور الفوتوغرافية لزوجته وأطفاله وأحفاده، احتفظ إريك براون بصورة مذهلة لنفسه حين كان شاباً. كان بكل تأكيد رياضياً من رياضيي كمال الأجسام، قبل زمنٍ طويلٍ من رواج رياضة رفع الأثقال. أبرزت الصورة مريضٍ وهو يرتدي سروالاً رياضياً قصيراً ملتصقاً بالجسم ولا شيء غيره، وقد نثى عضلات ذراعيه القوية وهو يتسم. ذاك رجلٌ قام بكل شيءٍ على نحوٍ صحيح: فقد درس بجدٍّ وكان ناجحاً في المدرسة، ودفع بنفسه بعيداً عن حالة البؤس والإهمال المدني إلى جامعة المدينة في نيويورك ومن هناك إلى كلية الطب. وخلال كل سنوات تدريبه الطبي كطبيبٍ متمرنٍ، ثم كطبيبٍ مقيمٍ، ثم كطبيبٍ متخصصٍ في الحساسية (الأرجية)، كان يركض يومياً مسافة ميلٍ على الأقل، وكان يرفع الأثقال، ويتبع نظاماً غذائياً قليل الدهون وقليل الكولستيرول وكثير الألياف، مقاوماً إغراءات الآيس الكريم ورقائق البطاطا التي كانت بمثابة وجبات التدليل لعائلته، وزملائه، وأطفاله على التوالي. وكان يدرّب عقله جنباً إلى جنب مع جسده، فقد كان قارئاً متحمساً واستمر في ممارسة الطب حتى عمر الثامنة والسبعين، حين أصيب بسكتته الدماغية الأولى.

عندما التقيت الدكتور براون لأول مرة، كان في العقد الثامن من عمره، وكان قد أصيب بعدة سكتات دماغية إضافية. كان التأثير الإجمالي لإصابته بهذه السكتات المتتابة أنه كان مشلولاً عملياً؛ لم يكن بإمكانه أن يرفع يده ليحكّ جلده أو يطلب رقماً هاتفياً. كانت رجلاه ضعيفتين جداً بحيث إنه احتاج إلى المساعدة ليتقلّب من جنبٍ إلى جنبٍ في

السريـر. وكان توازنه ضعيفاً جداً بحيث إنه عندما كان يجلس على كرسي - وهو أمرٌ لم يكن يفعله لفترات طويلة لأنَّ ظهره وعنقه كانا يؤلمانه - كان لا بدّ من إسناده بوسائد، واستخدام حزامٍ للبطن لتثبيتته فعلياً في مكانه.

بعد سكتته الدماغية الأولى ولكن قبل الأخيرة، عاش الدكتور براون في بيتٍ به مقدّمو رعاية على مدار الساعة. في البداية، كانت لديه مساعدةٌ واحدة تقيم في البيت في غرفتها الخاصة، وتضمّنت خدماتها مساعدته على النهوض صباحاً، وتحضير وجبات طعامه، ووضعه في السرير ليلاً. وبعد السكتة الدماغية الثانية، تطلّب الأمر شخصين لمساعدته على الجلوس على الكرسي أو استخدام المرحاض، ولهذا فقد وظّف مساعدةً أخرى مقيمة في البيت. ولكنه بعد ذلك بدأ يستيقظ خلال الليل طالباً العون ومشوشاً نوم مساعديه. وقرّرت عائلته أن المقاربة الأفضل هي أن تكون هناك مناوبات رعاية متعددة خلال كامل ساعات اليوم. وبعد سكتته الدماغية الثالثة، كانت لديه ممرضة ومساعدتان لها لكل مناوبة من المناوبات الثلاث التي استمرت كل منها ثماني ساعات لسبعة أيام في الأسبوع. كانت كلفة هذا التنظيم الحياتي استثنائية. لذا، وبعد بضعة أشهر، انتقل إلى دار لرعاية المسنين وكنت أنا طبييته.

كان الدكتور براون رجلاً استثنائياً. وقد أكّدت لي ابنته أنه بالإضافة إلى كونه طبيباً ممتازاً وزوجاً مخلصاً، فلقد كان والداً رائعاً. كان يهب المال للجمعيات الخيرية، كما كان يملك حسّاً فكاهياً. لم يكن يشرب الخمر أو يدخّن، ومع ذلك فقد عاش لخمس سنوات في حالةٍ كان ينظر إليها أكثر فأكثر على أنها غير مُحتَمَلة. كان عالماً على غيره أكثر من الطفل الرضيع - وكان من الصعب جداً على الآخرين أن يحمّموه أو

يلبسوه ثيابه لأنهم لم يتمكنوا ببساطة من رفعه - وقد كان مدركاً لحالته على نحوٍ مؤلم.

ربما كان الدكتور براون سيُصاب بسكتته الدماغية الأولى قبل عشر سنوات من إصابته الفعلية بها لو أنه لم يمارس التمارين الرياضية، ولم يتَّبِع نظاماً غذائياً جيداً. فكما تُبَيِّن قصة جيم فيكس - عداء الماراثون الذي مات من جراء نوبة قلبية في سنِّ الثانية والخمسين - يمكن لتغيير أسلوب الحياة أن يوازن فقط الاستعداد الجيني (الوراثي). سنحِبُّ أن نفكِّر أننا لو تناولنا وجبات مغدِّية ومارسنا الرياضة بإخلاص، فسنكون قادرين على إبعاد خطر الشيخوخة. ولكن عندما نؤمن بأننا سنبقى شباباً إلى الأبد، وعندما نشترى فيتامينات خاصة وأعشاباً وغير ذلك من الكيمياءات المعززة للشباب من أجل إطالة أعمارنا، فنحن ننهمك في إنكار هائل.

ينفق الأميركيون أموالاً طائلة تُقدَّر بستة مليارات دولار سنوياً على العقاقير المضادة للشيخوخة. إذ يتلعب مواليد الفترة الواقعة بين 1946 و1964 والناس الأكبر سنّاً حُبوباً ومكمّلات غذائية يُزعم أنها تمنع المرض، وتشفى الداء، وتعزِّز طول العمر. إنّ صناعة الأدوية والمكمّلات هي غير منظّمة إلى حدِّ كبير، ما دفع بأحد أعضاء مجلس الشيوخ - رئيس لجنة مجلس الشيوخ الخاصة بالشيخوخة - إلى المبادرة بإجراء تحقيق دقيق حول ضروب الاحتيال الخاصة بالعقاقير المضادة للشيخوخة. وقد أسفر تحقيقه عن دليل طاغ عن عدم فاعلية الجرعات في أحسن الحالات، وعن ضررها في أسوأ الحالات؛ وعن تبديد استثنائي للمال إجمالاً.

نحن ننفق أيضاً مبلغاً باهظاً من المال لإخفاء العلامات المميّزة لكبر السن. إنّ استعمال صبغة الشعر هو كليّ الوجود بحيث إنني لم

أستطع أن أعثر على أي تقديرات لمقدار المال المُنفق على إخفاء الشيب. كما أنّ حُقن البوتوكس لإزالة التجاعيد هي إضافة جديدة لمجموعة الوسائل المعززة للشباب. تندرج حقن البوتوكس في قائمة التقنيات الميكانيكية المتزايدة لإخفاء كبر السن، مع عملية شدّ الوجه؛ وهي طريقة جراحية هامة لتقليل التجاعيد، وشفط الشحوم؛ وهو علاجٌ جراحي للدهن الزائد.

أما الإنفاق على الكتب الخاصة بمقاومة الشيخوخة فهو متواضع عند مقارنته بالإنفاق على الحبوب والحقن، ولكن من اللافت أنّ عدد الكتب التي تزعم قدرتها على منع الشيخوخة يتجاوز إلى حدّ كبير عدد الكتب التي تهتم بمعالجة مشاكل الشيخوخة وكيفية التغلب عليها بنجاح. إنّ زيارةً إلى المكتبة العامة أو متجر الكتب أو أي مؤسسة لبيع الكتب على شبكة الإنترنت تكشف عناوين مثل كن أصغر سنّاً، وعش عمراً أطول: 10 خطوات لعكس الشيخوخة وإيقاف الشيخوخة الآن! الخطة المطلقة للبقاء شاباً وعكس عملية التقدم في السن. يتم نصح القراء بأن يتحدثوا كبر السن. حين طبعت كلمتي anti-aging (مضاد للشيخوخة) في خزانة البحث لمحرّك البحث غوغل، حصلت على 227,000 موقع. ولكنّ الادّعاءات القائلة بأننا يمكن أن نبطئ أو نمنع أو نعكس التقدم في السن هي مزاعم وُجدت منذ آلاف السنين وهي زائفة اليوم بقدر ما كانت في الماضي.

يتوق الأميركيون المعاصرون إلى منع أو إزالة أو على الأقل إخفاء كبر السن، ويؤمنون بأنهم سينجحون في ذلك من خلال تمسّكهم بالاعتقاد بأنهم يستطيعون التحكّم بقدرهم. ولكن الهوس بالشباب لم يكن سائداً دوماً، رغم وجود الباحثين عن البقاء دوماً. لقد كانت أميركا

في الفترة التالية مباشرة للحرب الثورية مُحِبَّةً للشيخوخة قطعاً. ففي القرن السابع عشر، كان الشعر المستعار الأبيض هو الموضة السائدة للرجال، لأنَّ الناس أرادوا أن يبدوا متقدمين في السن. كما أنَّ المقاعد في دور العبادة الخاصة بالبروتستانت في نيوانغلند في نفس الفترة عكست منزلة المسنِّين؛ فأفضل المقاعد كانت تُحجَّز لهم. وفي حين أنَّ هناك بعض الجدل بشأن الفترة الدقيقة التي تحوَّل فيها وقار الشيب فجأةً إلى ازدراء، إلا أنَّ هناك إجماعاً بأنَّ التحوُّل كان كاملاً بحلول العام 1820. أحدثت القوانين والأنظمة المتعاقبة حدوداً أوضح بين المسنِّين والشباب. كان التأمين الاجتماعي وبرنامج الرعاية الطبية Medicare لاحقاً مفيدَين في تزويد المسنِّين بالمساعدة التي هم في أمسِّ الحاجة إليها، ولكنهما لعبا دوراً أيضاً في تعزيز تقسيم المجتمع إلى فئة شابة منتجة وأخرى مسنَّة متقاعدَة.

جلبت العقود الأخيرة من القرن العشرين اهتماماً متجدداً بالشيخوخة الإيجابية. أيدت بيتي فريدان في كتابها *ينبوع العمر* **The Fountain of Age** مهنةً ثانية للمتقاعدين. ونشرت مجلة *النضوج الحديث Modern Maturity*، وهي مجلة الجمعية الأميركية للمتقاعدين، صورةً لمتقاعد يلعب الغولف ويكثر من الأسفار وهو يتباهى بنفسه في شقته الخاصة في مجمَّع سكني ممتاز للمتقاعدين. وفي حين أنَّ الاعتراف بإمكانيات كبر السن هو أمرٌ جديرٌ بالثناء، إلا أنَّ السلالة الجديدة من محبِّي الشيخوخة تميِّز نوعاً واحداً فقط من الشيخوخة، تلك المتَّسمة بالنشاط والصحة الجيدة. والواقع أنَّ فريدان تذهب إلى حدِّ إنكار وجود داء الزهايمر فعلياً. وهي تعزو الارتباك والتهيان لدى المسنِّين حصرياً إلى تأثيرات الأدوية أو الرعاية المُبتَسرة (المبكرة) من قِبَل المنظمات والجمعيات والمؤسسات.

والحقيقة أن العمر المتقدم جداً هو أمرٌ محتملٌ بالنسبة للعديد منا: فمتوسط العمر المتوقع عند سنّ الخامسة والستين هو 19.2 سنة للنساء الأمريكيات و15.9 سنة للرجال الأمريكيين. ويرجح أن تكون بعض هذه السنوات مشوّهة بضعف جسدي، أو ضعفة معرفية، أو كليهما. وإضافة إلى ذلك، سيكون هناك عدد هائل من المُسنّين في العقود القادمة. ففي العام 2030، سيكون هناك 70 مليون شخص في أميركا فوق سنّ الخامسة والستين، بمن فيهم 8.5 مليون شخص فوق سنّ الخامسة والثمانين. نحن نعرف هذا يقيناً لأنّ هؤلاء الناس هم اليوم أحياء بالفعل. ما لم يحدث تدهور رئيسي في الصحة العامة (كما حدث في روسيا) أو ينتشر وباء جديد (مثل الإيدز، ولكنه يصيب المُسنّين بصورة رئيسية)، فإمكاننا أن نتوقع بثقة عدد الناس الذين سيقون على قيد الحياة حتى سنّ كبيرة. إنّ الزيادة الهائلة في عدد المُسنّين، وخاصةً الطاعنين في السنّ منهم، ستُحدث تنوعاً من التحديات. وسيتم استحداث هذه التحديات جزئياً بسبب التكاليف المرافقة لتوسيع مقاربتنا الحالية الخاصة بالرعاية الطبية لتشمل هذه الفئة الكبيرة، وأيضاً بسبب الحاجة إلى إيجاد مقدّمي رعاية لملايين الناس الذين سيتطلّبون مساعدة لأداء نشاطات الحياة اليومية الأساسية. وستدفعنا الأرقام المحضّة إلى طرح سؤال تجنّبنا في الماضي طرحه، مصرّين على أنّ الأمر كله هو مسألة خيار شخصي: ما هي المقاربة الصحيحة الخاصة بالرعاية الطبية لأولئك الذين شارفت حياتهم على الانتهاء؟

بدلاً من معالجة هذه المسائل الصعبة، اخترنا أن نهمك في إنكار جماعيّ للشيخوخة. فنحن سنفضّل الاعتقاد بأنّ معظم الناس يمكنهم أن يتجاوزوا الشيخوخة برمتها؛ منتقلين مباشرة من خريف العمر (الذي هو بحدّ ذاته امتداد للشباب) إلى الموت، ومفضّلين الموت أثناء النوم. نحن

نضع إيماننا بالتمارين الرياضية والحمية كوسيلة لضمان شيخوخة صحية ونشيطة، رغم أن العديد من بلايا الشيخوخة الرئيسية لا يمكن منعها من خلال التمارين الرياضية أو الحمية.

الإنكار مفيدٌ أحياناً؛ إذ يمكنه أن يساعدنا في مواجهة الحقائق التي لا تُحتمل بنجاح. ولكن في حالة الشيخوخة، هناك عواقب ضارة للاعتقاد الواسع الانتشار بالشباب الدائم أو طول الحياة. وإذا وصلنا كمجتمع إنكارنا لحقائق الشيخوخة، فسنبذّر ثروتنا على اختبارات التقصّي غير الفعالة والمكلفة وعلى علاج باهظ الثمن وعديم الجدوى أساساً قرب نهاية العمر. وعندها لن يكون لدينا ما يكفي من المال لتوفير الرعاية المفيدة. وإذا افترضنا أن داء ألزهايمر سيتمّ علاجه، وأنّ العجز الجسدي سيُقضى عليه في المستقبل القريب، فلن يكون لدينا حافز لتطوير تسهيلات رعاية طويلة الأمد تركّز على تمكين قاطنيها من عيش حياة مُرضية بالرغم من عجزهم. وإذا افترضنا أن التمارين الرياضية والحمية ستمنع المرض المزمن، فسنفشل في أن نأخذ بجديّة الحاجة إلى نموذج جديد جذرياً للرعاية الطبية يكون على مستوى مهمة العناية بالمرضى الذين يعانون من أمراض مزمنة. لن نهتم بأن نبدأ بدراسة دقيقة رئيسية لبرنامج الرعاية الطبية Medicare يتمّ فيها دمج النموذج الجديد. وإذا وضعنا إيماننا في عقاير تؤمّن لنا البقاء، فسنهمل تمويل الأبحاث الخاصة بالحالات الواقعية مثل الضمور البقعي (السبب الرئيسي للضعف البصري لدى المسنّين الأميركيين) وترقق العظم (المشكلة الطبية الأولى لدى المسنّين ومصدر رئيسي للألم وعدم الحركة)، والاضطرابات التي تُضعف نوعية الحياة للملايين من الناس.

وفي نفس الوقت، نحن بحاجة لأن نقدّر أنّ المسنّين ليسوا مجموعة متجانسة. فهم يشملون المسنّين الأقوياء، أي أولئك المستقلّين

والنشيطين رغم أنهم قد يكونون مختلفين من ناحية التشخيص وبحاجة إلى تناول حبوب متنوعة للبقاء مُعافين. وهناك أيضاً المسنون الضعفاء، أي الأفراد الذين يعانون نموذجياً من اضطرابات متعددة متفاعلة، وهي مشاكل تتعاون معاً لتجعلهم معتمدين على غيرهم في بعض من وظائفهم الأساسية مثل الاستحمام أو ارتداء الثياب. يملك المسنون الضعفاء ذخيرة محدودة؛ فقلوبهم ورتاتهم وكلاهم قد تعمل جيداً بما يكفي لتسمح لهم بتدبير أمورهم على أساس يومي، ولكن يمكن لإجهاد ثانوي إلى حد ما مثل عدوى تنفسية أو تناول دواء جديد أحياناً أن يدفع بهم إلى مرض وخيم. يشمل المسنون أيضاً أولئك المصابين بالخرف، وهو مرضٌ يتضمّن مجموعة من التشخيصات تشمل داء ألزهايمر والخرف الوعائي وحالات أخرى بأسماء مثل داء ليوي بادي Lewy Body disease وداء بيك Pick's disease، وجميعها أمراضٌ تصاعديّة ومميّزة في النهاية. يحتاج المصابون بالخرف إلى المساعدة ليتدبروا عيشهم في العالم: فهم بحاجة إلى مساعدة في الطهو والتسوق، وأيضاً في نشاطات أساسية أكثر مثل استخدام الحمام. وهم غالباً لا يكونون في أمان إذا ما تركوا دون إشراف، وكما هو الحال مع المسنين الضعفاء، فهم أيضاً يعانون من الهشاشة؛ إذ إنهم عرضة لدرجات أكبر من الارتباك والتشوش عند أقلّ تحريض. ومن بين المسنين هناك أيضاً أولئك الذين يعانون من الضعف والخرف معاً، أي الذين يعانون من ضعفة في أجسادهم وعقولهم على حدّ سواء. تعاني هذه المجموعة من جميع مشاكل المسنين الضعفاء، بالإضافة إلى احتياجات الخرفين. وأخيراً، يشمل المسنون أولئك الذين شارفت حياتهم على نهايتها، والذين يُتوقّع موتهم ضمن أشهر بغضّ النظر عن حجم العلاج الطبي الذي يتلقونه.

إنّ تمييز الحالات الصحية المتنوّعة بين المسنين هو أمرٌ حاسم

لأنّ الصحة الداخليّة هي عامل محدّد هام لاحتياجات الناس. الخيارات انتقادية؛ إذ يتفاوت الناس في درجة احتمالهم للألم، كما يتفاوتون في احتمالهم للانزعاج أو الشك أو العجز. يتم تشكيل الخيارات إلى حدّ كبير من خلال القيم التي تعكس بدورها العرق والديانة بالإضافة إلى الشخصية. ولكن يتم تشكيل الخيارات أيضاً من خلال الواقع الجسدي، وبالتالي فإنّ فهم عاقبة المرض وما يمكن أن يؤوّل إليه هو أمر هام بقدر أهمية البيئة الثقافيّة والطبقة الاجتماعيّة في تقرير حجم الرعاية الطبيّة ونوع الرعاية الذي يبدو معقولاً لشخص معين.

تشتمل الشيخوخة الجيدة على ما هو أكثر من الصحة الجسديّة. حياة الفرد العاطفيّة والروحيّة والاجتماعيّة هي مهمة بقدر صحته. كما أنّ البيئّة هي من الأمور الحاسمة أيضاً؛ أي البيت والمجتمع الذي يعيش فيه الفرد. أما العامل المحدّد الأساسي للشيخوخة الجيدة فهو القدرة على استمداد معنى من الحياة، حيث تعمل كل العوامل الأخرى (الصحة، وحُسن الحال العاطفي، والمأوى، وما إليه) على تسهيل منح إحساس بالهدف والانتماء والاستمراريّة.

أحاول في هذا الكتاب أن أضع الأساس لشيخوخة مرضيّة بدراسة بعض من أهم المجالات التي تؤثر على كل مجموعة من المسنّين؛ أي رعايتهم الطبيّة ومكان سكنهم وكيف يجدون معنى في حياتهم. ولكل مجموعة من فئة المسنّين - الأقوياء، والضعفاء، والمشرّفين على الموت - سأسأل ما الصواب وما الخطأ في المقاربة الحاليّة. ومن خلال قصص مرضاي وعائلتي، وهي قصص تشمل كل مجموعات المسنّين من الأقوياء إلى المشرّفين على الموت، ستبدأ بعض الإجابات بالظهور. الأخبار السارة هي أنّ أميركا تمتلك المعرفة والموارد والقدرات المبدعة اللازمة للنهوض بأعباء المسنّين على نحو ملائم ووافٍ.

ولكننا بحاجة لأن نتصرّف الآن كي نضمن أنّ التغييرات الضرورية سيتم تنفيذها حين يبلغ مواليد الفترة الواقعة بين عاميّ 1946 و1964 مرحلة الشيخوخة. نحن بحاجة لأن نغيّر توقعات المرضى في ما يتعلق بالأطباء، وتحديدًا في مجال الوقاية والحفاظ على الصحة، لتتوافق أكثر مع ما تعلّمناه من الطب المستند إلى الأدلة. نحن بحاجة لأن نغيّر سلوك الأطباء كي نضمن أن المرضى المسنّين تتمّ معاملتهم وفقًا لقواعد طبّ الشيخوخة. يجب علينا جميعاً - أطباء ومرضى وأقرباء - أن نتعلّم متى يجب أن نتوقّف. يجب أن يُدرّس برنامج الرعاية الطبية Medicare دراسة دقيقة جوهرية، لا أن يتم توسيعه فقط ليوفّر تغطية شاملة للعقاقير الموصوفة، من أجل أن نفي باحتياجات أولئك المصابين بأمراض مزمنة. أما دور رعاية المسنّين التي تأوي حالياً 1.6 مليون شخص والتي ستستمر في تزويد أكثر المسنّين احتياجاً وعجزاً بالعناية، فيجب أن يتم تحويلها من مؤسسات إلى بيوت. كما يجب تعزيز العيش المُعان - وهو الطريقة المثالية من حيث المبدأ لموازنة الحاجة إلى الرعاية والرغبة في الاستقلالية لدى المسنّين - ليفي بالآمال المعقودة عليه. أما برنامج الأبحاث العلمية فيجب أن يركّز على المشاكل التي تؤثر على نوعية حياة المسنّين. ويجب أن نعمل على تطوير نوع المجتمع - أكثر جماعية وأقل فردية - الذي سيتيح للمسنّين أن يزدهروا. وحالما نتخلّى عن أسطورة الشباب الدائم وطول الحياة، ستمكن من القيام بالعمل المثير الموصوف في هذا الكتاب، وسنستعدّ للشيخوخة.

قليل من الوقاية؟

منذ أن دفع إفيريت كوب بمنصب وزير الصحة إلى البروز الوطني بقوة، لجأ الشعب الأمريكي إلى وزير الصحة من أجل النصائح الصحية. والنصيحة التي حصلنا عليها منذ أن نُشر تقرير الناس الأصحاء *Healthy people* كانت أننا بحاجة إلى تحمّل المسؤولية في ما يتعلق بصحتنا. السلاح السري ضد المرض هو الوقاية: يجب أن يخضع عددٌ أكبر من النساء سنوياً لتصوير الثدي، ويجب أن يلتزم عددٌ أكبر من الناس بوضع أحزمة الأمان، ويجب أن يقلع المزيد من الناس عن التدخين. بشكل عام، يركّز الطب الأمريكي بصورة مكثفة على الإنقاذ البطولي للمرضى الذين يعانون من أمراض متقدّمة ولا يهتم بالوقاية إلا قليلاً. كان لا بد أن يكون نداء الحفاظ على الصحة عالياً جداً لينافس النداءات الرئانة للمداخلات عالية التقنية العدوانية والمعقدة. وفي وسط كل هذه النغمات المتنافرة، نحن نادراً ما نسمع بأنه قد يأتي لاحقاً زمنٌ في الحياة يتم فيه إيقاف اختبارات التقصي (التنظير) لأمراض معينة. ونادراً ما نسمع أنّ هناك تهديداً حقيقياً لصحتنا أثناء تقدّمنا في السن، تفرضه مجموعة من الحالات تختلف عن تلك التي يتم اختبارها عادة. وبالمقابل، فإنّ ما يجدر ذكره هنا هو القصور الواسع الانتشار في الوصول إلى الرعاية الطبية، إذ هناك حوالي 45 مليون أمريكي هم دون تأمين؛ فالمرضى الذين يعيشون في مناطق ريفية قد يكونون على بعد ساعتين زمنياً من العلاج المتطوّر؛ والمرضى ذوو البشرة السوداء هم أقل

احتمالاً لأن يخضعوا لجراحة المجازة من المرضى ذوي البشرة البيضاء؛ وهي حقيقة مزعجة جداً تحجب حقيقة أخرى مفرعة: ففي الوقت الذي نهمل فيه تزويد البعض بالرعاية الأولية، نحن نغدق على البعض الآخر رعاية طبية غير ضرورية. ولكن إذا كان مواليد الفترة الواقعة بين عامي 1946 و 1964 سيحظون بشيخوخة جيدة، فنحن بحاجة لأن نتوقف عن تبديد مواردنا على اختبارات وعلاجات لا تقدّم سوى القليل من الفائدة أو لا شيء منها - وتسبب أحياناً ألماً كبيراً ومعاناة - وأن نركّز بدلاً من ذلك على المداخلات التي يمكنها فعلياً أن تحسّن نوعية الحياة.

جاءت باربارا ولويس ديلراي إلى مكتبي لتقديم شكوى. والد لويس مهندس متقاعد نشيط يعيش مع زوجته في مجمع ممتاز للمتقاعدين، وقد ذهب مؤخراً لزيارة طبيبه من أجل فحص فيزيائي روتيني. كان يشعر أنه بخير ولكنه أحسّ - كما يقول - بأنه قد حان الوقت لتبديل الزيت. ونظراً لأنه قد أتمّ لتوّه الثمانين من عمره، فقد قرّر أنه أصبح بحاجة إلى قليل من الصيانة الروتينية الشبيهة بما قام به الميكانيكي مؤخراً من ضبط لمحرك سيارته بويك ريغال طراز العام 90 التي قطعت مسافة 60,000 ميل. كان طبيبه شاباً حسن المظهر يرتدي ثياباً ملائمة ويحمل أوراق اعتماد من جامعات اتحاد أيفي. وفقاً للسيد ديلراي الأب، فإنّ الفحص بأكمله لم يستغرق أكثر من عشرين دقيقة. وإضافةً إلى ذلك، فلقد أدرك ديلراي عندما استلم نتائج فحوصه المخبرية بربدياً أنّ الفحص لم يشمل مستوى مولّد المضاد الخاص بالبروستات PSA. كان ديلراي يخضع دوماً لاختبار سرطان البروستات منذ أن تم اكتشافه. وذكر ديلراي أنّ طبيبه لم يوصّ باختبار تنظير القولون - وهو اختبار كان معتاداً أن يُجرى له بانتظام - بل على العكس، صرّح الطبيب أنّ تنظير القولون الذي خضع له قبل خمس سنوات سيكون كافياً لخمس سنوات أخرى، إن لم

يكن للأبد.

أخبر السيد ديلراي ابنه أنه شعر بالخداع. فالطبيب الجديد - الذي كان قد انضم حديثاً لهيئة أطباء المركز الصحي في مجّمع المتقاعدين - كان شاباً لطيفاً بما يكفي ولكنه لم يكن دقيقاً. ثار غضب لويس وباربارا.

كنت مسؤولة الرعاية الطبية في مجّمع الرعاية المستمرة للمتقاعدين حيث يعيش السيد ديلراي. كان مجّمعاً كبيراً اشتمل على شقق لكبار في السن نشيطين، وشققٍ أخرى لمسنين يحتاجون إلى مساعدة قليلة على أساس يومي، وهيئة تمريض ماهرة في حال احتاج المقيمون إلى مساعدة كبيرة. والواقع أنني كنت قد وظفت هذا الطبيب، وعرفته على مرضاه المستقبلين في حفل استقبال رائع حضرته شخصيات محلية متنوعة، بمن فيها عضو الكونغرس للمنطقة والمدير التنفيذي الأعلى لنظام الرعاية الصحية الذي كان مجّمع المتقاعدين جزءاً منه. كانت وظيفتي أن أشرح لعائلة ديلراي ما خططت تماماً القيام به لمعالجة الخلل الظاهر لدى فريق عملي.

كانت باربارا ترتدي بذلة صوفية زبرجدية اللون وتنتعل حذاءً جلدياً يتناسق معها من حيث اللون. كانت تسريحة شعرها متقنة تماماً على الرغم من الطقس العاصف، حيث بقيت كل جديدة في مكانها. ومع خلوّ شعرها من الشيب ووجهها من التجاعيد، بدت في الأربعين من عمرها تقريباً. ولكن عندما أدارت رأسها وسقط الضوء على وجهها من الجانب، لاحظت أنها كانت تضع مكياجاً كثيفاً، وحسبت أنني لمحت بضعة جذور باهتة. وسرعان ما علمت أنّ باربارا كانت الرئيسة التنفيذية لشركة برامج كمبيوتر كبيرة وناجحة. كانت تملك الكثير من المال لحقن البوتوكس وزيارة دور الجمال لصبغ شعرها. وعندئذٍ أعدت

تقديري لعمرها فهي أقرب إلى الستين منها إلى الأربعين.

كان لويس بقميصه الأبيض النقي وبذلته السوداء وخذائه الذي كان بكل تأكيد غير مريح بقدر ما كان غالي الثمن يبدو بشكل واضح أنه محام. ورقة اللون الوحيدة كانت ربطة عنقه المبهرجة على نحو مخالف للمعهد. وسمعت لاحقاً أنّ شركة المحاماة الخاصة به قد مثلت الطرف الميّت في دعوى قضائية، وقد عبّرت العصبية عن امتنانها بإعطاء كل شريك ربطة عنق بعد الفوز بتسوية سخية. كان لويس هادئاً جداً بحيث إنه أثار أعصابي؛ لم تكن لدي أدنى فكرة عمّا يفكر به. لم تكن شركته تعالج قضايا سوء التصرف المهني، وعلى أي حال كانت مسألة رفع دعوى أمام القضاء غير واردة بتاتاً لأنّ السيد ديلراي لم يعانٍ من أي ضرر. وبعد أسبوع من مواعده غير المرّضي مع الطبيب في فريق عملي، شوهد السيد ديلراي في مكتب طبي خاص في الجوار. تم في تلك المؤسسة - كما يعبرّ هو عن ذلك - فحص كل شيء فيه. كما خضع لمجموعة شاملة من اختبارات التقصي، بما فيها مولد المضاد الخاص بالبروستات PSA.

وتابعت باربارا حديثها موضحةً أنّ المشكلة كانت في ارتفاع مستوى مولد المضاد الخاص بالبروستات لدى حميها. فالمدى الطبيعي لنتيجة هذا الاختبار هو 4 أو أقل، والنتائج بين 4 و10 تُعتبر مقلقة، أما تلك الأعلى من 10 فهي غالباً ما تترافق مع السرطان رغم وجود استثناءات. بالنسبة للسيد ديلراي، كانت النتيجة تساوي 12.

عبّرت لباربارا ولويس عن أسفي لعدم رضى السيد ديلراي الأب عن تجربته، وأخبرتهما أنني سأنقل مخاوفهما إلى الطبيب المسؤول. ولكنني علّقت أيضاً بأنّ اختبار التقصي لسرطان البروستات مع اختبار مولد المضاد الخاص بالبروستات لا يُوصى به عادةً لمن هم في الثمانين

من العمر. والواقع أنّ معظم التعليمات الإرشادية لا تُوصي به للرجال فوق سنّ السبعين، وبعضها - مثل التعليمات الإرشادية الكندية - لا تُوصي به لأي أحد. ففي كثير من الأحيان يؤدي هذا الاختبار إلى نتيجة إيجابية كاذبة: فيكون هناك ارتفاع في مستوى مولّد المضاد الخاص بالبروستات في الوقت الذي لا يعاني فيه المريض من السرطان. والأكثر تشويشاً من ذلك أنّ العديد من الناس الذين يتبيّن فعلياً إصابتهم بسرطان البروستات ويخضعون لعلاج عدواني، عادةً ما يموتون من مشاكل بالقلب أو بالكلية أو من مرض خبيث آخر قبل أن تتسنى الفرصة للبروستات لكي يُظهر أي أعراض.

بيّنت باربارا بوضوح أنها ليست مهتمة بالأرقام الإحصائية. فهي لا تهتم بما هو الصواب بشكل عام. فحموها ليس بنقطة بيانية. لقد كان عند خطر احتمال إصابته بالسرطان، وقد أصيب بالسرطان وسيخضع لعلاج. ولو أنه اتّبع توصيات الطبيب في فريق عملي، لما تمّ تشخيص إصابته بالسرطان أبداً.

أرادت باربارا أن يتمّ فصل الطبيب. وشرح لويس بهدوء أنهما يهتمان بعمق بشأن مجمّع المتقاعدين. ورغم أنّ فرداً من عائلتهما قد نجح على الرغم من الفحص الفيزيائي غير الوافي كلياً، إلا أنهما أرادا أن ينقذا بقية المقيمين في المجمع - الذين هم ربما أقل ذكاءً من إيليو ديلراي - من عدم الكفاءة الفادحة. أشرتُ بأني سأقوم بمراجعة كاملة لأداء الطبيب الجديد آخذة بعين الاعتبار آراء المرضى والعائلات بالإضافة إلى مراجعة موضوعية لسجلاته الطبية. شكرتهما لاهتمامهما، وعبرت مجدداً عن سروري بأنّ السيد ديلراي قد وجد طبيباً آخر يرتاح إليه أكثر ورافقت الزوجين الساخطين إلى خارج مكنتي.

منذ عشرينيّات القرن الماضي، مجّدت المؤسسة الطبية الأميركية

فضائل الفحص الطبي السنوي. واقترحت الجمعية الطبية الأميركية بدايةً فحصاً فيزيائياً سنوياً شاملاً لجميع الراشدين، اشتمل على الاختبارات التشخيصية في العام 1922. ولم يتمّ التشكيك في الحكمة من هذه المقاربة حتى سبعينيات القرن الماضي، وذلك حين طرحت مجموعة من الأطباء السؤال الجذري: ما الدليل على أنّ الفحوص السنوية تنجز ما هو مُفترضٌ منها؟ وبعد الاستغراق في قراءة المنشورات الطبية، لاحظت لجنة العمل الكندية على الفحص الصحي الدوري أنّ عدداً صغيراً فقط من مداخلات العناية الصحية الوقائية أظهر أنه موثوق علمياً. وجدلت لجنة العمل الكندية بأنّ هذه الاختبارات يمكن أن تُنجز خلال زيارات المرضى ولا تبرّر فحصاً فيزيائياً سنوياً. وخلال بضعة سنوات، وافقت الكلية الأميركية للأطباء ولجنة العمل الأميركية للخدمات الوقائية وحتى الجمعية الطبية الأميركية على وجهة النظر القائلة بالتخلي عن الفحوص الطبية المنتظمة واستبدالها بطريقة انتقائية أكثر للوقاية من الأمراض.

طوال خمسين عاماً، سمع أفراد من جيل المسنّين الحاليين بشأن المنافع المزعومة للفحص الشامل. ليس من المدهش إذاً أن يكون ذلك هو ما يتوقعونه من أطبائهم. والواقع أنّ دراسةً حديثة لمواطنين من ثلاث مدن أميركية، دنفر وسان دييغو وبوسطن، وجدت أنّ الغالبية العظمى من الراشدين يحسبون أنّ هذا النوع من الفحص الفيزيائي الشامل هو بمثابة رعاية طبية جيدة. أجاب ألفٌ ومئتان وثلاثة أشخاص عن استبيان هاتفي بشأن مواقفهم، حيث جزم 66 بالمائة منهم جزمًا مطلقاً بضرورة الفحص السنوي من أجل البقاء أصحاء. وكانت لديهم فكرة واضحة عمّا يجب أن يشتمل عليه ذلك الفحص: يجب أن يتضمّن فحصاً لضغط الدم، وفحصاً للقلب والرئتين، وفحصاً بطنياً، وفحصاً للبروستات (للرجال)، وفحصاً لأفعالهم المنعكسة (الإرادية). وبالمقابل، فإنّ لجنة

العمل الأميركية للخدمات الوقائية توصي فقط بفحص ضغط الدم سنوياً من بين جميع هذه الفحوص. وأراد 90 بالمائة تماماً من الرجال الذين أجابوا على الاستبيان أن يتضمّن الفحص السنوي اختبار مولّد المضاد الخاص بالبروستات والتعداد الدموي واختبار داء السكر، رغم أنّ لا شيء من هذه الاختبارات تتمّ التوصية به على أساس روتيني.

ما أجده مشوّشاً تحديداً بشأن هذه الدراسة هو أنّ اختبارات التقيصي القليلة التي تبينّت أهميتها علمياً في إحداث فرق هي نفسها الاختبارات التي لم يكن المرضى الذين تمّ استطلاع آرائهم متحمّسين بشكل خاص للخضوع لها. فالتنظير السّجميّ الذي يكتشف بصورة قاطعة سرطان القولون في مرحلة يكون فيها قابلاً للعلاج، لم يكن مقبولاً إلا لثلاثين بالمائة فقط من المرضى. أما اللّطاخة العُنقيّة (اختبار بابا نيكولاو) فقد قبلته 75 بالمائة من النساء. كان معدّل القبول للاختبارات غير الموصى بها أعلى بكثير. إنّ مدى أهمية - أو عدم أهمية - اختبارات التقيصي بالنسبة لمعظم المرضى تستند إلى الحقيقة التالية: حالما يتم فرض رسم للخضوع للاختبار، فإنّ المرضى يُعرضون عنه. مثلاً، إذا وجد المرضى أنهم مضطرون لدفع 150 دولاراً للخضوع لفحص سنوي، فإنّ نسبة الناس الراغبين بالفحص تنخفض فجأة إلى 33 بالمائة. وينخفض الاهتمام في اللّطاخات العنقية وتصوير الثدي بنسبة 50 بالمائة تقريباً إذا كان هناك رسمٌ للاختبار. يبدو أنّ وجهة النظر الشعبية ووجهة نظر المجتمعات الطبية المحترفة لما يؤلّف رعايةً طبية جيدة هما متباعدتان إلى حدّ كبير.

إنّ الزيارات المنتظمة للأطباء تلعب دوراً مهماً بالفعل في الرعاية الطبية الجيدة، ولكن ليس بسبب الفحص الفيزيائي المفصل الذي يجريه الأطباء. إذ إنّ السبب الرئيسي وراء أهمية الزيارة السنوية هو

أنها تتيح للطبيب والمريض أن يتعرفا على بعضهما جيداً وأن يرشّخا علاقة ثقة بحيث إنّ الطبيب سيكون في موقع أفضل للمساعدة في حال إصابة المريض بالمرض. إنّ اختبارات التقيصي هذه التي تبدو مفهومة من وجهة نظر علمية هي أكثر احتمالاً لأن يتم إجراؤها إذا لم يكن المريض مريضاً بشدّة وقت الزيارة. كما أنّ العديد من اختبارات التقيصي التي لا يتوقعها المرضى المستنون حالياً ولكنها قد تكون ذات فائدة كبيرة لهم - مثل اختبارات السمع وتقييمات الذاكرة - يمكن إجراؤها بسهولة. تعزّز الفحوصات الفيزيائية السنوية بشكل غير مباشر سلوكاً صحياً أكثر، ولكن ليس لأنّ الأطباء يكشفون بانتظام مشاكل غير مشكوك بها وقابلة للعلاج بالاستماع إلى الرئتين وفحص الأفعال المنعكسة (اللاإرادية). وكما تعبّر عن ذلك مجلة حوليات الطب الباطني **Annals of Internal Medicine**، وهي المجلة التي نشرت استطلاع توقّعات المرضى: "إذا كانت الدراسة الدقيقة توثق أنّ المرضى الذين يخضعون لفحوص سنوية يشعرون بتحسّن أكثر، ويتصرفون على نحو أكثر صحة، ويخضعون لاختبارات تقيصي ملائمة أكثر، ويتقون بأطبائهم أكثر من المرضى الذين لا يخضعون لفحوص سنوية، فإنّ الشكوكيين بحاجة لأن يعيدوا النظر بقيمة هذه الشعيرة السنوية".

ما أقوله هنا، وما حاولت أن أنقله لعائلة ديلراي، هو أنّ العناصر الأساسية للرعاية الصحية الروتينية يجب أن يتمّ تحديدها على أساس ما هو مهمّ للصحة. تُعرّف هذه المقاربة باسم الطب المستند إلى الدليل. إنّ الاعتماد على الطبّ المستند إلى الدليل يعني فرض قاعدة علمية لتقرير ما إذا كان من المفيد إخضاع المريض لاختبار أو علاج معين. تؤدّي الطريقة البديلة، أي تقرير ما يجب فعله بناءً على الحدس والحسّ

السليم، إلى أخطاء مؤذية عندما يتعلّق الأمر بتشخيص المرض وعلاجه. إنّ الخضوع لمزيد من اختبارات التقيّص مع التقدّم في العمر لن يؤدّي إلى صحة أفضل، وقد يؤدّي حتى إلى صحة أسوأ لأنّ هذه الاختبارات قد تقود إلى اختبارات عدوانية إضافية، وعلاجات تترافق مع حشد من التأثيرات الجانبية الضارة بالصحة. كما أنّ إضافة المزيد من الاختبارات إلى قائمة الفحص الروتيني ستكون على وجه الإجمال مكلفة للغاية. إذا كان مواليد الفترة الواقعة بين عامي 1946 و 1964 سيحظون بشيخوخة جيدة، فمن الضروري إذاً أن تتغير مواقف وتوقّعات المرضى والأطباء على حدّ سواء في ما يتعلّق بالصيانة الروتينية للصحة (الفحوص الفيزيائية السنوية، واختبارات التقيّص، والطب الوقائي) على نحو جذري. نحن بحاجة لأن نتبّن منظوراً جديداً للرعاية الطبية الروتينية يركّز على التقيّص الهادف (لتلك الحالات التي يكون فيها التقيّص ذا فائدة واضحة)، الذي يهتم بصيانة نوعية الحياة ويعزّز العلاقات القوية بين المرضى وأطبائهم.

تجلّت أهمية استخدام الطب المستند إلى الدليل ما إن تمّ إخضاع الطرق العلاجية الحقيقية والمجرّبة لدراسة دقيقة. إذ سرعان ما اكتشف الأطباء أنّ العديد من المقاربات القياسية كانت فعلياً بمنزلة العلاج الإرضائي. فالحسّ السليم والملاحظات المعتمدة على رواية المريض ليسا كافيين لتقييم فعالية علاج طبيّ معين. وبسبب قصور الحدس المجرد، فإنّ العلاجات الجديدة يتمّ اختبارها أكثر فأكثر بواسطة دراسة تعمية مزدوجة عشوائية لا يُعرّف فيها المعالج أو المعالج. يتمّ في هذه المقاربة اختيار أفراد قابليين للمقارنة يعانون من نفس الاضطراب - ونموذجياً على نفس الدرجة من الخطورة - ليتلقوا العلاج الذي تتمّ دراسته أو علاج ضبط (حبة سكر مثلاً بدلاً من الدواء الفعلي). لا يعتبر

العلاج فعالاً إلا إذا أظهر المرضى المُعالجون بالمادة الكيميائية الفعالة تحسناً أفضل من الآخرين؛ ويعني التحسّن الأفضل تحسناً قابلاً للقياس، حيث يتم تعريف الأفضل بدقة بالغة باستخدام طرق إحصائية.

على سبيل المثال، كانت جراحة تقويم العظام تُستخدم على نحو واسع لعلاج التهاب مفصل الركبة اعتماداً على الحسّ السليم بدلاً من العلم. الفُصال العظمي (الظلاع)، أو التهاب المفاصل الناشئ عن التلف بالاستعمال، هو حالة شائعة على نحو هائل تصيب بشكل أساسي من هم فوق سنّ الخامسة والستين. أكثر أعراض الفُصال العظمي إضعافاً للمريض هو الألم، ولكن يمكن للفُصال العظمي حين يكون وخيماً جداً أن يسبّب أيضاً صعوبة في المشي. المقاربة القياسية لعلاج الفُصال العظمي هي البدء بإعطاء المريض دواءً لتخفيف الألم، مثل الأستيامينوفين أو الأدوية المضادة للالتهاب. وإذا لم تنجح الأدوية الخفيفة، فإنّ الخطوة التالية هي إعطاء المريض مسكّنات أقوى. كما أنّ الثلج والتمارين الرياضية والحُقن تفيد أيضاً في تخفيف ألم الفُصال العظمي. عندما لا تنجح أيّ من هذه الطرق، فإنّ الأطباء يبحثون عن وسيلة متطرّفة أكثر لمساعدة مرضاهم. اهتدى بعض جراح العظام إلى الفكرة المعقولة بأنهم إذا نظّفوا المفصل يدوياً، فإنّ المرضى سيشعرون بتحسّن كبير. ولأنّها تبدو منطقية جداً، فإنّ الطريقة المعروفة باسم الرحض والإنضار - أي التنظيف والكشط باستعمال أداة صغيرة تعرف بمنظار المفاصل - قد تمّ تبنيها بسهولة. بعد أن يخدّر طبيب التبيج المريض، يحدث جراح العظام شقّاً صغيراً في مفصل الركبة، مُقحماً أداة خاصة تمكّنه من الرؤية داخل المفصل. ومن ثمّ يقوم بكشط سطح المفصل وشطف الفضلات خارجاً.

وبحلول العام 2000، كان يتمّ سنوياً القيام بأكثر من ستمائة

وحمسين ألفاً من هذه الإجراءات، بكلفة تبلغ 5000 دولار تقريباً للإجراء الواحد. ثم قرّر بضعة أطباء شجعان، وللمرة الأولى، أن يدرسوا الإجراء رسمياً بتعيين المرضى عشوائياً ليخضعوا لمنظار المفصل مع رض - أو لمنظار المفصل مع إنضار - أو لجراحة وهمية. لم يخبر الأطباء المرضى بطبيعة الإجراء الذي يخضعون له، كما لم يُعلموا الأطباء الذين سيقَيِّمون النتائج بطبيعة الإجراء أيضاً. قيّم الباحثون كلتا المجموعتين باختبارات موضوعية للألم والمشى وصعود السلالم. وعلى نحوٍ مثيرٍ للدهشة، لم يجد الباحثون، بعد متابعة المرضى البالغ عددهم 165 الذين أكملوا التجربة لمدة سنتين، أي فرق بين المجموعتين سواء في تقاريرهم الإخبارية عن الألم أو في قدرتهم على المشى. ورغم أنّ اعتراضات تقنية متنوّعة قد أُثيرت بشأن الدراسة، إلا أنها كانت ثانوية وبالكَاد مقنعة بما يكفي لتبرّر إخضاع مئات الآلاف من المرضى للجراحة بكلفة 3.25 مليار دولار سنوياً. أثار عددٌ من المعلّقين الإعلاميين أسئلة بشأن أخلاقية القيام بجراحة وهمية، على الرغم من أنّ جميع المرضى كانوا يعلمون بأنهم إما سيخضعون لجراحة حقيقية أو لأخرى وهمية، وقد وافقوا جميعاً على المشاركة في الدراسة. دافع الباحثون والمحرّرون في مجلة نيوإنغلند للطب **New England Journal of Medicine** عن قراراتهم الشخصية بإجراء ونشر الدراسة على خلفية أنّ الحسّ السليم اقترح أنّ الإجراء كان فعالاً، ولا يمكن الجزم بصحة هذا الاقتراح إلا من خلال اختبار ضبط.

ربما أخطأ الطبيب مع السيد ديلراي حين لم يشرح له السبب وراء إجرائه لفحص فيزيائي محدود فقط أو السبب الذي جعله يطلب اختبارات معينة فقط من اختبارات التقيّص. ولكن يرجّح أن السيد ديلراي كان سيرتاب بشأن دافع طبيبه، متسائلاً ربما ما إن كان طبيبه

يحاول توفير المال لصالح برنامج الرعاية الطبية Medicare، أو ربما كان السيد ديلراي مرتاباً بالعلم نفسه. فرغم كل شيء، كيف يمكن للأطباء أن يزعموا بشكل له ما يبرّره أنهم يزودون مرضاهم بالرعاية الطبية بناءً على آخر المعلومات المتوفرة في حين أنّ هذه المعلومات تتغير باستمرار؟ ففي بعض السنوات، يكون الكولستيرول ضاراً بك، وفي سنوات أخرى يتبين أنّ أنواعاً معينة منه هي الضارة فقط. خلال حملي الثاني، لم يكن من المفترض أن أشرب القهوة لأنها يمكن أن تؤذي طفلي، بينما عندما كنت حاملاً بطفلي الأول، وفيما بعد عندما كنت حاملاً بطفلي الثالث، كان بوسعي أن أشرب القهوة متى شئت.

أما قصة الإستروجين فهي أكثر إثارة. اعتُبر الإستروجين لسنوات طويلة عقاراً سحرياً للنساء بعد سنّ الإياس. فقد قاوم بفاعلية الهبّات الساخنة الموهنة والبغيضة، في نفس الوقت الذي منع فيه ترقق العظم واعتلال القلب والخرف. ولكن بدا أنّ العاقبة السيئة الوحيدة لتناول الإستروجين هي زيادة الخطر المحتمل للإصابة بسرطان الرحم. لم تكن هذه المشكلة المحتملة تشكّل أهمية بالنسبة للنساء اللواتي خضعن لعملية استئصال الرحم، أما بالنسبة للنساء اللواتي لم يخضعن لهذه العملية، فقد أمكن التغلّب على تلك المشكلة بسهولة بجمع الإستروجين مع هرمون آخر هو البروجستيرون.

ولكن في العام 1988 بدأت النتائج من أول دراسة عشوائية لاستعمال الإستروجين بالظهور، وقد أشارت إلى أنّ الإستروجين لم يمنع النوبات القلبية؛ بل على العكس، أدّى استعماله إلى زيادة الخطر المحتمل للإصابة بتنوّع من المشاكل الطبية بما فيها جلطات الدم في الأوردة (الخثار الوريدي العميق) وفي الرئتين (الانصمام الرئوي). أما الدراسة الكبرى التالية، مبادرة النساء الصحية، فقد أظهرت أنّ

الإستروجين لم يعجز فحسب عن الوقاية من النوبات القلبية، ولكن بدا أنه يسبب النوبات القلبية، بالإضافة إلى تسببه بالسكتات الدماغية والانصمام الرئوي وسرطان الثدي. وتوالت الأخبار من سيء إلى أسوأ، وبحلول العام 2002 نشرت مجلة حوليات الطب الباطني افتتاحية حملت العنوان التالي: "المعالجة الهرمونية البديلة بعد سنّ الإياس: كيف أمكن أن نكون مخطئين إلى هذه الدرجة؟" كيف أمكن بالفعل أن يحدث هذا؟

طوال سنوات، كانت المعلومات الوحيدة حول الإستروجين مصدرها الدراسات المعتمدة على المشاهدة والمراقبة، وهي دراسات اختارت فيها بعض النساء لأسباب خاصة بهنّ أن يستعملن الإستروجين، بينما اختارت أخريات ألاّ يستعملنه. لم يكن يتمّ تعيين النساء عشوائياً ليتناولن الإستروجين أو دواءً إرضائياً. راقب الباحثون النتائج: درسوا إن كانت النساء في إحدى المجموعتين أكثر احتمالاً لأن يصبن بنوبات قلبية أو كسور في الورك من النساء في المجموعة الأخرى. ونظراً لأنّ النساء في المجموعتين ربما يكنّ مختلفات في نواح هامة يمكن أن تؤثر على النتائج، فقد حاول خبراء الإحصاء أن يعوضوا عن الاختلافات في السنّ والعرق والنظام الغذائي. ولكن المشكلة في هذا النوع من التعديل هي أنه يتطلّب القيام بكل أنواع الافتراضات بشأن مدى أهمية هذه الاختلافات. والمشكلة الثانية هي أننا لا نعرف دوماً ما العوامل التي يجب إحداث التعديل على أساسها. لنفترض أنّ عمر المرأة عند حملها الأول يؤثر على خطر إصابتها بسرطان الثدي فيما بعد (وهو يؤثر بالفعل)، ولكن لنفترض أننا لا نعرف ذلك. إذا صادف أن اشتملت المجموعة المتناولة للإستروجين على عدد كبير من النساء اللواتي أنجبن أطفالهن في سنّ صغيرة، فقد يبدو كما لو أنّ استعمال الإستروجين قد

خَفَضَ خطر الإصابة بسرطان الثدي في حين أنّ سنّ حملهنّ الأول هو المهم في هذه الحالة. إنّ عجز الإستروجين عن القيام بالكثير من الأشياء التي حسبنا أنه قادرٌ على فعلها لم يتّضح إلا حين تمّ إجراء دراسة كبرى اشتملت على نساء تمّ اختيارهن عشوائياً ليتناولن الإستروجين أو دواءً إرضائياً. ونتيجة لذلك، فإنّ خياراً عقلاً بشأن استعمال الإستروجين في العام 2005 هو ليس مماثلاً لذلك في العام 1995. ليس الاستنتاج هنا أنّ قرار النساء بشأن تناول الإستروجين يجب أن يكون مبنياً على شعورهن الداخلي، بل الاستنتاج هو أنّ القرار الصحيح يعتمد على الإلمام بأحدث المعلومات.

إنّ الطب المستند إلى الدليل ضروري، لأنّ الطب معقّد جداً وعدد العلاجات الممكنة هو هائل إلى حدّ لا يمكن معه للأطباء والمرضى أن يعتمدوا فقط على تقديرهم الخاص. إنّ التحدي في ما يتعلق بالفحوص الفيزيائية السنوية هو أن نطبّق الطب المستند إلى الدليل على كل مريض بحدّ ذاته. أرادت باربارا ديلراي أن تتأكّد من معاملة الأطباء لحميها كإنسان فريد، وليس كمجرد رقم. ليست الطريقة لفعل ذلك هي أن ننبذ العلم ونستبدله بالحدس، بل أن ندمج القيم والخيارات بالإضافة إلى المعلومات في عملية اتّخاذ القرار.

لم تبلغ قصة إيليو ديلراي نهايتها مع خروج ابنه وكنّته من مكّتي، ساخطين بشدة لعدم حصوله على فحص فيزيائي كامل، ومُصمّمين على الانتصاف له. كانت أخبار كل تطوّر جديد في هذا الشأن تصلني من لويس تباعاً. وفي ما يُعتبر خرقاً لافتاً للسريّة، بعث لي لويس بنشرات شهرية تُعلمني بأخر تطوّرات حالة والده الصحية. تلقّيت أولاً تقريراً مرضياً: تمّ أخذ ست خزعات في عيادة طبيب المسالك البولية باستخدام آلة فائقة الصوت لتحديد المناطق غير المنتظمة على

سطح الغدة البروستاتية التي أكثر ما يُرتاب بوجود ورم فيها. ومن بين أجزاء النسيج الستة، تبين وجود خلايا سرطانية في أربعة منها. وبناءً على التحليل المجهرى للنسيج، كان توقع عاقبة المرض للسيد ديلراي جيداً إلى حدّ معقول. ثم وصلنتي تقارير تفريسة CAT البطنية ونتائج تفريسة العظم التي أظهرت أنّ السرطان لم ينتشر على ما يبدو خارج البروستات. ثم استلمت ملخّصاً نهائياً من استشفاء السيد ديلراي يفيد باستئصال البروستات، وأرفق بورقة صغيرة كتب عليها لويس بسرعة: "لقد شُفي!"

توقفت الرسائل من عائلة ديلراي عند هذه المرحلة، ولكنّ المعلومات استمرت في الوصول إليّ من مصادر أخرى. ثمّ تلقّيت مكالمة من مدير مجمّع الرعاية المستمرة للمتقاعدين الذي كان قلقاً؛ إذ كان السيد ديلراي مصاباً الآن بسلس البول. لم يعد المقيمون الآخرون يرغبون بقدمه إلى غرفة الطعام بسبب ذلك. كانت رائحته كريهة وكذلك رائحة الكراسي التي يجلس عليها. أمّا المسؤول عن تدبير الشقق فقد كان في وضع يائس: كانت شقة السيد ديلراي تفوح منها رائحة البول. عرف فريق العمل أنّ عائلة ديلراي كانت ساخطة على المؤسسة، ولم يرغب في زيادة سخطها باقتراح تقييم السيد ديلراي لجهة إصابته بسلس البول أو نقله من شقته في قسم العيش المستقل إلى وحدة العيش المُعان.

واضعةً المذكّرة في أعلى قائمة الأمور الملحّة التي يجب القيام بها، انطلقتُ لحضور الاجتماع الطبي الأسبوعي الذي ناقش فيه الحالات الطبية الصعبة. وعلى جدول أعمال الاجتماع، كانت هناك حالة نفسية وتطلّعت بشوقٍ إلى التحوّل قليلاً عن الطب الباطني. أخبر زميلي الاختصاصي بالطب النفسي أنه كان يعالج امرأة جذابة في الثامنة

والسبعين من عمرها لإصابتها بالاكتئاب، وهي مشكلة شائعة بين
المستئين. ولكن السبب الذي أراد من أجله أن يناقش الحالة، والذي
من أجله وجدها حالة مثيرةً ومثورة، هو أن مريضته قد كشفت له خلال
جلسة علاج حديثة أن أعراض اكتئابها بدأت عندما أظهر التشخيص
إصابة زوجها بسرطان البروستات. لم يكن زوجها مكتئباً كما يمكن
أن نتوقع، ولم تكن قلقة لأن زوجها قد يموت، وهو تفسيرٌ محتمل
للاكتئاب، بل كانت واثقة بأن المرض قد تم اكتشافه باكراً بما يكفي، وقد
حصل زوجها على أفضل علاج حاسم. ولكن منذ أن خضع للجراحة،
أصبح عاجزاً جنسياً. قالت السيدة ديلراي بشكلٍ دفاعي إن زوجها لم
يكن رجلاً مسناً مضجراً، وقد استمتعا ببساطة بحياتهما الجنسية معاً.
لقد فعلا ذلك على الدوام. ولكن بين عشية وضحاها، تحطم كل ذلك.

مع أحدث تقنيات توفير العصب nerve-sparing المستخدمة في
استئصال البروستات الجذري، لم يعد سلس البول والعجز الجنسي
شائعين بقدر ما كانا في حالة الجراحة التقليدية، ولكنهما يبقيان من
المضاعفات المعتادة. حين يُستخدم العلاج بالإشعاع لمعالجة سرطان
البروستات، وهي مقاربةٌ تترافق مع احتمالٍ أقل للإصابة بسلس البول،
فإن الإسهال الذي يكون عسير المعالجة قد يتلو كمضاعفة. ولأن
التأثيرات الجانبية المرافقة للعلاج الحاسم هي ضارة بالصحة، ولأن
العديد من الرجال المصابين بسرطان البروستات لا يعانون من انتشار
المرض أبداً ويستمر كثيرون آخرون بمتابعة حياتهم بصورة طبيعية
لسنوات قبل تقدم المرض، فإن بعض الرجال يختارون تبني طريقة
الانتظار اليقظ. فهم يقبلون بالعلاج فقط إذا بدأ مستوى مولد المضاد
الخاص بالبروستات PSA بالارتفاع أو إذا أظهروا أعراضاً جديدة. كما
أن العديد من الرجال لا يخضعون أساساً لاختبار PSA، وخاصة أولئك

الذين يكون متوسط الأجل المتوقع لهم (بعد سنّ الخامسة والستين) أقل من عشر سنوات.

أخذ السيد ديلراي موعداً لزيارة طبيب المسالك البولية بشأن سلس البول الذي يعاني منه، وربما كان سيذكر العجز الجنسي لو واثته الجرأة. كان طبيبه رجلاً مشغولاً جداً، وبما أنّ التأثيرات الجانبية البغيضة إلى حدّ ما والناجمة عن إجراءٍ منقذٍ للحياة بالكاد تشكّل حالة طارئة، فلم يُعيّن له موعدٌ قريب، وكان عليه الانتظار ستة أشهر لمقابلة طبيبه. وفي غضون ذلك، تجنّب أصدقاؤه وجيرانه وأصبح يقضي وقتاً أكثر في شقته، رغم أنه ارتدى مُكرهاً حفاظاً للكبار ليمتصّ أي تسرّبات. وقد اعترفت زوجته لطبيب الأمراض النفسية أنها قد فكّرت في وضع حبوبها المضادة للاكتئاب في قهوته.

لم يرَ السيد ديلراي طبيب المسالك البولية أبداً. فقد توفي بسبب نوبة قلبية جسيمة قبل مواعده المحدّد. وقرأت نعيه في الصحيفة. يجب إخضاع اختبارات التقصّي، مثل الفحص الفيزيائي الشامل، إلى تدقيق علمي. يعتمد منطق التقصّي (التنظير) على الافتراض القائل بأنّ اكتشاف المرض باكراً هو دوماً شيءٌ مفيد. وبالتالي فإنّ اختبارات التقصّي مثل تصوير الثدي أو اختبار مولد المضاد الخاص بالبروستات تُعتبر مفيدة من وجهة نظر الكثيرين. ومع ذلك، فإنّ اكتشاف المرض باكراً ليس مفيداً دوماً. هو مفيدٌ فقط إذا كان هناك علاج فعال للمرض الذي تمّ اكتشافه، وإلا فإنّ اكتشاف المرض باكراً يعني أنّك ستعرف لفترةٍ أطول أنّك تعاني من مرض عضال. وإذا كان هناك علاج شافٍ، فعليك أن تتأكّد من أنّك لا تعاني من حالةٍ أخرى يُرجّح أن تؤذيك قبل أن يؤذيك المرض القابل للشفاة بفترةٍ طويلة. إنّ الهوس بالتشخيص المبكر يوضّحه بشكل دراماتيكي واحدٌ من أحدث اختبارات التقصّي

المتوفرة حالياً، وهو تفرسة كامل الجسم.
أثناء قيادتي السيارة مؤخراً عائدةً للبيت، سمعت إعلاناً على
المذياع لتفرسة الصحة لكامل الجسم. وتبين أنّ هذا هو الاسم التجاري
المحلي لأشعة إكس الثلاثية الأبعاد التي تعد باكتشاف اعتلال القلب
والسرطان في مرحلة مبكرة جداً. تتيح تفرسة الجسم للأطباء أن ينظروا
إلى داخل الجسم البشري بدقة أكبر من ذي قبل. يمكن فحص كل
عضو بدقة لاكتشاف أي نموّ شاذ، وكل وعاء دموي رئيسي لاكتشاف
أي تضيق خطير محتمل. وبالمقابل، فإنّ المقاربة التقليدية لتشخيص
ومعالجة المرض هي إما انتظار ظهور الأعراض (وفي هذه المرحلة
يكون المرض متقدماً جداً بحيث يتعدّر شفاؤه) أو محاولة اكتشاف
المرض بالتفتيش عن الدلائل (قياس مستويات المواد الكيميائية التي
ينتجها الورم أو البحث عن دم في البراز).

يبدو أنّ تقنية التفرس تتفوق بصورة واضحة على أسلافها. فأشعة
إكس المطوّرة من قبل رويتجن في العام 1905، والتي تُعرف اليوم باسم
الأفلام الملساء تُعطي فقط صورة ضبابية ثنائية الأبعاد لخفايا الجسم.
أما تقنيات الإشعاع الحديثة، مثل تفراس التصوير المقطعي المحوري
المحوسب CAT والاختبارات فائقة الصوت، فهي تتيح للأطباء أن
يقصدوا أي جزء في الجسم يريدون فحصه - المرارة أو الكليتان أو
أوردة الرجلين - إذا كانت الأعراض تشير إلى اتجاه محدّد. ولكن قبل
توفر تفرسة الجسم، لم يكن هناك أي اختبار آخر يعطي مشهداً مفصلاً
لكامل الجسم. نظرياً تتيح التفرسة للأطباء أن يفعلوا خلال الحياة ما
يتيح لهم تشريح الجثة أن يفعلوه بعد الموت. الافتراض هو أنّ الجسم
الذي كان يستحيل اختراقه سابقاً يخفي في حناياه كل أنواع الأسرار،
وأنّ كشف هذه الأسرار سيكون في مصلحة المريض.

حث الإعلان الذي سمعته الناس الأصحاء على تحديد موعد لإجراء تفرسة الجسم. وتساءلت لماذا لا أعرف أي شيء بشأن هذا الاختبار؟ ولماذا لا تتم تغطيته بواسطة التأمين الصحي ولا يتطلب إحالة من طبيب؟ وعرفت السبب بعد إجراء بحثٍ صغير: ليس هناك دليل علمي على أنّ الانحرافات المُكتشفة بواسطة تفراس كتلك هي انحرافات حقيقية أو أنّ الناس الذين تأوي أجسامهم هذه الانحرافات - في حال كانت حقيقية - سيعيشون حياةً أطول أو أفضل إذا تمت إزالة هذه المشاكل. وكما يعبر عن ذلك رئيس قسم الطب الإشعاعي في مستشفى ماساشيوستس العام، وهو مستشفى تعليمي رئيسي في بوسطن: "يدهشني أنه بدون وجود أي تأكيد علمي من أي نوع كان، يأتي الناس ويدفعون 1000 دولارٍ للخضوع لهذا الاختبار الذي لا يشخص حتى ثلاثة من أنواع السرطان الأربعة الأهم التي تصيب الناس... نحن ننتظر البيانات العلمية قبل التسويق لهذه الخدمات".

أصبحت تفراس الجسم رائجة في كاليفورنيا الجنوبية، وهو ما يعكس ربما وجهة نظر هوليوود عن العالم كمكان يمكن فيه بلوغ الصحة الكاملة. فوفقاً للتقارير، يندفع الأغنياء والمشهورون أفواجاً من أجل الخضوع لتفرسة الجسم. وأفضل وكيل دعاية لمفراس الجسم هو أوبرا وينفري التي وصفته بأنه أعجوبة بعد أن كشف لويحةً في واحدٍ من شرايينها التاجية، والتي عرضت بسعادة أعضائها الداخلية على شاشة التلفاز.

إذا خضع 10 بالمائة فقط من الناس البالغة أعمارهم 65 سنة أو أكثر لتفرسة كامل الجسم، فإنّ الكلفة السنوية للاختبار وحده ستتجاوز الثلاثة مليارات دولار، هذا عدا عن كلفة تدريب التقنيين الذين يجرون التفراس وأطباء الأشعة الذين يقرأونها. ولكنّ السبب الرئيسي وراء

عدم التوصية باختبارات التفرّس ليس الكلفة ولا هو الإخفاق في اكتشاف الانحرافات: فكل تفرّسة تقريباً ستكشف نوعاً ما من اللاسوية (الانحراف). وكما قال واحدٌ من أوائل أطباء الأشعة الذين أبدوا الاستعمال الواسع الانتشار لتفرّسة كامل الجسم: "ما فحصتُ أحداً إلا ووجدت فيه بعض المرض المتطوّر". ولكن كيف سنعرف ما إذا كانت آفةٌ كلويةٌ معينة هي تكئّس حميد أو ورم خبيث؟ وكيف سنعرف ما إذا كانت اللويحة المبطنة للشرابين التاجية تعني نوبة قلبية وشيكة؟ الطريقة الوحيدة لمعرفة ذلك هي أن نجري المزيد من الاختبارات. ولكن لا يجب أن نوصي بهذه الاختبارات الإضافية ما لم يكن لدينا دليل على أنّ النتائج مع الاختبارات هي أكثر أهمية ونفعاً من النتائج بدونها.

على سبيل المثال، مات إيليو ديلراي من جراء نوبة قلبية أُصيب بها قبل أن تظهر عليه أعراض سرطان البروستات بوقتٍ طويل، حيث من المعلوم أنّ ظهور الأعراض غالباً ما يستغرق سنوات. والأعراض الوحيدة التي أصابته كانت بسبب علاجه من السرطان. لو كان العلاج خالياً من التأثيرات الجانبية - وليس هناك سوى عدد ضئيل من العلاجات يترافق مع تأثيرات جانبية محتملة خفيفة - لكان التشخيص والعلاج بناءً على الفائدة المحتملة مفهوميّن. ولكنّ العلاج تسبّب بالعجز الجنسي وسلس البول، ولم يخفّف أيّ أعراض أخرى ولم يُطِل حياته.

إنّ الصعوبة الأساسية في محاولة استعمال الطب المستند إلى الدليل لاكتشاف اختبارات التقصّي التي يجب استخدامها مع المسنّين هي قلة المعلومات الوثيقة الصلة بالموضوع. فالمعلومات العلمية التي كنت أقول بأهميتها القصوى كقاعدة لاتخاذ القرارات بشأن الاختبارات التي يجب القيام بها هي قليلة جداً بالنسبة للمسنّين. على سبيل المثال، لم تشمل أكبر وأهمّ دراسة لتفرّسة سرطان الثدي على أي امرأة يتجاوز

عمرها الرابعة والستين. أما التعليمات الإرشادية التي نُشرت مؤخراً حول
تنظير القولون فقد اعتمدت على دراسات دقيقة لنتائج الاختبارات؛ وهي
دراسات اشتملت على أناس تتراوح أعمارهم بين الخمسين والسبعين
سنة.

للطبّ تاريخ طويل برفض استقراء النتائج من النَّاس الأصغر سنّاً
إلى أولئك الأكبر سنّاً، فقط ليكتشف في نهاية الأمر أنّ المنافع المرسّخة
جيداً لدى الكهول (بين الأربعين والستين من العمر) هي حتى أكثر
ترسيخاً منها لدى النَّاس الذين هم في السبعين من العمر. وعلاج ضغط
الدم المرتفع هو مثالٌ جيد. عارض الأطباء لسنوات الفكرة القائلة بأنّ
الفائدة الكبيرة لعلاج ضغط الدم المرتفع التي تمّ ترسيخها في مجموعة
الأفراد تحت سنّ الخامسة والستين، هي قابلةٌ للتطبيق على نحوٍ مماثل
بالنسبة لأولئك المستفيدين من برنامج الرعاية الطبية Medicare.
أوضحت تجارب متعددة كبرى خاصة بعلم الأوبئة أنّ الاستعمال
الحكيم للدواء المضاد لفرط ضغط الدم قد خفّض بشكل ملحوظ معدّل
الموت الناجم عن السكتات الدماغية وأمراض القلب والأوعية الدموية.
ولكنّ الأطباء جاءوا بكل أنواع الأسباب للاعتقاد بأنّ نفس العقاقير لن
تكون فعالة عندما يستخدمها المسنّون أو حتى ستكون مؤذية. وقد جادل
البعض بأنّ التصلّب العصيدي يحوّل الشرايين إلى أنابيب صلبة. ومن
أجل ضخّ الدم عبر أنابيب قاسية وغير مرنة كذلك، فإنّ الضغط العالي
سيكون ضرورياً. وتمضي الحجة بأنّ خفض الضغط سيعني عدم وصول
الدم إلى الدماغ، وهو ما سيتسبّب بسكتة دماغية؛ ليس بسبب ضغط
الدم العالي بإفراط، بل بسبب الضغط الذي كان منخفضاً جداً على نحو
فعال. وزعم الأطباء أنّ مرضاهم المسنّين لن يكونوا قادرين على تحمّل
الدواء الخافض لضغط الدم؛ فالعقاقير التي تنتج تأثيراً خافضاً لضغط

الدم لدى النَّاس الأصغر سناً ستسبَّب في انخفاض هائل في الضغط عندما يقف المسنَّون، ما يؤدِّي بهم إلى الإغماء أو السقوط، كاسرين وركاً ربما خلال ذلك.

وعندما تمَّ أخيراً إجراء دراسةٍ حول علاج ضغط الدم لدى النَّاس الذين هم فوق الخامسة والستين من العمر، تبين أنَّ الأدوية التي كان لها تأثيرٌ فعال على النَّاس الأصغر سناً قد أعطت أيضاً نفس المفعول عندما استخدمها النَّاس الأكبر سناً. والواقع أنَّ النتائج كانت مثيرة أكثر. وقد تمَّ الآن التأكيد على هذه النتائج في تجارب أخرى متعددة. وعلى نحوٍ تدريجي، غيَّر المجتمع الطبي وجهة نظره ووافق على منطقية العلاج القوي لضغط الدم المرتفع لدى المسنِّين.

ولكن لا يمكننا أن نستنتج أنَّ كل علاج واختبار ثبتت فعاليته عندما استخدمته مجموعة معينة من النَّاس سيكون فعالاً عندما تستخدمه مجموعة أخرى بناءً على ما تبين من فاعلية علاج ضغط الدم المرتفع لدى الشباب والمسنِّين على حدٍّ سواء. التحديُّ هنا هو اكتشاف متى وكيف يمكننا أن نستقرئ النتيجة من المجموعة التي تمَّ إجراء الدراسة عليها ونطبِّقها على الشخص المحدد الذي نرغب في اختباره أو معالجته. إنَّ الطريقة لمواجهة هذا التحدي هي أن نسأل أولاً إن كان هناك أي سبب فيزيولوجي سيجعل العلاج الناجح لشخص في الخمسين من عمره غير ناجح احتمالاً لشخص في الخامسة والسبعين من عمره. تختلف بعض الأمراض في مراحل معيَّنة خلال دورة الحياة أو تكون لها خصائص وبائية مختلفة. على سبيل المثال، السرطان العنقي هو نادر لدى النساء فوق السبعين من العمر، حيث لم يُسمع به تقريباً أبداً لدى النساء فوق السبعين من العمر اللواتي كانت نتائجهن سلبية على التتابع في اختبارات اللطاخة العنقية. وبالتالي، فلن يكون من

المنطقي أن نستقرئ النتائج من النساء الأصغر سناً إلى أولئك الأكبر سناً عند إجراء تفرسة للسرطان العنقي. من جهة أخرى، فإن اعتلال القلب شائع أكثر فأكثر مع التقدم في السن. وإذا كانت معالجة الكولستيرول المرتفع ناجحة في الوقاية من اعتلال القلب لدى الناس الأصغر سناً، فمن المعقول على الأقل أن نعتقد باحتمال فاعليتها في فئة المسنين.

يحجم المرضى والعائلات غالباً عن تطبيق المعلومات البوائية على شخص منفرد. ربما لو كانت الاختبارات أو العلاجات عديمة الأذى، أو لو كانت رخيصة وعديمة الأذى، فقد يبدو من المنطقي تجربتها على أي حال حتى لو لم تكن المعلومات تؤيد المداخلة. ولكن معظم الاختبارات ليست عديمة الأذى ولا رخيصة؛ أو قد يكون اختبار التفرس غير مؤذ، ولكن من المرجح أن تؤدي النتيجة الإيجابية للاختبار إلى اختبارات أخرى هي عدوانية وغالية الثمن على حد سواء. فالنتيجة الإيجابية لصورة الثدي تقود إلى أخذ خزعات من الصدر، وتفاريس كامل الجسم الإيجابية قد تقود إلى القثطرة القلبية أو الجراحة. نحن بحاجة لأن نبدأ مع العلم، معدلين مقاربتنا لتتوافق مع الوضع الخاص لكل مريض بحد ذاته، كي لا نوقع الأذى بالفرد وبالمجتمع ككل.

الطريقة لمباشرة هذا الأمر تتمثل في اتباع استراتيجية لاتخاذ القرار مكيفة وفقاً لحاجات كل فرد وظروفه الخاصة. وبناءً عليه، عندما يأتي مريضٌ مثل إيليو ديلراي من أجل فحص فيزيائي سنوي، فقد أبدأ بتقييم وضعه الصحي الداخلي. وما هو أهم بكثير من العمر الزمني للمريض هو إجمالي الحالات الطبية التي تؤثر على فرصة المريض في تجاوز مرض حاد، وفي العيش ما يكفي من الوقت للاستفادة من اختبارات التفصي. كان السيد ديلراي، على سبيل المثال، في صحة جيدة إلى حد ما بالنسبة لرجلٍ في الثمانين من عمره. لم يكن هناك

سبب للاعتقاد بأنه كان يموت، وكان عقله يعمل بشكل رائع. ولكن كان لديه بالفعل تاريخٌ مع ضغط الدم المرتفع، وكان قد أصيب بنوبة قلبية قبل عدة سنوات، وكان يعاني من داء السكر الذي كان يتناول لأجله حبة دواء يومياً، كما كان لديه تاريخ بتدخين السجائر رغم أنه قد أقلع عن هذه العادة عندما انتقل إلى مجّمع الرعاية المستمرة للمتقاعدين. ولتقدير وضعه بناءً على مشاكله الطبية المتنوعة، فقد كان مثل أي رجل في الثمانين من عمره؛ أفضل من البعض وأكثر مرضاً بقليل من البعض الآخر. إنّ متوسط العمر المتوقع اليوم لرجل أبيض في الثمانين من عمره هو نموذجياً سبع سنوات. ما كنت سأقوله له هو أنه محظوظ: فهو ليس بحاجة لأن يزعج نفسه باختبارات مولد المضاد الخاص بالبروستات بعد الآن. فقد تمت مراقبته طوال سنوات ولم يُظهر أيّ علامات على وجود مشكلة. يستغرق سرطان البروستات نموذجياً سنوات ليتقدّم بشكل كافٍ للتسبب بمشاكل. وبالتالي، إذا كانت صحته جيدة خلال السنوات الخمس الماضية، فستبقى كذلك على الأرجح لبقية حياته، على الأقل في ما يتعلق بالبروستات.

من جهة أخرى، لو كان السيد ديلراي في السبعين من عمره وبصحة ممتازة، لكنت سأستخدم مقاربة مختلفة. كنت سأبدأ بالقول إنّ العديد من الرجال قد خضعوا لتفريسة سرطان البروستات ولكن ما من دليل قوي على كون هذه التفريسة فكرة جيدة. والواقع أنه لم تُظهر ولا دراسة واحدة أنّ التفريسة يمكن أن يطيل العمر. فالكثير من الرجال الذين كانت نتائجهم إيجابية في اختبارات التفريسة يتابعون الخضوع لفحص العينة الحية (الاختزاع) الذي لا يُظهر في كثير من الأحيان أي دليل على وجود سرطان. يملك بعض الرجال بالفعل خلايا سرطانية يكشف عنها الاختزاع، ويخضع العديد منهم بعد ذلك للجراحة أو للعلاج بالإشعاع،

وكلاهما يملك عدداً لا بأس به من التأثيرات الجانبية. لم يكن واضحاً عند الموازنة إن كان العلاج مفضلاً على مقارنة انتظر وراقب. ولهذا سأقول بأن قرارك بالخضوع لاختبار التقصي يعتمد على مدى اهتمامك في معرفة ما يجري، وما إذا كنت تريد علاجاً فعالاً في حال وجود ورم خبيث.

أما إذا كان إيليو ديلراي في السبعين من عمره ولكنه يعاني من مرض آخر مهدد للحياة، مثل النفاخ (الأمفيما) متوسط الشدة أو داء باركنسون المتقدم إلى حد ما، فقد كنت سأخذ مقارنة مختلفة. فقد كنت سأقول شيئاً مثل: "يخضع بعض الرجال في مثل عمرك لاختبار دم للتحقق من وجود سرطان البروستات. ولكن ما من سبب يدعوني للاعتقاد بفاعلية هذه الطريقة. أعتقد أننا يجب أن نركز على التعامل مع مشاكلك الطبية الأخرى أولاً نلق بشأن البروستات. إذا كنت تشعر بشدة أنك تريد الخضوع للاختبار - ربما ستطمئن كثيراً إن كانت نتيجة الاختبار سلبية - أستطيع أن أطلب إجراءه لك ولكنني لا أستطيع القول بأني أوصي به".

الوقاية مهمة بالفعل بينما نتقدم في العمر. ولكن الأمور التي نلتمس الوقاية منها يجب أن تتغير مع الوقت. نحن ننفق حالياً طاقنا ومواردنا بلا جدوى في محاولة منا لدرء الحالات الخطأ. يجب أن تتركز محاولتنا الوقائية على أمورٍ مثل الوقوع والعزلة الاجتماعية اللذين يمكن أن تكون لهما عواقب استثنائية بالنسبة للمسنين.

خذ بعين الاعتبار الوقوع بين المسنين. ليس الوقوع مرضاً بالطريقة التي يُعتبر بها سرطان الثدي والتهاب الرئة والتصلب المتعدد أمراضاً. فهو لا ينتج عن عدوى من بكتيريا أو فيروس. والواقع أنه لا ينتج عن أي عاملٍ مفرد. بل هو يملك الامتياز المشكوك فيه بكونه المتلازمة

الشيخوخية، أي أنه ليس حالة منفردة على الإطلاق بل أي عدد من الحالات التي تكون نتيجتها ميلاً متكرراً للارتطام بالأرض. ولا يمكن عزو الوقوع إلى سبب جيد التعريف، بل هو ناشئ عن عوامل متعددة. يحدث الوقوع عندما يحصل الائتلاف الصحيح من الحالات في نفس الوقت متسبباً بالنتيجة الخطأ؛ إذ يجتمع القليل من الضعف البصري مع قليل من التهاب المفاصل لدى شخص يتناول دواءً مضاداً للاكتئاب، وتكون النتيجة تعثراً مؤذياً على السلاالم.

وخلافاً لسقطات الدارجين (الأطفال في أول مشيهم)، فإن سقطات الشخص المسنّ من المرجح أن تسبب الإصابات. إن أكثر من ثلث الناس فوق سنّ الخامسة والستين يقعون سنوياً، و10 بالمائة من أولئك الذين يقعون يعانون من إصابة خطيرة مثل كسر في الورك أو نزيف في الدماغ. وحتى عندما لا ينجم عن السقطة أي أذى جسدي، فإن الشخص الذي يتعرّض للسقوط غالباً ما يُصدّم نفسياً ويخشى بشدة أن يقع مرةً أخرى بحيث يتوقّف عن الخروج من المنزل وحده أو يرفض مغادرة البيت. وعندما تحصل الإصابة بالفعل، فهي غالباً ما تكون مدمّرة. إذ غالباً ما يعني الورك المكسور بداية النهاية: فمن بين 350,000 أميركي الذين يكسرون وركاً سنوياً، لا يستعيد سوى 50 إلى 65 بالمائة منهم قدرتهم على المشي كما كانت قبل الكسر. ويعجز 20 بالمائة منهم عن المشي مجدداً. والأسوأ من هذا أنّ 40 بالمائة تقريباً سيتهي مآلهم إلى دار لرعاية المسنّين، بينما يموت 37 بالمائة في غضون سنة.

إنّ ما يعجز معظم الناس عن إدراكه هو أننا نستطيع أن نفعل الكثير لمنع وقوعنا. نحن لا نستطيع أن نلغيه بالكامل، ولكن بإمكاننا التقليل منه حيث تبين أنّ هناك عوامل خطيرة تؤدّي إلى الوقوع تماماً كما توجد عوامل خطيرة تؤدّي إلى اعتلال القلب. أظهرت إحدى الدراسات أنّ

هناك ثلاثة عوامل فقط ممكن أن تتوقع الوقوع على نحو لافِت: ضعف العضلات، والتوازن الضعيف، وتناول أكثر من أربعة أدوية موصوفة. إن احتمال السقوط سنوياً للمسنين الذين لا يملكون أياً من هذه العوامل الخطرة هو 12 بالمائة، بينما هو 100 بالمائة للمسنين الذين يملكون العوامل الخطرة الثلاثة جميعها.

بإمكان الأطباء أن يتدخلوا للتأثير في هذه العوامل الخطرة. كما يمكن لبرامج التمارين الرياضية، وخاصةً التاي تشي tai chi، أن تحسّن التوازن وتمنع السقطات. كما أن التنقيح الدقيق للأدوية يمكن أن تكون له عواقب فعالة: فرغم ما ثبت من تسبّب الكثير من العقاقير في الوقوع، إلا أن العقاقير المسيئة منها بصورة رئيسية هي أدوية الأمراض النفسية، وتحديدًا الحبوب المضادة للاكتئاب والقلق.

وبالإضافة إلى تعديل العوامل الخطرة الذي له تأثير متواضع في تقليل السقطات، بإمكاننا أيضاً أن نحاول تقليل التلف الحادث إذا وقع المسنّ بالفعل. إذ يمكننا أن نقوّي العظم؛ تعاني ثلث النساء في سن السبعين من ترقق العظم أو تناقص الكتلة العظمية، وهو ما يجعلهن عرضة للكسور، بينما تعاني 70 بالمائة من النساء في سنّ الثمانين من ترقق العظم. لدينا الدواء الذي يستطيع تحسين الكتلة العظمية بشكل ملحوظ، وهو ما يُترجم إلى تناقص كبير في معدّل السقوط. وأخيراً، يمكننا أن نُوصي بواقى الورك للأفراد الأكثر ضعفاً من أجل تبطين الورك عند الوقوع. بتصميمها الجديد الانسيابي وموادها الحديثة، فإنّ هذه الوسائد نادراً ما تُلاحظ وقد تبين أنها تقلّل من معدّل الكسور إلى النصف.

إنّ التركيز على السقطات هو مجرد واحدٍ من الأشكال العديدة للطب الوقائي التي لا يتم الانتفاع بها بالقدر المطلوب في رعاية المسنّين

اليوم. كما أن محاربة العزلة الاجتماعية هي نشاط مثمر آخر يستطيع الأطباء من خلاله أن يلعبوا دوراً هاماً، تماماً كما يفعلون حين يساعدون المرضى في الإقلاع عن التدخين أو يقنعونهم بوضع أحزمة الأمان. إن مدى الدعم الاجتماعي والانشغال الاجتماعي له تأثيرٌ فعال على الكثير من الأمراض، مثل اعتلال القلب والسكتات الدماغية والكسور الوركية. سيكون المسنون أقل عرضةً لأن يصبحوا عاجزين، وأقل احتمالاً بالفعل لأن يموتوا بعد دخولهم المستشفى بسبب أي من هذه المشاكل إذا كانت لديهم صلوات اجتماعية مفيدة ومنتظمة. وفي حين أن مبدأ نشطه أو أخسره هو بسيط جداً كتفسير لسبب الخرف، فإن المسنين الذين يقون على اتصال بمجتمعهم هم أقل احتمالاً لأن يصابوا بالضعضة المعرفية من أولئك المنعزلين اجتماعياً.

ليس الهدف من اختبارات التقصي والفحوص الفيزيائية للمسنين هو درء الموت، فذاك هدف لا رجاء منه وذو تأثير معاكس. وليس الهدف في بعض الحالات منع المرض. ولكن الهدف الحقيقي من الرعاية الطبية للمسنين هو المحافظة على وظيفة طبيعية لأطول فترة ممكنة وتأخير الإصابة بالعجز. يجب أن يعمل الأطباء مع المرضى من أجل بلوغ هذين الهدفين. ولكننا سنحتاج جميعاً لأن نتخلى عن وجهات نظرنا التاريخية الخاصة بالمحافظة على الصحة والموافقة على الطرق الوقائية المكيفة وفقاً لحقائق الشيخوخة.

عندما يكون القليل كثيراً

تأخذ الوقاية معنىً جديداً في الشيخوخة، حتى بالنسبة للمسنّين الأقوياء الذين يمكن أن يتطلّعوا لسنوات عديدة من الحياة النشيطة. تعني الوقاية المفيدة إجراء اختبارات التقصي لاكتشاف حالات نادراً ما توجد لدى المرضى الأصغر سناً، مثل الضعضة المعرفية أو فقدان السمع أو السقطات. وتعني أيضاً التوقف عن إجراء اختبارات التقصي لكشف اضطرابات أخرى لا أهمية لها كثيراً بالنسبة للمسنّين، ليس بسبب العمر، بل لأنّ الاكتشاف المبكر لن يؤدّي إلى فائدة واضحة، وقد يقود بدلاً من ذلك إلى معالجة قد تتسبّب بأعراض مؤلمة أو بغضضة. وتاماً كما هو العلاج المفرط للمسنّين منتشر في دنيا الوقاية، فهو أيضاً يمثل مشكلة في حقل التشخيص ومعالجة المرض. وما من مكان تتضح فيه مخاطر العلاج المفرط كما تتضح لدى رعاية المسنّين الضعفاء.

كانت إحدى مريضاتي في دار رعاية المسنّين في حجرة الطوارئ في المستشفى. وكان الطبيب المناوب قد أرسلها إلى المستشفى لأنها تعاني من غثيان وتقيؤ ومن ابنة قلقة. أسرعرت ابنتها لتعلم زميلي بأنّ المرة الأخيرة التي عانت فيها والدتها من حادثة غثيان وتقيؤ كانت فيها تختبر فعلياً نوبةً قلبية.

وجدت ميلدرد ستينر ترتجف تحت ملاءة وما يبدو أنه بطانية. كانت تتمدّد في حجرة الطوارئ على نقالة ذات دوايب مغطاة بفرشة زبدية سمكها 2.5 سنتم، ومحشورة في زاوية هادئة نسبياً، ويمكن القول

إنها محمومة باعتدال. كانت ميلدرد عمياء، وخرقة قليلاً، وعاقدة العزم على أن تُترك وحدها.

سألتها: «كيف تشعرين؟»

أجابت: «أشعر بالبرد».

حاولت أن أستمع إلى قلبها ورثيها ولكنها دفعتني بعيداً، وسألت: «أليس لديك شيء أفضل تقومين به؟» أخبرتها أنني طبيبتها وأريد مساعدتها. فقالت مقترحة: «يمكنك أن تجلبي لي بطانية».

لم يكن العثور على بطانية أمراً تافهاً، ولكنني وجدت أخيراً ممرضة تذكرت رؤيتها لواحدة بين الملاءات. وأبرزت بمباهاة غطاءً قطنياً بالياً أحضرته لميلدرد طائعة. قالت: «أشكرك يا عزيزتي. بإمكانك أن تذهبي الآن».

واظبتُ على طرح الأسئلة ولكنني يشست من إجراء فحص جسدي حين اختفت ميلدرد بكاملها تحت البطانية المجلوبة حديثاً بجهد وعناء.

وسألتها: «هل تشعرين بأي ألم في صدرك؟»

أجابت بتهديب وعناد: «أنا بخير يا عزيزتي».

- ألا زلتِ تشعرين بالغبان؟

- أنا على ما يرام.

استسلمت. أكدت الملاحظة العرضية أنها يمكن أن تتمدد مسطحة دون أي صعوبة في التنفس - كانت وسادة حجرة الطوارئ رفيعة بقدر البطانية تقريباً - وهي إشارة جيدة لأنّ النوبات القلبية غالباً ما تترافق مع سائل في الرئتين. راقبت المرقاب الذي كان يعرض مخطط كهربائية القلب EKG لميلدرد وإشارات حيوية أخرى. كانت سرعة القلب منتظمة ولم تكن سريعة جداً ولا بطيئة جداً، وهي إشارة جيدة أخرى. كانت اللفافة حول ذراعها الرفيعة المترهلة تنتفخ وتفرغ من الهواء كل

بضع دقائق مشيرةً إلى أنّ ضغط دمها كان سليماً 60/130. أما الخط المتعرّج الذي يشير إلى نظمها القلبي فقد كان طبيعياً على نحو مدهش. يمكن أن تكون الظواهر خادعة، ولكن لم تبدُ ميلدرد سستينر كشخصٍ يختبر نوبةً قلبية.

من الممكن أن تكون قد عانت من نوبةٍ قلبية قبل ذلك، حين كانت في دار رعاية المسنّين. دخلتُ إلى سجلات كمبيوتر المستشفى لأرى إن كانت هناك أيّ نتائج جاهزة لفحوص مخبرية. وجدت نتيجة تحليل البول. كان بولها مثقلاً بكريات الدم البيضاء والبكتيريا، وهو ما أشار بقوةٍ إلى وجود إنتان في الجهاز البولي يؤدّي غالباً إلى الغثيان.

مسلّحةً بهذه المعلومة، عثرت على طيب حجر الطوارئ واقترحت إجراء اختبار دم مفرد هو CPK-MB الذي يرتفع على وجهٍ معهود عندما يكون الشخص مُختبراً لاحتشاء حاد في عضلة القلب. وبما أنّ ميلدرد لم تبدُ سريراً بأنها تختبر نوبةً قلبية، ونظراً لأنّ نتيجة تحليل البول قد زوّدت بتفسير معقول لأعراضها، فقد رأيتُ أنّ النتيجة الطبيعية لاختبار الدم ستزوّدُ دليل أكثر توكيداً. إذا تبيّن أنّ مستوى CPK مرتفع، فسندخل ميلدرد إلى المستشفى ونستثني احتشاء عضلة القلب، وستخضع لسلسلة من اختبارات الدم وتخطيط كهربائية القلب EKG، وسيتمّ وصلها بمراقب قلبي في وحدةٍ تحتوي على ممرّضات محترفات ومعدات متخصصة للتعامل مع النوبات القلبية ومضاعفاتها. إما إذا كانت نتيجة CPK سلبية، فسنعيدها مرةً أخرى إلى دار رعاية المسنّين ونعالجها بالمضادات الحيوية المأخوذة عن طريق الفم للقضاء على إنتان الجهاز البولي.

ولكنني أُخبرت أنّي لا أستطيع طلب إجراء اختبار CPK واحد، بل يجب أن أطلب إجراء ثلاثة اختبارات موزّعة على 24 ساعة. صحيح

أن البرتوكول المعتاد هو إجراء ثلاثة اختبارات دم متتابعة. ففي حين أن مستوى اختبار CPK-MB حساسٌ بشدة لأي تلفٍ قلبي، إلا أنه قد يستغرق من ثلاث إلى أربع ساعات ليرتفع. ولهذا يمكن أن تكون النتيجة الطبيعية لاختبار الدم مضلّة. ولهذا فإنّ المقاربة الصحيحة لمعظم المرضى، إذا كان هناك قلقٌ كافٍ بشأن نوبةٍ قلبية محتملة، هي أن يتمّ إدخالهم إلى المستشفى ووصلهم بمراقب قلبي لمراقبة حدوث أي نظم قلبي غير منتظم، وفحص دمهم إلزامياً ثلاث مرات. ولكن ماذا لو كانت المريضة امرأةً مسنّة مرتبكة من دارٍ لرعاية المسنّين تبين أنها مصابة بالحمّى ومن إتان الجهاز البولي الذي يمكن علاجه بسهولة في دار رعاية المسنّين؟ إن احتمال إصابتها أيضاً بنوبةٍ قلبية هو احتمالٌ ضعيف. وإضافةً إلى ذلك، فإنّ ثمن إدخالها إلى المستشفى من أجل التأكد من ذلك فقط هو أنها ستصبح أكثر ارتباكاً وخوفاً. إذا كانت نتيجةً سلبية واحدة لاختبار الدم ستخفض احتمال إصابتها بنوبة قلبية - مثلاً من 20 بالمائة إلى 10 بالمائة - آخذين بعين الاعتبار أننا نملك تفسيراً لانحراف صحتها وأيضاً أنّ مخطّط كهربائية القلب لم يتغيّر عن ذلك المُجرى لها قبل شهر، أفلا تكون تلك مقاربة معقولة؟

لم يكن أمامي خيار. أدخلتُ ميلدرد إلى المستشفى. كنت أعلم أنها ستكون عرضةً لكل التأثيرات المعاكسة الناجمة عن دخول المستشفى والتي تُصيب المرضى الضعفاء: الارتباك وسلسلة من المضاعفات التي ينتج عنها زيادةٌ في العجز. وكنت أعلم أن تلك المخاطر يمكن تخفيفها بشكلٍ طفيف فقط من خلال العناية الشيخوخية الجيدة. تناضل المقاربة الشيخوخية لمنع الارتباك الحاد (الهديان) عن طريق تجنّب الأدوية المستحثة للهديان، كما تحاول أن تقاوم العجز عن طريق وصف تمارين رياضية قوية داخل المستشفى، وتلمس تجنّب المضاعفات المستحثة

من قِبَل الطبيب (طبيّة المنشأ Iatrogenesis) من خلال الانتباه الشامل والكاد للتفاصيل. يمكن لهذه الجهود أن تقلّل ربما احتمال تسبّب الاستشفاء (دخول المستشفى) بنتيجة سيئة، ولكن حتى الآن لا يزال تأثير هذه الجهود متواضعاً. فلقد استطاعت مقارنة رائعة متعدّدة العناصر لخفض حدوث الهذيان لدى المرضى المسنّين المُستشفين أن تتدبّر خفض المعدّل من 15 بالمائة إلى 10 بالمائة فقط. وعلى نحو مماثل، فإنّ المقاربات الموجهة لتحريك المرضى المقيمين في وقت أبكر بدلاً من القبول بنقص التكيّف الحتمي الناشئ عن النوم المطوّل في السرير قد قادت إلى انخفاضات طفيفة في نسبة المسنّين المتطلّبين رعايةً دائمة في دار للمسنّين. إنّ مثل هذه المحاولات الملطّفة، رغم أنها أفضل بصورة واضحة من لا شيء بالنسبة للمرضى المُستشفين، إلا أنها لا تلغي التأثيرات المعاكسة للرعاية الاستشفائية.

أما المقاربة الأكثر تطرّفاً فهي أن يتم تجنّب الاستشفاء تماماً. بدلاً من المتابعة بالرعاية المعتادة ومحاولة تقليل عواقبها الضارة بالصحة إلى الحد الأدنى، لماذا لا نتجنّب ببساطة الرعاية المعتادة؟ إذا كانت المستشفيات سُمّية للمسنّين، فلماذا لا نجرب أن نعالجهم في البيت بدلاً من إعطائهم مضادات السّم؟ إذا كانت فائدة المستشفى - تواجد الأطباء والممرّضات 24 ساعة في اليوم وتوفير معدات المراقبة - هي أيضاً مصدر السّمية، فإنّ المحاولات الرامية لإزالة السّمية مقدّر لها الفشل.

وتماماً كما أنّ هناك تفاوتاً بين وجهة النظر العلمية للصيانة الروتينية للصحة وبين وجهة النظر العامة، فهناك أيضاً تفاوتٌ بين المقاربة الشيخوخية للرعاية الطبية للمسنّين الضعفاء والمقاربة العامة. الحكمة التقليدية هي أنّ المرضى يجب أن يتلقوا العلاج الأكثر احتمالاً لأن

يطيل الحياة، بغض النظر عن مدى الأثر البغيض أو الموهن للتأثيرات الجانبية؛ وإلا فعليهم الامتناع عن المعالجة برمتها وإيثار رعاية دور المسنين عليها. وجهة النظر هذه بسيطة جداً، فهي سوداء وبيضاء وليست رمادية. وفي الواقع، هناك أرضية متوسطة بين الرعاية العدوانية إلى الحد الأقصى والرعاية الموجهة حصرياً لراحة المريض، وسيستفيد العديد من المسنين المرضى من هذا النوع من الرعاية المتوسطة تحديداً. إذا كنا نريد أن نختبر شيخوخة جيدة، فسنحتاج إلى حيز من الخيارات أوسع من تلك السائدة حالياً.

إنّ الاعتقاد بوجود مقاربة واحدة صحيحة لعلاج المرض الحاد هو اعتقادٌ شائع. لقد تحدّثتُ إلى جراحين كانوا مقتنعين بأنّ العلاج الصحيح لنوبة مرارةٍ حادة (التهاب المرارة) هو الجراحة، وأي شيء عدا الجراحة هو غير واردٍ تقريباً. والواقع أنّ العلاج القياسي المُوافق عليه لالتهاب المرارة هو المضادات الحيوية الوريدية المتبوعة بعملية لإزالة المرارة. سبب هذه المقاربة هو أنّ العديد من المرضى سينتكسون إذا لم تتم إزالة مرارتهم؛ هناك احتمال نسبته 70 بالمائة بأنّ الأعراض ستعاود الظهور خلال الستين التاليتين. وبأخذ هذا الخطر بعين الاعتبار، يبدو منطقياً أن نتابع مباشرةً بإجراء الجراحة، وتحديداً إذا كان المريض في ما عدا ذلك يتمتع بصحةٍ جيدة. ولكن ماذا عن مريضةٍ في الثمانين من عمرها تعاني من التهاب المرارة؟ هل يجب أن تخضع للجراحة إذا كانت تعاني من مشاكل طبية متعدّدة أخرى تجعلها مرشحةً سيئةً للجراحة؟ هل يجب أن نتابع بهذا الإجراء رغم أنّها قد تختبر فترة متطاولة من استعادة العافية، حيث ستقضي ثلاثة أسابيع من السنوات القليلة المتبقية من حياتها الفاعلة في مؤسسة محترفة للرعاية ومن ثمّ ستمضي ثلاثة أو أربعة أو خمسة أشهر نقاهة في البيت؟ أو هل يجب أن تغامر بتناول المضادات

الحيوية الوريدية وحدها؟ وماذا إن كانت - مثل ميلدرد ستينر - تعيش بالفعل في دار لرعاية المسنين وتريد فقط أن تُترك وحدها؟ لقد عالجتُ عددًا من المسنّين الضّعفاء جدًّا الذين يعانون من هذه الحالة على نحو معتدل، باستخدام المضادات الحيوية لالتهاب المرارة الحاد، ومن ثمّ باتّباع مقارنة الانتظار اليقظ. مات العديد من هؤلاء المرضى نتيجة شيء آخر، وأحياناً قبل سنةٍ أو سنتين من تأزّم التهاب مرارتهم مرةً أخرى.

يميل المجتمع الطبي إلى عدم اعتبار الرعاية المتوسطة لأنّ الأطباء يفترضون أنّ المرضى مهتمون إما بإطالة الحياة أو بالرعاية المريحة. وحتى الدراسة الخاصة بفهم توقّعات وتفضيلات الرعاية SUPPORT، وهي دراسة نافذة ومنوّه بها على نحو واسع حول تفضيلات الرعاية لدى المرضى الراشدين المُستشفين، لم تقدّم للمرضى سوى خيارين: الرعاية العلاجية أو الرعاية المريحة. ولكنّ الأمر غير المعترف به هو أنّ هناك عدة طرق يمكن التماسها لإطالة الحياة، والتي قد لا تكون بنفس الفاعلية ولكن لكلّ منها مجموعة متفرّدة من التأثيرات الجانبية. قد تكون بعض التأثيرات الجانبية غير مرغوبة بتاتاً بحيث إنّ المريض سيفضّل العلاج الأقل فاعليّة إلى حدّ ما بدلاً من المخاطرة بالتأثير المعاكس المرافق للعلاج الأكثر فاعلية بقليل.

من الواضح أنّ التفضيلات في ما يتعلّق بالتأثيرات الجانبية هي مهمةٌ بالفعل إذا كان هناك اختيار بين علاجين هما - بالمعدّل - على نفس القدر من الفاعلية. على سبيل المثال، يشتمل علاج سرطان الحنجرة إما على إزالة الحنجرة أو العلاج بالإشعاع. تلغي الجراحة القدرة على الكلام وتعرّض المريض إلى خطر الموت على المدى القريب (نتيجة للمضاعفات الجراحية). أما العلاج بالإشعاع فهو يحافظ على قدرة المريض على الكلام ولا يترافق مع مضاعفات قصيرة الأمد،

ولكنه يترافق على المدى البعيد ببقاء أقصر. واعتماداً على تفضيلهم، فإنّ بعض المرضى قد يغامرون بأنهم سيجتازون الجراحة بنجاح ويتكيّفون مع صندوق صوت اصطناعي، بينما قد يختار آخرون أن يخاطروا بحياة أقصر ولكن أن لا يعرّضوا أنفسهم لاحتمال الموت المبكر أو فقدان القدرة على الكلام.

كما أنّ التفضيلات مهمةٌ بصورة واضحة إذا كانت التأثيرات الجانبية وخيمة بما يكفي. حين سئلوا ما إذا كانوا يرغبون بعلاج يطيل الحياة إذا كان ثمن ذلك الإصابة بالخرّف، أجاب أربعة من خمسة مرضى في مجموعة واحدة من المسنّين المقيمين في نيوهافن أنهم غير مهتمين بعلاج كهذا. وعلى نحو مماثل، رفض ثلاثة أرباع المسنّين الذين أُجريت مقابلةً معهم العلاج المُطيل للحياة إذا كان ثمنه الاعتماد الكلي على الآخرين.

من المؤكّد أنّ التفضيلات تهّم أيضاً إذا كان المرضى يملكون الخيار بين علاجين يختلفان قليلاً في معدل نجاحهما بينما تختلف تأثيراتهما الجانبية بصورة ملحوظة. أنا لا أتكلّم هنا عن علاجين متكافئين أساساً؛ كأن تكون نسبة الاختلاف في فعاليتهما خمسة بالمائة فقط. ولا أتكلّم عن علاجين يختلفان بشكل هائل في نتيجهما؛ كأن يملك أحدهما نسبة نجاح مساوية لتسعين بالمائة بينما نسبة نجاح الآخر لا تتجاوز العشرة بالمائة. لنفترض أننا نستطيع أن نقدّم شكلين من العلاج: مقارنة تبلغ نسبة نجاحها 60 بالمائة، وأخرى تبلغ نسبة نجاحها 40 المائة. بتعبيرٍ آخر، ليش هناك جزم بنجاح أو فشل أي منهما. تشتمل المقاربة الأولى (التي تبلغ نسبة نجاحها 60%) على دخول المستشفى والخضوع لجراحة واختبار فترة طويلة من استعادة العافية، بينما تتضمّن المقاربة الثانية (التي تبلغ نسبة نجاحها 40%) معالجةً وريدية في دارٍ

لرعاية المسنين حيث يعيش المريض. بالنسبة للعديد من المسنين، فإن احتمال النجاح الأفضل نوعاً ما للمقاربة الأكثر عدوانية لا يسوّغ الألم الحاد والتهان وفترة استعادة العافية المطوّلة والانحدار في النهاية إلى مستوى وظيفي أقل والتي تتضمنها جميعاً المقاربة الأكثر عدوانية.

ليست الرعاية المتوسطة للجميع. يمكننا أن نتوقع أن يبلي المسنون الأقوياء بغض النظر عن عمرهم بلاءً حسناً (أو سيئاً) بقدر نظرائهم الأصغر سناً إذا عولجوا وفقاً للرعاية الطبية التقليدية. لن تكون المنافع رائعة إلى حدّ ما لشخص في الثمانين من عمره بقدر ما هي لشخص في الستين من عمره لأنّ متوسط العمر المتوقع للمسنّ هو ببساطة أقلّ بغضّ النظر عن العلاج الذي شُرع به. ولكنّ المخاطر قابلةٌ للمقارنة بالنسبة للمسنّين الأقوياء والشباب الأقوياء. إنّ العديد من مضاعفات المعالجة التقليدية التي تقلّل من جاذبيتها لدى المسنين لا تنشأ بسبب العمر بقدر ما تنشأ بسبب الضعف (أو الهشاشة). فالمرأة التي تعاني من حالة خفيفة من داء ألزهايمر هي التي تميل لأن ترتبك في المستشفى، وليست المرأة المسنة القوية التي تعاني من التهاب في الرئة. تعاني المريضة بداء ألزهايمر من مشاكل في الذاكرة ومن تيهان، ومن شأنهما أن يزدادا سوءاً بسبب الحمى أو الأدوية المخفّفة للألم. والرجل الذي يعاني من خمسة أمراض مزمنة مختلفة هو الذي يصبح واهناً ومعتمداً على الآخرين في المستشفى، فهو غير قادر على مواجهة إجهاد النزيف المعدي المعوي الحاد. إذ إنّه يدخل إلى المستشفى بمشكلة واحدة، القرحة مثلاً، ويصاب بعدة مشاكل أخرى - ربما نوبة قلبية أو قصور احتقاني في القلب - ويخرج من المستشفى ضعيفاً جداً بحيث لا يستطيع أن يعتني بنفسه.

لا يهتمّ جميع المسنين الضعفاء بالرعاية المتوسطة، رغم أنهم عند

خطر محتمل لأن يكون أداؤهم سيئاً إذا ما عولجوا وفقاً للرعاية المعتادة. قد يكون بعض الناس مستعدين لأن يقامروا بأنهم لن يكونوا هم الذين سيصابون بسلسلة من المضاعفات، ففي النهاية لا تُصيب المشاكل الجميع. أو قد يكونون مستعدين لتعريض أنفسهم للمضاعفات، سواء أكانت نوبة من الارتباك أو نوبة قلبية أو عدوى مكتسبة من المستشفى، مقابل احتمال العيش لفترة أطول، مهما كان هذا الاحتمال ضئيلاً. وقد لا يعتبرون الاعتماد الأكبر على الآخرين، حتى لو تطلب رعاية في دار للمسنين، بأنه غير مرغوب فيه بما يكفي ليسوّغ الامتناع عن أفضل ما يمكن أن تقدمه الرعاية الطبية.

وفي حين أنّ بعض المسنين الضعفاء سيرفضون الرعاية المتوسطة على أساس أنها غير ملائمة، فإنّ معظمهم لا يُعطى الخيار أساساً، إذ لا يمنحهم أطباؤهم نموذجياً أيّ بدائل. بدءاً من حجرة الطوارئ، حيث يكون المريض مستلقياً على نقالة وهو يشعر بالبرد والقلق، فيقول له الطبيب: "أنت بحاجة لأن تدخل المستشفى" أو ببساطة "سندخلك إلى المستشفى". ومن ثمّ يُدخل الطبيب المريض إلى المستشفى ويُجري عدداً وافراً من الاختبارات التشخيصية مع التفسير المتمثل بقوله: "نحن بحاجة إلى صورة وعائية" أو "سنقوم بإجراء تنظير داخلي". البديل الوحيد الذي يمكن لطبيب المستشفى أن يتصوره هو التخلي عن كل العلاج الشفائي المحتمل والتركيز حصرياً على راحة المريض.

إذا كانت الرعاية المتوسطة معقولة للغاية، وإذا كان المسنون الضعفاء سيصادقون على مقارنة كتلك بأعداد كبيرة، فلماذا لا يعرضها أطباؤهم عليهم؟ الإجابة النفسية هي أنّ الأطباء قد علّموا أن يوجّهوا جهودهم لإطالة الحياة؛ بدءاً من كلية الطب حيث يُخبر الطلاب بأنّ الموت هو العدو. وإذا كان لدى الطبيب الممارس أي شكوك، فسرعان

ما يتمّ تبديدها بالبطاقات التقريرية التي تقدّر المستشفيات بناءً على إحصائيات البقاء. يتمّ تصنيف المستشفيات ذات معدلات الموت الأعلى بأنها أقل منزلةً من تلك ذات المعدلات الأدنى، بغضّ النظر عمّا إذا كان المرضى قد رفضوا احتمال المداخلات المطيلة للحياة. اقترح برنامج الرعاية الطبية Medicare عدة مرات تقدير الأطباء المنفردين بالطريقة نفسها ونشر تلك الإحصائيات. وسيتمّ تصحيح المعلومات لتأخذ في عين الاعتبار عمر المرضى ودرجة مرضهم من أجل حماية الأطباء من العقوبات لرعايتهم المرضى الأكبر سناً والأكثر مرضاً، ولكن نادراً ما يُقترح أن يتمّ تعديل المعلومات لتأخذ تفضيلات المريض بعين الاعتبار.

لا يُعلّم الأطباء فحسب أنّ الهدف من الطب هو درء الموت، بل يتمّ توجيههم أيضاً إلى أنّ الطريقة الصحيحة لممارسة الطب هي البدء بترسيخ تشخيص واضح لا لبس فيه، ومن ثمّ فقط اعتبار خيارات العلاج. ولكن ثمن تأكيد التشخيص لدى شخص مسنّ ضعيف قد يكون فادحاً، كما حسبت أنه كذلك بالنسبة لميلدرّد ستينر. يمكننا أن نعيّن نموذجياً أشكالاً بديلة من العلاج تكون فعالة بقدر الرعاية التقليدية وبدون تأثيرات جانبية. ومثالٌ ملفتٌ على ذلك يشمل بدائل للجراحة تكون غير عدوانية أو عدوانية بالحدّ الأدنى. على سبيل المثال، تنجم معظم مضاعفات فتح المرارة (الإزالة الجراحية للمرارة) عن الطبيعة الواسعة للجراحة: مدّة التئنج، وحجم الشقّ البطني، وطول فترة التعافي. حين يتم القيام بنفس الإجراء عن طريق منظار جوف البطن، فإنّ الشقّ يكون صغيراً جداً، وتقلّ فترة الإقامة في المستشفى من أسبوع إلى يومين، وتقلّ التأثيرات على قوة وحركة المريض بشكل ملحوظ. ويمكن تقديم حجةٍ مشابهة لاستبدال جراحة المجازة التاجية بالإستنت.

خلال وضع الإستنت، يبقى المريض يقظاً. يحدّر طبيب القلب المريض موضعياً عند الموقع الذي يُدخِل فيه قثطاراً (قسطرة) في شريان أُرْبِي (فخذي) ومن هناك للأعلى وصولاً للشريان التاجي. ثم يحقن الطبيب صباغاً ليحدّد المنطقة المتضيّقة من الشريان، ومن ثمّ يُقحم شبكة سلكية صغيرة في الوعاء الدموي ليقبّه مفتوحاً ويتيح جرياناً أفضل للدم. قارن هذا الإجراء مع جراحة المجازة التي يشقّ فيها الجراح الصدر ويضع المريض على جهاز رئة القلب كي يتمكّن من إفراغ القلب من الدم، ومن ثمّ يأخذ وريداً من الرجل ويخيطه بين الطرفين السليمين من الشريان التاجي المصاب. ورغم أنّ التعافي من جراحة القلب المفتوح غالباً ما يكون سريعاً على نحوٍ مدهش - ربما لأنّ الشق في الصدر يسبّب مشاكل حركية أقل من الشق البطني - إلا أنّ كون المريض على المضخة قد يتسبّب بمشاكل معرفية.

بالنسبة لبعض المرضى، يكون منظر جوف البطن والإستنت القلبي فعّالين بنفس قدر الإجراءين الأصليين، مع تأثيرات جانبية أقل. وحتى لو كانت التأثيرات الجانبية في ما يتعلق بإطالة الحياة ليست جيدة بنفس القدر في هذه المقاربات الأقل عدوانية، فقد يكون المرضى مستعدّين لأن يستغنوا عن طول الحياة مقابل نوعيتها.

كان سام درايدن مريض في وحدة العناية الانتقالية التي تُعرَف أيضاً باسم وحدة الأمراض شبه الحادة، وهي عبارة عن قسم صغير في دار رعاية المسّنين يحتوي على عشرة أسرّة، حيث كان سام يتعافى من نوبة قلبية. سام أرمّل في الثامنة والثمانين من عمره وكان قد دخل إلى المستشفى المحلي للمجمّع التقاعدي الذي يقطن فيه بعد أن استيقظ في منتصف الليل وهو يعاني من ألم في الصدر. انتظر ساعة كاملة وهو يقول لنفسه بأنّ ذلك مجرد حموضة معدية، ومن ثمّ ساعة أخرى

وهو يخبر نفسه بأنّ الألم يخفّ وسيتلاشى عمّا قريب. ولكن حين بقي الألم حاداً كما كان قبل ثلاث ساعات وبدأ سام بالتعرّق والشعور بقصر النَّفس، اتّصل بالإسعاف.

بقي سام في وحدة العناية التاجية الخاصة بالمستشفى لمدة يومين، وهي مدة كافية للأطباء ليقرّروا بأنه قد اختبر نوبةً قلبيةً أخرى (كانت نوبته الرابعة) ويعطونه دواءً مرّققاً للدم في محاولةٍ منهم لمنع النوبة الخامسة، مضيفين بذلك دواءً قلوبياً جديداً إلى نظام أدويته المثير للإعجاب بالفعل. وما إن قرّروا بأنّ حالته أصبحت مستقرة، حتّى نقل الأطباء سام إلى طابق طبي عادي في المستشفى. وبعد يوم آخر من الاختبارات الإضافية - حيث خضع لتخطيط صدى القلب لتحديد ما إن كان قلبه يضخ الدم على نحو جيد، وأُخذت له صورة سينية أخرى للصدر لأنّ الصورة الأولى المأخوذة في حجرة الطوارئ أظهرت على ما يبدو احتمال وجود ورم مختبئ في رتته خلف قلبه - أراد الطبيب المقيم الشاب أن يرسل سام إلى البيت. كان سام متحمّساً للذهاب: فقد أحبّ شقته ذات حجرتي النوم وتلفازه الأبيض والأسود الذي لا يزال يحتفظ به منذ عشرين سنة ومجموعته من تسجيلات الجاز وسريره الخاص. ولكن عندما نهض وحاول المشي على طول الرواق لأول مرة منذ دخوله المستشفى، أُصيب بالدوار. شحب وجهه وكاد يسقط لولا أن أمسكت به ممرضةٌ يقظة. اتّصلت الممرضة بالطبيب المقيم وأخبرته بقوة أنّ سام درايدن لم يكن بحالة تسمح له بالذهاب إلى البيت. فإذا كانت الصورة السينية المُعادة للصدر لم تُثبت وجود ورم، وإنّ لم يشعر بألم في صدره خلال الساعات الأربع والعشرين الماضية، فهذا لا يعني أنه يستطيع أن يتدبّر أموره بنفسه. بدلاً من ذلك، أحالته المستشفى إلى مؤسسة محترفة للرعاية حيث ذهب إليها ليستعيد قوته.

قابلتُ سام مرةً واحدة فقط عندما تمَّ استدعائي لمعاينته مرةً أخرى. أخبرتني الممرضة أنه يبدو بحالةٍ فظيعة. كانت آن ممرضة سريرية متمرسة ورائعة وإنسانة حكيمة. فإذا قالت إن مريضٍ كان في حالة سيئة فعليّ بالفعل أن أذهب على جناح السرعة. عندما وصلت إلى الطابق، كان سام شاحباً كشحوب الموتى. كانت قطرات العرق تتناثر على جبهته وكان يتنفس بجهد. كان يجلس على سريره بشكل مستقيم كالسهم وبدا كما لو كان يهرب من تمساحٍ مفترس يزداد قرباً منه حتى كاد أن يلحق به.

سألته: "هل تختبر الماء في الصدر؟" فأوماً برأسه. ثم سألته: "هل تجد صعوبةً في التنفس؟" فأوماً برأسه مرةً أخرى.

أخبرتني آن بهدوء: "ضغط دمه 80/50". كان ذلك منخفضاً للغاية. لم أستطع أن أعطيه التروغليسرين بأمان لأنه قد يتسبب بخفض ضغط دمه أكثر. وأضافت أن: "سرعة القلب 80". كانت سرعة قلبه عادةً تقارب الستين نتيجةً لمحصر بيتا الذي كان يتناوله، ولهذا فإن سرعة قلبه الحالية تعني تسارعاً في دقات القلب.

واستمعت بسرعة إلى رثيئه، وكان هناك دليل على تراكم سائل ضئيل، كما يحدث غالباً عندما لا يضخ القلب بصورة جيدة. ولدى فحصي لقلبه، سمعت صوتاً إضافياً شبيهاً بعدو الفرس وهو ما دلّ أيضاً على أن القلب يعمل بجهد. وكنت على وشك أن أطلب إجراء تخطيط لكهربائية القلب، حين دخلت الخبيرة الفنية وهي تجرّ جهاز تخطيط القلب الكهربائي. ابتسمتُ ممتنةً لأن التي توقعت طلبي مسبقاً. أضافت أن وقد قرأت أفكارٍ مرةً أخرى: "جهاز التنفس في طريقه إلينا مع الأوكسيجين للتحقق من مستواه".

أظهر مخطط كهربائية القلب وجود إقفار، أي نقص حادّ في

الأوكسيجين الواصل إلى القلب. وحيث إنَّ هذا قد تبع نوبته القلبية الأخيرة فوراً، فقد كان نذير سوء. قلت لسام: "أعتقد أنك يجب أن تذهب إلى المستشفى".

أجاب سام: "لا أريد أن أذهب مجدداً إلى المكان الذي ذهبت إليه في المرة الأخيرة. أريد أن أذهب إلى طبيب القلب الذي يراني عادةً". قلت له بأني سأخبر سائق سيارة الإسعاف أن يأخذه إلى المستشفى التي يتلقَى فيها رعايته الطبية عادةً، ولكنهم قد يضطرون أحياناً إلى أخذ المرضى إلى أقرب مستشفى.

وسألني: "هل تعنين أنَّ حالتي سيئة إلى هذه الدرجة؟"

أجبت بضعف: "يريدون فقط أن يساعدوك بسرعة".

أضاف سام: "لا أريد أن أموت".

ضغطت على يده وأنا أقول: "ستكون بخير. أتوقّع عودتك في

غضون يومين".

عندما اتّصلت بالمستشفى في اليوم التالي لأطمئن على سام، علمتُ أنه قد ذهب مباشرةً من حجرة الطوارئ إلى مختبر القثطرة القلبية. حقن الأطباء صباغاً في شرايينه التاجية واكتشفوا أنَّ لديه انسدادات متعددة. كان الشريان الرئيسي الذي يغذي البطين الأيسر، أي أخطر جزء في قلبه، مسدوداً بالكامل تقريباً. وكان العلاج الموصى به هو جراحة المجازة التاجية، وهو إجراء رئيسي لأي شخص، ولكنه مُرهب لشخص مُسنّ في الثامنة والثمانين من عمره يعاني أيضاً من وظيفة رئوية وكلوية محدودة. أُخبرتُ بأنَّ عائلة درايدن كانت تفكّر ما إذا كانت ستجيز إجراء الجراحة. وفي غضون ذلك، وضع الأطباء سام على مضخة بالونية لموازنة النبض داخل الشريان الأبهر intra-aortic balloon pump counterpulsation، وهي طريقة عالية التقنية لمساعدة

قلبه على الاستمرار بعمله.

عاد سام درايدن بعد خمسة أيام إلى وحدة العناية الانتقالية. كان متعباً ولم يتذكر الكثير بشأن إقامته في المستشفى. كانت الفترة التي قضاها في وحدة العناية التاجية موصولاً إلى المضخة البالونية ضبابية بالنسبة له. أخبرني ابنه أنّ سام كان مرتبكاً وعاجزاً عن المشاركة في اتخاذ قرار بشأن رعايته الطبية. وكانت عائلته قد التقت مع الأطباء وقرّرت أنّ سام لا يريد أن يخضع لجراحة القلب المفتوح. كان يأمل بالفعل أن يعيش لفترةٍ أطول، وأراد أن يقضي الوقت المتبقي له - سواء أكان شهراً أو سنة أو سنتين - في شقته الخاصة، فلقد نال كفايته من المستشفيات.

نام سام اثنتي عشرة ساعة في تلك الليلة، وغفا مرتين في اليوم التالي. لم يكن يملك الطاقة للعلاج الفيزيائي، وكان خائفاً من أن يؤدي بذل الجهد إلى ذلك الإحساس الرهيب الساحق في صدره. ولم يشعر أنه مستعد للقيام ببضع خطوات تجريبية مع المعالج الفيزيائي إلا بعد ثلاثة أيام. ومن ثمّ، حين أحرز سام أخيراً بعض التقدم، وحين ظنّ فريق العمل أنه سيذهب إلى بيته عمّا قريب، أصيب بنوبةٍ أخرى من ألم الصدر.

حدثت تلك النوبة فجأة بعد تناول وجبة العشاء. أَلقت الممرضة المسائية نظرة واحدة على سام واستدعت الإسعاف. كانت تعلم بأنه قد وافق على أنه لا يريد إنعاشاً قلبياً رثوياً وأنّ القرار الذي تمّ اتخاذه هو أنه ليس مرشحاً لجراحة المجازة، ولكن لا مانع لديه من دخول المستشفى. لم تكن تريده أن يموت أثناء مناوبتها، وبلونه القاتم ونبضه الضعيف بدا لها كما لو كان سيفارق الحياة.

تلقيتُ اتصالاً هاتفياً من الطبيب في المستشفى في اليوم التالي. لم

يكن لديه المزيد ليقدمه: كان سام يتناول بالفعل خمسة أنواع مختلفة من الأدوية لقلبه. كان يأخذ محاقن التروغليسرين والهيبارين - تشرييات دوائية متواصلة ضد ألم الصدر وجلطات الدم على التوالي - ولكنه لا يمكن أن يستمر بأخذ هذه الأدوية لأجل غير مسمى. وقد هدف الأطباء إلى جعل حالته مستقرة باستخدام العقاقير الوريدية ومن ثم إرساله ثانية إلينا.

كنت في وحدة العناية الانتقالية عندما أحضره إليها سائقو الإسعاف أقوياء البنية في اليوم التالي. لوح سام بيده بضعف، وحسبت أنني رأيت خوفاً في ابتسامته التي كان نصفها تقطيباً. وحمّنت أنه كان مشيط الهمة. وعندما تمكنت من إيجاد الوقت الكافي للتحدّث معه، اكتشفت أيضاً أنه كان غاضباً.

قال: "ما قالوه في المستشفى أساساً أنهم لا يفهمون لماذا أزعجهم. إذا كنت أريد أن أعيش، فعليّ أن أخضع لجراحة المجازة. وبما أنني لن أخضع لتلك الجراحة، فقد فهموا أنني أريد فقط أن أبقى مرتاحاً. هذا كل شيء".

توسّعت في القول: "أنت تريد بالفعل أن تكون مرتاحاً، ولكنك تريد أيضاً أشياء بسيطة قد تعينك على الاستمرار". نظر إليّ بامتنان وأكملت: "مثل مرّقق الدم وكل أدوية القلب الأخرى".

- نعم. بدا أن أحد الأطباء قد فكّر في وجوب إيقاف كل هذه المحاقن والبدء بمحقنة مورفين بدلاً منها. أعطيني فقط الكثير من العقاقير ودعيني أذهب.

- من الواضح أنك لست مستعداً بعد للذهاب إلى أي مكان. وأنت لست بحاجة لأن تأخذ المورفين على نحو متواصل. ولكن لا ضرر من أخذ مقدارٍ قليل من المورفين عندما تعاني من ألم في الصدر.

بدا سام متشككاً وقال: "المورفين هو ما يعطونه للمريض إذا كان سيموت". ولكنني شرحت له: "ليس بالضرورة. المورفين هو عقار قلبي ممتاز؛ فهو مفيد ضد ألم الصدر وقصر النَّفَس على حدٍّ سواء. ولديه تأثيرات على الأوعية الدموية مماثلة لتأثيرات التتروغليسرين".

تطلب إقناعه بعض الجهد، ولم يكن اقتراح طبيب المستشفى المتمثل باستخدام المورفين كشكل من التسكين النهائي ذا فائدة في هذا الشأن. ولكنني جادلت بأنه إذا أراد سام في النهاية علاجاً فعالاً لألم صدره، فعليه أن يتعلّم تناول المورفين. وإضافة إلى ذلك، لم يكن التردّد على المستشفى جيئةً وذهاباً هو الطريقة التي يريد سام أن يقضي بقية حياته بها. تمثّل الحل في قياس مقدار صغير من شكل مركّز من المورفين السائل الذي يمكنه أن يضعه تحت لسانه. سيتمّ امتصاص الدواء بسرعة كما في حالة الحقن ولكن دون ألم ودون إبر.

وبدأنا باستخدام المورفين تحت اللساني كما يُسمّى في وحدة الرعاية الانتقالية في كلّ مرة كان يُصاب فيها سام بألم في الصدر. وأوصيت الممرضات بعدم إرسال سام إلى المستشفى، وكتبت نظاماً لاستخدام بضعة ميليغرامات من المورفين حالما يشعر سام بشدّ في صدره. وإذا لم يهدم الألم مباشرة، فيمكنه أن يحصل على جرعة أخرى بعد خمس عشرة دقيقة.

كان سام متوتراً جداً في البداية بحيث إنه ناضل ليبقى مستيقظاً في الليل، مقتنعاً بأنه سيستيقظ وهو يشعر كما لو كان هناك حجرٌ ضخم على صدره وهو يختنق وما من شيء متوفّر لمساعدته باستثناء بضع قطرات من سائل صافٍ تُوضع تحت لسانه. لم يعانِ سام من ألم في الصدر لمدة أسبوع كامل، ربما لأنّ النشاط الأعنف الذي كان يقوم به هو حلاقة ذقنه. وفكّرتُ بأنّ نوبته القلبية الأخيرة ربما وضعت حدّاً

لألمه: يشعر المرضى بالألم عندما لا يحصل نسيجٌ حيّ على ما يكفي من الأوكسيجين، وهو ما حدث في حالة سام بسبب تضيقٍ وخيم في شريانه التاجي الرئيسي. إذا كان نقص الأوكسيجين وخيماً بما يكفي، فإنّ عضلة القلب تموت. وفي هذه المرحلة قد يعاني المريض من مشاكل في الوظيفة الضخّية للقلب، أو قد يختبر المزيد من ألم الصدر إذا حدث لديه تضيقٌ في أوعية دموية أخرى، ولكنّ البقعة المصابة الأصلية لن تزعجه بعد ذلك. ولكن ما إن بدأ سام بزيادة نشاطه متشجّعاً باختفاء ألم الصدر لمدة أسبوع، حتى عاد الألم من جديد. كانت وحدة الرعاية الانتقالية جاهزة: كان المورفين الضروري متوفراً دون تأخير، وقد فهمت الممرضة المناوبة الخطة، وخلال بضعة دقائق بدأ سام يشعر بتحسن. وأصرّت الممرضة على أنّ القليل من التحسّن لم يكن كافياً؛ وأعطته جرعة ثانية من الدواء ومزيداً من الأوكسيجين، وتلاشى الألم.

وعلى نحوٍ بطيء جداً، استعاد سام ثقته، وبدأ يعمل مع المعالج الفيزيائي الذي علّمه حياًً لحفظ طاقته. كما عمل مع معالج سلوكي معرفي علّمه تقنيات استرخاء. وأمضى وقتاً مع ممرضته متعلّماً سحب بضعة ميلليغرامات من المورفين في محقنة. وأعلن بعد أسبوعين أنه على أحسن ما يرام وأنه ذاهب إلى البيت.

نظّم عامل الخدمات الاجتماعية للمؤسسة قدوم ممرضة زائرة للاطمئنان على سام ثلاث مرات في الأسبوع ومعالج فيزيائي ليستمر بالعمل معه في البيت. كما أنّ مساعدة صحية كانت تأتي عدة مرات في الأسبوع لمساعدة سام على الاستحمام إلى أن أخبرها سام أنه لم يعد بحاجة إليها.

وفي السنة التالية، أصيب سام مرةً بالذعر حين عجز عن التنفّس واتّصل بالطوارئ 911. نقله موظفو الإسعاف بخفّة وسرعة إلى حجرة

الطوارئ حيث ارتاب الأطباء عندما شرح لهم سام أنه يعيش وحده ويأخذ جرعات صغيرة من المورفين كلما أصيب بالألم في الصدر. لم يكونوا متأكدين ما إذا كانوا سيرسلونه إلى وحدة الإدمان معتقدين أنه مدمن عقاقير، أو إلى طبيب نفسي ظناً منهم أنه يهذي. وأقنعهم سام أخيراً بأن يتصلوا بطبيبه الاختصاصي بالقلب الذي أكد لهم أنّ سام كان قد عانى من نوبات قلبية متعددة وقد قرّر عدم إجراء جراحة المجازة ولم يكن مرشحاً لوضع إستنت بسبب الطبيعة الانتشارية لاعتلال قلبه. ونعم، كان قادراً على علاج أعراضه بفضل الاستعمال الحكيم للمورفين جنباً إلى جنب مع عدة أدوية قلبية أخرى جديدة وغالية الثمن. واقترح طبيب القلب أنه سيستفيد على الأرجح من حقنة لازيكس (مدرّ بولي) ومن ثم يجب إرساله للبيت. وطمأنهم الطبيب بأنه لا حاجة للتأكد من اختبار له نوبة قلبية أخرى لأن العلاج سيكون هو نفسه سواء اختبرها أم لا.

بعد سنة تقريباً من لقائي الأول به في وحدة العناية الانتقالية، وجدته مساعدته الصحية ميّناً في البيت. فلقد وقع أرضاً في غرفة نومه بينما كان يرتدي ثيابه، بسبب اضطراب مميت في نظم القلب على الأرجح. وفكرت بأنه ربما قد مات فوراً.

قد يتمسك الأطباء بالفكرة القائلة إنّ العلاج الطبي الأقصى هو الخيار الوحيد القابل للتطبيق في حالة المرض الحاد، ولكنهم الآن يغيرون رأيهم تدريجياً ليوافقوا على وجهة النظر القائلة بأنّ مقارنة مختلفة جداً هي معقولة لعلاج المرض المزمن. الأمراض المزمنة هي التي تجعل الناس ضعفاء. يعاني الشخص الضعيف نموذجياً من ضعف في نواح متعددة؛ على سبيل المثال، صعوبات بصرية من جراء التنكس البقعي، وصعوبة في المشي بسبب التهاب المفاصل والمرض

الوعائي المحيطي، وربما صعوبة في التنفس من جراء النفاخ (أمفزيما). وقد يتدبر أمره على أساس يومي، ولكن بسبب محدودية احتياظه الصحي، فإنّ مرضاً ثانوياً نسبياً مثل الإنفلونزا أو إبتان المئانة يمكن أن يعجّل بحدوث كل أنواع المشاكل: قد يصاب بألم في الصدر بسبب زيادة الإجهاد على قلبه، وهو ما يمكن أن يؤدّي به إلى قصور القلب (مُسبباً تراكم السائل في الرئتين). أو قد يستحثّ الإبتان ارتباكاً حاداً مُضعفاً تقديره للأمر، ومؤدياً إلى وقوعه وكسره وركاً. تنطوي معالجة المشاكل الحادة لدى النَّاس الضّعفاء على خطورة لأنها غالباً ما تكشف عن الوظيفة الداخلية المحدودة لأعضائهم. كانت ميلدرد ستينر ضعيفة بسبب الخَرْف والاعتلال الوعائي القلبي المزمن. وكان سام درايدن ضعيفاً بسبب اعتلال القلب المجتمع مع اعتلال كلوي ورتوي.

المقاربة المعتادة لعلاج المرض المزمن هي أن نحاول الوقاية منه أولاً، وأن ننتقل إلى طريقة الإنفاذ عند إخفاقنا في الوقاية، متدخّلين بطولياً لإنفاذ المرضى من شفير الموت. على سبيل المثال، تمحورت الوقاية من اعتلال القلب حول معالجة ضغط الدم المرتفع والكولستيرول المرتفع وحضّ المرضى على الإقلاع عن تدخين السجائر. وقد أعطت هذه الطرق نتائج طيّبة مع التدنّي الكبير في عدد الإصابات الجديدة باعتلال القلب في سبعينيات القرن الماضي مقارنةً بأعدادها المرتفعة دوماً في العقود التي سبقت. واستمر عدد النوبات القلبية بالانخفاض في ثمانينيات القرن الماضي. ومع ذلك، فإنّ اعتلال القلب يبقى السبب الرئيسي للموت لدى المسنّين ويتبعه الداء المخّي الوعائي (أشكال مختلفة من السكتات الدماغية) الذي له نفس العوامل الخطرة كاعتلال القلب. أما المقاربة الجديدة للتعامل مع المرض المزمن والتي تبشّر بالخير فهي إدارة المرض **disease management**، وهي طريقة تتضمّن

مراقبة مستمرة للأعراض.

إن مرضى القصور القلبي الاحتقاني مرشّحون مثاليون لمقاربة إدارة المرض الجديدة. فقصور القلب هو اضطراب يضعف فيه القلب مسبباً تراكم السائل في أماكن لا ينتمي إليها مثل الرئتين. وهو السبب الرئيسي للاستشفاء بالنسبة لمن هم فوق سنّ الخامسة والستين. إذ يعاني أكثر من خمسة ملايين أميركي من قصور القلب الاحتقاني، وثلاثة أرباع هؤلاء هم فوق الخامسة والستين من العمر، وكانت كلفة معالجتهم في العام 2004 تقارب العشرين مليار دولار. الطريقة الأميركية القياسية هي إدخال المرضى المعانين من تفاقم في قصور القلب إلى وحدات العناية التاجية - وهي ظاهرة تحدث 800,000 مرة في السنة لدى مرضى برنامج الرعاية الطبية Medicare - حيث تتم مراقبتهم عن كثب باستخدام مداخلات تكنولوجية مثل القثطرة التي تقيس الضغط في القلب. ورغم العلاجات الأحدث والأفضل لقصور القلب الاحتقاني، إلا أنه يبقى مرضاً مدمراً.

وعلى ضوء هذه الاتجاهات، فإنّ التقارير التي بدأت تظهر في استراليا في أواخر التسعينيات من القرن الماضي كانت مجفلة إلى حدّ ما. فقد أوضحت أنّ مداخله بيتية بسيطة يمكن أن تؤثر بشكل هائل على نتيجة قصور القلب. تألفت المقاربة البيتية من زيارة واحدة تقوم بها ممرضة وصيدلي بعد أسبوع واحد من مغادرة المريض المستشفى. تقع على عاتق هذين الاثنين مسؤولية توضيح نظام الأدوية الموصوف، واكتشاف أيّ علامات لأنتكاس وشيك، وتعليم مقدّمي الرعاية ما الذي يجب أن يتنبهوا له. وقد اتّضح على نحو طريف أنّ كل المرضى تقريباً كان لديهم فهمٌ ضعيف لطبيعة مرضهم وعلاجه، ونتيجةً لهذا كان نصفهم تقريباً لا يتناولون أدويتهم بصورةٍ صحيحة. وما كان مذهلاً بالفعل

أن زيارةً واحدةً للبيت قد قادت إلى معدّل أقل من إعادة الدخول إلى المستشفى، وإلى إقامة أقصر في المستشفى، وتكاليف أقل، وموتٍ أقل. بدت هذه النتائج أروع من أن تُصدّق، ولكن عندما تمت متابعة الدراسة لثمانية عشر شهراً في البداية ومن ثمّ لأربع سنوات، فإنّ المرضى الذين تمت زيارتهم في البيت عاشوا لفترةٍ أطول واستشفوا مراتٍ أقل مقارنةً بأولئك الذين تلقوا رعاية تقليدية.

وتمّت بعد ذلك تجربة مداخلات بسيطة مماثلة في الولايات المتحدة، وقد كانت ناجحةً بنفس القدر. على سبيل المثال، أدّت الاتصالات الهاتفية المُجرية من قبل ممرضة على أساس منتظم بمرضى يعانون من قصور القلب الاحتقاني إلى خفض معدّلات الاستشفاء والتكاليف بنسبة عالية بلغت 50 بالمائة. والملفت بشأن هذه الأمثلة - والطرق الأخرى المشابهة التي طُبِّقت على أمراض مزمنة أخرى - هي أنها لا تتضمن رعاية مقيّدة غالية الثمن، ولكنها تتضمن بالفعل إضافة مقارنة إدارة المرض المنخفضة التكنولوجيا إلى العلاج.

تقدّم مقارنة إدارة المرض طريقةً ناجحة لتوجيه الاهتمام إلى الأمراض الأكثر شيوعاً في الشيخوخة وذلك بطريقةٍ تعتمد على الجهد المكثّف بدلاً من التكنولوجيا المكثّفة. فهي تُشرك المرضى في الرعاية الخاصة بهم، ليس كمجرّد شركاء في اتّخاذ القرار، ولكن كمشاركين في العلاج. وقد تبيّن أنّ المرضى غالباً ما يقومون بعمل أفضل في هذا المجال من محترفي الرعاية الطبية. إنّ مراقبة استعمال الدواء المرقّق للدم هي مثالٌ جيد.

يتناول عشرات الآلاف من الأفراد الأكبر سنّاً عقار الـ وُورفارين المضاد للتخثر لمنع الجلطات أو السكتات الدماغية إذا كانوا يضعون صمّاماً اصطناعياً للقلب، أو يعانون من اضطرابٍ في نظم القلب، أو

عانوا سابقاً من جلطة دموية. إن تناول الـورفارين هو مهمة دقيقة تتطلب براعة وحذراً: فجرعة الدواء يجب أن تُعدّل كل بضعة أسابيع؛ وعلى نحو أكثر تكراراً إذا بدأ المريض بتناول دواء جديد مثل المضادات الحيوية. إذا كانت جرعة الـورفارين عالية جداً فقد تسبّب نزيفاً، وإذا كانت منخفضة جداً فهي لا تقدّم أي حماية ضدّ كل هذه العلل التي يُفترض أن تقي منها. يمكن أن يعني النزيف جرحاً ثانوياً يستمر في النزء، أو قد يشتمل على نزيف وخيم من قرحة معدية أو حتى على نزيف في الدماغ من جراء سقطة. الطريقة الأكثر شيوعاً والأقل فاعلية لمراقبة الـورفارين هي عن طريق الطبيب. فإذا ذهب المريض إلى عيادة طبيبه كل بضعة أسابيع وخضع لاختبار دم وأخبره طبيبه عن الجرعة الواجب تناولها، فإنّ مقدار الـورفارين في جسمه سيكون في المدى الصحيح لبعض الوقت فقط. وحين يتمّ التعديل بواسطة مختبر سريري خاص بمضادات التخثر باستعمال نظام حسابي اصطلاحي يتمّ إدخاله في برنامج كمبيوتر، فإنّ النسبة المثوية للوقت الذي يكون فيه المريض في المدى العلاجي ترتفع ويقل خطر المضاعفات. أما معدّلات النجاح الأعلى فيتّم بلوغها عندما يقوم المرضى بتعديل جرعاتهم الخاصة من الـورفارين بأنفسهم مستخدمين آلة صغيرة للتحقق من مستويات دمهم، ومتّبعين مجموعة من القواعد الخاصة بكيفية تعديل الجرعة. وفي حين أنّ هذه الطريقة تناسب على الأرجح مرضى الطبقة المتوسطة ذوي المستوى التعليمي الأعلى، إلا أنها قد تؤدّي إلى نتيجة أفضل لدى المرضى ذوي المستوى التعليمي الأقل من الطريقة المتّبعة حالياً التي تتطلب الذهاب إلى عيادة الطبيب أو المختبر وتعتمد على الرسائل الهاتفية أو البطاقات البريدية لتعديل الجرعات.

تستفيد برامج إدارة المرضى أيضاً من الممرّضات، وخاصةً

المحترفات منهن، وكذلك من مساعدي الأطباء بطرقٍ جديدة لم يُسبق إلى مثلها. فبدلاً من أداء مهام اعتاد الأطباء على القيام بها ولكنها لا تتطلب المعرفة الواسعة والتدريب للدكتور في الطب، فإن هؤلاء الممرضات والمساعدين السريريين يقومون بأدوار لا يشغلها أحدٌ حالياً في النموذج الطبي التقليدي. إذ ترسّخ الممرضة المتمرسّة علاقةً مع المريض وتكون متوفّرة على الهاتف لترشد المرضى خلال الأزمات الثانوية المتكرّرة التي إن لم يتمّ التعامل معها في الوقت المناسب يمكن أن تتسبّب بثورانٍ مرضي رئيسي. وإذا لزم الأمر، ستقوم الممرضة المحترفة بزيارة للبيت، ولكنها تستطيع نموذجياً أن تجمع معلومات كافية من المريض الذي يقوم بنفسه بقياس نبضه ووزنه ليعدّل جرعة الدواء على أساس ذلك.

الممرضات هنّ أكثر ملاءمةً بكثير من الأطباء للتحدّث بشأن الخيارات. ليست مصادفةً أنّ الدراسة الخاصة بفهم توقّعات وتفضيلات الرعاية SUPPORT قد اعتمدت على الممرضات للتحدّث إلى المرضى المُستشفين الذين يعانون من أمراض خطيرة بشأن توقّعاتهم وتفضيلاتهم الخاصة بالرعاية الطبية. كان الرجاء بأنه إذا امتلك المرضى والأطباء على حدّ سواء معلومات بشأن التوقّع بعاقبة المرض وقيم المرضى وإذا كان التواصل بين المرضى والأطباء معزّزاً، فإنّ الأطباء سيحترمون رغبات مرضاهم. يوظّف برنامج الرعاية الدائمة Evercare، وهو برنامج نموذجي من منظمة المحافظة على الصحة HMO يزوّد بالرعاية من خلال دور المسنّين، ممرضات محترفات لإيصال معظم الرعاية الطبية، وللتحدّث إلى المرضى والعائلات بشأن قيود الرعاية. وكتيجة لهذه المناقشات، فإنّ أفراد العائلات هم أكثر احتمالاً بكثير لتقبّل العلاج في دارٍ لرعاية المسنّين بدلاً من التوجّه

إلى المستشفى إن أُصيب قريبٌ لهم بالمرض.

يمكن لمقاربة إدارة المرض أن تضع حدًا لدورة تفاقم المرض التي تعجّل برحلة إلى حجرة الطوارئ، وتقود إلى الاستشفاء، ومن ثم تبلغ أوجها في نقص التكيّف. وبإشراكها المرضى في رعايتهم الخاصة بطرق جديدة، فإنّ تلك المقاربة تحضّرهم أيضاً لإثارة قضية الرعاية المتوسطة عندما يصابون بمرضٍ حاد. يدرك الأطباء الآن حقيقة نجاح مقاربة إدارة المرض، ويقوم برنامج الرعاية الطبية Medicare لأول مرة بتمويل برامج تحسين الرعاية الخاصة بالأمراض المزمنة. ولكنّ الدافع لتغيير إضافي يجب أن يكون مصدره المرضى وعائلاتهم. كان تحرك المستهلك بشكل عام حافزاً فعالاً لإعادة تشكيل المهنة الطبية. فالانتقال من الولادة المخدّرة إلى الولادة الطبيعية، والتحوّل من استئصال الثدي الجذري إلى استئصال الثدي البسيط (والآن استئصال الثدي الواسع) في علاج سرطان الثدي يُثبت قوة المستهلك. إنّ مواليد الفترة الواقعة بين عامي 1946 و1964 هم المستهلكون المطلقون، حيث لا يخجلون من المطالبة بما نشعر أنه واجبنا. إنّ التحدي بالنسبة لهذه المجموعة، حالما يُصاب أفرادها بالضعف، هو أن لا ننظر إلى واجبنا أكثر فأكثر على أنه تأمين الرعاية الطبية عالية التقنية، بل هو توفير الرعاية المتوسطة. والدور الذي سنلعبه كمديرين للمرض لن يكشف لنا فحسب منحى آخر من الطب، ولكنه سيجعلنا أيضاً على اتّصال باحترافيين في مهنة التمريض يمكن أن يعملوا كحلفاء لنا في التماس الرعاية المتوسطة.

القيام بالخطوة الصحيحة عند اقتراب النهاية

أحد الأمور الشائعة في الطبّ الأميركي هو فرط العلاج، أو على الأقل التوفير الزائد عن الحدّ للعلاج الخطأ، وعدم توفير ما يكفي من العلاج الصحيح. ومع تقدّم مواليد الفترة الواقعة بين عامي 1946 و1964 في السنّ، فإنّ هذه المشكلة ستزداد سوءاً إذا طالب المسنّون الأقوياء باختبارات تقصّ هي أسوأ من الاختبارات عديمة النفع، خاصةً إذا أصرّ المسنّون الضّعفاء على إخضاع أجسادهم الواهنة لهجمات الطبّ الأكثر عدوانية. ولكنّ إمكانية التسبّب بالآلام والمعاناة لا داعي لها وبالإفلاس في الوقت نفسه تبلغ القمّة عندما تصبح النهاية وشيكة. إنّ الإغراء للاستمرار في المقاومة... لاستدعاء المدفعية الثقيلة هو هائلٌ عندما يكون الموت هو البديل. والحقيقة هي أنه عندما يوشك العمر على نهايته، فإنّ الموت لا يعود بديلاً؛ وهو تعبيرٌ يقترح وجود إمكانية أخرى؛ بل يكون الموت هو النتيجة الممكنة الوحيدة. ما يمكننا أن نتحكّم به هو الطريقة التي سنموت بها، وليس إذا كنا سنموت أم لا.

كانت سادي سولومون في التسعين من عمرها وكانت تعاني من داء ألزهايمر المتقدّم. لم تتقبّل بناتها أنها كانت تموت، أو بالأحرى اعتقدن أنّ واجبهن - وواجب الأطباء والممرّضات الذين كانوا يعتنون بسادي في دار رعاية المسنّين - أن يقينها على قيد الحياة مهما كلّف الأمر.

عانت سادي من صعوبة في ابتلاع الطعام الصلب، ولم ترغب كثيراً بخلائط الطعام المغلي والمهروس وبحلوى البودنغ والمثلجات (الآيس كريم) التي وصفها لها خبير التغذية كبديل عن الطعام الجامد. ولأكثر من سنة، كانت تعيش على المشروبات البروتينية عالية السعرات الحرارية. وفي النهاية، بدأت تجد صعوبة أيضاً في ابتلاع السوائل بالإضافة إلى الطعام الصلب. وفي يوم عاصف من أيام تشرين الثاني، دخل بعض مخفوق الحليب بالفراولة في قصبها الهوائية وانتقل إلى رئتيها. وفي غضون 24 ساعة، أصيبت سادي بالتهاب رئوي كامل. كانت تتنفس بسرعة، وكانت محمومة، وبالكاد كانت واعية.

وصف طبيب حكيم في تسعينيات القرن التاسع عشر الالتهاب الرئوي بأنه أفضل صديق للشخص المسنّ أو على الأقل يمكن أن يكون كذلك. لا بد لكل واحد منا أن يموت بغض النظر عن السبب، وقد وُجد أنّ الإلتان غالباً ما يحوّل مساراً متطاولاً من الانحدار والعجز إلى مرض نهائي وجيز. أوصيتُ الممرضات بأن يُيقن سادي مرتاحة بإعطائها الأوكسيجين لمساعدتها على التنفس، والتيلينول لتخفيف الحمى، والمورفين لتسكين ألم الصدر. ولكنّ بنات سادي لم يعتبرن الراحة هدفاً رئيسياً من أهداف الرعاية الطبية. وبناءً على قناعاتهن الدينية الشخصية، شعرن أنّ الهدف الرئيسي هو إطالة حياة والدتهن. وافقتُ على ممرض على إقحام قنطار وريدي وإعطاء سوائل ومضادات حيوية. تحسّنت سادي بصورة مؤقتة؛ فانخفضت درجة حرارتها، وتوقفت عن اللهاث من أجل الحصول على النّفس وأصبحت أكثر تيقظاً. عادت إلى حالتها الأولى الصامتة، وانحني جسمها التحيل بشكل دائم عند الوركين والركبتين. وفي غضون أسبوع من إكمالها الجرعة المحددة من المضادات الحيوية، تكرّرت العملية مرة أخرى. التقيت بنات سادي

لأشرح لهن أنّ مرضى داء ألزهايمر في مراحلهِ الأخيرة هم عرضة لنوبات متكرّرة من الالتهاب الرئوي. إذ لا يمكن لأي شيء أن يعكس التقدّم الداخلي العنيد نحو الموت. ورغم أنّ علاج الالتهاب الرئوي والتجفاف يمكن أن يطيل الحياة مؤقتاً، إلا أنه لا يمكن أن يعترض مسار هذه الدورة.

لم تكن سادي تموت فحسب، ولكنها كانت تعاني أيضاً. كانت تسعل، وكانت محمومة، وقد جاهدت لتلتقط أنفاسها. وقد زاد علاجنا لالتهابها الرئوي من معاناتها: أجرينا اختبارات دم، وحاولتُ تكراراً أن أقحم قنطاراً وريدياً في أوردها المعاندة، وقيدتها الممرّضات محاولات أن يمنعنها من إزالته حال تثبتي له. وقد أوصيتُ بشدة أن نبدّل إلى مقاربة ملطفة من الرعاية الطبية، ووافقت ممرّضة سادي والعاملة الاجتماعية على ذلك. وقد عيّنت بالمقاربة المخففة الأوكسيجين والتيلينول دون إبر وقيود ومضادات حيوية.

شعرت بنات سادي بنفس القدر من الشدة بأنهنّ يردن إطالة حياة والدتهن. قلن إنّ المعاناة ليست بذات أهمية مقارنةً بالقيمة التي لا حدّ لها للحياة نفسها. وكنّ متصلّبات في أننا يجب أن نقدّم أي معالجة شافية موصى بها طبيّاً، وليس فقط السوائل الوريدية والأوكسيجين والمضادات الحيوية التي أوصيتُ بها، بل أيضاً جهاز تنفّس اصطناعي - إذا كان مُستحسنّاً تقنياً - والذي لا يتوفّر إلا في المستشفى. وقد اعترفن بأنّ سادي لم تعبر أبداً عن رغبتها في أن تبقى حية بهذه الطريقة وأنها شخصياً لم تكن ملتزمة دينياً.

وللمرة الثالثة خلال شهر، أصيبت سادي بالتهاب رئوي. كانت تلهث من أجل النّفّس، وازرقتُ شفّتها. كانت تضع قناع الأوكسيجين - وفي هذه المرة كانت ضعيفة جداً بحيث إنها لم تقوَ على نزعهِ - ولكنّ

الأوكسيجين لم يستطع أن يخترق الإفرازات اللزجة التي سدّت ممراتها الهوائية. أمّا الممرّضات ومساعدات الممرّضات اللواتي كنّ يعتنين بسادي واللواتي كنّ متعلّقات بها كثيراً واعتبرن أنفسهن عائلة ثانية لها، فقد توسّلن إليّ بأن أصف لها المورفين لأخفّف من قلقها ووجعها الجسدي.

ولكني، بدلاً من ذلك، طلبت نقل سادي، بناءً على طلب عائلتها، إلى مستشفى قريب للعناية الحادة حيث وضع طبيب حجرة الطوارئ أنبوب تنفس أسفل حلقها ووصلها بجهاز تنفس اصطناعي وأدخلها إلى وحدة العناية الفائقة ICU. وخلال تواجدها في المستشفى، أصيبت بنوبة قلبية وقرحة إجهادية. وبقيت لثلاثة أيام في وحدة العناية الفائقة حيث كانت مقيدة جسدياً ومُسكّنة دوائياً لمنعها من إزالة الأنابيب الموصولة بها. وقد خضعت لعمليات نقل دم وعدة ليطرات من سائل وريدي تسرّب معظمه في ذراعيها ورجليها التي انتفخت نتيجةً لذلك إلى ضعف حجمها الطبيعي. وحالما أصبحت مستقرة طبيياً، حولها أطباء المستشفى مجدداً إلى دار رعاية المسنّين وقد تدلّى من أنفها أنبوبٌ أنفي معدي. وماتت أثناء نومها بعد بضعة أيام.

عزت بنات سادي سبب إصرارهن على كل المداخلات الطبية الممكنة لعلاج والدتهن إلى معتقداتهن الدينية. والواقع أنّ التقاليد الدينية تدرك بشكل عام أنّ الفناء هو جزءٌ من الحالة البشرية وأنّ الموت لا بدّ منه ومن الخطأ أن نسبّب المعاناة عندما يكون الشخص مواجهاً للموت.

هذا النوع من الحالات بالضبط هو ما جعل الأطباء يبدؤون بإثارة موضوع الالاجدوى كسبب للامتناع عن المعالجة العدوانية. أصبحت الالاجدوى موضوعاً ساخناً في أواخر الثمانينيات من القرن الماضي،

حين جادل الأطباء في ما إذا كانوا يستطيعون بقرار فردي أن يرفضوا المداخلات الطبية التي يعتقدون بعدم فاعليتها. أمل الأطباء أن يتمكنوا من الجزم قطعاً بأنّ معالجات معينة لا تزال ماثراً خلاف هي عديمة الجدوى فيزيولوجياً، وسيسرّهم أن يجدوا حلاً تقنياً لما تولّفه المعالجة الملائمة لتنوّع من الحالات السريرية المميّنة غالباً. من الواضح أنّ أيّ مداخله هي عديمة الجدوى إذا لم تُحدث أيّ أثرٍ طبيّ أحيائي. على سبيل المثال، تُعتبر المضادات الحيوية علاجاً عديم الجدوى للأمراض الفيروسية لأنها تعمل باستهداف مرحلةٍ من دورة الحياة البكتيرية وهي غير فعالة في قتل الفيروسات. وعلى نحو مماثل، فإنّ اللاتريل الذي اعتُبر لفترةٍ علاجاً بديلاً شائعاً للسرطان هو عديم الجدوى فيزيولوجياً بسبب عدم وجود دليل علمي على أنّ له أيّ تأثير على الخلايا السرطانية.

ورغم أنه من السهل نسبياً أن نصف علاجاً معيناً لا يمكن أن يؤدّي لنتيجة بعديم الجدوى، إلا أنه من الأصعب بكثير أن نكتشف كيف نصنّف علاجاً يمكن أن يؤدّي نظرياً لنتيجة ولكنه نادراً ما يفعل ذلك. استنتج عددٌ من الأخلاقيين الطبيين أنّ النظر إلى الالجدوى كمفهوم إحصائي هو اعتبارٌ مثير؛ فإذا فشلت معالجة معينة في 100 حالة متماثلة على التتابع، فيجب إذاً اعتبار المعالجة عديمة الجدوى. ولكنّ المشكلة بهذا التعريف هي في وضعه موضع التطبيق. من الذي يحتفظ بإحصاءٍ لعدد المسنّين الذين عجزت مداخله مثل الإنعاش القلبي الرئوي عن إنقاذهم؟ إلى أيّ درجة يجب أن يكون المرضى متشابهين كي نعتبرهم قابلين للمقارنة؟ إذا نظرنا إلى نتائج الإنعاش القلبي الرئوي المجرب في خمس مؤسسات مختلفة، جرّبت كل منها إنعاش عشرين مريضاً وفشلت في ذلك، فهل نستطيع أن نستنتج أنّ معدّل النجاح هو أقل من 1/100

لمجرد أنه كان 20/0 لخمس مرات؟ تختلف المؤسسات الخمس إلى حدٍّ ما من حيث موظفيها، وما لديها من معدات متوفرة، وفي ظروفٍ أخرى متنوعة. وأخيراً، لنفترض أنّ العلاج يُؤدّي بالفعل لنتيجة في حالةٍ واحدة من 100 حالة. من الواضح إذاً أنّ العلاج ليس مستحيلاً، وهو ليس تافهاً فيزيائياً، ولكن هل احتمال 1 بالمائة هو كافٍ لإخضاع 99 شخصاً لمداخلةٍ غير فعالة لمجرّد أنها أدّت إلى نتيجة مع شخص واحد؟ وماذا يعني أنها أدّت إلى نتيجة؟ بقاء المريض حياً لبضع ساعات؟ أو لبضعة أيام؟ أو لستة أشهرٍ إضافية؟

وحيث اعتقد خطأً أنّ المحاكم ستكون مستعدة للسماح للأطباء بتعريف اللاجدوى، قام مستشفى هينييين الإقليمي في مينابوليس في مينيسوتا بالالتماس لدى المحكمة لتعيين متّخذ قرارٍ بديلٍ جديدٍ لمريضته هيلغا وانغلي. كانت السيدة وانغلي في الثامنة والثمانين من عمرها وقد أصيبت بمضاعفاتٍ متعددة بعد خضوعها لجراحةٍ في الورك، انتهت بغيوبة. تمّ الإبقاء عليها حية في وحدة العناية الفائقة التابعة لمستشفى هينييين الإقليمي بوصلها بجهاز تنفّس اصطناعي. أرادت المستشفى أن يُلغى دور الزوج كمتّخذ قرارٍ بديلٍ لأنه فضّل الاستمرار باستعمال جهاز التنفّس الاصطناعي للإبقاء عليها حية. بالنسبة للسيدة وانغلي، كانت إمكانية استمرار الحياة مبرراً كافياً لإبقاء زوجته معتمدة على جهاز التنفّس الاصطناعي بغضّ النظر عن احتمال استعادتها الوعي. وبالنسبة لفريق العمل في المستشفى، فإنّ إبقاء قلب ورثتي السيدة وانغلي تعمل بدون أي دليل على الوعي وبدون أي توقّع بأنها ستستعيد الوعي أبداً، لم يكن مفيداً على الإطلاق. لم تكن المشكلة في الاعتبار التقني لجهاز التنفّس وما إذا كان فعالاً في إمدادها بالحياة، بل تمثلت في الدور الذي لعبه جهاز التنفّس؛ هل هو فقط للمحافظة على دورة الدم؟ أو لإعادة

المريضة إلى المستوى الأساسي من الحياة الفكرية الفاعلة؟ حصرت المحكمة قرارها بالسؤال الضيق الخاص في ما إذا كان السيد وانغلي يستطيع أن يكون وكيل الرعاية الصحية لزوجته، أو إذا كان يجب استبداله ببديل تعينه المحكمة. ونظراً لعدم وجود أي سبب لتجريد السيد وانغلي من أهليته، عدا رفضه أن يجيز للمستشفى إزالة جهاز التنفس المبقي على الحياة، فقد احتفظ بموقعه كمتخذ قرار بديل. تجاهلت المحكمة السؤال المتعلق باحتمال وجود حدود قانونية على القرارات التي يخوله موقعه أن يتخذها.

لاقت المحاولات الرامية لحلّ الجدل القائم حول اللاجدوى مصيراً مشابهاً في الدوائر الأخلاقية الأحيائية كما فعلت في المحاكم. إذ ينظر البعض إلى اللاجدوى على أنها محيرة جداً لأن تكون مفهوماً مفيداً، بينما يراها البعض كواجهةٍ للتقنين. وفي حالة وانغلي، جادل بعض الأخلاقيين بأنّ السبب الحقيقي وراء رغبة المستشفى في إزالة جهاز التنفس هو كلفة رعايتها الصحية التي تجاوزت 800,000 دولار. كان ردّ المستشفى أنّ هيلغا كانت تنتمي لمنظمةٍ للحفاظ على الصحة HMO، والتي أعلنت بصراحة أنها مستعدة تماماً لدفع جميع نفقات علاجها. وكان ردّ المدعى عليه أنه حتى لو لم يعانِ المستشفى مادياً، فإنّ هيلغا كانت تحجز سريراً في وحدة العناية الفائقة ومن الممكن أنها تحرم مريضاً قابلاً للحياة من موردٍ نادر. وكانت النتيجة الإجمالية للجولة الأولى من المناقشات أن أضفت الجمعية الطبية الأمريكية AMA على مفهوم اللاجدوى منزلة اللانعاش، مصرّحةً بالتالي: "لا يمكن إحراز تعريفٍ موضوعي وواقعي للاجدوى". وحضّت الجمعية الطبية الأمريكية الأطباء والمرضى على حلّ خلافاتهم بتحسين التواصل فيما بينهم، وباستدعاء لجنة أخلاقية أو فريقٍ آخر محايد إذا لزم الأمر.

رغم التوقع المقيت بعدم نجاح اللاجدوى كمفهوم، إلا أنها قد أخفقت في التلاشي كمصدر قلق للأطباء والممرضات. والسبب في ذلك أن التفاوض والتوسط لا يؤديان دوماً إلى نتيجة. فعندما لا يكون أي من الطرفين مستعداً للقبول بتسوية، فإن هذه الطرق تفشل. وقد كانت هيئة الموظفين الطبية غير مستعدة للتسوية عندما اعتقدت أن العلاج الذي طُلب منها إعطاؤه هو خاطئ أخلاقياً. والأسباب وراء الاعتقاد بخطأ بعض المداخلات تتجاوز مسألتي فاعلية العلاج والكلفة. إذ يمتنع الأطباء عن التزويد بعلاج من المرجح جداً أن لا ينجح في إطالة الحياة، وأن يسبب الألم والمعاناة للمريض، وتكون كلفته مرتفعة جداً، ويُطبَّق على مريض أوشكت حياته على الانتهاء قبل تطوّر مرضه الحاد. تزوّد سادي بمشال ممتاز؛ فقبل أن تبدأ حتى في اختبار نوبات متكرّرة من الالتهاب الرئوي، كانت في المرحلة الأخيرة من داء ألزهايمر، وهي حالة مميتة بلا استثناء. ولم تكن الرعاية الاستشفائية مرّجحة لأن تطيل حياتها، حيث وجد عددٌ من الدراسات أن الغالبية العظمى من المرضى المصابين بالخرف المتقدّم والذين يستشفون من الالتهاب الرئوي يموتون في غضون ستة أشهر بغضّ النظر عن مدى عدوانية الوسائل العلاجية المستخدمة. أظهرت سادي علامات معاناة كنتيجة لعلاجها: كانت تشن وتبكي، وحاولت أن تنزع الأنابيب المختلفة التي أقحمت في معظم جسمها. وأخيراً، تجاوزت كلفة بقائها في وحدة العناية الفائقة 2000 دولار يومياً؛ وتقدّر كلفة العناية الإجمالية لحالات مثل حالة سادي، أي عناية فائقة لمرضى طاعنين في السنّ متبوعة بالموت، بأكثر من 15 مليار دولار في السنة.

كانت العوامل الأربعة جميعها متواجدة في حالة سادي سولومون؛ الفاعلية المنخفضة، والعبء المرتفع، والكلفة المرتفعة، والموت

الوشيك. كلما كانت العوامل المنطبقة على حالةٍ معينة أكثر عدداً، كلما كانت المعالجة مثيرةً للاعتراض أكثر. على سبيل المثال، إذا كانت معالجةٌ ما مرتفعةً التكاليف وقادرةً في أحسن الحالات على المحافظة على المريض في حالةٍ خاملةٍ دائمة، فسأقول إنّ هذه المعالجة هي مشؤومة وغير مرغوب بها، ولكن ليس بنفس درجة معالجةٍ مشابهة تسبّب المعاناة أيضاً. هناك 10,000 إلى 25,000 مريض راشد في الولايات المتحدة يعانون اليوم من حالة خاملةٍ دائمة، والبعض منهم فقط مسنّ. يستطيع هؤلاء الأفراد أن يتنفسوا بمفردهم ولكن مستوى إدراكهم متدنّ بعمق بحيث إنهم عاجزون عن اختبار أي شيء، هذا عدا عن التواصل. يتم وصفهم أحياناً بأنهم في حالة غيبوبة بأعين مفتوحة. ونظراً لأنهم لا يعانون غالباً من أي مشكلة طيبة عدا عن وظيفتهم الدماغية المشوشة، فمن الممكن الإبقاء عليهم أحياء لفترات ممتدة (تصل في حالات عديدة لسنوات) مع العناية التمريضية الجيدة (على سبيل المثال، قلبهم من جانب إلى جانب لتجنّب انحلال الجلد) ومع التغذية والإماهة الاصطناعية.

وعلى نحو مماثل، فإنّ المعالجات ذات القيمة الضئيلة طيباً ولكن غير المكلفة مادياً هي أقلّ إزعاجاً بكثير من المعالجات المكلفة. يصف الأطباء على نحوٍ روتيني المضادات الحيوية لمرضى الخرف في دور رعاية المسنّين عندما يصابون بالحمّى، رغم أنّ دراسةً واحدةً على الأقل قد وجدت أنّ احتمال موت هؤلاء المرضى هو نفسه سواء مع المضادات الحيوية أو بدونها؛ إذ تكون قدرتهم على مقاومة العدوى محدودة على نحوٍ وخيم. ولكن إذا كانت العائلات والأطباء يشعرون براحة أكثر لإعطاء ما يمكن أن يكون علاجاً فعالاً - مضادات حيوية للتهاب الرئوي أو إنتان المثانة - وإذا كان المريض قادراً على ابتلاع

الحبوب، فإنّ الإنفاق عديم الجدوى احتمالاً والبالغ 100 دولار لا يستوفني على أنه مفرط. أما إذا كان المريض لا يستطيع أن يتلع الحبوب ويجب أن يحصل على المضاد الحيوي عديم النفع احتمالاً بواسطة الوريد، كما حدث مع سادي، وإذا كان متيقظاً بما يكفي ليجد غرز الإبرة مؤلماً، فإنّ العلاج يصبح أكثر إزعاجاً. وإذا كان المريض لا يملك أوردة يمكن الوصول إليها ولا بدّ من إقحام قنطار خاص مباشرة في وريد كبير قرب القلب، وهي مداخلة مصحوبة بخطر ثقب الرئة، فإنّ الأعباء ترجح المنافع بوضوح أكثر فأكثر.

غالباً ما يُصاب مرضى الخرف المتقدّم بالتجفاف لأنّ معظمهم عاجزٌ عن اختبار العطش. يؤدّي إعطاء السوائل عن طريق الوريد إلى تصحيح التجفاف نموذجياً. ولكنه لا يصحح المشكلة الداخلية التي عرّضتهم للتجفاف أساساً، وهي الخرف الذي سيؤدّي إلى الموت في النهاية. ولكن بإمكان الأطباء أن يعكسوا بصورة مؤقتة على الأقلّ النّوام، وضغط الدم المنخفض، والانحرافات الكيميائية الحيوية التي هي علامات مميّزة للتجفاف. أنا أوصي غالباً بإبقاء مرضى كهؤلاء مرتاحين باستعمال رقائق الثلج بدلاً من إخضاعهم لعلاجات تكنولوجية، لأنّ إصلاح التجفاف يتيح للمريض ببساطة أن يُصاب به مرةً أخرى أو أن يصاب بالتهاب رئوي أو قرحة ضغطية في المستقبل القريب. ولكنني لا أرى أن من الخطأ معالجة التجفاف. إذا كانت المعالجة مؤلمة أو معذبة - على سبيل المثال، إذا كان لا بدّ من وضع أنبوب فغر المعدة ليشفى المريض (أنبوب يُقحم في المعدة ويمكن من خلاله تزويد المريض بالسوائل والمغذيات) - فإنّ المداخلة حينها تصبح مثيرةً للاعتراض. ولكن استعمال السائل للإماهة يبدو أكثر عقلانية بكثير من الممارسة الشائعة المتمثلة بوصف العلاج الكيميائي ذي التأثيرات الجانبية العديدة

لمريض واهن جداً مُصاب بالسرطان حين يكون معدّل النجاح لنفس هذا العلاج هو 10 بالمائة فقط لدى المرضى الأقوى بمراحل.

وأخيراً، حين نفكر بمدى المعاناة ومدى التكاليف التي سنحتملها، فإنّ مسألة الحدوث الوشيك للموت تصبح مهمة بالفعل. وجد مقدّمو الرعاية لسادي أنّ علاجها كان مفرطاً لأنّ التوقّع بعاقبة مرضها كان رديئاً للغاية بغضّ النظر عن العلاج المستخدم.

طالما نستمر في تقديم العلاجات، حتى مع كونها نادرة الفاعلية وعدوانية ومكلفة، فسيكون هناك مرضى (أو أفراد في عائلة المريض) سيؤثرون تلك العلاجات. وهم قد يفعلون ذلك لأنهم يعتقدون أنه إذا أخذ علاج معين بعين الاعتبار، فلا بدّ أن يكون على درجة من الفاعلية. وقد يفعلون ذلك لأنهم يستحسنون التفكير السحري ومقتنعون أنه بغضّ النظر عن احتمالات النجاح فإنّ قريبهم سيكون الشخص الواحد في المليون الذي سينجو. وقد يفعلون ذلك لأنهم ينحدرون من بيئة ثقافية تحاول فيها شخصيات السلطة، بمن فيهم الأطباء، أن يحرموهم بصورة روتينية من خدمات مفيدة. إنّ الطريقة الوحيدة لضمان عدم خضوع مرضى كهؤلاء لعلاجات غير ملائمة هي إما بوضع سياسة لمفهوم اللاجدوى أو بالحدّ من التغطية الصحية للفريق الثالث لعناية كتلك.

توجد سياسات اللاجدوى على المستويين المؤسّساتي والمجتمعي على حدّ سواء. إحدى سياسات اللاجدوى البسيطة نسبياً والضيقة جداً هي سياسة الإنعاش القلبي الرئوي غير الضروري المتّبعة في عددٍ من المستشفيات. تضع هذه المؤسسات مجموعةً من الظروف يستطيع الطبيب على أساسها أن يقرّر عدم إجراء إنعاش قلبي رئوي إذا توقّف قلب المريض وهو لا يتنفس. نموذجياً، قد يكون الوضع هو أنّ المريض يموت من سرطانٍ منتشر مثلاً ويؤكّد طبيبٌ ثانٍ أنّ الموت متوقّع خلال

أيام. يمكن حينها لطبيب العناية الأولية أن يكتب الأمر الإنعاش القلبي الرئوي غير الضروري. في إحدى الحالات المُعلن عنها جيداً، فعل الأطباء هذا بالضبط ومات المريض ولم تتم محاولة إسعاف المريض بالإنعاش القلبي الرئوي ورفعت عائلته دعوى. تمت تبرئة الأطباء في المحكمة، وقد كان هذا حكم هيئة المحلفين الصغرى وليس قرار القاضي، ولكن الملفت أنه عندما شرح الأطباء السبب وراء اعتقادهم بعدم إجراء إنعاش قلبي رئوي، فإن قرارهم تمّ تأييده. يبدو أنّ المشاكل تنشأ إذا لجأت المستشفيات للمحكمة والمريض لا يزال حياً وطلبت الإذن بإيقاف العلاج على أساس عدم جدواه. في هذه الحالات، تصرّ المحكمة بصورة منتظمة على إذعان الأطباء للمرضى أو وكلائهم في اتّخاذ القرار بشأن مدة ونوع العلاج المُعطى.

إنّ سياسات اللاجدوى المجتمعية أوسع من سياسات اللاجدوى المؤسسية، إذ لإرشادات اللاجدوى المؤسسية أهميتها؛ فهي تتيح للمستشفيات أو دور رعاية المسنّين أن تحدّد أنواع العلاج المتساوقة مع فلسفتها الخاصة. فالمريضة التي تلتزم الإجهاض تعرف جيداً أنّها لا يمكن أن تفعل ذلك. كما تصرّح بعض وحدات العناية الخاصة بداء ألزهايمر أنّ فلسفتها هي التركيز بشكل رئيسي على راحة المريض المقيم وبأنها لا تقدّم علاجاً وريدياً أو أنابيب تغذية أو نقلاً إلى مستشفى للعناية الحادة. وهي تصف مقاربتها في البداية، ما يتيح للمرضى المقيمين المحتملين وعائلاتهم أن يختاروا مؤسسة بفلسفة متوافقة. الافتراض هو أنه في مجتمع تعدّدي، سيكون هناك الكثير من المؤسسات التي تؤيّد وجهات نظر مختلفة حول نوع العناية التي توفرها. تذهب سياسات اللاجدوى المجتمعية إلى ما هو أبعد من ذلك: فنقطة انطلاقها هي الفكرة القائلة بأنّ هناك علاجات معينة تخالف في حالات خاصة

وجهة النظر المتّبعة بشكلٍ عام حول الرعاية الملائمة. وحيث إنّ الأفراد المتفاوتين في خلفياتهم الاجتماعية الاقتصادية ومجموعاتهم العرقية ووظائفهم يتفقون على قاعدةٍ قياسية كهذه، فهي تمثّل قاعدة قياسية معقولة.

ابتكرت عدة مجتمعات هذا النوع بالضبط من الإرشاد الخاص بسياسة اللاجدوى. فلقد قامت منظمة كولورادو التعاونية للقرارات الطبية، وهي عبارة عن ائتلافٍ قاعدي في دنفر، بتشكيل لجان عملٍ منفصلة في مجالات تتراوح ما بين العناية الفائقة للراشدين إلى العناية الفائقة للمواليد الجدد. عُهدت إلى المجموعات مهمّةُ تعداد علاجات خاصة وافق الأعضاء على أنها غير مقبولة. وعندما اتّفقت لجنة العمل على لائحتها من العلاجات غير الملائمة، قامت بإرسال توصياتها إلى مجموعة أكبر من ممثلي المجتمع من أجل استطلاع رأيها. أسفرت عملية الأخذ والردّ هذه عن وثيقة إجماع حقيقية أمكن حينها أن تُستخدَم من قِبَل مؤسسات الرعاية الصحية في كامل أنحاء منطقة دنفر. وابتكرت لجان العمل الطبية جميعها إرشادات خاصة. على سبيل المثال، وافقت اللجنة الفرعية للرعاية الفائقة للراشدين على أنّ وحدة العناية الفائقة غير مُوصى بها للمرضى الذين هم في حالة خمول دائم، وأنّ الإنعاش القلبي الرئوي غير مُوصى به في تنوّع من الحالات بما فيها الخرف في مرحلته النهائية وحالة الخمول الدائم.

تمّ تطوير مقاربةٍ مختلفة في هيوستن. إذ صاغ ممثلون من مؤسسات متعدّدة في تكساس مسوّدة إرشادات قُدّمت إلى المؤسسات المشاركة من أجل التعليق. ضمّت هذه المؤسسات المستشفيات التعليمية وغير التعليمية، والمستشفيات الربحية وغير الربحية، والمؤسسات الخاصة والعامّة، والمؤسسات الدينية وغير الدينية. قامت لجنة العمل بتأليف

وثيقة منقّحة من هذه التعليقات بعنوان إرشادات السياسات المؤسسية حول تحديد المداخلات غير الملائمة طيباً. السمات الأساسية لهذه السياسة هي أنّ المرضى أو وكلاءهم في اتّخاذ القرار يجب أن يشتركوا في عملية اتّخاذ القرار، وأنّ الأطباء لا يجب أن يتصرفوا بشكل فردي، وأنّ النزاعات سيتمّ تدبرها قضائياً. وعندما لا يمكن حلّ النزاعات، فستتمّ مناقشة النقل إلى مؤسسة أخرى، وإذا كان هذا مستحيلاً أو غير عملي، فإنّ سياسة هيوستن تسمح بوقف المداخلة أو الامتناع عنها، ولكنها تصرّ على وجوب متابعة رعاية المريض باستخدام مداخلات أخرى ملائمة طيباً. تمّ تأييد هذه الإرشادات من قِبَل معظم المستشفيات الرئيسية في منطقة هيوستن الكبرى، ولكن لم توافق على استعمالها سوى ثلاث مؤسسات.

للأسف، إنّ المعلومات المتوفّرة حول مدى الالتزام الفعلي بسياسات اللاجدوى المجتمعية ضئيلة. ولم يعد هناك وجود لمنظمة دنفر، ولم يكمل عددٌ من لجان العمل مهمّتهم أبداً. طوّرت هيوستن سياسة مجتمعية تمّ دمجها في سياسات وإجراءات مستشفيات المنطقة، ولكن ليس واضحاً إذا كان الأطباء أو الإداريون العاملون في تلك المؤسسات مطلّعين على محتواها. كما طوّرت كاليفورنيا وفلوريدا سياسات ذات فعالية غير أكيدة.

نحن نعرف بالفعل أنّ سياسات اللاجدوى المجتمعية نادراً ما يتمّ اتّباعها. ففي إحدى الدراسات حول سياسة الإنعاش القلبي الرئوي غير الضروري في مستشفيات جامعيين، وُجد أنّ الأطباء المقيمين يخطئون بصورة روتينية في فهم فحوى ومواصفات السياسة. أشار استطلاع غير رسمي للأطباء المتمرّنين المقيمين في مستشفى العناية الحادة التي كنت عضوة فيها سابقاً أنّ معظم الأطباء لا يعرفون أساساً بوجود سياسة كهذه،

والذين يعرفون منهم لم تكن لديهم أدنى فكرة حول نوع الحالات الطبية التي تغطّيها أو ما الذي يجب عليهم فعله لدعم كتابة أمر الإنعاش القلبي الرئوي غير الضروري.

إنّ صعوبة تطوير السياسات، ونقص المعرفة الواسع الانتشار بشأن السياسات الموجودة فعلاً ليسا مثيرين للاستغراب بالكامل. في إيجاد أرضية مشتركة في ميدان الأخلاقيات الطبي هو أمرٌ صعب ولكن ليس مستحيلاً كما اكتشف أعضاء اللجنة الوطنية لحماية الخاضعين لأبحاث الطب الحيوي والسلوكي. فمفتاح نجاحهم، كما رُوِيَ على لسان واحد من أعضاء المجموعة، كان التمييز بأنهم ليسوا مضطرين للموافقة على سبب توصياتهم، بل عليهم فقط أن يوافقوا على التوصيات نفسها. إذا ما بدأوا بالمبادئ، تشابكت وجهات نظرهم المتباينة على نحو يائس، وإذا ركّزوا حصرياً على ما يعتقدون أنه صحيح، اكتشفوا درجةً مذهلةً من التماثل. ولكن من أجل أن تتوصّل هذه المجموعة إلى أي قرارات، فهي بحاجةٍ لأن تتفق على صياغة نظرية، وهي بحاجةٍ إلى دعم لإكمال عملها.

ليس من المثير للاستغراب أيضاً أنّ تلك الإرشادات الخاصة بسياسة اللاجدوى، والتي تم تطويرها فعلياً على الرغم من كل الصعوبات، غالباً ما يتم تجاهلها. فمعظم الإرشادات الخاصة بالممارسة السريرية يتم تجاهلها أو نسيانها بغضّ النظر عن الموضوع. يبرع المحترفون في ابتكار التوصيات أكثر بكثير مما يبرعون في تنفيذها. تتضمن العمليات الجيدة لتصميم الإرشادات إشراك الأطباء الذين سيتم استدعاؤهم في النهاية لتنفيذ التوصيات. إذا كان الأطباء أنفسهم الذين يُتوقع منهم أن يصفوا الأدوية المخفّفة للألم هم الذين يصوغون لائحة الأدوية التي يجب استعمالها، والظروف التي تستلزم وصفها، والجرعات

الضرورية، فهم أكثر احتمالاً لأن يقبلوا بالصيغة النهائية. المشكلة هي أن نفس هؤلاء الأطباء ينسون، أو ينتقلون إلى مراكز أخرى، أو ينضم إليهم أطباء آخرون لم يشتركوا في كتابة الإرشادات. توضّح الدراسات واحدة تلو الأخرى أن إرشادات الممارسة لا يتمّ اتباعها؛ ما لم تكن هناك عملية تعليمية متواصلة لتذكير الأطباء بمحتواها، أو عملية تغذية راجعة لمكافأة أولئك الذين التزموا بالإرشادات وانتقاد أولئك الذين لم يفعلوا.

وحتى عندما يجهل الأطباء ما هي التوصيات الرسمية - على سبيل المثال، إعطاء محصرات بيتا والأسبرين لمرضى كانوا قد أصيبوا باحتشاء عضلة القلب - تجدهم خبيرين على نحو ملفت في إيجاد أعذار تبرّر لماذا مرضاهم بالذات هم استثناء للقاعدة. وبالطبع، فإنّ المرضى أحياناً يشكّلون بالفعل استثناءً. على سبيل المثال، تعني إرشادات العلاج الأمثل نموذجياً العلاج الأمثل المطيل للحياة، بينما قد يكون مريضٌ معين مهتماً أكثر بالعلاج الأمثل المعزّز لراحة المريض.

الإرشادات هي موضوع شائك أيضاً لأنّ الجمعيات الاحترافية المختلفة غالباً ما تبتكر إرشادات ممارسة متناقضة على نحو تلغي فيه إحداها الأخرى، ما يترك الطبيب المنفرد غير متأكد كلياً من التصرف الصحيح الذي يجب عليه سلوكه. فعلى سبيل المثال، هناك مجموعات متعددة منافسة من التوصيات لاختبارات التقيضيّ الدورية: هناك مجموعة لدى لجنة عمل الخدمات الوقائية الأميركية، وأخرى لدى لجنة العمل الكندية. وهما لا تتفقان دوماً، وفي الحالات التي تتفقان فيها لا يزال هناك منظمات احترافية أخرى مثل جمعية السرطان الأميركية أو جمعية القلب الأميركية يكون لها غالباً رأيٌ مضاد. إذا كان هناك بعضٌ من التماثل عندما يتعلّق الأمر بالطب المستند إلى الدليل، فيمكننا أن نتوقّع

حتى تجانساً أقل في ميدانٍ محمّلٍ بالقِيمِ مثل اللاجدوى.

وحتى عندما يكون لدينا مجموعة منفردة من الإرشادات، ومحتواها منتشرٌ على نحوٍ واسع، ويوافق الأطباء بشكل عام على التوصيات الواردة فيها، فلا تزال هناك صعوبة بالتنفيذ. تنشأ المشكلة عندما يُعلم الأطباء المرضى بمعالجة متوفّرة ثم يلتفتون ويقولون بأنهم لا يوصون بها. سيوافق بعض المرضى على توصيات طبييهم، وسيرتاب البعض الآخر بأنهم قد حُرِّموا من معالجة مفيدة من قِبَل سلطة مجهولة ما. الأكثر منطقية هو أن نربط الإرشادات بتعويضات البرنامج الوطني للتأمين الصحي (برنامج الرعاية الطبية Medicare). إذا كانت الإرشادات تدعم استخدام المعالجة، فإنّ برنامج الرعاية الطبية سيدفع نفقاته، وإذا كانت الإرشادات لا تُوصي بالمعالجة، فإنّ برنامج الرعاية الطبية لن يتحمّل النفقات. وإذا أصرَّ المرضى على معالجة لا يغطّيها برنامج الرعاية الطبية ويستطيعون إيجاد طبيب مستعد لتزويدهم بها، فبإمكانهم الحصول عليها شريطة أن يكونوا مستعدين لأن يدفعوا تكاليفها.

تفقد العديد من المعالجات جاذبيتها فجأة عندما يضطرّ المرضى لدفع نفقاتها من حسابهم الخاص. تكشف دراسة المواقف تجاه اختبارات التقصّي التي وصفتها في الفصل الأوّل أنّ المرضى قد يرغبون بتنوّع من الاختبارات حتى لو لم يتمّ إثبات فاعليتها، ولكن عندما سئلوا عن مدى استعدادهم لدفع تكاليف هذه الاختبارات، أشاروا بأنه إذا تجاوزت كلفة الاختبار 15 دولاراً أو 20 دولاراً، فلن يرغبوا به بنفس الدرجة. وعلى نحو مماثل، أنا أظنّ بأنّ رعاية وحدة العناية الفائقة بكلفة 2000 دولار في اليوم ستكون أقل جاذبية بكثير مما هي عليه الآن إذا لم تستطع العائلات أن تعتمد على برنامج الرعاية الطبية Medicare لتغطية النفقات (بعد اقتطاع مبلغ عليهم أن يدفعوه حتى لغير رعاية

وحدة العناية الفائقة). وبالنسبة لأولئك الذين يحتجّون بأنّ التقنين على أساس القدرة على دفع التكاليف هو غير منصف، فأنا أشاركهم وجهة النظر تلك في ما يتعلق بالمعالجة المفيدة. أنا أقل اهتماماً باللائحة في ما يتعلق بالرعاية المؤلمة والمكلفة والعديمة الفائدة. فباعتقاد نظام كهذا، لن تتوفر الفرصة سوى للموسرين لتعذيب أقاربهم المشرفين على الموت. نحن بحاجة لأن نبدأ بإيجاد مدى من المعالجات المقبولة للمرضى الذين أوشكوا على الموت، مستخدمين مقاربة المعاهد الوطنية للصحة التي تحظى بإجماع الرأي، ومن ثمّ الحدّ من تعويضات (ردّ النفقات) برنامج الرعاية الطبية لتشمل فقط تلك العلاجات التي تتوافق مع القاعدة القياسية الجديدة.

ستلاشى نقاشات اللاجدوى ما إن نمنح المرضى ما هم بحاجة إليه، ولا نناقش فقط حرمانهم مما هم ليسوا بحاجة إليه. ستبدأ هذه المشاكل بالتبدّد عندما نبدأ بالقيام بعمل أفضل في ما يتعلق بإعلام المرضى بشأن عاقبة مرضهم، وعندما يطرّور المرضى وعائلاتهم، وناصحوهم الدينيون تقديراً أعمق لحدود الطب. وعلى نحو متناقض، فإنّ التركيز المفرط على الاختيار الفردي الذي هو جزء من السبب وراء تلقّي الأطباء لطلبات من أجل العلاج عديم الجدوى وتكريمهم بصورة روتينية، هو نفسه الذي يؤدي أيضاً إلى الموت المعجّل به.

حين كنت أعمل مستشارةً في مكنتي لأمراض الشيخوخة، قيّمت مريضاً يدعى جاي روبنسون. كان جاي مهندساً متقاعداً حديثاً في السادسة والستين من عمره وقد حضر بناءً على رغبة وإصرار ابنتيه اللتين قالتا إنّ والدهما الذي كان دوماً قادراً على إجراء حسابات معقّدة في ذهنه، يجد صعوبة الآن في حساب مقدار البقشيش الذي سيتركه عندما يأكلون في مطعم. أما من النواحي الأخرى، فقد بدا هو نفسه لم

يتغير؛ على الأقل في معظم الأوقات. اعتقدت ابنته ألكسندرا أنه أصبح بطيئاً ولاحظت أن تفكيره كان أحياناً مشوشاً بعض الشيء. وهو يجد صعوبة في إيجاد الكلمات وقد كان في العادة رجلاً دقيقاً جداً. كما أنه يجد صعوبة في اتخاذ القرارات. ولقد وجدته زوجته يحدّق في خزانته، ويفكر ملياً على ما يبدو أي قميص سيرتدي، وبقي كذلك لعشر دقائق أخرى، رغم أن كل القمصان التي كان يحدّق فيها كانت عملياً متشابهة. قَلقت جانيت من أن يكون والدها مكتئباً. فقد عمل لمدة أربعين سنة بمعدّل عشر ساعات في اليوم، منذ أن نال شهادة الماجستير في الهندسة، ورغم أنه كان مخلصاً لعائلته ويستمتع بشكل عَرَضِي بقراءة رواية بوليسية أو بالذهاب إلى السينما، إلا أنه لم ينمّ أي هواية. كان العمل محور وجوده، وكانت جانيت قلقة من أنه سينهار بدونه. كانت قد أَلحّت على والدها أن يستمر بعمله كمستشار للشركة التي كان يعمل بها وقد تحيّرت حين أخبرها أنه لا يظنّ بأنه سيكون قادراً على التركيز. خشيت ألكسندرا، وهي ابنته الصغرى، من أن يكون والدها قد أصيب بداء ألزهايمر. وبرأيها أنّ السبب الذي جعله مصمّماً جداً على التقاعد في سنّ الخامسة والستين هو أنه لم يعد قادراً على القيام بالعمل. لاحظت ألكسندرا تغيّرات دقيقة في والدها قبل سنة. فلقد بدا أنه يواجه صعوبة في القيام بأشياء بسيطة مثل ربط شريط حذائه، وأصبح عاجزاً عن تذكر أرقام هاتفية؛ وقد كانوا يلقّبونه دوماً بدليل هاتف متنقّل. كانت ألكسندرا قد شاهدت برنامجاً تلفزيونياً حول داء ألزهايمر وكانت مقتنعة بأنّ والدها قد أظهر جميع العلامات الدالة على الخرف.

كانت السيدة روبنسون امرأة هادئة مستسلمة. أنكرت في البداية وجود أي شيء خاطئ في زوجها، ولكن عندما دخل زوجها إلى غرفة الفحص لخلع ملابسه، أجهشت بالبكاء، وقالت إنه قد كرّس كل حياته

للشركة، والآن وقد تقاعد وأصبح بإمكانه أخيراً أن يستمتع مع عائلته وأن يأخذها ربما إلى الصين في رحلة لطالما حلمت بها، أصبح فجأة ممسوساً.

كان الفحص العصبي للسيد روبنسون لاسويماً على نحو ملحوظ. إذ لم يستطع أن ينسخ تصميماً بسيطاً، وكانت حركاته خرقاء، والأكثر إذهالاً أنه لم يستطع العدّ، وقد عانى أيضاً من مشاكل في الذاكرة واللغة. لم يبدو لي هذا شبيهاً بالاكْتئاب، كما أنّ الظهور السريع للمشاكل المتعدّدة كان برهاناً على عدم إصابته بداء ألزهايمر. طلبتُ إجراء تفرّيسة CT وحدّدت موعداً للعائلة للمراجعة خلال أسبوع بعد أن استلمت النتائج.

تبيّن وجود ورم كبير جداً في دماغ جاي روبنسون. وقد دلّ موقع الورم وشكله بقوة على أنه ورم الأرومة الدبقيّة، وهو أسرع أنواع الأورام الدماغية الخبيثة قتلاً.

وفي الزيارة التالية للسيد روبنسون، بعد أن خضع لاختراع دماغي توكيدي واستشار طبيب أورام عصبي، لاحظتُ أنّ حالته قد تدهورت بصورة ملحوظة. كان عاجزاً عن لفظ جملة كاملة، وبدا أنه لا يميّز أفراد عائلته. من الواضح أنه اعتبرهم أشخاصاً خيّرين، ولكنني لم أكن واثقة إن كان قد عرف مواقعهم في العائلة وهو بالتأكيد لم يتذكّر أسماءهم. هذا الرجل الذي كان سابقاً رجلاً جليلاً حسن العبارة كان لعابه يسيل.

شرحت جانيت أنّ طبيب الأورام العصبيّة قد اقترح الجراحة والعلاج الكيميائي. يمكن لهذين الإجراءين معاً أن يطبلا حياة والدها بضعة أشهر. وسيقضي معظم ذلك الوقت في المستشفى إما كمريض مقيم يتعافى من العملية، أو في مؤسسة لإعادة التأهيل يحاول فيها الوقوف مجدداً على قدميه، أو في قسم المرضى الخارجيين لتلقّي العلاج الكيميائي الوريدي. لن يعد الطبيب بأي تحسّن في حالته العقلية

رغم ظنه بأنها ستتحسّن على الأرجح لفترة محدودة من الوقت، قبل أن تعود فتزداد سوءاً. وكان سبب قدومهنّ لمقابلتي هو أنّ العائلة قد اتفقت على استبعاد الجراحة والعلاج الكيميائي. فلقد سبق أن أخبرهنّ السيد روبنسون أنه لا يريد أن يعيش بتلك الطريقة.

نظرتُ إلى وجوههن. كانت جانيت تتوسّل، وكانت شقيقتها تبكي بصمت. أما والدتهما فقد كانت تحدّق أمامها بوجهٍ خلا من التعبير. كان جاي روبنسون يلعب بأزرار سترته. فهو لم يعد يملك البراعة اليدوية ليُزَرَّر سترته، ولهذا فقد شدّ الأزرار فحسب بادئاً من الأعلى نزولاً للأسفل، ومن ثم عائداً مرةً أخرى للزّرّ الأول.

سألت: ما الذي تخشينه؟

كانت هناك أشياء كثيرة. فلقد قلقت جانيت من أنّ والدها سيعجز عن المشي إلى الحمام، وسيصاب بسلس البول. لقد كان رجلاً معتزاً بنفسه كثيراً وله خصوصياته وما كان ليقبل أبداً أن يعتمد على الآخرين في أمورٍ شخصيةٍ أساسية كهذه. كانت ألكسندرا قلقة بشأن والدتها؛ لم تحسب أنّ والدتها تملك الجلد أو القوة الجسدية للعناية بالدها الذي كان طوله متراً وثلاثة وثمانين سنتيمتراً ووزنه واحداً وثمانين كيلوغراماً، رغم أنّ وزنه كان يتناقص سريعاً. سمعت السيدة روبنسون أنّ الأشخاص الذين يعانون من أورام دماغية يصابون أحياناً بالهلوسة. قالت إنها تستطيع أن تحتل الضعف الجسدي، ولكنها لا تريد أن ترى زوجها وقد أصبح مجنوناً. وقد كنّ جميعاً خائفات بأنه عندما يعجز عن ابتلاع الحبوب ويعجز بالتالي عن تناول دوائه المضاد للنوبات، فسيصاب بنوبات رهيبة.

كانت عائلة روبنسون قلقة بشأن فقدان جاي لكرامته وبشأن معاناته. كنّ متشكّكات. لقد نظرن إلى جاي، الزوج والوالد، ورأين

الدمار. لن تتحسن حالته. لم يكن واثقاً بأنهنّ سيتمكنّ من مواجهة ما هو آت.

قلتُ لهنّ إذا كنتنّ متأكدات من أنّ المعالجة العدوانية غيرُ واردةٍ على الإطلاق - وقد كنّ كذلك - فإنّ المقاربة الأمثل هي التسجيل في برنامج للعناية بالمرضى قبيل وفاتهم. الغاية هي أن يبقى جاي في البيت بعيداً عن الإسعاف والمستشفيات، وتمكينه من الموت بأكبر قدرٍ ممكن من الكرامة وأقل قدرٍ ممكن من الألم. سيتمّ تعيين ممرضة عناية خاصة من برنامج رعاية المرضى المشرفين على الموت، حيث ستزوره في البيت وتقترح أيّ تعديلات خاصة بأدويته. سيوفّر برنامج الرعاية الأدوية بالإضافة إلى سرير مستشفى ومنضدة وكل المعدات التي سيحتاج إليها كي يُصار إلى رعايته في البيت.

نظرتُ إلى جاي روبنسون الذي كان هادئاً الآن وهو يحدّق باتجاهي دون أن يُظهر أيّ علامات تدلّ على رؤيته الفعلية لي. كان وجهه مُضنيّ، وحزامه مشدوداً على آخر ثقب فيه، وبالكد كان بنطاله الذي أصبح فضفاضاً الآن مثبّتاً. قلت بلطف: "أظنّ أنّ أيامه في الحياة باتت معدودة".

أردن أن يعرف كيف ستكون النهاية. شعرن بأنهن يجب أن يكنّ واثقات بأنها لن تكون كابوساً خارجاً بالكامل عن سيطرتهن. أخبرتهنّ بأنّه عندما يتوقف عن تناول الستيرويدات، أي الدواء المستخدم لتقليل الانتفاخ حول دماغه، فسيُنقل على الأرجح إلى حالة من اللاوعي بشكل سريع. وحين يُعجز عن تناول السوائل من خلال الفم، سيصاب بالتجفاف، وهو ما سيقوده أيضاً إلى الغيبوبة. إذا عانى من أيّ نوبات، فمن الممكن إعطاؤه تحميلات مستقيمة لإيقافها. ليس هناك داعٍ للسوائل الوريدية أو الأدوية. ستركّز كل رعايته الطبية على راحته. وإذا

شثن، سأكون الطيبة التي تعمل مع فريق العناية الخاصة من برنامج رعاية المرضى المشرفين على الموت للإشراف على رعايته.

مات جاي روبنسون بعد ذلك بأسبوعين. كان قد فقد الرغبة في الطعام والشراب. وأصبح مأخوذه من السوائل غير منتظم وأصيب بالنوم. ولأنه أصبح نعساناً طوال الوقت، فلم يعد قادراً على تناول أدويته وازداد نعاسه. وفي أحد الأيام استغرق في النوم ولم يستيقظ أبداً. كان تنفّسه في ساعاته الأخيرة مُجهداً وبدا منزعجاً من إفرازات سميكة من رثتيه، ولهذا طلبت له أدويةً على شكل رقع جلدية لتسهيل تنفّسه وتجفيف الإفرازات. وكانت ابتناه تمسكان بيديه عندما أخذ نفسه الأخير.

قد يملك المرضى أفكاراً مختلفة حول ما يعنيه أن يموت الإنسان يُيسر، رغم أنهم يتفوقون نموذجياً على أنهم يريدون موتاً جليلاً، وسيحبون أن يكونوا متحررين من الألم، ولا يريدون أن يكونوا عبئاً على من يحبون. يجب أن يكون التشديد على ضمان أن المرضى يتلقون بالفعل وصفات طبية لأدوية ملائمة تخفّف عنهم الألم.

نشأت الرعاية الحديثة الخاصة بالمرضى المشرفين على الموت في العام 1967، عندما أسست السيدة سيسلي ساوندرز دار سانت كريستوفر في لندن لرعاية المرضى قبيل وفاتهم. كان هدفها أن توفرّ علاجاً أعراضياً ممتازاً للمرضى المشرفين على الموت. كانت ترى أنّ المرضى الذين لا يتلقون علاجاً شفافياً لا يزالون يستحقون ويحتاجون نوعاً ما من المعالجة. ومجرد كون مداخلات معينة غير ملائمة أو غير مرغوبة أو لا تؤدّي فقط لنتيجة، لا يعني أنه لا توجد مداخلات طبية مبرّرة. المرضى المشرفون على الموت هم عرضة للقلق والاكتئاب والارتباك والأعراض التي يمكن معالجتها بحلولٍ طبية تقليدية مثل

الحبوب والأوكسيجين والحقن. وإضافةً إلى ذلك، فإنَّ الخبرة ضرورية لتدبُّر هذه الأعراض بفاعلية؛ لمعالجة الألم دون التسبب بتسكينٍ مفرط، وللحتراس من تأثيرات جانبية أخرى مثل الإمساك والهلوسة.

تقول السيدة سيسلي إنها ألهمت لاستحداث طريقة نموذجية وجديدة لرعاية المرضى الانتهايين من خلال أحاديثها مع ديفيد تاسما، وهو شاب بولندي كان يموت من سرطانٍ عصبيّ الجراحة، عندما التقته في مستشفى بريطاني في العام 1947. كانت ساوندرز في ذلك الوقت تقوم بعملٍ مشابهٍ اليوم لعمل موظفة الخدمات الاجتماعية الطيبة، وكان يُشار إليها بطرافةً بالسيدة وكيلة الصدقات. تحدّث الاثنان حول مدى عدم ملاءمة جناح المستشفى النشط بالحركة للتحكّم بالألم والانسجام مع الموت. كان تاسما قد نجا من غيتو وارشو ليُصاب بالسرطان وهو في الأربعين من عمره. وفي وصيته، ترك 500 جنيه لساوندرز مع الرسالة التالية: "سأكون نافذةً في بيتك". وضعت إرثه وأحاديثهما معاً في قلبها، وبعد عشرين سنة تقريباً أسّست أول دار حديث لرعاية المرضى المشرفين على الموت.

عملت ساوندرز في حياتها المهنية الطويلة - كانت لا تزال ترى المرضى في دار سانت كريستوفر في لندن وهي في الثانية والثمانين من عمرها - ممرضةً، وعاملة خدمات اجتماعية، وطبيبة، وباحثة في علم الأدوية. وقد أفضى منظورها المتعدّد الأوجه حول المرض الانتهايي إلى مفهوم الألم الكامل، وهو عبارة عن شبكة معقدة من العناصر الجسدية والعاطفية والاجتماعية والروحية التي شعرت أنها أفضل ما يتمّ الاهتمام بها بواسطة فريق عمل متعدّد الاختصاصات. وبعد العمل كممرضة في مستشفى القديس ثوماس حيث كان المرضى على اختلاف حالاتهم الطيبة يُوضعون معاً في جناحٍ كبير في حالة فوضى، ومن ثم

كعامله خدمات اجتماعية في مستشفى القديس لوك حيث كان المرضى المشرفون على الموت يتلقون معالجه أفضل نسبياً، أدركت كم يمكن أن تكون رعاية هؤلاء المرضى أفضل بكثير. وقد شجعها جراح عملت معه على دراسة الطب قائلاً لها: "إن الأطباء هم الذين يخذلون المرضى المشرفين على الموت، وهناك الكثير لیتّم تعلّمه بشأن الألم. ستشعرين بالإحباط إن لم تقومي بذلك على نحو صحيح". ومع دعمها نفسياً من قبل معلّمها ومادياً من قبل والدها، بدأت ساوندرز في دراسة الطب وهي في الثالثة والثلاثين من عمرها.

وبعد إكمالها بحثاً جامعياً في علم الأدوية أتاحت لها أن تدرس بطريقة منهجية منظّمة مقاربات لتخفيف الألم، وبعد عشر سنوات من تطبيق معرفتها على رعاية المرضى في مستشفى سانت جوزيف الخيري للراهبات الإيرلنديّات، كانت سيسلي ساوندرز مستعدّة للبدء في برنامجها الخاص برعاية المرضى المشرفين على الموت. منذ افتتاحه، جسّد دار سانت كريستوفر كل سمات دور الرعاية الحديثه للمرضى المشرفين على الموت: تركيز على الرعاية البيئية، وتمييز أنّ رعاية المشرفين على الموت هي قضية عائلية، وآتباع مقاربة منهجية منظّمة للفجیعة بفقدان شخص عزيز. كما اشتمل برنامجها النموذجي على الأبحاث والتدريس. واليوم يؤمّن دار سانت كريستوفر الرعاية الخاصة لخمسمائة مريض في البيت، ولديه وحدة تضم أربعين سريراً للمرضى الداخليين، وفريق عمل كبير، وعدد كبير من المتطوّعين.

وبفضل سيسلي ساوندرز، أصبحت رعاية المرضى المشرفين على الموت حقلاً مميّزاً بحدّ ذاته. فإنّ دار الرّعاية هذا يعتمد على خبرة الأطباء النفسيين وعاملي الخدمات الاجتماعية ورجال الدين المُلحقين وغيرهم من مقدّمي الرعاية غير التقليديين.

مساواة برنامج الرعاية الطبية *Medicare*

يعتقد معظم الأميركيين أنه بمجرد بلوغهم الخامسة والستين من العمر، فلن يكونوا مضطرين للقلق بشأن الحصول على الرعاية الطبية أو بشأن نفقاتها. إذ سيكونون مؤهلين للدخول في برنامج الرعاية الطبية Medicare، أي البرنامج الوطني للتأمين الصحي الذي شُرِّع في العام 1965، والذي سيغطي، وفقاً لظنهم، جميع احتياجاتهم. أما الخلل الوحيد المعترف به على نطاق واسع في البرنامج، وهو افتقاره إلى إعانة العقاقير الموصوفة، فقد تمّ تصحيحه بإصدار قانون برنامج الرعاية الطبية المحدّث في العام 2003. ومع هذه الإضافة الجديدة، يبدو برنامج الرعاية الطبية كبرنامج مثالي. والواقع أنّ برنامج الرعاية الطبية Medicare لا يغطّي عدداً كبيراً من العلاجات المفيدة والخدمات، التي تتراوح ما بين النظارات والوسائل المساعدة للسمع إلى الرعاية الطويلة الأمد في دارٍ للمسنّين. والتأثير الإجمالي هو أنّ المسنّين اليوم يدفعون من حسابهم الخاص لرعايتهم الصحية أكثر مما كانوا يفعلون قبل بدء برنامج الرعاية الطبية. ولكنّ المشكلة ببرنامج الرعاية الطبية لا تتمثل فقط في المعالجات والخدمات التي لا يشملها البرنامج في تغطيته بل المشكلة الأعمق والأصعب هي أنّ برنامج الرعاية الطبية يتضمّن حوافز قوية تكون أساساً في تشكيل أنواع القرارات التي يتخذها الأطباء

والمستشفيات والمرضى؛ وهذه الحوافز تعمل على تهيئهم عن استعمال أنواع المعالجات التي تعتبر معقولة تماماً لعدد كبير من المسنين، مثل الرعاية المتوسطة والرعاية الملطّفة.

إنّ برنامج الرعاية الطبية هو برنامج ممتاز بالفعل؛ لمعظم الأقوياء من المسنين. وليس من المثير للاستغراب أنّ برنامج الرعاية الطبية يخدم المسنين الأقوياء جداً على نحو جيد، لأنه صُمّم أساساً لتوفير التغطية الصحية للمرضى المسنين المعانين من مرضٍ عَرَضِيّ قابلٍ للعكس. كما أنّه يعمل على نحو جميل بالنسبة لشخصٍ مصابٍ بمرضٍ حاد، مثل إيتان كلوي أو حصاة صفراوية، والذي يتطلّب نموذجياً إقامةً قصيرةً في المستشفى ومعالجةً قصيرة الأمد تشمل المضادات الحيوية للإنتان الكلوي وجراحة للحصاة الصفراوية.

ولكن إذا كان برنامج الرعاية الطبية جيداً للمسنين الأقوياء، فهو غير ملائم للغاية للأشخاص الضّعفاء جداً أو الذين أوشكت حياتهم على نهايتها. إنّ سبب عدم الكفاية هذه هو أنه يؤثر الرعاية المؤسساتية على الرعاية البيئية، ويدعم المعالجات ذات التقنية العالية بدلاً من الرعاية المعتمدة بكثافة على الجهد البشري، ويخفق في توفير رعاية ملائمة لمرضى الأمراض المزمنة. إنّ المرضى المصابين بحالات طبية متعددة والذين هم قرب نهاية الحياة يتأقلمون جيداً مع الرعاية التي تبقيهم بعيداً عن المستشفيات، والتي تساعدهم على تدبّر المرض المزمن، والتي تستبدل العلاج العدواني بالمعالجة المنخفضة التقنية.

كان مارتن بلاك واحداً من مرضاي الضّعفاء الكثيرين. كان في التاسعة والثمانين من عمره وكان يعاني من داء سكرٍ وخيم جعل مستويات السكر في دمه تنتقل ما بين مستوىٍ منخفضٍ جداً إلى عالٍ جداً خلال يومٍ واحد. وقد أثار مرضه بداء السكر على بصره، ولهذا فقد

اعتمد على زوجته لتسحب الإنسولين في محقنة ولتعطيه الحقن. كما اعتمد عليها أيضاً لتختبر مستوى السكر في دمه عدة مرات في اليوم. والحقيقة أنّ مارتن قد اعتمد على زوجته في أشياء أخرى كثيرة؛ فذاكرته لم تعد كما كانت حين كان محاسباً ناجحاً متذكراً أسماء جميع موكله وجميع أفراد عائلاتهم ومطلّعاً على كل قانون حكومي يتعلق بالضرائب. لم يتقن مارتن أبداً الأعمال المنزلية، حيث ترك شؤون الطبخ والتسوق وتظيف البيت لزوجته، وقرّر أنه لن يضطلع بأيّ من هذه الأعمال الروتينية بعد تقاعده. والواقع أنه باستثناء ترصيد دفتر الشيكات، الذي كان عمله منذ زواجهما قبل ستين سنة، فإنّ جميع المهام المنزلية كانت تقع على عاتق زوجته ميني.

كان مارتن معروفاً بسرّاويله الصوفية الفضفاضة المتغضّنة بشدّة، وبقمصانه المكوية، وبأحذيته الجلدية اللامعة. كانت سراويله وقمصانه دائماً من لونٍ واحد، كما يليق برجل مسنّ محترم؛ وفي أكثر الأحيان كانت السراويل زرقاء داكنة والقمصان بيضاء. كانت ربطات عنقه فقط مخالفة للمألوف. وقد ظنّ معظم الناس أنه كان متّبعاً للزيّ السائد ولم يتبادر إلى ذهنهم أبداً أنّ ميني هي التي كانت تنتقي ثيابه وتختار ربطات عنقه؛ فلقد كان عاجزاً بدونها.

إذا كان مارتن معتمداً على زوجته في تدبّر أموره، فقد كان أيضاً تحت رحمة حالاته الطبية المتنوّعة. فأيّ اضطراب خفيف سيدخله في سلسلة من الأزمات الطبية. قبل عيد ميلاده التسعين، عندما كانت زوجته تساعده في ارتداء سرّواله الفضفاض ذي العلامة التجارية المعروفة، لاحظت أنّ رجله اليسرى كانت متنفخة. وحيث كانت مترقّبة دوماً لمشاكل في الجلد - كان زوجها عرضةً للإنتانات بسبب داء السكر المصاب به - فقد أخذته على الفور إلى غرفة الطوارئ في المستشفى

المحلي. تفاجأت ميني حين أخبرها الطبيب أنه غير مصاب بإنتان وإنما بحالة طيبة أخرى شائعة هي الخثار الوريدي العميق DVT، أو جلطة دموية في الرجل، وهي مشكلة يمكن أن تكون خطيرة؛ فإذا لم تتمّ معالجتها، يمكن لجلطة الدم أن تنتقل من الرجل إلى الرئتين حيث تُعرف هناك بالصدمة الرئوية. يمكن للجلطات في الأوعية الدموية للرئتين أن تتسبب بقصر النفس وربما الموت.

أخبر الزوجان بلاك أنّ علاج الخثار الوريدي العميق هو الاستشفاء وإعطاء مرقق دموي في الوريد. ولكن لم يتمّ إعلامهما بأنّ هناك معالجة أحدث تشتمل على حقنيتين في اليوم من نوعي مرقق دم مختلفين ومرتبطين في الوقت نفسه. تتطلب المقاربة الأقدم المستخدمة لعقار الهيبارين اختبارات دم متكررة لتحديد ما إذا كان المريض يتلقّى الجرعة الصحيحة من الدواء، لأنّ إعطاء الكثير من الهيبارين خطير؛ إذ يمكن أن يتسبب بنزيف في الأمعاء، أو الدماغ، أو في أماكن أخرى غير مرغوبة. كما أنّ القليل جداً من الهيبارين يعني خطراً محتملاً لتشكّل جلطات دموية إضافية. أما المقاربة الأحدث المستخدمة لشكل معدّل من الهيبارين فهي أبسط بكثير. إذ يتمّ تحديد جرعة الدواء من خلال وزن المريض، وليس هناك ضرورة لاختبارات الدم. والأكثر لفتاً للنظر أنّ النتائج الأولية للمعالجة باستخدام الطريقة الأحدث والأسهل هي فعلياً أفضل من نتائج المعالجة القديمة.

تُعتبر الحقن، من وجهة نظر المريض، معقولةً أكثر من التشريب المستمر في الوريد. إنّ البقاء في البيت وتلقّي حقنيتين يومياً هو بالتأكيد أفضل بكثير من دخول المستشفى. سيتمّ الاعتناء بمارتن في البيت من قِبَل زوجته المحبّة والمتيقّظة، والتي ستعرف بالضبط أي الطعام سيأكل وأيّه سيرفض. وستعرف على الفور إن طرأ عليه أي تغيير يمكن أن يكون

علامةً محتملةً على انخفاض مستوى السكر في دمه. ولكنّ المعالجة القياسية للختار الوريدي العميق عندما أصيب مارتن بالجلطة الدموية في رجله تمثّلت بالاستشفاء، وهو ما سيقوم برنامج الرعاية الطبية Medicare بتغطية نفقاته. وهكذا تمّ إدخال مارتن إلى جناح طبي. وحيث كان حسّه بالمكان مشوشاً، فقد نهض مارتن تكراراً من سريره ووقع على الفور في الغرفة غير المألوفة بالنسبة له والضعيفة الإنارة. شعر أطباؤه أنهم مضطرون لتسكينه بالدواء. توقّف مارتن عن محاولة النهوض من السرير ولكنه شدّ في تمللمه الحبل المتّصل بداخل وريده نازعاً إياه، وقرّر الأطباء أن يقيّدوا ذراعيه. حُجز مارتن في السرير لخمسة أيام متتالية، وهو ما تركه ضعيفاً وغير مستقر.

وفي ما يتعلّق بالتكاليف، فإنّ العناية البيئية يجب أن تكون أرخص من عناية المستشفى. صحيح أنّ النوع الجديد من الهيارين هو أغلى ثمناً من الهيارين التقليدي، ونظراً لأنّ معظم المرضى لا يعرفون كيف يحقنون أنفسهم، فمن الضروري قدوم ممرضة إلى البيت مرتين في اليوم لإعطاء الحقنة. ولكن كلفة الدواء والممرضة الزائرة لا تزال أقل بكثير من كلفة الإقامة في المستشفى ولو لبضعة أيام. يدفع برنامج الرعاية الطبية ما معدّله 3,400 دولار لمعالجة الخثار الوريدي العميق في المستشفى ولا يتضمن هذا الرقم نفقات زيارة المريض للطبيب. ولكن، حتى مع العقاقير الصيدلانية الباهظة الثمن واللاكفاءة؛ وبالتالي الكلفة المرتفعة نسبياً للرعاية البيئية، إلا أنها تبقى أقل كلفةً على نحو ملحوظ.

رغم الأفضلية الواضحة للرعاية البيئية على الرعاية الاستشفائية في ما يتعلّق بالتكاليف، إلا أنّ برنامج الرعاية الطبية Medicare يدفع تكاليف الهيارين والرعاية التمريضية في المستشفى - بلا تردّد - ولكنه

قد لا يدفع شيئاً على الإطلاق للعلاج في البيت. ورغم أنّ الأدوية تتمّ تغطيتها بالنسبة للمرضى الخارجيين كما في قانون 2006، إلا أنها غير مشمولة إذا كانت الكلفة الإجمالية السنوية للعقاقير الخاصة بالمرضى تتراوح ما بين 2250 دولاراً و5100 دولار. بالنسبة لمارتن بلاك الذي كان يأخذ الإنسولين لداء السكر المصاب به بالإضافة إلى أدوية أخرى متنوّعة، فإنّ فاتورته السنوية ستتجاوز بسهولة 3000 دولار لأدويته المأخوذة على أساس منتظم، وهو ما يعني أنه سيقع مباشرةً في الحفرة التي أحدثها قانون الرعاية الطبية Medicare للعقاقير الموصوفة. ولن يغطّي برنامج الرعاية الطبية نفقات الممرضة التي ستحقن المريض في البيت إلا إذا شهد الطبيب رسمياً بأنّ مريضه لا يستطيع مغادرة البيت.

من أجل تمكين مارتن من تلقيّ علاجه في البيت، فإنّ طبية غرفة الطوارئ المُنهكة ستضطر إلى القيام بكل الترتيبات اللازمة. يجب أن تتأكد أنّ هناك ممرضة متوفّرة لإعطاء الحقن في البيت (ليس أمراً سهلاً دائماً، وخاصة في نهاية الأسبوع والعطلات). ويجب أن تجد صيدليّة تختزن الهيبارين الجديد؛ مرةً أخرى، ليست مهمة سهلة دوماً إذا كان العقار لا يُستخدم بشكل روتيني في البيت وبالتالي لا تختزنه الصيدليات المحلية عادة. بدلاً من ذلك، أخبرت الطبيبة السيدة بلاك بأنّ زوجها يجب أن يدخل إلى المستشفى. فالمستشفى مهتأة لمعالجة هذا النوع من المشاكل، وسيغطّي برنامج الرعاية الطبية نفقات العلاج. أما حقيقة كون الرعاية البيتية معقولة بشرياً وطبياً - واقتصادياً في هذه الحالة - فقد كانت خارجة عن الموضوع.

يُظهر برنامج الرعاية الطبية أيضاً أنه يؤثر الحلول عالية التقنية للمشاكل الطبية وذلك بتشجيعه الرعاية الاستشفائية لتنوّع من الحالات التي يمكن أن تُعالج على نحو ملائم في دور رعاية المسنّين الأقل تقنية.

حين أصيب مارتن بلاك بالتهاب رئوي بعد شهرين فقط من تعافيه من الجلطة الدموية في رِجله، واحتاج على مدار الساعة إلى رعاية تمريضية وأوكسيجين وربما سوائل وريدية، كان من الممكن مبدئياً أن يتلقَى تلك العناية في مؤسسة محترفة للرعاية. ولكنّ قوانين برنامج الرعاية الطبية تقضي ببقاء المريض في المستشفى لثلاثة أيام قبل أن يكون مؤهلاً للدخول إلى دار لرعاية المسنّين. ولهذا، فقد عاد مارتن إلى المستشفى حيث أصيب بالإرباك مرة أخرى وتمّ تسكينه وتقييده.

إذا كان قانون الثلاثة أيام يعني ببساطة أنّ برنامج الرعاية الطبية يفضّل خياراً مُكلفاً (رعاية استشفائية) على البديل الأقل كلفة (مؤسسة محترفة للرعاية)، فسيكون ذلك مؤسفاً ولكنه لا ينطوي على مخاطرة في ما يتعلّق بالصحة. والواقع أنّ الاستشفاء ليس مُكلفاً فحسب، ولكنه أيضاً محفوف بالمخاطر. في حالة مارتن، أدّى استشفاءه إلى إصابته بالضعف الشديد والوهن. ولهذا تمّ نقله إلى مؤسسة لرعاية المسنّين من أجل إعادة تأهيله قبل العودة إلى البيت. وخلال فترة مرضه، ذهب من عيادة طبيبه إلى غرفة الطوارئ في المستشفى، ومن هناك إلى طابق طبي عام ومن ثمّ إلى دار لرعاية المسنّين. إنّ التنقل المتعدّد الذي يميّز الإقامة في المستشفى في العصر الحالي هو في كثيرٍ من الأحيان مشوّش وخطير. ففي كل مرة ينتقل فيها المريض من مكانٍ إلى آخر، يجب على الطبيب المناوب أن يدوّن تعليمات العلاج الخاصة به. وفي كل مرة يُعاد فيها نسخ تعليمات العلاج من قبَل الطبيب في الجهة التي نُقل إليها المريض - وهي عملية تُنفَّذ حالياً باليد - هناك احتمال لحدوث خطأ. عندما ينتقل المرضى من موقعٍ إلى آخر، فإنّ مقدّمي الرعاية الجدد لا يعرفون غالباً أي شيء عن وضعهم الصحي القاعدي. ولا يستطيعون أن يحكموا أيّاً من مشاكلهم الطبية هي جديدة وأيها قديمة. ونتيجةً لهذا،

فإن مرضى مثل مارتن الذين يصابون بارتباك حاد - وهي حالة خطيرة وقابلة للعلاج في آن - غالباً ما يُحسب خطأ أنهم يعانون من الخرف. أما المرضى المصابون بالاكئاب - وهي أيضاً حالة خطيرة وقابلة للعلاج في آن - فغالباً ما يتم تشخيص حالتهم خطأً على أنها انطواء على الذات أو ضعفة معرفية.

لقد ولت الأيام حين كان المرضى يمكثون في المستشفى لحين تحسّنهم بما يكفي للعودة إلى البيت. قبل نشوء مجموعات التشخيص المرتبط في العام 1983، وهو نظامٌ يعوّض فيه برنامج الرعاية الطبية Medicare المريض عن مقدار ثابت نتيجة تشخيص معيّن بغض النظر عن طول فترة المكوث، وكان يتمّ نموذجياً الاعتناء بالمرضى في المستشفى بواسطة الطبيب نفسه الذي اعتنى بهم قبل الدخول إلى المستشفى والذي سيستمر في متابعة حالتهم بعد الخروج من المستشفى. أما اليوم، فإنّ المستشفيات - مدفوعة بسياسات التعويض لبرنامج الرعاية الطبية - تحرص على تسريح المرضى في أقرب وقتٍ ممكن. فرغم كل شيء، يُدفع للمستشفى المبلغ نفسه لمرضى يعاني كسراً في الورك سواء أبقى في المستشفى ليومين أو لعشرة أيام (يُبنى المعدّل على فترة إقامة متوقعة تبلغ خمسة أيام)، ولكنّ التكاليف ترتفع مع طول فترة الإقامة. ونتيجةً لهذا، تكاثرت مؤسسات الرعاية المحترفة قصيرة الأمد لتوفير الرعاية للمرضى الذين لم تعد حالتهم الصحية تستلزم بقاءهم في المستشفى ولكنها في الوقت نفسه ليست جيدة بما يكفي ليعودوا إلى البيت.

لقد كان برنامج الرعاية الطبية Medicare، في تحمّسه لتعزيز الفاعلية وخفض التكاليف، القوة الدافعة وراء نظام الرعاية الحالية المتشردم. فخططه التعويضية ألغت أياماً من نهاية فترة الاستشفاء واستبدلتها بأيامٍ في مؤسسةٍ محترفةٍ للرعاية. ولكنّ تركيز برنامج

الرعاية الطبية على الطب عالي التقنية لم يسمح باعتبار خطة بديلة، وهي الدخول المباشر إلى مؤسسة محترفة للرعاية التي يمكنها أن تعزز الفاعلية وتتجنب التنقلات المنطوية على مخاطر في نفس الوقت. إنّ المرضى الضعفاء هم في أمس الحاجة إلى رعاية تقدّم الاستمرارية والتنسيق والشمول، وهي رعاية يفتقدها برنامج الرعاية الطبية التقليدي. يرجع السبب جزئياً في دخول مارتن بلاك إلى المستشفى لعلاج من جلطة دموية في رجله إلى عدم توفر شخص للقيام بكل الترتيبات اللازمة لتمكينه من تلقي العلاج في البيت. لقد احتاج إلى مدير حالة ليتأكد من حضور ممرضة إلى منزله مرتين في اليوم، وليضمن توفر الأدوية والإبر والمحاقن التي سيحتاجها. كان بحاجة إلى طبيب مستعد للذهاب إلى منزل بلاك ليتحقق من تحسّن رجله. ومن أجل أن يكون الطبيب قادراً على قياس التحسّن، يجب أن يكون هو الطبيب نفسه الذي قيمه في العيادة وفي غرفة الطوارئ وفي بيته؛ أو على الأقل، احتاج السيد بلاك إلى فريق من الأطباء والممرضات المتواصلين باستمرار مع بعضهم بعضاً.

الفريق ضروري لأنّ المحافظة على صحة شخص ضعيف ومسّن تعتمد على عاملي الخدمات الاجتماعية والمعالجين الفيزيائيين ورجال الدين الملحقيين والممرضات بقدر اعتمادها على الأطباء. لقد ثبتت أهمية الفريق مرة بعد أخرى: في معالجة أمراض الشيخوخة، وفي الرعاية المطلّفة، وفي الاهتمام بمشاكل الأطفال المصابين بأمراض مزمنة والمرضى المصابين بالإيدز. يتألّف الفريق النموذجي من طبيب وعامل خدمة اجتماعية وممرضة، الذين هم بمثابة لبّ الفريق، والذين سيستدعون أعضاء آخرين إذا اقتضى الأمر. يجب أن يكون عضو من الفريق متوفراً في أي وقت من النهار أو الليل، لأنّ الحالات الطارئة

تحدث في أي وقت. ولكنّ الليل هو الوقت الأخطر لأنّ أفراد العائلة غالباً ما يصابون بالذعر في الليل، ولأنّ الأشخاص المرضى الضّعفاء الذين يُؤتى بهم إلى غرفة الطوارئ عند الساعة الثانية صباحاً سيتمّ على نحو شبه مؤكّد إدخالهم إلى المستشفى حتى لو كانت الرعاية البيئية أفضلّ لهم.

كان مارتن بلاك سيستفيد من رعاية متكاملة على مستوى الأشخاص الذين يزودون بالخدمات. إنّ تنسيقاً كهذا يمكن بلوغه بسهولة إذا كان هناك تنسيقٌ على مستوى المنظّمات التي تدفع نفقات تلك الخدمات. وإذا كانت نفس شركة التأمين أو الخطة الصحية مسؤولةً مالياً عن الرعاية المقدّمة بغضّ النظر عمّا إذا كانت تُقدّم في وحدة العناية الفائقة أو في البيت أو في دارٍ لرعاية المسنّين، فإنّ من مصلحة تلك المنظّمة أن تضمن عدم وجود عوائق للشكل المفضّل من الرعاية. سيكون من مصلحة مارتن بلاك وشركة التأمين الصحي أن يُعالج التهابه الرئوي في مؤسسة محترفة للرعاية وليس في مستشفى. لقد احتاج مارتن إلى رعاية مدبّرة من برنامج الرعاية الطبية Medicare تتدبّر بالفعل رعاية المرضى ذوي الاحتياجات المتعددة. إنّ برنامجاً كهذا سيكون مستعداً للاستثمار في فريق متعدّد الاختصاصات لأنه لن يكون مقيداً بعقوبة الأجر مقابل الخدمة: فالممرّضات وعاملو الخدمات الاجتماعية المشتركرون جميعاً في خطة العمل سيُدفع لهم، مع تمييز أنّ فائدة عملهم قد لا يتمّ إدراكها إلا بعد أشهر لاحقة حين تؤدّي عملية التخطيط المتقدّمة إلى اختيار المعالجة الطبية بدلاً من الجراحية.

يوضّح مجال الرعاية الخاصة بالمرضى قبيل وفاتهم كل الحوافز الخاطئة لبرنامج الرعاية الطبية Medicare كاستخدام الرعاية عالية التقنية بدلاً من الرعاية منخفضة التقنية، واستبدال الرعاية البيئية بالرعاية

المؤسسية، والتركيز على الأمراض الحادة بدلاً من الأمراض المزمنة. إنَّ العديد من المرضى الانتهايين يدخلون إلى المستشفى لتدبُّر أعراض مثل الألم أو الغثيان أو قصر النَّفس. وسيتلقَى هؤلاء المرضى نموذجياً معالجات عدوانية وسيخضعون لاختبارات تشخيصية بدلاً من تلقِّي رعاية ملطَّفة. وجدت إحدى الدراسات الخاصة بالمرضى المصابين بالخرف المتقدِّم أو السرطان الثقلي أنَّ 49 بالمائة منهم قد تلقَّوا علاجاً واحداً أو أكثر غير ملطَّف خلال استشفائهم الأخير. وعلى نحوٍ مماثل، يفضِّل برنامج الرعاية الطبية Medicare الرعاية الاستشفائية على الرعاية البيئية بالنسبة للمرضى الانتهايين مع استثناء أولئك المسجّلين في برامج رعاية المرضى المشرفين على الموت، لأنَّ الرعاية البيئية، مثلها مثل رعاية المؤسسات المحترفة للعناية بالمسنِّين، يصعب تدبيرها دون استشفاء مسبق. ونتيجةً لذلك، فإنَّ 50 بالمائة من المرضى فوق سنِّ الخامسة والستين يموتون في المستشفى و25 بالمائة فقط يموتون في البيت، رغم أنَّ الغالبية العظمى منهم تفضِّل الموت في البيت.

أما برنامج رعاية المرضى المشرفين على الموت الذي يستطيع المرضى التسجيل فيه إذا كان لا يُتوقَّع لهم العيش أكثر من ستة أشهر، فرغم أنه مقبولٌ جداً من قِبَل المشاركين وعائلاتهم، إلا أنه يركِّز بشكل رئيسي على المريض المحتضر فعلياً. ومع ذلك، فإنَّ الرعاية قبيل الوفاة يجب أن يُنظر إليها أيضاً كعلاج للمرضى الذين يعانون من مرضٍ معقَّد وخطير، وهي حالة معجَّزة وتضاعدية ومميّزة في النهاية. إنَّ نظرة المرضى والأطباء على السواء لرعاية المرضى المشرفين على الموت على أنها رعاية للمحتضرين تنعكس في حقيقة أنَّ متوسط البقاء على قيد الحياة للمرضى بعد التسجيل في برامج رعاية المرضى المشرفين على الموت التي يقدِّمها برنامج الرعاية الطبية Medicare هو ستة عشر يوماً،

ويموت 25 بالمائة من المرضى في غضون سبعة أيام. وفي حين أنّ التركيز الحصري على الرعاية الخاصة بتأمين راحة المرضى هو معقولٌ للعديد من المرضى الذين أصبح موتهم وشيكاً، إلا أنّ مجموعةً مؤتلفة من المعالجة الملطفة والشفائية قد تكون معقولةً تماماً للمرضى الذين ليس موتهم مؤكداً بالقدر نفسه، أو الذين هم غير مستعدين نفسياً بعد لتقبُّل وصف المرض الانتهائي. الواقع الحالي هو أنّ الغالبية العظمى من المرضى الذين شارفت حياتهم على الانتهاء يتلقون رعايةً عالية التقنية في المستشفى ويسجّلون في برنامج رعاية المرضى المشرفين على الموت، فقط عندما يكون موتهم متوقّعاً في غضون أيام أو أسابيع. إنّ إعادة تنظيم الحوافز ضمن برنامج الرعاية الطبية Medicare سيّتيح للمرضى المصابين بمرض معقد وخطير أن يكونوا مؤهلين للرعاية البيئية دون حرمانهم من إمكانية المعالجة في المستشفى.

لا يخدم برنامج الرعاية الطبية Medicare بصورة جيدة المسنّين الذين قاربت حياتهم على نهايتها. فمع حوافزه القوية لتزويد المرضى بالرعاية المؤسّساتية بدلاً من الرعاية البيئية والرعاية الشفائية بدلاً من الرعاية الملطفة، فإنّ برنامج الرعاية الطبية يُضعف الهدف المتمثّل براحة المريض. والنتيجة هي معاناة لا داعي لها وتكاليف مرتفعة.

كانت مارغوري سامسون ملاكاً بذلك المعنى النادر جداً نظراً لكونها قد قامت بمهمة شاقّة غالباً بكفاءة ممتازة ومعنويات جيدة. ففي عمرها البالغ الخامسة والخمسين، حين أصبح أولادها الأربعة مكتفين ذاتياً، وجدت مارغوري نفسها مقدّمة الرعاية لوالديها اللذين عانى كلاهما - في مفارقةٍ غريبة - من داء ألزهايمر. استطاعا لفترةٍ من الوقت أن يعتنيا ببعضهما البعض. كانت ذاكرة آلان لا تزال أفضل بكثير من ذاكرة زوجته جوان، ولهذا فقد كانا قادرين فيما بينهما أن يكتشفا كيف

يستخدمان الميكروويف لتسخين الطعام المطهو مسبقاً وكيف يشغلان غسالة الصحون. وقد كرسا نفسيهما كلياً للمهام المنزلية، وكانت النتيجة إنجاز معظم الأمور اللازم القيام بها. كانت جوان في بعض الأيام تكنس أرضية المطبخ ثلاث مرات بينما الحمام الذي لم يمسّ لأيام تنبعث منه رائحة البول. كان آلان وجوان يشتريان دوماً ربع غالون من الحليب عندما يذهبان إلى متجر البقالة، ولهذا فقد كان من الممكن أن يتكدّس برّادهما بعشرة غالونات من الحليب اعتماداً على عدد الأصناف الأخرى التي كانا يحتاجانها خلال الأسبوع. وعندما اكتشفت مارغوري أنهما قد دفعا صكّي رهن في أسبوع واحد ولكن لم يدفعا لشهور فاتورة بطاقة الائتمان الخاصة بهما، جالبتين على نفسيهما الرسوم الضريبية المعهودة، حملت على عاتقها مسؤولية مهامهما المالية. وعندما وجدت أنهما قد أتلفا ثلاث قدور بتركها على الموقد لفترة طويلة بعد تبخّر آخر قطرة سائل فيها، ربّبت لوجبات طعام جاهزة تصلهما إلى البيت. وعندما أدركت أنهما ما عادا يستحمّان بعد حادثة طافت فيها المياه في حوض الاستحمام وغمرت الشقة بكاملها، قرّرت أن تنقلهما إلى منزلها الخاص وتعتني بهما.

ولخمس سنوات، زوّدت مارغوري جوان وآلان إنغلاند بالرعاية الشخصية. كانت تقوم بالتسوّق والطهو وتنظيف المنزل. وكانت تأخذهما لزيارة الطبيب وتصطحبهما إلى الحلاق وتدفع فواتيرهما. أمضى آلان معظم أيامه مضطجعاً في مقعد قلاب لأن ركبته كانت تؤلمه. ولم تكن جوان تعاني من أيّ علة في جسدها ولكنها كانت تعاني من مشكلة في دماغها. فلقد كانت كلماتها الوحيدة المترابطة هي شكراً لك، وكانت تستجيب لدى سماع اسمها، وبدا أنها تعتبر زوجها وابنتها شخصين مألوفين لها بعض الشيء، ولكنها لم تدعها أبداً باسميهما.

تركت مارغوري عملها الجزئي كمحاسبة من أجل قضاء المزيد من الوقت مع والديها. واستمرت في رعاية أبويها بشجاعة، ولكن عندما أجهدت ظهرها وهي تساعد أباهما على الخروج من حوض الاستحمام، أصرّ زوجها الذي طالت معاناته على ضرورة إجراء تغيير ما.

بالنسبة لمارغوري، كان تسليم أمر رعاية أبويها بالكامل إلى الغرباء غير واردٍ على الإطلاق. لم تصدّق أنّ أحداً غيرها يمكن أن يغيّر الحفاض لوالديها أو يلبس أباهما ثيابه بصبر وعطف كما كانت تفعل، وقد كانت محقّة على الأرجح. ولكنّ مارغوري كانت واقعية، ولهذا فقد وظفت مُساعدات للقيام بالرعاية الثقيلة، حيث أشرفن على والديها عن كثب، واستمرت هي بالعمل الأقلّ إجهاداً للظهر. واحتاج والداها مع الوقت إلى المزيد والمزيد من العون، وكان معظم العمل جسدياً. لم يعد بإمكان آلان أن ينهض من كرسيه بدون مساعدة؛ وقد كان رجلاً قوياً لم يفقد أبداً بنية جسده الضخمة. وعلى نحو متباين، كانت جوان قصيرة جداً، إذ كان طولها بالكاد يبلغ متراً وخمسين سنتيمتراً، وكانت نحيلة، وكان شعرها لا يزال بني اللون رغم سنوات عمرها الثمانين، وقد يحسبها الناظر إليها من الخلف فتاةً هزيلة لم تبلغ بعد سنّ المراهقة. كانت خفيفة الحركة وكان من السهل تماماً رفع رجليها أو ذراعيها عند مساعدتها على ارتداء ثيابها، ولكنها كانت متواصلة الحركة وعرضة لأن تقوم بعملٍ مؤذٍ إن لم يكن هناك من يراقبها طوال الوقت.

وبعد أن أنهكت من ملاحقة أمها طوال اليوم، وعجزت عن الاستمرار في تزويد أيها بالرعاية الشخصية، استفسرت مارغوري عن الخدمات البيتية لبرنامج الرعاية الطبية Medicare. واكتشفت أنّ والديها من وجهة نظر برنامج الرعاية الطبية كانا معافين إلى حدٍّ لا يجعلهما مؤهّلين لطلب مدبرة منزل للقيام بالأعمال الروتينية، أو مساعدة

صحية بيتية للتزويد بالرعاية الشخصية. ولم يكونا - على وجه التحديد - عاجزين عن مغادرة البيت؛ وهو شرطٌ أساسي آخر لتلقي خدمات برنامج الرعاية الطبية Medicare. كانا عاجزين بكل تأكيد عن الذهاب إلى أي مكان بمفردهما؛ كان آلان هو السائق في العائلة، وقد تخلّى عن القيادة قبل سنوات. كما أنّ إحساسهما بالمكان كان مشوّشاً إلى حدّ لا يمكنهما معه أن يستقلا الحافلة إلى أي مكان. ولكن كان بإمكان جوان أن تركب بسهولة في سيارة شخص آخر وبالإمكان مساعدة آلان على الجلوس على المقعد الخلفي رغم أنّ ذلك كان يتطلّب بعض الجهد.

ثمّ وقع آلان وكسر وركه، وأصبح نتيجةً لذلك مؤهلاً لتلقي الخدمات البيتية لبضعة أسابيع. ولكنّ حالته بعد ذلك أصبحت مستقرة جداً بحيث إنه لم يعد مؤهلاً من جديد. تلاشت المساعدة، وأنفقت مارغوري أكثر فأكثر من مدّخرات والديها لاستخدام مُساعدات. وعندما نفق المال، دخلا في برنامج المساعدة الطبية Medicaid، وهو برنامج اتّحادي حكومي مشترك يوفّر الرعاية الصحية للفقراء. وحين أصبحتا ضمن برنامج المساعدة الطبية Medicaid، أصبح بإمكانهما الدخول إلى دارٍ لرعاية المسنّين حيث ستدفع الدولة عملياً الكلفة بكاملها. رغم أنّ برنامج الرعاية الطبية Medicare لا يدفع تكاليف الرعاية طويلة الأمد في دور المسنّين، إلا أنّ برنامج المساعدة الطبية Medicaid يقوم بذلك. والواقع أنّ برنامج المساعدة الطبية Medicaid يدفع معظم تكاليف الرعاية في دور المسنّين، مع جزءٍ صغير فقط تدفعه دائرة المحاربين القدامى (للمحاربين المؤهلين)، وجزء آخر صغير يدفعه تأمين الرعاية طويلة الأمد، والباقي يُدفع بشكل خاص.

إنّ الرعاية المؤسّساتية للمسّنين الضّعفاء هي، من وجهة نظر برنامج الرعاية الطبية Medicare، رعاية منزلية: فهي تشتمل على غرفة

وطعام. ولكنّ برنامج الرعاية الطبية Medicare هو برنامج طبي وليس برنامجاً اجتماعياً أو سكنياً. ولكن بالنسبة للمسنّين الذين لا يستطيعون العناية بأنفسهم بسبب عجز جسدي طاع - مثل ذاك الذي ينجم عن سكتة دماغية أو داء باركنسون، أو عن مجموعة مؤتلفة من المشاكل مثل اعتلال القلب والتهاب المفاصل الوخيم، أو عن ضعفة معرفية وخيمة (عادةً بسبب داء ألزهايمر أو شكل آخر من الحَرْف) - فإنّ التمييز بين الوضع الجسدي والاجتماعي يصبح غير واضح. أما برنامج المساعدة الطبية Medicaid الذي يوفّر المساعدة الصحية للفقراء، فهو أيضاً برنامج طبي ولكنه يدفع بالفعل تكاليف الرعاية في دور العناية بالمسنّين. وبالتالي، هناك حافزٌ مالي للأفراد المسنّين الضعفاء لتلقّي الرعاية في دارٍ للعناية بالمسنّين بدلاً من الرعاية في البيت. لو كان برنامج الرعاية الطبية Medicare يدفع تكاليف الرعاية في دار العناية بالمسنّين، لما كان هناك حافزٌ للرعاية البيئية، ولكن طالما أنّ هناك فرصة لتحويل الكلفة، فإنّ الرعاية المؤسساتية تبدو معقولة أكثر من الرعاية البيئية.

لا يفضّل أحدٌ تقريباً الرعاية في دارٍ للعناية بالمسنّين على البقاء في البيت. وقد زعم بعض المسنّين أنهم يفضّلون الموت على دخول دارٍ لرعاية المسنّين. وفي حين أنّ وجهة نظرهم تتغير غالباً عندما يواجهون وضعاً فعلياً بدلاً من وضعهم النظري، وفي حين أنّ وجهات نظرهم قد تعكس أفكاراً باطلة عما تعنيه دور رعاية المسنّين، إلا أنّ البقاء في البيت هو بدون شك البديل المفضّل. إنّ الذهاب إلى دارٍ لرعاية المسنّين قد لا يكون فعلياً سبباً للانتحار، ولكنّ هذا لا يعني أنه خيارٌ مرغوب.

أما المقارنة الاقتصادية بين الرعاية البيئية والرعاية في دارٍ للمسنّين فهي أقل وضوحاً. هناك بالتأكيد أنظمة اقتصادية مرتبطة بالرعاية المؤسساتية؛ إذ يمكن لمساعدة ممرّضة واحدة أن تعني بستة أو ثمانية

أو حتى عشرة مقيمين في دار لرعاية المسنين، بناءً على درجة عجزهم. وعلى نحو مماثل، يمكن لمرضة واحدة أن توفر العناية لخمسة عشر شخصاً؛ وفي بعض الأحيان لأربعين شخصاً إذا كانوا يحتاجون إلى المساعدة بشكل رئيسي لجهة الرعاية الشخصية وليس لجهة المراقبة الطبية. من جهة أخرى، لا تفصل دور رعاية المسنين الغرفة والطعام عن الرعاية الطبية؛ فهي توفر رعاية شاملة (رغم أنّ بعض العناصر يتم استثناؤها عادةً من التغطية، مثل الثياب والذهاب إلى مصفّف الشعر وخدمات الهاتف). يبلغ متوسط الكلفة لسنة واحدة من الرعاية في دار للمسنين 61,685 دولاراً، مع تفاوت قيمة التعويضات لبرنامج المساعدة الطبية Medicaid بشكل ملحوظ اعتماداً على الموقع. يُترجم هذا إلى عدد كبير جداً من ساعات الرعاية البيئية، سواء للممرضة (أجر الساعة النموذجي 49 دولاراً) أو المساعدة الصحية البيئية (متوسط الأجر في الساعة هو 28 دولاراً) أو مدبرة المنزل (الأجر المعتاد على الساعة الواحدة هو 18 دولاراً). يبدو واضحاً أنّ الشخص الذي يتطلّب عناية على مدار الساعة يمكن أن ينفق بسهولة أكثر من 61,000 دولار في السنة. ولكن الشخص الذي يحتاج لأحدهم ليأتي أربع ساعات في اليوم ليساعد في أمور الاستحمام واللبس، ويحتاج ربما لشخص آخر ليأتي ثماني ساعات في الأسبوع لطبخ وبتنظيف، ولممرضة لتتحقق من ضغط الدم مرة في الشهر، سيكلف الحكومة أقل بكثير من 61,000 دولار في السنة. وبالموازنة، فإنّ العديد من المسنين الضعفاء - وليس كلهم بكل تأكيد - الذين يدخلون حالياً دور رعاية المسنين قد يكونون قادرين على البقاء في البيت لو أنّ برنامج الرعاية الطبية Medicare زوّدهم بحافز ليقروا هناك.

قامت مارغوري، على كرهٍ منها، بالترتيبات اللازمة لدخول أوبوها

إلى دار محلي لرعاية المسنين. اقتسما غرفة وقامت بزيارتهما يومياً، ولكنَّ المكان كان أدنى مستوى بكثير مما كان مهياً لهما في منزلها. أصبحت أمها أكثر ارتباكاً في دار رعاية المسنين مما كانت في البيت. لم تعد تقول شكراً، ولطخت ثيابها بمعجون الأسنان، وحاولت أن تأكل صابونة.

وخلال بضعة أشهر من دخولها الدار، توقفت جوان عن أكل الصابون، ولكنها توقفت أيضاً عن تناول وجبات طعامها. كان وجود أطباق متعددة على صينية الطعام مُربكاً لها، ولهذا فقد وضع فريق العمل طبقاً واحداً أمامها في كل مرة. ولكنها كانت تواجه صعوبة متزايدة في اكتشاف ما الذي يجب أن تفعله بأدوات الطعام؛ وحاولت في بعض الأحيان أن تتناول الحساء بالسكين أو الدجاج بالملعقة. وأخيراً قرّرت الممرّضات أنه يجب إطعامها وأجلسنها مع ثلاثة آخرين بمثل حالتها إلى طاولة وعيّنوا مساعدةً لتقوم بإطعام المجموعة كلها بالملعقة. نجحت تلك المقاربة لفترة قصيرة، ولكنَّ جوان أخذت تشرد أثناء تناول الطعام، حيث وجدت أنّ مراقبة رفاقها في المجموعة كانت أمراً ممتعاً أكثر من المضغ، وهو ما جعل إطعامها مُجهداً إلى حدٍّ كبير. كانت تتوقّف أحياناً عن مضغ طعامها، وتهمل ابتلاعه أحياناً أخرى. وطالت فترة تناول الطعام إلى حدٍّ أنّ جوان كانت تستغرق ساعة كاملة لتتناول نصف الطعام على طبقها. وبدأت تفقد الوزن وقلقت الممرّضات من أنّ يتمّ تصنيف دار رعاية المسنين بأنه ناقص من قبل منظّمي الدولة لأنّ جوان إنغلاند كانت مصابة بسوء التغذية. واقترحوا بشدة على مارغوري أن تسمح لهم بإرسال جوان إلى المستشفى لإقحام أنبوب فغر المعدة. لم تشأ مارغوري أن يُركّب لوالدتها أنبوب إطعام، ولم تحسب أنّ أمها تريد ذلك أيضاً، أو ما كانت ستريده لو كانت قادرة على فهم حالتها.

ولكنّ دار رعاية المسنّين كان مصراً؛ لن ينفقوا ساعةً ثلاث مرّات في اليوم لإطعام نزيلة ممانعة. يعطي برنامج الرعاية الطبية Medicare دور رعاية المسنّين حافزاً مالياً للتبديل من عملية إطعام المرضى المجهدة والمستغرقة وقتاً طويلاً إلى استعمال أنبوب إطعام. إذا تمّ إقحام أنبوب إطعام لنزِيل طويل الأمد في دار رعاية المسنّين، فقد يصبح مؤهلاً للانتقال إلى مؤسسة محترفة للرعاية، والتي غالباً ما تكون عبارة عن سرير مختلف في نفس دار رعاية المسنّين، حيث سيكون تعويض رعايته أعلى قيمة لمجرد أنّ لديه الآن أنبوب إطعام. وبعد بضعة أسابيع سيتمّ نقله إلى قسم الرعاية المزمّنة بدلاً من الرعاية الحادة في دار رعاية المسنّين. ولكن حتى في قسم الرعاية المزمّنة من المؤسسة، فإنّ قيم التعويض في معظم أنحاء البلاد هي أعلى للمرضى الذين لديهم أنبوب إطعام رغم أنّ كلفة الإطعام باليد هي أقل من كلفة الإطعام من خلال أنبوب إطعام. أخبر فريق العمل مارغوري أنها تستطيع أن تطعم أمها بنفسها أو أن تستخدم مساعدة خاصة لإطعامها. وإذا لم توفّر أو كانت لا تستطيع أن توفّر مساعدة إضافية، فسيسرّ المؤسسة أن تقوم بالترتيبات اللازمة لدخول والدتها إلى المستشفى للخضوع للإجراء؛ أو للانتقال إلى دار آخر للرعاية.

شعرت مارغوري أنها لا تملك خياراً، لذا وافقت على وضع أنبوب إطعام. وبعد ذلك بثلاثة أشهر، توفّيت والدتها التي كانت لا تزال تعاني من سوء التغذية ومن التهاب رئوي. وبعد وفاة والدتها بشهرين، توفّي آلان أثناء نومه في دار رعاية المسنّين. ذكر التشخيص على شهادة وفاة والدها أنّ سبب الوفاة هو داء باركنسون، ولكنّ مارغوري رأت أنّ السبب الأصح لموت والدها هو شعوره بالحزن لوفاة زوجته.

إذا كان برنامج الرعاية الطبية Medicare مختل الوظيفة بعمق

بالنسبة للمسنّين الضّعفاء ولأولئك الذين اقتربوا من نهاية الحياة، فكيف يجب أن يُعاد تشكيله؟ المفتاح هو أن نموذج مقارنة واحدة تلائم الجميع لا يؤديّ لنتيجة في حالة المسنّين الذين هم مجموعة غير متجانسة ذوو احتياجات مختلفة للغاية لا تعتمد على عمرهم الزمني ولكن على وضعهم الصحي الإجمالي. اعترف برنامج الرعاية الطبية Medicare بهذه الحقيقة ضمناً بتوفيره بديلين متميّزين للرعاية الطبية التقليدية لقطاع صغير نسبياً من الفئة المؤهلة: برنامج الرعاية الشاملة للمسنّين PACE المخصّص للمسنّين الضّعفاء، وبرنامج رعاية المرضى المشرفين على الموت للمسنّين المصابين بمرض انتهائي. ولكنّ المعيار للتسجيل في هذين البرنامجين هو تقييدي جداً بحيث إنّ عدد الذين سجّلوا في برنامج PACE ليس كبيراً، أما الذين انضموا بالفعل لبرنامج رعاية المرضى المشرفين على الموت فلم يبقوا فيه إلا لفترة قصيرة جداً: إذ إنّ عدد المنضمين لبرنامج PACE في جميع أنحاء الولايات المتحدة هو 10,500 شخص، ومتوسط مدة البقاء في برنامج رعاية المرضى المشرفين على الموت هو ستة عشر يوماً. أما الغالبية العظمى من المسنّين فستمر في الاشتراك في برنامج الرعاية الطبية Medicare، سواء في برنامج الأجر مقابل الخدمة أو في البرنامج محدّد التسعيرة capitated. ولكن يمكن لهذه النسخ البديلة من برنامج الرعاية الطبية، إذا عدّلت على نحو ملائم، أن تشكّل الأساس لنظام جديد مؤلّف من ثلاث رُزَم منفصلة تقدّم مقارنةً مركّزة، وأخرى شاملة، وثالثة ملطّفة للرعاية الصّحية.

ستبدو الرزمة المركّزة شبيهة ببرنامج الرعاية الطبية Medicare الحالي. ستكون موجّهة للمسنّين الأقوياء الذين كانت أمورهم، بشكل عام، ميسّرة جيداً مع الخدمات الحالية لبرنامج الرعاية الطبية. ولكنّ

بعض العناصر الأساسية الجوهرية هي مفقودة في برنامج الرعاية الطبية المعاصر: التغطية الكاملة للنظارات، والوسائل المساعدة للسمع، وأطقم الأسنان الاصطناعية، والعقاقير الموصوفة. يجب أن تتم إضافة هذه البنود إلى برنامج الرعاية الطبية إذا أردنا أن يبقى المسنون النشيطون أقوياء لأطول فترة ممكنة، وأن لا يرتدوا إلى الضعف، لأنّ ضعف نظرهم أدى بهم إلى الوقوع وكسر ورك. قد يكون من الضروري أن نستخدم وسائل للاختبار لتحديد قسط التأمين للبنود الإضافية. وإضافة إلى ذلك، كان برنامج الرعاية الطبية بطيئاً في توفير الخدمات الوقائية، كما أنّ بعض اختبارات التقصي التي يغطّيها بالفعل هي بشكل عام غير ملائمة للفئة المسنّنة: فهو يستثني اختبارات التقصي للسمع التي أثبتت أنها فعالة، بينما يغطّي اختبار مولد المضاد الخاص بالبروستات PSA الذي لم تثبت فاعليته. ولكنّ البرنامج الحالي يتسع تدريجياً، حيث يغطّي الآن اختبار التقصي لترقق العظم، واختبار الغلوكوما (الزرق)، والتصوير الشعاعي للثدي، والتلقيح ضد الإنفلونزا. يجب شمل هذه التغييرات في النسخة الجديدة المركّزة من برنامج الرعاية الطبية.

أما الرزمة الشاملة التي تلائم المسنّين المصابين بأمراض مزمنة متعدّدة، فستبنى على أساس نموذج الرعاية الشاملة للمسنّين PACE. نشأ برنامج PACE في سبعينيات القرن الماضي مع برنامج الخدمات الصحية للمسنّين On Lok Senior Health Services. وحيث صُمّم لخدمة المجتمع الأميركي الصيني، فقد بُني على أساس افتراض مفاده أنّ المسنّين الضّعفاء لا يريدون الدخول إلى دور رعاية المسنّين، ولكنهم يحتاجون إلى الكثير من الدعم للبقاء بعيداً عنها. كان العنصر الأساسي في برنامج On Lok هو المركز الصحي النهاري للبالغين حيث احتشد أعضاؤه خلال اليوم، وتلقّوا خدمات متنوعة بما فيها معالجة الأقدام

والتمريض والعلاج الفيزيائي. كان On Lok برنامجاً اجتماعياً وطبياً في نفس الوقت: أدرك مؤسسوه أنه من أجل أن ينجح، فإن فريق العمل سيحتاج لأن يوفر وسائل النقل، والدعم العاطفي، والتخطيط المتقدّم، وكل أنواع الخدمات الأخرى التي لا تتم مناقشتها بشكل روتيني، ولا يتم تقديمها من قِبَل البرامج الموجهة طبياً. كما كان أيضاً برنامجاً محدد التسعيرة capitated، مدعوماً من قِبَل التمويل المشترك لبرنامج الرعاية الطبية Medicare وبرنامج الرعاية المساعدة Medicaid.

كان مشروع On Lok ناجحاً جداً بحيث قرّرت الحكومة الفدرالية مع مؤسسة روبرت وود جونسون أن تدعم عدة مشاريع مثبتة أخرى مبنية على أساس هذا النموذج. وانطلقت البرامج في تسعة مواقع في أنحاء الولايات المتحدة. ونتيجةً لقدرتها على تحسين نوعية الرعاية وخفض التكاليف في آن واحد، وهو ائتلاف نادر لا يُقهر، بدّلت الحكومة الفدرالية وضع برنامج PACE من مثبت إلى مزودّ دائم. وفي العام 2005، كان اثنان وثلاثون موقعاً لبرنامج PACE يخدمون 500, 10 مريض.

ما يفعله برنامج PACE هو أنه يربط المرضى بفريق متعدد الاختصاصات يتألّف بالحد الأدنى من طبيب وممرضة وعامل خدمات اجتماعية. أما المحترفون الآخرون كالمعالجين الفيزيائيين واختصاصيي التغذية، بالإضافة إلى السائقين والمساعدين البيئيين الصحيين، فيتمّ استدعاؤهم عند الضرورة. يقوم أعضاء الفريق بتقييم المرضى، وتطوير خطة للرعاية، والاهتمام بالمشاكل الحادة حال نشوئها. وحيث إنّ هذه المشاكل يمكن أن تحدث في أي وقتٍ من النهار أو الليل، ولا يُستثنى من ذلك عطلة نهاية الأسبوع والعطلات الدينية، فهناك نظام لتوفير الرعاية الشخصية 24 ساعة في اليوم لسبعة أيام في الأسبوع.

ويكون أعضاء فريق PACE مُلمّين بالتخطيط المتقدّم ومعتادين عليه. وهم يميّزون ضرورة إشراك المرضى في رعايتهم الخاصة وضرورة الدعم العائلي للتعامل بنجاح مع المرض المزمن. وعلى نحو لافت، لا يمنع برنامج PACE الاستشفاء ولا يضع قيوداً على رعاية وحدة العناية الفائقة. وهو يقوم بعمل جيد للغاية في رعاية المرضى في البيت بحيث إنّ استخدام الرعاية التَدْخِلية والتوسّعية هي أقل بكثير مما هي عليه في برنامج الرعاية الطبية Medicare التقليدي.

ولكي نجعل هذا البرنامج خياراً واقعياً للملايين من المسنين الذين يعانون من أمراض مزمنة متعدّدة، وليس فقط للحفنة التي تستخدمه اليوم، فنحن بحاجة إلى نسخة جديدة. ستتخلّص هذه الرزمة الجديدة من متطلّب الأهلية المزدوجة لبرنامجي الرعاية الطبية Medicare والمساعدة الطبية Medicaid، والذي حصر برنامج PACE بالمرضى ذوي الدخل المحدود. كما أنّ الإصرار على وجوب كون المرضى مؤهلين لدور رعاية المسنين يجب أن يُلغى أيضاً. حالياً، يعاني 63 بالمائة من مرضى برنامج الرعاية الطبية Medicare من مرضين مزمنين على الأقل، ويعاني 20 بالمائة من خمس حالات مزمنة على الأقل. وجميع المرضى المذكورين ثانياً (20 بالمائة) والعديد من المذكورين أولاً (63 بالمائة) يمكنهم أن يستفيدوا من رزمة برنامج الرعاية الطبية الشاملة، ولكنّ معظمهم غير جاهز لدور رعاية المسنين. وبالإضافة إلى ذلك، فإنّ الخدمات المقدّمة حالياً في مراكز الرعاية النهارية للبالغين مثل معالجة الأقدام وطب الأسنان ستحتاج لأن تُنظّم من قِبَل مدير حالة، وسيحتاج البرنامج لتوفير النقل للمرضى لمقابلة مزوّدي الرعاية أولئك. ومن أجل أن يكتسب البرنامج قبولاً واسعاً، لا يمكن للمركز الصحي النهاري للبالغين أن يبقى المكان الرئيسي للرعاية.

يجب أن تدفع الرزمة الشاملة تكاليف عددٍ من المداخلات التي تعزّز الاستقلالية، مثل الوسائل المساعدة للسمع والنظارات وأطقم الأسنان الاصطناعية. ومن أجل أن يكون البرنامج متيناً من الناحية المالية، فسيكون من الضروري إلغاء بعض المداخلات من القائمة الحالية لبرنامج الرعاية الطبية Medicare، وبصورة أساسية المداخلات التكنولوجية التدخّلية التي تقدّم فرصة ضئيلة لإطالة الحياة وخطراً محتملاً كبيراً لإضعاف نوعيتها. وكمثال على مداخلة تكنولوجية لا تُعتَبَر معقولة للمسنّين المعانين من حالات مزمنة متعددة، نذكر الجهاز المساعد البطني الأيسر الموافق عليه مؤخراً، وهو عبارة أساساً عن حجيرة قلب اصطناعية مزروعة في البطن. يُستخدَم هذا الجهاز لدى مرضى بلغ اعتلال قلبهم حالةً وخيمة جداً بحيث إنهم سيكونون مرشّحين لعملية زرع قلب لو لم يكونوا مصابين بالعديد من الأمراض المزمنة الأخرى. ورغم أنّ هذه المضخات تطيل الحياة لفترةٍ أطول مما تفعل المعالجة الطبية، إلا أنّ نصف المتلقّين لها يموتون في غضون سنة، ويصاب العديدون بنزيف وإتانات خلال الأشهر الإضافية التي كسبوها. كما سيتمّ إلغاء تكنولوجيات تدخّلية أخرى مشابهة، مثل جراحة خفض حجم الرئة، وهي عملية تُجرى للمرضى المعانين من أشكال معينة من النفاخ (الأمفزيما) المتقدّم وتشتمل على قطع الأجزاء الأكثر تلفاً من الرئتين. إنّ هذه الجراحة العالية الكلفة لا تطيل الحياة؛ فالهدف منها هو تحسين القدرة التمرينية وتقليل قصر النَّفس. ولكن بالنسبة للشخص الضعيف، فإنّ التأثيرات الجانبية لإجراء جراحي رئيسي كهذا سترجح أيّ فوائد عَرَضِيَّة (تحسّن أعراض المرض).

أما البديل الثالث، وهو الرزمة الملطّفة، فسيُبنى على أساس برنامج رعاية المرضى المشرفين على الموت. يتمحور هذا البرنامج، مثله مثل

برنامج PACE، على مقاربةٍ فريقيّةٍ للرعاية. هو برنامج شمولي يهتم بالمسائل النفسية والروحية بالإضافة إلى اهتمامه بالأعراض والأمراض. وهو لا يشمل رعايةً استشفائيةً ولكنه بدلاً من ذلك يسعى لضمان حصول المرضى على ما هم بحاجةٍ إليه في البيت. ومع ذلك، فهو يقصر المشاركة فيه على المرضى الذين لا يُتَوَقَّع لهم العيش أكثر من ستة أشهر ولا يغطّي أنواع العلاجات المطيلة للحياة. سيتمّ تصميم الإعانة الجديدة لبرنامج الرعاية الطبية Medicare لتركّز على راحة المريض؛ ليس إلى حدّ إقصاء العلاجات المطيلة للحياة، ولكن مع شمل مثل هذا النوع من الرعاية إذا كان لا يتسبّب بإزعاج كبير للمريض. ستقدّم الرزمة خدمات بيتية وافرة بحيث إنّ المرضى، خلافاً لما هو عليه الوضع اليوم، سيتمكّنون من الدخول في برنامج رعاية المرضى المشرفين على الموت حتى لو كان لديهم أفراد من العائلة يوفّرون لهم الرعاية الأساسية طوال الوقت. وسيشتمل البرنامج أيضاً على رعاية استشفائية؛ إذا كانت ضرورية لراحة المريض. سيغطّي البرنامج المعالجة الكيميائية والعلاج بالإشعاع إذا كان هدفهما الأهم هو المحافظة على راحة المريض، بغضّ النظر عمّا إذا كانا سيظيلان الحياة. يمثّل هذا انحرافاً عن برامج رعاية المرضى المشرفين على الموت المتواجدة حالياً، والتي لا تغطّي العلاج الشفائي للأمراض الداخلية المميّنة. ولأنّ العلاجات التي تُعطى نموذجياً لخمسة أيام في الأسبوع على مدى عدّة أسابيع، مثل العلاج بالإشعاع، هي عالية الكلفة وقد تُعتبر أنها شفائية، فإنّ العديد من البرامج المعاصرة الخاصة برعاية المرضى المشرفين على الموت تختار ألاّ تقدّمها. يُدفع لهذه البرامج مبلغاً يومياً ثابتاً بغضّ النظر عن مقدار المبلغ المُنتفق، ولهذا فإنّ هذه البرامج لديها الحافز لتجنّب العلاجات المكلفة جداً. سيتمّ توسيع برامج رعاية المرضى المشرفين على الموت لتشمل المرضى المصابين

بحالات انتهائية مثل الحَرَف المتقدم أو قصور القلب في مرحلته الأخيرة. لا يفِي هؤلاء المرضى غالباً بمعيار الأهلية الحالي للرعاية الخاصة بالمرضى المشرفين على الموت، حيث إنَّ الشرط الأساسي هو أن تكون الفترة المتوقَّعة لهم في الحياة هي ستة أشهر أو أقل. يبدو هذا المعيار منطقياً لمعظم مرضى السرطان الذين يمكن أن يكونوا خالين من الأعراض وقادرين إلى حدٍّ ما على القيام بوظائفهم الطبيعية إلى أن يبلغوا نقطة انعطافٍ في مرضهم. ولكنه أقلُّ منطقية بكثير للمرضى الذين يعانون من مرضٍ آخر غير السرطان، ولكنه تصاعدي ومميت في النهاية. فمسار مرضهم هو أكثر احتمالاً بكثير لأن يشتمل على تدهورٍ تدريجي أو انحدارٍ تدريجي متضائل بدلاً من كونه شديد الانحدار.

إنَّ تقديم رُزْم الإعانات المنفصلة هذه لن يكون أكثر تعقيداً من الخيارات المتوفَّرة حالياً لجمهور برنامج الرعاية الطبية Medicare: فمع بلوغه سنَّ الخامسة والستين، يستطيع اليوم المريض المحتمل أن يختار الرعاية الطبية التقليدية conventional medicare أو الرعاية الطبية المميزة Medicare Advantage (المعروفة سابقاً Medicare Plus choice). إذا اختار الفرد الرعاية الطبية التقليدية، فعليه أن يقرّر إذا كان يريد أن يشتري الرعاية الطبية الجزء ب Medicare Part B التي تغطّي خدمات الطبيب والفحوص المخبرية وتترافق مع قسط تأميني إضافي. ثمَّ يجب على المريض أن يقرّر إذا كان سيشتري الرعاية الطبية الجزء د Medicare Part D، وهي الإعانة الاختيارية للعقاقير الموصوفة. وأخيراً، يجب أن يقرّر إذا كان سيكمل الرعاية الطبية بسياسة MediGap التي تزوّد بتغطيةٍ إضافية للبنود التي لا تغطّيها الرعاية الطبية التقليدية، مثل الدفعات المشتركة والاقتطاعات.

وعلى نحوٍ بديل، يمكن للمريض أن ينتقي واحدةً من خطط

الرعاية الطبية المميزة المتوفرة في منطقتها؛ وبشكل رئيسي منظمات المحافظة على الصحة HMO التي تعاقدت مع الحكومة الفدرالية للتزويد برعاية محدّدة التسعيرة capitated. تملك هذه الخطط بشكل عام، مثلها مثل منظمات المحافظة على الصحة، ميزة البساطة؛ فأنت تبرز بطاقتك، بعد دفعة مشتركة تغطّي زيارات الطبيب والدواء، وتلقّي الخدمة. وعلى نحو متباين، أنت تتلقّى في برنامج الأجر مقابل الخدمة الذي يقدّمه برنامج الرعاية الطبية Medicare، فواتير معقّدة تفرض عليك دفع مبلغ مقتطع من ثمّ 20 بالمائة من المبلغ المُجاز للخدمة المحدّد من قبل Medicare، وهو مبلغ قد لا يشبه كثيراً الأجر الذي يتقاضاه الطبيب. إذا كان الطبيب يقبل بالتعيين، فإنّ أجره الفعلي لا معنى له لأنّ الحكومة تحدّد المبلغ. أما في الولايات حيث الطبيب لا يحتاج إلى القبول بالتعيين، فإنّ المريض قد يدفع جزءاً من الفرق بين ما يغطيه برنامج الرعاية الطبية Medicare فعلياً وبين ما يتقاضاه الطبيب.

كما أنّ اتخاذ قرار بشأن الاختيار المناسب لمنظمة المحافظة على الصحة HMO هو مسألة معقّدة أيضاً لأنّ هذه المنظمات تختلف في الدفعات المشتركة وفي نوع الخدمات التي تغطّيها (على سبيل المثال، بعضها يشمل النظارات والوسائل المساعدة للسمع، وبعضها لا يفعل). ولأنّها تختلف في مجموعة الصيغ الخاصة بكل منها، فإنّ خطط منظمات المحافظة على الصحة HMO تقدّم تغطية دوائية متفاوتة. وإضافةً إلى ذلك، تفرض خطط الرعاية المدبّرة قسطاً تأمينياً إضافياً (في أعلى برنامج الرعاية الطبية Medicare الجزء ب، والذي يجب على المسجّلين دفعه) مقابل الخدمات الإضافية.

تملك الخطط الثلاث - المركّزة والشاملة والملطّقة - ميزة كونها قابلة للتمييز من ناحية المبدأ. سيختار المسنون الخطة التي تبدو

معقولة بالنسبة لهم بناءً على فهمهم لحالتهم الصحية الدّاخلية وأهدافهم الشخصية للرعاية. كي يتمكن المرضى من القيام باختيارات معقولة، عليهم بالطبع أن يعرفوا حقيقة حالتهم، ما يعني أنّ أطباءهم يجب أن يخبروهم. الأطباء سيئون للغاية في مناقشة عواقب المرض، وخاصةً عندما يعاني المريض من أمراض متعدّدة، ويعكس التوقع الإجمالي بعاقبة مرضه التأثيرات المجتمعة للحالات التي يعاني منها. إذا تعلّم الأطباء أن يناقشوا الوضع الصحي وعاقبة المرض بصراحة مع مرضاهم، فإنّ معظم المرضى سيقومون باختيارات تعتمد على وضعهم. عندما يفهم المرضى وضعهم الصحي وما إذا كانوا أقوياء أو ضعفاء أو مشرفين على الموت، فإنّ غالبية المرضى الأقوياء سيختارون الخطة المركّزة، بينما سيؤثر المرضى الضّعفاء الخطة الشاملة، وسينتقي غالبية المرضى المشرفين على الموت الخطة الملطّفة. إنّ تقديم الخيارات للمرضى هو السبيل الصحيح، ولكن إذا تبيّن بعد فترة تجريبية من تقديم رُزَم المنفعة المختلفة أنّ عدداً قليلاً من الناس قد آثر شيئاً مختلفاً عن الرعاية الطبية التقليدية، فيجب أن نفكّر في تعيين الفوائد بناءً على الوضع الصحي.

ليست الفكرة المطروحة أعلاه متطرّفة بقدر ما تبدو. إنّ تقديم أنواع مختلفة من العلاج لأناس يعانون من حالات طبية مختلفة لا يُعتبر تمييزاً، تماماً كما لا نعتبر أنّ معالجة الالتهاب الرئوي بشكل مختلف اعتماداً على حالة المريض وما إذا كان يعاني من الإيدز أو الخرف أو داء الخلية المنجلية تمييزاً. مرضى الإيدز هم عند خطرٍ محتمل للإصابة بالتهاب رئوي من نوع المُتكيّسة الرئوية *Pneumocystis carinii*، وهو شكلٌ نادر من المرض الرئوي. أما مرضى الخرف فهم عند خطرٍ محتمل للإصابة بذات الرئة الاستنشاقية (يستنشقون أساساً بكتيريا عديمة الأذى تعيش عادةً في الفم)، بينما يكون مرضى داء الخلية المنجلية معرّضين

تحديداً لخطر الإصابة بمرض بالمكورات الرئوية. وكل نوع من أنواع الالتهاب الرئوي هذه يتطلب اختبارات تشخيصية ومعالجة خاصة به. سنلحق الأذى بكل هذه المجموعات من المرضى إن نحن عالجتنا الأنواع الثلاثة جميعها بطريقة متماثلة انطلاقاً من إحساسٍ مضلل بتطبيق مبدأ المساواة.

نحن نقبل روتينياً الفكرة القائلة بأن المكان الذي نعمل فيه يحدّد رزمة الرعاية الصحية المنفعية التي نلتقأها. فالموظفون الذين يعملون لشركة معينة هم مؤهلون حصرياً لخطة التأمين الصحي المقدمة من قبل تلك الشركة، مهما كانت القيود التي تفرضها الخطة. وإذا غيرنا الوظيفة، فقد نضطر إلى تغيير خطة التأمين الصحي والاشتراك في خطة مختلفة ذات مجموعة متميزة من الفوائد. كما أننا ننظر بمزيد من القبول للفكرة القائلة بأن العمر يمكن أن يحدّد نوع التغطية للرعاية الصحية: ما إن يبلغ الشخص سنّ الخامسة والستين حتى يفقد نموذجاً تأمينه الصحي ويصبح مؤهلاً بدلاً من ذلك لبرنامج الرعاية الطبية Medicare الذي ربما ليس لديه نفس الشروط كتأمينه الصحي السابق. نحن مرتاحون مع المقاربة الحالية التي تستخدم الوضع الاقتصادي كأساس لتحديد الفوائد التأمينية: فالفقراء مؤهلون لبرنامج المساعدة الطبية Medicaid الذي يقدم تغطية مختلفة عن خطط التأمين الصحي الخاصة. وأخيراً، نحن بكل تأكيد راضون بأن يلعب مكان الإقامة دوراً في تحديد الفوائد: تتفاوت التغطية التي تقدّمها خطط التأمين الصحي، بما فيها Medicaid، على نحو ملحوظ من ولاية إلى ولاية. والواقع أنه أكثر إنصافاً بكثير أن يتم تحديد فوائد الرعاية الصحية التي يتلقاها المريض على أساس احتياجاته الطبية بدلاً من وظيفته أو عمره أو مدخوله أو مكان إقامته. المرضى المسنون هم مجموعة غير متجانسة: فالأقوياء منهم يستفيدون

من الرعاية الحادة العَرَضِيَّة، والضعفاء منهم نتيجة إصابتهم بعدة أمراض مزمنة يستفيدون من الرعاية المنسَّقة طويلة الأمد، بينما يستفيد أولئك المشرفون على الموت من مقارنة ملطَّفة.

تتمثّل الصعوبات الأساسية في نظام كهذا في اكتشاف رزمة الإعانة المناسبة لكل فرد ومتى يحين الوقت للتبديل إلى رزمة أخرى. إنّ قصر علاج ما على ظروف معينة دون أخرى قد يبدو للوهلة الأولى معقداً للغاية. ومع ذلك، فإنّ العديد من خطط التأمين الصحي تتخذ حالياً قرارات تغطية مختلفة بناءً على ظروف سريرية خاصة. على سبيل المثال، سيغطّي برنامج الرعاية الطبية Medicare نفقات الجراحة التجميلية لتصحيح تشوّه ناتج عن جراحة استئصال ورم أو عن رضّة، ولكنه سيرفض أن يغطّي تكاليف إجراء مشابه طُلب على أساس تجميلي بحت. ستغطّي معظم خطط التأمين زرع نخاع العظم في حالة ابيضاض الدم الحاد، وهي حالة تبيّن أنّ الزرع فعّال فيها، ولكنها لن تدفع لعملية زرع لدى مريضة بسرطان الثدي، وهي حالة لم تبيّن فعالية الزرع فيها. كما أنّ القرارات الحديثة بتغطية تكاليف الجهاز المساعد البطني الأيسر وجراحة خفض حجم الرئة تقتصر على المرضى الذين تفي حالتهم بمعيار سريري معين.

إنّ التحدّي في حالة العلاجات العدوانية عالية الكلفة للمرضى المسنّين يتمثّل في التحديد المنصف والصائب لمن هم ضعفاء فعلياً ومن هم مشرفون على الموت، ومن ثم تقرير العلاج المعقول. يمكن تقييم الوضع الصحي الداخلي في عيادات التقييم الشيخوخي للمرضى الخارجيين، أو أثناء استشفاء المريض باستخدام معيار يعكس وخامة المرض والوضع الوظيفي والاستعراف (الوضع الإدراكي). إنّ فحص المشاركين في برنامج الرعاية الطبية Medicare لتحديد رزمة الإعانة

التي يجب أن يتلقوها - رغم أنه لا يزال غريباً على التفكير الحالي - يمكن أن يصبح روتينياً كما هو فحص النظر لتجديد رخصة القيادة. سيكون من الضروري تكرار الفحوص على نحوٍ دوري لتعيين التغيرات في الوضع الصحي.

عمل برنامج الرعاية الطبية Medicare، منذ نشأته، على تغطية الخدمات التي هي ضرورية طبيّاً فقط، ولكن ليس هناك تعريف موحد مقبول للضرورة الطبية. أشارت لغة القانون الأصلي لبرنامج الرعاية الطبية Medicare إلى أنه "لن تتم تغطية أيّ تكاليف... لنفقات سببها مواد أو خدمات... ليست منطقية أو ضرورية لتشخيص المرض أو علاجه أو لتحسين الوظيفة الجسدية المشوّهة للمريض". تفسّر معظم السلطات هذا النص بأنه يعني أنّ الخدمات تُعتبر ضرورية طبيّاً إذا كانت تفي بمقاييس الممارسة الطبية الجيدة. أثر برنامج الرعاية الطبية باستمرار أن يستثني من التغطية العديد من الإجراءات الطبية الفعالة التي يعتبرها غير ملائمة. فعلى سبيل المثال، لن يدفع البرنامج لعلاج قصر النظر بالليزر. ما من سبب يمنع برنامج الرعاية الطبية Medicare من اختيار نوع العلاجات التي سيغطّيها في معالجة المسنّين الضّعفاء أو المسنّين المشرفين على الموت على أساس ما هو ملائمٌ لهم.

إنّ إعادة تشكيل برنامج الرعاية الطبية Medicare لن يحدث بين عشية وضحاها. فنحن بحاجةٍ لأن نبدأ بترسيخ ما تعنيه الرعاية القياسية لحالات مثل الخرف المتقدّم أو الضعف الشديد. الطريقة الأفضل لفعل ذلك هي بعقد مؤتمر إجماع تحت رعاية المعاهد الوطنية للصحة، والذي سيجتمع معاً كل الأطراف المهمة التي تشمل الأطباء وعاملي الخدمات الاجتماعية والمرمّضات ورجال الدين والجمهور العادي. وفي حين أنّ مؤتمرات الإجماع هذه قد ركّزت نموذجياً على المعالجة

المثلى لأمراض معيّنة مثل ترقق العظم أو سلس البول، إلا أنّ مؤتمرات أخرى قد اهتمّت بأنواع معينة من المرضى مثل المرضى الأطفال أو المرضى الأمهات. وكمثال على عملية إجماعية نموذجية، هناك اجتماعات المدينة التي عُقدت في أوريغون لتحديد الأولوية في قرارات التغطية لبرنامج المساعدة الطبية Medicaid الخاص بالولاية. بدعوة ممثلين من مهن الرعاية الصحية والمجموعات المجتمعية والمجموعات الدينية وغيرها، تدبّرت اجتماعات أوريغون أن توازن بين فاعلية العلاج، وتأثير المرض على الأفراد والمجتمع، والكلفة. نحن بحاجة لأن نبادر إلى القيام بعملية مماثلة على المستوى القومي، حيث تقوم لجان عمل منفصلة بدراسة المزيج الصحيح للرعاية الصحية المطلوبة للمستئين الأقوياء، والضعفاء، والمشرفين على الموت. وعندما نصل إلى توافق في ما يتعلّق بالمفاهيم العامة والتفاصيل على حدّ سواء، يمكننا أن نبدأ بالمهمة الشاقة المتمثلة في ترجمة الخطة إلى واقع.

هل دار رعاية المسنين جزءٌ من مستقبلك؟

يفيد آخر توقُّع (بالنسبة للأميركيين) بأنه مع بلوغ الفرد سنَّ الخامسة والستين، سيكون من المرجَّح بنسبة 50 بالمائة قضاؤه بعض الوقت في دار لرعاية المسنِّين قبل أن يموت. وستكون 10 بالمائة تقريباً من فترات الإقامة في دُور رعاية المسنِّين قصيرة الأمد، حيث يكون الهدف منها استعادة العافية بعد الاستشفاء. أما التسعون بالمائة الباقية فستكون طويلة الأمد، حيث الخروج من الدار سيكون إلى القبر لا إلى بيت العائلة.

إنَّ عدد مواليد الفترة الواقعة بين عامي 1946 و1964 الذين سيعيشون على نحو دائم في دار لرعاية المسنِّين مستقبلاً هو أمرٌ يعتمد على التطورات الحاصلة في الرعاية الصحية والإسكان وعلى معدّل العجز الجسدي أو العقلي في السنوات القادمة. تفيد أفضل التقديرات أن أعداد النزلاء ستتصاعد من 1.6 مليون نزيل في العام 2003 إلى ما يقارب 2.6 مليون نزيل كحدّ أدنى و5 ملايين نزيل كحدّ أعلى في العام 2050. وبغضّ النظر عن التقدير الذي ستثبث صحته، نحن بحاجةٍ جوهرياً إلى المزيد من الرعاية المؤسساتية طويلة الأمد مع بلوغ مواليد الفترة الواقعة بين عامي 1946 و1964 سنَّ الشيخوخة. والسبب في ذلك إلى حدّ كبير هو الازدياد المتوقع في أعداد الناس الذين تتجاوز أعمارهم الخامسة والثمانين. كما أنَّ ازدياد الحاجة إلى الرعاية التي

تقدّمها دور المسنين سينشأ أيضاً عن حقيقة مفادها أنه بالرغم من انحدار معدلات العجز الجسدي والعقلي الإجمالي - انخفضت بمقدار 1 بالمائة سنوياً بين العامين 1982 و 1999 - إلا أنه لم يحدث انحدارٌ مماثل في نسبة المسنين الذين يعانون من عجز جسدي أو عقلي شامل، وهم الناس الذين سيحتاجون على الأرجح لرعاية مؤسساتية أكثر من احتياجهم إلى رعاية بيتية أو عيش مُعان. وبالإضافة إلى ذلك، فإنّ الأمراض التي تجعل الناس معتمدين على غيرهم في شيخوختهم لا يبدو أنها تتلاشى أو حتى تتضاءل. فالتهاب المفاصل وداء ألزهايم والمشاكل البصرية والسمعية، من بين أمراض أخرى، آخذة في الارتفاع. إذا كان مواليد الفترة الواقعة بين عامي 1946 و 1964 يريدون التأكيد من تمكّنهم من إيجاد دارٍ جيد للرعاية - في حال احتاجوا إلى ذلك - فإنّ الوقت للبدء بالعمل على تغيير صناعة دور رعاية المسنين هو الآن. تطوّر باول ديماغيو لسنوات للعمل في دار رعاية المسنين المحلي في أوقات فراغه. إذ كان يساعد في نقل النزلاء المقعدين على كراسيهم المدولة إلى النشاطات والمواعيد ضمن المؤسسة الممتدة المتعدّدة المستويات، وترأس لفترة وجيزة مجموعة المحاربين القدماء لتبادل الذكريات. كان تشارك قصص الحرب العالمية الثانية مفيداً للنزلاء الذين اختبر بعضهم الصداقات الحميمة وكثافة وجود الجيش على أنها نقطة الذروة في حياتهم، ولكن الأمر كان صعباً على باول. كان أسير حرب، وقد أعادت كل القصص إلى ذهنه ذكريات جعلته يختبر الكوابيس في نومه. كما أسخّطه أن لا أحد في المجموعة كان يتكلّم بصوت عالٍ بما يكفي لسمعه الباقون، وهو ما عنى أنه كان يحاول باستمرار أن يلخّص ما قاله كل شخص باقتضاب ولكن بجهد. واتخذ بعض النزلاء موقف الخطابة، حيث احتكروا المناقشة معيدين سرد

قصتهم بتفصيل شديد، ومُخبرين القصة نفسها غالباً كل أسبوع. كان بعض المشاركين يحتملون التكرار، ولكنّ بعضهم الآخر تدمر بصخب. لم يكن باول يحب التشاحن ووجد التكرار مضجراً، ولهذا فقد تخلّى عن المجموعة والتزم فقط بنقل هؤلاء المسنين. والآن، رغم أنه يجد صعوبةً في استيعاب الواقع الجديد، فلقد كان هو نفسه سيدخل إلى دار رعاية المسنين.

المحطة الأولى كانت المكتب المالي. كان على باول للمرّة الثالثة - بعد أن خضع بالفعل لتقييم تقصُّ وأتمّ زيارة ما قبل الدخول - أن يثبت هويته. عليه أن يبرز شهادة ميلاده وبطاقة الضمان الاجتماعي الخاصة به. ومن ثمّ عليه أن يثبت أنّ لديه تغطية تأمينية طبية، بإعطائه بطاقة رعايته الطبية Medicare ليتّم تصويرها. والأهم من ذلك، عليه أن يثبت عملياً أنه واحدٌ من الأعداد المتضائلة من المسنين الذين لديهم موارد شخصية كافية تمكّنهم من دفع تكاليف رعايتهم في دار العناية بالمسنين من حسابهم الخاص. قدّم باول كشوف حساباته المصرفية وتقرير الأوراق المالية ووقع شهادةً خطيةً تجيز لدار رعاية المسنين أن يقطع تكاليف غرفته وطعامه مباشرةً من حسابه المصرفي، وهي تكاليف تصل إلى 9800 دولار في الشهر! يبلغ المعدّل الوطني لتكاليف الرعاية شبه الخاصة في دارٍ للمسنين 61,685 دولاراً في السنة، أي ما يقارب حوالي 5100 دولار في الشهر، ولكن كان هذا دار رعاية ممتازاً يقع في قسم غالٍ من البلد.

المحطة الثانية كانت الطابق الذي سيعيش فيه. تمّ اصطحابه إلى غرفته على كرسي مدولب، على الأرجح واحدٌ من نفس النماذج الأساسية الثقيلة التي كان يدفعها بنفسه قبل ذلك بسنةٍ واحدة. نظر باول، وبرفته ابنه رودي الذي كان يُبعد على نحوٍ متكرّرٍ خصلة شعرٍ عنيدة عن

عينه، إلى غرفته الجديدة التي أطلعها عليها عامل الخدمات الاجتماعية في دار رعاية المسنين.

كانت غرفةً طويلة ضيقة يحتل الجزء الأكبر منها سريران متوازيان تفصل بينهما ستارة رثة يصعب وصفها. قال عامل الخدمة الاجتماعية لباول: "هذا سريرك". وأشار نحو المدخل في الجانب البعيد عن النافذة. كانت الجدران بلون الصوف الطبيعي وبدت كما لو كانت بحاجة إلى طبقة جديدة من الطلاء. أما الأرضية فقد كانت مشمعة؛ ملساء وقابلة للغسل وتذكرُ بصفوف المدرسة الثانوية. وتباهت الغرفة بخزانة وحيدة مقسومة إلى نصفين لكل من نزلي الغرفة، وبحمام حوى مرحاضاً ومغسلة. وبجوار السرير كانت هناك طاولة صغيرة، وعلى طول المساحة المتبقية من الجدار كانت هناك منضدة للكتابة وفوقها بضعة رفوف للكتب أو الصور الفوتوغرافية أو الأشياء الصغيرة الشخصية. وفيما بين منضدة الكتابة والباب، حُشرت كرسي مغطاة بالنايلون. حتى هذا الصباح، كان باول يعيش في منزلٍ يحتوي على ثلاث غرف نوم حيث ربى ابنه، وهو بيتٌ عاش فيه مع زوجته طوال ستين سنة إلى أن ماتت قبل ستة أشهر. كان كل ما أخذه معه حقيبتين ضمّتا ثيابه، وألبوم صور، وصوراً مؤطرة ليوم زفافه وحفل تخرّج ابنه من الجامعة، وراديو وساعة، وروزنامة. أما كل الأشياء الأخرى - ذكريات ثمانية وثمانين عاماً - فقد تمّ وهبها، أو رميها، أو احتفظ ابنه ببعضها.

نظر باول إلى الغرفة التي كانت مطابقة للعديد من الغرف الأخرى التي كان يُوصَل إليها النزل في الماضي. كانت تحوي نفس السرير القياسي ومنضدة الكتابة وخزانة الكتب. لم يختلف الديكور كثيراً؛ ستائر النافذة البيضاء التي بدت رمادية بغض النظر عن عدد مرات غسلها، وغطاء السرير الأخضر الباهت الذي ذكر باول ببشرة رفاقه الجنود خلال

رحلة سفينة الجند عبر الأطلسي. وفكر بشكل عابر بأثاثه الخاص؛ المقعد القلاب الجلدي الذي كان هديته لنفسه في عيد ميلاده الثمانين، وأريكة غرفة المعيشة الطرية ذات الوسائد المكتنزة التي كان قد أعاد تنجيدها بمناسبة عيد زواجه الخمسين. وقطع حبل ذكرياته الملتاعة - إذا كان هذا ما يختبره - وصول رفيقه في الغرفة.

كان شارلي رجلاً ضخماً يستخدم هيكلاً بعجلات يساعده على المشي. سأل بقصد التعرّف: "هل تحب مشاهدة لعبة الكرة؟ أنا أوي إلى الفراش كل ليلة عند الساعة الثامنة إلا إذا كانت هناك مباراة. وطالما أنك لا تشخر بصوتٍ عالٍ جداً، فسنسجم مع بعضنا جيداً". وجرّ نفسه إلى الحّمّام وأغلق الباب في محاولةٍ عقيمة لجعل جهوده الإبرازية خاصة.

اكتشف باول في ذلك المساء أنه لم يعد يستطيع أن يتناول أدويته متى شاء. كانت الممرّضة المناوبة تأتيه بأدويته المعتادة في الوقت المعين من قبل طبيبه الجديد الذي لم يكن قد التقاه بعد (أو في الوقت التقريبي، نظراً لأنّ ممرّضة واحدة كانت توزع الأدوية على ثلاثين نزلياً في الدار). وعند الساعة الحادية عشرة مساءً، حين كان لا يزال عاجزاً عن الاستغراق في النوم، دقّ باول الجرس وطلب من الممرّضة حبة منوم: كان يتناول دواءً مضاداً للقلق بانتظام عندما كان في البيت، وكان يتلع حبةً أخرى إذا واجه صعوبةً في النوم. ولكنه أُخبر في دار رعاية المسنين أنّه ليس هناك وصفة للحبوب المنومة أو لأي دواء مضاد للقلق وأُعطي بدلاً من ذلك حبة تيلينول. لم يظنّ باول أنّ التيلينول سيساعده؛ فهو لم يكن يعاني من صداع أو من أي نوع آخر من الألم، كما أنه لم يجد التيلينول مفيداً أبداً في المرّات التي عانى فيها فعلياً من الألم، ولكنّ الممرّضة أكّدت له بأنه قد فعل فعل السحر بالنسبة للعديد من

النزلاء الآخرين.

وغلبه النعاس أخيراً قرابة منتصف الليل، واستيقظ عدة مرات أثناء الليل لدى مرور الممرضة وتربيتها عليه بلطف، حيث كانت تلك طريقتها للتحقق من سلس البول، ومن ثم استغرق في نوم عميق ما إن بدأت الشمس بالشروق. وتذوق طعاماً آخر للحياة في دار رعاية المسنين عندما أيقظته مساعدة ممرضة مبتهجة عند الساعة السابعة صباحاً، وقد صممت على جعله ينهض من السرير ويرتدي ثيابه. أصرّ باول أنه ليس بحاجة لأي أحد ليوظّه من النوم، وأنه يستطيع أن يرتدي ثيابه بنفسه، وفي جميع الأحوال لم يكن جاهزاً بعد للنهوض. كانت المساعدة لطيفة ولكن صارمة. فلديها ساعة واحدة فقط لمساعدة ثمانية نزلاء على ارتداء ثيابهم واصطحابهم إلى غرفة الطعام لانتظار وصول صواني الفطور. من غير الممكن أن يستيقظوا جميعاً عند الساعة الثامنة إلا خمس دقائق. كان باول المسنّ الجديد في الدار؛ أما المسنّون القدامى فلديهم الأفضلية لإيقاظهم في الأوقات الأكثر ملاءمة. وأضافت وهي تنظر إلى باول على أنه مسبّب مشاكل، أنّ التغيب عن وجبة الفطور ليس مسموحاً به.

كان دار رعاية المسنين الذي انتقل إليه باول داراً جيداً نسبياً، يحتوي على فريق عمل كفوء وكاف، على الأقل وفقاً للمقاييس الفدرالية. ولكنّ بيته الجديد كان مختلفاً جداً عن بيته الخاص؛ كان مؤسسة مهيمنة وبيروقراطية ومُصمّمة وفق نظام معين لإبقاء نزلائها آمنين ونظيفين ومنظّمين من أجل ملاءمة فريق عملها.

وُصفت مستشفيات الأمراض العقلية، ودور الأيتام، ومدارس الصبيان الإعدادية، والمراكز الدينيّة، وأحياناً دور رعاية المسنين بأنها مؤسسات كاملة. هناك الكثير من الأمور المشتركة بينها: جميعها تفرض طقوساً للدخول يتمّ فيها تجريد الأعضاء بفاعلية من هويّتهم السابقة

وإعادة تعريفهم بسمّةٍ خاصةٍ مثل تاريخهم الطبي (أو جريمة ارتكبوها).
وجميع نشاطات نزلاتهم - تناول الطعام والنوم والاستحمام - تحدث
في نفس الموقع: ما من هروبٍ على الإطلاق إلى مكانٍ أكثر حيادية.
كما أنّ المؤسسات الكاملة تجعل النزلاء معتمدين على أعضاء فريق
العمل الذين لديهم سلطة كاملة تقريباً على كل حركة من تحركاتهم،
كما تحدّد هذه المؤسسات من الاتّصال بالعالم الخارجي. بتعبيرٍ مبسّط،
تُصمّم المؤسسة الكاملة لتعزيز الفاعلية بين أعضاء فريق العمل بدلاً من
الإيفاء بالاحتياجات أو الرغبات الخاصة والفردية والمتغيّرة لنزلاتهم.
هي مكرّسة نموذجياً لهدفٍ وحيد مهيمن؛ المحافظة على صحة وسلامة
النزلاء في دُور رعاية المسنّين.

وسرعان ما تعلّم باول ديماغيو أن يكره دار رعاية المسنّين الذي
كان سابقاً مولعاً به. فالانتقال إلى الدار، وتوقيع الاستثمارات، وإفشاء
المعلومات الخاصة، والسماح للدار بالوصول المباشر لحسابه المصرفي،
كانت جميعها أموراً اختبرها كإذعانٍ محض. كان شعوره مشابهاً جداً
للمرة التي منح فيها موافقته للخضوع لإجراء جراحي، باستثناء أنّ تلك
كانت حادثة مؤقتة وكان نائماً خلال العملية. إنّ الانتقال إلى دار لرعاية
المسنّين كان بكل تأكيد المحطة الأخيرة في رحلة المرء في الحياة، وهي
محطةٌ أدرك باول أنه سيقتى غايةً في التيقّظ والإدراك خلال توقّفه بها.

كانت الممرّضات كفوءات وعطوفات ومنهكات بعض الشيء.
وقد أحبّ باول على وجه التحديد الممرّضة المناوبة من الساعة الثالثة
إلى الحادية عشرة مساءً التي كانت تجلس معه غالباً لفترةٍ قصيرة عندما
يعجز عن النوم أو عندما يكون قلقاً وخائفاً. كان يقول لها: "أنا لا أنفع
لشيء. ليتني كنت ميتاً". ثم يقول: "لا أريد أن أموت". حاولت الممرّضة
أن تلهيه. كانت تستمع إلى قصصه حول الصيدلية التي كان يمتلكها

لسنوات إلى أن اقتنع بعد الاقتحام الثالث لها من قبل لصوص باحثين عن المخدرات أنها كانت خطرة جداً كمهنة. أما مساعدات الممرضات اللواتي ساعدن باول على الاستحمام وارتداء الثياب فقد كنّ مجموعة متفاوتة. كانت إحداهن، وهي امرأة جامايكية تعمل في نهاية الأسبوع، لطيفةً على نحوٍ استثنائي. إذ كانت تتحقّق دوماً إن كان مستعداً قبل أن تبدأ في مساعدته على ارتداء ثيابه. كانت تطلب منه أن يرفع ذراعيه بدلاً من إملاء أو امرها عليه، أو تحريكهما بنفسها كما لو كان دمية. وكانت بعض المساعدات الأخريات فظّات ونبرة أصواتهنّ قاسيةً ومشاحنةً ونافذة الصبر. ولكنّ باول أدرك على الفور أنه كان معتمداً على فريق العمل في كل شيء. فإذا طلب المساعدة للذهاب إلى الحمام، كانت تأتيه الممرضة فوراً من غير إبطاء منقذةً إياه من الإحراج الشديد لما كان يُعرّف في كامل أنحاء دار رعاية المسنين بأنه حادثة تلطّفاً في التعبير. وإذا أراد مغادرة الدار ليستمتع إلى سيمفونية فرقة بوسطن الموسيقية، كانت الممرضة تتأكد من تغيير الضمادة على قرحة رجله باكراً بما يكفي؛ أو يمكنها أن تفسد هروبه بالتأخّر المتكرّر. وعدا عن الرحلات العرّضية وموعد الغداء الدوري مع ابنه الذي كان يعيش بالجوار، فقد أمضى باول كامل يومه في وحدته الرعوية. كان يتناول طعامه مع نفس المجموعة المؤلفة من أربعين نزيلاً ثلاث مرات في اليوم، وكان يشاهد الأفلام معهم، وإذا كانوا يشاركونه نفس الاهتمامات، كان يلعب الورق معهم.

ولكن ما جعل باول مضطرباً جداً لم يكن النفوذ المُمارَس عليه من قبل فريق العمل، رغم أنه كان يجد ذلك مثيراً للحنق جداً، وخاصةً عندما يكون ممارسو النفوذ مُساعدات ممرضات سرّيات الغضب، ولم يكن أيضاً إحساسه بالاحتجاز، رغم أنه كان يتوق إلى القوة الجسدية

ليذهب في نزعات مشياً على الأقدام في الهواء الطلق بمفرده دون مساعدة، ولكن ما أزعجه بالفعل هو شعوره الطاعني بانعدام النفع. كان معتاداً على مساعدة الآخرين: كصيدلاني في الحي الذي عاش به، كان ينصح الزبائن بشأن مسكّنات الألم، وعلاجات البواسير والإسهال، ومنع الحمل. وعندما تقاعد، تطوّر في دار رعاية المسنّين من أجل أن يقوم بشيء واقعي وملموس للناس الأقل حظاً. والآن أصبح هو واحداً من هؤلاء الأقل حظاً، ورأى نفسه عاجزاً عن العمل كلياً.

جاء معالج اختصاصي بالاستجمام لمقابلة باول كي يناقش معه ما يحبّ أن يفعله؛ نوع الموسيقى التي يحبها، وما إذا كان يستمتع بلعب الورق. ولكن باول لم يكن مهتماً بالتسلية؛ فهي سلبية جداً وتمعجورة بصورة أساسية حول النفس. ما كان يريد هو العمل. وفي دار رعاية المسنّين كان العمل غير متوفّر باستثناء بعض الفُرص النادرة لتعبئة الظروف أو توزيع المناديل.

خلافاً لباول، فإنّ العديد من النزلاء في دار رعاية المسنّين يسرّهم أن تتمّ تسليتهم ويريدون أن يُعتنى بهم. ولكن حتى النزلاء الذين يرغبون في أن تتمّ خدمتهم يحبون أن تُفعل الأشياء وفقاً لطريقتهم؛ فهم يريدون أن يختبروا قليلاً من السيطرة على حياتهم الخاصة. وعلى نحو متباين، فإنّ جوهر معظم دُور رعاية المسنّين هو أن يتخلّى النزلاء عن كل شيء باستثناء أكثر سلطات اتّخاذ القرار تفاهةً (يتمّ سؤالهم روتينياً عمّا يريدون ارتداءه). إنّ التخلي عن تحكّم المرء بحياته الخاصة قد لا يكون مشكلةً إذا كان دار رعاية المسنّين والنزلي يشتركان في نفس الأهداف. ولكنّ الهدف السائد لمعظم دُور المسنّين هو سلامة المقيمين فيها، بينما الهدف المهيمن لأولئك المقيمين هو نموذجياً تعزيز نوعية حياتهم حتى لو عنى ذلك تعريض سلامتهم للخطر. بالنسبة للعديد من

نزلاء دُور المسنّين، تُعبّر حرية المشي باستقلالية دون انتظار مساعدة المررّضة أكثر أهمية من تقليل احتمال وقوعهم للحدّ الأدنى، رغم ما يرافق ذلك من خطر محتمل لكسر العظم. وسيفضّل نزلاء آخرون في دُور المسنّين أن يناموا طوال الليل دون إزعاج بدلاً من أن يتم إيقاظهم كل بضع ساعات للتحقّق من أغطية السرير وما إذا كانت مبلّلة، حتى لو كان النوم على ملاءات رطبة يعرّضهم لانحلال الجلد.

من أجل تصميم دارٍ للرعاية يمكن فيه للمسنّين الضّعفاء أن يعيشوا مرتاحين، علينا أن نبدأ بطرح أسئلةٍ حول أهداف المقيمين فيه؛ وليس حول أولويات وتوقّعات العائلات التي يعيرها خبراء المبيعات والتسويق اهتمامهم. إنّ ما يثير إعجاب عائلات الطبقة المتوسطة، وهي العائلات التي عادةً ما تقوم بعملية البحث عندما يحين وقت إيجاد دارٍ للمسنّين لوالدٍ أو والدّة، هو المساحات العامة: الردهة ومقهى الزوار. من شأنهم أن يتخيّلوا أنّ دار رعاية المسنّين الجيد يشبه فندقاً مع العديد من أسباب الراحة والتسلية. ولكنّ الفنادق هي للنزلاء المؤقّتين الذين يكونون نموذجياً خارج الفندق معظم اليوم ويستخدمون غرفتهم كقاعدة للعمليات بدلاً من مكانٍ للعيش. وبالطبع ليست الفنادق مهياًة للناس المصابين بسلس البول والذين لا يستطيعون ارتداء ملابسهم بأنفسهم.

أما الأفراد الذين يعيشون في دُورٍ لرعاية المسنّين، على الأقل أولئك الذين لا يزالون سليمين معرفياً بما يكفي للتعبير عن همومهم، فيقولون إنّ ما يهتمهم هو أن يكونوا قادرين على التقرير بأنفسهم متى ينهضون من النوم ومتى يخلدون إليه، ومن هو رفيقهم في الحجرة (أو من الأفضل عدم وجود رفيق في الحجرة)، وماذا سيأكلون. يريدون أن يكونوا قادرين على إجراء مكالمات هاتفية متى شاءوا، والتواصل مع أطبائهم، والقيام برحلات خارج الدار. هم يريدون تلك

الأمر التي يعتبرونها أساسية للمحافظة على نوعية حياتهم؛ وإذا كانت النوعية تتعارض مع السلامة، فسيؤثرون النوعية. إنَّ معظم الممرّضات والمساعدات اللواتي يعملن في دور رعاية المسنّين يحسبن أنّ النزلاء يهتمون بصورة رئيسية بشأن النشاطات المنظّمة مثل لعب الورق والفنون والأفلام.

ليست جميع دور رعاية المسنّين مقتنعةً بصرامة - مثل المؤسسة التي يقيم فيها باول ديماغيو - بأنّها تعرف ما هو الأفضل لنزلائها. فابتداءً من أوائل تسعينيات القرن الماضي، أوحى التقارير الصادرة عن أحد دور رعاية المسنّين، وهو Providence Mount Saint Vincent في سياتل، أنّ شيئاً مميّزاً كان يحدث هناك. قيل إنّ الماونت Mount، كما أسماه المقيمون فيه، مكاناً جيداً للعيش فيه وليس مجرد مكانٍ لانتظار الموت.

كان بروفيدانس ماونت سينت فنسنت أساساً داراً تقليدياً لرعاية المسنّين، ولكنّ إدارته قرّرت في العام 1990 أن تقوم بعملية فحص فلسفي وفيزيائي دقيق لمؤسستها. ميّزت الإدارة أنّ المسنّين يستطيعون التغلّب على فتور الشعور والاتكالية إذا شعروا أنّهم يُقيّمون كأفرادٍ هم جزءٌ من المجتمع. ويعني احترامهم كأشخاص أن يحتفظوا بدرجة معينة من السيطرة على حياتهم، بينما يعني اعتبارهم أفراداً من المجتمع أن يتمتّعوا باستقرار جسدي؛ أي البقاء في نفس الغرفة في حالة العيش في دار لرعاية المسنّين. يُقسّم الماونت الجديد الذي استغرق إنشاؤه عشر سنوات إلى أحياء صغيرة يشيخ فيها النزلاء في المكان نفسه. بدلاً من الانتقال من طابقٍ إلى طابقٍ مع تزايد ضعفهم، حيث الطابق العلوي هو دائماً الأسوأ، ينضم المقيمون إلى جناح في المؤسسة ويمكنون فيه لحين وفاتهم. وقد حوّلت الممرّضات والمساعدات تصميم جداول عملهنّ

بأنفسهن بالمشاركة مع النزلاء الذين سيزوّدونهم بالرعاية المطلوبة. وفي المقابل، فإنّ النزلاء لديهم الخيار في مجالات الحياة التي تهتمهم. بإجماع الآراء - التي لم يتخذ أيّ منها شكل بحثٍ علمي اجتماعي وموضوعي - أحرز الماونت تقدُّماً ملحوظاً في العلاقات الرعوية وتيسير النشاطات المفيدة.

بروفيدانس ماونت سينت فنسنت Providence Mount Saint Vincent هو جزءٌ من حركة هدفت إلى إحداث تغيير ثقافي في دور رعاية المسنّين. فلقد قامت حفنةٌ من المنظّمات الملتزمة بدور رعاية المسنّين التي تركّز على نوعية حياة نزلائها بالاتّحاد معاً تحت شعار الشبكة الرائدة Pioneer Network. مبادئ الحركة الرائدة Pioneer Movement صريحة ومباشرة: يجب أن يتمحور هدف دار رعاية المسنّين حول احتياجات نزلائه ورغباتهم، ما يعني الاهتمام بالمسائل الروحية والعقلية والجسدية. ميّزت الحركة الرائدة أيضاً أنّ تجربة النزلاء تعتمد بشكلٍ جوهري على علاقتهم مع فريق العمل، وبشكل خاص مساعدات الممرّضات، وأنّ دور رعاية المسنّين تملك تاريخاً بالتقليل من قدر مساعدات الممرّضات واستغلالهنّ بعدم تدريبهنّ كما يجب، وبخفض أجورهنّ إلى الحد الأدنى، وبعدم منحهنّ سيطرة كافية على حياتهن. أما الحركة الرائدة فهي، على الأقل من ناحية المبدأ، تقدّر النزلاء وفريق العمل على حدّ سواء كأفرادٍ متميّزين يمكنهم أن يُحدثوا فرقاً في حياة الآخرين.

ليست الحركة الرائدة هي النسخة الوحيدة للتغيير الثقافي في دور رعاية المسنّين الحالية. فبديل عدن Eden Alternative هو خطة استراتيجية أخرى تهدف إلى إبعاد الملل والوحدة؛ وذلك بإدخال الحيوانات والنباتات إلى دور رعاية المسنّين. تمّ تأسيس هذه الحركة

بواسطة بيل توماس، وهو طالب دراسات عليا في كلية الطب في جامعة هارفارد أتم تخصصه في جامعة روتشستر، مقر النموذج الأحيائي النفسي الاجتماعي في الطب. وكما يصف هو مسيرته الشخصية، يقول الدكتور توماس إنه قد أُرهِقَ من سيل الكوارث التي لا تنتهي، والتي كانت الدعامة الرئيسية لعمله. وكما يعبرُ هو عن ذلك: "اشتغلت كطبيب في دار لرعاية المسنين... لأنني ظننت أن ذلك سيكون فرصة لي أرتاح فيها قليلاً من عملي الفعلي كطبيب طوارئ. وأحببت العمل في الدار جداً. وأحببت الناس هناك. وأصبحت أمقت البيئة التي يتم فيها التزويد بتلك الرعاية". واستنتج توماس أن الضجر والانتكالية المتزايدة التي لاحظها في دور رعاية المسنين كانا نتيجة لعزلة النزلاء عن المجتمع الخارجي. وقرّر بيل توماس، بالعمل مع زوجته جودي، أن يجعل جدران دور رعاية المسنين مُنفذة إلى العالم الخارجي بإدخال الحيوانات الأليفة (الكلاب والقطط والطيور والأرانب هي الأكثر شيوعاً)، والنباتات، والأطفال في حياة النزلاء. وفي العام 1991 تم تأسيس بديل عدن Eden Alternative، أي في نفس الفترة تقريباً التي كان بروفيدانس ماونت سينت فنسنت Providence Mount Saint Vincent يعيد تشكيل نفسه، وكان يشترك مع حركات التغيير الثقافي الأخرى في العديد من السمات. أحد المبادئ الرئيسية لحركة بديل عدن هو أن المعاملة الجيدة لأعضاء فريق العمل من قِبَل منظمتهم ستنعكس في معاملتهم الجيدة للمسنين الذين هم تحت رعايتهم: يجب أن تكون دور رعاية المسنين أماكن جيدة للمقيمين فيها والعاملين فيها على حدٍ سواء. ومبدأً رئيسي آخر لحركة بديل عدن هو أن العمل الفريقي أحقّ بالتقديم من التركيب التسلسلي الهرمي البيروقراطي لإنجاز الأشياء، وهو يفضي إلى علاقات جيدة بين أعضاء فريق العمل والمسنين أكثر من أي شيء آخر.

إنّ النباتات والحيوانات التي تميّز أبنية عدن هي رموز للالتزام العميق بجعل هذه الدّور مكاناً زاخراً بالحياة.

أما المغامرة الأحدث لبيل ثوماس فهي نسخة جديدة أخرى في موضوع التغيير الثقافي. يضمّ هذا المشروع المعروف باسم نموذج البيت الأخضر Green House Model ستة أو ثمانية مسنّين ضعفاء يعيشون في منزلٍ تتوفّر فيه الرعاية على مدار الساعة. إنّ فكرة توفير الرعاية في منزلٍ يكون أكثر شبهاً ببيتٍ وحدوي (يشكّل فيه فريق العمل وحدة متكاملة) مما هو بدارٍ تقليدي للرعاية قد نبتت من التجربة الشخصية لثوماس. علم ثوماس وزوجته جودي أنّ ابنتهما الكبرى - التي كانت حينها حديثة الولادة - مصابة بمتلازمة أوتاهاارا Otahara's Syndrome، وهي حالة عصبية نادرة للغاية. كانت الطفلة تعاني من نوبات وخيمة، وكانت عمياء وعاجزة عن المشي أو الجلوس أو حتى عن رفع رأسها دون مساعدة. وبعد ذلك بستين، وُلدت طفلتها الثانية بنفس الحالة. قرّر الزوجان ثوماس أن يبقيا طفليهما في البيت مع فريق عمل مؤلّف من عشرة مقدّمي رعاية للاعتناء بالطفلتين 24 ساعة في اليوم. نسّق الوالدان كل الخدمات الاجتماعية والرعاية الطبية التي تحتاجها طفلاتهما. كان الأمر مُنهكاً ولكنه نجح، وكما قال ثوماس في مقابلة أُجريت معه وهو يشرح كيف ابتكر مفهوم البيت الأخضر: "نحن لا نوَفّر الرعاية لابنتينا بصورةٍ منفصلة... إذ يشترك الجميع لتزويد الفتاتين بما تحتاجانه".

ولكن رغم الجهود الاستثنائية من جانب قادة حركة التغيير الثقافي، إلا أنّ عدد المؤسسات التي تصادق على مبادئها لا يزال صغيراً، وعملها غير معروف للجمهور العام. فمن بين دُور رعاية المسنّين البالغ عددها 16,400، هناك 300 دار فقط لديها شهادة عدن Eden certificate التي تثبت أنّ أعضاء فريق العمل قد حضروا دورات عدن التدريبية وأنّ

بعضاً من مبادئ عدن يتم تطبيقها في الدار. ورغم أنّ المجموعة الرائدة Pioneer group قد عقدت مؤتمراتها الخاصة، وحضرت الاجتماعات الوطنية للمنظمات المحترفة لنشر رسالتها، إلا أنّ دزينة أو نحوها فقط من دور رعاية المسنين اليوم تتمركز أهدافها بصورة شاملة حول النزلاء. ولم يتم إجراء سوى القليل جداً من الأبحاث الرسمية لاختبار ما إذا كانت الرعاية المتمركزة حول النزلاء تسفر عن سعادة أكبر وصحة أفضل واكتئاب أقل. إذا كانت العائلات ستصوّت بشكل شخصي على رفضها إدخال مسنّ إلى دار تقليدي للرعاية، فعليها أن تعرف الحقائق وما الذي يجب أن تطالب به، ولكن ليست هناك نماذج - في معظم المجتمعات - عمّا يمكن أن تعنيه الرعاية المؤسسية حقيقةً. هناك بضعة مراتع للتغيير، بما فيها سياتل وروتشستر، حيث راجت الأفكار الجديدة ويبدو أنها تنتشر. فما إن يتم افتتاح مؤسسة جديدة تجسّد التغيير الثقافي، حتى تميل دور رعاية المسنين الأخرى في المنطقة لتعديل تركيبها، ربما بسبب الشهرة التي تحيط بالمؤسسة الجديدة والفرصة المتاحة لإحداث تغيير. ولكن باستثناء التقدّم القليل الحاصل، وعدا عن مجموعة متناثرة من دور المسنين الممتازة التي تعامل قيادتها بشكل بديهيّ كلّ نزيل باحترام ووقار، فإنّ غالبية دور المسنين في البلد هي أرضٌ قاحلة. إحدى أكثر الوسائل فعالية لمعاكسة النزعة السائدة هي المعلومات. تتوفّر المعلومات للمستهلكين على نحو متزايد في ما يتعلق بنوعية دور رعاية المسنين، ولكنها للأسف تتغاضى عن شرح أهم العوامل المحددة للنوعية.

حين قرّرت نانسي فاريل على مضيّ أنّ أمها بحاجة لأن تعيش في دار لرعاية المسنين، راجعت موقع الحكومة على شبكة الإنترنت المسمّى مقارنة دور رعاية المسنين Nursing Home Compare. أرادت

نانسي معلومات موضوعية تستند إليها في قرارها حول المكان الذي يجب أن تذهب أمها إليه، وهي المعلومات التي يوفرها هذا الموقع بالضبط. فلكل دار رعاية أميركي مُصدّق عليه من قِبَل برنامج الرعاية الطبية Medicare أو برنامج المساعدة الطبية Medicaid، يزود هذا الموقع بأربع مجموعات من المعلومات: الديموغرافيا (الحجم والوضع الربحي أو غير الربحي)؛ والأداء على أساس مجموعة من مقاييس النوعية؛ وعدد النقائص المعيّنة في التفتيش الرسمي الأخير؛ ونسب المساعدين. ويتم عرض المقارنات مع المعدّلات الوطنية الخاصة بالولايات. نظرت نانسي بشكل رئيسي إلى مقاييس النوعية. لم تُعَرِّ الكثير من الاهتمام لما كانت تقيسه فعلياً، ولكنها وثقت بأنها كانت تعكس جيداً نوعية الرعاية الإجمالية في تلك المؤسسات. ومسلّحةً بالمعلومات التي حصلت عليها من موقع مقارنة دُور رعاية المسنّين، زارت نانسي اثنين من دُور رعاية المسنّين قرب مكتب شركة التأمين التي تعمل فيها. أحببت فكرة أنها يمكن أن تعرّج على أمها خلال ساعة الغداء أو في طريق عودتها إلى البيت أو حتى قبل بدء نهار العمل، مختبرةً أثناء ذلك مجموعات مناوية مختلفة من الممرّضات ومساعدات الممرّضات. كما راجعت الدليل الإرشادي للحكومة الفدرالية لتختار داراً للرعاية. اختارت نانسي الأحدث من الدارين اللذين زارتهما، وهو الدار الذي يحتوي على ردهة مشمسة والكثير من النباتات، والذي لا يبقى فيه النزيل نائماً بعد الساعة الثامنة صباحاً. وبعد شهرٍ من ذلك، انتقلت أمها إلى غرفة تحتوي على سريرين قليلة الأثاث في دار إمبرالد غيت لرعاية المسنّين.

كانت إدنا فاريل صغيرة الجسم وعنيدة وفي السابعة والثمانين من عمرها. كانت قد عانت من سكتة دماغية خفيفة، وكانت تعاني إلى حدٍّ ما من داء باركنسون في مرحلةٍ متقدّمة منه، وفي حال أنّ ذلك لم

يكن كافياً لتقييد تحركها، فقد كانت تعاني أيضاً من التهاب مفاصل وخيم يؤثر على وركيها وركبتيها. سُرت نانسي حين أوصت المؤسسة باستشارة معالجة فيزيائية لأمها. ولكنّ إدنا ألقت نظرة واحدة على المعالجة الفيزيائية، وهي شابة متحمّسة انتعلت حذاءً رياضياً وتباهت بدبوس للزينة نُقش عليه أجلّ تستطيع Yes you can، وأعلنت قائلة: "لا أريد أن أمشي".

حاولت المعالجة الفيزيائية أن تأتي في أوقات مختلفة من اليوم. وسألت إدنا ما إذا كانت مفاصلها تؤلمها عندما تتحرك. وكان جوابها: "لا، أنا متعبة فحسب". اقترحت المعالجة التحقق من تعداد الدم لإدنا؛ إذ يحتمل أن يكون تعبها ناشئاً عن إصابتها بفقر الدم. ولكنّ إدنا لم تكن تعاني من فقر الدم، ولم تكن تعاني من قصور في الغدة الدرقية أو من إلتان غير مشخص في جهازها البولي، وهي حالات يمكن لأيّ منها مبدئياً أن يستنزف طاقتها. اقترحت نانسي أنّ أمها قد تكون مكتئبة، فقد كانت دوماً سيدة اجتماعية وقد استمتعت بحضور المحاضرات والحفلات الموسيقية. ولكنّ إدنا تقول الآن إنّ الخروج يتطلب الكثير من الجهد، وهي ترغب في أن تُترك وحدها. لم أظنّ أنّ إدنا كانت مكتئبة؛ فلقد كانت شهيتها جيدة، وكانت تنام جيداً، ولم تشعر بانعدام القيمة أو النفع. كانت قانعة بأن تجلس في غرفتها التي تدبّرت أن تحشر فيها منضدة كتابة صغيرة، وأن تكتب رسائل لصديقاتها القديمات أو تنسّق صوراً فوتوغرافية قديمة أو تقرأ أفضل الكتب مبيعاً. وقد قالت لي: "طالما أنني لا أزال قادرة على القراءة، فلا بأس. لا أملك الطاقة للذهاب إلى أي مكان أو للقيام بأي شيء. أنا مرتاحة في غرفتي مع أطفالي وأحفادي حولي - وقد عنت بذلك الصوّر على رفوف كتبها - ومع سترتي المفضّلة في متناول يدي إذا احتجت إليها". وفي لحظة

توسّع، فصّلت أكثر: "لقد سافرت إلى بلدان كثيرة. كان الأمر كله ممتعاً جداً، ولكنّ الحقيقة أنّ السفر ألمٌ كبير. والآن يجعلونك تخلعين حذاءك في المطار. هل تعرفين كم يصعب عليّ ذلك وقد عانيت من سكتة دماغية وأعاني من التهاب في المفاصل؟ وإذا أخبرتهم أنني لا أستطيع، يرتابون فيّ". وبهذا، أشارت إليّ إدنا كي أذهب، موضّحةً أنها ستصرف على نحو مماثل المعالجة الفيزيائية، والطبيب النفسي وكل من سيحاول أن يحركّها.

دخلت إدنا إلى دار إيميرالد غيت للمسنّين مستخدمةً هيكلًا بعجلات يساعدها على المشي، وبعد أقل من ستة شهور احتاجت إلى كرسي مدولب للتحرّك فيما حولها. وقد توقّفت عن تناول الطعام في غرفة الطعام الرئيسية في الدار لأنها كانت تجد صعوبةً كبرى في مغادرة الطابق حيث تعيش. ومن منظور مقاييس النوعية المستخدمة من قبل موقع مقارنة دُور رعاية المسنّين على شبكة الإنترنت، فإنّ إيميرالد غيت قد فشل مع إدنا. فقد سمح لامرأة أن تتدهور صحياً؛ وهي حتى لم تكسر وركاء ولم تعان من نوبة قلبية لتبرير تدهور صحتها. لقد أذعن دار رعاية المسنّين، ولو مُكرّهاً، لرغبات إدنا.

إنّ استعادة قابلية الحركة أو المحافظة عليها لا تشكّل أهميةً بالنسبة للعديد من الأفراد مثل إدنا. ولكن لا يعني هذا عدم وجوب تقديم الدار العلاج الفيزيائي لإدنا. كما لا يعني أنّ دار رعاية المسنّين ليس بحاجة لأن يكون لديه معالجون فيزيائيون متوفّرون عند الحاجة، ومن الأفضل أن يكونوا ضمن فريق العمل، ليعملوا مع النزلاء الذين يرغبون في خدماتهم. ولكن يجب أن يكون الهدف المهيمن لدار رعاية المسنّين هو تعزيز نوعية الحياة. وبالنسبة لبعض الأفراد، فإنّ نوعية الحياة ترتبط ارتباطاً وثيقاً بالقدرة على التحرك، واستعادة تلك القدرة على التحرك

فيما حولهم بمفردهم هي أمرٌ جوهري لتحقيق رضاهم في الحياة. ومع ذلك، فإنّ المشي بالنسبة لإدنا كان مهمةً روتينيةً شاقة؛ مهمةٌ مثقلة بالقلق ومُرهقة جسدياً. كانت تخشى الوقوع، وكانت بطيئةً جداً بحيث إنّ المشي لم يكن وسيلة فعالة لإيصالها إلى حيث تريد. كان المشي يؤلمها، وكانت أكثر سروراً بتعلّم استعمال كرسيها المدولب؛ وربما كانت ستختبر حرية أكبر لو أنّها كانت قادرة على التحرك بسرعة فيما حولها باستخدام كرسي كهربائي. إنّ الحفاظ على قابلية الحركة في دار رعاية المسنّين يجب أن يكون وسيلة لغاية، وليس غاية في حدّ ذاته. بقبولها نسبة النزلاء الذين يختبرون انحداراً في وظائفهم اليومية كمقياس للنوعية المؤسّساتية، فإنّ الحكومة الفدرالية تشجّع دور رعاية المسنّين على تبني مبدأ زيادة الوظيفة إلى الحدّ الأعلى كهدفٍ رئيسي لها.

الحقيقة الثابتة هي أنّ النزلاء طويلي الأمد في دور رعاية المسنّين يُثمّنون مزيداً من العجز الجسدي مع مرور الوقت. وبين الحين والآخر، يدخل إلى دار رعاية المسنّين شخصٌ يكون قد أُفرط في علاجه، أو قد بدأ لتوّه في التعافي من مرض خطير، ويستطيع مع قليل من العلاج الفيزيائي المستمر والكثير من التشجيع أن يحرز تقدماً ملحوظاً. تأمل الحكومة بدراستها لمعدل الانحدار أن تميّز بين المؤسسات التي تهمل نزلاءها بتركهم لساعات يجلسون في الرواق ضجرين وعاجزين عن الحركة، وبين تلك التي تحفّز نزلاءها بتشجيعهم على المشي والمشاركة في نشاطات متنوّعة. يُعتبَر هذا التمييز في نهاية الأمر مفيداً. فأنا لا أريد أن يكون أفراد عائلتي أو مرضاي في دارٍ لرعاية المسنّين حيث يعيشون هناك حياة خمولٍ وبلادة. ولكن من السذاجة والخطورة في نفس الوقت أن نتوقع أنّ كل شخص غير مشرفٍ على الموت سيحافظ على مستواه من الاستقلالية الذي كان عليه وقت دخوله إلى الدار.

سيخبرك موقع مقارنة دُور رعاية المسنين على شبكة الإنترنت بشأن وِسمة أخرى للرعاية الرديئة، مثل معدّلات العدوى واستخدام القيود. يُعتبر هذان الواسمان مقياسين مفيدين باعتدال. سأفضّل بكل تأكيد أن أكون في مؤسسة تميّز أنّ تقييد الفرد هو اعتداء على كرامته ولا يحقّق حتى النتيجة المرغوبة المتمثّلة بحمايته من السقوط. إنّ المؤسسة التي تستمر باستخدام الكثير من القيود رغم القانون الفدرالي الذي يحدّ من استعمالها والذي أصبح نافذ المفعول في العام 1987، ورغم الدعاية المناوئة المرافقة لها، هي على الأرجح جاهلةً في نواح أخرى أيضاً. إنّ استخدام القيود هو مؤشّر مُرَجّح لأنواع أخرى من المواقف والتصرفات المؤسفة من جانب فريق العمل وأعضاء الإدارة.

بعد عدّة أشهر من دخولها إلى إيميرالد غيت، وقعت إدنا فاريل عن كرسيها المدولب. كانت في حالة ألم وخيم وكانت رجلها اليمنى مُدارةً إلى الجانب كما يحدث عادةً عند حدوث كسر في الورك. دَبّرتُ على الفور أمر انتقالها إلى غرفة الطوارئ في المستشفى المحلي. كان يوماً شتوياً بارداً وبدا أنّ الجميع في بوسطن قد أُصيب بالتهاب رئوي أو بنوبة قلبية أو سقط على الثلج. لم تكن هناك أسرة شاغرة في المستشفى، وما كان ليتوفّر أيُّ منها ما لم يتمّ خروج بعض المرضى المحظوظين من المستشفى. ونتيجة لذلك، انتظرت إدنا على نقالةٍ لأربع عشرة ساعة قبل أن يتمّ نقلها أخيراً إلى سرير في غرفة تقليدية في المستشفى. وتبيّن أنها قد كسرت وركها وكانت عاجزة عن تحريك ثقلها أثناء تمدّدها على النقالة. كانت معتمدة كلياً على فريق عمل غرفة الطوارئ المُثقل بالعمل لتحريكها من جانب إلى جانب. وبسبب الألم في وركها، فقد أعطيت جرعات كبيرة من المورفين، وبالتالي فهي لم تختبر التململ المعتاد الذي يشعر به معظم الناس عندما يقعون في الوضع نفسه لفترة طويلة.

حتى أنها لم تتلوّ عندما كانت تتمدّد على النقالة.

وبعد أن خضعت إدنا لإصلاح جراحي لوركها المكسور، لاحظت ممرّضتها وجود جرح منفرج على ردفها - الجانب المقابل للكسر الوركي - وكان عبارة عن فتحة امتدت خلال الطبقة الخارجية للجلد وداخل النسيج عميقاً تحت الجلد. كان تمددها بلا حراك في غرفة الطوارئ طوال تلك الساعات سبباً في إصابتها بقرحة الضغط أو قرحة الفراش. وعندما علم دار إمبرالد غيت لرعاية المسنّين بشأن قرحة الضغط، اقترح المدير نقل إدنا إلى مؤسسة أخرى تكون مختصة بالعناية بالجروح. أحببت ابتها نانسي في البداية فكرة انتقال أمها إلى دار لرعاية المسنّين يكون لديه خبراء في قرحات الضغط لعلاج أمها. ولكنها كلما فكّرت في الموضوع أكثر، زاد انزعاجها. فقد تأقلمت أمها أخيراً مع الدار الذي دخلته أساساً، واعتاد فريق العمل عليها. لم يعد أحد يلمح عليها كي تمشي، وكان الجميع يعلم أن لا فائدة من إيقاظها في موعد الفطور لأنها لم تكن تتناوله. كما أنّ المؤسسة الموصى بها كانت تبعد عشرين ميلاً عن مقرّ عمل نانسي مقارنةً بالدار الحالي الذي يقع على مسافة خطوات منها. وقرّرت أن تسأل عن مدى أهمية النقل لجهة تعافي أمها. وعلمت أنّ دار رعاية المسنّين الأصلي لديه بالفعل ممرّضته المختصة بالعناية بالجروح وهو يستخدم نفس الفرشة منخفضة الضغط وضمادات خاصة تماماً كما تفعل المؤسسة الأخرى. ولكنّ الفرق، وفقاً لتقديرها، هو أنّ إدنا إذا عادت إلى إمبرالد غيت فسيظهر اسمها على جدول المؤسسة للمرضى الذين أصيبوا بقرحة الضغط. تشكّل معدلات قرحة الضغط مقياس نوعية آخر، وستكون إدنا فاريل علامةً سوداء في سجلّ دار رعاية المسنّين إذا عادت من المستشفى بقرحة لا يرجح أنها ستشفى كلياً خلال الثلاثة أشهر القادمة. وأصرّت نانسي فاريل: سترجع

أمرها إلى المكان الذي باتت تعتبره بيتاً لها.

وبدأت معركةً جديدةً حال رجوعها إلى إمبرالد غيت. كانت إدنا ذات شهية ضعيفة ولم تكن تشرب الكثير من السوائل. وقد أضعف دواء الألم الذي كانت تتناوله قبل كل تغيير للضمادة شهيتها كما أضعف ألمها. إذ بدونه، كانت تختبر أوجاعاً مفرطة، أما معه فلم تكن تأكل كثيراً. وقرّرت الممرّضات أنّ الطريقة الأفضل لمراقبتها تحسباً للتجفاف هو أن يقسن وزنها يومياً. ولكنّ إدنا لم تكن تستطيع الوقوف على الميزان. وقد حاولت الممرّضات أن يزنّنها على ميزان كرسي خاص، ولكنّ تلك المقاربة اقتضت نقلها من سريرها إلى الكرسي. لم يكن بإمكانها أن تقف بدون مساعدة، ورغم أنّ وزنها لم يتجاوز ستة وخمسين كيلوغراماً، إلا أنه كان عائقاً. وقد أصابت إحدى المعاونات ظهرها إصابة شديدة وهي تحاول تدبّر نقل إدنا، بحيث إنها مُنحت إجازة عجز لسته أشهر. من أجل تحريك إدنا من السرير إلى الكرسي، بدأ فريق العمل باستخدام رافعة، وهي عبارة عن أداة غريبة الشكل كانت ترفعها عالياً في الهواء ومن ثمّ تسيرها من مكان إلى آخر. كانت إدنا فزعة من الرافعة، وكانت مقتنعة أنّ فريق العمل سيوقعها. كانت تخاف أن يتمّ استدعاء المساعِدات بينما هي معلقة في الهواء وخافت أن يتركنها معلقة. كما خشيت أن تتفسّخ الأحزمة التي كانت تحملها. لم تكن إدنا تبكي أو تصرخ أثناء وجودها في الرافعة، ولكنها كانت تنن كحيوانٍ جريح.

كان الهدف من وزن إدنا كل يوم هو مراقبتها تحسباً من إصابتها بالتجفاف وسوء التغذية، لأنها لم تكن تأكل كثيراً وكان شربها للسوائل متقطعاً. تفقد الغالبية العظمى من المسنّين مرقاب العطش الشديد الحساسية الذي يجعل الجوع أو الظمأ مزعجاً للغاية بالنسبة للأفراد الأصغر سناً. وبين آلية العطش اللاسويّة لإدنا ومدّرات البول التي كانت

تتناولها لضغط دمها، فقد كانت عند خطر محتمل للإصابة بالتجفاف. يمكن للتجفاف بدوره أن يسبب الارتباك والضعف والدوار والسقطات وحتى الموت. القاعدة المنطقية للمراقبة تحسباً من الإصابة بالتجفاف هي أن يتم التدخل قبل ظهور الأعراض الوخيمة. حالما ينقص وزن المريض نصف كيلوغرام أو كيلوغراماً، يمكن للطبيب أن يوقف استعمال مدرّات البول، وأن يطلب من الممرّضات تزويد المريض بالسوائل، أو إعطائه مصلاً إذا كانت خسارة الوزن حوالى الكيلوغرامين بدلاً من مجرد كيلوغرام واحد.

ولكن هل استدعت حالة السوائل لدى إدنا كل هذا الاهتمام الكادّ؟ لقد كرهت إدنا كل الدّفْع والوكز الذي كان يتم إخضاعها له في المستشفى. وهابت تغيير الضمادة لقرحتها مرتين في اليوم. أما الرافعة فقد أصابتها بذعرٍ عظيم. أرادت إدنا أن تكون مرتاحة، ولم ترد بكل تأكيد أن تتمحور حياتها حول حمايتها من التجفاف. وإذا أصيبت في النهاية بتجفافٍ شديد، فستكون نوميّة جداً لأن تتحرّك فيما حولها بكرسيها المدولّب ويمكن حتى أن تموت؛ وهو قدرٌ أشارت في واحدةٍ من لحظاتها الكثيرة أنها ترحب به. وإذا أخذنا بعين الاعتبار العبء الذي تحتمله إدنا من جراء اختبارات الدم وعملية قياس وزنها كل يوم، أفلا يكون من المنطقي أكثر أن نطوّر إدراكاً مُضاعفاً بأنها إذا أصيبت بالحمى على سبيل المثال، فستحتاج إلى مزيد من السوائل وستضطر على الأرجح لأن تتوقّف عن تناول مدرّات البول مؤقتاً؟

إنّ الدافع وراء كل تلك المراقبة هو رغبة إيمالد غيت في أن يُعنى جيداً بالمسنّين المعرّضين للإصابات والذين هم تحت رعاية المؤسسة. كما أنّ الدافع أيضاً هو رغبة إيمالد غيت في أن يتجنّب ذكر الرعاية غير الملائمة من قبل مفتّشي الولاية عندما يأتون للمعانة. يعيش مديرو

دور رعاية المسنين في خوفٍ دائمٍ من المفتشين الذين يُفترض أنهم يزورون الدار مرة واحدة في السنة على حين غرة. هم لا يزورون دور رعاية المسنين الأقل من المستوى القياسي على نحو أكثر تكراراً ولا هم يزورون دور رعاية المسنين الممتازة على نحو أقل تكراراً؛ يُطلب منهم وفقاً للقانون أن يفتشوا سنوياً ويبحثوا عن النقصان. يحصل كل دار لرعاية المسنين على بطاقة تقريرية بعد معاينته وتكون متوفرة علناً، حيث يتم في العديد من الولايات نشرها على الإنترنت. تعلن مؤسسات الرعاية بفخر عن نفسها في الصحف المحلية بأنها خالية من النقصان، وهو ما يشبه قليلاً الأم التي تتباهى بابنها الطالب في صف التخرج في المدرسة الثانوية بأنه لا يحصل أبداً على تقدير C. إذا جمعت المؤسسة ما يكفي من العلامات السيئة في سجل نتيجتها، فهي تعرض نفسها للعقوبات التي تتراوح ما بين غرامات صغيرة إلى غرامات كبيرة إلى الإقفال.

يفسر مفتشو الولاية الأنظمة الفدرالية ذات العدد الاستثنائي ويفرضونها بالقوة. وقد زعم البعض أنّ الصناعة الوحيدة في أميركا المنظمة بإحكام على نحو يفوق تنظيم دور رعاية المسنين هي صناعة القدرة النووية. تمّ جمع القوانين وتنسيقها في كتاب الأنظمة الفدرالية Code of Federal Regulations التي على الرغم من أن اسمها قد بهت ومحتواها صار رتيباً تمثل الكتاب الذي يحدّد أوجه الحياة اليومية لنزلاء دور رعاية المسنين. حتى إنّ القوانين تحدّد درجة الحرارة التي يجب أن تكون عليها وجبات الطعام حال تقديمها؛ وهو السبب في وجوب جلوس النزلاء في غرفة الطعام منتظرين وصول صواني الطعام من المطبخ مثل العدائين عند خط البداية الجاهزين للانطلاق مع سماع صوت الطلق الناري. تفرض القوانين أيضاً أنّ مساعدات

الممرّضات يجب أن يتلقين قدرًا معينًا من التدريب، والذي فُسّر معناه بأنّ المتطوّعات الودودات اللواتي لا يملكن التدريب اللازم لا يمكنهنّ القيام بأمرٍ مثل مرافقة النزلاء إلى الحمام.

بذل الائتلاف الوطني لإصلاح دُور رعاية المسنّين National Nursing Home Coalition، وهو منظمة التأييد الرئيسية لنزلاء دُور رعاية المسنّين، قصارى جهده للتأكد من أنّ الأنظمة تركّز على النتائج وأنها تُطبّق بالفعل. يمثّل هذا تقدّمًا؛ فلم يعد مفترضاً أن يتمّ تقييم دُور رعاية المسنّين على أساس مفكرتها من السياسات والإجراءات، ولكن بالنظر إن كانت تقوم بما تدّعيه. وإذا تبين أنها لا تفعل، تُفرض عليها عقوبات. أصبح هذا التغيير الجذري نافذ المفعول مع صدور قانون التسوية الشاملة عام 1987 المعروف على نحو شائع باسم أوبرا OBRA، والذي يُشار إليه أيضاً باسم قانون إصلاح دُور رعاية المسنّين. وبالإضافة إلى فاعلية هذا القانون في تطهير دُور رعاية المسنّين حيث النزلاء يُقيّدون بشكل روتيني إلى مقاعدهم ويُعطون مسكّنات ليقبوا هادئين ويُتركون حتى يُصابوا بقرحات ضغط بعد جلوسهم بلا حراك بحفازات مبلّلة بالبول، وسم هذا القانون أيضاً دُور رعاية المسنّين بشكل لا يُمحي بسمه كونها معاهد مكرّسة للصحة والسلامة.

بعد إقرار قانون أوبرا OBRA بفترةٍ وجيزة، ابتدع الباحثون وسيلةً جديدةً للتقييم الشامل للوظيفة الصحية والجسدية لكل نزلاء دُور رعاية المسنّين. للأسف، إنّ هذه الوسيلة ستضمن أنّ فريق العمل في دار المسنّين سينظّم ويسجّل نشاطات النزلاء بدلاً من التفاعل معهم والاستجابة لاحتياجاتهم. يجب على كل دار للمسنّين مصدّق عليه من قبل الدولة أن يُكمل مجموعة المعلومات الدّنيا MDS لكل نزيل سنويًا، مع تحديثٍ فصلي وإعادة تقييم شاملة متى ما كان هناك تغييرٌ حالة، وهو

التعبير الاصطلاحي لإصابة النزيل بالمرض. إنّ مجموعة المعلومات الدنيا هذه هي التي ستُخبر المفتّشين أنّ إيدنا فاريل كانت عند خطرٍ محتمل للإصابة بالتجفاف وسوء التغذية. سيعمل المفتّشون حينها على التحقّق للتأكد من أنّ إمبرالد غيت يتّخذ الخطوات الملائمة لجماعتها. وطالما أنه يتمّ وزنها يومياً وتُجرى لها اختبارات دم بصورةٍ دورية، فإنّ المفتّشين سيكونون راضين. أما إذا التفتت المؤسسة إلى توسّلاتها الجديرة بالشفقة بأن تُترك وحدها، فسيُذكر هذا في التقرير على أنه رعاية غير ملائمة.

وبفضل المداخلة الفدرالية تطوّرت دور رعاية المسنّين من أماكن لتخزين المسنّين، إلى معاهد طبية بنسب عاملين موصى بها، وبأنظمة لتعزيز الصحة والوقاية من المرض، وبمقاييس غذائية رسمية. وكان ثمن هذه التحسينات هو إعادة تشكيل دور رعاية المسنّين لتأخذ شكل المستشفى. فالأنظمة الحكومية، رغم كونها مسؤولة تاريخياً عن إلغاء معظم الإساءات المنمّقة في دور المسنّين، إلا أنها ركّزت بصورة ثابتة على صحة وسلامة الحياة بدلاً من نوعيتها. وحتى التصميم الفيزيائي النموذجي لدار المسنّين يطابق تصميم المستشفى التقليدي بممرّاته الطويلة وغرف نومه المشتركة ومحطته التمريضية المركزية التي هي محور النشاط. يُنظر إلى النزلاء على أنهم مرضى تخضع نشاطاتهم لنظام صارم. ويتمّ تحديد مواعيد لعب الورق ووجبات الطعام في أوقات ثابتة لمجموعة كاملة من المسنّين. والهدف الظاهري للمؤسسة هو معالجة الحالات الطبية: وبالتالي فإنّ الألعاب ليست تسلية وإنما معالجة اجتماعية، والموسيقى والفن هما نوعٌ من العلاج الفني الإبداعي.

تُدار دور رعاية المسنّين اليوم بواسطة ممرّضات محترفات مكرّسات لاستعادة الصحة والمحافظة عليها، رغم أنّ أكثر من ستين

بالمائة من الرعاية التي يتطلّبها النزلاء هي رعاية شخصية، كالمساعدة في ارتداء الملابس أو الاستحمام أو استعمال المراض. ويتمّ التزويد بالرعاية الشخصية نفسها بواسطة مساعدات الممرّضات اللواتي يعملن تحت إشراف الممرّضات وليس بواسطة المرافقات اللواتي يتركّز عملهن على الرفقة والتفاعل الاجتماعي. أما الأطباء، في حال كان لهم حضورٌ في دور رعاية المسنّين، فمن شأنهم أن يكونوا راضين بالمنظور المؤسّساتي لدور المسنّين. كان من غير الملائم تقليدياً للأطباء أن يذهبوا إلى دور رعاية المسنّين لمعاينة المرضى، ونتيجةً لهذا فإنّ القليل منهم استمر بالاعتناء بمرضاه حين أصبحوا نزلاء في دار لرعاية المسنّين. والذين يذهبون منهم بالفعل إلى دور المسنّين لمعاينة المرضى ينفقون ما معدّله أقل من ساعتين أسبوعياً لتزويد المرضى بالرعاية في محلّ إقامتهم بالدار. إنّ معظم الممارسة الطبية التي يستفيد منها نزلاء دور رعاية المسنّين يتمّ التزويد بها من خلال الهاتف أو في غرف الطوارئ في المستشفيات التي يُرسل إليها النزلاء ذوو الأمراض الحادة بمعدّلٍ مقلق.

تشير الدراسات الخاصة بنوعية الرعاية في دور العناية بالمسنّين قبل وبعد استخدام مجموعة المعلومات الدنيا MDS إلى تحسّن نوعية الإجمالية للرعاية. ولكن ليس واضحاً إن كان التحسّن هو نتيجةً لعملية التقييم أو للتغيرات الأخرى الحاصلة في نفس الوقت، مثل فريق العمل الأكبر أو الأفضل، أو المشاركة الأكثر قليلاً للأطباء في الرعاية الخاصة بدور المسنّين. من الجدير بالذكر أيضاً أنّ الدراسات التي تدّعي التوصل إلى نتائج أفضل قد تمّ إجراؤها بواسطة نفس الباحثين الذين ابتدعوا أساساً مجموعة المعلومات الدنيا MDS.

كيف يمكن أن نأمل بإنشاء دور لرعاية المسنّين نستطيع فعلياً أن

نتخيّل العيش فيها إذا كان النموذج التنظيمي يدفع بنا لبناء مؤسسات تكون أكثر أمناً ونظافة وأقل تقبُّلاً من ذي قبل لمسألة العواطف والعلاقات الشائكة التي تعطي معنىً لمرحلة الشيخوخة؟ ليس الحلّ في إلغاء الأنظمة والقوانين. فليس من الممكن - للأسف - الاعتماد على المحترفين لتنظيم أنفسهم: لدينا دليل وافر من سجلات الطب والتمريض على ضرورة المراقبة الخارجية. وليس بالإمكان الاعتماد على مديري دور رعاية المسنّين للقيام بالفعل الصواب للمسنّين العاجزين والضعفاء الذين هم تحت رعايتهم، وخاصةً، وليس حصرياً، في سلاسل دور الرعاية الربحية. الخطوة الأولى الحاسمة نحو نماذج جديدة جذرية للرعاية الخاصة بدور المسنّين هي أن نعمل على زيادة الإدراك العام. لا تدرك الغالبية العظمى من الأميركيين مدى إشكالية الرعاية طويلة الأمد في الولايات المتحدة، وهم بالتأكيد لا يعرفون ما الذي يحدّد نوعية الرعاية في دور العناية بالمسنّين. لا تزال الاستفتاءات تُظهر أنّ 74 بالمائة من الناس يحسبون خطأً أنّ برنامج الرعاية الطبية Medicare سيغطّي الرعاية طويلة الأمد في دور العناية بالمسنّين بعد سنّ الخامسة والستين. فهم قد يكونون مدركين بعض الشيء للإساءة والإهمال في دور المسنّين، نظراً لأنّ هاتين القضيتين قد نشرتا علناً على نحو واسع بواسطة الكتب المشهورة مثل الطمع المحبّ العطوف **Tender Loving Greed** والرعاية البغيضة: مأساة دار رعاية المسنّين **Unloving Care: The Nursing Home Tragedy** في سبعينيات القرن الماضي، ولكنهم مدركون بشكل عام إلى أنّ نوع الرعاية قد تحسّن في السنوات الأخيرة. إذا كنا نريد أن يُحدّث التغيير الثقافي تعبيراً جذرياً في دور رعاية المسنّين، فنحن بحاجة لتحوّل رئيسي في مركز اهتمام الأنظمة الحكومية. وذلك لأنّ ما يُسيّر تنظيم دور رعاية المسنّين هو الأنظمة

المُعلنة على المستوى الفدرالي بواسطة مراكز خدمات برنامجي الرعاية الطبية Medicare والمساعدة الطبية CMS Medicaid والمنفذة على مستوى الدولة بواسطة دوائر الصحة العامة. هذه الأنظمة بحاجة لأن تتغير بطريقة بسيطة جداً، على الأقل نظرياً إن لم يكن عملياً: يجب أن يتحوّل اهتمامها من التركيز على نوعية الرعاية (المعرفة بالصحة والسلامة) إلى التركيز على نوعية الحياة. في مراحل معينة تميّز CMS أنّ هذه المقاربة منطقية. فرغم كل شيء، لا تزال أكثر الطرق موثوقة لإبقاء المسنين خالين من الإصابات - مثل التمزقات والكسور الوركية - هي أن نسكّنهم إلى حدّ الغفلة، ونقيدهم، ونطمعهم من خلال أنبوب إ طعام. وبالطبع سيكون هناك ثمنٌ لهذا الشكل الأقصى من السلامة؛ القدرة على التفاعل مع العالم. وبغضّ النظر عمّا إذا كان من الممكن أن نعتبر الشخص الفاقد للوعي أو شبه الفاقد له خالياً من المرض (الغيوبوبة المستحثة بواسطة الدواء هي بالطبع مرض في حدّ ذاتها، ولو كانت علاجية المنشأ)، متجاهلين أن تقييد شخص وتسكينه يعرّضان ذلك الشخص لانحلال الجلد وللتهاب الرئوي، فمن الواضح أنّ الهدف من المحافظة القصوى على السلامة هو تسهيل الحياة لا إخمادها.

ميّز العلماء الاجتماعيون في جامعة مينيسوتا كم هو حاسمٌ أن نكون قادرين على تعريف نوعية الحياة في دور رعاية المسنين وقياسها. وقد توصّلوا إلى أحد عشر مجالاً منفصلاً لقياس النوعية، وهي تتراوح ما بين العلاقات إلى النشاطات المفيدة؛ شيء مختلف عن ضرب المناطق bopping balloons، وهو نشاطٌ استجمامي نموذجي في دور رعاية المسنين. كما أنّ الإحساس بالأمان هو مجالٌ آخر، ولكنّ الشعور بالاطمئنان والتحرّر من الخطر هو شيءٌ مختلفٌ جداً عن كون المرء خالياً من الإصابات. وبأسلوبٍ مشابه، فإنّ الإحساس بالخلوة هو مجالٌ

آخر لا يقاس بامتلاك كل نزيل لغرفة خاصة، بل فيما إذا كان النزلاء يستطيعون أن يجدوا الخلوّة بسهولة إذا أرادوها. الاستقلالية والحرية هما مجالان أيضاً؛ في حال كان الفرد مهتماً باتّخاذ قراراته بنفسه وقادراً على فعل ذلك. تتعلق بعض المجالات بالطريقة التي يُعامل بها النزلاء في دار رعاية المسنّين، بغضّ النظر عمّا يختبرونه: فالشخصية الفردية، على سبيل المثال، تتعلّق أكثر بمعرفة فريق العمل للشخص واحترامهم له كإنسانٍ له هويّة وكيان، بغضّ النظر عمّا إذا كان لا يزال قادراً على التعبير عن هويّته. نجحت مجموعة الباحثين في مينيسوتا في جذب انتباه الحكومة ووقّعت معها عقداً لتطوير وسيلة موجزة موثوقة لتقييم نوعية الحياة في دور رعاية المسنّين الأميركية بناءً على المجالات الأحد عشر.

إذا كانت مراكز خدمات برنامجي الرعاية الطبية Medicare والمساعدة الطيبة CMS Medicaid ستهتم بوسيلةٍ جديدة ومختلفة جداً من الناحية الفلسفية، فيجب على مواليد الفترة الواقعة بين عامي 1946 و1964 أن يمارسوا ضغطاً مباشراً. استثمرت الحكومة الفدرالية مبلغاً ضخماً من المال في مجموعة المعلومات الدنيا MDS التي لا تقيس نوعية الحياة ولا تدّعي أنها تفعل ذلك، رغم أنها تؤيّد كلامياً فقط الرعاية الشاملة للشخص ككل. ستحتاج الحكومة إلى أسباب قاهرة فعلاً لتتبدّل وسيلة راسخة لأجل أخرى جديدة. الطريقة الأفضل لممارسة الضغط هي في بناء حركة مستهلك رنانة. يقول بيل ثوماس، مؤسس بديل عدن، إنّ مواليد الطفرة، أي مواليد الفترة الواقعة بين عامي 1946 و1964 لن يؤيّدوا الدور التقليدية لرعاية المسنّين وسيصرّون على شيء أفضل: "إنّ مواليد الطفرة في طريقهم إلينا. وستصطدم قوتهم القاهرة مع الهدف الثابت لدور رعاية المسنّين. وسينشأ عن هذا الاصطدام شحنة

متفجرة". ولكن إذا انتظر مواليد الطفرة إلى أن يصبحوا مسنين ومرضى، فلن نملك الطاقة للمطالبة بالتغيير. وإذا أصبنا بالخرّف بالإضافة إلى شيخوختنا ومرضنا، فبالكاد سنملك القدرة للمطالبة بأي شيء. إنّ الوقت للقيام بإجراء هو الآن.

وبالإضافة إلى تطوير الحوافز لإنشاء دور لرعاية المسنين يمكننا تصوّر العيش فيها، سنكون بحاجة أيضاً لأن نكتشف طرقاً ندعم من خلالها القوة البشرية العاملة القائمة بالرعاية طويلة الأمد. بإمكاننا أن نبتكر نماذج إبداعية للرعاية المتمحورة حول النزلاء في دور رعاية المسنين، ولكن إذا كنا لا نملك القوة البشرية - أو بالأحرى القوة النسائية البشرية الأكثر ملاءمة في هذه الحالة - للتزويد بالرعاية، فإن كل الأنظمة والإجراءات الوقائية والقدرات المبدعة لن تقود إلى تنفيذ ناجح. ما لم نشرع الآن في اتخاذ الخطوات اللازمة، فسنواجه عجزاً في القوة البشرية العاملة بنسب عملاقة.

وبتعبير مبسّط، سيزداد عدد الناس الذين سيحتاجون لرعاية مباشرة إلى أكثر من الضعف مع حلول العام 2050. تقترح التقديرات المعتدلة أنّ عدد الأفراد المسنين المستفيدين من خدمات دور رعاية المسنين، أو العيش المُعان، أو الرعاية البيئية سيرتفع من 8 ملايين في الوقت الحالي إلى حوالي 19 مليوناً في العام 2050. وفي نفس الوقت، سيتقلص العدد الإجمالي لمقدّمي الرعاية ذوي الرواتب وغير الرسميين على حدّ سواء. مقدّمو الرعاية غير الرسميين - الذين يزودون بثلاثة أرباع إجمالي الرعاية والذين قدّرت خدماتهم بقيمة 19 مليار دولار - هم الأزواج والأطفال الكبار بشكل رئيسي. ولكن الأزواج بدأوا بإنجاب عدد أقل من الأطفال - وبعضهم لا يرغب بإنجاب أطفال على الإطلاق - ومعدّل الطلاق يرتفع، وكل ذلك ينقص العدد الإجمالي لمقدّمي الرعاية غير الرسميين

المحتملين. أما مقدّمو الرعاية ذوو الرواتب - شبيهو المحترفين الذين يزودون بالغالبية العظمى من الرعاية في دور رعاية المسنّين وفي البيوت - فهم نموذجياً بين الخامسة والعشرين والرابعة والخمسين من العمر وتشكّل الإناث الأغلبية الساحقة منهم. تسعون بالمائة من مساعدي الممرّضين المُجازين في دور رعاية المسنّين هم إناث، وستة وتسعون من المساعدين الصحيّين الموظّفين من قِبَل الوكالات هم إناث، وجميع المساعدين الصحيّين البيّتين المستقلّين مهنيّاً هم إناث. ومع زيادة فرص التعليم للنساء الفقيرات، وبشكل خاص نساء الأقليات، فمن الممكن أن نتوقّع نقصاً في مجموعة العاملين شبه المحترفين.

من أجل أن نفي بالاحتياجات المتوقّعة للمسنّين، يجب أن يزداد عدد العاملين القائمين بالرعاية طويلة الأمد بمعدّل 2 بالمائة كل سنة من الآن وحتى العام 2050، وهي فترة لا يزداد فيها حالياً معدّل الفئة العمرية العاملة إلا بنسبة 0.3 بالمائة كل سنة. ليس الإرباك فقط في الزيادة المئوية الضرورية، وإنما أيضاً في الأعداد المطلقة. يشير أحد التقديرات المعتدلة إلى أنّ العدد اللازم من العاملين القائمين بالرعاية طويلة الأمد سيرتفع من 1.9 مليون في الوقت الحالي إلى 4 ملايين في العام 2050. ليس لانتقال الفئة المسنّة من دور رعاية المسنّين إلى العيش المُعان أي تأثير، لأنّ المسنّين العاجزين سيحتاجون إلى الرعاية الشخصية أينما وُجدوا. والحقيقة أنّه سيلزم توفير المزيد من المساعدين إذا كانت نسبة أكبر من الرعاية تُقدّم في البيت، لأنّ النسبة بين عدد مقدّمي الرعاية إلى عدد المسنّين هي عادةً 1:1 في البيت (وربما 1:2 إذا كان كلا الزوجين بحاجة إلى رعاية) مقارنةً بحوالي 1:6 أو 1:8 في دور رعاية المسنّين. كما أنّ الانخفاض في معدّلات العجز بين المسنّين لن يساعد لأنّ النقص الحالي هو في الحاجة إلى المساعدة في أمورٍ مثل الطبخ

والتسوق وتديير المنزل، وليس هناك الكثير من الحاجة إلى المساعدة في الاستحمام وارتداء الثياب والمشى؛ وهي بالضبط المشاكل التي يستخدم من أجلها المسنون مساعدين شخصيين. قد تُحسّن التكنولوجيا الأمور بعض الشيء: على سبيل المثال، يمكن لأنظمة التذكير المحوسبة أن تساعد نزلاء العيش المُعان على تذكُر الذهاب إلى غرفة الطعام من أجل وجبات الطعام، كما أنّ أفران الميكروويف والتسوق عن طريق الإنترنت قد ساعدت المسنّن في المحافظة على استقلاليتهم. ولكننا لن نستطيع الاعتماد على الإنسان الآلي ليقوم بمساعدة مسنّن في العقد الثامن من عمره على الاستحمام أو ارتداء ملابسه. يستطيع العديد من المسنّن الآن أن يتعلوا أحذيتهم بأنفسهم بفضل الأحذية ذات الأربطة اللاصقة Velcro Straps والأدوات المبتكرة المساعدة على ارتعال الأحذية long shoe horns، ولكن يجب أن يكونوا قادرين على التمييز بين فرديّ الحذاء اليمنى واليسرى، وأن يعرفوا أنهم يجب أن يرتدوا جواربهم أولاً ومن ثم أحذيتهم. أما المسنّن المصابون بالخرف، أي المجموعة الأكبر من أولئك الذين سيحتاجون إلى رعاية طويلة الأمد في المستقبل، فسيضطرون إلى الاعتماد على المساعدة البشرية لتدبّر أمورهم.

إنّ الحلول الممكنة لمشكلة نقص القوة البشرية العاملة هي مباشرة إلى حدّ ما، في حال كنا نملك الإرادة والعزم لتنفيذها. من أجل جذب المزيد من العاملات إلى هذا الحقل، فإنّ الأجور والفوائد يجب أن تتحسن. حالياً، يبلغ معدّل الأجر الساعيّ لمساعدة في دار لرعاية المسنّن 8.29 دولاراً مقارنةً بحوالى 9.22 دولاراً لعاملة خدمات اجتماعية. و6 بالمائة فقط من المساعدات المستخدمة من قبل دور رعاية المسنّن و68 بالمائة فقط من أولئك الموظفات من قبل

الوكالات الصحية البيئية ليس لديهنّ تأمينٌ صحي. ومن أجل الاحتفاظ بالموظّفات، يجب أن تصبح الوظيفة أكثر جاذبية، وهو ما يعني احتراماً أكثر واستقلالية أكثر وإصابات أقل بالإضافة إلى إمكانيات التقدّم. المساعدات الصحيّات البيّيات، ومساعدات الممرّضات المُجازات، ومقدّمات الرعاية الشخصية هنّ عند قاعدة الهرم الوظيفي، ومعدّل الإصابات لديهن هو أعلى مما هو في أي صناعةٍ أخرى: ففي العام 1999، فقدت 13 عاملة من كل 100 عاملة وظيفتها نتيجةً لإصابة، مقارنةً بثمانية من كل مئة ممّن يعملون في أعمال البناء. نجحت الطرق الجديدة التي تعطي شبيهات المحترفات مزيداً من السيطرة على حياتهن ومزيداً من المرونة ومزيداً من الاحترام، مثل الطرق المعمول بها من قبل ائتلاف ويلسبرينغز لدور رعاية المسنّين الغرب الأوسطية، في زيادة معدّل الرضى الوظيفي وخفض معدّل استبدال الموظفين خلال فترة محدّدة بأخرين جدّد؛ وهو معدّل يصل غالباً إلى 100 بالمائة في السنة في دور رعاية المسنّين. ولكن حتى هذه التحسينات الملحوظة هي غير كافية لتزيد فعلياً عدد النساء المهتمات بأن يصبحن مساعدات ممرّضات. أنشأت العديد من الولايات نظام تسلسل مهني ضمن مهمة الرعاية يمكن النساء من أن يبدأن كمساعدات وأن يرتقين ليصبحن ممرّضات عمليات مرخصات. وقد أدّت هذه الاستراتيجية إلى زيادات هامة ولكن متواضعة في أعداد النساء المنضمّات إلى هذا الحقل.

تتمثّل إحدى الاستراتيجيات الأخرى في محاولة استخلاص المزيد من المساعدة من أفراد العائلة، رغم أنهم يزوّدون بالفعل بسبعين بالمائة من إجمالي الرعاية للمسنّين. فإذا تلقّت العائلات مقداراً معتدلاً من الدعم المالي، وضمناً بفترة راحة دورية، ومعلومات بشأن الخدمات التكميلية، فقد تمكّن من القيام بالمزيد. يزوّد البرنامج الوطني لدعم

مقدّمي الرعاية العائليين بدرجّة معينة من المساعدة على هيئة معلومات بشأن الخدمات المتوفّرة، ولكنّ الاقتراحات لسنّ قانون اعتماد ضريبي (حتى 3000 دولار في السنة) قد تمّ إحباطها في عهد الرئيسين كلينتون وبوش. تكلفّ كلتا هاتين المقاربتين مالاً ونحن بحاجة إلى كليهما.

الوسيلة الوحيدة الأكثر فاعلية لزيادة القوة البشرية العاملة هي أن ننفق المزيد من المال في مجال الرعاية طويلة الأمد. لا يمكن أن نترك لدور رعاية المسنّين المنفردة أو المقاولين مسؤولية وضع الاستراتيجيات الخاصة بالاهتمام بمشكلة النقص في القوة العاملة لأنّ هذه الاستراتيجيات تحتاج إلى تغييرات منهجية في التعليم وإلى تمويلٍ معزّزٍ للرعاية طويلة الأمد، والذي يُستمدّ حالياً بشكلٍ رئيسي من برنامج المساعدة الطبية Medicaid. ونحن نظراً لكوننا دافعي ضرائب، يجب أن نقرّ بأننا إذا أردنا أن نضمن عدداً مناسباً من مقدّمي الرعاية في المستقبل، فسنحتاج إلى أن ننفق المزيد وليس الأقل.

قد تكون جميع هذه التدابير في النهاية غير كافية. فالوظيفة التي تتطلّب حدّاً أدنى من التدريب (حتى لو كانت تقدّم إمكانيةً للترقية) والتي هي في طبيعتها مُجهدةً جسدياً وعاطفياً، لا تروق ببساطة لمعظم الأميركيين طالما أنّ لديهم بدائل أخرى. قد لا يكون أمامنا أي خيار سوى أن نزيد عدد مقدّمي الرعاية من خلال الهجرة. اتّخذت إيطاليا بالفعل هذه الخطوة، مستوردة احتياجها من مقدّمي الرعاية من البيرو، كما فعلت اليابان التي استوردت احتياجها من الفلبين. يجب أن نتأكد أنّ مرحلة ما بعد أحداث 11 أيلول لن تقود إلى القضاء على ضرورات الحياة التي تعيننا على البقاء.

وعلى نحوٍ متناقضٍ ظاهرياً، فإنّ دمج الرعاية شبه الحادة (إعادة التأهيل قصير الأمد في دار المسنّين) والرعاية المتطاولة (الإقامة طويلة

الأمد في دار المسنين) قد يثبت أنه الحافز الحاسم لوضع دور المسنين على الشاشة الرادارية للجمهور العام. يحتاج كل مسن تقريباً إلى الاستشفاء عاجلاً أو آجلاً، وعادةً لمرات متكررة خلال سنوات انضمامه لبرنامج الرعاية الطبية Medicare. ولكن فترات الإقامة في المستشفى هي مبتورة على نحو متزايد إلى حدّ أن المرضى المسنين لا يمكنهم العودة إلى البيت مباشرة ولكن عليهم أن يقضوا فترة في مؤسسة محترفة للعناية بالمسنين قبل أن يقفوا على أرجلهم من جديد. ونتيجةً لهذا، فإن أعداداً متزايدة من المرضى وعائلاتهم ستتكشف أمامهم خفايا عالم دور المسنين في وقت أبكر مما كانت ستفعل في حقبة سابقة. ورغم أنّ العديد من فترات الإقامة هذه وجيزة، ورغم أنّ إهانات الرعاية في دور المسنين هي أكثر احتمالاً بكثير إذا استمرت لبضعة أسابيع فقط وكان بإمكان المريض أن يتطلّع للعودة إلى البيت، فإنّ التصرفات الصببانية والتجريد من الصفات الإنسانية المختبرة في دور رعاية المسنين لا تزال مرجحةً لأن تترك أثراً لا يمحي.

يمكننا أن نأمل بأنّ المزيد من الإدراك لمشاكل الرعاية الخاصة بدور المسنين، وتمييز أنها لا يجب بالضرورة أن تكون على هذا النحو سيستحثان التأييد. ستؤدي حركة المستهلك القوية إلى تعزيز الائتلاف الوطني لإصلاح دور رعاية المسنين الذي يركّز في هذه المرحلة على قضايا القوة العاملة في دور رعاية المسنين - نسب العاملين، وتدريب فريق العمل، وأجور فريق العمل - أكثر من تركيزه على نوعية الحياة للنزلاء. إنّ التأييد المتمثل بحركة مستهلك معززة سيكون له تأثير كبير في إنشاء دور لرعاية المسنين يكون مواليد الفترة الواقعة بين عامي 1946 و1964 مستعدين للعيش فيها. سيحتاج المستهلكون لأن يضموا جهودهم مع جهود المنظمات الطبية المحترفة لممارسة الضغط على

مراكز خدمات برنامجي الرعاية الطبية Medicare والمساعدة الطبية CMS Medicaid لإعادة تصميم الدعائم التنظيمية لدور رعاية المسنين.

ومع ذلك، فإنّ الأهمّ في هذه المرحلة هو ضرورة وضع الرعاية طويلة الأمد على جدول الأعمال الوطني. برنامج الرعاية الطبية Medicare هو حالياً البرنامج الوحيد ذو الأهمية للمسنين الذائع الصيت لدى عامة الشعب. والإغفال الوحيد في برنامج Medicare المعترف به على نطاق واسع عند الجمهور هو عدم تغطيته للعقاقير الموصوفة، وقد تمّ تصحيحه في قانون الرعاية الطبية المحدث في العام 2003.

والواقع أنّ برنامج الرعاية الطبية Medicare، كما ناقشتُ في الفصل الرابع، يحتاج إلى دراسة دقيقة مكثفة أكثر، وليس إلى مجرد إضافة إعانة دوائية متواضعة. ولكنّ إصلاح برنامج الرعاية الطبية Medicare، وإن كان إصلاحاً شاملاً، فهو مجرد جزء مما يجب أن يتغيّر كي يطمئن كل أميركي إلى حصوله على رعاية جيدة في شيخوخته. إنّ الرعاية طويلة الأمد التي تشمل الرعاية الخاصة بدور المسنين، والعيش المُعان، وبرامج الرعاية البيتية، يجب أن تصبح موضوعاً تتمّ مناقشته من قِبَل السياسيين جنباً إلى جنب مع أمن الوطن والاقتطاعات الضريبية. تعتمد السياسيون عدم التطرّق إلى الرعاية طويلة الأمد لأنّ الحديث عنها سيجبرهم على التفكير بشأن دفع نفقاتها. ومن وجهة نظرهم، إنّ أمر سيئ بما يكفي أن يُنفق أكثر من 35 بالمائة من ميزانية برنامج المساعدة الطبية Medicaid على الرعاية طويلة الأمد. ومن السيئ بما يكفي أيضاً أنّ الرعاية البيتية قد اختبرت نمواً متفجّراً، حيث ينفق برنامج المساعدة الطبية Medicaid وحده 11.5 مليار دولار على الرعاية البيتية والمجتمعية طويلة الأمد.

إنّ التفكير بطريقة شاملة بشأن الرعاية طويلة الأمد، وبشأن كيفية دمج العناصر المختلفة في كلّ واحدٍ منسّق هو شيءٌ لم يجروْ أحد من

الساعين للمناصب الانتخابية أن يفعله. ولكن عندما يكتشف أي مشرع للقوانين أن والديه يُخدمان على نحو سيئ بواسطة خليط الخدمات الحالية الذي يؤلف الرعاية طويلة الأمد، فربما تتجلى الحقيقة. ربما كل ما سيتطلبه الأمر هو أن يكشف بعض المرشحين الرئاسيين الشجعان قصص نضالهم الشخصية لضمان أن عائلاتهم ستمتّع بشيخوخة كريمة. حينها فقط سنواجه الحاجة إلى تغيير أساسي في دور رعاية المسنّين؛ فلسفتها الضمنيّة، وكيفية تنظيمها، وحاجتها من القوة البشرية، ونظام تمويلي سيدفع نفقات كل شيء.

العيش المعان: نعمة أم نقمة؟

عندما يُسأل مواليد الفترة الواقعة بين عامي 1946 و1964 بشأن الرعاية في دار للمسنين، يكونون ثابتين جداً في مبدئهم بأنهم لا يريدون أي حصة فيها. يدعي الناقدون أن نصف الجيل الجديد من المسنين تقريباً سيمضي وقتاً في دار لرعاية المسنين قبل أن يموت، ولكننا نظن أنهم مخطئون. نحن نعتقد بأن الجيل الجديد من المسنين سيكون قادراً على تفادي دور المسنين كلياً، والسبب في ذلك أنه سيختار العيش المعان بدلاً منها.

العيش المعان هو أشبه بفلسفة مما هو بكيانٍ مستقلٍ جيد التعريف. ووفقاً للاتحاد الفدرالي الأميركي للعيش المعان، هو عبارة عن «مجموعة مؤلفة خاصة من الإسكان، والخدمات الداعمة، والمساعدة الشخصية، والرعاية الصحية المُصمَّمة جميعها للاستجابة للحاجات الفردية لأولئك الذين يحتاجون إلى مساعدة في نشاطات الحياة اليومية». وهو رمزٌ لأنواع مختلفة من المساكن، بما فيها البيوت القديمة التي تبدو مثل بيوتٍ بغرف مفروشة للإيجار ومساحات للطعام والعيش المشترك، بالإضافة إلى مجمعات الشقق الأحدث التي تشبه وحدات الأستوديو والوحدات المشتملة على غرفة نوم واحدة. هناك بالضبط 36,400 مسكن في الولايات المتحدة تُطلق على نفسها اسم مؤسسات للعيش المعان، وتأوي أكثر من مليون شخص. النزيل النموذجي هو أرملة في الثالثة والثمانين من عمرها، والأكثر احتمالاً أن تكون بيضاء لا سوداء،

ويرجّح أنها تدفع نفقات إقامتها من حسابها الخاص. ويمكن أن يضمّ المبنى الذي تعيش فيه ما بين 3 نزلاء إلى 200 نزيل حيث يبلغ متوسط عدد الوحدات في المبنى 43. يمكث نزلاء العيش المُعان في المؤسسة ما معدّله ثلاث سنوات، مع انتقال ثلث النزلاء إلى دُور لرعاية المسنّين، وموت 28 بالمائة منهم، وانتقال 12 بالمائة للعيش مع أفراد عائلاتهم، وتحوّل 14 بالمائة إلى مؤسسة أخرى للعيش المُعان.

وفقاً لما تقوله CNN، العيش المُعان هو "الخيار الإسكاني الجديد الأكثر إثارة للمواطنين الأكبر سناً". بإمكان المسنّين وذريّتهم القلقّة أن يطمئنوا بأنهم سيجدون في واحدٍ من بيوت التقاعد الجديدة الممتازة إحساساً بالسلام والرفقة والراحة والأمان والانتماء. وصفت مجلة فورتنس **Fortune** في العام 1999 العيش المُعان بأنه واحدٌ من صناعات النمو الثلاث المحتملة. وللمرة الأولى في تسعينيّات القرن الماضي، أعلنت الشركات المشيّدّة لمؤسسات العيش المُعان: "مستثمرو وول ستريت المراقبون بدقّة للتقاعد الوشيك للملايين من مواليد الفترة الواقعة بين عامي 1946 و1964... يتهافون للاستفادة من الفرص المتاحة". ونتيجةً لهذا، فإنّ أعداد مؤسسات العيش المُعان زادت بنسبة 49 بالمائة بين العامين 1991 و1999، ومن ثمّ بنسبةٍ إضافية بلغت 48 بالمائة بين العامين 1998 و2003. وحيث فزعوا من دُور رعاية المسنّين وصعوبة تدبّر أمورهم في بيوتهم الخاصة، اتّجه المزيد والمزيد من المسنّين للعيش المُعان الذي يقدم الخليط المثالي من البيئة السكنية وخدمات الرعاية البيئية وفلسفة تمنح الخيار للمستهلك. ولكن هل هو بالفعل الخليط المثالي؟ أو هل هو - كما اقترح البعض - مرادف للاحتيال والوعود الزائفة والإهمال المحتمل؟

عندما كانت حماتي تحتضر، تمتمت إليّ بأن زوجها ساول سيحتاج

لأن يدخل داراً لرعاية المسنين بعد وفاتها. كانت تبوح بسرّ احتفظت به لسنة كاملة: ساول مصابٌ بالخرف. كانت طوال عام كامل تدير حياته وتعزّز ذاكرته الآخذة في الضعف بعقلها التام الوظيفة، وتعوّض عن عدم تنظيمه المتنامي، ومع رحيلها سيصبح السرّ معروفاً. وبعد وفاتها، استطاع ساول أن يتدبّر أموره وحده لفترة قصيرة، معتمداً أكثر فأكثر على امرأة لطيفة ومخلصة عملت كمديرة منزل ومساعدة شخصية ومرافقة. كان زوجي يسافر كل شهر من بوسطن إلى فيلادلفيا لدفع الفواتير وتنظيم المواعيد والاطمئنان على والده.

كان ساول يحتفظ بيوميّات أطلع عليها زوجي بتلهّف، ومن خلال هذه اليوميّات علمنا بما كان يجري فعلاً في حياة ساول. فحيث إنّه كان دوماً شخصاً منهجياً وحيّ الضمير وصيدلانياً محترفاً، اعتاد ساول على الاحتفاظ بسجلّ دوائي. دونّ ساول أسماء الحبوب التي كان يتناولها، ومن ثمّ بدأ يزيّن اليوميّات بملاحظات عن الأعراض الطبية: كتب عن أمعائه وجيوبه، إخفاقاتها وانتصاراتها. ثم بدأ في توثيق ما كان يأكله في كل وجبة طعام مع كل أنواع المداخل الغريبة المكتوبة بخطّ مائل أكثر فأكثر إلى جانب واحد. وعندما كشفت الملاحظات أن ساول كان يعيش بشكل رئيسي على الكعك المحلّي والمثلّجات التي كان يتناولها على ما يبدو عند منتصف الليل أو عند الساعة الخامسة صباحاً، وأنه كان يتناول دواء ضغط الدم ضعيفي المرات المطلوبة أو لا يتناوله على الإطلاق، بدا واضحاً أنّ الوقت قد حان لنقل ساول إلى مكان يكون فيه تحت إشراف.

خلافاً لتوقعات حماتي، لم يدخل ساول داراً لرعاية المسنين، إذ أقنعناه بدلاً من ذلك أن ينتقل إلى العيش المُعان. فهناك سيقوم في شقةٍ بغرفة نومٍ واحدة في مبنى متألّق جُدّد حديثاً، وسيتناول ثلاث وجبات

طعام متوازنة في اليوم في الأوقات التقليدية في غرفة طعام رائعة، حيث ستقوم على خدمته نادلات شابات يقظات. وستنظف مدبرة منزل شقته أسبوعياً وسيكون بإمكانه أن يذهب للسينما والحفلات الموسيقية المقامة في المبنى. باختصار، سيحصل ساول على كل المساعدة التي يحتاجها بدون التضحية بخصوصيته أو كرامته. وجدتُ أنا وزوجي سكناً للعيش المُعان على بُعد بضعة أميالٍ من منزلنا كي تكون زيارتنا له أكثر تكراراً - وأقل إرهاقاً - من الرحلات الشهرية الشاقة إلى فيلادلفيا. كنا في غاية الابتهاج، وكان ساول أقل ابتهاجاً منا بقليل.

ولكنّ ابتهاجنا تلاشى بعد ستة أشهر رغم أنّ ساول كان قد تكيف جيداً في محيطه الجديد وكوّن صداقات جديدة. فلقد كان ساول يفوّت وجبات الطعام؛ إذ كان ينسى أن يذهب إلى غرفة الطعام ما لم يذكره أحد أصدقائه بذلك. لم يكن يهتم بالمساعد الذي حاول أن يعينه على الاستحمام كل يوم، وقد عانت نظافته الشخصية نتيجةً لذلك. كما أصبح أكثر ارتباكاً: كان يخطئ أحياناً فيحسب غرفة التلفاز المشتركة شقته الخاصة، وغافلاً عن كل السيدات الجالسات على مقاعدهن، كان يبدأ بخلع ثيابه استعداداً للنوم. وقد علمنا بهذه المسائل عندما أبلغنا مدير مسكن العيش المُعان أنه ما لم يتم علاج هذه المشاكل، فسيكون على ساول أن يجد بيتاً جديداً.

كانت تجربتنا مع عالم العيش المُعان مخيِّبة للآمال على نحوٍ عميق. لم تكن المؤسسة مجهزة لتوفير المراقبة والإشراف الضروريين للأفراد المضعفين معرفياً. أيدت مؤسسة العيش المُعان بالكلام فقط فكرة السماح للنزلاء بأن يشيخوا في المكان نفسه - أن تزوّد بالمزيد من المساعدة عندما يعانون من مزيدٍ من المشاكل - ولكن حين يصبح النزلاء ضعفاء، تكون المؤسسة مستعدة لطردهم. وعندما حاولنا أن

نجد حلاً، تبينت لنا نقائص أخرى في ما كان يُفترض أنه تنظيمٌ مثالي. وافقت المؤسسة مقابل أجر إضافي على أن تزود بمذكرين قبل كل وجبة طعام. ولكن أعضاء الفريق القائمين بعملية التذكير لم يكن لديهم حسٌ بديهي بكيفية التعامل مع الأشخاص المضعفين معرفياً كما لم يكونوا مدرّبين. فالشابة التي وُكِّلت بتذكير ساول بقرب موعد الغداء كانت تدقّ على بابه قبل خمس وأربعين دقيقة من موعد تقديم الغداء، وتعلن بفظاظة أنه يجب أن يستعد للغداء ومن ثم تغادر. وفي غضون خمس عشرة دقيقة يكون ساول قد نسي المناوشة البغيضة ونسي أيضاً أنّ وقت الغداء قد حان.

حاولنا أن ندبرّ قدوم مساعدة لتعطي ساول حبه لأنّ استهلاكه للدواء كان غير منتظم في أحسن الحالات وخطراً في أسوأها، تماماً كما كان حين عاش بمفرده في البيت. وقد أخبرنا أنّه من غير المسموح لأعضاء الفريق العامل أن يعطوا الدواء بأنفسهم لأنّ المؤسسة لم تكن مؤسسة طبية. إذ يمكن للمساعدة أن تخبر ساول بأن يتناول دواءه، ولكنها لا تستطيع فعلياً أن تأخذ الحبة من العلبة وتناولها لساول. وعندما كانت المساعدة تخبره أنّ وقت تناول الدواء قد حان - وهي نفس المساعدة التي كانت تذكّره بموعد الغداء - كان ساول يجيب روتينياً بأنّه سيتناول حبه لاحقاً. كما أنّ إصرار المؤسسة على أنها ليست مؤسسة طبية جعل من الصعب تقييم حالة ساول لجهة الذاكرة ولسلس البول. تباغت مؤسسة العيش المُعان بأن لديها ممرضة مسجّلة تكون حاضرة في الموقع ثلاثة أيام في الأسبوع. ومع ذلك، فقد اقتضت تعليمات المؤسسة ألاّ تتحدّث الممرضة مع طبيب أي نزيل لتزويده بمعلومات مباشرة عن أعراضه. عوضاً عن ذلك، كان دورها أن تعمل كوسيلة؛ فلقد استدعتنا لتخبرنا بوجود مشكلة، وقد شرحتها بمصطلحات غامضة غير طبية لأننا كنا من

أفراد عائلته واقترحت أن نتصل بطبيب ساول.

كما أن تجربتنا مع العيش المُعان أظهرت لنا كم يمكن أن يكون الخيار الشامل هذا مُكلفاً للغاية. غطت الثلاثة آلاف دولار المدفوعة شهرياً أجرة الغرفة والوجبات بالإضافة إلى ساعة واحدة من الرعاية الشخصية (حمام الصباح) كل يوم. أما كل شيء آخر فقد كان مقابل أجر إضافي: كان للمدكرين بموعد وجبات الطعام، رغم عدم فاعليتهم، أجر إضافي. كان كل مدكر يتقاضى أجره على أساس أنه يستغرق نصف ساعة للقيام بمهمته، ومعظم هذا الوقت كان عبارة عن وقت تنقل (الرحلة بالمصعد من وإلى الشقة) ووقت توثيق (تدوين أنّ المساعدة قد ذهبت إلى الشقة وأخبرت ساول أن يذهب لتناول الغداء). وقد استغرق التسجيل نموذجياً وقتاً أطول من عملية التذكير نفسها. كما أنّ خدمة الغسيل لم تكن جزءاً من الرزمة الشاملة، رغم أنها أيضاً كانت متوفرة مقابل أجر. استلزمت مسائل النظافة الشخصية لساول خدمات إضافية في ما يتعلق بتنظيف الشقة، وتحديدًا تنظيف الحمام وتغيير ملاءات السرير ثلاث مرات في الأسبوع بدلاً من المرة الواحدة المعتادة أسبوعياً؛ وهذه الخدمات متوفرة أيضاً مقابل أجر. كان يصلنا شهرياً تقريرٌ مجدولٌ من شركة محاسبة محترفة بالخدمات العديدة التي تلقاها ساول، إلى أن قررنا أنّ الخلوة المتبجح بها هي تعبيرٌ ملطّف عن الإهمال ونقلناه هذه المرة إلى دار لرعاية المسنين.

خلافًا للحكمة السائدة، ليس العيش المُعان مفهوماً جديداً. ففكرة إنشاء دار يحظى فيه النزلاء بخصوصيتهم وفي نفس الوقت يتلقون فيه قدرًا معتدلاً من المساعدة هي موجودة منذ أكثر من قرن. والواقع أنّ المصحّات التي كانت أساساً بيوتاً بغرف مفروشة للإيجار للمسنين هي أسلاف دُور رعاية المسنين المعاصرة، وتطوّرها من معاهد غير منظّمة

إلى حدٍّ كبيرٍ إلى دُورٍ بيروقراطية صارمة لرعاية المسنِّين هو تعليمي بقدر ما هو مقلق. أنشئت المصححات التي كانت تُعرف أيضاً بدُور الشيخوخة في أواخر القرن التاسع عشر كردّ فعل تجاه ملاجئ الفقراء التي كانت سابقاً المصدر الوحيد للرعاية المؤسّساتية للمسنِّين الفقراء العاجزين عن العناية بأنفسهم. وعلى نحو متباين، فإنّ دُور الشيخوخة كانت مُصمّمة لتوفير الرعاية للفقراء المستحقين حيث عاملتهم بالاحترام والوقار اللذين كانت الملاجئ تفتقر إليهما بلا استثناء.

كان من شأن دُور الشيخوخة في القرن التاسع عشر أن تكون صغيرة وحميمية. في منطقة بوسطن الكبرى، كان متوسط عدد دُور الشيخوخة 29، حيث كانت جميعها باستثناء اثنين تأوي أكثر من 60 نزيلاً. وكانت جميعاً متجانسة ثقافياً، وتقدّم الطعام وضروب التسلية نموذجياً لمجموعة عرقية أو دينية محددة: على سبيل المثال، كان هناك الدار السويدي والدار الألماني (لا يزالان باقيين حتى اليوم كمؤسّستين للرعاية طويلة الأمد).

وكما هي مؤسّسات العيش المُعان اليوم، لم تكن دُور الشيخوخة في القرن التاسع عشر موجّهة طبيّاً. إذ كانت تتوقّع أن يكون نزلاؤها معافين إلى حدّ معقول. وكان الدخول إليها مشروطاً بتقديم شهادة من الطبيب بأنّ المرأة قادرة على الاعتناء بنفسها وبغرفتها. وكان الأطباء والممرّضات يهتمون باحتياجات النزيلات، ولكن الرعاية كان مُشرفاً عليها - ويتم التزويد بمعظمها - من قِبَل الرئيسة (أو القيّمة) التي كانت تقدّم التقارير بدورها إلى مجلس إدارة الدار. وكما تشير مذكّرات مجلس إدارة دار روكسبيري للنساء المسنّات: "يجب أن تتلقّى نساؤنا المسنّات العزيزات كل اهتمام ضروري لراحتهن". وإذا لم تزود الرئيسة به فسيتم فصلها من العمل. كان التركيز على نوعية الحياة، حيث ميّزت الدُور أنّ

الطعام المؤلف واللغة المشتركة والاحتفال بالعطلات الدينية المشتركة كانت جميعها أموراً أساسية. اعتقدت هذه الدُور بشكل عام بما يُعرف اليوم بالشيخوخة في نفس المكان: كان متوسط مدة الإقامة في دار شيخوخة نموذجي هو 13.3 سنة.

نشأت دُور الشيخوخة كردّ فعل تجاه القصور في ملاجئ الفقراء التي عملت على نحو متزايد كمخازن للمسنّين. فبالإضافة إلى كونها قدرة وفسادة إدارياً وقاسية غالباً، أخفقت ملاجئ الفقراء في الاهتمام بالحاجات العاطفية والاجتماعية لنزلاتها. دعا المصلحون الاجتماعيون، بدرجة معينة من النجاح، إلى تحسين الأوضاع في ملاجئ الفقراء، ولكن كانت المجموعات الطائفية الخاصة التي لم ترد الانتظار حتى يُستهلّ بالإصلاحات هي التي أنشأت الدُور غير الربحية لتزويد المسنّين ببيئة بيتية غير مؤسسية.

ومع ذلك، فقد كانت المؤسسات المنظمة على نحو غير رسمي معرضة للمتاعب، لأنها اعتبرت نفسها دُوراً وليست مستشفيات. دمّرت الحرائق عدداً من هذه المؤسسات وقتلت النزلاء الذين كانوا عاجزين كلياً عن الحركة. وكانت هذه الدُور تعاني بين الحين والآخر من مشاكل تتعلق بالنظافة والسلامة، وكان الطعام أحياناً يفتقد إلى الطعم والقيمة الغذائية. واكب خمسينيات القرن الماضي عهد تنظيم لدُور الشيخوخة مع متطلبات ترخيص رسمية تفرض التغيير في شؤون الحفاظ على الصحة العامة، والتهوئة، وفريق العمل. وبينما ناضلت دُور الشيخوخة لتبقى ناجحة مادياً في عصر من التنظيم المتنامي، واجهت منافسة أيضاً من صناعة دُور رعاية المسنّين الجديدة. ومحفزةً بقانون هيل بيرتون الفدرالي في العام 1953، والذي منح مالاً حكومياً لبناء دُور رعاية المسنّين، نشأت مؤسسات كبيرة جديدة مشيئة على نسق المستشفيات.

أما الضربة الأخيرة لحركة دُور الشيخوخة فقد كانت تشريع برنامج المساعدة الطبية Medicaid في العام 1965، والذي دفع تكاليف رعاية الفقراء في مؤسسات الرعاية المرخصة. استمرت بعض دُور الشيخوخة التي أعادت تشكيل مجلس إدارتها وتسهيلاتها الرعوية، وقد جذبت كما فعلت دوماً المسنين الذين كانوا وحيدين في هذا العالم والذين كانوا على درجةٍ من الاستقلالية لا يحتاجون معها إلى دخول دار لرعاية المسنين، ولكن الذين كان بقاؤهم في منزل أو شقة بمفردهم أمراً مضجراً وموحشاً. وقد قدّمت هذه الدُور نموذجياً غرفةً خاصة - رغم أنّ الحّمّام لم يكن دوماً خاصاً - وخدمات تنظيف أسبوعية للغرف، ووجبات طعام مشتركة. دُور الشيخوخة هذه هي السلف المشترك لكل من مؤسسات العيش المُعان ودُور رعاية المسنين اليوم.

ومثل دُور الرعاية السالفة في القرن التاسع عشر، فإنّ مؤسسات العيش المُعان اليوم أفضل ما تناسب أولئك الذين يحتاجون إلى قليل من المساعدة للنهوض في الصباح، وبشكلٍ رئيسي في ما يتعلّق بأمر الاستحمام وارتداء الثياب، ومن ثمّ مرةً أخرى في المساء، على نحوٍ معاكس للروتين الصباحي. وفيما بين هاتين الحصّتين من الرعاية، فإنّ الفرد يجب أن يكون قادراً على الاعتناء بنفسه. وبشكلٍ نموذجي، يجب أن يكون قادراً على الذهاب بنفسه إلى غرفة الطعام وفقاً للمواعيد المحدّدة ثلاث مرات في اليوم من أجل تناول وجبات الطعام. ويجب أن يكون قادراً على الاحتفاظ بروتزنامة الأحداث المقامة في المؤسسة كي يتمكن من اختيار النشاطات التي يرغب في حضورها. وعلاوةً على ذلك، عندما يكون وحيداً في شقته، مستمتعاً بالخلة التي يزوّده بها العيش المُعان متباهياً، يجب أن يكون قادراً على تدبّر أموره بنفسه. كما يزوّد العيش المُعان بتسهيلات مطبخية في كل شقة كي يتمكن النزلاء

من إعداد كوب من الشاي متى شاءوا، ولكن إذا نسي النزيل الإبريق على الموقد لفترةٍ طويلة بعد تبخر آخر قطرة ماء، فهو إذاً لا يستطيع أن يتدبّر أمره بنفسه في محيط غير مراقب. وإذا كان النزيل مصاباً بسلس البول - وقد قُدّرت نسبة المصابين بسلس البول في دراسة أُجريت في العام 1999 بحوالي 21 بالمائة، والنسبة ترتفع سنوياً - فيجب أن يكون قادراً على تغيير الحفاض وغسل ملبسه التحتية، ويجب أن يكون على الأقل خالياً من إصابته بالسلس المعوي.

يبدأ العيش المُعان بالإخفاق حين يكون الضعف المعرفي وخيماً بما يكفي بحيث إنّ الشخص يحتاج إلى مذكّرين على نحو متكرّر كي لا يفوّت وجبات الطعام. ويزداد قصوره عندما يكون من الضروري إخبار النزيل كل بضع ساعات أن يذهب إلى الحمام من أجل تقليل احتمال سلس البول. ولكن المشكلة بداء ألزهايمر وغيره من أمراض الخرف هي أنها تتطلّب مراقبة مستمرة تقريباً. سيكون إهمالاً منمقاً أن نترك طفلاً في الثانية من عمره دون رعاية لساعات، ومن السخافة بنفس القدر أن نظنّ أنّ شخصاً مصاباً بالخرف يمكن أن يُترك وحده في شقته. يستلزم الخرف وفقاً للتعريف ضعفاً في التقدير وصعوبةً في حلّ المشاكل. ولا يمكن التعويض عن هذه النقائص إلا من خلال شخص آخر سليم العقل كلياً.

وعلى الرغم من كل هذه الهموم، إلا أنّ مؤسسات العيش المُعان ليست فقط بيتاً لأعداد كبيرة من المسنّين الخرفين، ولكنها في حالات كثيرة تعلن بأنها مصمّمة على نحو فريد للنزلاء الخرفين. هل تغلّبت مثل هذه المؤسسات المتخصّصة على النقائص في العيش المُعان التقليدي الشامل؟ أم أنّ الادّعاءات بشأن تقديم بيت آمن للمسنّين المضعضعي الذاكرة هي مجرد حيلة تسويقية؟ يخبر مقال في مجلة

التايم القصة الفظيعة لامرأة مسنة تُدعى دوروثي انتقلت للعيش في مؤسسة للعيش المُعان في مينيسوتا يمتلكها ويديرها العملاق الربحي آلتيرا. جُذب ابنها بيتر إلى آلتيرا كلير بريدج - وهو مسكنٌ للأشخاص الذين تكون ذاكرتهم مضغضة - منذ اللحظة التي رآه فيها. وقال إنه بدا من الخارج أشبه بمنتجع صحي منه بمستشفى. وقد وجد مفهوم العيش المُعان جذاباً للغاية. يقول: "هو طريقة جديدة للعيش - والموت - بكرامة وحرية". وقد أحبّ الساحة التي لاقاها لدى دخوله المبنى، والتي تباهت بدار للتجميل ومحلّ للمثلجات وغرفة طعام كبيرة مع موقد. ومع ذلك، فإنّ ما أدركه لاحقاً أنّ الإغناء الوحيد الذي شاركت فيه أمّه عندما تُركت لرغباتها الخاصة (وهو ما كان طوال الوقت)، كان مشاهدة التلفاز. وإذ عجزت عن تقليد أظافر قدميها، غير مدركة أنها بحاجة إلى تقليد، وعجزت عن التلقظ بأنها بحاجة إلى مساعدة، بقيت دوروثي ثمانية أشهر دون معالجٍ للقدمين إلى أن "نمت أظافر قدميها والتفت نحو أعلى الأصابع.

ليست تجربة بيتر حالةً معزولة. فقد وجدت دراسةً دقيقة للعيش المُعان والرعاية السكنية عبر أربع ولايات أنّ العديد من المؤسسات قد زعمت أنّ لديها برنامجاً خاصاً بالخرف، ولكن رغم كل الوسائل التي استخدمها الباحثون، إلا أنهم لم يستطيعوا أن يميّزوا بين برامج الرعاية الخاصة بالخرف وبرامج الرعاية التقليدية. من المعقول أن تكون جميع مؤسسات العيش المُعان قد طوّرت طرقاً ممتازة للعناية بالناس المصابين بضعف معرفي لأنّ جميع هذه المؤسسات لديها نزلاء مصابون بالخرف، وعادةً ما تتجاوز نسبتهم 35 بالمائة من مجموع النزلاء الإجمالي. ولكنّ المرجح أن لا أحد منها قد فعل ذلك. فالخدمات النموذجية والبرامج المكيفة وفقاً لحاجة الفرد المتوفرة ظاهرياً في مؤسسات العيش المُعان

هي فاشلة، تماماً كفشل الاهتمام بضرورة توفير الإشراف المستمر. ووفقاً للتقارير، فإنّ بضع مؤسسات فقط قد ابتكرت طرقاً لتزويد الناس المصابين بالخرف بمحيط بيتي مريح وفي نفس الوقت مراقبتهم بحذر. على سبيل المثال، طوّر إفرغرين في أو شكوش في وسكونسن نموذجاً للعيش المُعان للناس المصابين بالخرف يمثّل فعلياً بيتاً جمعياً. والواقع أنه أشبه بدار جيد لرعاية المسنين - يُحترَم فيه الأفراد فعلاً ويحتفظون فيه بخلوتهم - منه بمؤسسة للعيش المُعان. يتألّف المبنى من غرف خاصة تُترك مفتوحة لأهداف المراقبة، ومن مساحات مشتركة تتسمّ بحميمية الجو العائلي ومُراقبة باستمرار. وطالما أنّ النزلاء لا يعانون من عجز جسدي رئيسي، فيمكنهم أن يعيشوا في المجمع. وعلى نحو مماثل، طوّرت المؤسسات الأوروبية بيئات علاجية تساعد وتختبر النزلاء على حدّ سواء. يبقى الأفراد المصابون بالخرف في هذه المؤسسات لأجل غير مسمّى، حيث لا يدخلون داراً لرعاية المسنين إلا إذا أصبحوا ضعفاءً على نحو وخيم أو بدأوا يعانون من مشاكل سلوكية. من أجل أن يكون العيش المُعان خياراً ناجحاً للناس المصابين بالخرف، فهو بحاجة لأن يُنظّم بطريقةٍ مختلفة جداً عن مؤسسة الرعاية الخاصة المعتادة. ربما ما نحن بحاجة إليه ليس العيش المُعان على الإطلاق، بل دور لرعاية المسنين يُعاد تصميمها جذرياً وتُحترَم فيها الخلوة والاستقلالية. وستكون وحدها قادرة على توفير المساعدة والتذكير والمراقبة على مدار الساعة، والتي يحتاجها جميعاً الناس المصابون بالخرف. التحديّ هنا هو في إنشاء مؤسسات تقوم بكل هذا بأسلوب يعترف بكل فرد ويحترمه ويستجيب ل حاجاته.

كان العيش المُعان مثالياً لإيلين تافت. فلقد أصيبت بالشلل في طفولتها، وبعد أن تقاعدت من عملها كمدرسّة للموسيقى، أصيبت

بمتلازمة عقب الشلل. فرجلاها اللتان كانتا دوماً ضعيفتين قليلاً، أصبحتا الآن أكثر ضعفاً من أي وقت مضى. كانت إحدهما أقصر من الأخرى وأكثر تشويهاً. وكانت تعرج منذ طفولتها، ولكنها الآن صارت تضع رباطاً معدنياً ثقيلًا على الرجل القصيرة وتستخدم هيكلاً بعجلات يساعدها على المشي والاحتفاظ بتوازنها. ومنذ أن توفي زوجها وهي في عمر الستين، استمرت في العيش في المنزل الفكتوري الطراز ذي الطوابق الثلاثة حيث ربّت أطفالها الثلاثة. كان الاهتمام بشؤون المنزل - بخزائنه المبنية ضمناً المراكمة للغبار، وبزخارفه الخشبية المنمّقة، وسلامه اللولبية - صعباً جداً على إيلين. ومع استقلال أولادها بحياتهم الخاصة ورحيلهم عنها، لم تعد بحاجة إلى أربع غرف نوم. لم تكن قد أقامت حفل عشاء منذ سنوات، ولم تكن تأكل في غرفة الطعام إلا حين يجلب إليها أولادها عشاء عيد الشكر. وإضافة إلى ذلك، كانت إيلين وحيدة. فقد ماتت معظم صديقاتها أو انتقلن إلى فلوريدا. وفكرت أنّ السبب الوحيد لبقائها في المنزل كان بيانو ماسون وهاملين الكبير طراز العام 1927.

قررت إيلين أنّ الوقت قد حان للانتقال من البيت عندما وقعت في المطبخ بينما كانت تحاول أن تتناول وعاء حساء. كان الوعاء قريباً بصورة مغرية، على رفٍّ فوق مستوى العين مباشرة. ولكنها فقدت توازنها وهي تمدّ يدها لتتناوله وانتهى بها الأمر على الأرض عاجزة عن الوقوف أو الوصول إلى الهاتف. واكتشفتها ابنتها بعد أربع ساعات عندما وصلت لتصطحبها خارجاً لتناول العشاء. وبدلاً من قضاء الأمسية في المطعم، أمضتها في غرفة الطوارئ في المستشفى المحلي. وعلى نحو مثير للعجب، لم تكسر إيلين وركها أو أي عظام أخرى. وعادت إلى البيت وقد أوصاها الطبيب بتوخي الحذر وتناول التيلينول للتخفيف

من الألم الناتج عن الرضوض التي أصابتها، وأن تعود إلى المستشفى إذا لم تتحسن في فترة غير محدّدة من الوقت. وفي تلك الليلة، مكثت معها ابنتها جيرالدين وكانت تحضّر لتناقش معها إحصار Life Line monitor ومدبرة منزل، ولكنّ إيلين سبقتها.

فلقد صرّحت بأسلوبها الأمر أنها قد خطّطت للانتقال. كان المنزل قديماً ومتداعياً، وهي ستفضّل أن تعيش في مكانٍ أكثر بهجة وحدائث. ذهبت جيرالدين التي لم تتوقّع ما كانت تسمعه؛ فلقد كانت مقتنعة بأنّ أمها لن تترك أبداً بيتها الذي عاشت فيه ستين سنة وأنّ أفضل ما كانت ستأمله هو أن تقبل ببعض المساعدة.

فاجأت إيلين مرةً أخرى بعد ذلك بشهر حين أعلنت أنها لم تخطّط للانتقال فحسب، ولكنها قد وجدت بالفعل بيتاً جديداً ملائماً وستنتقل إليه قريباً. توقّعت جيرالدين بعض التراجع عن القرار الأصلي وقدرتاً معيناً من التأجيل، ولم تدرك أنّ أمها ستطبّق عزمها الموطّد وإصرارها على مسألة اختيار مؤسسة للعيش المُعان، تماماً كما فعلت حين اختارت تعليم أولادها في مدارس خاصة أو حين امتهنت عزف البيانو. حدّدت إيلين تاريخاً للانتقال. وإذ أخذت بعين الاعتبار أنّها ستنتقل من عشر غرفٍ إلى ثلاث، فقد توقّعت أن يساعدها أولادها في حزم القليل من المتاع الذي يمكنها أن تأخذه معها، وأن يحتفظوا هم بما يريدونه لأنفسهم. أما ما تبقى فعليهم أن يتخلّصوا منه. ولكنها بالطبع ستشرف على عملية التوزيع والتوزيع. أما المنزل فسيكون من نصيب ابنها الأكبر ماكس الذي كان يحاول دون كثيرٍ من النجاح أن يكسب رزقه كلاعب تنس محترف، والذي يمكنه أن يستخدم المنزل كمكانٍ للعيش أو أن يستفيد من عائدات بيعه. كما كان لديه الوقت أيضاً للاهتمام بإصلاح المنزل كي يُصار إلى عرضه للبيع وللتعامل مع

المحاميين والسماصرة العقاريين والبنوك.

وبعد شهرين من سقوطها في المطبخ، انتقلت إيلين تافت إلى شقة شبيهة بالصندوق تحتوي على غرفة نوم واحدة في سترال تاورز، وهو مجتمع يقع على بعد ميل واحد من منزلها السابق. أحببت فكرة أنها ستكون قادرة على التواصل مع صديقاتها القليلات اللواتي لا يزلن يعشن في المنطقة، وأنها لن تشعر بأنها ذاهبة إلى مكان مجهول. كانت شقتها في المبنى ذي الطوابق الخمسة مشرفة على شارع ناشط. وكان لديها غرفة نوم بالكاد تكفي لسرير وطاولة صغيرة، وغرفة معيشة بدت ضيقة جداً ما إن وضعت فيها أريكتها المخملية المكتنزة والكرسي ذات الذراعين المتناسبة معها، بالإضافة إلى طاولة غرفة الطعام الكرزية اللون، وهي هدية زفافها من والديها. كما احتوت الشقة أيضاً على مطبخ صغير يحوي كل الأدوات المعتادة بنسخ مصغرة. أما الغرفة الوحيدة التي كانت مصممة وفقاً لما يلائم تصوّر نزيلها المستقبلي فهي الحمام، الذي كان من الممكن الوصول إليه بكرسي مدولب، ويحتوي قضبان تمسك بجانب المراض ودوش مباشر ذي حافة منخفضة عند المدخل.

لم تخطّط إيلين لأن تقضي كثيراً من الوقت في شقتها، ولهذا لم يزعجها تركيبها المنفعي. وعندما علق ابنها ماكس عدّة من لوحاتها المفضّلة على الجدران، وصفت هي صوراً فوتوغرافية لأولادها على عتبة النافذة، بدت الغرفة عائلية بما يكفي. كانت إيلين تتلصقاً في غرفة الطعام أثناء تناول الوجبات مُمتعةً أي أحد سيستمع إليها وهي تسرد حكايات مآثرها أو تعلق على الأحداث السياسية.

كانت إيلين واحدة من النزلاء القلائل الذين استفادوا من مجموعة الكتب الصغيرة والمتنقاة في المكتبة. توقّعت إيلين أن الكتب قد أعطيت من قبل أولاد النزلاء لدى وفاة ذويهم، رغم أن بعضها قد

مُنح مع انتقال نزلاء جدد إلى المبنى واكتشافهم أن ليس لديهم مكان كافٍ في شققهم. واستفادت أيضاً من البيانو الكبير الموضوع في مكان بارز في غرفة الجلوس في الطابق الأول. لم يكن جميلاً بقدر ذلك الذي كان عندها، وكان بحاجة إلى دوزنة؛ ولكن إيلين شكت بصوت عالٍ بما يكفي بحيث إنَّ مدوزن بيانو حضر بعد بضعة أيام من وصولها.

ازدهرت إيلين في الستراتال تاورز. فإذ تحرّرت من ضجر التسوّق والطهو والتنظيف، وهي أمورٌ كانت تجدها مستغرقةً للوقت ومُنهكة، أخذت في حضور جميع الأفلام التي قدّمتها المؤسسة: بضعة أفلام كلاسيكية قديمة والعديد من الأفلام المنتجة حديثاً. وكانت تستمع إلى كل خطيب خارجي. واستخدمت التاورز كقاعدة للعمليات، منظّمة رحلات إلى المتاحف والحفلات الموسيقية في وسط البلد والمواعيد الطبية حيث كان سائق الفان يقلّها ويعيدها إلى البيت.

كانت إيلين أصغر سناً بقليل من بقية النزلاء في مؤسسة العيش المُعان الذين كان متوسط عمرهم ثلاثاً وثمانين سنة بينما كانت هي في الثمانين. ومثل نظيراتها، كانت بحاجة للمساعدة في بعض النشاطات الأساسية مثل الاستحمام وارتداء الثياب، ولكنها كانت أكثر استقلالية من نظيراتها في دور رعاية المسنّين. ومثل نزلاء العيش المُعان الآخرين، كان مستواها التعليمي أعلى من ذلك لمعظم الناس في مثل فئتها العمرية. ومثل جميع نزلاء الستراتال تاورز ومعظم نزلاء العيش المُعان في عموم البلد، كانت أغنى من الغالبية العظمى من المسنّين الذين في العقد الثامن من عمرهم. ومثل نزيل العيش المُعان النموذجي، لم تكن مريضةً جداً لتحتاج إلى مساعدة ليست المؤسسة مُصمّمةً للتزويد بها، ولأنَّ عقلها كان صافياً تماماً، فقد كان بإمكانها أن تخطّط أيامها وتنظّمها. كان كل ما احتاجت إليه هو نصف ساعةٍ من العناية الشخصية في الصباح

والمساء، وثلاث وجبات طعام في اليوم، وخدمات تنظيف الشقة. كانت النشاطات المقامة في المبنى - وبشكل رئيسي على شكل أفلام وخطابة - ربحاً مضافاً، وتحديداً خلال فصول الشتاء الطويلة في بوسطن حين كان يصعب عليها الخروج.

ربما تكون إيلين قد ازدهرت في السترال تاورز، ولكن بعد أقل من شهر من انتقالها إليه أصبحت معظم أحاديثها خلال تناول وجبات الطعام مكرّسةً للانتقادات اللاذعة لفريق العمل، والإدارة، والتجهيزات المادية. وفي أغلب الأحوال كانت متبصرة بقدر ما كانت مدمرة في تقييماتها. لاحظت قبل كل شيء أن السترال تاورز لم يكن لديه فريق عمل كافٍ. وكّلت إلى المساعدات مهمة مساعدة غالبية النزلاء على ارتداء ملابسهم والاستعداد لوجبة الفطور. وكّن يبدأن بمهمتهن عند الساعة السادسة والنصف صباحاً، ولكن إذا أمضين نصف ساعة مع كل نزيلة فلن ينتهين قبل الساعة العاشرة صباحاً، أي بعد ساعة كاملة من انتهاء الفطور. وبأسلوب مماثل، أرسل السترال تاورز المساعدات لتذكير نزلاء مُنتقين بالذهاب لتناول الغداء. وبسبب النقص في فريق العمل، فقد كّن يبدأن عملية التذكير عند الساعة العاشرة والنصف صباحاً، وهو ما أعطى النزلاء وقتاً وافراً للنسيان قبل موعد تقديم وجبة الغداء الفعلي الذي كان عند الظهر. ومع ذلك، لم يكن هذا سيئاً بقدر الوضع في مؤسسات أخرى للعيش المُعان. كشف المراسلون الاستقصائيون عن واحدة من الحوادث المؤسفة للغاية حول امرأة تجوّلت خارج المبنى في يوم شديد الحرارة. كان جميع أعضاء فريق العمل باستثناء واحد في اجتماع، ولم يلاحظ أحد النزيلة وهي تغادر ولم يفتقدها أحد؛ وُجدت بعد ساعة تقريباً فاقدة الوعي ودرجة حرارتها 108 درجة فهرنهايت. وتمّ نقلها إلى مستشفى محلي حيث توفيت لدى وصولها.

وأصرت إيلين أنّ مشكلة السنترال تاورز لم تكن فقط في نقص الموظفين، ولكن في نقص تدريبهم أيضاً. لاحظت مرة رجلاً يعيش في شقة في آخر الرواق الذي تقع فيه شقتها وقد غصّ بطعامه وقت تناول العشاء. لم يكن لدى أيّ من النادلات أي فكرة عمّا يجب فعله. ولولا أن أسرع إلى إنقاذه ابن نزيل آخر تصادف أنه كان يزور والده، لكان الرجل المسكين على الأرجح سيختنق حتى الموت. وفي أحيانٍ أخرى كانت إيلين تأخذ الأمور على عاتقها. فلقد بدأت إحدى النساء التي غالباً ما كانت تتناول الطعام على نفس المائدة مع إيلين بتفويت وجبات الطعام. وعندما حضرت أخيراً إلى غرفة الطعام، كانت مرتبكة وتجد صعوبة في إيجاد الكلمات. ذكرت إيلين لمدير التاورز أنّ رفيقتها على مائدة الطعام لا تبدو على طبيعتها، ولكنّ المدير طمأنها بأنّ "نزلاءنا يصبحون كذلك أحياناً". وبعد ذلك بيوم واحد أصبح كلامها مبهماً وأخذت تجد صعوبة في المشي. بحثت إيلين بجرأة في حقيبة يد المرأة لتجد محفظتها، وحصلت على اسم ورقم هاتف ابنتها واتّصلت بها على الفور. حضرت ابنتها في أقل من ساعة وقد بدا عليها الشك والقلق. وألقت نظرة واحدة على أمها، التي كانت قبل أسبوع واحد متماسكة كلياً ومصفّفة الشعر بينما هي الآن عاجزة عن الكلام ومشعّنة، واتّصلت بالطوارئ 911. وفي المستشفى، اكتشف طبيب الطوارئ أنّ مستوى الصوديوم لديها مرتفعٌ بشكل خطير. وبعد يومين من المعالجة الوريدية، عادت إلى طبيعتها. فلفت إيلين حين لم ترجع المرأة إلى السنترال تاورز، ولكنها سمعت من خلال القيل والقال أنها انتقلت للعيش مع ابنتها ريثما تجد مكاناً جديداً تعيش فيه.

عندما اصطحبت إيلين تافت ابنتها ميراندا في جولة في أنحاء السنترال تاورز، كانت لا تتوقّف عن تزويدها بتعليق عن كل شخص

تمرّان به وكل غرفة تصادفانها. كانت - كما قالت ابنتها ميراندا - مرشدة انتقادية مثالية. علّقت إيلين: "لديهم قدور النباتات الضخمة هذه لإضفاء جمال على المكان. ولكنها تسدّ المدخل إلى غرفة المعيشة، ولهذا من الصعب الدخول إذا كنت تستعملين كرسيّاً مدولباً". ومرّتا بإحدى النادلّات وهي في طريقها إلى غرفة الطعام. وعلّقت إيلين: "هي مشاكسة حقّاً. لديها دوماً جوابّ عبقرى لكل شيء". ومن ثمّ أضافت حين لاحظت أحد الطهاة يتوجّه إلى المطبخ: "الطعام هنا مالِحٌ جدّاً، وأتساءل لماذا لا نصاب جميعاً بقصورٍ في القلب. يُفترض أن يكون طعام إحدى النساء التي تجلس معي إلى مائدة الطعام قليل الملح، وأخرى مصابة بداء السكر ويُفترض أن تتبع نظاماً غذائياً خاصاً، وثالثة يُفترض ألا تأكل ما يمكن أن يرفع مستوى كوليسترولها. ولكننا جميعاً نحصل على الطعام نفسه في كل وجبة. وبإمكانى أن أضمن لك أنّ حساء لحم البقر المتبوع بالمعكرونة والجبن ليس غذاءً قليل الصوديوم أو قليل الكوليسترول أو قليل الكربوهيدرات".

وشرحت إيلين لابنتها بأنّ السمة الأخطر للسنترال تاورز هي قبولهم بنزلاء يكونون مرضى جداً إلى حدّ لا يستطيعون معه أن يعتنوا بأنفسهم. قالت: "ليس الأمر فقط أنني أنزعج عندما تسألني المرأة الجالسة خلفي باستمرار عمّا يحدث في الفيلم، وليست المشكلة فقط في الرجل الذي ينسى أين هو في المساء ويبدأ في خلع ملابسه في غرفة المعيشة أمام المتواجدين. ولكنّ الناس المصابين بالخرف يجب أن يكونوا مراقبين طوال الوقت، ولكنهم ليسوا كذلك. في أحد الأيام سيصنع أحدهم لنفسه كوب شاي وسيحترق المكان بأكمله". وبالإضافة إلى معاناة عدد كبير من النزلاء من الخرف، فإنّ العديد منهم كان يعاني من مشاكل جسدية خطيرة. كان أحد النزلاء يتناول دواءً مرّقفاً للدم

ويجب أن يتلقَى رسالةً من عيادة طبيبه بشأن مقدار الجرعة الواجب تناولها، اعتماداً على نتائج اختبارات دمه. لم يكن يسمع جيداً، ولم يكن لديه جهاز لتسجيل المكالمات في شقته. ورأت المؤسسة أنها لا يمكن أن تلعب دور الوسيط بين المريض والطبيب، ولهذا فإنّ الرسائل لم تكن تصله على الإطلاق في أحيان كثيرة. وأخيراً، قرّر الطبيب أنه سيكون أفضل حالاً بدون الدواء مخاطراً بسكتة دماغية بدلاً من احتمال إصابته بنزيف نتيجة تناول جرعة مفرطة من الدواء.

وأنهت إيلين الجولة بأن أرت ابتها رجلاً يجلس على كرسي مدولب وهو يحدّق بشرود عبر الغرفة. قالت: "هو يجلس طوال اليوم. لا يتحرّك أبداً. ولديه كيس يتجمّع فيه بوله. يأتي أحدهم مرتين في اليوم ويُفرغ الكيس. هو لا يغادر كرسيه حتى في أوقات تناول الطعام. وتلك الوسادة الصغيرة التي يجلس عليها لن تحمي جلده من التقرّح". ومن ثمّ قالت بقوة: "إذا وصلت يوماً إلى هذه الدرجة من السوء، عديني بأن تخرجيني من هنا".

من غير المحتمل أن يصبح العيش المُعان حلاً حاسماً للأفراد المصابين بالخرف، ولن يكون ذا فائدة كبرى لمعظم الناس ما لم يتمّ إحداث تغيير هائل في تمويله. متوسط مدخول الفرد فوق سنّ الخامسة والستين لسنة 2003 هو 20,363 دولاراً للرجال و11,845 دولاراً للنساء، ومتوسط الكلفة السنوية للعيش المُعان هي 30,288 دولاراً، وهي لا تشمل أقساط التأمين لبرنامج الرعاية الطبية Medicare أو المواد الشخصية. ولكن لن يرغب أحدٌ في العيش المُعان ما لم يتمّ الاهتمام بالمسائل التنظيمية بشكل صحيح. العيش المُعان في الوقت الحالي هو في أدنى درجات التنظيم في معظم الولايات، حيث تتراوح الرعاية من غير مُرضية إلى مسيئة ومهملة. ولكنّ القوانين لأجل ضمان النوعية

يمكن أن تدفع الشركات لإنهاء أعمالها أو لإعادة تحديث كل السمات الصارمة المؤسساتية المجردة من الإنسانية التي ابتليت بها دور رعاية المسنين. من أجل أن يصبح العيش المُعان الخيار الأكثر رغبةً الذي يتمناه العديد من المسنين، سيحتاج المنظّمون في كل ولاية لأن يُظهروا درجةً غير عادية من الإبداع ويستجيبوا للمجموعات الدفاعية.

تمتلئ وسائل الإعلام بقصص تروي ما يحدث عندما لا تكون هناك أنظمة تحكم العيش المُعان. ففي ولاية نيويورك - حيث لا توجد عملياً أيّ قوانين تحكم من يمكن أن يدير مؤسسة للعيش المُعان، ونوع التدريب الذي يجب أن يخضع له أعضاء فريق العمل، ونوع الخدمات الواجب توفيرها - تتلقّى دائرة الصحة على نحوٍ منتظم شكاوى بشأن النزلاء الذين يتجولون خارجاً في الليل، والذين يُتركون دون رعاية، والذين يُصابون بقرحات ضغط. وقد تمّ استقصاء أكبر سلسلة للعيش المُعان، وهي ألتيرا التي تملك المؤسسة التي عاشت فيها دوروثي، في خمس ولايات على الأقل. زعم المتهمون لها أنّ أعضاء فريق العمل في مؤسسات ألتيرا لم يكونوا مدربين، بحيث إنّ هذه المؤسسات قد أخفقت في ضمان تناول المسنين لحبوبهم الموصوفة وأنّ القليل الذي فعلته للمحافظة على سلامة النزلاء كان غير كافٍ إلى حدّ كبير.

وفي كاليفورنيا، سعى المنظّمون إلى سحب رخصة تسع مؤسسات للعيش المُعان تديرها جميعاً سلسلة أخرى هي سلسلة ريجنت للعيش المُعان. وكان الحافز لذلك هو موت امرأة في التاسعة والسبعين من عمرها نذفت حتى الموت وهي جالسة على كرسيها الهزاز، بعد عدّة نداءات للمساعدة دون جدوى. وذكر تقريرٌ للحكومة الفدرالية حول العيش المُعان أنه حتى مع وجود الأنظمة فعلياً، فإنّ المؤسسات تنتهكها دون أن تُعاقب. فمن بين جميع مؤسسات العيش المُعان التي تمّ

استطلاعها، ذكر المراقبون أنّ 27 بالمائة من هذه المؤسسات قد انتهكت القوانين الخاصة بنوعية الرعاية أكثر من خمس مرات في غضون سنتين. وقد علّق باحثٌ بارز في حقل الرعاية طويلة الأمد بأنّ "معظم الولايات تفرض تدريباً أكثر على مدرّمي الأظافر وسائسي الكلاب مما تفرض على مقدّمي الرعاية في مؤسسات العيش المُعان".

استجابت صناعة العيش المُعان لتهم الإهمال الموجهة إليها بادّائها بوجود تفاهم خاص بينها وبين المنظمين يقضي بإرخاء أيّ قوانين موجودة "للتكيّف مع فلسفة الشبخوخة في نفس المكان". كما ادّعت الصناعة أيضاً بأنّ القصص الفظيعة التي تنشرها الصحف هي استثناءات نادرة وليست حوادث روتينية. ولكن في استجابةٍ منها لتكاليف التأمين المتزايدة والضغط لزيادة حجم فريق العمل، أعلنت عدة سلاسل للعيش المُعان إفلاسها وبيع البعض ذلك القسم من أعماله الخاص بالعيش المُعان. فعلى سبيل المثال، انسحبت ماريوت في العام 2002، وهي التي دخلت سوق العيش المُعان بجعجعة كبيرة، واعدت بإدخال توجّوها المتمثّل بحُسن الضيافة والوفادة إلى عالم الرعاية طويلة الأمد المخيف. وقامت شركة ألتيرا في ميلووكي بإنفاق مليار دولار على إعادة البناء في محاولةٍ يائسة لتلافي الإفلاس. وقد نقص دخلها الإجمالي بنسبة 22 بالمائة بين العامين 2001 و2002. وفي النهاية، لم تكن الأوقات المالية الصعبة في تلك الفترة مساعِدةً على تعزيز تدريب فريق العمل أو زيادة حجمه أو على إضافة المزيد من النشاطات الاستجمامية وخدمات الرعاية الشخصية.

ظهرت الفكرة القائلة بأنّ الأنظمة ستضمن نوعية الرعاية في العيش المُعان بعد الدراسة التي قامت بها دائرة الحسابات العامة General Accounting Office في العام 1999 والتي كشفت عن نقائص

رئيسية في العيش المُعان. وجدت دائرة الحسابات العامة العديد جداً من الاختلافات بين مؤسسات العيش المُعان بحيث إن مقارنة النوعية كانت مستحيلة. وأشارت الدائرة أيضاً إلى عدم كفاية فريق العمل عدداً وتدريباً، وإلى وجود إبلاغات رسمية بالإهمال والإساءات، وشكاوى مكثفة من قِبَل النزلاء. وفي استجابةٍ منها، وعدت مؤسسات العيش المُعان بالقيام بعملية تفويض. وعند معاينة التقدّم في صناعة العيش المُعان بعد ذلك بستتين، وجدت لجنة مجلس الشيوخ الأميركي الخاصة بشؤون الشيخوخة أنه لم يحدث أي تقدّم. ونتيجةً لذلك، طلب رئيس اللجنة جون بيروكس من اتّحاد المستهلك الخاص بالعيش المُعان Consumer Consortium on Assisted Living، وهي منظمة وطنية غير ربحية مكرّسة للدفاع عن المستهلكين في مؤسسات العيش المُعان، أن يؤلّف مجموعةً لتطوير توصيات لتحسين النوعية. تألّفت المجموعة المنبثقة من ثماني وأربعين منظمةً تشمل المستهلكين والمنظّمين ومزوّدَي الرعاية الصحية والعاملين بالعيش المُعان. كانت فكرة ممتازة، ولكنّ تقرير المجموعة الصادر في ربيع العام 2003 كان مخيباً للأمال. لم يستطع القيّمون على الدراسة أن يتفقوا حتى على تعريفٍ للعيش المُعان. حيث عرّفت الغالبية العظمى منهم العيش المُعان بفلسفته، لا بما يقدمه. وشدّد التقرير على حق الاختيار وتلقّي الخدمات بطريقةٍ تستعزّز من كرامة النزير واستقلاليته ونوعية حياته. أما المعارضون فقد أجابوا بصراحةٍ فظة: "هذه اللغة الباعثة على الارتياح لا تفعل شيئاً لإعلام المستهلك بشأن الخدمات التي يمكنه الاعتماد عليها".

وبأسلوبٍ مماثل، أدرج تقرير مجموعة العمل ثمانية مبادئ جوهرية يجب أن تكون دليلاً لأي مؤسسة للعيش المُعان. واشتملت هذه المبادئ على توكيدات بأنّ المؤسسة يجب أن تزوّد بخدمات يكون

النزلاء محورها والتي تركز على الاحتياجات الخاصة لكل فرد وأنها يجب أن تقلل إلى الحد الأدنى الحاجة إلى الحركة. وجادل المعارضون بأن هذه المبادئ هي "في أحسن الحالات... تصريحات طموحة". وقد وصفوها بأنها مبادئ تسويقية ليست لها أي علاقة بالتوصيات الملموسة في التقرير: "نحن نعتقد أن المبادئ الجوهرية هي مضللة وما كان يجب إدراجها في التقرير".

كان عدد من المشاركين الأصليين في الاتحاد الخاص بالعيش المُعان مستاءين جداً إلى درجة أنهم كتبوا تقريرهم الخاص. شملت هذه المجموعات الائتلاف الوطني لإصلاح دور رعاية المسنين، وهي منظمة غير ربحية بدأت كفرع للغراي بانثرز Gray Panthers ولديها أكثر من 200 عضو تنظيمي وألف عضو فردي، ومركز الحقوق الوطني للمواطنين المسنين، وهو مجموعة دفاعية قانونية تركز بشكل رئيسي على المسنين الفقراء والعجزة. وقد عرض هذا التقرير الثاني قضية الأنظمة بوضوح وإيجاز بارع. أولاً، أوضحت المجموعات أنه ليس صحيحاً أن العيش المُعان يأوي المسنين الأصحاء بشكل رئيسي، فالفئة التي يخدمها العيش المُعان حالياً لا يمكن التمييز بينها وبين الفئة التي تخدمها دور رعاية المسنين. وقد لخصوا المشاكل المبلغ عنها رسمياً بخصوص العيش المُعان، مثل المشاكل الطبية غير المُشخصة وغير المُعالَجة وسوء التغذية والتجول غير المراقب، وخلصوا إلى أنها ناشئة عن عدم كفاية التدريب لفريق العمل وعن المراقبة والإشراف غير الكافيين للنزلاء. ومن أجل ضمان نوعية جيدة للرعاية، اقترحوا تعريف مستويين إضافيين أو أكثر للرعاية، وصاغوا بوضوح الخدمات التي يجب أن يزود بها كل مستوى رعاية. كما يجب تعيين نسب العاملين ومتطلبات التدريب لكل مستوى، ويجب فرض مقاييس للصحة العامة

والسلامة على كل مؤسسات العيش المُعان. وأخيراً، شدّد التقرير على الحاجة لإشرافٍ فدرالي بمقاييس رسمية، على الأقل لكل المؤسسات التي تقبل برنامج المساعدة الطبية Medicaid. وباختصار، دعا التقرير إلى نفس نوع السيطرة الفدرالية على صناعة العيش المُعان الممارسة حالياً على صناعة دُور رعاية المسنّين.

ولكنّ الخوف هو أن تودّي مثل هذه القوانين إلى إخضاع حياة النزلاء إلى نظام صارم وروتين مُغالى فيه، تماماً كما فعلت الأنظمة في دُور رعاية المسنّين. الحلّ الواقعي لمشكلة السيطرة النوعية في مؤسسات العيش المُعان سيشتمل حتماً على قوانين خاصة، نظراً لأنّ الإيثار والإحسان لم يكونا تاريخياً كافيين لضمان النوعية. وعلاوةً على ذلك، فإنّ العالم المتّحد الريحي للعيش المُعان هو أكثر احتمالاً لأن يتّسم بالجشع والطمع منه بالإحسان. ولكن هل هناك أي سبب يمنع تكييف القوانين لتدعم العيش المُعان بدلاً من أن تضعف فلسفته؟ من المؤكّد أنّ الأنظمة لا تحول دون احترام كرامة المسنّ، ومنحه حقّه في الخلوة، وتكييف الخطة الرعوية وفقاً لاحتياجاته واهتماماته الخاصة.

خذ بعين الاعتبار التوصية بتبني مؤسسات العيش المُعان النسب القياسية للعاملين. يُفترض أنّ عدد العاملين لكل نزيل سيتفاوت بناءً على مستوى الضعف للفئة التي تتم خدمتها. ما من سبب ضمني يمكن القول على أساسه إنّ تحديد عدد العاملين الواجب توفيرهم في الموقع سيكون له تأثير مؤدّ على روح المؤسسة. ما سيمثّل مشكلة هو أن نتطلّب أن يكون العاملون المزودون بالرعاية من فئات محددة؛ ممرّضات، مساعدات ممرّضات، مساعدات صحيات بيتيات. إنّ استخدام الفئات التقليدية يعاكس توفير مساعدات شموليات. إنّ الاستخدام الواسع النطاق للأشخاص متعدّدي الأغراض أو العاملين العالميين سيُفضي إلى

ترسيخ جوّ بيتي عائلي أكثر بكثير مما سيُفرضي إليه تقسيم القوة العاملة. ففي أي عائلة، قد تكون الابنة هي من يقوم بتغيير الضمادات، والابن هو الذي يتعامل مع المحاسبين والمحامين، ولكن إذا احتاجت الجدّة إلى إحضار أدوية موصوفة من الصيدلية، فسيجلبها لها أي شخص متوفّر. يمكن أن يكون للتعريف الضيق للمسمّيات الوظيفية في العيش المُعان تأثيرٌ مُفسد إذا رفض العاملون على نحوٍ منتظم أن يكونوا على استعداد للمساعدة على أساس "ليس هذا ضمن وظيفتي". ولكن في حين أنّ مؤسسات العيش المُعان يجب أن تكون حرة في أن تحدّد لنفسها فئات مقدّمي الرعاية التي هي بحاجة إليها، ويجب أن تُشجّع على تدريب العاملين كي يتمكنوا من أداء أنواع مختلفة من الخدمة، إلا أنه ما من سبب يمنع أن تكون هذه المؤسسات خاضعةً للقانون من جهة التزامها بحدّ أدنى من نسبة العاملين.

وعلى نحو مماثل، يبدو أنّ الاقتراح بشأن تزويد جميع مؤسسات العيش المُعان موظّفيها بالتدريب اللازم هو غير مرفوض. إنّ تعلّم كيفية التعامل مع مشاكل مثل سلس البول والخرف لن يؤدّي إلا إلى تحسين نوعية الرعاية في مؤسسات العيش المُعان. والواقع أنّ النادلات وموظفات الاستقبال هن بحاجة ماسة إلى هذا النوع من التعليم تماماً مثل مساعدات الممرّضات. عندما كان حمي في مؤسسة للعيش المُعان، كان يشعر بالإهانة بسبب فظاظة العديد من النادلات؛ وكان متحمّساً وسعيداً حين تصادفه عاملة لطيفة وودودة. كانت النادلات في كثير من الأحيان يرفعن طبقه عن المائدة قبل أن يُكمل طعامه. وكنّ ينسين أن يجلبن له الشراب الذي طلبه، ومن ثمّ يتهمنه بأنه قد توهّم طلبه إياه. وكنّ يتكلّمن بشكل روتيني بصوت خفيف جداً مع نزلاء يعانون من ضعفٍ بالسمع. من البديهي أنّ محتوى دورات التدريب يجب أن يتم اختياره بدقة.

إذا كان التركيز مقتصرًا بشكل حصري على الصحة والسلامة، وإذا لم يُعَلِّم أعضاء فريق العمل بأن النزلاء يقدِّرون الاستقلالية أحياناً أكثر من الصحة، فإنَّ التدريب سيُضعف فلسفة العيش المُعان. ولكن إذا كان الشرط الأساسي هو أن يخضع جميع أعضاء الفريق العامل لبضع ساعات من التدريب قبل أن يبدأوا، ومن ثمّ مرة في السنة فيما بعد، فمن المستبعد أن يكون ذلك مرفوضاً أو مرهقاً بإفراط.

أما التوصية الأخيرة لمجموعة العمل المعارضة فهي أن تقدّم المؤسسات على الأقل نوعين منفصلين من الرعاية. سيستلزم كل مستوى خدماتٍ محددة: مثلاً، قد يشمل المستوى الأدنى من الرعاية توفيرَ باصٍ لنقل النزلاء إلى المواعيد الطبية، وممرضة مسجلة تتواجد في المؤسسة لاثنتي عشرة ساعة أسبوعياً. أما المستوى الأعلى من الرعاية فقد يتطلّب تواجد ممرضة في المؤسسة لأربع وعشرين ساعة في الأسبوع، وإعطاء الأدوية في شقق النزلاء، وتوفير خبير تغذية لتزويد النزلاء ذوي الحاجات الطبية المعينة بالنظام الغذائي الخاص (غذاء قليل الملح لمرضى قصور القلب، غذاء خالٍ من الحلويات المركّزة لمرضى داء السكر، غذاء قليل الكوليسترول لمرضى اعتلال الشريان التاجي، وهكذا). إنّ الفكرة القائلة بعدم وجوب توفير مؤسسات العيش المُعان للرعاية الطبية في موقع المؤسسة لأنّ ذلك سيضفي نزعةً طبية على المؤسسة هي فكرة حمقاء. إذا اختارت المؤسسة أن تعطي الدواء لنزلائها بأن تجعلهم جميعاً يصطفون قبل وجبة الفطور لتناول أدويتهم، فستكون مذنبه بالتطبيب المفرط أو - بتعبير أكثر دقة - بإحداث بيئة مؤسسية بالمعنى الحرفي. وستكون بكل تأكيد منخرطة في التطبيب إذا اختارت أن تحلّ مشكلة إعطاء الدواء بتوظيف ممرضة بزيّ أبيض رسمي لتدفع عربة الأدوية في أنحاء غرفة الطعام من أجل إيصال

الأدوية، كما هو الحال في المستشفى. إنَّ معظم الناس الذين يأخذون أدويتهم على أساسٍ منتظم يفعلون ذلك في خلوة بيوتهم، ونموذجياً على طاولة المطبخ مع كوب ماء. يجب أن تمكّن مؤسسة العيش المُعان نزلاءها من فعل ذلك بالضبط، وهو ما يعني تدريب فريق العمل للذهاب إلى الشقة في أوقاتٍ محددة، والدخول في محادثةٍ مع النزيل، وربما تناول كوب من الشاي معه، ومناولته الدواء في سياق الزيارة. إنَّ اشتراط تقديم مؤسسات العيش المُعان لأنواع الخدمة التي يحتاجها النزلاء الذين يعانون من مرض أو عجز ملحوظ سيؤدّي إلى النظام الصارم فقط إذا أقدمت المؤسسة على تنفيذ الأنظمة بشكل غير ملائم. لا يجب أن يكون لدى مؤسسات العيش المُعان أي تحفّظ بشأن الخدمات الواجب توفيرها، ولكن يجب أن يكون لديها قدرٌ كبير من الاختيار في ما يتعلّق بكيفية تنفيذها.

تماماً كما أن الأنظمة المُقترحة من قِبَل أعضاء مجموعة العمل المعارضة يمكن تنفيذها دون تدمير مهمة العيش المُعان، كذلك يمكن للجزء الأهمّ من تقرير الأغلبية، ألا وهو اتّفاقية الخطر المُحتمل التفاوضي، أن يُطبّق دون عواقب مدمّرة. والواقع أن اتّفاقية الخطر التفاوضي، إذا تمت صياغتها والالتزام بها على نحو صحيح، يمكن أن تحمي بصورةٍ جيدة عاملي ونزلاء العيش المُعان على حدٍّ سواء. إنَّ الدافع لاتّفاقيات كتلك هو الخيار التوتّري بين السلامة والاستقلالية في حياة المسنّين: فالمؤسسات المنظّمة هي عند خطرٍ محتمل لأن تتّم معاقبتها لإخفاقها في مراقبة النزلاء بشكلٍ ملائم، بغضّ النظر عمّا إذا كان النزلاء راغبين في أن تتّم مراقبتهم. إنَّ مفهوم الخطر التفاوضي أساساً يُخرج المؤسسة من الورطة في حال كانت هناك عواقب معاكسة للقرار الشخصي للنزيل. إذا اختار نزيل مصاب بداء السكر أن يأكل

الحلوى وعانى نتيجةً لذلك من داء السكر غير المتحكّم به، فلا تجب معاقبة المؤسسة لتقديم الحلوى له في حفل عيد ميلاده. وإذا قرّر نزيلٌ أن يستخدم عكازاً لأنه يرفض أن يُرى في العلن مستعملاً لهيكل بعجلات، ومن ثم وقع وكسر رسغه، فإنّ مسكن العيش المُعان لا يجب أن يتحمّل مسؤولية وقوعه. تحدّد اتفاقية الخطر التفاوضي ما ستقدمه المؤسسة - أنظمة غذائية خاصة بمرضى داء السكر، استشارة معالجة فيزيائية - وأوجه الحياة التي سيختار النزيل أن يتحمّل مسؤوليتها. بالاهتمام بقضية المسؤولية القانونية، ستصبح المؤسسات أكثر ارتياحاً من جهة احترام استقلالية النزلاء. ولكنّ المشكّكين يجادلون بأنّ اتفاقيات الخطر التفاوضي، عدا عن سماحها للمؤسسة بتكريم تفضيلات النزلاء، فهي فعلياً وسيلة تتيح لمؤسسة العيش المُعان أن تُدخل نزيلاً لا يمكن للمؤسسة أن تفي باحتياجاته وتحفظ به... وتتيح له أن يحرّر المؤسسة من أي مسؤولية قانونية ناشئة عن الرعاية الناقصة للمؤسسة.

أنا أُلجأ دوماً لطريقة شبيهة جداً بالخطر المحتمل التفاوضي في ممارستي لمهنتي الطبية. إذا اقترحتُ معالجةً أقل عدوانية من الرعاية الطبية القصوى - مثل معالجة مريض بالذبحة الصدرية بالأدوية بدلاً من عملية رأب الوعاء - فأنا أناقش في مكثبي حسنات ومساوئ البدائل المتنوعة. وبشكل خاص، أوضح تماماً أنّ العلاج البديل يميل لأن يكون أقل فاعلياً من نظيره الأكثر عدوانية، ولكنه يترافق مع مجموعةٍ مختلفة من التأثيرات الجانبية. إذا كان من المهم للمريض بما يكفي أن يبقى بعيداً عن المستشفى ويتجنّب الجراحة، فقد يكون إذاً مستعداً للقبول باحتمال نجاح أقل إذا كانت المعالجة البديلة تتفادى بالضبط الأمر الذي يخشاه. ذاك هو ما يشتمل عليه الخطر المحتمل التفاوضي؛ الفهم الضمني أنّ المريض لن يلجأ للقضاء فيما بعد بسبب إخفاقي في تزويده

بالمعالجة الأفضل. ينجح نفس النوع من التفاوض في العيش المُعان (وفي كلتا الحالتين، يجب كتابة موضوع المناقشة). على سبيل المثال، قد يتفجع نزيلٌ من مساعدته في الاستحمام، ولكنه يجد أنّ الاستحمام تحت الدوش أمام المُساعدة إهانة لكرامته. بإمكان المؤسسة أن تحاول إيجاد طريقة تحافظ بها على سلامته بالحد الأقصى وفي نفس الوقت تحترم كرامته، ربما بأن تقترح الاستحمام في حوض بدلاً من الدوش أو بإيجاد مُساعدة مختلفة يشعر معها النزيل بارتياح أكثر. إذا وجد النزيل هذه البدائل غير مُرضية وأصرّ على الاستحمام بمفرده ووقع في الحَمَام، فلا يجب اعتبار المؤسسة مهملة.

لا يمكن بالطبع أن تكون اتّفاقيات الخطر التفاوضي عذراً للإخفاق في توفير الخدمات الضرورية، كما لا يمكن الاستهزاء بها؛ على سبيل المثال، وجد الباحثون في ولاية نيويورك أنّ مؤسسة العيش المُعان كانت تسمح للنزلاء المرضى بداء السكر أن يتجاهلوا حميتهم الخاصة، ولكنهم إذا فعلوا ذلك كانت تبُلِّغ عائلاتهم (دون إذنه) وكانت تهدّدهم بالطرد. لا يجب أن تعمل برامج العيش المُعان على توجيه المديرين لتوقيع اتّفاقية خطر تفاوضي متى ما وقع نزيلٌ أو جال خارج المبنى أو أُصيب جلده بالانحلال، لأجل الهدف الواضح المتمثّل في محاولة تبرئة المؤسسة من السلوك المهمل. ولكن إذا كانت الاتّفاقيات ذات معنى - إذا كان النزلاء يفهمون ما يوافقون عليه، وإذا كانت المؤسسة تحترم بالفعل هذه الاتّفاقات - فإمكانها أن تكون وسيلة هامة لترجمة فلسفة الرعاية المتمحورة حول النزيل إلى واقع.

ينجح العيش المُعان بشكل رئيسي في حالة المستنّين السليمين معرفياً، شرط امتلاكهم للمال. إذا أردنا أن يكون العيش المُعان خياراً معقولاً لأكثر من مجرد أقلية صغيرة من المستنّين، فإنّ الوضع المالي

يجب أن يتغيّر. غالبية المسنّين الذين يعيشون اليوم في مؤسسة للعيش المُعان يدفعون من حسابهم الخاص. وهم يدفعون ما معدّله 2,524 دولاراً في الشهر؛ وأكثر من هذا بكثير في حالات عديدة. كانت دوروثي - المرأة ذات الحادثة المؤسفة في كلير بريدج في إيغان في مينيسوتا ذات الكلفة الأعلى للعيش في البلد - تدفع 3,450 دولاراً في الشهر، وقد كان ذلك في العام 1999. أما الرسم الشهري في العام 2003 لوحدة بغرفة نوم واحدة في مدينة مثل بوسطن فقد يصل إلى 5,600 دولار في الشهر. يشمل الرسم أجرة الغرفة والمنافع ووجبات الطعام بالإضافة إلى الرعاية الشخصية المتمثلة في نصف ساعة من الرعاية مرتين يومياً. ولكنه لا يشمل النفقات الطبية (مثل أقساط التأمين للجزء ب من برنامج الرعاية الطبية Medicare أو التأمين الطبي الإضافي)، وهو لا يغطّي النفقات الشخصية مثل الملابس أو قصّ الشعر.

يمكن لبرنامج المساعدة الطبية Medicaid - برنامج التأمين للفقراء - أن يدفع للعيش المُعان إما من خلال تأمين الضمان الاجتماعي الإضافي SSI أو من خلال خطط تنازلية خاصة. قدّمت إحدى وأربعون ولاية في العام 2003 تعويضاً جزئياً (ردّ النفقات) لمؤسسات العيش المُعان للنزلاء الفقراء عن طريق واحدة أو أكثر من هذه المقاربات. يمكن استخدام دفعات تأمين الضمان الاجتماعي الإضافي SSI لدفع نفقات الغرفة والطعام، ومن ثمّ يدفع برنامج المساعدة الطبية Medicaid تعويضات الخدمات (مدبرة الشقة، المساعدة الصحية البيئية) التي هي جزءٌ من رزمة العيش المُعان. ومع ذلك، فإنّ مستوى التعويض (ردّ النفقات) قليلٌ جداً بحيث إنّ معظم مؤسسات العيش المُعان لن تقبل ببرنامج المساعدة الطبية Medicaid، أما تلك التي تقبل به، فهي عادةً ما تحدّد من نسبة الوحدات السكنية التي سيقطنها نزلاء مستفيدون من

برنامج Medicaid. والنتيجة النهائية أنه، في العام 2003، لم يكن بين المليون شخص تقريباً الذين يعيشون في مؤسسات للعيش المُعان إلا 101,000 شخص مشارك في برنامج المساعدة الطبية Medicaid. من أجل الوصول إلى حلّ يجب إدراك أنه من المستحيل إيجاد فارق واضح بين الحاجات الطبية والاجتماعية مع تقدّم الناس في السن. إنّ ما يحتاجه المسنّون المصابون بعجز - سواء أكان ذلك العجز ناجماً عن الخرف أو اعتلال القلب أو التهاب المفاصل أو عن مزيج من حالات متعددة - هو رعاية طويلة الأمد. أو بتعبير آخر، هم بحاجة إلى خدمات داعمة طويلة الأمد. يتطلّب هؤلاء المسنّون، بسبب مشاكلهم الصحية، بيئة للعيش تمكّنهم من التغلّب الناجح على عجزهم. يجب أن تكون المداخل واسعة بما يكفي لتتسع لكرسي مدولب، ويجب أن يشتمل الحّمّام على كرسي مرحاض مرتفع وقضبان تمسك. كما يجب أن تكون ساعات الحائط كبيرة وذات أرقام واضحة، ويجب أن تكون الأروقة مضاءة بما يكفي لتتيح للنزلاء أن يجدوا طريقهم دون تعثر. أما تقديم الأوكسيجين للنزلاء الذين لديهم مشاكل بالتنفّس وعدم تقديم وسائل مساعدة على السمع للنزلاء الذين يعانون من مشاكل بالسمع ولا مساعدة صحية بيتية لشخص يجد صعوبة في الاستحمام فهي أمورٌ اختيارية كلياً.

من أجل الإيفاء بالحاجات الاجتماعية والإسكانية للمسنّين، نحن بحاجة لأن نضيف عنصر الرعاية الشاملة الطويلة الأمد لبرنامج الرعاية الطبية Medicare. إحدى الطرق لبلوغ هذا الهدف ستكون من خلال إعانة جديدة تُضاف إلى إعانات برنامج الرعاية الطبية. ستقدّم هذه الإعانة رعايةً طويلة الأمد، سواء في البيت أو في مؤسسة للعيش المُعان أو في دارٍ لرعاية المسنّين للأشخاص فوق سنّ الخامسة والستين،

والذين يحتاجون إلى مساعدة في اثنين على الأقل من نشاطات الحياة اليومية. قد تغطي هذه الإعانة 80 بالمائة من التكاليف بعد اقتطاع قيمته 10,000 دولار، على نحو مماثل لجدول الأجور المتبّع في برنامج Medicare لخدمات الأطباء بسقف أعلى يبلغ 200,000 دولار. وعندما يتم إنفاق الحد الأعلى المتفق عليه، سيضطر الأفراد أن يدفعوا من حسابهم الخاص أو أن يستخدموا تأميناً خاصاً للرعاية طويلة الأمد. أما برنامج المساعدة الطبية Medicaid فيكون متوفراً لأولئك الذين ليس لديهم مصادر مالية. سيتم تمويل الإعانة الجديدة بواسطة مساهمات في صندوق الائتمان، ربما من ضريبة رواتب خاصة أو من ضريبة المنح والممتلكات الفدرالية. تشير أفضل التقديرات بأننا إذا طبّقنا هذا البرنامج اليوم، فإن نصف الإعانات سيكون متوفراً خلال عشر سنوات، والإعانة الكاملة خلال عشرين سنة.

سنعمل نموذجياً على ضمّ برنامجي الرعاية الطبية Medicare والمساعدة الطبية Medicaid في برنامج واحد كي نمنع تنقل التكاليف بين الاثنين. ولكن كلتا الخطتين - الإعانة الخاصة بالرعاية طويلة الأمد ودمج برنامجي Medicare و Medicaid - ستكونان باهظتي الثمن. ستحتاج هذه التغييرات إلى إرادة سياسية استثنائية؛ أو ربما إلى مجرد حفنة من أعضاء مجلس الشيوخ والنواب الذين لديهم آباء مسنون سيكونون مرشّحين نموذجيين للعيش المُعان فقط إذا كانوا يحتملون تكاليفه. وكتدبير مؤقت، يجب على كل ولاية أن تقدّم العون المالي للمستفيدين من برنامج المساعدة الطبية Medicaid والذين هم مؤهلون للعيش المُعان. كما يجب أن يقدموا حوافز لمجمّعات العيش المُعان من أجل تقليل اعتمادها على المستأجرين الذين يدفعون من حسابهم الخاص. ومع انخفاض معدلات السكن نتيجة للإفراط في البناء في

أواخر تسعينيات القرن الماضي، فإنّ النزلاء الحاصلين على منحة يجب أن يصبحوا فجأةً مرغوبين إلى حدّ ما، على الأقلّ مقارنةً بالشقق الفارغة.

إذاً، لقد رأينا أنّ العيش المُعان - على الأقلّ في شكله الحالي - ليس حلاً حاسماً للمسنّين العاجزين عن تدبّر أمورهم في البيت ولكنهم يكرهون الدخول إلى دار لرعاية المسنّين. العيش المُعان مصمّم بشكل غير ملائم لرعاية الناس المصابين بالخرف، وهو غير متوفّر أساساً إلاّ للفئة الموسرة، ويفتقد إلى التنظيم الكافي لرعاية النزلاء الذين يعانون من أي درجة ملحوظة من الضعف الجسدي. لقد اقترحتُ حلولاً متنوعة؛ توسيع تغطية برنامج المساعدة الطبية Medicaid لتشمل العيش المُعان، وإضافة إعانة خاصة بالرعاية طويلة الأمد ضمن برنامج الرعاية الطبية Medicare، وتطوير أنظمة لمؤسسات العيش المُعان. ولكنّ الأمر الأكثر منطقية هو إدراك أنّ الفارق بين العيش المُعان والرعاية في دور المسنّين هو اصطناعي في أفضل الحالات ومُضرّ في أسوأها. فالمؤسسات القليلة للعيش المُعان التي تنجح جيداً في حالة المسنّين الذين يعانون من ضعف جسدي أو معرفي ملحوظ تشبه تماماً ما سيكون عليه دار رعاية المسنّين إذا كان فعلاً من الدرجة الأولى، وإذا كان مصمّماً ليكون النزيل محور اهتمامه. وهو لن يشبه بالضرورة مجتمعات الشقق المتألّثة التي تُطلق على نفسها مؤسسات للعيش المُعان والتي هي مُرضية فقط للمسنّين ذوي الدرجة الأعلى من الاستقلالية. ما يجب أن نسعى إليه بدلاً من ذلك هو ثلاثة مستويات من الرعاية طويلة الأمد، والتي يجب أن تتم تغطيتها جميعاً بواسطة نفس الآلية. سيكون المستوى الأدنى للرعاية مشابهاً جداً لما هي عليه معظم مؤسسات العيش المُعان اليوم: شقق خاصة مع حجرة طعام مشتركة، ونشاطات ضمن المبنى، وقدر أدنى من

الرعاية الشخصية. أما المستوى الثاني من الرعاية الملائم للعدد الأكبر من الناس فسيتضمّن المسنّين المعتمدين على غيرهم والذين يعيشون حالياً في مؤسسات للعيش المُعان وأولئك المعتمدين على غيرهم بدرجة أقل ويعيشون حالياً في دُور رعاية المسنّين. ستكون هناك غُرفٌ خاصة وحَمَامَات خاصة، وعددٌ أكبر من أعضاء فريق العمل المتمتّعين بقدر أكبر من التدريب ودرجة أعلى من الرعاية الشخصية والإشراف، وخدماتٌ طبية أكثر مما هو متوفّر حالياً في مؤسسات العيش المُعان. أما المستوى الثالث من الرعاية فسيكون ملائماً لمعظم المسنّين المعتمدين على غيرهم والذين يعيش معظمهم حالياً في دُور رعاية المسنّين ولكنّ بعضهم يعيش في مؤسسات العيش المُعان للمضعفين ذاكرباً. سيستمر هذا المستوى بتوفير الرعاية المتمحورة حول النزول، وسيوفّر بيئة عائلية أكثر مما هو موجود حالياً في معظم دُور رعاية المسنّين، ولكنه سيمنح النزلاء خصوصية أقل لأنّ الخلوة تصبح أقل أهمية عندما يصبح الفرد معتمداً على غيره بصورة متزايدة. وبالطبع، فإنّ الكرامة والاحترام سيقيان أمرين أساسيين، ولكن بالنسبة للفرد المحجوز في جسدٍ لا يستطيع السيطرة عليه، فإنّ الخلوة أحياناً تتحول إلى عزلة، وهي حالة موحشة ومخيفة.

إنّ وجهة النظر المتمثّلة بضرورة دمج العيش المُعان ورعاية دُور المسنّين تبدّد إزاء الحكمة التقليدية الحالية التي تعزّز نمواً أفضل لاستمرارية الرعاية. تبدأ هذه الاستمرارية في البيت، حيث يستفيد المسنّون من الخدمات الاجتماعية، وهي تتضمّن الرعاية النهارية للراشدين، وتتسع لتشمل العيش المُعان، وفي النهاية تنتهي في دار رعاية المسنّين. ولكنّ المبادئ الأساسية للعيش المُعان تطبق بنفس القدر على كل الرعاية طويلة الأمد حيثما وُجدت. يستند العيش المُعان، وفقاً لبعض

من أكثر مناصريه تبصراً، على محيط عيش سكني يدعم الاستقلالية، وعلى فلسفة تؤكّد على الاختيار والكرامة، وعلى القدرة على توفير خدمات تفي بالحاجات الفردية. يمكن على نحو مماثل تعريف النوعية في دُور رعاية المسنّين استناداً إلى المحيط الفيزيائي، والمحيط الاجتماعي، وملاءمة المساعدة الشخصية والطبية. ما من سبب يمنع أن تكون مجتمعات العيش المُعان ودُور رعاية المسنّين اللذان هما شكلان من الرعاية المؤسساتية طويلة الأمد - تُمنح الرعاية حالما يترك الفرد بيته الخاص - مصمّمتين بنفس الطريقة، وخاضعتين للمراقبة والتقييم بنفس الطريقة، ومدفوعتي التكاليف بنفس الطريقة.

العيش المُعان هو نتاج المثالية والاستشراف العملي واندفاع المقاولين وأمل المستهلك. إذا اعتمدنا على ذلك الأمل في السنوات القادمة، داعمين إياه بالرعاية طويلة الأمد وبإعانة برنامج الرعاية الطبية Medicare، وحامين له بأنظمة ملائمة غير خانقة، وراعين له بابتكارات مستمّدة من التجربة، فإنّ العيش المُعان سيصبح حينها نعمةً للجيل المسنّ الجديد (مواليد الفترة الواقعة بين عامي 1946 و1964).

انقواء البقاء

الطريقة القصوى لضمان أن مواليد الفترة الواقعة بين عامي 1946 و 1964 لن يضطروا إلى القلق بشأن مخاطر التقدّم في السنّ هي أن نبني الشيخوخة كلياً. وإبادة الشيخوخة، وفقاً لذينة أو أكثر من شركات التكنولوجيا الحيوية الجديدة، ليست مسألة مستحيلةً بالكامل. إذا كان من الممكن إيقاف عملية التقدّم في السنّ، فلن نكون بحاجةً للتفكير بشأن التعامل مع الضعف والهشاشة، أو لتخيّل تصميم أفضل لدور رعاية المسنّين، أو للسؤال ما إذا كان العيش المُعان ملائماً للناس المُصابين بالخرف. لن يصاب أحدٌ بالأمراض المصاحبة للشيخوخة مثل السكتة الدماغية أو اعتلال القلب أو داء ألزهايمر، ولا سيواجه أحدٌ أنواع الاتّكال والعجز الناشئة عن ضعف العضلات والمفاصل والذاكرة المضعّعة.

يفكّر العلماء - والمقاولون - أكثر فأكثر بشأن إمكانية القضاء على الشيخوخة أو على الأقل تأجيلها. وقد بدأ الفلاسفة والعلماء الاجتماعيون في تأمل عواقب التدخل في عملية التقدّم في السن. ولكن مع بداية القرن الواحد والعشرين، لا يزال من غير الواضح إن كان منع الشيخوخة هو أمرٌ ممكن الحدوث، ومن غير الواضح أكثر إن كان سيكون فكرة جيدة لو كان ممكناً.

أصبحت روث سكاتز مريضتي في عيد ميلادها السابع والثمانين. تلالأت عيناها البندقيتا اللون عندما أخبرتني عن ابنها: «ولدٌ طيّب،

يَتَّصِلُ دائماً لَيْسَ أَلْ عَن كُلِّ يَوْمٍ عِنْدَ السَّاعَةِ الثَّامِنَةِ مَسَاءً، سِوَاءِ أكَانَ الطَّقْسُ مَاطِراً أَمْ صَحَوّاً». وَتَرَفَّرَتْ عَيْنَاهَا بِالدَّمْعِ وَهِيَ تَخْبِرُنِي قِصَّةَ إِسْقَاطِهَا لِحَمَلِهَا، وَهِيَ قِصَّةُ عَاقِدَاتِ سَرْدِهَا عَلَيَّ مَا يَبْدُو مَرَّاتٍ عَدِيدَةٍ بِحَيْثُ إِذَا تَذَكَرْتُ كُلَّ التَّفَاصِيلِ رَغِمَ أَنَّ ذِكْرِيَّاتِهَا بِشَأْنِ كُلِّ شَيْءٍ آخَرَ فِي ثَلَاثِيَّاتٍ وَأَرْبَعِيَّاتِ الْقَرْنِ الْمَاضِي كَانَتْ مَشْوَهَةً، مِثْلَ انْعِكَاسِ فِي مِيَاهِ مَتَمَوِّجَةٍ. أَظُنُّ أَنَّهَا قَالَتْ بِأَنَّهَا أَسْقَطَتْ حَمَلَهَا ثَلَاثَ مَرَّاتٍ، مَرَّةً عِنْدَمَا كَانَتْ فِي مَرِحَلَةٍ مَتَأَخَّرَةٍ مِنَ الْحَمَلِ بِحَيْثُ إِنَّ الْجَنِينَ الَّذِي أَسْقَطْتَهُ كَانَ مَتَشَكِّلاً بِالْكَامِلِ. قَالَتْ: «وَمِنذُ ذَلِكَ الْحِينِ أَصْبَحْتُ أَتَنَاوَلُ حَلِيبَ أُكْسِيدِ الْمَغْنِيزِيُومِ. كُلُّ لَيْلَةٍ عَلَيَّ مَدَى السَّنَوَاتِ السَّتِينَ الْآخِيرَةِ. وَيَفْضَلُ حَلِيبَ أُكْسِيدِ الْمَغْنِيزِيُومِ، أَكْمَلْتُ شَهْرَ الْحَمَلِ». وَتَوَقَّفْتُ وَهِيَ تَحَاوِلُ جَاهِدَةً أَنْ تَتَذَكَّرَ وِلَادَةَ طِفْلِهَا الْمَعْجِزَةِ، وَهِيَ قِصَّةُ نَمَتْ مِنْ بَذْرَةٍ حَقِيقَةٍ وَلَكِنِهَا زُخْرِفَتْ إِلَى حَدِّ كَبِيرٍ مَعَ خُرُوجِهَا مِنْ شَفْطِيهَا الْمَتَشَقِّقَتَيْنِ: «أَخْبِرُنِي الطَّيِّبُ أَنِّي لَا يُمْكِنُ أَنْ أَنْجِبَ أَبْداً. وَأَنَّ الْحَمَلَ خَطِرٌ عَلَيَّ جِداً وَأَنَّ رَحْمِي سَيَنْفَجِرُ. وَلِهَذَا فَفَقْدُ لَزْمَتِ السَّرِيرِ لِمُدَّةِ خَمْسَةِ أَشْهُرٍ وَبَقِيَتْ هُنَاكَ لَبْقِيَةِ الْوَقْتِ. وَتَجَاوَزْتُ حَدَّ الثَّمَانِيَةِ أَشْهُرٍ. وَمِنْ ثَمَّ التَّسْعَةَ. وَمَعَ ذَلِكَ لَمْ يَخْرُجْ. لَمْ يُؤَلِّدْ جِيرَالِدٌ إِلَّا بَعْدَ عَشْرَةِ أَشْهُرٍ. هُوَ وُلِدْتُ طَيِّباً». وَأَعَادَتْ مِنْ جَدِيدٍ: «يَتَّصِلُ بِي كُلَّ يَوْمٍ عِنْدَ السَّاعَةِ الثَّامِنَةِ مَسَاءً، سِوَاءِ أكَانَ الطَّقْسُ مَاطِراً أَمْ صَحَوّاً».

كَانَتْ رُوثُ امْرَأَةً جَذَّابَةً، رَغِمَ أَنَّ الشَّمْسَ قَدْ أَبْلَتْ بِشَرَّتِهَا الْبِيضَاءَ عَلَيَّ مَرَّ السَّنِينَ. كَانَتْ بِهَجَّةً لَطِيبَةً الْجِلْدِ: كَانِ الطَّيِّبُ يَفْحَصُهَا شَهْرِيًّا بِأَحْثًا بِكَدِّ عَنِ سَرَطَانِ الْجِلْدِ، وَغَالِبًا مَا كَانَ يَجِدُ آفَةً مَشْبُوهَةً عَلَيَّ وَجْهَهَا أَوْ ذَرَاعِيهَا أَوْ صَدْرَهَا. كَانَتْ مِصَابِيَةً بِالتَّقْرانِ السَّافِعِ - مَسَاحَاتِ جِلْدِيَّةِ حَمِيدَةٍ مِنَ الْخَشُونَةِ وَتَغْيِيرِ اللَّوْنِ - وَالسَّرَطَانَةَ الْحَرَشْفِيَّةِ، وَهُوَ سَرَطَانٌ سَطْحِيٌّ يَجْمُدُهُ طَيِّبُ الْجِلْدِ أَوْ يَعْالِجُهُ بِدَوَاءٍ مَوْضِعِيٍّ. تَبَاهَتْ رُوثُ

عندما التقيتها لأول مرة بأنه قد أزيل من جلدها ست وعشرون بقعة، كانت جميعها إما خبيثة أو سابقة للسرطان. ومن ثم أخبرني لاحقاً أنها كانت خمسين بقعة، وأخبرتني مرة بمنتهى الجدّة أنها كانت خمسمائة بقعة.

كان الطب الحديث مفيداً لروث. فبالإضافة إلى تغلبها على إصرار الشمس على أن تصيبها بالسرطان، استطاعت أن تنتصر أيضاً على إتلافات الفصال العظمي. أخبرتني: «كانت ركبتي سيئتين جداً. تركتُ شؤون البيت لزوجي إدوارد. كان رجلاً صالحاً. لم ينسَ عيد ميلادي أبداً. دام زواجنا 55 سنة». وكما هو الحال في آفات الجلد، كانت الأرقام تتغيّر أحياناً ولم تكن متوافقة دائماً مع مرور الوقت. وأضافت: «كان يأتي كل سنة بشيء لعيد ميلادي. حتى خلال فترة الكساد الاقتصادي حين كان بلا وظيفة وبلا مال، أعطاني علبة وقال: روث، أنت نور حياتي. وفي داخل العلبة كنت أجد قرطاً أو دبّوس زينة أو شيئاً آخر لا تحتمله ميزانيته». وكانت روث بعد هذا الاستطراد تأخذ أحياناً في شرح منشأ التهاب المفاصل في ركبتيها فتقول: «كنت أجثو على ركبتي كل أسبوع وأنظف الأرض. وحين بلغت السبعين من العمر، بدأت ركبتي تصران. كانتا تُحدثان ضجيجاً مثل هذا». وأحدثت بلسانها صوت قرعة قصدت بها صوت احتكاك العظم ببعضه. وأكملت: «وكانتا تؤلمانني للغاية. ولهذا حصلتُ على ركبتيين جديدتين، واحدة تلو الأخرى. كنت أشعر بكثير من الألم عندما أمشي، والآن بإمكانني المشي لأميال». وبالإضافة إلى الركبتين الجديدتين، خضعت روث لعملية استبدال كامل للورك. كما عُرض لها أيضاً ميقاع (ضابطة النبض) بعد أن أصابتها نوبة قلبية صغيرة استحثتها الجراحة في وركها. أخبرتني بفخر: «أنا امرأة بالة إلكترونية. سأعيش للأبد».

منع الميقاع نوبات الإغماء، وحافظت جراحة تقويم العظام على قابلية روث للحركة، وأدت يقظة طبيب الجلد إلى إبقائها خالية من سرطان الجلد. وكان هناك المزيد من السحر الطبي: جراحة إعتام العدسة التي حافظت على بصرها، وحقن B12 الشهرية التي شفتها من فقر الدم. ولكن روث في أوائل العقد الثامن من عمرها - لم يستطع ابنها جيرالد أن يحدّد السنة بالضبط - أصبحت كثيرة النسيان.

لم تكن التغيرات ملحوظة في البداية. فبدلاً من مجرد سرد نفس القصص على مسامع جليسيها في كل مرة، كانت ترويها مرة أو حتى ثلاث مرات في الجلسة نفسها. ورغم أنها كانت دائماً استثنائية في حلّ المعضلات، لم يعد بإمكانها أن تكتشف كيف تتعامل مع الأمور المستجدة. إذا سُدّ الشارع قرب منزلها، لم يكن باستطاعتها أن تهتدي لطريق بديل، رغم أنها عاشت في نفس الحيّ لعقود. أما العلاقات العائلية فقد كانت مبركة لها تحديداً. فإذا قيل لها: "هذه سيلفيا، ابنة أخت جو. وبالطبع أنت تتذكرين إليانور، أخت جو". لم يكن بإمكان روث أن تتخيل أنّ إليانور هي والدة سيلفيا. كما كانت الأرقام محيرة أيضاً. كان مفهوم روث حول الأسعار يرجع لخمسينيات القرن الماضي. كادت موظفة الصندوق في الصيدلية المحلية أن ترسل في طلب الشرطة عندما أصرت أنها لن تدفع أكثر من خمسة سنتات للصحيفة، ولم يحسم النزاع إلا تدخل زبون آخر دسّ خمسة وأربعين سنتاً في يد الموظفة.

عزا جيرالد في البداية سلوك أمّه إلى موت والده. فقد كانا معتمدين كلياً على بعضهما لفترة طويلة جداً بحيث إنها انهارت بدونه. أخذ جيرالد والدته إلى الطبيب، وتناولت لفترة مضاداً للاكتئاب. ولكن لا شيء استطاع أن يبطل التقدم العنيد في مشاكلها الإدراكية؛ لا مضادات الاكتئاب، ولا النظارة الجديدة، ولا الوسيلة المساعدة للسمع،

ولا الانتقال إلى مسكن للمستئين حيث وجدت الرفقة وضروب التسلية. فرُوث، التي كانت دوماً قارئة والتي كانت تقول دوماً بأنها لو وُلدت متأخرة عشرين سنة لارتادت الجامعة، بدأت تُصاب بالخرَف.

وبفضل عمليات زرع العدسة واستبدال المفاصل، كان لا يزال بإمكان روث أن ترى وتمشي، وهو ما عوّض جزئياً عن ضعف ذاكرتها. ولكنها أصيبت بعد ذلك بنوبة قلبية أخرى. كانت نوبة صغيرة، ولكن أطباء القلب أجروا اختباراً خاصاً قادهم إلى الاستنتاج بأن روث كانت عند خطر محتمل للإصابة بلانظمية مميتة. أخبر الطبيب ابنها: "فيما عدا لانظمية القلب، هي في حالة جيدة. الشيء الوحيد المرجح أن يقتلها هو تسرّع القلب البطيني. وبإمكاننا فعل شيء حيال ذلك الآن. إنَّها مقاربة جديدة للغاية وتشتمل على استبدال الميقاع القديم بجهاز هو عبارة عن ميقاع ومزيل رجفان في نفس الوقت. بالإضافة إلى قدرته على اكتشاف نبضات القلب اللاسويّة والتدخّل بإشارات الكهربية الخاصة، يستطيع هذا الجهاز أيضاً أن يكتشف إذا كانت تختبر تسرّع القلب البطيني وسيقوم ألياً بإحداث صدمة كهربائية لإعادة نبض قلبها إلى نظمه الطبيعي. وهو نفس الإجراء الذي نستخدمه خلال توقّف القلب، ولكنه داخلي بدلاً من كونه خارجياً ويحدث تلقائياً". وابتسم طبيب القلب وهو يقول: "إنها تكنولوجيا مذهلة".

كان طبيب القلب محقّقاً. إنَّها تكنولوجيا مذهلة بالفعل، وما من شيء آخر كان مرجّحاً لأن يقتل روث في وقت قريب سوى نظم قلبها غير المنتظم. ومع مزيل الرجفان المنظّم للقلب الجديد، عاشت روث خمس سنوات أخرى، وكانت تزداد خرَفاً سنّة بعد سنّة.

عرفت أنّ مزيل الرجفان كان يُبقي روث حيّة لأنه كان ينطلق كل بضعة أشهر. كانت روث تصرخ مع انطلاقه؛ لم يكن صراخها في حدّ

ذاته خارجاً عن المؤلف، لأنها غالباً ما كانت تصرخ عندما تصادف شيئاً غير مؤلف أو عندما تشعر بالوحدة أو حين تكون خائفة دونما سببٍ ظاهر. ولكنَّ الممرّضات في دار رعاية المسنّين - احتاجت روث في هذه المرحلة إلى الرعاية التي يوفّرها دار المسنّين 24 ساعة في اليوم - أصبحن يميّزن صيحات الألم التي كانت روث تطلقها عندما ينطلق الجهاز. كانت تصرخ أحياناً: "لقد أُطلقَ عليّ الرصاص!" وأحياناً أخرى: "سأفقد جنيني!"

اقتضى بروتوكول مزيل الرجفان أن نرسل روث إلى المستشفى متى ما انطلق الجهاز. ولهذا كنا نتصل طائعين بسيارة إسعاف لتأخذ روث إلى أقرب مستشفى حيث يتمّ فحصها للتحقق إن كانت تختبر نوبةً قلبية أو إن كان هناك اختلال في وظيفة مزيل الرجفان. وفي رحلاتها العديدة إلى المستشفى، لم يكشف الفحص أبداً عن أيّ منهما. ولكن في كل مرة ذهبت فيها إلى المستشفى، كان يتمّ تسكينها بصورةٍ شبيهة كليّة. فليس من المفيد للمرضى الآخرين في وحدة العناية التاجية أن يكون معهم شخص يئن ويصرخ ويدّعي أنّ جميع الممرّضات سيّئات. ولدى عودتها إلى دار المسنّين، كانت روث تبقى نعسانة ومرتبكة بشدة لأيام.

وبعد زيارتها الثالثة للمستشفى، اتّصل بي ابنها وقال مُربكاً: «أعرف أنّ قلبها غير منتظم. وأعرف أنّ أطباء القلب يقولون بأنّ أمي يجب أن تذهب إلى المستشفى في كل مرة - وتلعثم قليلاً وأكمل - ينطلق فيها ذلك الجهاز البغيض. ولكن ما السوء في السماح لها بمجرد البقاء في دار المسنّين؟» ووافقت الرأي بأنّ اقتراحه كان معقولاً تماماً. ولكنَّ الممرّضات لم يكنّ مقتنعات. فلديهنّ قوانين عليهنّ اتّباعها، وقد قلقت أنّ الدار غير مجهّز لتدبّر أمر مريضة أصيبت لتوّها بنوبة قلبية (إذا حدث

وأصبحت روث بواحدة) أو أن ينطلق مزيل الرجفان لديها حين لا يجدر به ذلك. وبعد قدر كبير من الأخذ والرد، تقبل فريق الممرضات فكرة أن جيرالد كان مستعداً للمخاطرة. ستمّ مراقبة مزيل الرجفان، تماماً كما تمّت مراقبة الميقاع قبله، باستعمال آلية خاصة ولكن بدون دخول المستشفى.

وبعد ذلك ببضعة أشهر، بدأت روث تتحب دون سبب واضح. لم أستطع أن أجد مصدراً جسدياً واضحاً للألم، ولكنني وصفت لها المسكنات على كل حال، في حال أنها كانت تختبر الألم لا تستطيع أن تشير إليه أو أن تصفه. وعندما لم يؤدّ التيلينول لنتيجة، جرّبت الكوديين، ولكنه جعلها تهذي. كانت مقتنعة بأنّ الطيور تطير في أنحاء غرفتها وأنها ستفقأ عينيها إن هي استسلمت للنوم. وصاحت بأنّ رفرفتها كانت رهيبة وغطت أذنيها. أوقفت الكوديين وتلاشت الطيور، ولكنّ هذه الحالة ظلت تحصل على نحوٍ متقطع. حين كانت إنذارات الحريق تنطلق، كانت روث تتصل بابنها. لم يعد بإمكانها أن تتذكّر رقم هاتفه، ولكنه برمج الهاتف بحيث يكفي أن تضغط فقط على الرقم 1 متى أرادت الحديث معه. كانت تخبره مذعورة: «جيرالد، هناك حرب نووية!» وبدأت تقول: «هوو، هوو، هوو» على نحو متكرّر بين كل لقمة والتي تليها أثناء تناول الطعام، إلى أن طالب النزلاء الآخرون بإبقائها خارج غرفة الطعام. وتمّ إبعادها إلى الردهة بجانب غرفتها.

وبعد عيد ميلادها الثالث والتسعين بفترة وجيزة، نقلتها إدارة دار المسنّين إلى طابق آخر بدا لجيرالد أشبه بمؤسسة للمرضى العقليين منه بدار لرعاية المسنّين: كان النزلاء يجولون في الردهات بحثاً عن أمهاتهم المتوفيات منذ زمن طويل، أو عن مفاتيح سياراتهم التي أُجبروا على تسليمها منذ سنوات. أما صياح روث ونحيبها فقد حُجبا بواسطة

رجل مسنّ متأق المظهر كان ينادي: «تعال إلى هنا، تعال إلى هنا» متى ما تحرّك شيء ضمن نطاق بصره، وبواسطة امرأة مفرطة الوزن جداً كانت تغني باستمرار ليتل جاك هورنر.

تحطّم قلب جيرالد حين رأى أمه في وحدة الحَرْف. وأخذ موعداً للقائي أنا والعاملة الاجتماعية في الدار. توقّعتُ منه أن يطلب نقل أمه إلى وحدة أخرى، إلى طابق يكون فيه النزلاء أكثر هدوءاً وأقل ضعفاً معرفياً. وبادرت العاملة الاجتماعية بالقول: «أعرف أنّه من الصعب عليك جداً أن ترى أمك هنا».

فاجأنا جيرالد حين أكّد لنا أنّ الأمر كان صعباً، ولكنه مدركٌ تماماً بأنّها كانت في الوحدة التي تنتمي إليها وفقاً لحالتها. ورجاني أن أعطيها كل الأدوية الضرورية لتهدئتها، ومن ثم سأل ما إذا كانت هناك أي طريقة لإيقاف تشغيل مزيل الرجفان.

لم أكن واثقة للحظة أنني استوعبت ما يريده. كان جيرالد قد أصيب بسكتة دماغية وكان كلامه مبهماً بعض الشيء. وكان يواجه أحياناً صعوبة في إيجاد الكلمات المناسبة للتعبير عن نفسه.

إنّ الخطر المتمثّل باحتمال إطالة طب الشيخوخة للحياة دون تحسين نوعيتها هو خطرٌ حقيقي. كما أنّ المناقشة بشأن ما إذا كانت المقاربات القائمة للرعاية ستقود إلى مفهوم انضغاط المرّضية المتمثّل بتقلّص فترة العجز والاعتماد على الغير مع ازدياد مدى العمر الإجمالي، أو أنها ستقود بدلاً من ذلك لفترات طويلة متزايدة من الضعف والهشاشة، لا تزال بعيدة جداً عن الحسم. انخفض معدّل العجز في الشيخوخة في السنوات الأخيرة مُعطيّاً مصداقية أكبر لمؤيدي مفهوم انضغاط المرّضية، ولكنّ معدّلات العجز الوخيم تبقى ثابتة. يجادل بعض المقاومين العنيدون بأنّ ترافق الحياة الطويلة مع العجز هو أمرٌ غير

ذي أهمية، ويصدّون أي محاولة تقترح أنّ إضافة الحياة إلى السنوات هو أكثر أهمية من إضافة السنوات إلى الحياة. ويؤكدون بأن كل هذه القرارات يجب أن تُترك للفرد. قد يختار بعض الناس، إذا كانوا يملكون الخيار، أن يتناولوا حبة طول العمر؛ أمّلين أو مراهنين أو مُصلّين بأنهم لن يصابوا بالخرف أو أنّ العلماء سيجدون قريباً طريقة لعكس التلف العصبي الدائم الناجم عن داء ألزهايمر حالياً. ولكن ما لم تتحصّن معالجة الخرف بصورة هائلة، فإنّ شبح الأجساد القوية التي تأوي عقولاً منهارة سيستمر في مطاردتنا.

يجسّد تيثوناس والستردبراغز وروث سكاتز معضلة الاستراتيجية التدريجية الحالية نحو الشيخوخة. يستلزم الواقع الحالي معالجة ومحاولة شفاء مرض واحد في كل مرة، وهو ما يدعم فقط الأجسام المُخفّقة. المؤيّدون للحياة الطويلة هم مَطَّلعون كلياً على حدود هذه المقاربة للشيخوخة. يرى المقترحون لوجهة نظر تُعرّف بالنظرية الوحيدة للشيخوخة روث سكاتز (ومن هم مثلها) كتوضيح عملي مثير للسبب الذي يجعل إيقاف عملية الشيخوخة برمتها هو المقاربة الصحيحة للتحكّم بالشيخوخة. هذه النظرية، التي تؤمن بوجود مفتاح تشغيل/إيقاف، تشير ضمناً إلى أنّ إيجاد هذا المفتاح وتعلّم كيفية التحكّم به سيقود إلى المحافظة الآتية على وظيفة كل أجهزة الجسم. وستكون النتيجة، وفقاً لريتشارد ميلر العالم بطول العمر المعروف، زيادةً في متوسط مدى العمر إلى 112 سنة وفي مدى العمر الأقصى إلى 140 سنة.

العلماء ماضون في إثر مفتاح التشغيل/الإيقاف. أكثر الأماكن وعداً بالنجاح للبحث عنه مخفيّ ضمن جيناتنا. وقد يكون الحلّ في الدودة المنخفضة الرتبة البيولوجية؛ وعلى وجه التحديد، كائن طوله ميليمتر

واحد يُعرف باسم الدودة العصوية الحديثة *Caenorhabditis elegans* أو باختصار *C. elegans*. وهي عبارة تقنياً عن دودة خيطية تعيش في التربة، ما يعني أنها تعيش على النباتات المتعفنة. أما السبب وراء شهرة الدودة العصوية الحديثة بين علماء الأحياء المهتمين بدراسة الشيخوخة هو أنها كائن حي متعدد الخلايا وبالتالي هي تشبه البشر أكثر قليلاً مما تفعل الخميرة، مثلاً، التي تمت أيضاً دراسة جيناتها الخاصة بطول العمر. وإضافةً إلى ذلك، فإن جسد هذه الدودة شفاف، ما يسمح برؤية جميع خلاياها غير التناسلية والبالغ عددها 959 خلية بوضوح تحت المجهر. تملك الدودة العصوية الحديثة جهازاً عصبياً بدائياً وهي قادرة على التعلّم الشديد البدائية. تعيش الدودة العصوية عادة لأسبوعين أو ثلاثة، ما يعني إمكانية إجراء التجارب المشتملة على الجينات المؤثرة على مدى العمر في فترة معقولة من الوقت، على خلاف التجارب المشابهة على قروود الرّيس التي تعيش ما معدّله 24 سنة.

اكتشف العلماء في شركة إيكسبير التكنولوجية الحيوية أنّ هناك عدة جينات متميّزة تؤثر على طول العمر في الدودة العصوية الحديثة. يمكن للطفرات عند نقطة مفردة في الجين أن تضاعف متوسط مدى العمر للدودة، ويمكن للطفرات في جينين مختلفين من جينات طول العمر أن تضاعف مدى العمر للدودة ثلاث مرات تقريباً. والأكثر من ذلك أنّ الجينات المتحكّمة بطول العمر للدودة هي مطابقة تقريباً لتلك الموجودة في ذبابة الفاكهة والخميرة والفئران، ما يزيد من احتمال كون هذه الجينات تمثّل آلية تحكّم عالمية لمتوسط العمر المتوقع. وكما يعبر عن ذلك العلماء المؤسسون لشركة إيكسبير: "عندما تتغيّر الجينات المفردة، فإنّ الحيوانات التي يجب أن تكون مسنّة تبقى شابة." ولدى البشر، ستكون هذه الطفرات مشابهة لشخص في التسعين في

عمره ولكنه يبدو ويشعر كما لو كان في الخامسة والأربعين. وعلى هذا الأساس، نحن نبدأ في التفكير بالشيخوخة على أنها مرضٌ يمكن شفاؤه، أو على الأقل تأجيله. هذا التحوّل النموذجي هو في جزءٍ كبيرٍ منه نتيجة لتحليل الطفرات أحادية الجين التي تؤثر على الشيخوخة لدى الكائنات الحية النموذجية.

ومع ذلك، فإنّ تعيين الجينات المرتبطة بالشيخوخة لن يقود فوراً إلى إيقاف تشغيلها. اكتشف العلماء التركيب الكيميائي للهيموغلوبين في العام 1956، ومن ثمّ استنتجوا تسلسل الجين لهذا البروتين في العام 1978، وتوصلوا من تلك المعلومة إلى فهم كيفية تسبّب شكل لاسويّ من البروتين في تشوّه كريات الدم الحمراء التي تسبّب مرض فقر الدم المنجلي. ولكن بعد مرور ثلاثة عقود تقريباً، لم يتوصّل العلماء بعد إلى علاج فقر الدم المنجلي. قصة اللياف الكيسي مشابهة. اللياف الكيسي - مرض الصبغ العادي المتنحّي الأكثر شيوعاً في نصف الكرة الأرضية الغربي - هو مرضٌ وراثي آخر يشتمل على حدوث طفرة في جين مفرد. هذا الجين مسؤول عن إنتاج مادة ضرورية تمنع انسداد الرئتين بالإفرازات. تمّ في العام 1985 توجيه طفرة بدقة بالغة إلى منطقة صغيرة من الكروموسوم 7، وفي العام 1989، تمّ عزل الجين المعيوب المسؤول عن اللياف الكيسي. ورغم أنّ هذه الاكتشافات قد أدّت إلى تقدّم هائل في فهم اللياف الكيسي، وحتى إلى معالجة جينية ناجحة جزئياً، إلا أنه ليس هناك علاج لمرض اللياف الكيسي حتى الآن.

وحتى إذا تمكّنا من علاج هذه الأمراض الوراثية، فلن نكون بالضرورة قادرين على منع الشيخوخة. إنّ علاج فقر الدم المنجلي أو اللياف الكيسي من خلال التقنيات الجينية سيشتمل على إصلاح أو استبدال الجين اللاسويّ، في حين أنّ تأخير الشيخوخة سيستلزم إيقاف

تشغيل الجين. إن العديد من أوجه التنظيم الجيني ليس واضحاً؛ كيف تعمل، ولماذا تصنع الجينات أحياناً البروتينات وأحياناً أخرى لا تفعل، ولماذا تصنع الجينات في بعض الأحيان قدراً كبيراً من البروتينات وفي أحيانٍ أخرى لا تصنع سوى القليل.

يُحتمل أن يكتشف العلماء مستقبلاً طرقاً غير مباشرة للتأثير على مفتاح الإيقاف/ التشغيل، حتى لو كانوا لا يستطيعون أن يكتشفوا بالضبط كيفية إيقافه. إحدى الاستراتيجيات الممكنة التي راجت في تسعينيات القرن الماضي هي التلاعب بالأجزاء الانتهائية telomeres. تملك جميع الكروموسومات تسلسلات غامضة مكررة للحمض النووي المنقوص الرّبيبي DNA عند أطرافها، تُعرّف بالأجزاء الانتهائية. وبينما تنقسم الخلية وتهرم، تصبح الأجزاء الانتهائية أقصر فأقصر إلى أن تصل إلى طولٍ حرجٍ لا تعود الخلايا عنده قادرةً على الانقسام. يمنع الأنزيم تيلوميراز telomerase الأجزاء الانتهائية من التناقص. والواقع أنّ الخلايا السرطانية تحتوي على كميات كبيرة من التيلوميراز، ما يتيح لهذه الخلايا أن تتضاعف بشكل غير محدد. كان مايكل وست، وهو عالم جدالي مؤثر نابضٌ بالحياة، واحداً من أوائل المؤمنين بالأجزاء الانتهائية كحلٍّ للشيخوخة. أسس وست - طبيب ثمّ متخصص في علم الحيوانات الجزيئية - شركة أطلق عليها اسم جيرون لعزل الجين من أجل أنزيم التيلوميراز.

أما أكثر الطرق قبولاً نظرياً لمنع أو تأخير الشيخوخة، مع الأخذ بعين الاعتبار الوضع الحالي للمعرفة، فهي التقييد الحراريّ (وحدة حرارية). ففي القوارض مثلاً، يؤدّي استهلاك 60 بالمائة فقط من المأخوذ الحراريّ المعتاد - مع المحافظة على نظام غذائي متوازن - إلى زيادة في مدى العمر نسبتها 30 بالمائة. لم يثبت أحد أنّ هذه

الظاهرة تبقى صحيحة في رتبة الرئيسات، لأن التجارب على القروء المقيدة حراريًا لم تستمر لفترة طويلة بما يكفي لتسمح باستنتاجات بشأن طول العمر. ولكن القروء المُضعفة تُظهر بالفعل دليلًا غير مباشر على أنها تشيخ ببطء: على سبيل المثال، تكون أجهزتها المناعية يقظة أكثر من الأجهزة المناعية للقروء المكننزة. ولكن بدون وجود أي وسمة جيدة للشيخوخة - وليس هناك أي واسم في الوقت الحاضر - فإن الطريقة الوحيدة لنتقّر إذا كانت الشيخوخة قد أختت هي أن نتنظر ونرى كم سيمضي من الوقت قبل أن تموت القروء.

يؤمن عددٌ قليل من العلماء بأن القيود المتشددة على الأكل سيحتملها العديد جدًا من الناس، حتى مع وجود حافز قوي مثل إطالة الحياة. يُعتقد حاليًا أنّ ثلث الشعب الأميركي تقريبًا مُصابٌ بالبدانة. ورغم نتائج الأبحاث التي حذرت من أنّ عاداتهم في الأكل هي سببٌ في تقصير حياتهم، إلا أنها لم تكن كافية لاستحثاث هؤلاء الأفراد الزائدي الوزن على تقليل أكلهم وزيادة ممارستهم للرياضة، وهما الوسيلتان الوحيدتان الأكيدتان لخسارة الوزن. وبالتالي، فإنّ حلم العلماء ليس أن يكتشفوا وسيلة لتغيير السلوك بل أن يجدوا مركبًا كيميائيًا يحاكي التأثيرات الكيميائية الحيوية للتقييد الحراري. الفكرة هي أن نخدع الجسم ليحسب أنه في حالة مجاعة واستحثاثه للدخول في طور المحافظة على النفس. وتامامًا كما يتعلّم الناس أن يكونوا اقتصاديين عندما تكون الأوضاع الاقتصادية رديئة، تتحول الكائنات الحية على نحو مماثل إلى حالةٍ أفضية منخفضة عندما يكون الإمداد بالطعام شحيحًا. وما إن تصبح مصادر الطعام متوفرة، فإنّ الكائنات يمكنها من جديد أن تحافظ على أجسامها وتتناسل. ولكن عندما يكون الطعام محدودًا، فإنّ التوازن بين المحافظة الذاتية على النفس والتناسل يبدّل إلى عمليات

الصيانة والإصلاح الخلوي الأساسية. توصل العلماء الآن إلى مواد بدا كأنها تحاكي التأثيرات الكيميائية الحيوية للتقييد الحراري، مثل 2DG (2) - ديوكسي - D - غلوكوز) التي تشوُّش أيض الغلوكوز لدى الجرذان، ولكن تبين أن هذه المواد لها تأثيرٌ سام عندما تُعطى في جرعات كبيرة أو على مدى فترات طويلة من الوقت تكون كافية للتأثير بفاعلية على الشيخوخة. ولا يزال البحث مستمراً.

إذا كانت جينات طول العمر، والأبحاث الخاصة بأنزيم التيلوميراز، والتقييد الحراري (وحدات حرارية) لن تقودنا قريباً إلى حبة مضادة للشيخوخة، فقد تكون مضادات التأكسد هي الحل. إنَّ معظم التلف الذي يصيب الخلايا والمادة الجينية، وهو تلفٌ يسبب الشيخوخة بزيادة قابلية الكائن الحي للأمراض، قد يكون نتيجةً للجذيرات الحرة. بما أن هذه الجزيئات العالية النشاط الكيميائي هي مُنتج ثانوي لعملية الأيض الطبيعي، فقد طوّر الجسم بالفعل مواد كيميائية أخرى تكس الجذيرات الحرة. يمكن لهذه العوامل المنظفة المتواجدة طبيعياً أن تؤخّر الشيخوخة نظرياً. هناك مركبات متنوعة تعتبر ملائمة تماماً، بما فيها superoxide dismutase وفيتامين E. قد يثبت أيضاً أن مضادات التأكسد تلعب دوراً في تأخير الشيخوخة لأنَّ إحدى عواقب التقييد الحراري، الذي يؤخّر الشيخوخة بالفعل لدى الفئران على الأقل، هي نقص النشاط الأيضي ونقص إنتاج الجذيرات الحرة. ولكن ليست هناك سبل أكيدة لينبوع الشباب في الوقت الحاضر.

إذا توصل العلماء بالفعل إلى إنتاج دواء مضاد للشيخوخة، فلن يعني ذلك أننا سنكون خالدين. حتى لو كان هناك مفتاح يسير عملية الشيخوخة، فإنَّ إيقافه لن يقود إلى إطالة غير محدّدة للحياة. ففي غياب أجهزة الإصلاح والترميم، ستضعف الأعضاء في النهاية وتخفق.

وبالطبع، فإنَّ إيجاد الجين الذي يتحكّم بطول العمر لن يلغى قابليتنا للعنف أو احتمال الموت بسبب الحوادث. وفي جميع الأحوال، ليست إطالة الحياة محتملة بالنسبة لمواليد الفترة الواقعة بين عامي 1946 و1964 الذين أصبح العديد منهم على حافة الشيخوخة.

قد يكون التوصل إلى طريقة تمكّنا من العيش حتى سنّ الأربعين بعد المائة أمراً صعب التحقيق قريباً، ولكن هناك أمثلة بالفعل لأناس عاشوا حتى سنّ كبيرة جداً في عصرنا الحاضر دون أن يعانون تقريباً من أيّ مشاكل طبية أو عجز ملحوظ. يقترب المئويون - الذين كان هناك أكثر من 88,000 مئوي منهم في الولايات المتحدة في العام 2004 - من نموذج المؤيدين لطول العمر وقد يزوّدون بدلائل قيّمة للشيخوخة الناجحة.

يوافق توم بيرلز على الفكرة السابقة، وهو اختصاصي طبّ الشيخوخة ومؤسس دراسة نيوانغلند للمئويين. اكتشف بيرلز أنّ المئويين هم غالباً أكثر صحةً ونشاطاً من نظرائهم الثمانينيين، وبأنّ أولادهم يكونون على الأرجح تسعينيين، وبأنهم بدؤوا أصغر سنّاً وأكثر نشاطاً من نظرائهم حين كانوا في سنّ السبعين والخمسين وحتى الثلاثين. وقد نجوا نموذجياً من الأمراض الفاجعة خلال كامل حياتهم، وتجنّبوا على نحو متكرّر العديد من الأمراض - إن لم يكن جميع الأمراض - المرتبطة بالشيخوخة، بما فيها اعتلال القلب والخرف. وقد تدبّروا العمل البطولي المتمثّل بالشيخوخة الناجحة، حيث لم يحافظوا فقط على خلوّ أجسادهم من الأمراض حتى النهاية، ولكنهم احتفظوا أيضاً بمستوى عالٍ من الوظيفة العقلية والجسدية وبقوا منهمكين بفاعلية في الحياة.

جانا كالمون هي النموذج للمئويين، وهي امرأة فرنسية كانت عند وفاتها في سنّ الثانية والعشرين بعد المائة أكبر إنسان موثّق في التاريخ

الحديث. بدءاً من سنّ الخامسة عشرة بعد المائة، احتفلت جانا بكل عيد ميلاد لها مع الصحفيين. ورغم كونها عمياء تقريباً وضعيفة السمع جداً، إلا أنها بقيت سليمة عقلياً حتى سنواتها الأخيرة حين فقدت قليلاً من بريقها. دَخنت جانا السجائر حتى عمر العشر سنوات بعد المائة، وهو ما أثار استياء المؤيدين لأسلوب الحياة الصحي، ولكنها عوّضت جزئياً عن ذلك بركوبها الدراجة حتى سنّ المائة. وحين سئلت عن سبب عمرها الطويل - وكأنما يمكن اكتشاف السر بمجرد الاستبطان - عزت حياتها الطويلة إلى حسن الفكاهة لديها.

وعلى نفس القدر من الشهرة هناك الأوكيناويون المعمّرون. فمتوسط عمرهم المتوقع هو الأكبر في العالم أجمع، حيث يتجاوز ذلك لجيرانهم المعمّرين نسبياً في أرض اليابان. يمكن لطفلةٍ حديثة الولادة في جزيرة أوكيناوا اليوم أن تتوقع العيش حتى سنّ السادسة والثمانين. تملك أوكيناوا أعلى معدّل للمثويين بين جميع الدول، حيث يبلغ حالياً 34/100,000 مقارنةً بحوالى 10/100,000 فقط في الولايات المتحدة. كما أنّ معدّلات اعتلال القلب والسكتات الدماغية والسرطان هي أقل بكثير من تلك الموجودة لدى نظرائهم في العالم الغربي. ربما يرجع سبب نجاحهم جزئياً إلى نظامهم الغذائي؛ فهم يأكلون الحبوب والفاكهة والخضار بشكل رئيسي، والأسماك بدلاً من اللحوم كمصدر رئيسي للبروتين. كما يستهلكون قدرأ أقل من السعرات الحرارية، بمعدّل 500 سعرة حرارية أقل من الأميركيين. يعيش الأوكيناويون أيضاً في جوّ دافئ مشمس، ومعدّلات الرضى الوظيفي لديهم أعلى، ويشتهر مجتمعهم بشبكاته الاجتماعية الممتازة وأنظمتها الداعمة. ومع ذلك، فمن المرجح أن تكون نزعتهم الطبيعية لطول العمر وراثيةً في معظمها. الشعب الأوكيناوي متجانس إلى حدّ ما، وقد بدأ أفراداً مؤخراً

فقط بالتخلي عن قراهم التقليدية ومغادرة الجزيرة الجميلة التي تجذب اهتماماً متزايداً من العالم الخارجي.

بإمكاننا أن نتعلم شيئاً هاماً من المثويين. فهم غالباً ما يملكون الحكمة الناشئة عن تجاربهم المتراكمة التي يحبون مشاركتها مع الآخرين، والتي هم قادرون على مشاركتها لأنهم غير مُثقلين بأمراض متعددة يفرض كل منها نظامه الخاص من الأدوية واختبارات المراقبة وزيارات الطبيب. عالم المثويين هو النقيض لمجتمع المستن في فلوريدا الذي طوّر ثقافةً تتمحور حول صحة أفرادهِ. فالمسنّ الفلوريدي العادي يرى عدة اختصاصيين، حيث يزور أكثر من طبيب واحد كل أسبوع. وعندما يجتمعون حول المائدة، يأخذون في تبادل قصص زياراتهم للأطباء. فإذا أخبر عضوٌ من المجموعة أنه قد رأى اختصاصياً جديداً - قد يكون طبيب مفاصل انضم إلى مجموعته المؤلفة من طبيب قلب وطبيب جهاز بولي وطبيب داخلي عام - فإنّ الآخرين يضيفون الطبيب الجديد بحماس إلى قوائمهم الخاصة من مزوّدَي الرعاية. ينفق برنامج الرعاية الطبية Medicare في بعض أجزاء فلوريدا - الولاية ذات الفريق المسنّ الأكبر في الولايات المتحدة - أكثر من ضعفي ما ينفقه للرعاية الصحية لكل فرد في أي مكان آخر. أما ما يحصل عليه مسنّو فلوريدا مقابل هذه الهبات السخية فهو المزيد من أيام الإقامة في المستشفى، والمزيد من الاختبارات، والمزيد من الدخول إلى وحدة العناية الفائقة، والمزيد من الاستشارات التخصصية الفرعية في الأشهر الستة الأخيرة من حياتهم، دون توفّر أي دليل على أنّ الاهتمام الزائد يحسّن نوعية الرعاية.

وهناك درسٌ آخر يمكننا تعلّمه من المثويين. الادّعاء المعتاد هو أنّ المثويين يبقون أقوياء إلى أن يحدث شيء مفاجع ينهارون معه كلياً.

يختلف المثويون عن الناس الآخرين بأنّ عملية الشيخوخة تكون عندهم مؤجلة؛ ففي سنّ الخامسة والتسعين تكون أعضاؤهم مثل تلك الموجودة لدى شخص في الخامسة والسبعين من عمره. ولكن ما من سبب يدعونا للاعتقاد بأنّ أعضاءهم مبرمجة لتخفق آتياً. إنّ السبب وراء موت المثوي من التهابه الرئوي أو نوبته القلبية هو أنّ الأطباء لا يعالجون مرضاهم الذين تجاوزت أعمارهم المائة على نحوٍ عدواني؛ فهم لا يدخلونهم روتينياً إلى وحدة العناية الفائقة، ولا يضعونهم على آلة تنفس، ولا يبدأون معهم الميز الغشائي، ولا يبادرون بأيّ من المداخلات التي هي شائعة بالنسبة للثمانينيين. يموت المثويون بسرعة لأننا ندعهم يموتون، ويموت الثمانينيون ببطء لأننا لا ندعهم.

رغم أنه لم يكن مثوياً على وجه التحديد - كان عمره 99 سنة فقط - إلا أنّ بوب مردوخ كان يملك كل السمات المميزة لرجل شاخ بنجاح. عاش مردوخ في دار لرعاية المسنين، ولكنه فعل ذلك لأنّ زوجته احتاجت إلى رعاية دار المسنين. أراد أن يكون معها، وفي الوقت الذي انتقل فيه إلى الدار كانت شروط الدخول أقل تشدداً مما هي عليه اليوم. كان بوب مكرساً نفسه كلياً لزوجته العليلّة التي كانت عمياء وخرقة وتعاني من سرطان الثدي. كان يساعدها على الاغتسال وارتداء الثياب، وكان يذهب معها إلى الحفلات الموسيقية ويتحدّث إليها. وكانا يلعبان بورق اللعب معاً ويعوّض كل منهما عن ضعف الآخر؛ كانت عاجزة عن الرؤية، وكان بالكاد يسمع. والأهم من هذا كله أنها عندما بدأت تفقد الاهتمام بالعالم من حولها، وحين بدأت تقضي معظم أيامها جالسة على كرسيها بهدوء، كان يجلس بجانبها ويمسك بيدها. وعندما ماتت غيرترود، كان بوب محطماً. واعترف بأنه قد فقد سببه للعيش، وأصبح راغباً في الموت. ولكنه كان في الخامسة والتسعين فقط ولم

يحن مواعده بعد.

وبعد فترة حداد دامت ستة أشهر، بدأ بوب يستعيد حيويته السابقة مدعوماً بإيمانه الديني ومشجعاً بزيارات من رجل الدين وبعض أبناء عمومته المخلصين، حيث لم يكن لديه أولاد. استأنف الذهاب إلى الغداء مع الرجال الآخرين في نفس طابقه، وانضم إلى مجموعة لممارسة التمارين الرياضية، واشترك بصحيفة وقرأها كل يوم. وعدا عن ضعف سمعه والتهاب مفاصله الخفيف، لم يكن بوب يعاني من مشاكل طبية.

كانت سنته الثامنة والتسعين مرهقة بعض الشيء. كسر بوب في سنته تلك كاحله ووركه قبل أن أدرك أنه كان يعاني بالفعل من حالة طبية ملحوظة: ترقق العظم. من شأننا أن نفكر بترقق العظم على أنه مرضٌ خاص بالنساء بعد سنّ الإياس، وهو كذلك إلى حدّ كبير ولكنّ الرجال ليسوا منيعين. فمن شأنهم فقط أن يكونوا أكبر سنّاً من النساء عندما يصابون به. إذا عاش الرجل حتى التسعين فما فوق، فهو عند خطرٍ محتمل كبير للإصابة به. يُقدَّر أنّ ثلث النساء وسدس الرجال سيكسرون وركاً مع بلوغهم سنّ التسعين.

كان تعافي بوب من كسوره سريعاً وهادئاً. ومع ذلك، فقد أصيب ببعض التأثيرات الجانبية غير المحتملة من جراء تناوله للدواء المقوِّي للعظم الذي وصفته له، وتطلّب الأمر قدراً لا بأس به من الضغط كي يوافق على تناول مكملات الكالسيوم وفيتامين D. أخبرني: "لا أحب الحبوب". ولكنه التزم بتوصيات معالجه الفيزيائي وخرج سالماً من مناوشاته مع مقوِّمي العظم. وخلافاً للعديد من المسنّين الذين يكسرون عظامهم، لم يُصَب بوب بأي عجزٍ جسدي، حتى أنه لم يحتج إلى عكاز.

وبعد عيد ميلاده التاسع والتسعين بفترة وجيزة، أُصيب بوب بعدوى تنفسية. كان موسم الإنفلونزا، وكان هناك تفشٌّ للمرض في دار المسنين. كان قد حُقِنَ بلقاح ضدَّ الإنفلونزا، ولكنَّ جهازه المناعي لم يعد قوياً كما كان، ويُرجَّح أنه كان عاجزاً عن صنع الأجسام المضادة لفيروس الإنفلونزا التي كان من المفترض أن تستحثها الحقنة.

كان محموراً باعتدال على مدى يوم كامل، ومن ثمَّ أصبح مريضاً جداً على نحو مفاجئ. ارتفعت درجة حرارته كثيراً وأصبح تنفّسه مُجهداً وفقد شهيتَه للأكل. وبعد استشارة عاجلة لعائلته - أبناء عمومته المخلصون - كان هناك إجماعٌ على أنّ بوب يجب أن يُعالج في دار المسنين لا أن يُهرَع به إلى المستشفى. وحين أُصيب بالتجفاف بسبب عدم شربه ما يكفي من السوائل مع اشتداد الحمى، قادت محادثة أخرى مع عائلته إلى القرار القاضي بالامتناع عن السوائل الوريدية. ستُقدّم له أنواع العصير التي يفضلها وسيُعطى المضادات الحيوية إذا كان متيقظاً بما يكفي لتناول الحبوب، ولكننا لن نجربَ أيّاً من العلاجات الرئانة. والعلاجات الرئانة بالنسبة لبوب مردوخ تعني المستشفيات والقطرات الوريدية بالإضافة إلى آلات التنفس.

وبعد ذلك بيوم، دخل بوب في حالةٍ من اللاوعي. لم يعد بإمكانه أن يتناول أي شيء من خلال فمه. كان محتقناً جداً وكان يجاهد ليتنفس، ولهذا وصفت الأوكسيجين والعلاجات التنفسية المعطاة من خلال مرذّة. ساعد هذا قليلاً ولكنه مع ذلك بدا غير مرتاح. ازرقّت شفّته وأكد الجهاز الذي أجريناه على إصابه لقياس كمية الأوكسيجين في جسمه أنّ رثيته كانتا تفشلان وظيفياً. وصفت له جرعات صغيرة من المورفين سهّلت تنفّسه على الفور. ووضعتُ مساعدته التمريضية، التي عرفته لسنوات وكانت تدعوه جدّها بحنان، فوطاً باردة على وجهه لأنَّ

حمولات الأسيتامينوفين المأخوذة على مدار الساعة لم تخفض درجة حرارته. لم يستيقظ بوب مردوخ أبداً. مات بعد ثلاثة أيام فقط من إصابته بالتهاب الحلق وألم العضلات والحمى.

هل مات بوب بسبب مضاعفات متعددة للإنفلونزا؟ لم يكن هناك دليل على اختباره لنوبة قلبية، وهو سبب شائع لحالات الوفاة الزائدة التي تُعزى إلى الإنفلونزا. فين المسنين ذوي القلوب الضعيفة، يمكن أن يكون الإجهاد المضاف لمحاربة إبتان كثيراً جداً على القلب، ولهذا يصابون بقصور قلبي أو بنوبة قلبية. ومع ذلك، فإن مخطط كهربائية القلب لبوب بقي طبيعياً باستثناء إظهاره لتسارع قلبه، كما يحدث عادةً لدى الإصابة بالحمى. ولم يكشف فحصه الفيزيائي عن وجود الخرخرة المنذرة بقصور القلب. كما أن الأشعة السينية لصدره المأخوذة في بداية مرضه لم تُظهر أي دليل على وجود السائل الذي يتراكم في الرئتين عندما لا يضخ القلب بقوة كافية. هل توقفت كليته عن العمل وعجلتا النهاية؟ استمر بوب في التبول إلى أن انقطع عن الشرب كلياً، وقد أشارت اختبارات دمه التي أجريت في بداية مرضه إلى أن كليتيه كانتا تعملان بصورة جيدة.

هل كان بوب مردوخ سينجو لو أنه ذهب إلى المستشفى وتلقى معالجةً عدوانية؟ ربما. ولكن بالنسبة لأصدقائه وأقاربه، وبالنسبة للممرضة التي اعتنت به، وبالنسبة لي، كان مرضه المدهم نقطة تحوّل واضحة. نرى في حالات كثيرة مرضى مسنين يُهرع بهم إلى المستشفى ويتم إنقاذهم من شفير الموت وتعود أجسامهم إلى مستوى وظيفي أقل بكثير مما كانت عليه سابقاً. وليس هذا فحسب، ولكن الدورة تعود لتكرّر نفسها في غضون أشهر قليلة، وفي كل مرة يصبح هؤلاء المرضى بعد إنقاذهم أكثر ضعفاً ووهناً. وأخيراً - بعد أسابيع أو أشهر أو سنوات

أحياناً - يموتون على الرغم من جهود الطبيب القصى. رسالة بوب، وربما رسالة معظم المثوين، أنّ هناك مرحلة يجب التوقف عندها.

إنّ الإطالة الناجحة للحياة - أي بالإضافة إلى إلغاء الموت المبكر، وزيادة مدى العمر الأقصى ومتوسط مدى العمر - ستحدث مجموعة من المشاكل الاجتماعية. الزيادة السكانية هي مشكلة في معظم أنحاء الأرض، وبدون انخفاض واضح في معدّل الخصوبة في دول العالم الثالث، فإنّ انخفاضاً ملحوظاً في معدّل الموت سيفاقم المشكلة أكثر. أما في العالم المتطوّر، حيث متوسط العمر المتوقع يتجاوز إلى حدّ كبير ذاك في العالم الثالث، فإنّ نسبة المواليد قد هبطت هبوطاً عمودياً بالفعل؛ حيث انخفضت في بعض الدول مثل ألمانيا وإيطاليا تحت مستويات الاستبدال. يعني هذا - في حال تراكمت هذه النزعة مع ارتفاع سنّ الوفاة - أنّ التوزيع العمري في المجتمعات المميّزة بطول العمر سيتغيّر بحيث بالكاد ستكون هناك أي فئة شابة على الإطلاق.

ففي دولة مثل ألمانيا، حيث معدّل الخصوبة 1.38 طفل لكل امرأة، يُتوّع أن يتحوّل الهرم السكاني - حتى بدون حدوث أي زيادة في مدى العمر - إلى مستطيل في العام 2050، أي سيكون هناك نفس العدد من الناس في كل فئة عمرية من الطفولة وحتى عمر الخامسة والثمانين. وإذا زاد متوسط مدى العمر على نحو ملحوظ، فإنّ عدد المسنين يمكن أن يتجاوز عدد الأفراد الأصغر سنّاً. أما في الولايات المتحدة، فإنّ نسبة الاعتماد الشيخوخي - أي نسبة عدد السكان فوق سنّ الخامسة والستين إلى أولئك بين سنّي العشرين والرابعة والستين الذين سيعيلونهم - قد ترتفع إلى 56/100 في العام 2075. وهذا يعني ضمناً أنّ كل زوجين موظفين سيكونان مسؤولين عن إعالة شخص مسنّ واحد (بالإضافة إلى أطفالهما بالطبع).

سيطلب هرم الأعمار المعكوس تغييراً رئيسياً في توزيع الموارد. أنفقت الولايات المتحدة في سنة 2005 المالية 295 مليار دولار على برنامج الرعاية الطبية Medicare. ورغم أن برنامج Medicare يؤمن كلاً من المسنين والعاجزين، إلا أن 85 بالمائة من المسجلين فيه هم من فئة المسنين فوق سن الخامسة والستين الذين لهم حصة الأسد في النفقات. وإضافة إلى ذلك، فإن ثلث ميزانية برنامج المساعدة الطبية Medicaid يُنفق على الرعاية طويلة الأمد للمسنين. ورغم ما يُفترض من انخفاض التكاليف الطبية للمسنين إذا وُجدت سلالة جديدة قوية على نحو استثنائي يبقى أفرادها معافين إلى أن تفشل جميع أعضائهم، إلا أن تكاليفهم الإجمالية ستبقى مرتفعة بسبب أعدادهم المطلقة واعتمادهم على غيرهم من الناحية الاقتصادية.

ستحدث إطالة الحياة ظلماً فادحاً إن لم تكن متوفرة بالتساوي لجميع المواطنين. إذا تبين أن إطالة العمر ستشتمل سنوياً - أو شهرياً - على تشريب خلايا جذعية أو ما يشابهها تكنولوجياً، فإن التكاليف المرافقة للإجراء ستكون استثنائية. وبافتراض أن هذه المداخل لن تتم تغطيتها بالتأمين الطبي، تماماً كغيرها من التحسينات الجمالية مثل شطف الشحوم أو حقن البوتوكس أو حقن هرمون النمو، فإن العيش حتى سن الثانية عشرة بعد المائة سيكون متوفراً بفاعلية للأغنياء فقط. إن الفجوة بين الفقراء والموسرين - الآخذة بالازدياد منذ العقد الأخير في الولايات المتحدة - ستكون مُضخّمةً على نحو كبير. ومن منظور عالمي، فإن التفاوت بين الدول سيتضاعف أيضاً مع اتساع الفجوة في متوسط العمر المتوقع بين الدول الأغنى والأفقر، حيث سيرتفع الفرق من 43 سنة حالياً (متوسط العمر المتوقع عند الولادة هو 37.4 سنة في أنغولا مقابل 80.6 سنة في اليابان) إلى 75 سنة. كما أن الكره بين

الشعوب المتجذّر إلى حدّ ما في الحسد، يمكن أن يتعمّق أكثر. ليس واضحاً حتى الآن إن كان الأفراد يرغبون فعلياً بالعيش حتى عمر العشر سنوات بعد المائة أو الأربعين بعد المائة. يشير الفلاسفة إلى أولئك الذين يقبلون بحتمية الفناء للبشر ويحدّد أعلى لمدى العمر بأنهم مدافعون عن قضية. ينظر البعض إلى القبول بدورة الحياة البشرية، بما تميّز به من تجدد وانحلال، على أنه حياة خيالية منحرفة في أحسن الحالات ومفارقة تاريخية غير إبداعية في أسوأها. ولكن هل التعبير بأنّ الكائنات الحية تولد وتكبر وتموت هو تعبير ينطوي على قيمة، أم أنه مجرد حقيقة أبدية؟ وإذا كان إقراراً بحقيقة عامة، فربما لا يكون إظهاراً لخيال معاق أن نقترح أنّ دورة الحياة، البعيدة كل البعد عن العشوائية والتلاعب العلمي، هي واحدة من السمات الجوهرية القليلة للوجود. يناقش مجلس الرئيس حول الأخلاقيات الحيوية في تقريره عن التكنولوجيا الحيوية والسعي وراء السعادة، سيئات وحسنات العمر الطويل. يعتبر القيمون على الدراسة أن طلب طول العمر هو إظهار للانانية مجادلين بأنّ "النسل والتنشئة والاعتماد والسخاء المتبادل هي في تناغم تناسبي معين، وهناك تيرة للرحلة... التهام متنسق للوزن والإيقاع ضمن الدورات المتكرّرة للولادة والقوة والضعف؛ توازن وجمال وتجديد تعطي جواباً للموت الذي - على الرغم من إيلامه وإثارته للمشاعر - لا يزال يدلّ على إمكانية المعنى والخير في التجربة الإنسانية. كل هذا يمكن أن يُطرح أو يُنسى في فورة اندفاعنا لصياغة مشروع تكنولوجي قائم فقط على أساس رغباتنا غير المحدودة وطموحاتنا".

من البديهي أنّ أوجهاً معينة من مسار الحياة البشرية يمكن أن تتغيّر، والواقع أنها قد تغيّرت بالفعل. في العام 1900، كانت وفيات

الأطفال تحت سنّ الخامسة تمثّل ثلث إجمالي الوفيات. أما اليوم، فإنّ الأطفال يموتون قبل الأوان إذا وُلِدوا أساساً بعيد يتضمّن نموذجياً القلب أو الدماغ، ويموت عددٌ ضئيل من الأطفال بسبب الإصابات أو السرطان. ونتيجةً لهذا، فإنّ وفيات الأطفال تحت سنّ الخامسة لا تمثّل فقط إلا 1.4 بالمائة من إجمالي الوفيات اليوم. إنّ الادعاء بأنّ دورة الولادة والنضج والشيخوخة والموت هي طبيعية لا تستند إلى الافتراض بأنها كانت ثابتة تاريخياً. وإضافةً إلى ذلك، فإنّ تغيير التوقعات بشأن طول العمر له تشعبات اجتماعية عميقة. كان الأزواج في ما مضى ينجبون الكثير من الأطفال؛ ليس فقط بسبب الافتقار إلى تحديد النسل، ولكن أيضاً لأنّ معدلات وفيات الأطفال كانت مرتفعة جداً بحيث احتيج إلى عدد كبير من الولادات للتأكد من أنّ واحداً على الأقل سينجو للاهتمام بالأرض. كانت الندرة النسبية للمسنين سبباً في فوزهم بالهيبة والاحترام في أميركا الأولى، حيث كان الافتراض أنهم لا بد قد فعلوا شيئاً صحيحاً استحقوا من أجله طول العمر. وعندما ارتفع عدد المسنّين في أميركا وأصبحوا عبئاً اقتصادياً متزايداً على الشباب، فقدوا توقيرهم من قبل الشباب. وساهمت الثورة المساواتية الأوسع بين العامين 1770 و1820 في حدوث تحوّل في المواقف حيث غيرت العلاقات بين الطبقات والأعراق والأجناس، والأجيال أيضاً. ولكن على الرغم من التغيرات التي جلبتها التحسينات في أمور الصحة والنظافة، تبقى المحدودية أو التناهي حالةٌ مُعرّفة للوجود الإنساني.

إنّ دورة الحياة موجودة حولنا في كل شيء؛ في الفصول، وفي النباتات والحيوانات التي تقاسمنا كوكبنا. نحن نعكس الدورة الأبدية في مؤسساتنا المدنية، سواء في الروزنامة بتكرارها السنوي للعطلات، أو في شعائر النصوص المميزة لكل حضارة. لدينا مراسم زواج وجناز، ولدينا

حفلات تخرّج نسّم بها إكمال مرحلة تعليمية.

شكّلت معرفتنا بفنّائنا الحضارة الإنسانية. كانت هناك على الدوام جهود هامشية لتحديّ الموت، بدءاً من بحث بونس دي ليون عن ينبوع الشباب في مستنقعات فلوريدا وصولاً إلى حقن إيلي ميتشنيكوف نفسه بما يُسمّى ground animal testicles. ولكنّ الاستجابة البشرية التقليدية لإدراكنا المؤلم بسرعة زوالنا كانت بالانغماس في مشاريع التخليد. ابتكر إرنست بيكر مصطلح مشاريع التخليد ليعكس من خلاله وجهة نظره بأنّ المحدودية هي المحدّد الرئيسي لسيكولوجية الإنسان. تتمثّل الاستجابة الصحية لقدرتنا الفريدة على فهم مستقبلنا في تخليد أنفسنا من خلال إبداعاتنا. وأهم إبداع ملموس هو أطفالنا؛ هم يحملون جيناتنا، ويحملون دمغة تنشئتهم، وهم أوعية الخلود الأكثر توفراً على مستوى العالم. يخلف العقم شعوراً عظيماً بالأسى لدى العديد من الأزواج، ويشعر العديد من الناس بالخيبة لأنّ إخفاقهم في إيجاد شريك قد حرّمهم من نعمة الأطفال، ولكن السبب وراء ذلك الشعور المتعاضم بالأسى والخيبة لا يرجع فقط إلى أنّ تنشئة الأطفال تنشئ إحساساً لدى المرء بالرضى، بل يرجع إلى أنّ الإخفاق في إنجاب ذريّة يمكن أن تكون له عواقب عاطفية عميقة.

يمكن لمشاريع التخليد أن تتخذ أشكالاً مختلفة. الأعمال الفنية والموسيقية والأدبية هي أمثلة لبعض من هذه الأشكال؛ فهي تمثّل تراثاً للأجيال المتعاقبة. نحن نشعر بالألم وبإحساس عميق بالخسارة عندما تُدمر آثارٌ عزيزة لأننا نميّز بالبداهة أنها تمثّل حلقة وصل بين الحاضر والماضي، وبأنها التجسيد الملموس لأسلافنا.

وعلى نحوٍ مماثل، فإنّ المديرين التنفيذيين والمقاولين هم في مهنة إبداع مشاريع تخليديّة. فتأسس شركة - رعايتها ومشاهدتها تكبر - هو

مصدر لرضى يتجاوز الرضى المالي. يتدع المخترعون أجهزةً، ويجري العلماء أبحاثاً، ويرهن الرياضيون نظريات، وكل ذلك يتيح لذكراهم أن تبقى حياة بعد وفاتهم. ومع ذلك، لا يجب بالضرورة أن تكون المشاريع فحمةً أو عينية كتشييد مبنى أو تأليف كتاب. فالمدرّب الرياضي الذي يشكّل فريقاً هو منخرطٌ في الإبداع، كما هو المعلم الذي يحضّر طلابه لمواجهة العالم، وكذلك الممرضة التي تمسّ المئات وربما الآلاف باهتمامها وكفاءتها.

أنا لا أجادل هنا بأنه إذا عاش الناس لسنّ الخمسين بعد المائة فسيكون إنجازهم، على نحو تناقضي، أقل مما هو عليه الآن؛ رغم أنّ الفيلسوف المحافظ ليون كاس رئيس مجلس الأخلاقيات الحيوية للرئيس جورج دبليو بوش قد قال بهذا الإدعاء بالضبط. يجادل كاس بأنّ المحدودية مفيدة لنا، لأنّ "معرفة المرء وشعوره بأنه إنما يأتي إلى هذه الدنيا مرة واحدة وأن خط الموت ليس بمنأى عن الأنظار، هما بالنسبة للعديد من الناس الحافز الضروري للسعي وراء شيء يستحق العناء المبذول من أجله... الفئائية تجعل للحياة أهمية. أنا مقتنعة بأنّ الناس سيقون مدفوعين لابتداع تراث حتى مع طول العمر الأعظم، رغم أنهم قد يسوّفون، واثقين بأنه لا يزال لديهم الكثير من الوقت، وفي النهاية لا يحققون أبداً أي شيء جدير بالذكر. لست أقول هنا إنه من المفيد أن نكون فانين لأنّ ذلك يعزّز الإنتاجية، بل لأقول إنّ الفئائية هي حقيقةً تماماً. الآلية البشرية المتمتعة بقداسة القدم - المتجاوزة للأحلام الواهمة بالحياة الأبدية - هي مشاريع التخليد. فهذه الجهود هي الشكل الأقصى من التسامي، من تحويل إدراكنا المؤلم بحدودنا إلى ذكريات باقية. إنها الطريقة التي نترك بها علامة في هذا العالم، حتى بعد رحيلنا".

الاستفادة القصوى من سنوات التقاعد

سواء أعشنا حتى سنّ الخمسين بعد المائة، أو حملنا أنفسنا على القبول بعمر الخامسة والثمانين الأكثر تواضعاً ولكن الأكثر شيوعاً، فنحن نختبر طول عمر غير مسبوق. يعني طول العمر الأعظم أنّ علينا أن نكتشف كيف سنقضي عشرين سنة أو أكثر من سنوات التقاعد. وتاماماً كما نحن بحاجة لأن نحدّد الطريقة الأفضل للاهتمام باحتياجاتنا الصحية مع تقدّمنا في السن وأن نبتكر حلولاً جيدة لمكان عيشنا، فكذلك علينا أن نفكر بما سنفعله في أوقاتنا.

إذا لجأنا إلى منظمات مثل الجمعية الأميركية للمتقاعدين من أجل النصيحة بشأن ما يجب فعله بكل تلك السنوات الإضافية، فسيقال لنا على الأرجح إنّ التقاعد هو نوعٌ من الإجازة الممتدة. وبالفعل، فإنّ أعداداً متزايدة من المسنّين يقومون بالرحلة التي طالما أرادوا القيام بها، سواء أكانت من نوع Elderhostel المنخفضة الميزانية أو الرحلة البحرية الألاسكية الممتازة أو النزهة الأوروبية. ولكن في حين أنّ السفر هو ممتع للمتقاعدين الموسرين والأقوياء، إلا أنه ليس عملياً للمسنّين الواهنين، ونادراً ما يكون شاغلاً دائماً لأي أحد.

تعلن مجلات التقاعد مثل مجلة الجمعية الأميركية للمتقاعدين عن تنوّع من التسالي الأخرى، مثل لعب الغولف أو الذهاب إلى المسرح. ولكن كما هو الحال بالسفر، فإنّ هذه النشاطات مبنية على وجهة نظر

تصوّر الشيخوخة كوقتٍ للاستجمام. لا بأس بالتسلية إذا كانت مكافأة لعملٍ كادَ أو إلهاءً للمرء عن شيءٍ آخر، ولكنّ التسلية الدائمة لا تهب معظم الناس شعوراً دائماً بالرضى. إنّ فكرة أنّ المسنّين قد أسهموا بجهودهم بما يكفي ويجب أن يكونوا عند الطرف المستقبل وأنه لا بأس من التوقف عن العطاء والبدء بالأخذ، هي مثل تأييد حمية تشتمل بكاملها على الحلوى. ربما لا يجب أن نجبر المسنّين على أكل السبانخ إذا كان لا يهتمهم، أو ربما يجب أن يُشجّعوا على التوقّف عن تناوله بأسلوب بوباي مباشرة من العلبة، وأن يتعلّموا بدلاً من ذلك صنع سوفليه رائعة. ولكنّ ترك الخضراوات نهائياً ليس خياراً قابلاً للتطبيق لدى المسنّين بأكثر مما هو لدى نظرائهم الشباب.

إنّ عشرين سنة هي فترة طويلة لإجازة متّصلة. وسيرغب مواليد الفترة الواقعة بين عامي 1946 و1964 بالمزيد، لأنّ نظرية وقت الفراغ المجسّدة بمجتمعات تقاعد اصطناعية عقيمة لن تؤدّي لنتيجة. نحن نميل بدلاً من ذلك لأن نفكّر بأنّ الشيخوخة يجب أن تكون وقتاً للإرضاء الذاتي. فمع التحرّر من المسؤوليات العائلية والحاجة إلى كسب الرزق، يُفترَض أنّ الحياة الطيبة في الشيخوخة ستستلزم الاستقلالية والإرضاء الشخصي. ولكن يكتشف العديد من المسنّين أنّ ما يعطي معنىً لحياتهم ليس السعي وراء المسرّات، وإنما العضوية في مجتمع أكبر. يتبيّن أكثر فأكثر أنّ إعطاء الآخرين هو المصدر المطلق للإرضاء الذاتي.

نظراً لأنّ والدتي قد شرعت في مهنتها الاحترافية عندما كانت في الثالثة والخمسين من العمر، فهي بالكاد قد أسمت توقّفها عن العمل تقاعداً في سن الخامسة والستين. لبضع سنوات نفيسة، كرّست والدتي نفسها لزيائنها، حيث عملت كعاملّة اجتماعية نفسية، وقد أحبّت عملها وخطّطت لتستمر لأطول فترة ممكنة.

بدأت إلس تذهب إلى المدرسة بعد أن تخرّجتُ أنا من الجامعة. كانت طوال سنواتي الجامعية تنظر بحسد إلى الكتب التي كنت أجلبها معي إلى البيت، مندهشة من القصص التي كنت أخبرها عن المحاضرين المبدعين وعن النقاشات الصفيّة المثيرة. لم ترتد الجامعة أبداً، ولم تذهب حتى إلى المدرسة الثانوية. إذ توقّف تعليمها الرسمي فجأة عندما كانت في الثالثة عشرة من العمر.

ثمّ في سبعينيّات القرن الماضي، أطلقت جامعة نيويورك برنامجها University Without Walls. قدّمت الجامعة وعديّن: يمكن أن يفوز الطلاب بمصدقية لتجارب الحياة وسيقبلون في برنامج يخوّلهم الحصول على شهادة جامعية دون الخضوع للاختبارات المعادلة لشهادة الثانوية إذا سجّلوا في - وأكملوا متطلبات - مقرّرين جامعيين. كانت حياة إلس زاخرة بالتجارب وقد ساعدتها أنا في جدالها بأنّ نجاحها كمعلّمة في صفوف الحضّانة اقتضى ضمناً معرفةً بسيكولوجية الطفولة المبكرة. وسجّلت إلس في مقرّر أدب، ومقرّر علم نفس واجتازتهما بسهولة. وكانت في طريقها لتصبح خريجة جامعية.

كانت المقرّرات الجامعية ممتعة، ولكن من أجل أن تحقّق حلمها وتصبح عاملة خدمات اجتماعية، كان على إلس أن تسجّل في كلية دراسات عليا. وتمّ قبولها في كلية ورزويلر للخدمات الاجتماعية في جامعة يشيفا في العام 1976، وفي سنّ الثالثة والخمسين مُنحت شهادة الماجستير في الخدمات الاجتماعية.

قرّرت أُمّي أن تبدّل من الاهتمام بالأطفال الصغار إلى العناية بالراشدين الأكبر سناً، وشرعت في مهنتها كمعالجة نفسية. كانت تقابل زبائنها في مكتبها وأحياناً في بيوتهم. أحبّها زبائنها، واكتشف رئيسها في العمل أنّها كانت جوهرة. ازدهرت إلس في عملها وبالكدّ كان بلوغها

السّن الذي أصبحت عنده مؤهّلة للضمان الاجتماعي سبباً للتوقّف عن العمل.

لم تكن إلّس مُضطرةً للعمل لتعيل نفسها، فقد كان زوجها يعمل في وظيفة محترمة، ولهذا فإنّ قرارها بالعمل كان مبنياً على أساس تقييم شخصي بأهميته. وقرّرت مع مرور الوقت أنها ستكمل بدوام جزئي. ووجدت أنها كانت قادرة على إنشاء علاقات مع أناس كان أطباؤهم النفسيون قد جزموا منذ زمن طويل بأنهم فصاميون إلى درجة لا تمكّنهم من إنشاء أي علاقة مع أحد. أدّى أسلوبها الهادئ وطريقتها غير المهذّدة وعملها الدؤوب إلى جعل أكثر المرضى تمرّداً يفتحون لها. ولكنها لم ترغب في قضاء كل وقتها مع المرضى النفسيين. كان هناك العديد جداً من الإمكانيات الممتعة الأخرى في الحياة.

سافرت إلّس كثيراً وانتقلت أخيراً إلى منطقة بوسطن لتقضي بعض الوقت مع أحفادها. عندما كان ابني الأكبر في المدرسة الثانوية، كان غالباً ما يتناول الغداء معها، ويحدّثها أثناء ذلك عن آلام وإحباطات مرحلة المراهقة. كانت إلّس مناسبة تماماً لتكون موضع سرّه؛ فهي من العائلة ولكنها ليست والدته، وهي مستمعة جيدة ولا تصدر أحكاماً. سرّها أن تقضي وقتاً مع حفيدها الشاب الذكي العميق التفكير الذي كان يجاهد ليكتشف هويّته وما يريده من الحياة. فهي عندما كانت في مثل عمره، لم تكن تعرف إن كانت ستحظى بحياةٍ على الإطلاق.

وحين أتمّت إلّس سبعين سنة، قرّرت أن تقلّل أكثر من ممارستها لعملها. فلقد أحبّت أن تكون حرةً في تنظيم وقتها وفي السفر لفترات ممتدة. ولكنها أرادت أيضاً تحديات جديدة؛ وأن تستخدم مهاراتها بطرق جديدة. قرّرت أن تتطوع كمعلّمة خاصة في المكتبة المحلية العامة وقد أوكل إليها تعليم امرأة صينية شابة تجهل اللغة الإنكليزية تماماً. تذكر

إلس جيداً وصولها إلى نيويورك متقنة للغتين الفرنسية والألمانية وعاجزةً عن فهم كلمة إنكليزية واحدة. كانت تتمنى لو كان لديها معلّمة خاصة لتتحدّث معها، وتقرّح عليها كتباً لتقرأها، وتشجّعها بكل بساطة. وأحبّتها تلميذتها للغاية: شعرت بمتهى الأمان مع إلس بحيث إنها رفضت لفترة أن تنضمّ إلى مجموعة للمحادثة مع مهاجرين آخرين مثلها. وفي مقابل دروس الإنكليزية، اصطحبت الشابة الصينية معلّمتها إلى حي الصينيين وعرّفتها على الطبخ الصيني الأصلي.

لم يكن تعليم تلميذة واحدة كافياً لإلس. ولهذا فقد تطوّعت للقيام بأعمال أخرى في المكتبة. كما تطوّعت للعمل في دار قريب لرعاية المسنّين موفّرةً المعالجة النفسية لنزلاء رفضوا مقابلة أيّ طبيب نفسي، ولكنهم كانوا يفتحون لإلس مثل الورود في يومٍ مشمس حين كانت تأتي للتحدّث إليهم.

وفي عمر التاسعة والسبعين - أو الثمانين تقريباً - لا تزال والدتي قوية. فهي تمشي يومياً مشياً سريعاً سواء أكان الطقس مطراً أم مشمساً. وهي تقرأ كتباً باللغتين الفرنسية والألمانية كي تتأكد فقط من عدم نسيانها لهاتين اللغتين. وهي تريد بشكل رئيسي أن تبقى منخرطةً في العالم. وتريد أن تستمر بخدمة الناس الآخرين مستغلةً أي فرصة تسنح لها. أعتقد أنّ شعارها ساعد الآخرين طالما أنّك قادر.

لا يشعر المسنّون دوماً بالحاجة إلى تقليل العمل أو محاولة القيام بعمل مختلف لمجرّد أنهم قد بلغوا الخامسة والستين من العمر، أو حتى السبعين أو الثمانين، رغم أنهم سيكونون ضمن الأقلية إن لم يفعلوا: فنسبة الذين يعملون من المسنّين فوق سن الخامسة والسبعين هي 8 بالمائة فقط. لا يحتاج هؤلاء المسنّون الأقوياء إلى أنواع جديدة من العمل أو أنواع جديدة من العلاقات لي شعروا بأهميتهم. فلديهم الجلادة

والصحة والرغبة ليستمروا بالعمل الذي كانوا يقومون به دوماً.

بيل وروبين (روبي) لاندوا هما شريكان في المحاماة لا يزالان مستمرين في مهنتهما حتى رغم بلوغهما الثالثة والسبعين والمئة على التوالي. أسس روبين شركة لاندوا آند لاندوا في عشرينيات القرن الماضي. كانت الشركة في وقتٍ من الأوقات تتباهى بمحاميتها العشرة. والآن هي لا تضم سوى اثنين: الأب والابن. الاثنان بصحة جيدة للغاية، جسدياً وعقلياً. أخبر بيل مراسلاً صحفياً في نيويورك تايمز يكتب قصة عن المثويين أنه قد حلم أحياناً بترك المهنة وقضاء وقته بلعب التنس في فلوريدا أو بتحسين برنامج السحر الذي يؤدّيه بين الحين والآخر للأعمال الخيرية. ولكنه عندما اقترح التقاعد على والده، شكى الأخير قائلاً: "ماذا سأفعل أنا؟ ماذا سأفعل؟" ويضيف بيل: "كيف تقول لا لرجل في المائة من عمره؟ لا تستطيع. أنا لا أستطيع. لا أستطيع أن أكون بهذه الأنانية. وبالإضافة إلى ذلك، سيبتراً مني". وهكذا، استمر روبين في المشي كل صباح من بيته في كامبريدج إلى مكتبه في وسط المدينة في بوسطن، مستغرقاً ساعة في الذهاب وأخرى في الإياب.

دانيال سكور هو واحدٌ من أبطالِ الشخصيين، وهو نموذج لافتٌ آخر للتقليد القائل باستمرار المرء بعمل ما كان يعمل دائماً. يستمر سكور في عمر التاسعة والثمانين بالعمل كمحلل أخبار عالي الرتبة للراديو الوطني العام NPR حيث يظهر على نحو منتظم في برنامجي *Things Considered* و *Weekend Edition*، معقباً بتعليق لاذع ومتبصر على الأخبار. ومنذ أن خدّم في استخبارات الجيش الأميركي خلال الحرب العالمية الثانية، كانت لديه دوماً حياة مهنية متميّزة ومتنوّعة وأحياناً منحازة. بدأ بالكتابة من أوروبا الغربية إلى كريستشن ساينس مونيتور ومن ثم انتقل إلى نيويورك تايمز التي كتب فيها عن الولادة

الجديدة لأوروبا بعد الحرب. وفي العام 1953، انضم إلى CBS News حيث عمل مراسلاً دبلوماسياً لها في واشنطن ومن ثم افتتح مكتب CBS في موسكو حيث تدبّر بالحيلة إجراء مقابلة تلفزيونية حصرية مع نيكيتا خروتشوف. كانت مقابله سبباً في عدم رضی النظام السوفياتي عليه، ما دعاه إلى الانتقال إلى وظيفة جديدة في واشنطن.

تدبّر سكور أن يكون في العديد من مواقع العالم الساخنة وأصبح رئيس مكتب CBS لألمانيا وأوروبا الشرقية في الوقت المناسب تماماً لتغطية حدث بناء جدار برلين. وعاد إلى واشنطن في العام 1966، حيث كان في موقع ملائم تماماً ليعمل لصالح CBS كمراسل رئيس حول فضيحة ووترغيت التي شاعت على نحوٍ مثير في العام 1972. واجه سكور المتاعب بسبب إصراره على عدم الوشاية بمصدر للمعلومات وترك CBS بعد أن تجنّب دعوةً بالمثل أمام القضاء من قبل لجنة الأخلاقيات House Ethics Committee. ثم أمضى عدة سنوات كبروفيسور في الصحافة في جامعة كاليفورنيا في بيركلي، ولكنه وجد الحياة الأكاديمية مملةً للغاية. وغاص ثانية في قلب النشاط بالمساعدة في تأسيس CNN 1979 وعمل كمراسلها الأعلى رتبة. وحين بلغ التاسعة والستين، ترك CNN بسبب نزاع حول استقلاليته كرئيس تحرير وأمضى ما يُعرّف تقليدياً بسنوات تقاعده كمراسل قاس لجريدة NPR. يتبنّى عددٌ قليل من المسنّين حياةً مهنية جديدة كلياً بعد تقاعدهم. يزخر كتاب بيتي فريدان، *ينبوع العمر*، بأثلة عن نساء مسنّات (تتراوح أعمار أكثرهن بين 65 و70 سنة لا بين 80 و85 سنة) يجدن مصادر جديدة للانشغال الشغوف. هذه المصادر هي عبارة أحياناً عن هوايات قديمة يمكنهنّ الآن أن يكرّسن المزيد من الوقت لأجلها. وبين الحين والآخر يكتشفن مواهب جديدة كما فعلت جدتي موسيس.

وُلدت جدّتي موسيس (اسمها قبل الزواج آنا ماري روبرتسون) في العام 1860 في مزرعة في غرينويتش في نيويورك. تلقّت خلال طفولتها قدراً ضئيلاً من التعليم خلال أشهر الصيف فقط، ولم تتلقَ أيّ دروسٍ رسمية بالفن على الإطلاق. وفي عمر الثانية عشرة، غادرت مزرعة والديها وعملت كخادمة. ثمّ تزوّجت توماس موسيس في العام 1887 وعملت معه في المزرعة، أولاً في وادي شيناندوا في فيرجينيا، ولاحقاً في شمالي ولاية نيويورك. وكالعديد من النساء في زمانها، كانت في معظم الأحيان حاملاً، حيث أنجبت عشرة أطفال مات خمسة منهم في مرحلة الطفولة المبكرة.

بدأت آنا موسيس برعاية موهبتها الفنية بعد وفاة زوجها في العام 1927 حين بدأت بالتطريز الجدّي. ولكنّ التهاب مفاصلها أجبرها على ترك التطريز والاتّجاه للرسم. وكان الحظّ حليفها، فعُرضت عدّة لوحاتٍ من رسمها على واجهة صيدلية في هوسيك فولز في نيويورك عام 1931، حيث شاهدها جامع أعمالٍ فنية كان يقود سيّارته صدفةً في المنطقة، واشترى كل لوحات موسيس المتوفّرة. وقد أدّت جاذبيتها - كانت في الثمانين من عمرها، وكانت ذاتية التعليم، وكانت أعمالها سهلة الفهم بالنسبة لعامة الناس - إلى افتتاح معرض لها في متحف الفنّ الحديث في مدينة نيويورك في العام 1939. وعند موتها عن عمر يناهز المائة، كانت جدّتي موسيس قد رسمت ألفي لوحة تقريباً.

بالنسبة لغالبية المسنّين، سواء استمروا في عملهم أو بدأوا مهنة جديدة أو سعوا وراء نشاطات جديدة كلياً، فإنّ المفتاح لإيجاد معنى في الشيخوخة هو الانخراط في المجتمع. وجدت الدراسة حول الشيخوخة الناجحة التي أجرتها مؤسسة ماك آرثر أنّ 80 بالمائة من المسنّين الأميركيين قد وافقوا على أنّ "الحياة لا تستحق العيش إذا كان المرء لا

يستطيع أن يُسهم في تحسين حال الآخرين". وقال 60 بالمائة من أولئك الذين أُجريت مقابلات معهم لأجل دراسةٍ حول الوجه الجديد للتقاعد إنّ "شعورهم بتقدير الغير لهم وحاجتهم إليهم هو في غاية الأهمية بالنسبة لهم". تدعم وجهات النظر هذه نظرية إريك إريكسون لمراحل النمو، التي تكون فيها مرحلة الشيخوخة فترةً للإنتاج. تتطلّب الشيخوخة الناجحة أن ينتصر الانفتاح والاهتمام بهوم الجيل الجديد على الجمود والانهماك في الشؤون الذاتية. ولكن بكل بساطة ليست هناك فرص كافية في أميركا المعاصرة لذلك النوع من الانشغال الإنتاجي الذي كانت أمي تعزّه والذي مثله بيل وروبين لاندوا ودانيال سكور وجدّتي موسيس. يحتاج المسنون الأقوياء إلى وظائف تنطوي على تحدّ أو وظائف تطوّعية محفّزة أو مسؤوليات تقديم رعاية هامة. هم لا يريدون أن ينفصلوا عن المجتمع، بل يريدون أن يستخدموا تجربتهم ومعرفتهم وحكمتهم للقيام بإسهامات لم يستطيعوا أن يقوموا بها في وقت مبكر من حياتهم.

تتطوّر على نحوٍ تدريجي البرامج التي تميّز هذه الاحتياجات للمسنّين بالإضافة إلى الاحتياجات المتممة لأعضاء المجتمع الأكثر ضعفاً. المغامرات المدنية Civic Ventures هي منظمة غير ربحية مكرّسة لابتداع منافذ للمسنّين، وهي ترى المسنّين كموردٍ رئيسي غير مُستغلّ لمجتمع بحاجة ماسة لانخراط مواطنيه فيه بدرجة أعلى. الأجداد بالتربية Foster Grandparents هو واحدٌ من مشاريع هذه المنظمة، ويتم فيه الجمع بين شخص مسنّ وطفل من أحياء المدينة الفقيرة. كانت بداية البرنامج صعبة. فعندما اقترح لأول مرة في ستينيات القرن الماضي كطريقة للمسنّين المنخفضي الدخل للاهتمام بالأطفال المحتاجين، قوبل بالرفض من وكالات الأطفال نفسها. ابتكرت هذه

الوكالات سلسلة من الاعتراضات، الأكثر سخافة بينها، أنه قد ينقل الراشدون المستنون الأمراض للأطفال. والأسوأ من ذلك أنهم يمكن أن يتحرّشوا بهم. وفي النهاية، ساد حكم العقل وأقرّ البرنامج كوسيلة لاستخدام المستنّين المنخفضي الدخل للعمل بأجرٍ أدنى عشرين ساعة على الأقل في الأسبوع. واليوم يشتمل البرنامج على 25,000 أميركي مسنّ يتفاعلون مع 100,000 طفل تقريباً كل سنة. هم يعملون مع أمهات مراهقات ومع أطفال تعرّضوا للاعتداء ومع أطفال مرضى بمرض انتهائي، ويقدمون لهم النصيحة والدعم والرفقة. تُظهر دراسات عديدة حول نتائج البرنامج أنّ المستنّين والصغار يستفيدون على حدّ سواء من التفاعل مع بعضهم.

فريق الخبرة Experience Corps هو برنامج آخر من برامج منظّمة المغامرات المدنية Civic Ventures. كان لهذا البرنامج أيضاً بداية بطيئة. فرغم فترة التخطيط التي دامت ستة أشهر، والمجلس الاستشاري المميّز، والاشتراك الفعال للباحثين الأطباء أمثال الباحثة بعلم الشيخوخة ليندا فريد، إلا أنّ تطويع البرنامج كان صعباً للغاية. هدَفَ هذا البرنامج إلى إرسال متقاعدين إلى المدارس الابتدائية في أحياء المدن الفقيرة ليعملوا كمعلّمين خصوصيين أو ناصحين للأطفال. أنشأ المشروع الدليلي الأوّلي لبرنامج فريق الخبرة فرّقاً مؤلّفة من خمسة عشر عضواً ذهبوا إلى المدارس في خمس مدن. وبالإضافة إلى التعليم على أساس معلّم لكل طفل، زوّدت هذه الفرق أيضاً بمجموعة إضافية من الأيدي بحيث إنّ المعلّمين الاعتياديين تمكّنوا من منح طلابهم انتباهاً فردياً. أثبت المتطوّعون الأكبر سنّاً أنهم موثوقون ومخلصون. استفاد الأطفال ومعلّموهم الخصوصيون على حدّ سواء: ففي إحدى الدراسات، قال 68 بالمائة من النساء والرجال المشتركين إنهم تعلّموا مهارات جديدة،

وقال 74 بالمائة إنهم قد نضجوا شخصياً. وقد أخبروا أنّ العمل على أساس منتظم قد أعطى بنيةً لحياتهم، ومنحهم إحساساً بالهدف، وزوّدهم بشبكة اجتماعية جديدة موسّعة تتألف من أعضاء آخرين في برنامج فريق الخبرة. واليوم هناك 1,300 مشارك في برنامج فريق الخبرة في اثنتي عشرة مدينة، يعملون مع آلاف الأطفال في هذه التجربة الصغيرة ولكن الحيوية في التفاعل بين الأجيال.

يجد المستون الأقوياء أنهم مقيدون في طلبهم لشيخوخة ذات معنى بسبب ندرة الأعمال الملائمة؛ إذ ليس أمامهم العديد جداً من الخيارات للانشغال الإنتاجي. ولكنّ إمكانيات النجاح في إيجاد معنى في حياة المستين الضّعفاء هي حتى أكثر محدودة. فعدا عن القلق بشأن وجود نشاطات ملائمة، فهم مضطرون لأن يقلقوا بشأن المرونة في عملهم: قد تكون جلاتهم محدودة ولا يستطيعون العمل لثماني ساعات متواصلة، أو حتى لأربع ساعات. يجب أن يكونوا قادرين على الوصول إلى المكتبات أو مراكز الخدمات الاجتماعية أو المدارس التمهيديّة؛ وليس ذلك بالأمر السهل حين يعاني المرء من التهاب المفاصل أو ضعف البصر أو داء باركنسون المتقدّم، وتحديدًا إذا كان يعيش في ضواحي المدن حيث يكون من الصعب الوصول إلى أي مكان بدون سيارة. فليس بإمكانهم بكل بساطة أن يقودوا السيارة إلى المدرسة الابتدائية المحلية للتعليم في برنامج ما بعد الدوام المدرسي. كما لا يمكنهم أن يأملوا ببدء حياة مهنية جديدة في النجارة. غالباً ما يصوّر المستون الضّعفاء سنوات التقاعد كسلسلة لامتناهية من المواعيد الطبية، تتخللها بعض الزيارات النادرة للأطفال والأحفاد. هم معزولون اجتماعياً ويشعرون أنّه تمّ إلغاؤهم ومن غير المفاجئ أنّهم كثيراً ما يعانون من الاكتئاب. إذا كان الثمانينيون سيتمكنون من إيجاد معنى في

شيخوختهم، بالإضافة إلى المسنّين الأصغر سنًا، فسنحتاج إلى تطوير وجهة نظر عالمية تكون أكثر تبادلية وتعايشًا واجتماعيًا.

بناءً على ما قرأته عن واندا فورد في سجلّها الطبي، توقّعت أن أجد حطاماً. كان بوسعي أن أتصوّرّها قبل أن أدخل وحدة العناية الانتقالية في دار رعاية المسنّين، حيث كانت تتعافى بعد إقامة طويلة في المستشفى استغرقت أسبوعاً كاملاً. كانت قد ذهبت إلى غرفة الطوارئ في المستشفى المحلي لأنها عجزت عن التنفّس وكان قلبها يخفق بقوة وسرعة. وتبيّن أنها كانت تختبر ثوراناً في قصور قلبها الاحتقاني المزمن، ما أدّى إلى تراكم السائل في رئتيها. كانت واندا تعاني أيضاً من دقات قلب سريعة غير منتظمة استلزمت تناولها لأدوية قوية متعددة. وقد زاد الأمر سوءاً أنها كانت مصابة بنوع من السرطان - النقيوم المتعدّد - وكانت تعاني من فقر الدم. احتاجت واندا إلى كل جزيء من الأوكسيجين يمكنها الحصول عليه، ولكنّ كريات دمها الحمراء كانت تتناقص، وهي الوسيلة الناقلة للأوكسيجين، ما ضاعف العبء على قلبها الضعيف بالفعل.

حالما سحب الأطباء معظم السائل الزائد من رئتي واندا، وأبطأوا قلبها بمجموعة مؤتلفة من الأدوية، ونقلوا إليها ما يكفي من الدم، حتّى أرسلوها إلى وحدة العناية الانتقالية في دار رعاية المسنّين حيث أعمل. توقّعت أن أرى قناع أوكسيجين على وجهها موصولاً بأنابيب بلاستيكية من الحائط إلى شعبتين مُقحمتين في منخريها، وقثطاراً وريدياً في ذراعها لأنها كانت تتلقّى جرعات إضافية من مدرّات بول قوية متى ما بدأ السائل يتراكم في رئتيها أو رجليها. وتخيّلت وجود كدمات على ذراعيها، وهي الإشارة العالمية تقريباً لدخول المرء إلى المستشفى. وتوقّعت أن تكون مرتدية للباس المرضى القياسي الأزرق والأبيض، ومستلقية على السرير

ومُسندة بثلاث وسائد، وهي الطريقة الوحيدة التي تمكّنها من التنفّس بسهولة. ويُحتمل أن يكون هناك قنطار في مثنائها كي تتمكّن الممرّضات من قياس كمية البول.

عندما طرقت باب واندا ودخلت غرفتها المشمسة في دار رعاية المسنّين، لم أكن واثقة أي من النساء الأربع بسرّاويلهنّ الفضفاضة وقمصانهنّ الزهرية يُفترض أن تكون مريضتي. لم يبدُ المرض على أيّ منهن، كما لم يبدُ أنّ أياً منهن في الخامسة والسبعين من العمر، وهو العمر المُدوّن في سجلّ واندا. بدت المرأة الجالسة على حافة السرير المرشّحة الأنسب، رغم الثرثرة الفياضة المنطلقة من فمها. سألت بتردد: "السيدة فورد؟"

أجابت السيدة الجالسة على السرير وهي تلتفت نحوي: "هذه أنا".

عرّفت بنفسي: "أنا الدكتورة غيليك". ضحكت واندا وقالت: "لم أكن أتوقّع جمهوراً". وأخبرتني أنّ زائراتها كنّ ناذرات عفة. عبّرت لهنّ عن حاجتي لأن أقضي بضع دقائق مع السيدة فورد لأتكلّم معها وأفحصها كجزء من عملية الإدخال الروتينية إلى وحدة العناية الانتقالية. أو مأت النساء الثلاث الأخريات مانحات الإذن لي للشروع بعملتي، ولكنهن لم يغادرن الغرفة، بل ابتسمن واستأنفن حديثهن مركزات على بعضهن بعضاً بدلاً من التركيز على واندا.

رغم مظهرها القوي، إلا أنّ واندا فورد كانت امرأة مريضة جداً. كانت تعاني من اعتلال عضلة القلب الذي نجمت عنه مشاكل ميكانيكية وكهربائية على حدّ سواء. لم يكن قلبها يضحّ بصورة جيدة، وهو ما أدّى إلى تراكم السائل في أماكن غير محمودة، ولم تكن التيارات الكهربائية تتدفّق بشكل صحيح، ما أدّى إلى اضطراب في نظم القلب.

كان استشفائها الأخير هو الثالث لها هذه السنة، وكانت السنة لا تزال في منتصفها. لم تكن واندا من ذلك النوع من المرضى الذين يهملون صحتهم: كانت تأخذ كل أدويتها كما هو موصوف لها، رغم أن نظامها كان معقداً جداً بحيث إنها كانت تضطر للرجوع إلى مجموعة مطبوعة بدقة من الإرشادات لتقرر أي الحبوب ستناول. وفي كل مرة كانت تزور فيها طبيب رعايتها الأولية - وهو ما كانت تفعله كل بضعة أسابيع - وفي كل مرة كانت تستشفي فيها، كان الأطباء يغيرون واحداً أو اثنين من أدويتها.

كانت المواعيد الطبية تشكل عبئاً على واندا التي كانت قصيرة النَّفس جداً لتتدبر وسائل النقل العامة: فقد وجدت خدمة The Ride التي توفرها وكالة خدمات المسنين المحلية غير موثوقة، أما سيارات الأجرة فقد كانت مكلفة جداً. ولكنَّ واندا كان لديها العديد جداً من الصديقات، وكانت بعضهن يُقَدِّنُ السيارات. فحين خضعت لفترة قصيرة لمعالجة يومية بالأشعة للآفات المؤلمة في عظامها، كانت إحدى صديقاتها القديمات تقلها إلى المستشفى وتنتظرها ريثما تنتهي من المعالجة التي كانت تستغرق خمس عشرة دقيقة.

كان شراء البقالة شاقاً أيضاً على واندا. عاشت واندا في الطابق الأول من مبنى مؤلف من ثلاثة طوابق مع ابنها البالغ من العمر أربعين عاماً والمُصاب بمتلازمة داون. كان يساعدها في أعمال البيت مثل تكنيس الأرض بالمكنسة الكهربائية وغسل الصحون، ولكنه كان عاجزاً عن قراءة قائمة المشتريات ولا يعرف بأمور الحساب. اعتمدت واندا على جاريتها في الطابق العلوي التي أكدت لها أن اختيار بضعة أصناف أخرى عند شرائها البقالة لنفسها ولأطفالها الأربعة لن يزعجها على الإطلاق.

وخلال زيارتي التالية لها، كانت واندا محبطة. حاولت أن أسألها ولكنها بقيت حزينة. وافترضت أنها كانت مستاءة لأنها لم تتحسن: كان تنفّسها لا يزال مُجهّداً وكاحلاها لا يزالان متنفخين رغم الأسبوع الذي قضته في المستشفى، والأسبوع الآخر الذي أمضته في دار رعاية المسنين. ولكنها كانت قلقة بشأن ابنها: "كنت آمل أني سأكون في البيت الآن. لا أحب أن أترك ابني وحده كل هذه الفترة".

كان جوزيف في الأربعين من عمره. كان كل الجيران يعرفونه ويتفقّونه دوماً للاطمئنان عليه. أخبرني أمه: "هو إنسانٌ طيّب، ولكنه بسيط. تعرفين ما أعني، تفكيره بسيط. لقد ولد كذلك. كنت في الرابعة والثلاثين من عمري عندما حملت به. أخبروني بأنّ هذا النوع من المرض شائع إذا حملت المرأة بعد سنّ الخامسة والثلاثين. ولكني أظن أنّ بويضاتي كانت مسنة وأنا في الرابعة والثلاثين. والآن، أخشى أن يستغلّه الناس. هو طيّب القلب جداً، وسيفعل كل ما تطلبينه منه. اعتدت أن أعطيه مالاّ كل أسبوع إلى أن اكتشفت أنه كان يعطيه لمدمني الكحول المتشرّدين. عرفوا أنني أعطيه شيئاً بعد أن أصرّف صكّ راتبي، ولهذا كان يأتيه كل مرة رجلاً مختلف ويطلب منه المال بمنتهى اللطف ودون تهديد، وكان يعطيه كلّ ماله. ومنذ ذلك الحين، حرصت على أن لا يكون معه أكثر من دولارين. إنه علامة سهلة".

وتحدّثنا أكثر بعض الشيء، وسألته إن كانت قد اختارت كفيلاً لرعايتها الصحية، نظراً لأنّ ابنها كان عاجزاً عن القيام بهذا الدور. وأخبرتني أنها فعلت. ثم سألتها إن كانت ترغب بإنعاش قلبي رثوي في حال توقف قلبها، وأومات بالإيجاب. ولكنها أخبرتني فجأة بأنها كانت مستعدة للموت متى ما دعاها الله. لم تكن خائفة. كانت تتطلّع إلى مكان تكون فيه الحياة أسهل، وتستطيع فيه التقاط أنفاسها دوماً.

وعلقت بسخرية وخيبة أمل أنها ستكون سعيدة لأنها لن تضطر هناك إلى كل هذه المواعيد مع الأطباء. همّها الوحيد كان ابنها، فلقد كان السبب الرئيسي لتعلقها بالحياة.

وتبيّن أنّ جوزيف لم يكن مجرد مصدر قلق لوالدته، ولكنه كان فرح حياتها. قامت على تربيته وحدها، ومن أجل إعالته عملت كجامعة عمالات ومن ثمّ كمشرفة في هيئة النقل. وتدبّرت أيضاً أن تعمل كمدافعة عن جوزيف، حيث ناضلت من أجل حصوله على قسط مناسب من التعليم قبل أن يقرّ الكونغرس قانون التعليم للمعاقين، وقبل وقت طويل من إقراره لقانون الأميركيين العاجزين. لقد ابتدعت واندًا عملياً مصطلح التعليم الخاص في المدارس المدينة التي دخلها ابنها. كانت شجاعة ومثابرة ومقنعة.

قالت واندًا: "جوزيف هو بلسم أوجاعي وآلامي. أنا أنسى بشأن تنفّسي". ربما بدوّتْ متشكّكة بعض الشيء، ولهذا أضافت: "لفترات قصيرة طبعاً. لا زال بإمكانني أن أنتبه له حتى وأنا في الخامسة والسبعين من عمري. يجب أن تكوني شابةً كي تركضي وراء طفل صغير لا يزال في أول مشيه. أما بالنسبة للأنواع الأخرى من العمل، مثل الزراعة، فيجب أن تكوني قوية جسدياً. نشأ والداي في مزرعة واشتغلا كمزارعين إلى أن انتقلا شمالاً. لا يمكنك أن تقومي بهذا النوع من الجهد الذي يكسر الظهر إذا كنت مصابةً باعتلال عضلة القلب". استرعى ذلك انتباهي؛ فلم أكن واثقة قبل هذه اللحظة كم تعرف عن مرضها أو كم تحبّ أن تعرف. وأكملت واندًا: "ولكن بإمكانك أن تخدمى الآخرين. نحن جميعاً عباد الله، وأكثرنا إيماناً به أكثرنا ابتلاءً".

نظرت واندًا فورد للشيوخوخة على أنها الوقت الملائم للروحانية. فلأول مرة منذ عقود، امتلكت واندًا الوقت والحافز للاهتمام بحياتها

الروحية. اعتبرت واندا الشيوخوخة وقتاً لتقبل جيرانها. كانت تقدر الوقت الذي تمضيه مع ابنها الذي استفاد بصورة هائلة من رعايتها له، كونه مصاباً بمتلازمة داون. وأسعدها الحظ بوجوده في مجتمع مؤمن تسوده قيم التسامح والفضيلة.

إنّ العضوية في مجتمع إيماني هي طريقة يمكن للمرء من خلالها أن يبقى على اتصال مع الناس الآخرين. وبالنسبة للعديد من المسنين، لا تُعتبر هذه الطريقة خياراً مفضلاً. ولكن عزلة الضواحي أو مجهولية حياة المدينة ليست خياراً مفضلاً أيضاً. ما نحن بحاجة إليه هو نوع مختلف تماماً من التنظيم الحياتي. ابتكر زوجان - مهندسان معماريان راديكاليان - فكرة المجتمع المخطّط. كانت فكرتهما أن يصمّما بتروء مدينة كاملة مستخدمين فن العمارة لإحداث إحساس سهل بالمجتمع. نجح الزوجان الحالمان أندرس دواني وزوجته إليزابيث بلاتر زيبيرك في تنفيذ أفكارهما في مجتمع سيسايد في فلوريدا، وهي مدينة شرعا في إنشائها منذ أوائل ثمانينيات القرن الماضي. وإذ وُصفت من قبل مجلة *Atlantic Monthly* على أنها الحلّ لمشاكل أميركا الاجتماعية، فقد جسّدت هذه المدينة المبادئ التي سيقوم على أساسها بديل العيش في الضواحي. تملك المدينة مرجاً مركزياً يضمّ مؤسسات المجتمع الأساسية، وجميع المنازل والدور هي على بعد خمس دقائق من مركز المدينة سيراً على الأقدام، وعلى طول محيط المدينة هناك تنوّع من المتاجر في مواقع مناسبة. أصبحت هذه المبادئ تمثّل الفكرة الجوهرية لما يُلقب الآن بالمدينة الجديدة. كان الهدف هو إنشاء قرية للمشاة مبنية حول مساحة اجتماعية يمكن للناس فيها أن يجتمعوا ويكونوا صداقات ويتحدّثوا. وبتصميمها الهادف لمحاربة انتشار الضواحي وتعزيز التفاعل الاجتماعي، فإنّ مثل هذه المجتمعات تملك الإمكانيات لتمكين المسنين

من التغلب على العزلة والمجهولية.

قد تكون منشآت المدينة الجديدة مفيدة لنا جميعاً، ولكنها مرجحة لأن تكون مفيدة بشكل خاص للمستئين. فهي تحلّ مشاكل النقل غير الملائم، وتعزّز الشبكات الاجتماعية. ولكن الاستبدال بشكل مُجمل لضواحي المدن الأميركية بقرى جديدة لن يحدث في أي وقت قريب، وبالتأكيد ليس في وقت قريب بما يكفي لإعطاء مواليد الفترة الواقعة بين عامي 1946 و1964 البيئة التي سيحتاجونها ليزدهروا مع تقدّمهم في السن. ولهذا فإنّ حرم الجامعة للتفاعل بين الأجيال هي مقارنةً أخرى تبدو أكثر وعداً بالنجاح لتعزيز التواصل الاجتماعي.

نبتت فكرة حرم الجامعة للتفاعل بين الأجيال من أسباب تتعلّق بالمال وبالمثالية على حدّ سواء. فحيث ميّزت العديد من الجامعات أنها تملك موارد استثنائية ولكن غير مُنتفع بها كما يجب وأنها - أي الجامعات - بحاجة إلى موارد إضافية من الدّخل كي تستمر، نشأت فكرة حرم الجامعة للتفاعل بين الأجيال كحلّ جزئي للأمر المالي. لا تستمر دورات التعليم في أي جامعة نموذجية إلا لنصف السنة (فالأهل الذين يدفعون 40,000 دولار أو أكثر سنوياً من أجل رسم التعليم والغرفة والطعام في الجامعات الخاصة يدركون جيداً أنّ أولادهم يتعلمون فعلياً 28 أو 30 أسبوعاً فقط في السنة) وقد لا يكون فيها دورة تعليم صيفية. وجدت بعض الجامعات أنها يمكن أن تؤجّر مرافقها للمخيمات الصيفية أو غيرها من البرامج الخاصة. وقد اختارت مجموعة منها أن تشيّد مجتمعات تقاعد متواصلة الرعاية على أرض الجامعة، متيحةً للمقيمين المستئين أن يدرسوا مقرّرات جامعية جنباً إلى جنب مع فئة الطلاب المراهقين. وسيكون الخطباء الذين يأتون إلى الحرم الجامعي متوفّرين للشباب والمستئين على السواء، وكذلك الأمر بالنسبة للحفلات

الموسيقية والأفلام السينمائية. تأمل الجامعة أن يعمل المسنون كمورد للطلاب، مزودين بذلك النوع من المعلومات المهنية التي يفتقر إليها مكتب الاستشارات المهنية النموذجية. كما يمكنهم أن يقوموا بدور الآباء البديلين، مانحين النصيحة والتشجيع اللذين قد يرفضهما المراهقون إذا صدرا من أهلهم أنفسهم.

على سبيل المثال، أسست جامعة كاليفورنيا الشمالية في أشفيل مركز التقاعد المبدع في العام 1988. لا يوفر المركز فعلياً سكناً داخل حرم الجامعة، ولكنه يؤلف برنامجاً شاملاً للمتقاعدين لتشجيع التعلم والتطوع. يشتمل المركز على كلية للمتقاعدين تنفصل مقرراتها عن المقررات المعتادة المقدمة لطلاب الجامعة، حيث يعتمد المركز بدلاً من ذلك على تجربة أعضائه وخبراتهم الاحترافية - مع بعض المشاركة من هيئة التدريس والإدارة الجامعية - لتدريس المقررات للمسنيين الآخرين. يمكن للطلاب في كلية المتقاعدين أن يستفيدوا من مرافق الجامعة مثل المكتبة وصالة الألعاب الرياضية. المقررات التي قدمتها الكلية في خريف عام 2004 هي غاندي في جنوب أفريقيا، ومفاهيم علم البيئة، وما تعلمه الفنائية، بالإضافة إلى الأعشاب النامية وتاي تشي *Tai Chi*.

كما ينسق مركز التقاعد المبدع سلسلة مثيرة من برامج الخدمات الاجتماعية. فمن خلال عمله مع مركز المهن في الجامعة، يقوم مركز التقاعد المبدع بتدريب المسنيين ليعملوا كمنصحين للطلاب الجامعيين الذين يبحثون عن مواقع زمالة تدريبية، أو يحاولون إيجاد وظيفة، أو يناضلون لاكتشاف ما يريدون أن يفعلوه عندما يكبرون. كما يستخدم المركز أيضاً المتطوعين المسنيين لمساعدة فريق العمل في مختبرات الكمبيوتر بعد الدوام المدرسي لطلاب المدارس المتوسطة، ويساعد

أعضاء المركز أيضاً في تنظيم المباريات العلمية المنطقية.

اتخذت جامعة صغيرة خارج بوسطن مقاربةً مختلفة. اختارت جامعة لاسيل أن تشيّد مجتمع تقاعد متواصل الرعاية على حرمها الجامعي يضمّ أربع عشرة بنايةً متّصلة فيما بينها ويسكنها 210 مسنّين مستقلّين. يشتمل مجتمع التقاعد على مؤسسته الخاصة المحترفة للرعاية في حال احتاج نزلاؤه إلى إعادة تأهيل شامل قصير الأمد أو لرعاية طبية. أطلقت جامعة لاسيل على مقاربتها اسم التعلّم مدى الحياة وهي تقتضي أن يلتزم مقيموها ويتمّوا (إذا استطاعوا) 450 ساعة سنوياً من برنامج تعليمي مكثّف وفقاً لكل فرد. والجامعة جدّية بشأن مهمتها: فقد وظّفت عميداً أكاديمياً بدوام كامل لمساعدة الطلاب على اختيار الطريقة التي سينجزون بها متطلباتهم التعليمية. يمكنهم فعل ذلك بتنوُّع من الطرق، تتراوح ما بين التسجيل في مقرّر في جامعة لاسيل، إلى حضور مقرّرات خاصة للمقيمين في قرية المتقاعدين، إلى إعطاء دروس خصوصية لطلاب جامعة لاسيل. كما أنّ السفر والدراسة في برنامج إلدروستل Elderhostel يُحتسب ضمن المتطلبات، وكذلك التطوُّع ليوم واحد في مركز الرعاية النهارية في الجامعة. أسست قرية لاسيل، وهي منظمة غير ربحية، مركز فاس لأبحاث الشيخوخة ودراسات التفاعل بين الأجيال من أجل تقييم مقاربتها ومقاربات الآخرين الخاصة بالشيخوخة.

يمكن للتنظيمات التي وصفتها أعلاه - المجتمع الإيماني أو المجتمع المخطّط أو مجتمع الحرم الجامعي للتفاعل بين الأجيال - أن تعزّز تنمية العلاقات وتيسّر إيجاد عمل مفيد. وهي جميعاً تشتمل على إيجاد رأس مال اجتماعي، وهي الشبكات الاجتماعية التي نفتقر إليها جداً في المجتمع الأميركي. ولكن بالنسبة للمسنّين الضّعفاء، فحتى هذه البيئات قد لا تكون كافية. من أجل أن نضمن أنّ الشيخوخة

المفيدة ستبقى خياراً للثمانينين والتسعينين، سنحتاج إلى الانتفاع من التكنولوجيا. نستطيع من خلال الكمبيوتر مثلاً أن نوجد مجتمعات وهمية. بالنسبة للمسنين العاجزين جسدياً أو أولئك الذين يعانون من حالات طبية تحدّ من فترة انتباههم، تقدّم شبكة الإنترنت إمكانيات مثيرة لتأسيس أنواع جديدة من العلاقات التبادلية.

يمكن لشبكة الإنترنت أن تمكّن المسنّين من التواصل مع العديد من الراشدين الآخرين الذين لن يروهم أبداً أو لن يحادثوهم شخصياً. فتماماً كما قدّم المسنّون الأقوياء النصيحة لغيرهم وجهاً لوجه ونجحوا في ذلك، يمكن للمسنّين الضّعفاء أن يتعلّموا إسداء النصيحة على شبكة الإنترنت. وليس بالضرورة أن يكون إسداء النصيحة موجّهاً للطلاب فقط. تقترح دراسات عدة أنّ الراشدين في المرحلة الأولى من حياتهم المهنية يستفيدون بصورة هائلة من النصح. فعادةً ما يكون رئيس القسم (في المجال الأكاديمي) أو رئيس العمل (في الأعمال التجارية) مهتماً أكثر بتقدمه الخاص أكثر ممّا هو مهتمّ بتقدّم موظفيه. وليس من غير الشائع أن يستخدم الرئيس الأعضاء الأقل رتبة من فريق عمله، سواء في مختبر أبحاث أو في شركة محاماة، لتعزيز مشاريعه الخاصة. وفي بعض الأحيان تكون اهتمامات الرئيس وفريق العمل موحّدة فعلاً. ولكن نادراً ما يرى الرئيس أنّ دوره يتضمّن مساعدة أعضاء فريق عمله على تطوير مجالات اهتماماتهم وخبراتهم. إنّ استدعاء الاحترافيين المتقاعدين لإسداء النصيحة إلى رجال ونساء في بداية حياتهم المهنية يمكن أن يعوّض جزئياً عن عدم الكفاية في النظام القائم. ويكمن جمال شبكة الإنترنت في أنها لا تتطلّب تقارباً جغرافياً.

سيتمكّن المسنّون، بغضّ النظر عن قيودهم الجسدية، أن يسوّقوا خدماتهم على شبكة الإنترنت. تُستخدم شبكة الإنترنت بشكلٍ رئيسي

حالياً لبيع وشراء الأشياء المادية، جامعةً بين البائعين والمشتريين أينما كانوا. يمكننا أن نبحث على شبكة الإنترنت في أي وقتٍ ملائم لنا خلال النهار، ويمكننا غالباً أن نرى صورة فوتوغرافية للشيء الذي نريده، كما يمكننا أن نعقد صفقة في اللحظة نفسها. إن فكرة بيع الخدمات على شبكة الإنترنت بطريقة مشابهة بدأت في الراج. تعلن Craigslist الآن عن وظائف في مدن متنوعة من بوسطن إلى سان فرانسيسكو، متيحةً حدوث توافق مماثل بين البائع والمشتري دون وساطة لوكالة توظيف أو لدائرة موارد بشرية. ومع قليل من الإبداع، يمكن لمقاول على شبكة الإنترنت أن يستفيد من الإمكانيات غير المستغلة لعشرات الآلاف من المسنين الذين لديهم خدمات يقدمونها. الخدمة الواضحة هي إسداء النصيحة، ولكن بإمكان المسنين أيضاً أن يعيدوا قراءة الرسائل الفصلية للطلاب الجامعيين وأن يصححوها، أو أن يزودوهم بتعليقات حول الوظائف الجامعية، أو أن يسهلوا إنشاء مجموعات دعم على شبكة الإنترنت.

رغم أنّ أفراد المجموعة الحالية من الثمانينيين يستخدمون البريد الإلكتروني للتواصل مع أولادهم وأحفادهم، إلا أنّ معظمهم لم يدخل مرحلة الشيخوخة بمهارات كمبيوترية متطورة. ومع ذلك، فإنّ المتقاعدين في العام 2025 سيكونون مجهزين إلى حدٍّ كبير بخبرة في برامج معالجة الكلمات والحسابات. وسيكونون قادرين على تصفح شبكة الإنترنت وتصميم الرسائل الإخبارية وإنشاء قواعد البيانات والشروع بالبحث حتى لو كانوا يعانون من مشاكل بالسمع وصعوبة بالمشي. كما سيكونون قادرين على استخدام خبرتهم ليقوا مستقلين - كأن يطلبوا ما يحتاجونه من البقالة والأدوية عن طريق الإنترنت - وأيضاً ليقوا مشاركين فعالين في مجتمعاتهم.

من أجل أن نحظى بشيخوخة جيدة، نحن بحاجة لأن نبقى أعضاء منتجين في المجتمع. سنحتاج للعمل، لا للتسلية فقط. وبالإضافة إلى ضرورة إيجاد عمل ملائم، يجب أن نكون قادرين على الوصول إلى أماكن العمل أو جلبها إلينا. يجب إعادة تنظيم المجتمع - فيزيائياً وسيكولوجياً - ليسمح بمرونة ساعات العمل وليلائم الناس الذين يعانون من ضعف في السمع أو البصر أو لديهم قابلية حركة محدودة. إنَّ العقبة الرئيسية التي تحول دون إمكانية تحقيق هذا الهدف ليست البنية التحتية الناقصة - رغم أنَّ هذه تمثل مشكلة - ولا هي غياب الإرادة السياسية - رغم أنَّ هذه تمثل مشكلة أخرى - ولكنها إيماننا الراسخ بالفردية.

من شأن الأميركيين أن يعرفوا النجاح والسعادة وحُسن الحال بناءً على الرضى الشخصي. لقد بنينا مدننا مفترضين أولوية الفرد على المجتمع. وكنتيجة طبيعية لإيماننا بالفردية، فنحن نعتبر الاستقلالية أو التحكم بحياتنا أمراً مقدساً إلى أبعد الحدود: الحرية، والاستقلالية، والاختيار، والحقوق الشخصية، والطوعية، وأخيراً التمكين هي أكثر الكلمات المبتجلة المستخدمة حالياً في أحاديثنا الأخلاقية والمدنية. هذه النزعة نحو الاستقلالية المقدسة - حرفياً الحكم الذاتي - ترجع إلى أواخر سبعينيات القرن الماضي. في استطلاع حول القيم الأميركية، وجد دانيال يانكيلوفيتش أنَّ أميركا كانت تتقل في سبعينيات القرن الماضي من ثقافة إنكار الذات إلى إرضاء الذات، تماماً حين بلغ مواليد بداية الفترة الواقعة بين عامي 1946 و1964 منتصف إلى أواخر العقد الثالث من العمر. تقترح دراسة حديثة أجراها ألان وولف حول الطبقة الأميركية المتوسطة أنَّ مواليد الفترة الواقعة بين عامي 1946 و1964 يصبحون منهمكين أكثر فأكثر بشؤونهم الذاتية.

إن الإيمان بتفوق الاستقلالية يُحدث مشاكل لكل طبقات المجتمع. اقترح ويلارد غايلين وبروس جينغنز أن «الاستقلالية الآن تتفوق على اللطف والإيثار والأبوة والإحسان والتعاضد والعون المتبادل وغيرها من القيم المدنية التي تخبر المرء أن ينحني جانباً لصالحه الخاصة من أجل مصالح الآخرين أو من أجل قضية أكبر من نفسه». تملك هذه المبادئ الأخرى موقعاً في بناء المدنية الأخلاقية: إذ تتحقق إنسانيتنا بتوحيد حقوقنا ومسؤولياتنا، واستقلاليتنا وعلاقاتنا، واعتمادنا على أنفسنا وعلى الآخرين. ليست ثقافة الاستقلالية هذه مشكلة فقط للمجتمع ككل، ولكنها تفشل بعمق في الإيفاء باحتياجات الشيخوخة. قد يضطر كبار السن إلى الاعتماد على الآخرين لمساعدتهم في معظم النشاطات اليومية، مثل ارتداء الثياب أو الاستحمام. وقد لا يملكون المقدرة العقلية أو القوة الجسدية أو الجلادة للاستمرار بعملهم المعتاد. وربما لا تكون لديهم الطاقة أو الطموح للشروع في مهنة جديدة. من أجل أن نحظى بشيخوخة جيدة، يجب أن نقلل من تفكيرنا بأنفسنا كذرات معزولة بل أن نفكر أكثر أننا كجزئيات؛ أجزاء من مركبات تتحد مع مركبات أخرى لتنتج مواد جديدة ورائعة.

أوصلنا التشديد المفرط على الاستقلالية إلى مجموعة من المشاكل. فبالإضافة إلى أنه يشكل عائقاً أمام إيجاد عمل مفيد لكبار السن، فهو أيضاً مصدرٌ للاستعمال الواسع الانتشار للعلاجات الطبية غير المجدية قرب نهاية العمر. أصرت بنات سادي سولومون في الفصل الثالث أن تدخل والدتهن البالغة من العمر 90 عاماً إلى المستشفى حيث تم وصلها بجهاز تنفس وخضعت لعملية نقل دم وأشربت السوائل قبل أن تموت. وقد تم سؤالهن عن كيفية المتابعة لأن الأطباء حولوا كل مداخلة طبية إلى خيارٍ محتمل، حتى عندما لا يكون هناك أي خيار

مفيد. في رفضهم للطريقة الأبوية الطبية في خمسينيات القرن الماضي، مستجيبين للإدراك العادل بأن العديد من القرارات بشأن العلاج هي محمّلة بالقيّم وليست تقنية محضة، انتهى مال الأطباء إلى ترك المرضى أمام مجموعة واسعة من الخيارات. حمّل الأطباء العائلات أعباءً لا يريدون أن يحملوها بدلاً من الإقرار بمسؤوليتهم الخاصة بإرشاد الرعاية، وكل ذلك تحت اسم الاستقلالية. وكما يعبر عن ذلك فرانز إنجلفنغر - وهو اختصاصي بأمراض المعدة والأمعاء ومحرّر سابق لمجلة نيوانغلند للطب *New England Journal of Medicine* - حين أصيب بسرطان المريء ولم يقدّم له أطباؤه سوى مجموعة من الخيارات:

يجب أن يوصي الطبيب بإجراء محدّد. يجب أن يتحمّل المسؤولية، لا أن يلقبها على كتفي المريض. يمكن للمريض حينها أن يرفض التوصية، وهو أمرٌ مقبولٌ تماماً، ولكنّ الطبيب الذي لا يستعمل تدريبه وخبرته للتوصية بإجراء محدّد للمريض... لا يستحق لقب دكتور.

إنّ الالتزام المفرط بالاستقلالية يشجّع مواليد الفترة الواقعة بين عامي 1946 و1964 على المطالبة بعلاجات مؤلمة وعديمة النفع، ويعلمنا أننا يجب أن نسعى وراء الإرضاء الشخصي حتى في أيامنا الأخيرة. وحده التغيير الجذري في المواقف هو الذي سيسمح لثمانيني الغد أن يتقبّلوا حدود العلاج الطبي، وأن يؤيّدوا الرعاية الملطفة قرب نهاية العمر، وأن يستمتعوا بسنواتهم الأخيرة في بيئة تُفضي بالفعل إلى الرضى.

خاتمة

يجب على مواليد الفترة الواقعة بين عامي 1946 و1964 أن يختاروا. يمكنهم أن يتعثروا في الشيخوخة أملين أن أطباءهم سيملكون الحكمة لمعالجتهم بشكل ملائم، وآخذين بعين الاعتبار ما هم عليه من القوة أو الضعف، ومتوقعين القبول بإحسانهم. ويمكنهم أن يستمروا بأعمالهم اليوم، مفترضين أن سياسيتهم الموجهين من قبل خبراء السياسات الصحية، سيهتمون فعلياً بدراسة وإصلاح برنامج الرعاية الطبية Medicare كي يزود بالرعاية المنسقة المجتمعة مع الحنو والاستمرارية. ويمكنهم أن يفترضوا بسعادة أن خيارات السكن ستطور تلقائياً لتضمن لهم شققاً جذابة مع كل وسائل الراحة الممكنة العالية التقنية في مؤسسة حديثة للعيش المُعان أو في دار لرعاية المسنين، في حال اضطروا للانتقال إلى مكان كهذا. وباختصار، يمكنهم أن يقوا متفائلين لأنهم يؤمنون بأن التقيد بأخر التوصيات الغذائية والالتزام بنظام للتمارين الرياضية سيكونان كافيين لإبقائهم أصحاء وأقوياء إلى أن يموتوا في عمر المائة أثناء نومهم.

وعلى نحو بديل، يمكن لمواليد الفترة الواقعة بين عامي 1946 و1964 أن يقرروا فردياً وجماعياً أن يبذلوا قصارى جهدهم لتشكيل مستقبلهم. ونظراً لأن السلبية لم تكن سمة مميزة للجيل المولود بين عامي 1946 و1964، فمن المدهش أن يكون الإذعان هو بالضبط ما رأيناه حتى اليوم. ربما ينشأ تكتّمنا عن خوفنا من الموت الذي هو

في النهاية ذروة الشيخوخة. ولكن في حين أن الموت قد أُطلِّ برأسه من الخزانة، مع النجاح المذهل لكتب مثل كيف نموت *How We Die* لشيروين نولاند، إلا أن الشيخوخة قد بقيت موضوعة بأمان على الرف العلوي، مُعبّرة وبمناى عن الأنظار. ربما من المجفل جداً للعقل أن نعتبر أن مرحلة ما قبل الموت هي فترة بالكاد سيكون الناس فيها متواجدين؛ فهم أحياء بالفعل ولكنهم غير منتجين وغير مُقدّرين وغالباً بصحة غير جيدة. نحن بحاجة لأن نصرّف من أجل تحسين تلك المرحلة حتى لا تكون عقيمة ومقفرة، بل مليئة بالتوق والطموح وأيضاً بالحزن والأسى مثل كل أطوار الحياة الأخرى.

ما أقترحه هنا على مواليد الفترة الواقعة بين عامي 1946 و 1964 - وأنا واحدة منهم - هو أننا بحاجة لأن نغيّر مواقفنا وسلوكنا والعديد من مؤسساتنا الاجتماعية. يمكن أن تحدث بعض الأفعال التي يجدر بنا القيام بها في خلوة كشك التصويت أو في عيادة الطبيب. بإمكاننا أن نصوّت لمرشحي منصب سياسي يدعمون إصلاحاً جوهرياً لبرنامج الرعاية الطبية Medicare؛ رغم أننا قد نضطر لخوض الانتخابات بأنفسنا لإيجاد مرشح كهذا. يمكننا أن نطلب إشراكنا في إدارة أمراضنا المزمنة وإخضاعنا لاختبارات تكشف حالات شائعة مثل ضعف السمع عند ذهابنا للطبيب. ستتطلب بعض الأفعال الأخرى جهوداً أكثر تنسيقاً وتخطيطاً. نحن بحاجة لأن نقنع مجتمعاتنا ببناء سكن لكبار السنّ يستند إلى فلسفة الرعاية المتّسمة بالاحترام والمتمركزة حول الشخص، ويجب أن نضغط على رجال الأعمال والأكاديميين لتطوير وظائف ذات معنى للأفراد الأكبر سنّاً، وسنحتاج إلى مكافأة المنظمات الخيرية التي تدعم المشاريع الابتكارية المصمّمة لدمج المسنّين في المجتمع الأوسع.

يجب أن نميّز أننا كمجموعة نملك قوة استثنائية. هناك 77 مليون

أميركي وُلِدوا بين عامي 1946 و1964. وفي العام 2000، كنا نمثّل نسبة 27.5 بالمائة من تعداد السكان الإجمالي. أما قوتنا الإنفاقية السنوية فتقدّر بحوالي 2.2 تريليون دولار. وقد وصلنا إلى مستويات تعليمية أعلى من تلك التي كانت لدى أيّ جيل سابق. وبالإضافة إلى قوتنا الإنفاقية، ومستوانا التعليمي العالي، فنحن نملك أيضاً حقّ التصويت. ففي انتخابات العام 2000 الرئاسية، صوّت 59 بالمائة من جمهور الناخبين المؤهلين، ولكنّ نسبة المقترعين من مواليد بداية الفترة الواقعة بين عامي 1946 و1964 بلغت 69 بالمائة. أصواتنا تهمّ، رغم أننا قد نحتاج لأن نتكلّم بصوت واحد كي يتمّ سماعنا.

يجب أن نتوقّف عن دفن رؤوسنا في التراب وأن نُحدث بضعة تغييرات جوهرية في السلوك الشخصي. سنحتاج بشكل خاص إلى الحركة وممارسة الرياضة. فالنشاط الجسدي هو إحدى الطرق التي يمكن للأفراد من خلالها أن يُحدثوا فرقاً في صحتهم. للتمارين الرياضية ثلاثة تأثيرات مفيدة: أولاً، هي تخفض بشكل ملحوظ خطر الإصابة باعتلال القلب، وهي الفائدة المشهورة لممارسة الرياضة. لا يزال اعتلال القلب السبب الرئيسي للموت لدى الأفراد فوق سنّ الخامسة والستين، على الرغم من توقّر الإنعاش القلبي الرئوي ووحدات العناية الفائقة والإستنت والأدوية الخافضة للكولستيرول. يمكن للممارسة المنتظمة للرياضة أن تساعد أيضاً في الوقاية من البدانة، التي تُميّز أكثر فأكثر كوباء في أميركا القرن الواحد والعشرين. نادراً ما يكون الناس الممارسون للرياضة بانتظام زائدي الوزن، ولا يمكن للناس الزائدي الوزن أن يأمّلوا بخسارة الوزن إلا إذا أكلوا أقلّ ومارسوا الرياضة أكثر. لم تستطع أي من الحميات التي استحوذت على خيالنا طوال العقد الأخير أن تتغلّب على القوانين الأساسية للديناميكيّة الحرارية. وأخيراً،

هناك فائدة إيجابية لممارسة الرياضة قلماً يدركها الكثير من الناس، وهي أنّ المسنين اللائقين بديناً يحتفظون باستقلاليتهم. وهذا يعني أنهم يستطيعون ارتداء ملابسهم بأنفسهم، والذهاب إلى الحمام بمفردهم، والاستحمام دون مساعدة، ويعتمدون على أنفسهم في أمور مثل الطبخ والتنظيف والتسوّق. باختصار، يمكن للمشي السريع لمدة نصف ساعة ثلاث إلى خمس مرات في الأسبوع أن يساعد في درء العديد من الأسقام التي تجعل من الصعب على المسنين أن ينخرطوا في أوجه الحياة التي يجدونها مفيدة للغاية.

يجب أن نستمر في الحركة، ولكن لا يجدر بنا أن نقوم بتنقّلات جغرافية كثيرة جداً. عندما نغيّر باستمرار مكان إقامتنا، مستقرين لبضع سنوات في شيكاغو ثمّ لبضع سنوات أخرى في سياتل ومن ثمّ في تشابل هيل، فنحن لا نرسّخ جذوراً أبداً. إنّ تنمية العلاقات مع العائلة والأصدقاء لا تخفف من شعورنا بالوحدة فحسب، ولكنها تؤثر على الصحة أيضاً. فالمرضى الذين يعانون من نوبة قلبية أو سكتة دماغية، على الرغم من جهودهم القصوى في ما يتعلّق بالطعام وممارسة الرياضة، يتعافون أسرع ويكونون أكثر احتمالاً لأن يتجنّبوا نوبة حادة إذا كانت لديهم صلات اجتماعية كثيرة. والأمر صحيح أيضاً بعد كسر في الورك. وفي حين أنّ الخرف، الذي هو البلاء الأعظم في الشيخوخة، يتّج أساساً عن كيمياء لاسويّة في الدماغ، إلا أنّ التواصل الاجتماعي يبدو بالفعل مفيداً في تأخير ظهوره وتقليل تأثيره إلى الحدّ الأدنى.

ليس سلوكنا فقط هو الذي يحتاج إلى تعديل، بل مواقفنا أيضاً. فلقد أقنعنا أنفسنا لسنوات بفضيلة اختبارات التقصي؛ مستويات الكولستيرول في الدم، وتصوير الثدي، واختبارات مولّد المضاد الخاص بالبروستات. لا يتّبع كل الأميركيين إرشادات اختبارات التقصي الموصى

بها، ولا يفعل أطباؤهم ذلك أيضاً. ولكن سيضطر أولئك الذين يفعلون إلى تغيير موقفهم عندما يشيخون ويصابون بأمراض خطيرة مهددة للحياة. يجب أن نتوقف عن الهوس بشأن أمورٍ لم تعد تهمّ، ومقاومين الدافع لطلب اختبارات اللطاخة العنقية (لطاخة بابا نيكولاو) واختبارات مولد المضاد الخاص بالبروستات، والبدء بتوجيه اهتمامنا إلى مجالات جديدة تهمّ بالفعل. إنّ الوقوع وكسر الورك يشكّل تهديداً أكبر للاعتماد على النفس والسعادة في سنّ الخامسة والثمانين أكثر مما يفعل السرطان العنقي.

سيكون علينا أيضاً أن نغيّر موقفنا تجاه الرعاية الطبية. يجب أن نتخلّى عن وجهة النظر القائلة بأنّ الطب هو إما علاجي بلا هوادة أو ملطّف بشكل حصريّ. بدلاً من ذلك، يمكن للطب أن يقع بين هذين الطرفين القصيين مركزاً على نوعية الحياة. إنّ الرغبة في معالجة ستيح لنا أن نرى ونسمع ونفكر ونمشي هي متساوقة تماماً مع الرغبة في معالجة ستطيل الحياة؛ أحياناً. يجب أن نقبل الحاجة المؤلمة للمقايضة، مميّزين أنّ بعض أنواع العلاجات التي يمكنها أن تطيل الحياة تتضارب مع بقائنا معتمدين على أنفسنا ومرتاحين وسليمي العقل.

وأخيراً، فإنّ التغيير المواقفي الأصعب هو ضرورة التخلّي عن تمسّكنا باستقلاليتنا الفردية والقبول بحقيقة الأهمية الكبرى للمجتمع مع تقدّمنا في السنّ. يُعرّف كبار السنّ أنفسهم على نحو متزايد وفقاً لعلاقاتهم بالعائلة والأصدقاء والمجتمع المحيط. كما يعتمد المسنون على العائلة والأصدقاء وغيرهم من أفراد مجتمعهم لتسهيل ممارسة استقلاليتهم؛ فمن أجل أن يبقوا قادرين على القيام بخيارات تتعلق بحياتهم، هم بحاجة إلى الآخرين ليساعدوهم في تنفيذ قراراتهم.

ليس من السهل إحداث كل هذه التغييرات في المواقف والسلوك،

ولهذا علينا أن نطوّر طرقاً لتسيّرها. من غير الواقعي ومن غير المنطقي أن نتوقع أن الأفراد يمكن ببساطة أن يتحمّلوا مسؤولية أكبر في ما يتعلّق بصحتهم، دون أن نزودهم بالوسائل الضرورية للقيام بذلك. فعلى الرغم من أن العلم هو واحدٌ من أسرع الحقول تطوراً في الوقت الحاضر، إلا أنه لا يوجد جهدٌ منهجي منظم لتثقيف الراشدين بشأن العلم والطب ما إن يتخرّجوا من المدرسة الثانوية أو الجامعة. يتخرّج الواحد منا من المدرسة الثانوية ويترك خلال كامل سنوات حياته معتمداً على وسائل الإعلام وعلى طبيبه لمعرفة آخر المعلومات الصحية الشاملة. الاحترافيون - سواء في مجال التمريض أو التعليم أو الحقوق - مُلزمون بمواصلة تحصيل العلم للاحتفاظ بمصداقيتهم وشهادتهم، ولكن في مجال الصحة اليومية، فإنّ الإرشادات الرسمية المستمرة غير متوقّعة ولا متوفّرة. من أجل التعويض عن هذا النقص الفاضح، يمكن للمهنة الطبية أن تقدّم حلقات دراسية على مدى أسبوع (في المصايف أو المنتجعات، لتكون مزيجاً من العمل والتسلية)، أو سلاسل مستمرة من المحاضرات المسائية، أو برامج تعليمية على شبكة الإنترنت تتناول مواضيع مثل نقصي السرطان ومخاطر فرط ضغط الدم وابتكار نظام للتمارين الرياضية. لن تكون هذه المقرّرات إجبارية، ولن يؤدّي عدم المشاركة فيها إلى التعرّض لعقوبة مثل دفع غرامة (بشكلٍ مشابه للغرامة المفروضة على من لا يتقيّد بوضع حزام الأمان في بعض الولايات)، ولكن يمكن لبرنامج الرعاية الطبية Medicare أو منظمات الحفاظ على الصحة الأعلى رتبة أن تقدّم حسمًا في قسط التأمين للمواطنين على الحضور.

يمكن للمرء أن يجادل بأنّ الإرشادات الرسمية بشأن أوجه الحياة الأخرى كالسياسة والاقتصاد والقانون يجب أن تكون متوفّرة لنا أيضاً.

ولكنّ الصحة حالة خاصة لأنّ المعلومات معقدة وتتطوّر بسرعة، ويمكن أن يؤدّي تجاهلها إلى عواقب مدمّرة. وفي حين أنّ البرامج التعليمية الحكومية القائمة، مثل تعليم السائق والحلقات الدراسية لمكافحة المحدّرات، هي مضجّرة جداً ولم تُثبت فعاليتها، إلا أنّ ما أحاول اقتراحه هنا هو تعدّد من البرامج المصمّمة من قِبَل الأطباء والمصدّق عليها من قِبَل برنامج الرعاية الطبية Medicare. وفي هذه الحالة، يمكن للقوى التسويقية أن تحفّز تطوير منتجات عالية النوعية مع تنوع كافٍ يجتذب بدوره تنوعاً من المستهلكين.

وبأسلوب مماثل، إذا كانت ممارسة الرياضة مهمة، فيجب علينا إحداث حوافز لتشجيعها. لممارسة الرياضة - خلافاً للعقاقير الموصوفة - حسنةٌ هائلة تتمثّل بانخفاض كلفتها، ولكنها - خلافاً للأدوية أيضاً - يصعب الالتزام بها. فابتلاع حبة هو أسهل بكثير من الذهاب إلى النادي الصحي المحلي للتدرب، أو من السباحة في مسبح المركز الاجتماعي للأهالي، أو حتى من التجوّل على دراجة ثابتة في البيت. يمكن تسهيل ممارسة الرياضة بوضع المعدّات الرياضية في المراكز الكبرى بالإضافة إلى توفير النقل المجاني للمركز. أما الحافز الأكثر قوة فسيكون نظام تجميع النقاط التي يمكن الاستفادة منها في تغطية جزء من ثمن العقاقير الموصوفة أو من كلفة الاشتراك في الجزء ب من برنامج الرعاية الطبية Medicare (الذي يغطّي خدمات الطبيب والفحوص المخبرية)، أو في الحصول على حسم في واحدةٍ من سياسات MediGap. والواقع أنّ برنامج Medicare سيدعم تكاليف المسجّلين فيه المنشغلين في تعزيز فعال لصحتهم. سيتلقّى كل مستفيد من برنامج الرعاية الطبية Medicare كلمة مرور ستمكّنه من تسجيل اسمه لدى الدخول *sign-in* متى ما استعمل دراجة تمارين مجهزة بعدد خاص لتسجيل أدائه. ويمكن

لمراكز weigh-in المعتمدة أن تسمح لكبار السن بتقييم أدائهم وتحديد ما إذا كانوا ضمن حدود وزنهم الهدف المحدد مسبقاً، مع نقاط إضافية تُمنح سنوياً (أو على نحو أكثر تكراراً) عند بلوغ الوزن المرغوب.

وبالإضافة إلى التغييرات الشخصية، سنحتاج أيضاً إلى إنشاء مؤسسات جديدة بالمعنى الأوسع. وبشكل خاص، علينا أن ننشئ بيئات سكنية أفضل لكبار السن العاجزين جسدياً أو عقلياً. يجب اعتبار دور رعاية المسنين ومؤسسات العيش المُعان شكلين مختلفين لنموذج واحد متمحور حول النزول. سيهدف هذا النموذج إلى تعزيز نوعية الحياة الأفضل لنزلاته وليس فقط الضمان الأقصى لسلامتهم الجسدية، وهو ما تدور حوله معظم دور رعاية المسنين اليوم. ومن أجل بلوغ ذلك الهدف، علينا أن ننشئ أماكن للعيش تكون عبارة عن مجتمعات حقيقية يشعر فيها النزلاء أنهم جزءٌ من مجتمع أكبر، وأن لديهم عملاً يقومون به وشيئاً يساهمون به، بالإضافة إلى الفرصة لإمتاع أنفسهم. يجب أن تكون الوظائف في هذه المجتمعات مرنة لتتكيف مع احتياجات العاملين المسنين ومن يقدم لهم الرعاية على حدٍ سواء.

وإذا كنا نأمل بتوفر مقدّمي الرعاية الذين سيعتنون بنا عندما نشيخ، فعلىنا أن نعيد تعريف وظائف تقديم الرعاية لجعلها جذابة. وهذا يعني تعزيز الراتب وزيادة الاعتبار المرافق لهذه الوظائف وإيجاد سبل للتقدّم. ونظراً لأنّ عدد مقدّمي الرعاية - بالرغم من ذلك - لن يكون كافياً لكل كبار السن الذين سيحتاجون إلى مساعدة في مجالات مثل ارتداء الملابس والاستحمام، فنسحتاج إلى الاستعانة بمقدّمي الرعاية العائليين. يزوّد أفراد العائلة بالفعل بالجزء الأكبر من هذا النوع من الرعاية، ولكنهم سيحتاجون إلى المزيد من المرونة في عملهم إذا كنا سنطلب منهم المزيد، آخذين بعين الاعتبار أنّ لديهم بالفعل وظائف

أخرى بالإضافة إلى عائلاتهم الخاصة. باختصار، سيكون علينا أن نعيد تنظيم مكان العمل.

وإذا كنا نريد أن نجنب كبار السنّ الدخول إلى دور رعاية المسنّين، فنحن بحاجةٍ إلى إيجاد طرق لمحاكاة حياة القرية. إنّ نموذج الضاحية الذي يحتاج فيه الناس لقيادة سياراتهم للوصول إلى المتاجر وأماكن العمل والمؤسسات المدنية هو مجتمعٌ ينزل فيه كبار السنّ العاجزون جسدياً، والنموذج الريفي هو على نفس القدر من الإشكال. تروق المدن أكثر فأكثر للأفراد، ولكن بالنسبة لأولئك الذين لا يستطيعون احتمال عجلة الحياة السريعة والضجيج والأوساخ وجرائم الحياة المدنية، فإنّ مجتمعاً بجوّ فيه تفاعلٌ حقيقي بين الأجيال - مثل مركز تقاعد داخل حرم جامعي - هو بديلٌ جيد.

تحتاج المؤسسات الجديدة - سواء أكانت دوراً لرعاية المسنّين أو أماكن للعمل أو غيرها - إلى الرعاية كي تنمو وتزدهر. وتاماماً كما يمكن للحواضر أن تستحثّ التغييرات الموافقية والسلوكية، كذلك يمكن للقوانين والأنظمة أن تعزّز النموّ المؤسّساتي. سنحتاج إلى إحداث إصلاح شامل في برنامج الرعاية الطبية Medicare إذا أردنا إعادة تشكيل نظام رعايتنا الصحية لتعزيز إدارة الأمراض المزمنة بدلاً من الرعاية الخاصة بالحالات الطارئة. سنصمّم نموذجياً عدة أشكال مختلفة من برنامج الرعاية الطبية Medicare لتزوّد بالمجموعة الأمثل من الفوائد لكبار السنّ، مميّزين أنّ بعض المسنّين هم أقوياء وبعضهم ضعفاء والبعض الآخر مشرف على الموت، وأنّ كل مجموعة من هؤلاء لديها احتياجات مختلفة للغاية. ونحن بحاجة لأن نركّز على قضايا نوعية الحياة: طالما أنّ المنظمّين يدقّقون في دور رعاية المسنّين لجهة اهتمامها بصحة وسلامة نزلائها بدلاً من نوعية حياتهم، فإنّ هذه الدور

ستبقى مستشفيات زائفة عقيمة ومتنكرة بشكل دُور للمسنين.

ما الذي سيدفعنا للانخراط في العملية السياسية لإصلاح مؤسساتنا؟ من الجوهرى أن نرى أمثلة لما هو ممكن في كل مكان حولنا؛ المشاريع الدليلية، والمشاريع الإيضاحية، والأهم من هذا كله القصص والحكايات للفرق الذي يمكن أن تحدثه دور الرعاية الأفضل ومراكز التقاعد الحيوية المشتملة على تفاعل بين الأجيال في الحرم الجامعي. مصدر هذه القصص هم أبائنا وجيراننا - سيتم إخبارها في الكتب مثل هذا الكتاب الذي بين يديك - ومن أجل تحقيق أكبر قدر ممكن من الفاعلية، فإن هذه القصص ذات الإمكانيات الحياتية والطرق التي يمكن للبيئة من خلالها أن تعيق أو تعزز تلك الإمكانيات، يجب أن تصبح مادة لوسائل الإعلام. نحن بحاجة إلى فيض من المقالات الإخبارية والقصص الإنسانية في الصحافة والإذاعة والتلفاز. وسنحتاج أيضاً إلى مشاهدة دراما الشيخوخة ممثلة على التلفاز التجاري.

شكّ الناقدون لفترة طويلة أن يكون التلفاز الترفيهي مصدراً رئيسياً للمعلومات الصحية - أو المضللة - للجمهور العام. نُشرت دراسة في منتصف تسعينيات القرن الماضي في مجلة نيوانغلند للطب *New England Journal of Medicine* حول الإنعاش القلبي الرئوي المعروف على ثلاثة برامج تلفزيونية طبية رائدة هي *ER* و *Chicago* و *Hope* و *Rescue 911*. شاهد القِيمون على الدراسة 97 حلقة تضمّنت 60 حالة جُرّب فيها الإنعاش القلبي الرئوي ونجح في 75 بالمائة منها. وقد نهض المرضى حرفياً من نقالاتهم وخرجوا من غرفة الطوارئ، وذهبوا إلى البيت. كان الإنعاش القلبي الرئوي يُستعمل أساساً بدلاً من الصدمة، وكان المستفيدون الرئيسيون منه هم الأطفال والمراهقون والراشدون الأصغر سناً. والواقع أنّ أكثر من يتنفع من الإنعاش القلبي

الرئوي هم الكهول أو كبار السنّ الذين يعانون من مشاكل بالقلب، وأقل من 10 بالمائة منهم ينجون. أما من بين الناس فوق السبعين من العمر الذين يختبرون سكتة قلبية خارج المستشفى، فإنّ نسبة النجاة هي أقل من 1 بالمائة.

وبالإضافة إلى ما يتلقاه مشاهدو التلفاز من معلومات صحية، فهم يتأثرون أيضاً بما يرونه. وجد استطلاع مذهل لمشاهدي برنامج *ER* أنّ أكثر من نصف المشاهدين قد أخبروا عن معرفتهم ببعض القضايا الصحية من خلال مشاهدة البرنامج. وقال العديد منهم إنهم ناقشوا القضايا التي طرحها البرنامج مع أصدقائهم، وجزم ثلث المشاركين في الاستطلاع أنّ المعلومات الصحية التي تلقوها قد ساعدتهم في مسألة اتخاذ قراراتهم الشخصية. وزعم 15 بالمائة تقريباً أنهم زاروا طبيباً بشأن مشكلة صحية بسبب ما شاهدوه في برنامج *ER*.

يملك التلفاز التجاري الإمكانيات لعكس الكثير من الأمور الهامة في مناظرات السياسة الصحية. ففي دراسةٍ أخرى حُلل فيها محتوى السياسة الصحية لأربعة برامج خلال موسم 2000-2001 *ER*، *City*، *Strong Medicine*، *Gideon's Crossing*، *of Angels*، تمّ تعيين 127 سياسة صحية في 74 حلقة. عالجت 11 بالمائة من هذه الحلقات قضايا الإشراف على الموت. ومن الطريف أنّ قضايا المرض المزمن ورعاية المرضى المشرفين على الموت ودور رعاية المسنّين والرعاية البيئية كانت من بين القضايا التي لم يتمّ الاهتمام بها أبداً. وحتى في مجال قضايا الإشراف على الموت، فقد عالجت البرامج مسألة رفض المعالجة ولكنها لم تعالج هموم نوعية الحياة أو التوجيهات المقدّمة.

القصص الإخبارية هي طريقة أخرى لإثارة الاهتمام بمشاكل وتحديات الشيخوخة. تشير استطلاعات الرأي العام إلى أنّ الناس

يهتمون جداً بقصص سياسات الرعاية الصحية، الأمر الذي يجب أن يستحثّ مزيداً من الانتباه الإعلامي. إنَّ مقدار التغطية الإعلامية المكرّسة لقضايا سياسات الرعاية الصحية يزداد بالفعل، رغم أنّ معظم هذا الاهتمام يبقى مركزاً على الرعاية المدبّرة. أما القصص الرائدة فهي تلك الخاصة بتكاليف الرعاية الصحية عموماً وتكاليف الأدوية خصوصاً وبرنامج الرعاية الطبية Medicare. وفي حين أنّ هذه المقالات تساعد القراء على فهم القرارات الخاصة بالسياسات الصحية، إلا أنها نادراً ما تناقش تأثير السياسات على الناس الفعلين. بيّنت إحدى الدراسات أنّ 25 بالمائة فقط من المقالات الخاصة ببرنامج Medicare قد اهتمت بتأثير القوانين على المرضى الفرديين أو العائلات.

يمكن حتى للإعلانات التلفزيونية أن تساعد على توجيه الوعي العام إلى حقائق الشيخوخة. حالياً، أقل من 3 بالمائة من الشخصيات القصصية المصوّرة على التلفاز، وحتى نسبة أقل من ذلك من تلك المصوّرة في الإعلانات، تمثّل أناساً فوق الخامسة والستين من العمر. النساء والأقليات هم على وجه التحديد غير ممثّلين كما يجب. وفي حين أنّ إعلاناً مدته 30 ثانية يهدف أساساً إلى بيع منتج، لن يكون مرجحاً لأن يعكس الفوارق الدقيقة للشيخوخة، إلا أنّ التأثير التراكمي للاهتمام المتزايد بالحقائق المتعلقة بالشيخوخة سيفيد حتماً. عندما تتكاثر صور المستنّين في وسائل الإعلام - سواء في المسلسلات الطبية أو تقارير السياسات الصحية أو الإعلانات - سنبداً في تطوير ذلك النوع من الوعي لقضايا هي ضرورية لإحداث تغيير سياسي. كما أنّ منتجي الأفلام والروائيين والفنّانين والكاتبين لسيرهم الذاتية يقومون بحصتهم من العمل على نحوٍ متزايد.

لقد كان مواليد الفترة الواقعة بين عامي 1946 و1964 كارهين

حتى للتفكير بشأن شيخوختهم، هذا عدا عن ممانعتهم للانهماك في أنواع التغيير السلوكي والنشاط السياسي التي ناقشتها في هذا الكتاب. نحن لا نريد أن نفكر بالشيخوخة لأنّ احتمال فقدان تكاملنا الجسدي والتخلي عن استقلاليتنا المبجلة والاقتراب من نهاية حياتنا هو أمرٌ مفرع بالنسبة لنا. ولكن ربما لن نكون خائفين إلى هذه الدرجة إذا طوّرنا وجهة نظر واقعية ومتوازنة أكثر لما يمكن أن تكون عليه الشيخوخة. من شأننا أن ننظر إلى الشيخوخة على أنها مرحلة بغیضة على نحو يائس، والطريقة الوحيدة التي ابتكرناها لتبديد وجهة النظر هذه هي أن نحاول تحويل مرحلة الشيخوخة إلى نقيضها؛ مرحلة تكون مرضية للغاية وفي الوقت نفسه مسلية بلا حدود. ولكن الحقيقة معقدة أكثر من هذا بكثير ومشحونة بالإمكانية.

أتخذ الأميركيون لمتي سنة تقريباً وجهة النظر المزوجة هذه بشأن الشيخوخة. وما تعيّر مع الوقت هو الاعتقاد بشأن المسؤول عن أهوال الشيخوخة، ومن يملك القدرة على تخفيف هذه الأهوال. خلال معظم القرن التاسع عشر، كان الفرد مسؤولاً عن شيخوخته. فمع انتصار الفردية التحررية (الليبرالية)، أصبح ضبط النفس غاية رئيسية للوجود. وكان الحفاظ على الصحة وجمع الثروة علامتي النجاح. ازدري الأخلاقيون الفكتوريون كل أولئك الذين كانوا في شيخوختهم ضعفاء وفقراء ومعتمدين على غيرهم. فمن وجهة نظرهم، يمكن لضبط النفس الصحيح أن يمكّن الأفراد من البقاء أصحاء ومعتمدين على أنفسهم أثناء مشيخهم. ولكن في منتصف القرن العشرين، أصبح الاعتقاد السائد أنّ الضعف والانتكالية هما علامتان مميّزتان للشيخوخة. لم يعد المستون ملامين لضعفهم. ومع ذلك، يمكن إنقاذهم من خزيهم من خلال مداخلة نافعة من عاملي الخدمات الاجتماعية والأطباء وغيرهم من

التقنيين المختصين بعلم الشيخوخة. واليوم لدينا ازدواجية جديدة يُنظر فيها للشيخوخة على أنها مرحلة تداع ولكنها مرحلة يمكن تأخيرها بواسطة الأنظمة الرياضية والغذائية ويمكن إلغاؤها نهائياً من خلال التلاعب الجيني (الوراثي).

نحن بحاجة لأن ننظر إلى الشيخوخة على أنها ليست سيئة كلها (حين تُهاجم بالأسلحة الملائمة، سواء فردياً من قِبل كل واحد منا أو جمعياً من قِبل الاحترافيين المدربين الذين يقومون بعملهم تجاهنا) وليست جيدة كلها، بل كمزيج من الاثنين، مثل مرحلة المراهقة أو غيرها من مراحل الحياة المنظوية على تحدّد. قال توماس كول ببلاغة: «الشيخوخة، مثل المرض والموت، تُظهر الصراع الأكثر أساسية للحالة البشرية: الشد بين الطموح اللامحدود والأحلام والرغبات من جهة، وبين الوجود الجسدي الضعيف والمحدود والمتضائل من جهة أخرى؛ الصراع المأساوي المتعدّد استئصاله بين الجسد والروح. لا يمكن اجتثاث هذا التناقض بعجائب الطب الحديث أو بالمواقف الإيجابية تجاه التقدّم في السن».

أحد الحلول لمعضلة الشيخوخة هو أن نعتبر الشيخوخة وقتاً للمعنى والروحانية، وأيضاً للحزن والخسارة. هدف هذا الكتاب هو وصف الأشكال المختلفة للشيخوخة بكل قيودها وبكل إمكانياتها. ورسالته هي أننا لا نستطيع أن نتغلّب على الطبيعة المتأصلة للشيخوخة، ولكن يمكننا أن نتجاوز أسقامها من خلال مواقفنا وسلوكنا ومؤسساتنا. إنّ الشيخوخة الجيدة هي في متناول أيدينا. وقد بلغها البعض بالفعل، حتى بدون فائدة التغييرات المؤسسية التي من المفترض أن تسهّل بلوغها في المستقبل. لقد اغتتموا الفرصة ليستفيدوا من سنواتهم الأخيرة، عادةً من خلال فهمٍ حدسي للتغييرات السلوكية

والمواقفية التي أيدتها في هذا الكتاب. نحن نعرف شيئاً عن الطرق الناجحة من الدراسة التي أجراها الطبيب النفسي جورج فيلانت الذي أجرى مقابلات مع 800 مسنّ في محاولةٍ لاكتشاف ما الذي أتاح لهم أن يجدوا المعنى والرضى مع تقدّمهم في السنّ. أكثر المسنّين الذين قابلهم رضاً اهتموا بشأن الناس الآخرين قدر استطاعتهم. وقد تقبلوا اعتمادهم على الغير ولكنهم احتفظوا بالأمل، واعتقدوا أنه بإمكانهم فعل الأشياء لأنفسهم. وقد تمّتّعوا بروح الدعابة واستمتعوا بإنجازاتهم السابقة، وحافظوا على فضولهم بشأن العالم من حولهم. والأهم من ذلك أنهم احتفظوا بالصلوات والمودة مع الأصدقاء القدامى، مجدّدين علاقاتهم باستمرار: «وهكذا، أصبحت البستنة في الشيخوخة نموذجاً، واستعارة لحياتنا الآخذة في التناقص. البستانيون الجيدون هم منتجون بالتعريف. ومع العمر يصبحون... مخازن لمعارف البستنة التقليدية المكتسبة بالخبرة والممارسة. وفي شهر تشرين الثاني يفهمون الكمال. هم لا يتفجّعون على الورود والطماطم التي مضت. راضين ومبتهجين، يغطّون نباتاتهم المعمرّة الهاجعة بالأوراق، واثقين أنها ستنبت مرة أخرى في المستقبل».

أنت أيضاً - كما تشير موريل غيليك في هذا الكتاب المهم والمثير - ستصبح في يوم من الأيام مُسنّاً. كيف تُحضّر نفسك لذلك؟ ما الذي ستحتاج إليه؟

بحبّ وحنان، تسرد غيليك قصصاً حول مُسنّين واجهوا صعوبات جمّة بخيارات المأوى، وقرارات الرعاية الطبية، وإيجاد معنى في الحياة. ودمجها بمهارة مع معارف عميقة في الطب والسياسة الصحية والاقتصاد، تضع غيليك خطاً إجرائية مفصّلة للأفراد والمجتمعات. وعلى نحو أكثر تحريضاً، تبرهن غيليك عدم جدوى المحاولات اليائسة لشفاء المرض العضال. إذ يجب أن يتركز الاهتمام على نوعية الحياة، وليس على ما إذا كان من الممكن إطالتها بأي ثمن.

«ضع اللوم على المسنّين أو التطلّورات الحاصلة في مجال الطب أو هوليوود: ينفق الأميركيون مليارات الدولارات سنوياً محاولين أن يبقوا شباباً. تحكّم الدكتورة موريل غيليك على أن تغبّر موقفك وتركّز على أمور مثل الدراسة الشاملة للرعاية الطبية. اقرأ هذا الكتاب قبل أن تحدّد موعداً لعملية شدّ الوجه تلك».

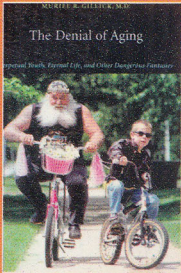
- مجلة «بيبول»

«تحدّثي غيليك جيلها لتقبّل حتمية الشيخوخة والاستفادة منها قدر المستطاع».

- توم غراهام، قسم «عالم الكتب» في صحيفة «واشنطن بوست»

«تجادل غيليك أنه بغضّ النظر عن نظام الفيتامينات الذي تتبّعه أو الجراحة التجميلية التي نخضع لها، فنحن جميعاً ستجد أنفسنا في النهاية مرضى وضعفاء. ولهذا، بدلاً من المحاولة العقيمة - والمُكلّفة - للبقاء شباباً إلى الأبد، تستحثّ غيليك القراء على أن يركّزوا على نوعية حياتهم».

- كارين سبرينغين، «نيوزويك»



ISBN 978-9953-87-322-0



ص. ب. 13-5574 شوران 2050-1102

بيروت - لبنان

هاتف: (+961-1) 785107/8

فاكس: (+961-1) 786230

البريد الإلكتروني: asp@asp.com.lb



الدار العربية للعلوم ناشرون

Arab Scientific Publishers, Inc.

www.asp.com.lb - www.aspbooks.com

www.neelwafurat.com

نيل وفورات.كوم



جميع كتبنا متوفرة
على شبكة الإنترنت