

---

Therapeutic Touch and Sensory Stimulation in a Geriatric Ward: A Case Study / טיפול  
במגע וגירוי חושים במחלקה סיעודית - תיאור מקרה

Author(s): אריאלה רוזנבלום, יפית אליעד, Yafit Eliad and Ariela Rosenblum

Source: *IJOT: The Israeli Journal of Occupational Therapy* / כתב עת ישראלי לריפוי  
כרך (פברואר 2012), 1 (חוברת, 21, כעיסוק, פברואר 2012), כרך, pp. H19-H33

Published by: Israeli Society of Occupational Therapy / העמותה ישראלית לריפוי בעיסוק

Stable URL: <https://www.jstor.org/stable/23470298>

## REFERENCES

Linked references are available on JSTOR for this article:

[https://www.jstor.org/stable/23470298?seq=1&cid=pdf-reference#references\\_tab\\_contents](https://www.jstor.org/stable/23470298?seq=1&cid=pdf-reference#references_tab_contents)

You may need to log in to JSTOR to access the linked references.

---

JSTOR is a not-for-profit service that helps scholars, researchers, and students discover, use, and build upon a wide range of content in a trusted digital archive. We use information technology and tools to increase productivity and facilitate new forms of scholarship. For more information about JSTOR, please contact support@jstor.org.

Your use of the JSTOR archive indicates your acceptance of the Terms & Conditions of Use, available at <https://about.jstor.org/terms>



JSTOR

is collaborating with JSTOR to digitize, preserve and extend access to *IJOT: The Israeli Journal of Occupational Therapy* / כתב עת ישראלי לריפוי בעיסוק

## טיפול במגע וגירוי חושים במחלקה סיעודית - תיאור מקרה

יפית אליעד, אריאלה רוזנבלום  
מילות מפתח: גירוי חושים, טיפול במגע, דמנציה, מחלקה סיעודית, בית אבות,  
תעסוקה מותאמת.

### תקציר

בשנים האחרונות, אפשר לראות בבית האבות מטופלים בעלי יכולת ירודה יותר ויותר, הן מבחינה בריאותית והן מבחינה קוגניטיבית. אובדן היכולות הקוגניטיביות של האוכלוסייה הדמנטית, גורם לכך שההפעלה התעסוקתית שהייתה עד היום, אינה מתאימה. במאמר זה מובאת הצעה לטכניקת טיפול חלופית ויעילה - שילוב בין טיפול במגע ובין טיפול בגירוי חושים. המאמר מתאר טיפול פרטני שנעשה במחלקה הסיעודית בבית האבות "רמת תמיר" בירושלים, שבו נעשה שימוש בטכניקת טיפול המשלבת בין טיפול בגירוי חושים (Multi-Sensory Stimulation- MSS) ובין טיפול במגע (Therapeutic Touch - TT או Health Touch - HT), למטופלת המצויה בשלב המתקדם ביותר של דמנציה. המטופלת נבחרה בשל העובדה שהיא כמעט אינה משתתפת בתעסוקה במחלקה, משום שהפעילות המוצעת כיום אינה מותאמת לה. מטרתנו בטיפול זה הייתה להוציא את המטופלת מעולמה הסגור והמצומצם, ולגרום לה להגיב יותר לסביבתה. ואכן, בעקבות הטיפול, היה אפשר לראות כי המטופלת החלה להגיב יותר לסביבתה. לפי תוצאות המעקב, נראה כי הצלחנו לגרום לערנות רבה יותר אצל המטופלת, באמצעות הטיפול במגע ובגירוי חושים. לדעתנו, טכניקת הטיפול הזאת מומלצת כדרך להפעלה מותאמת למטופלים דמנטיים קשים.

יפית אליעד, MA, OT, מרפאה בעיסוק בבתי אבות שונים בארץ (רמת תמיר-נווה הדר, מנפאואר קר בית קשת, מעון הרופא מוצא, שיבה טובה). yafiteliad@nana10.co.il  
אריאלה רוזנבלום, BOT, מרפאה בעיסוק באשפוז יום פסיכיאטרי-רבקה זיו, מתי"א. arielalevw@walla.com

כתב עת ישראלי לרפויי בעיסוק, פברואר 2012, 21(1)

## סקירת ספרות

אחת המחלות השכיחות באוכלוסייה הגריאטרית בבתי אבות היא דמנציה. על פי ברודסקי, שמר ובאר (2009) יש בארץ כ-128,700 חולי דמנציה ושיעורם 19.4% מכלל האוכלוסייה. מתוכם, 16,700 איש מתגוררים בבתי אבות ובבתי חולים לחולים כרוניים, והם מהווים 70.1% מן האוכלוסייה השוהה במוסדות אלו. על פי Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) (2000), דמנציה היא אובדן יכולות קוגניטיביות ברמה הפוגעת בהתנהגות החברתית ובתפקוד היום-יומי של האדם. היכולות הקוגניטיביות הנפגעות הן: זיכרון, שיפוט, חשיבה מופשטת ומגוון נוסף של תפקודים קורטיקלים גבוהים. לרוב נצפים שינויים אישיותיים והתנהגותיים. אצל 75% - 90% מן המטופלים הדמנטיים, יופיעו סממנים של אי שקט, כגון: צעידה הלך ושוב, הכאה, צעקות, דיבור מרובה, זריקת חפצים, פגיעה בסביבה וברכוש ופגיעה עצמית (Wang & Hermann, 2006).

מקובל להבחין בשלושה שלבים בדמנציה, ואורכו הממוצע של כל שלב הוא בין שנתיים לארבע שנים. השלב הראשון מאופיין באובדן הזיכרון לטווח קצר, קשיי התמצאות במקום ובזמן, קושי בביצוע מטלות מורכבות, כגון ניהול כספים ועבודה ומטלות יום-יומיות ושגרתיות. כמו כן, יש שינוי במצב הרוח ובהתנהגות, אובדן עניין בפעילות פנאי וחברה, ירידה בספונטניות, נטייה לדיכאון ותוקפנות, הכחשה ובלבול. השלב השני מאופיין בהחמרת אובדן הזיכרון לטווח קצר, כושר הלימוד נפגע, קשה לעבד זיכרונות חדשים, יש קושי רב בבחירה ובקבלת החלטות, ניכרים קשיי ריכוז, שיפוט לקוי, אובדן חוש הזמן, אי התמצאות במקום וכשל בביצוע חישובים פשוטים. כמו כן, יש ירידה ניכרת בתפיסה מרחבית, בקואורדינציה ובשיווי המשקל וייתכנו קשיים בהליכה ובכתיבה. בשלב זה, יהיו שינויים ניכרים במצב הרוח, הפרעות שינה, אפתיה, שוטטות, היעדר עניין באנשים קרובים, חשדנות, מחשבות שווא ולעתים אף הזיות ראייה ושמיעה. השלב השלישי מאופיין באובדן מוחלט של זיכרון ויכולות קוגניטיביות. יכולות ההליכה והישיבה אובדות והאדם מרותק לכיסא גלגלים או למיטה. יש קושי באכילה, בבליעה ובשליטה על סוגרים. כמו כן, יש אדישות למתרחש ואובדן מוחלט של יכולת לזהות אנשים קרובים וחפצים (Morris, 1993).

אמנם מטופלים דמנטיים השוהים בבתי אבות, משתתפים בהפעלה התעסוקתית המתקיימת כל יום במחלקה, לצד שאר המטופלים, אך ככל שמתקדמת מחלתם, ההפעלה הכוללת פעילות גופנית מותאמת, הפעלה פרטנית באומנות ובמשחקים קוגניטיביים מותאמים וקבוצות שונות (אפייה, גינון, פרשת שבע, משחק קבוצתי, אקטואליה ועוד), נעשית פחות רלוונטית ומתעורר קושי לשלבם בתעסוקה.

כשמטופלים דמנטיים מצויים בשלבים המתקדמים של הדמנציה, על פי Baker et al. (2001, 2003), אובדן היכולות הקוגניטיביות של האוכלוסייה גורמת

לכך שפעילות הדומה למה שמתקיים כיום בבתי האבות, אינה מתאימה להם. החוקרים מסבירים זאת בכך שהירידה בתפקודים הנוירולוגים גורמת לפגיעה בקלט הסנסורי, הגורמת אף לגירויים יום-יומיים כגון טעמים של מאכלים, שיח בין אנשים בסביבה ופתיחה וסגירה של דלתות, להחוות כמבלבלים. בשל כך, החוקרים טוענים כי דיירים השוהים בבתי אבות סובלים ממחסור חמור בקלט סנסורי מותאם.

בעבודה בריפוי בעיסוק עם מטופלים דמנטיים, אפשר להשתמש במודל הרמות הקוגניטיביות (The Cognitive Disabilities Model) (Allen, 1985; Allen & Blue, 1998), המורכב מ-6 שלבים שונים המתייחסים לתוצאות תפקוד והתנהגויות המושפעות מליקוי קוגניטיבי. מודל זה מספק קווים מנחים להערכת הקשיים הקוגניטיביים, התפקודיים וההתנהגותיים, המאפיינים גם מטופלים עם דמנציה. המודל מספק קווים מנחים לבניית אסטרטגיות להתערבות; הרמות הנמוכות ביותר במודל (רמה 1 ורמה 2), מתייחסות לאנשים בעלי ליקוי קוגניטיבי חמור, אשר מגיבים לגירוי שנעשה על ידי אדם אחר, באופן רפלקסיבי (רמה 1 - נסיגה מגירוי, תגובות כאב, סיבוב הראש אחר הגירוי, תגובה גופנית קלה ועוד) או באופן מודע חלקית (רמה 2 - פעולות גופניות ספונטניות ומעקב אחר הוראות מוטוריות פשוטות ביותר). ברמות אלו המטופלים אינם מגיבים אפילו להפעלות הכי פשוטות שנעשות במחלקה, כמו קבוצות לפעילות גופנית ומשחקים פשוטים ביותר של הכנסה והוצאה מקופסה. מה עושים אפוא עם מטופלים אלו? במאמר זה, תוצג הצעה לטכניקת טיפול המשלבת בין טיפול בגירוי חושים ובין טיפול במגע, שמתאימה לדעתנו למטופלים המצויים בשלבים האלה.

בשני העשורים האחרונים, נהיה הטיפול בגירוי חושים (MSS - Multi-Sensory Stimulation) לפופולרי כגישה טיפולית באוכלוסייה הגריאטרית. טיפול בגירוי חושים הוא פעילות המספקת גירוי לחמשת חושי האדם, מעוררת אותם לפעולה ומשמשת אלטרנטיבה חלופית לפעילויות המבוססות על יכולות קוגניטיביות (Chung & Lai, 2009). הסיבה לפופולריות הטיפול בגירוי חושים מוסברת בשל מחסור בגישות טיפול אחרות המתאימות לאוכלוסייה ובשל הפן ההומני של הגישה (Baker et al., 2003).

בעבר, קושר תמיד הטיפול בגירוי חושים לחדר "סנוזלן" - חדר שנבנה במיוחד, נצבע בצבע לבן או בצבעי פסטל בהירים, חלונותיו מכוסים כדי לעמעם את אור היום והוא מרוהט בכיסאות נוחים, בכריות, בספות ובמזרנים. בנוסף, בחדר יש ציוד מיוחד המיועד לטיפול בגירוי חושים כגון עמוד בועות, מקרן מיוחד, סיבים אופטיים, מוזיקה מרגיעה, תמציות ריח ועוד. הטיפול משלב מתן גרייה לכל מערכות החושים בגוף באופן מבוקר. המטרה היא לספק חוויה חושית מבוקרת על מנת להגיע לידי איזון במערכות הגוף השונות. למטופל יש שליטה בסביבה הטיפולית, בחירה באופן חופשי המעודדת נטילת יוזמה ואפשרות לאין סוף חוויות הצלחה (Baillon, van Diepen, & Prettyman, 2002).

כיום מתחילים להכיר בכך שגישת גירוי החושים יכולה להיות מיושמת בכל מצב, כל עוד העקרונות הבסיסיים מיושמים. העקרונות הם: (1) מתן גירויים ויזואליים, אודיטוריים, אולפקטוריים וטקטיליים; (2) עבודה פרטנית אל מול המטופל ו-(3) גירויים המסופקים ללא רצף או תבנית, הנחווים בכל רגע מחדש ואינם מסתמכים על הזיכרון כחוט המקשר בין חוויה לחוויה. כלומר, המושג, טיפול בגירוי החושים, מתמקד בתהליך או בגישה ולא בחדר או בציוד מסוים. אם מפנימים את עקרונות הגישה, אין מניעה משימוש בה בדרך יצירתית (Baker et al., 2001). כמו כן, אין צורך בהכשרה מיוחדת, הטיפול יכול להיות מועבר על ידי אנשים שונים, במגוון מצבים, לאנשים בעלי רמות שונות של דמנציה (Murray, Dickerson, Lichtenberger, & Cox, 2003).

במחקרם של Murray et al. (2003), נמצא כי טיפול בגירוי חושים מסוגל להפחית התנהגויות אגרסיביות, אי שקט, אפתיה, מצבים רגשיים שליליים, פרסברציה ושיטוט. כמו כן, הוא יכול להגביר יכולות חברתיות, ערנות, יכולות זיכרון, תקשורת ושטף דיבור, קשב, תפקודי יום-יום בסיסיים ואיכות חיים. נראה כי הטיפול בגירוי חושי מביא את המטופל למצב שבו הגירויים שניתנים לו מותאמים לו, ולכן ניכרת הפחתה בהתנהגויות השליליות שפורטו כאן. הטיפול בגירוי חושים מאפשר למטופל לשמר את משתני האדם והמיומנויות שלו, ולכן נראה כי טיפול זה הוא טיפול משמר (ילון-חיימוביץ ושות', 2006).

במחקרם של Baker et al. (2001), נצפה כי המטופלים נהנים מאוד מן הטיפול בגירוי חושים, וכי הם רגועים יותר הן בזמן הטיפול והן לאחריו. כמו כן, נמצא כי איכות חייו של הצוות המטפל עלתה, והשחיקה בעבודה ירדה. אך, Baker et al. (2001) ו-Murray et al. (2003) השוו בין טיפול פרטני בגירוי חושים לבין טיפול פרטני במשחקי חשיבה ולא מצאו הבדל של ממש בפרמטרים האלה: (א) מידת ההשתתפות; (ב) שביעות הרצון ו-(ג) רוגע. אמנם החוקרים האלה לא מצאו הבדל בין טיפול בגירוי חושים לבין משחקי חשיבה, אבל מה קורה בשלב שבו כבר אין באפשרותנו להתאים למטופלים משחקי חשיבה מותאמים? במצב זה, גירוי חושים הוא דרך הטיפול האפשרית המועדפת, אך יש עוד גישת טיפול אפשרית – טיפול במגע.

טיפול במגע (TT – Therapeutic Touch או HT – Health Touch), עושה שימוש במגע, על מנת להשפיע על מצבו הבריאותי, הנפשי והקוגניטיבי של המטופל. במחקרם של Woodsa, Beckb, & Sinhaa (2009), נמצא קשר בין טיפול במגע לבין ההורמון קורטיזול, שרמות גבוהות שלו גורמות לעלייה בלחץ. מטופל בעל רמות גבוהות של קורטיזול, יכול להגיב באופן חיובי למוזיקה ולטיפול במגע ועל ידי כך, ירדו רמות הלחץ. לעומת זאת, הרמות יכולות לעלות, אם ישתתף המטופל בפעילות קבוצתית שאינה מותאמת למצבו הקוגניטיבי. כמו כן, במחקרם של Woodsa et al. (2009) נמצא כי סממנים של אי שקט במטופלים דמנטיים, ירדו במידה ניכרת על ידי טיפול במגע. זאת ועוד, במחקרו של Playfair (2010) נמצא כי טיפול במגע מוריד את קצב הלב.

לפי Roberson (2003), יש למגע המועבר בצורת מסאז' יתרונות רבים, הן לטווח הקצר והן לטווח הארוך. המגע מרגיע, משפר את זרימת הדם, משפר את איכות השינה, מפחית כאבי ראש, מפחית בצקות, מוריד לחץ דם, מוריד רמות של הורמון הלחץ (קורטיזול), מגביר תפקוד של המערכת החיסונית, מגביר תיאבון ומשפר את פעילות מערכת העיכול. Jelonek-Walker & Walker (2003), מצאו כי מגע משפיע על טונוס השריר, על חילוף חומרים בגוף ועל הביוכימיה של הגוף כולו. כמו כן, נמצא במחקרם, כי מחסור במגע, יכול לגרום ללחץ פיזי ונפשי, ולהוביל להתנהגויות שליליות של הפגנת כעס, דיכאון ואי שיתוף פעולה. גם כאן, נראה כי הטיפול במגע, מביא את המטופל למצב שבו הגירויים שניתנים לו מותאמים לו, ולכן נראה כי גם טיפול זה הוא טיפול שמשמר את משתני האדם והמיומנויות שלו (ילון-חיימוביץ ושות', 2006).

מטרת תיאור המקרה המובא כאן, הייתה לבדוק את השפעתו של טיפול המשלב בין שתי טכניקות טיפול: גירוי חושים וטיפול במגע, ולהציעו כטכניקת טיפול מותאמת למטופלים דמנטיים קשים. מטרתו של מקצוע הריפוי בעיסוק, ובזה ייחודו, לגרום למעורבות בעיסוק כדי לאפשר השתתפות במארג החיים (ילון-חיימוביץ ושות', 2006). לגבי מטופלים דמנטיים קשים, ההשתתפות במארג החיים נעשית לאתגר משמעותי ביותר ואף לכמעט בלתי אפשרי. לפיכך מתפקידם של המרפאים בעיסוק למצוא בשבילם פעילויות שיסייעו להם עד כמה שאפשר לעמוד באתגר. לדעתנו, הטיפול המובא בתיאור מקרה זה, יכול לשמש מענה. עם זאת, יש לציין כי מאמר זה מציג תיאור מקרה יחיד, ויש צורך במחקר נוסף, נרחב יותר.

## מהלך תיאור המקרה

במסגרת העבודה בריפוי בעיסוק במחלקה הסיעודית של "רמת תמר", נבדקה השיטה באמצעות תיאור מקרה יחיד על דיירת ששמה ברכה (שם בדוי). הדיירת נבחרה בשל מצבה הדמנטי המתקדם; נראה כי ברכה מצויה בשלב השלישי של הדמנציה מאחר שהיא מרותקת לכיסא גלגלים, מתקשה באכילה ובבליעה ואינה שולטת בצרכיה. כמו כן, היא אדישה למתרחש סביבה, כמעט אינה מזהה אנשים ויכולותיה הקוגניטיביות נמוכות מאוד. היא אובחנה כדמנטית כ-6 שנים לפני בדיקת שיטת הטיפול, ומבדיקות חוזרות ונשנות בריפוי בעיסוק במהלך השנים האחרונות, נמצא כי היא מידרדרת מבחינה קוגניטיבית וזקוקה לעזרה מלאה בכל תחומי היום-יום. בקבלתה למחלקה (לפני 4 שנים), קיבלה ברכה באבחון מיני מנטל (Mini Mental State Examination (MMSE) (Folstien, Folstein, & Mchugh, 1975) ציון של - 4/30. שנה לאחר מכן, כבר לא היה אפשר לקבל שיתוף פעולה. גם מבחינה מוטורית חלה הידרדרות - בשנה הראשונה, ברכה עוד הלכה בעזרת הצוות. כיום, היא מרותקת לכיסא גלגלים. כבר שנתיים שברכה יושבת בתנוחה שמאפיינת מטופלים דמנטיים בשלבים האחרונים של הדמנציה - תנוחת עובר.

כתב עת ישראלי לריפוי בעיסוק, פברואר 2012, (1)21

גם בתעסוקה, ברכה כמעט אינה משתתפת. היא פסיבית, יושבת בעיניים עצומות רוב הזמן, ואינה מגיבה לסביבתה. נעשו ניסיונות רבים להתאים לה פעילות פרטנית במשחקים קוגניטיביים נמוכים (הכנסה והוצאה מקופסה), ללא הצלחה. חשוב לציין כי כבר שנתיים שברכה מקבלת טיפול בגירוי חושים פעם בשבוע על ידי מדריכת תעסוקה, אך לא נצפו שינויים כלשהם בעקבות הטיפול הזה.

לסיכום, בשעות היום, ברכה יושבת מרותקת לכיסא גלגלים, לרוב בעיניים עצומות ואינה מגיבה לסביבתה גם כשפונים אליה באופן ישיר. כמו כן, בזמן האוכל, כשהצוות מאכיל אותה, היא כמעט אינה פוקחת עיניים. לעומת זאת בשעות הערב, כשבנה מגיע לביקור, היא פוקחת את עיניה ומדברת אתו כמה מילים. בשעות הלילה, לפי דיווחי הצוות המטפל, ברכה לרוב ערנית יותר, אך שרויה באי שקט. הצוות מספר שהיא מדברת אתם, אך לרוב לא לעניין. במהלך כחודשיים בשנת 2010, נלקחה ברכה לטיפולים פרטניים אישיים, פעמיים ביום (בוקר וצהריים, בשעות קבועות), שלוש פעמים בשבוע, על ידי סטודנטית לריפוי בעיסוק, שעשתה את הכשרתה הקלינית במחלקה. הטיפולים הפרטניים, כללו גירוי חושים וטיפול במגע, על פי פרוטוקול שנקבע מראש (ראו פרוטוקול של מדינה, 2006). הטיפולים ארכו 5 שבועות, אך עקב חופשת פסח, הופסק רצף הטיפולים, ובין הפגישה השביעית לשמינית לא ניתן טיפול במשך 9 ימים. רצף הטיפולים הופסק, עקב סיום תקופת ההכשרה הקלינית ועזיבתה של הסטודנטית.

הטיפולים נערכו בחדר שקט וללא אנשים נוספים, לרוב עם תאורה מונמכת מעט, בליווי מוזיקה נעימה.

הטיפול בבוקר כלל טיפול במגע בלבד, ואילו הטיפול בצהריים כלל טיפול במגע ומיד לאחריו טיפול בגירוי חושים. הטיפול במגע התבסס בחלקו על פרוטוקול שפותח עבור מחקרה של מדינה (2006), וארך כ-10 דקות (ראו טבלה 1).

## טיפול במגע וגירוי חושים במחלקה סיעודית - תיאור מקרה

טבלה 1

תיאור טיפול המגע שניתן לברכה, בהתבסס על מדינה (2006).

אפיון המגע	טיפול בשעה 9:00	טיפול בשעה 12:00	תגובות המטופל
הנחת ידי המטפל על כתפי המטופל והפעלת לחץ קל	השמעת קולות	השמעת קולות	לאורך שני הטיפולים היו עיניה של ברכה פקוחות, במהלך הטיפול שהתבצע
אגודלים בבסיס הגולגולת	דיבור	דיבור	ב-9:00 הזיזה את ידה הימנית על המשטח שלפניה.
תנועה ארוכה מבסיס הגולגולת עד המותן	השמעת קולות	השמעת קולות	
הנעת הידיים מהצוואר לאורך הכתפיים	השמעת קולות	דיבור	
לחיצות עם אגודלים בצדי עמוד השדרה	השמעת קולות	השמעת קולות	
גירוד בגב	דיבור	דיבור	
הנחת כפות הידיים בשני צדי הצוואר	השמעת קולות	השמעת קולות	

לטיפול בגירוי חושים, יצרנו פרוטוקול על פי העקרונות המנחים של Baker et al. (2001). הטיפול בגירוי החושים ארך כ-20 דקות, וכלל סוגים שונים של גירויים. הגירויים שניתנו השתנו מטיפול לטיפול ונבחרו על פי הקטגוריות האלה: (א) 2 גירויים אודיטוריים; (ב) 2 גירויים ויזואליים; (ג) 3 גירויים תחושתיים; ו- (ד) 2 גירויים אולפקטוריים. הטיפול נפתח, תמיד, במסאז' בידיים בעזרת קרם. ולאחר מכן, כל גירוי שנבחר לאותו טיפול, הוצג 3 פעמים (ראו דוגמה בטבלה 2).

כתב עת ישראלי לריפוי בעיסוק, פברואר 2012, 21(1)



יפית אליעד, אריאלה רוזנבלום

טבלה 2				
דוגמה לטיפול בגירוי חושים שניתן לברכה.				
הגירוי שניתן	פקיחת עיניים	השמעת קול	דיבור	תגובות המטופל
(מספר החזרות / מספר התגובות)	3/3	3/3	3/3	לאורך כל הטיפול הייתה ערנית מאוד, דיברה הרבה, לעתים לעניין,
קדם ידיים	3/3	3/3	2/3	אך היו גם פעמים שאמרה דברים
מסאז' עם	3/3	3/3	0/3	לא ברורים לגמרי ולא מעוגנים במציאות.
אבזור מעץ				
זעתר	3/3	1/3	1/3	
תוף מרים	3/3	2/3	1/3	כשהגענו לגירוי הוויזואלי היא
קופסת חרוזים	3/3	1/3	0/3	הייתה בעיניים פקוחות אבל לא
מי ורדים	3/3	1/3	2/3	הסתכלה על התמונות, היא הקשיבה
שקית שעועית	3/3	3/3	0/3	לתיאורים שלי הסתכלה על הפנים
בועות סבון	3/3	0/3	0/3	שלי וחייכה.
תמונות של נוף	3/3	0/3	2/3	

לאחר הטיפולים, נרשמו תגובותיה של ברכה לכל אחד מסוגי המגע, ולכל אחד מסוגי הגירויים. התגובות שנרשמו היו: (א) פקיחת עיניים; (ב) השמעת קולות; ו-(ג) דיבור. בניתוח התוצאות, כל התגובות חוברו יחדיו למדד אחד: ערנות, שהוגדרה על פי סך הפעמים שבהן ברכה פקחה עיניים, דיברה והשמיעה קולות. בנוסף, נאספו נתונים מאנשי הצוות במחלקה, על אופן ההתנהגות של ברכה (ראו דוגמה בטבלה 3). הפרמטרים לבדיקה, נקבעו על פי הפרמטרים שנבדקו בטיפולים הפרטניים ובהשתתפות בתעסוקה.

כתב עת ישראלי לריפוי בעיסוק, פברואר 2012, (1)21

## טיפול במגע וגירוי חושים במחלקה סיעודית - תיאור מקרה

## טבלה 3

## דוגמאות לנתונים שנאספו מצוות המחלקה המטפל בברכה.

הפרמטרים לתצפית	יום א' ניתן טיפול	יום ב' לא ניתן טיפול	יום ג' ניתן טיפול	יום ד' לא ניתן טיפול	יום ה' ניתן טיפול	יום ו' לא ניתן טיפול
פקיחת עיניים	2	2	2	1	1	1
ערנות	2	2	2	1	1	1
השמעת קולות	2	2	2	1	1	1
דיבור	2	2	2	אחת הדיירות	אם הבית	
				דיווחה שבשונה	דיווחה	
				מן הרגיל ברכה	שברכה	
				שוחחה עמה	פנתה אליה	
				ואיחלה לה	ודיברה	
				לילה טוב.	לעניין.	
השתתפות בתעסוקה	2	2	2	עובדת תעסוקה		
				דיווחה שזו הפעם הראשונה		
				זה זמן רב שבאופן רצוני ברכה		
				שיתפה פעולה בתעסוקה		
				והרימה את ידיה בעת הפעילות הגופנית.		

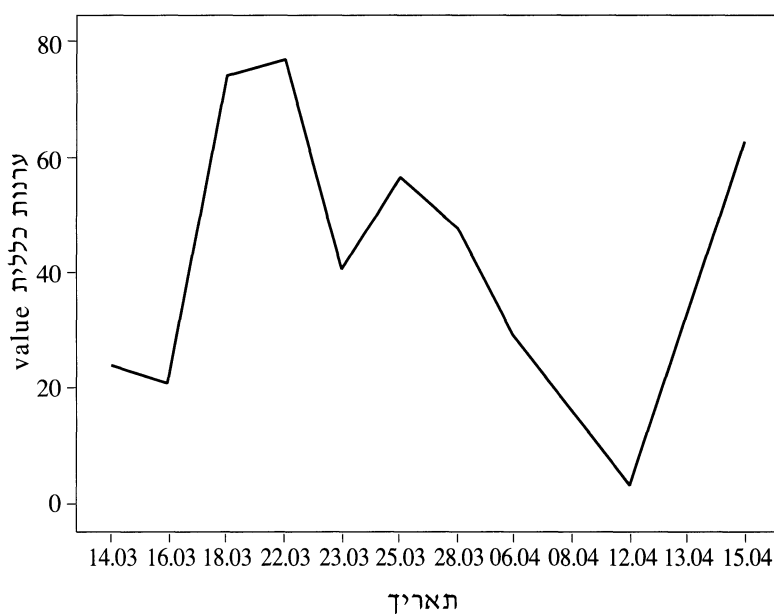
פירוש סקלת המדידה: 1- נצפה יותר מהרגיל 2- ללא שינוי 3- נצפה פחות מהרגיל

כתב עת ישראלי לריפוי בעיסוק, פברואר 2012, 21(1)

מטרת הטיפולים הייתה לגרום לברכה לערנות במהלך הטיפולים ולאחריהם, ובכך לאפשר לה יותר אינטראקציה עם סביבתה והשתתפות רבה יותר בפעילויות פנאי במחלקה.

### תוצאות ודיון

תגובותיה של ברכה, שנרשמו לאחר הטיפולים, נערכו בטבלאות ונותחו כדי לזהות התקדמות בערנות. כאמור, ערנות הוגדרה כסך הפעמים שבהן היא פקחה עיניים, דיברה והשמיעה קולות הן במהלך הטיפול בגירוי חושים והן במהלך הטיפול במגע.



גרף 1

רמת הערנות של ברכה לאורך 2 חודשי הטיפול.

על פי הגרף, אפשר לראות כי במהלך שני הטיפולים הראשונים, לא נראה שיפור של ממש בערנות של ברכה. החל מן הפגישה השלישית, ברכה החלה לפקוח עיניים לפרקי זמן ארוכים, לדבר לעניין ולהגיב לשאלות. עקב חופשת הפסח, נעשתה הפסקה של 9 ימים בתכנית ההתערבות. במהלך פרק הזמן הזה, דיווח הצוות על ירידה ניכרת בערנות, על חזרה לפרקי זמן ארוכים של עצימת עיניים ועל היעדר תגובה לסביבה. אמנם עוד לפני חופשת הפסח ניכרה ירידה קלה

בערנות, אך ההשערה שלנו היא כי ההפסקה בטיפולים היא שהחמירה את הירידה בערנות, והקשתה על התאוששות מן המצב שאליו הגיעה ברכה. כשנמשכה תכנית ההתערבות, התקדמותה של ברכה הייתה זהה להתקדמות בתחילת תכנית ההתערבות, אך אטית יותר. בתחילת תכנית ההתערבות הועברו 2 טיפולים לפני שהחלה להירשם עלייה בערנות, ואילו לאחר ההפסקה נדרשו 3 טיפולים לפני שהחלה העלייה. זאת ועוד, בשבועיים הראשונים של תכנית ההתערבות הגיעה ברכה להישגים משמעותיים יותר ולרמת ערנות גבוהה יותר מאשר בשבועיים שלאחר ההפסקה.

כאמור, בנוסף לאיסוף הנתונים במהלך הטיפולים, רצינו לעקוב אחר התנהגותה של ברכה במחלקה ולבדוק אם חל שינוי בהתנהגות בין הטיפולים ולאחריהם. לצורך כך, נאסף מידע מן הצוות הסיעודי וממדריכות התעסוקה, במהלך 5 שבועות שבהם נערך הטיפול (ראו טבלה 3). ואכן, בימים הראשונים לטיפול, המשיך הצוות לדווח על אי-השתתפות בתעסוקה, אי-תגובה לסביבה וישנוניות, התנהגות האופיינית לברכה. כמה ימים לאחר תחילת הטיפול, קיבלנו דיווח מאנשי הצוות במחלקה וממדריכות התעסוקה, כי ברכה ישבה הרבה יותר זמן בעיניים פקוחות, פנתה לאנשים במחלקה ודיברה אתם לעניין בשעות הבוקר והערב, ואף השתתפה בפעילות התעסוקתית באופן אקטיבי- ברכה השתתפה מעט בפעילות הגופנית, וסיפרה סיפור אישי בזמן קבוצת נושא. במהלך חופשת הפסח ולאחריה, בזמן שבו לא היו טיפולים, קיבלנו דיווח, כי ברכה חזרה למצבה הקודם- לא דיברה עם סביבתה, ישבה רוב הזמן בעיניים עצומות ולא השתתפה בתעסוקה. בשבוע האחרון, לאחר חופשת הפסח, בימים הראשונים לא נצפה שינוי, וביומיים האחרונים, דווח כי ברכה מעט יותר ערנית ויושבת יותר זמן בעיניים פקוחות.

מטרת תיאור המקרה הייתה לתאר את תוצאותיו של מהלך טיפולי המשלב בין שתי טכניקות טיפול: מגע וגירוי חושים, ולהציעו כטיפול מותאם ויעיל בריפוי בעיסוק ותעסוקה, לדיירים דמנטיים בשלבים מתקדמים. כפי שאפשר לראות בתוצאות, בעקבות הטיפול, ברכה החלה להגיב יותר לסביבתה, הן בזמן הטיפול והן לאחריו. מטרתנו בטיפול הייתה לגרום לברכה להגיב יותר, ולא רק לבנה או בשעות הלילה (כפי שדווח מן הצוות שבזמנים אלו היא מגיבה יותר). ואכן, נראה כי באמצעות הטיפול במגע וגירוי חושים ברכה הגיבה יותר לסביבתה בכל שעות היום. כמו כן נראה כי הטיפולים סיפקו לברכה גירויים שהיו מותאמים לה, ואפשרו למשתני האדם והמיומנויות שלה לבוא לידי ביטוי. לכן, נראה כי טכניקת טיפול זו, מתאימה לדיירים דמנטיים קשים.

במחקרם של Woodsa, Beckb, & Sinhaa (2009), אפשר לראות כי השיפור בהתנהגות, החל רק בטיפול השני. המחקרים מסבירים זאת בכך שהמערכת הסנסומוטורית של אנשים עם דמנציה, הופכת רגישה בטיפול הראשון, והטיפול השני הוא המוביל לתגובה. כלומר, יש עיכוב תגובה במהלך הטיפול הראשון, תגובה שמוגברת, מועצמת ובאה לידי ביטוי בטיפול השני. דבר דומה התרחש במהלך הטיפול בברכה: התגובה לטיפול החלה רק לאחר שני טיפולים, הן במחלקה והן בזמן הטיפול עצמו.

Playfair (2010) טוען במאמרו כי אחד החסרונות הגדולים של הטיפול במגע הוא היווצרות יחסי תלות. ואכן, במקרה של ברכה, היה אפשר לראות כי בזמן חופשת הפסח, כשברכה לא קיבלה טיפול, חלה הידרדרות במצבה, והיא חזרה להתנהגותה הראשונית. בנוסף, ייתכן שהירידה האטית בערנות, קשורה לתהליך ההכחדה שנוצר, כאשר הכחדה מתארת הפחתה הדרגתית בהופעת תגובה לגירוי, עד הפסקתה (Smith et al., 2003). בטיפול הזה, הופיעה הערנות, כתגובה לטיפול במגע וגירוי חושים. כשהופסק הטיפול פחתה הערנות באופן הדרגתי, עד שנפסקה. לאחר ההפסקה היה צורך בכמה טיפולים נוספים לפני שהחלו להיראות סימני ערנות מחודשים. כלומר, הטיפול במגע וגירוי חושים, מוביל לתגובות משמעותיות, אך השמירה על ההתקדמות תלויה בהתמדה וברצף הטיפול. ההתקדמות אינה נשמרת לאורך זמן ללא המשך מתן הגירויים. לצערנו, סיום ההכשרה קטע את רצף הטיפול, ולא יכולנו לראות במהלך פרק זמן ארוך יותר, אם חל שיפור. אנו משערים כי לו היה די זמן לטיפול, מצבה היה משתווה למצבה לפני החופשה ואולי אף משתפר.

## מגבלות

המגבלה העיקרית במאמר הזה היא שהוא מבוסס על תיאור מקרה במטופל יחיד ללא בדיקות לפני ההתערבות ומעקב לאחריה. מאחר שהטיפול נבדק על מטופלת אחת, אי אפשר להשליך על יעילותו של הטיפול אצל כלל אוכלוסיית המטופלים הדמנטיים. יש משתנים רבים באישיותה של המטופלת ובסביבתה שיכלו להשפיע על התוצאות. לכן מומלץ לבדוק את טכניקת הטיפול הזאת, המשלבת טיפול במגע וגירוי חושים, על קבוצה גדולה יותר של נבדקים, עם קבוצת ביקורת, ובכך לנטרל משתנים שונים ולאמת את יעילותו של הטיפול.

מגבלה נוספת היא זמן הטיפול הקצר שהתאפשר והקטיעה ברצף הטיפול, הטיפול נערך 5 שבועות בלבד ובמהלכו הייתה הפסקה של 9 ימים. הפסקה ברצף הטיפול יצרה נסיגה בתגובותיה של ברכה ומשך זמן הטיפול הקצר לא אפשר לבדוק אם ברכה תחזור לתגובות החיוביות הגבוהות ואם הן יישמרו לאורך זמן, אם יתארך משך הטיפול ותתאפשר הטמעה. מומלץ לבדוק את תכנית ההתערבות במשך זמן ארוך יותר של כמה חודשים וללא הפסקה ברצף הטיפול. מגבלה שלישית היא היעדר המעקב לפני ואחרי ביצוע הטיפול. אמנם התבצע מעקב מפורט, שנערך בטבלאות, במהלך שבועות הטיפול, אך לא נעשה מעקב זה לפני תחילת הטיפול או לאחר סיומו. הנתונים שנאספו במהלך הטיפול הושו למידע שנאסף מן הצוות המטפל על ידי ראיונות ושאלונים, אך אין זה מידע מדויק, מאחר שהוא מסתמך על זיכרון אנשי הצוות ולא על מעקב מפורט. היינו מציעים במחקרים עתידיים לבצע מעקב לפני תחילת הטיפול ולאחריה, ולערוך את הנתונים בטבלאות כדי שיהיה אפשר להשוות בין הנתונים במדויק.

## השלכות קליניות

השאלה שנשאלה על ידינו בעקבות הממצאים האלה הייתה, כיצד הדבר ישפיע על הטיפול בריפוי בעיסוק ותעסוקה במחלקה. התקן של ריפוי בעיסוק שניתן בבית האבות, הוא קטן- 7 שעות שבועיות ל-36 מיטות (נוהלי בתי חולים גריאטריים- נוהלי רוחב, 2007), ואין די שעות לתת טיפול אינטנסיבי 3 פעמים בשבוע לפחות. כמו כן, מדריכות התעסוקה צריכות להפעיל כל יום את כל קבוצת הדיירים במחלקה בזמן הקצר העומד לרשותן. ייתכן כי אפשר לשלב כוחות, ולחלק את הטיפולים בין שני המקצועות, וכך, כל דייר יוכל לקבל בין 2 ל-3 טיפולים בשבוע, כאשר על המרפאים בעיסוק להדריך ולבקר את הטיפול הניתן. לדעתנו, יש לבדוק את היחס בין הדיירים שמקבלים תעסוקה מותאמת על ידי הפעילות התעסוקתית המסורתית, לבין דיירים שאינם מקבלים תעסוקה מותאמת. לפי היחס הזה, יש להקציב את זמן התעסוקה. לדוגמה: אם 9 מתוך 36 דיירים אינם מתאימים לתעסוקה המסורתית, יש להקצות כרבע מזמן התעסוקה לדיירים אלו. מכאן, שאם למדריכת התעסוקה יש 4 שעות יומיות, שעה אחת תוקצב לדיירים ירודים אלו. השעה הזאת יכולה להינתן לפני זמן התעסוקה המסורתית, במהלכה או אף אחריה. יש להתאים את זמן הפעילות הזאת על פי המצב במחלקה. לעתים, הדיירים האלה אינם אוכלים בזמן הארוחות (מוזנים עם פג), ולכן אפשר לעבוד אתם בזמן ששאר המחלקה אוכלת את ארוחת הבוקר או הצהריים. אנו סבורות, כי אם יפעלו לפי השיקולים האלה, שיעור רב יותר של דיירים יקבלו טיפול בגירוי חושים המתאים לצרכיהם.

## מקורות

- ברודסקי, ג', שמר, י' ובאר, ש' (2010). קשישים בישראל - שנתון סטטיסטי 2009. משאב: ירושלים.
- ילון-חיימוביץ, ש', זק"ש, ד', ויינטראוב, נ', נוטה, א', מזור, נ' ועמיתים (2006). מרחב ותהליך העשייה המקצועית בריפוי בעיסוק בישראל. תל אביב: העמותה הישראלית לריפוי בעיסוק.
- מדינה, ר' (2006). מגע כהתערבות סיעודית מתוכננת ויכולתו להפחית אי שקט וסבל בקרב קשישים הסובלים מדמנציה מתקדמת ושוהים במוסדות פסיכו-גריאטריים. עבודה לתואר מוסמך אוניברסיטת תל אביב.
- נוהלי בתי חולים גריאטריים-נוהלי רוחב. (2007). משרד הבריאות. ירושלים: ישראל.
- בית אבות סיעודי (15.11.2009). נדלה בתאריך 14.9.2010, מאתר: <http://www.goldage.co.il/?p=18>
- דמנציה ואלצהיימר - עובדות בסיסיות. (ח"ת) נדלה בתאריך 26.9.2010, מפורטל [www.myhealth.co.il/article.asp?tC=974](http://www.myhealth.co.il/article.asp?tC=974) :my health

- 
- Allen, C. K. (1985). *Occupational therapy for psychiatric diseases: Measurement and management of cognitive disabilities*. Boston: Little, Brown and Company.
- Allen, C. K., & Blue, T. (1998). Cognitive disabilities model: How to make clinical judgments. In N. Katz (Ed.), *Cognition and occupation in rehabilitation: Cognitive models for intervention in occupational therapy* (pp. 225-279). Rockville, MD: American Occupational Therapy Association.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (2nd ed.)*. Washington D.C.: American Psychiatric Association.
- Baillon, S., van Diepen, E., & Prettyman, R. (2002). Multi-sensory therapy in psychiatric care. *Advances in Psychiatric Treatment, 8*, 444-452.
- Baker, R., Bell, S., Baker, E., Gibson, S., Holloway, J., Pearce, R., . . . & Wareing, L. A. (2001). A randomized controlled trial of the effects of multi-sensory stimulation (MSS) for people with dementia. *British Journal of Clinical Psychology, 40*, 81-96.
- Baker, R., Holloway, J., Holtkamp, C. C. M., Larsson, A., Hartman, L. C., Pearce, R., . . . (2003). Effects of multi-sensory stimulation for people with dementia. *Journal of Advanced Nursing 43*(5), 465-477.
- Chung, J. C. C., & Lai, C. K. Y. (2009). Snoezelen for dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews, (4)*. DOI: 10.1002/14651858.CD003152.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & Mchugh, P. R. (1975). Mini mental state: A practical method of grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatry Research, 12*, 189-198.
- Gitlin, L. N., & Corcoran, M. A. (2005). *Occupational therapy and dementia care*. Bethesda, MD: AOTA Press.
- Jelonek-Walker, M., & Walker, J. D. (2003). *Healing massage, a simple approach*. Albany, NY: Delmar Learning.
- Morris, J. C. (1993) The Clinical Dementia Rating (CDR): Current version and scoring rules. *Neurology, 43*, 2412-2414.
- Murray, L. L., Dickerson, S., Lichtenberger, B., & Cox, C. (2003). Effects of toy stimulation on the cognitive, communicative, and emotional functioning of adults in the middle stages of Alzheimer's disease. *Journal of Communication Disorders, 36*, 101-127.
- Playfair, C. (2010). Human relationships: An exploration of loneliness and touch. *British Journal of Nursing, 19*(2), 122-126.
-

- 
- Roberson, L. (2003). The importance of touch for the patient with dementia. *Home Healthcare Nurse: The Journal for the Home Care and Hospice Professional*, 21(1), 16-19.
- Smith, E. E., Nolen-Hoeksema, S., Fredrickson, B. L., Loftus, G. R., Bem, D. J., & Maren, S. (2003). *Atkinson & Hilgard's introduction to psychology* (14th ed.). Belmont CA: Wadsworth - Thomson Learning.
- The Cognitive Disabilities Model. (n.d.) retrieved 14.9.2010. from: [img2.tapuz.co.il/CommunaFiles/20028852.rtf](http://img2.tapuz.co.il/CommunaFiles/20028852.rtf)
- Wang, K. L., & Hermann, C. (2006). Pilot study to test the effectiveness of healing touch on agitation in people with dementia. *Geriatric Nursing*, 27(1), 34-40.
- Woodsa, D. L., Beckb, C., & Sinhaa, K. (2009). The effect of therapeutic touch on behavioral symptoms and cortisol in persons with dementia. *Forsch Komplementmed*, 16, 181-189.