
Occupation-Based Group Intervention for Individuals with Memory Complaints:
Extreme Case Analyses / טיפול קבוצתי מבוסס עיסוק לאנשים החווים ירידה בזיכרון: ניתוח שלושה מקרי קיצון

Author(s): שלומית רוטנברג-שפיגלמן, שקמה יואל, הילה שחר, דנה בצון, עדינה מאיר, Shlomit Rotenberg-Shpigelman, Shikma Yoel, Hila Shachar, Dana Batson and Adina Maeir

Source: *IJOT: The Israeli Journal of Occupational Therapy* / כתב עת ישראלי לריפוי גיליון גיליון 22, חוברת 1, Special Issue on Geriatrics / כרך 2013, פברואר, כעיסוק, 22, חוברת 1, Special Issue on Geriatrics / גיליון 22, חוברת 1, Special Issue on Geriatrics (פברואר 2013), pp. H7-H27

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

Stable URL: <https://www.jstor.org/stable/23470604>

REFERENCES

Linked references are available on JSTOR for this article:

https://www.jstor.org/stable/23470604?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 קבוצתי מבוסס עיסוק לאנשים החווים ירידה בזיכרון: ניתוח שלושה מקרי קיצון

שלומית רוטנברג-שפיגלמן, שקמה יואל, הילה שחר, דנה בצון, עדינה מאיר
מילות מפתח: גריאטריה, זיכרון, מטה-זיכרון, התערבות קבוצתית

תקציר

תלונות על בעיות בזיכרון נפוצות אצל קשישים, לצד ירידה בתפקודי ניהול ושינויים בידע ואמונות לגבי הזיכרון. פרופיל זה נמצא קשור בירידה במצב רגשי ותפקודי, ויש צורך בהתערבות בריפוי בעיסוק. מחקרי התערבות בגישה פסיכו-חינוכית ושיקום קוגניטיבי מאששים את יכולתם של קשישים ללמוד וליישם אסטרטגיות. מאמר זה מציג ניתוח מקרי קיצון שנועד לזהות גורמים שהשפיעו על מידת ההצלחה של התערבות קבוצתית מבוססת עיסוק לקשישים החווים ירידה בזיכרון. **אובלוסייה:** שלוש קשישות עצמאיות שהשתתפו בהתערבות נבחרו לניתוח מתוך כלל המשתתפים, כמייצגות מקרי קיצון לפי מדד חוויית תדירות טעויות זיכרון. **מדדים:** מדדי התוצאה כללו מדד מטה-זיכרון ומדדי השתתפות וביצוע עיסוקי. המדדים לניתוח הגורמים שהשפיעו על מדדי התוצאה היו ריאיון איכותני ומדדים קוגניטיביים. **ההתערבות:** ההתערבות נסבה סביב ציר עיסוקי וכללה למידה התנסותית של ידע לגבי זיכרון ואסטרטגיות זיכרון, ותיווך להעברת הידע לחיי היום-יום. **תוצאות:** שלוש הנבדקות השיגו את מרבית המטרות התפקודיות שהציבו בהתערבות (75%-83%). שתי הנבדקות שחוו תדירות גבוהה של טעויות לפני ההתערבות, חוו ירידה בתדירות הטעויות, שיפור בתפיסת הזיכרון וירידה בתדירות השימוש באסטרטגיות לאחר ההתערבות. הנבדקת שדיווחה על תדירות נמוכה של

שלומית רוטנברג-שפיגלמן, OT, MSc, דוקטורנטית בביה"ס לריפוי בעיסוק של הדסה

והאוניברסיטה העברית, הר-הצופים, ירושלים. shlomit@gmail.com

שקמה יואל, BOT, סטודנטית לתואר שני בביה"ס לריפוי בעיסוק של הדסה

והאוניברסיטה העברית, הר-הצופים, ירושלים; מעונות מכבי, תל השומר.

shikmadruker@gmail.com

הילה שחר, BOT, סטודנטית לתואר שני בביה"ס לריפוי בעיסוק של הדסה

והאוניברסיטה העברית, הר-הצופים, ירושלים. hilasha7@gmail.com

דנה בצון, BOT, סטודנטית לתואר שני בביה"ס לריפוי בעיסוק של הדסה והאוניברסיטה

העברית, הר-הצופים, ירושלים; בית אבות - בית סבאבא, רמת רחל, ירושלים.

danabats@hotmail.com

עדינה מאיר, OT, PhD, מרצה בכירה, ביה"ס לריפוי בעיסוק של הדסה והאוניברסיטה

העברית, הר-הצופים, ירושלים. adinamaeir@gmail.com

המאמר נכתב על בסיס נתונים שנטאפו לעבודת דוקטורט של שלומית רוטנברג-שפיגלמן,
בביה"ס לריפוי בעיסוק של הדסה והאוניברסיטה העברית, הר-הצופים, ירושלים.

כתב עת ישראלי לריפוי בעיסוק, פברואר 2013, 22(1)

טעויות לפני ההתערבות, הראתה עלייה בחווית תדירות הטעויות, ירידה בתפיסת הזיכרון ועלייה בתחושת תדירות השימוש באסטרטגיות. דיון: ערוצי השינוי המשוערים היו למידה התנסותית של אסטרטגיות, עלייה במודעות להשלכות התפקודיות של בעיות הזיכרון ותמיכה ניהולית ורגשית להשגת המטרות. עלייה בתדירות השימוש באסטרטגיות לא נמצאה הכרחית לשיפור התפקוד.

מבוא

תלונות על בעיות בזיכרון נפוצות מאוד אצל מבוגרים וקשישים ועולות עם הגיל, משיעור של 24% בגילאי 65-69 ל-57% בגילאי 90 ומעלה (Montejo, Montenegro, Fernandez, & Maestu, 2011). תלונות אלו נלוות למגוון מצבי בריאות, ובכללם: (א) Subjective Memory Complaints (SMC), הכולל דיווח של האדם על הגבלה בתפקודי זיכרון בחיי היום-יום, אך ללא ממצאים פתולוגיים במבחנים נוירו-פסיכולוגיים של זיכרון (Metternich, Kosch, Kriston, Harter, & Hull, 2010); (ב) Mild Cognitive Impairment (MCI), תהליך אבנורמלי המאופיין בירידה קוגניטיבית גדולה מן הצפוי לפי גיל ורמת השכלה, ללא פגיעה בתפקודי יום-יום שגרתיים, אך עם קושי בתפקוד במצבים מורכבים, מצבים דינמיים ו/או מצבים חדשים (Petersen, 2004); ו-ג) דיכאון, שאחד ממאפייניו בגיל המבוגר הוא ירידה קוגניטיבית בכלל, וירידה בזיכרון בפרט (Blazer, 2002). על אף האבחנות השונות של קשישים אלו, כולם מתמודדים עם החוויה השלילית של ירידה בזיכרון ועם השלכות רגשיות ותפקודיות דומות בחיי היום-יום.

ירידה בתפקודי זיכרון היא הירידה הקוגניטיבית המקושרת ביותר אל הגיל המבוגר (Craik & Salthouse, 2000). השינויים הנפוצים בזיכרון הם ירידה בזיכרון אפיזודי ארוך טווח מן העבר הקרוב, בזיכרון פרוספקטיבי בעיקר במטלות מורכבות ובשליפת מילים ושמות (אייל, 2004). ירידה תלוית גיל ביכולות הזיכרון נמצאה קשורה במצב רגשי ירוד ובהפחתה ברמת מעורבות בתפקודי יום-יום ובפעילויות חברתיות (Craik & Salthouse, 2000). גם ירידה בתפקודי ניהול, המוגדרים כתפקודים קוגניטיביים גבוהים, נמצאה קשורה לגיל המבוגר (Raz, 2000). ההשלכה התפקודית של ירידה בתפקודי ניהול כוללת קושי בביצוע פעילויות מורכבות, הדורשות קביעת מטרות, ארגון, תכנון רצף פעולות, בקרה על הביצוע ו/או פתרון בעיות (Manchester, Priestley, & Jackson, 2004); (Marri et al., 2001). קשישים הנתקלים בקשיים בביצוע פעילויות יום-יום מורכבות שנהגו לבצע בעבר, נוטים לשייך את הקושי לליקויים בזיכרון ולא לקשיים בתפקודי ניהול המוכרים להם פחות (Marri et al., 2001).

בנוסף לירידה ביכולות קוגניטיביות, חלים גם שינויים מטה-קוגניטיביים בגיל המבוגר. המושג מטה-קוגניציה מתייחס לידע של הפרט על אודות תהליכי

החשיבה ותוצרי החשיבה של עצמו, וכולל ידע על הגורמים המשפיעים על פעילות קוגניטיבית, שימוש בידע והתנסות קודמים להפקת תגובה בתהליך פתרון בעיה קוגניטיבית ושימוש באסטרטגיות, שהן תהליכים סדורים המשמשים את הפרט לשלוט בפעילות הקוגניטיבית שלו ולהבטיח השגת מטרות קוגניטיביות (Flavell, 1979). מטה-זיכרון הוא חלק ממטה-קוגניציה, ומוגדר כידע ואמונה של הפרט לגבי הזיכרון שלו (Lineweaver & Hertzog, 1998). מטה-זיכרון כולל: (א) ידע על הזיכרון ותפקוד הזיכרון; (ב) בקרה על המצב העכשווי של מערכת הזיכרון; ו- (ג) אמונות על הזיכרון (Craig & Salthouse, 2000). מחקרים בקרב קשישים מצאו תחושת מסוגלות עצמית נמוכה, אמונות שליליות לגבי שינויים של תפקוד הזיכרון, אמונות שליליות לגבי הזיכרון שלהם בעתיד ופחות תחושת שליטה על תפקוד הזיכרון בהשוואה לצעירים (Carretti, Borella, Zavagnin, & De Beni, 2011; Lineweaver & Hertzog, 1998). מטה-זיכרון בקרב קשישים נמצא קשור לרמת השתתפות במטלות יום-יומיות בסיסיות ואינסטרומנטליות, לתפיסת איכות חיים, להתמודדות מסתגלת עם אתגרים בחיי היום-יום ולתחושת מסוגלות (Carretti et al., 2011; Cavallini, Pagnin, & Vecchi, 2003; Klusmann, Evers, Schwarzer, & Heuser, 2012; Montejo, Montenegro, Fernandez, & Maestu, 2012). בקשיים בתפקוד יום-יומי על רקע ליקויים בזיכרון בקרב קשישים מעורבים מרכיבים של מטה-זיכרון כמו שימוש מועט באסטרטגיות, שימוש באסטרטגיות לא מתאימות ואמונות שליליות של האדם לגבי הזיכרון שלו (Cavallini et al., 2003). לסיכום, הפרופיל הקוגניטיבי והמטה-קוגניטיבי הייחודי של קשישים החווים ירידה בזיכרון נמצא קשור לתפקוד, להשתתפות ולאיכות חיים. העובדה כי אוכלוסייה זאת נמצאת בסיכון לנסיגה תפקודית וירידה בהשתתפות מחייבת התייחסות טיפולית במסגרת ריפוי בעיסוק, מקצוע שמהותו הגברת מעורבות בעיסוקים, על מנת לאפשר השתתפות במארג החיים (ילון-חיימוביץ ועמיתים, 2006).

מחקרי התערבות באוכלוסייה הזאת מראים כי יש השפעה חיובית של טיפול בגישה פסיכו-חינוכית בשילוב גישת שיקום קוגניטיבי (Kinsella et al., 2009; Kurz, Pohl, Ramsenthaler, & Sorg, 2009; Levine et al., 2007; Londos, Boschian, Linden, Persson, Minthon, & Lexell, 2008; Troyer, Murphy, & Anderson, 2008; Moscovitch, & Craik, 2008). המרכיב הפסיכו-חינוכי במחקרים אלו כולל למידה על מנגנוני זיכרון, על אסטרטגיות זיכרון, על הקשר שבין השתתפות, בריאות וקוגניציה וניהול דחק. רוב ההתערבויות שנבדקו כוללו גם מרכיב של אימון זיכרון ו/או תפקודי ניהול שכלל משימות המדמות תפקוד ומעקב אחר יישום האימון בחיי היום-יום. יעילות שיטות ההתערבות הודגמה במגוון מדדים קוגניטיביים, רגשיים, תפקודיים ומדדי איכות חיים (Kinsella et al., 2009; Kurz et al., 2009; Levine et al., 2007; Londos et al., 2008; Troyer et al., 2008). מחקרים אלו מאששים את פוטנציאל הלמידה של קשישים החווים ירידה בזיכרון, ובייחוד את יכולתם ללמוד וליישם אסטרטגיות להתמודדות עם קשיים הקשורים

בזיכרון. עם זאת, ניכר חוסר בעדויות מחקר לגבי התערבות רב ממדית המתייחסת לקשיים הקוגניטיביים, רגשיים ותפקודיים של קשישים החווים ירידה בזיכרון, בהקשר של עיסוק משמעותי.

מטרת מאמר זה היא להציג ניתוח מעמיק של מקרי קיצון שנועד לזהות את הגורמים שהשפיעו על מידת ההצלחה של התערבות קבוצתית מבוססת עיסוק לקשישים החווים ירידה בזיכרון. מטרת ההתערבות הן: (א) למידה התנסותית של אסטרטגיות להתמודדות עם קשיים בזיכרון והבנת התועלת הטמונה בהן לחיי היום-יום; (ב) שימוש יעיל באסטרטגיות זיכרון בחיי היום-יום; ו-(ג) השתתפות מהנה בפעילות למידה מוערכת מבחינה תרבותית, בסביבה מותאמת ובטוחה. בהתערבות נעשה שימוש בשילוב של גישה פסיכו-חינוכית וגישת שיקום קוגניטיבי שהוכחו כיעילות לאוכלוסייה הזאת, עם הפרספקטיבה הייחודית של מקצוע הריפוי בעיסוק, המכירה בכוחו של עיסוק למידה בהקשר חברתי כמקדם בריאות ורווחה, והובילה ליישום ההתערבות סביב ציר עיסוקי. ההתערבות כללה לימוד ידע על אסטרטגיות זיכרון ותיווך של יישומן בחיי היום-יום, בתוך הקשר של קבוצת קריאה, עיסוק משמעותי ומוערך בחברה.

בסיס תיאורטי להתערבות

תכנית ההתערבות המוצעת עושה שימוש בתשתית תיאורטית אינטגרטיבית המשלבת מודלים תיאורטיים וטיפוליים מתוך העולם המקצועי של ריפוי בעיסוק. הראשון שבהם הוא מודל אדם-סביבה-עיסוק-ביצוע עיסוקי (PEOP) Person-Environment-Occupation-Performance המגדיר את החיבור בין עיסוק לבין בריאות ורווחה (Christiansen, Baum, & Bass Haugen, 2005). מודל ה-PEOP מכון שימוש בעיסוק משמעותי ובעל ערך חברתי כעמוד התווך בהתערבות, שעליו נשענים מרכיבי הנוספים. העיסוק משמש אמצעי לרכישת ידע ולימוד אסטרטגיות לשיפור תפקוד וכן לאתגור אמונות ודפוסי חשיבה מעכבי תפקוד. בנוסף, ההתערבות עושה שימוש במודל ההתערבות הקבוצתית בריפוי בעיסוק (Tallant, 2002), המכוון את המסגרת החברתית שבה מתקיימת ההתערבות כמסגרת שמספקת סביבה בטוחה להתנסות ושיתוף של מחשבות, של רגשות ושל התנהגויות, ומאפשרת שיתוף ועזרה הדדית בפתרון בעיות ויצירת מוטיבציה לשינוי (Bruce & Borg, 1993; Tallant, 2002). לבסוף, יישום בהתערבות עקרונית של מודלים לשיקום אנשים עם ליקויים קוגניטיביים (Katz, 2011). הראשון, המודל הרב הקשרי (Toglia, 2011), נותן כלים להטמעת שימוש באסטרטגיות בחיי היום-יום. מודל זה מכון להקניית אסטרטגיות באמצעות למידה התנסותית, תוך שימוש בתרגילים ממחישים ובהדגמת ביצוע (modeling) וכן תיווך אקספליציטי להעברה של האסטרטגיות למטרות תפקודיות של המשתתפים. השני, המודל הקוגניטיבי התנהגותי (Duncombe, 2005), מספק שיטות פסיכו-חינוכיות לרכישת ידע על זיכרון ויצירת שינוי באמונות על אודות

טיפול קבוצתי מבוסס עיסוק לאנשים החווים ירידה בזיכרון: ניתוח שלושה מקרי קיצון

קוגניציה והשלכותיה על בריאות והשתתפות. פירוט הבסיס התיאורטי להתערבות פורסם במאמר קודם (Rotenberg-Shpigelman & Maeir, 2011).

שיטות המחקר

אוכלוסיית המחקר

אוכלוסיית המחקר אותרה במדגם נוחות מתוך אוכלוסיית קשישים המתגוררים במסגרת דיור מוגן. המשתתפים פנו בבקשה להשתתף בהתערבות בעקבות פרסום מודעה בדיור המוגן. הקריטריונים להשתתפות בהתערבות היו: גיל 65 ומעלה, דיווח על בעיות בזיכרון, עצמאות בתפקודי יום-יום בסיסיים (BADL), וללא אבחנה של דמנציה ($MMSE < 23/30$). בהתערבות השתתפו 23 אנשים, שחולקו לשלוש קבוצות שהתנהלו לפי פרוטוקול מובנה. שלושה מקרים נחרו לתיאור במאמר זה, כמייצגים מקרי קיצון לפי מדד של תלונות על בעיות זיכרון לפני ההתערבות, וכוללים שני אנשים שדיווחו על רמת גבוהה מאוד של טעויות זיכרון בחיי היום-יום, ואדם אחד שדיווח על רמה נמוכה מאוד של טעויות זיכרון בחיי היום-יום בכלים שיפורטו כאן.

כלי המחקר

Folstein, Folstein, & McHugh, Mini-mental state examination (MMSE) (1975) הוא כלי סינון סטנדרטי להערכת מצב קליני-קוגניטיבי המיועד לשימוש במבוגרים. האבחון כולל 30 פריטים הבוחנים חמישה תחומים קוגניטיביים: התמצאות, זיכרון, קשב וחישוב, היזכרות ושפה. בציינון השאלון ניתנת נקודה על כל פריט והציון המרבי הוא 30. ציון החתך הוא 24, כך שכל ציון נמוך ממנו מעיד על סבירות גבוהה לליקוי קוגניטיבי (Folstein, Folstein, & McHugh, 1975). מהימנות מבחן חוזר נעה בין 0.88 ל-0.98, מהימנות בין בודקים הנה 0.82. תוקף מקביל לאבחון Wechsler Adult Intelligence Scale בחלק המילולי 0.77 ובחלק הביצועי 0.66 (Folstein et al., 1975). MMSE מבחן בין קבוצת אנשים עם ליקוי קוגניטיבי לבין קבוצת אנשים ללא ליקוי קוגניטיבי ומדגים את חומרת הליקוי (Tombaugh & McIntyre, 1992). גרסת האבחון בעברית נמצאה תקפה ומהימנה לשימוש באוכלוסייה המבוגרת (Werner, Heinik, Mendel, Reicher, & Bleich, 1999). במחקר זה שימש ה-MMSE כמבחן סינון לבדיקת התאמה לקריטריוני ההכללה. כלי סינון לסטטוס קוגניטיבי. ה-MoCA מיועד לזהוי לקויות קוגניטיביות קלות בקרב אנשים המציגים ציון בטווח הנורמה במבחן MMSE. תחומי הבדיקה כוללים יכולות ויזו-מרחביות, תפקודים ניהוליים, קשב, שפה, זיכרון לטווח קצר והתמצאות במקום ובזמן. בציינון השאלון ניתנת נקודה על כל פריט והציון המרבי הוא 30. ציון מתחת ל-26 נקודות מוגדר כירידה קוגניטיבית (Nasreddine et al., 2005).

כתב עת ישראלי לריפוי בעיסוק, פברואר 2013, (1)22

(Smith & Holmes, 2007). מהימנות כעקיבות פנימית של ה-MoCA היא טובה (83) (Nasreddine et al., 2005). ה-MoCA נמצא רגיש יותר ללקויות קוגניטיביות קלות בהשוואה ל-MMSE (Smith et al., 2007). במחקר זה שימש ה-MoCA כמדד מתערב היכול להסביר את מידת השינוי במדדי התוצאה.

Rivermead Behavioural Memory Test (RBMT-2)

(Wilson, Cockburn, & Baddeley, 2003) הוא מבחן אובייקטיבי לבדיקת ליקויים בתפקודי זיכרון ביום-יום ולשינויים בעקבות התערבות. המבחן כולל תת מבחנים הבודקים אופנויות שונות בזיכרון: מילולי, חזותי, אפיזודי, פרספקטיבי, מרחבי לטווח מיידי וארוך. המבחן מיועד לאנשים בגילאי 16-96. ציון איתור נע בין 0 ל-24, כאשר ציון גבוה מייצג תפקוד זיכרון טוב יותר.

ל-12 וציון פרופיל נע בין 0 ל-24, כאשר ציון גבוה מייצג תפקוד זיכרון טוב יותר. ציון הפרופיל מאפשר סיווג של תפקוד הזיכרון כתקין, ליקוי קל, ליקוי בינוני וליקוי חמור (Wilson et al., 2003). האבחון מהימן ותקף ומתורגם לעברית. במחקר זה שימש ה-RBMT-2 כמדד מתערב היכול להסביר את מידת השינוי במדדי התוצאה.

Multifactorial Memory Questionnaire (MMQ)

(Troyer & Rich, 2002) הוא שאלון דיווח עצמי בנושא מטה-זיכרון. השאלון בנוי לפי שלושה סולמות המודדים היבטים שונים של מטה-זיכרון: (א) סולם "טעויות" הבודק תדירות של טעויות הקשורות בזיכרון בחיי היום-יום. הנבדק מתבקש לדרג תדירות של טעויות כמו: "שכחת למסור הודעה" ו"שכחת לקנות משהו שהתכוונת לקנות"; (ב) סולם "סיפוק ממצב הזיכרון" הבודק תפיסות ותחושות של הנבדק באשר ליכולת הזיכרון שלו. הנבדק מתבקש לדרג את מידת ההסכמה עם אמירות כגון: "באופן כללי אני מרוצה מיכולת הזיכרון שלי" ו"אני דואג שמא אשכח משהו חשוב"; ו-(ג) סולם "אסטרטגיות" הבודק שימוש באסטרטגיות זיכרון בחיי היום-יום. הנבדק מתבקש לדרג תדירות של שימוש באסטרטגיות זיכרון כמו: "רשמתי דברים בלוח-שנה או יומן, כמו פגישות או דברים שעליך לעשות" ו"הקדשתי מחשבה רבה למשהו שאתה רוצה לזכור, לדוגמה, חשבת על פרטים רבים הקשורים לאירוע שאתה רוצה לזכור". השאלון כולל 57 פריטים שאותם מדרגים על סקלה של הסכמה או תדירות, בטווח של 1-5 (Troyer & Rich, 2002). טווח הציונים הוא 0-72 בסולם "סיפוק ממצב הזיכרון", 0-80 בסולם "טעויות" ו-0-76 בסולם "אסטרטגיות", כאשר ציון גבוה משקף מצב חיובי (סיפוק גבוה, תדירות טעויות נמוכה, תדירות שימוש באסטרטגיות גבוהה). השאלון נמצא תקף ומהימן לגבי אוכלוסיית קשישים בריאה. מהימנות מבחן חוזר נמצאה גבוהה בכל שלוש הסקלות 0.86-0.99.

מהימנות פנימית נמצאה גבוהה גם היא עבור כל אחת מן הסקלות 0.83-0.95 (Troyer & Rich, 2002). תוקף מבנה נבדק באמצעות תוקף מתכנס עם שאלון Meta-memory in Adulthood Scale (MIA) ונמצא מתאם חיובי מובהק מ-0.56 עד 0.73 (Fort, Adoul, Holl, Kaddour, & Gana, 2004). תוקף תוכן נמצא גבוה עם יותר מ-70% הסכמה בין המומחים בכל אחד מן הקריטריונים (Troyer & Rich, 2002). השאלון תורגם לעברית באישור המחברות לצורך

טיפול קבוצתי מבוסס עיסוק לאנשים החווים ירידה בזיכרון: ניתוח שלושה מקרי קיצון

המחקר. במחקר זה שימש ה-MMQ הן כמדד תוצאה והן כמדד מתערב היכול להסביר את מידת השינוי במדדי התוצאה.

Canadian Occupational Performance Measure (COPM)

(Law et al., 2005) הוא ריאיון חצי מובנה שמטרתו להעריך ביצוע ושביעות רצון מעיסוקים ביום-יום, מנקודת מבטו של הלקוח, ומשמש מדד תוצאה תקף ומהימן של התערבות טיפולית בריפוי בעיסוק. השאלון מתורגם לעברית ומתאים למגוון רחב של אוכלוסיות. רמת הביצוע עיסוקי ומידת שביעות הרצון מן הביצוע עבור מטרה תפקודית נמדדים על סקלה של 1-10 (Law et al., 2005). אפשר לחשב ציון כללי לפני ההתערבות ולאחריה ואת מידת השינוי כתוצאה מן ההתערבות (Carswell et al., 2004). פער של שתי נקודות ויותר בדירוג הביצוע ושביעות הרצון הוא פער בעל משמעות קלינית (Law et al., 2005). במחקר זה שימש ה-COPM כמדד תוצאה.

מדד השגת מטרות פותח לצורך מחקר זה, ונועד להעריך את ההערכה הסובייקטיבית של המשתתפים לגבי מידת השגת מטרות תפקודיות שהם הגדירו כחלק מתהליך ההתערבות. דירוג המטרות נעשה בסולם הנע בין 1 (המטרה לא הושגה כלל) ל-5 (המטרה הושגה במידה רבה מאוד). המשתתפים דירגו את השגת המטרות לאחר תום ההתערבות. מדד השגת המטרות שימש במחקר זה כמדד תוצאה. ריאיון איכותני חצי מובנה לניתוח הגורמים שתורמו והגבילו את ההתערבות הנו ריאיון שמטרתו להעריך את חוויית המשתתפים בקבוצה ולזהות את הגורמים שתורמו או הפריעו לתהליך. הריאיון כלל שאלות פתוחות בנושאים כגון מה היו ההיבטים הטובים והלא טובים שהיו בהתערבות, האם חלו שינויים תפקודיים או שינויים בתפיסות לגבי זיכרון בעקבות ההשתתפות בהתערבות ועוד.

תיאור ההתערבות

ההתערבות נמשכה כארבעה חודשים וכללה 15 מפגשים שבועיים של שעה וחצי כל אחד. סביבת ההתערבות (setting) כללה ישיבה סביב שולחן עם שתייה חמה (כולל צמחי תבלין לתה), כאשר על השולחן מונחות התיקיות האישיות של המשתתפים, וכן מצויים ספר הקריאה ומכשירי כתיבה וסימון. ההתערבות התקיימה בתוך מסגרת הדיור המוגן שבו מתגוררים הנבדקים. הציר העיסוקי שסביבו נסבה ההתערבות הוא פעילות הקריאה, עיסוק משמעותי ומוערך מבחינה תרבותית, שבה משתתפי הקבוצה קראו ודנו בספרות עדכנית. פעילות הקריאה כללה דיון קבוצתי בתוכני הספר וביחס המשתתפים לעלילה, לדימויים ולרעיונות שעולים מן הספרות אחרי קריאה עצמאית בבית. לצד תפקידה כעיסוק משמעותי, שימשה פעילות הקריאה גם כאמצעי להתנסות באסטרטגיות חיצוניות ופנימיות. למשל, הקריאה נעשית בעזרת "עזר קריאה" - דף ייעודי הכולל מקום לרישום מידע מן הפרק שהם קוראים וכן משפט מן הספר שהם חוו כמשמעותי, שעורר בהם רגש או יצר חיבור אחר לחייהם. השימוש בעזר

כתב עת ישראלי לריפוי בעיסוק, פברואר 2013, 22(1)

הקריאה היה מנוף למתן ידע והיווה התנסות בשימוש באסטרטגיית רישום כאסטרטגייה חיצונית התומכת בתפקוד. תיעוד משפט משמעותי מן הפרק שימש אמצעי להדגמת אסטרטגיית זיכרון פנימית של "חיבור מידע למשמעות אישית" על מנת לשפר את רכישת המידע. לבסוף, פעילות הקריאה נועדה גם לקדם את הגורמים הטיפוליים של הקבוצה, כגון תחושת שייכות לקבוצה, פיתוח טכניקות של חברות, למידה בין-אישית ולכידות קבוצתית (Yalom & Leszcz, 2005), על ידי הכוונת הדיון על הספר כדיון שבו המשתתפים מוזמנים לחלוק רגשות, מחשבות וסיפורים אישיים שעלו בהם בעקבות הקריאה (ולא מידע או ניתוח ספרותי בלבד) ובכך התאפשרה חשיפה ויצירת קשרים בין-אישיים.

במקביל לעיסוק בספרות ניתן בכל מפגש פרק של הקניית ידע לגבי זיכרון, אסטרטגיות זיכרון ונושאים הקשורים לתפקוד וזיכרון, ונעשה תיווך להעברת המידע לחיי היום-יום. הקניית הידע נעשתה באמצעות למידה התנסותית, שבה המשתתפים לומדים בדרך פעילה וחוויתית תוך שימוש במגוון רחב של אמצעי המחשה. התיווך להעברה נעשה על ידי עידוד כל משתתף להצבת מטרה תפקודית יום-יומית שעושה שימוש באסטרטגייה שנדונה באותו מפגש. בשלב זה קיבלו המשתתפים תמיכה ניהולית מן הקבוצה והמנחה לסיוע בגיבוש תכנית פעולה להשגת המטרה תוך שימוש באסטרטגיות. המטרות תועדו על ידי המשתתפים בתיקייה האישית וכן על ידי המנחה. בהמשך המפגשים נעשה ניטור קבוצתי של השגת המטרות, שכלל בדיקת ההצלחה של האסטרטגייה ותהליך פתרון בעיות במקרה שלא יושמה בהצלחה מלאה. ניטור המטרות התפקודיות נבנה כהליך מתמשך המתפרס על פני מפגשים רבים, עד להשגת המטרה לשביעות רצונו של המשתתף. במסגרת הצגת האסטרטגיות התקיימה גם בדיקה של עמדות המשתתפים לגביה, וניתנה התייחסות לאמונות הקשורות לאסטרטגיות, במטרה לאתגר אמונות נפוצות שמעכבות תפקוד. תפקיד המנחה היה להעלות את הנושא הזה במקרה שאינו עולה מן המשתתפים.

על אף התוכן המגוון, היה מבנה פגישה קבוע שחזר על עצמו לאורך 15 מפגשי ההתערבות, במטרה ליצור תחושת המשכיות וביטחון. מרכיבי המפגש הקבועים היו: (א) סבב פתיחה שבו התבקשו המשתתפים לספר על עיסוקים משמעותיים מן השבוע החולף ולהתייחס ליישום האסטרטגיות שנלמדו בשבוע הקודם; (ב) פרק של הקניה שכלל מתן ידע, התנסות, תיווך לקישור לחיי היום-יום והתייחסות לאמונות רווחות הקשורות בנושא; (ג) פעילות קריאה שכללה דיון בפרקים מן הספר שנקראו בבית; ו- (ד) פרידה והגדרת מטלות בית. תוכן פרק ההקניה השתנה ממפגש למפגש. פירוט התכנים בפרק ההקניה לפי מפגשים מוצג בנספח א.

הליך המחקר

אישור אתי לקיום המחקר התקבל מן המוסד שבו התקיים המחקר. משתתפי הקבוצה גויסו באמצעות תליית שלטים בדיור המוגן. 23 מתנדבים שנמצאו

טיפול קבוצתי מבוסס עיסוק לאנשים החווים ירידה בזיכרון: ניתוח שלושה מקרי קיצון

עומדים בקריטריוני ההכללה וההוצאה, ואשר חתמו על הסכמה מדעת, השתתפו בהתערבות. בשלב הראשון כל המשתתפים עברו הערכה ראשונית באמצעות כלי המדידה השונים. לאחר מכן הם חולקו לשלוש קבוצות, 7-8 משתתפים בכל אחת, והשתתפו בתכניות התערבות מקבילות על פי הפרוטוקול שתואר כאן. הנחיית ההתערבות הקבוצתית נעשתה על ידי מרפאות בעיסוק מוסמכות המתמחות בתחום הגריאטרי. לאחר סיום ההתערבות נעשתה הערכה חוזרת לכל המשתתפים. ההערכות לפני הטיפול ואחרי הטיפול הועברו על ידי מרפאות בעיסוק שלא העבירו את ההתערבות, כדי למנוע הטיות. במאמר זה יוצג ניתוח מעמיק של שלושה מקרי קיצון שנבחרו מתוך המדגם הכללי, ומייצגים משתתפים עם הערכה נמוכה מאוד או גבוהה מאוד של תדירות טעויות זיכרון לפני ההתערבות, לפי סולם 'טעויות' ב-MMQ.

עיבוד הנתונים

לצורך ניתוחי המקרה נבחרו שלושה נבדקים שמייצגים שני קצוות באשר לתפיסה סובייקטיבית של טעויות הקשורות בזיכרון בחיי היום-יום, כפי שנמדד על ידי ה-MMQ. נבחרו שני נבדקים שתוצאות סולם הערכת הטעויות מתוך ה-MMQ שלהם היו הנמוכות ביותר מתוך אוכלוסיית המחקר (מעידות על הערכה של רמת טעויות גבוהה בחיי היום-יום), ואחד שתוצאת השאלון שלו הייתה הגבוהה ביותר (מעידה על הערכה של רמת טעויות נמוכה בחיי היום-יום). לאחר איתור שלושת הנבדקים נעשה ניתוח תיאורי של שאר המשתתפים עבור אותם נבדקים כדי לזהות את הגורמים שהשפיעו על מידת ההצלחה של ההתערבות במדדים של תפקוד ומטה-זיכרון. ההנחה היא כי ניתוח מקרי קיצון יכול לספק הזדמנות לזיהוי תהליכי שינוי אפשריים בתוך מערך טיפולי.

תוצאות

הנה הצגה תיאורית של מדדי המחקר עבור שלוש נשים, שיכוננו נבדקת 1, נבדקת 2 ונבדקת 3. נבדקת 1 ו-2 היו בעלות הציון הנמוך ביותר בסולם 'טעויות' מתוך אוכלוסיית המחקר, ונבדקת מספר 3 היה בעלת הציון הגבוה ביותר. ציוני המבחנים השונים של שלוש הנבדקות מוצגים בטבלה 1.

כתב עת ישראלי לריפוי בעיסוק, פברואר 2013, (22)

שלומית רוטנברג-שפיגלמן, שקמה יואל, הילה שחר, דנה בצון, עדינה מאיר

טבלה 1
ציוני גלם של הנבדקות במדדי המחקר

| מבחן | נבדקת 1 | נבדקת 2 | נבדקת 3 |
|--|---------|---------|---------|
| MoCA | 24/30 | 19/30 | 29/30 |
| RBMT | 18/24 | 19/24 | 22/24 |
| COPM - ביצוע לפני התערבות | 3.20 | 3.25 | - |
| COPM - ביצוע אחרי התערבות | 5.80 | 6.50 | - |
| COPM - שביעות רצון לפני התערבות | 1.20 | 1.75 | - |
| COPM - שביעות רצון אחרי התערבות | 6.00 | 8.00 | - |
| מטרות שהושגו במידה רבה או רבה מאוד (%) | 83% | 75% | 75% |
| מטרות שהושגו במידה מועטה או לא הושגו (%) | 17% | 25% | 25% |
| MMQ 'טעויות' לפני התערבות | 24/80 | 37/80 | 71/80 |
| MMQ 'טעויות' אחרי התערבות | 41/80 | 56/80 | 64/80 |
| MMQ 'סיפוק ממצב הזיכרון' לפני התערבות | 16/72 | 22/72 | 61/72 |
| MMQ 'סיפוק ממצב הזיכרון' אחרי התערבות | 23/72 | 46/72 | 54/72 |
| MMQ - 'אסטרטגיות' לפני התערבות | 39/76 | 31/76 | 29/76 |
| MMQ - 'אסטרטגיות' אחרי התערבות | 36/76 | 26/76 | 39/76 |

נבדקת 1

תוצאות המבחנים הקוגניטיביים של נבדקת 1 מעידים על ירידה קוגניטיבית אובייקטיבית הנלווית לתלונות על ירידה בזיכרון. ציון מבחן ה-MoCA היה נמוך מציון החתך לאיתור ירידה קוגניטיבית, וציון מבחן RBMT מעיד על ליקוי קל בזיכרון החיי היום-יום. ציון סולם 'טעויות' ב-MMQ לפני ההתערבות מראה כי נבדקת 1 מעריכה כי היא מבצעת טעויות בתדירות גבוהה יחסית בחיי היום-יום. המרת ציון סולם 'טעויות' מציון גולמי לציון באחוזים מראה כי היא סבורה שרמת ההצלחה שלה בהימנעות מטעויות בחיי היום-יום עומדת על 30%. לאחר ההתערבות הדירוג העצמי משתפר, ונבדקת 1 סבורה שרמת ההצלחה שלה בהימנעות מטעויות בחיי היום-יום עומדת על 51%. בסולם 'סיפוק ממצב הזיכרון' הציון ההתחלתי מעיד על סיפוק ברמה של 22%, שעולה ל-32% לאחר ההתערבות. סולם 'אסטרטגיות' נותר כמעט ללא שינוי, עם ירידה קלה בהערכת תדירות השימוש באסטרטגיות. נבדקת 1 הציבה חמש מטרות ב-COPM לפני ההתערבות,

כתב עת ישראלי לרפוי בעיסוק, פברואר 2013, 22(1)

בתחומי IADL, השתתפות חברתית ופנאי. שתיים מהן קשורות באופן ישיר לתפקוד עם ירידה בזיכרון (להכין רשימת קניות ולזכור לקחת אותה, להישאר רגועה כשאינה מוצאת חפץ). בדירוג המטרות ב-COPM חל שיפור אחרי ההתערבות אצל נבדקת 1. ההפרש בציון COPM עומד על 2.6 בדירוג רמת ביצוע ו-4.8 בדירוג שביעות רצון מביצוע, שניהם בעלי משמעות קלינית. נבדקת 1 הציבה שש מטרות תפקודיות במהלך ההתערבות בקבוצה (לזכור תוכן של כתבה שקוראת, לשים משקפיים במקום מיד כשמורידה אותם, לזכור לקחת את המשקפיים כשהיא יוצאת מן הבית, לארגן תיק ערב לפני יציאה מן הבית, לזכור שכבתה דוד חשמלי או גז ולא לחזור הביתה לבדוק, לזכור שם של תרופה שהיא נוטלת באופן קבוע). היא השיגה חמש במידה רבה, ואחת לא הושגה כלל. מיומני המטפל עולה כי לאחר הצבת מטרה נעזרה נבדקת 1 בקבוצה לגיבוש תכנית פעולה שאותה היא יישמה בתוך זמן קצר של שבוע עד שבועיים לשביעות רצונה. עבור המטרות שהושגו, נבדקת 1 עשתה שימוש באסטרטגיות פנימיות (הזכרות במרווחי זמן, שימוש ברוטינה, דיבור עצמי) בארבע מהן, ובאסטרטגיה חיצונית (תזכורות - חפץ במקום בולט) רק באחת. בריאיון לאחר ההתערבות העידה נבדקת 1 כי על אף שהטילה ספק באשר ליעילות ההתערבות עבורה, היא גילתה שאפשר למצוא דרכים ליצור שינויים קטנים שמסייעים לה ביום-יום. היא סיפרה שאימצה כמה הרגלים חדשים (למשל, התארגנות מראש לפני יציאה מן הבית) וציינה כי להערכתה מעתה תשתמש יותר באסטרטגיות זיכרון. נבדקת 1 העידה כי נהנתה מן האינטראקציה החברתית וההתערבות תרמה למודעות שלה לכך שיש עוד אנשים עם קשיים דומים לשלה.

נבדקת 2

תוצאות המבחנים הקוגניטיביים של נבדקת 2 מעידים גם הם על ירידה קוגניטיבית אובייקטיבית. ציון מבחן ה-MoCA היה נמוך במידה רבה מציון החתך לאיתור ירידה קוגניטיבית, וציון מבחן RBMT מעיד על ליקוי קל בזיכרון החיי היום-יום. ציון סולם 'טעויות' ב-MMQ לפני ההתערבות מראה כי בדומה לנבדקת 1, גם נבדקת 2 מעריכה כי היא עושה טעויות בתדירות גבוהה יחסית בחיי היום-יום. המרתו לציון באחוזים מראה כי נבדקת 2 סבורה שרמת ההצלחה שלה בהימנעות מטעויות בחיי היום-יום עומדת על 46%, עם שיפור של 70% לאחר ההתערבות. בסולם 'סיפוק ממצב הזיכרון' הציון עולה מ-31%, ל-64% לאחר ההתערבות. בדומה לנבדקת 1, גם אצל נבדקת 2 יש ירידה בסולם 'אסטרטגיות', מ-41% ל-34%. נבדקת 2 הציבה ארבע מטרות ב-COPM לפני ההתערבות, בתחומי השתתפות חברתית ופנאי, כולן עם קשר ישיר לתפקוד עם ירידה בזיכרון (למשל, לזכור פרטים של הרצאה ששמעה, לזכור שמות של מכרים). בדירוג המטרות ב-COPM היה שיפור אחרי ההתערבות גם עבור נבדקת 2. ההפרש בציון COPM עומד על 3.25 בדירוג רמת ביצוע ו-6.25 בדירוג שביעות רצון מביצוע, שניהם בעלי משמעות קלינית. נבדקת 2 הציבה ארבע מטרות תפקודיות במהלך ההתערבות בקבוצה (לזכור לקחת תרופה מדי בוקר, לשים מפתחות במקום קבוע, לזכור שם

של נין שנולד לא מזמן, לנהל רשימת קניות באופן יעיל). היא השיגה שלוש במידה רבה, ואחת במידה מועטה. מיומני המטפל עולה כי נבדקת 2 התקשתה בהצבת מטרות, וגם לאחר שהגדירה מטרה ונעזרה בקבוצה לגיבוש תכנית להשגתה, נדרש לה כחודש עד ליישום בפועל. בזמן שעבר קיבלה נבדקת 2 עידוד וחיזוק מחברי הקבוצה ומן המנחה מדי שבוע. עבור המטרות שהושגו, נבדקת 2 השתמשה באסטרטגיות חיצוניות (רישום ותזכורות - חפץ במקום בולט) בשתיים מהן, ובאסטרטגיה פנימית (היזכרות במרווחי זמן) רק באחת. בריאיון לאחר ההתערבות אמרה נבדקת 2 כי מצאה בקבוצה אוזן קשבת והזדמנות לחלוק את החוויה שלה. היא ציינה לחיוב גם את פעילות הקריאה שהסבה לה הנאה רבה. נבדקת 2 אמרה שההתנסות בקבוצת ההתערבות הקנתה לה ביטחון שהיא יכולה להצליח להיזכר אם שתמש בעזרים חיצוניים ולכן היא מקבלת בקלות רבה יותר מצבים שבהם היא לא זוכרת. היא ציינה שקיבלה לגיטימציה לשימוש באסטרטגיות זיכרון חיצוניות ולא רק בפנימיות.

נבדקת 3

תוצאות המבחנים הקוגניטיביים של נבדקת 3 מעידים על סטאטוס קוגניטיבי כללי תקין והיעדר ליקוי אובייקטיבי בזיכרון. ציון סולם 'טעויות' ב-MMQ לפני ההתערבות מראה כי נבדקת 2 מעריכה כי היא עושה טעויות בתדירות נמוכה יחסית בחיי היום-יום. המרת ציון סולם 'טעויות' מציון גולמי לציון באחוזים מראה כי היא סבורה שרמת ההצלחה שלה בהימנעות מטעויות בחיי היום-יום עומדת על 89%. לאחר ההתערבות הדירוג העצמי בסולם זה ירד במעט, והוא עומד על 80%. בסולם 'סיפוק ממצב הזיכרון' הציון ההתחלתי מעיד על סיפוק גבוה, ברמה של 84%, שירוד ל-75% לאחר ההתערבות. בסולם 'אסטרטגיות' חלה עלייה מ-38% לפני ההתערבות ל-51% אחריה בהערכת תדירות השימוש באסטרטגיות. נבדקת 3 לא הציבה מטרות תפקודיות כלל ב-COPM לפני ההתערבות, ואמרה שאין לה קשיים תפקודיים. היא הציבה ארבע מטרות תפקודיות במהלך ההתערבות (לזכור אם נעלה את דלת הבית, לזכור תוכן של כתבה שקוראת, לזכור מיקום חניית הרכב ולזכור להאכיל את הדגים באקווריום). היא השיגה שלוש במידה רבה, ואחת במידה מועטה. מיומני המטפל עולה כי נדרשה לנבדקת 3 מעט הכוונה לגיבוש תכנית להשגת מטרות ובדומה לנבדקת 1 היא יישמה את המטרות באופן מידי. עבור המטרות שהושגו, נבדקת 3 עשתה שימוש באסטרטגיות פנימיות בלבד (חיבור מידע למשמעות אישית, דיבור עצמי, הרחבה מנטלית). המטרה שלא הושגה הוגדרה כמטרה שעושה שימוש באסטרטגיה חיצונית. בריאיון לאחר ההתערבות העידה נבדקת 3 כי היא מיישמת אסטרטגיות שנלמדו בהתערבות ומרגישה שהן עוזרות לה. היא אומרת שלא חל שינוי בעמדות שלה לגבי זיכרון מכיוון שהיא סבורה שהייתה מודעת לקשייה במידה רבה עוד לפני ההתערבות. היא הביעה אי שביעות רצון מן ההטרוגניות שהיא הרגישה בין משתתפי הקבוצה לגבי מצב הזיכרון.

דיון

נבדקות 1 ו-2 דומות במאפיינים הקוגניטיביים והמטה-קוגניטיביים הראשוניים. שתיהן חוו תדירות גבוהה של טעויות בחיי היום-יום וסיפוק נמוך מיכולות הזיכרון שלהן. שתיהן גם הראו ירידה בסטאטוס קוגניטיבי כללי ולקות קלה בזיכרון במדדים אובייקטיביים. לאחר ההתערבות חוו שתיהן ירידה בתדירות הטעויות לפי סולם 'טעויות' ושיפור בתפיסת הזיכרון לפי סולם 'סיפוק ממצב הזיכרון', אם כי במידה מועטה בלבד אצל נבדקת 1. שתיהן חוו ירידה קלה בתדירות השימוש באסטרטגיות לפי סולם 'אסטרטגיות'. שתי הנבדקות דיווחו על שיפור גדול משתי נקודות בדירוג רמת ביצוע ושיעור רצון מביצוע ב-COPM, המעיד כי לשיפור יש משמעות קלינית (Law et al., 2005). שתיהן דיווחו על השגה של מרבית המטרות התפקודיות שהציבו לעצמן בתהליך ההתערבות. מניתוח יומני המטפל ומן הריאיון האיכותני עולה כי אפשר לייחס את השיפור התפקודי אצל נבדקות 1 ו-2 לתמיכה הניהולית שקיבלו להגדרת תכנית להשגת המטרות התפקודיות. הקושי בתפקודים מורכבים בקרב קשישים עם ירידה בתפקודי ניהול (Manchester et al., 2004; Marri et al., 2001) יכול להסביר את הקושי התפקודי שנתקלו בו. לאחר קבלת סיוע בגיבוש תכניות פעולה ברורות, נבדקת 1 הצליחה ליישמן בחיי היום-יום בתוך זמן קצר והביעה שביעות רצון מן השינוי התפקודי. אצל נבדקת 2, מלבד התמיכה הניהולית, נדרשו גם תמיכה רגשית ועידוד של חברי הקבוצה והמנחה בשביל ליישם את התכניות בחיי היום-יום. תהליך השגת המטרות התפקודיות של נבדקת 2 ארך זמן ממושך יותר. חוויית ההצלחה העיסוקית במגוון מטרות עיסוקיות שחוו שתי הנבדקות יכולה להסביר את השיפור שנמצא בסולם 'טעויות', המשקף חוויה של תדירות פחותה של טעויות הקשורות בזיכרון בחיי היום-יום.

בבדיקת השינוי בדירוג סולם 'סיפוק ממצב הזיכרון' נמצא שיפור קל אצל נבדקת 1 ושיפור ניכר יותר אצל נבדקת 2. ייתכן שההסבר לכך טמון באופן השונה שבו פירשו שתי הנבדקות את ההצלחה העיסוקית. בתום ההתערבות נבדקת 1 הגדירה את ההצלחה העיסוקית שחוותה כשינויים קטנים שעוזרים בחיי היום-יום. העובדה כי נדרשה לה תמיכה ניהולית כדי להגדיר תכנית להשגת מטרות עלולה להקשות עליה ברכישה עצמאית של מטרות נוספות, בעלות מורכבות אחרת. בשל כך ייתכן שהיא חווה את ההישג העיסוקי כממוקד רק לתפקודים שאותם רכשה והדבר כמעט לא תרם לשינוי בתפיסות שלה את תפקוד הזיכרון. נבדקת 2 לעומת זאת אמרה לאחר ההתערבות כי קיבלה לגיטימציה לשימוש באסטרטגיות חיצוניות וכי ההתנסות הקנתה לה ביטחון שתוכל להתגבר על הקשיים הקשורים בבעיות זיכרון אם תשתמש בעזרים חיצוניים. אם כך, נראה כי אף על פי שנדרשה לה יותר תמיכה להשגת המטרות, נבדקת 2 מייחסת את ההצלחה העיסוקית לשימוש באסטרטגיות חיצוניות ופחות לתכנית הפעולה הייחודית שגובשה לכל מטרה. ייתכן שמסיבה זו היא פחות מוטרדת ממצבי שכחה, כפי שהעידה בריאיון

לאחר ההתערבות. הדבר ניכר גם בשיפור המשמעותי בתפיסת הזיכרון שלה שבא לידי ביטוי בציוני סולם 'סיפוק ממצב הזיכרון' לפני ההתערבות ואחרי ההתערבות. מעניין לציין כי נבדקות 1 ו-2 השתפרו שתיהן גם במטרות שהוגדרו ב-COPM לפני ההתערבות ולא קיבלו התייחסות ישירה בתהליך ההתערבות. שלושה הסברים אפשריים לכך נמצאו בבדיקה מעמיקה של המטרות. הסבר ראשון קשור בעובדה כי המטרות שלא קיבלו התייחסות במסגרת ההתערבות היו דומות מאוד לאלו שכן טופלו (למשל, לזכור לקחת מפתח ולזכור לקחת רשימת קניות). את הפתרון שהוגדר בהתערבות עבור מטרה אחת אפשר ליישם בדרך קלה יחסית גם במטרה שלא טופלה (למשל, להתכונן ליציאה די זמן מראש ולשים את כל מה שצריך לקחת במקום בולט). הסבר אפשרי נוסף הוא שהיו מטרות שאמנם לא טופלו במוצהר, אך נענו מעצם אופייה של הקבוצה (למשל, להכיר יותר אנשים מן הדיור המוגן). הסבר אחר ניתן למצוא בכך שחלק מן המטרות שלא קיבלו התייחסות עבור נבדקות אלו נידונו בהרחבה כשהועלו על ידי משתתפים אחרים בקבוצה וייתכן שהתכנית של משתתף אחר יושמה על ידך באופן עצמאי.

נבדקת 3 מייצגת את הקצה השני של הסקלה מבחינת תפיסה עצמית של יכולות זיכרון. לפני ההתערבות היא הראתה תפיסה עצמית של תדירות נמוכה של טעויות זיכרון וסיפוק גבוה מיכולות הזיכרון. המדדים הקוגניטיביים האובייקטיביים מעידים על סטאטוס קוגניטיבי כללי תקין והיעדר ליקוי בזיכרון. נראה כי התהליך המטה קוגניטיבי שעברה נבדקת 3 שונה מזה שעברו נבדקות 1 ו-2. לאחר ההתערבות אפשר לראות עלייה בחוויית תדירות הטעויות לפי סולם 'טעויות' ב-MMQ, ירידה בתפיסת הזיכרון לפי סולם 'סיפוק ממצב הזיכרון' ועלייה בתחושת תדירות השימוש באסטרטגיות. נבדקת 3 דיווחה על השגה של הרוב הניכר של המטרות התפקודיות שהציבה בתהליך ההתערבות, כמו שתי הנבדקות האחרות. נבדקת 3 לא הציבה מטרות תפקודיות לפני ההתערבות ולכן אי אפשר לדון בכך.

אם כך, נראה שנבדקת 3 חוותה הצלחה עיסוקית דומה לנבדקות 1 ו-2, אך המנגנון המטה-קוגניטיבי היה שונה. ניתוח יומני המטפל מראה כי נבדקת 3 נזקקה לתיווך מיינמלי בלבד על מנת להגדיר תכנית להשגת מטרות לאחר שחוותה למידה התנסותית של האסטרטגיות. לאור העובדה כי הסטאטוס הקוגניטיבי הכללי שלה תקין, אין פלא שכמעט לא נדרש לה תיווך ניהולי לגיבוש תכנית להשגת המטרה. בדומה לנבדקת 2, היא יישמה את התכנית שגיבשה בפרק זמן קצר מאוד. הסבר אפשרי לשינוי המטה-קוגניטיבי אצל נבדקת 3 טמון אולי במודעות שלה להשלכות התפקודיות של בעיות הזיכרון שלה. עם תום ההתערבות העידה נבדקת 3 על עצמה שהייתה מודעת לקשיים שלה בזיכרון עוד לפני ההתערבות, אך לפני ההתערבות לא הציבה מטרות תפקודיות מכיוון שסברה שאין לקשייה השלכות על תפקודה. ייתכן שלאורך תהליך ההתערבות, דרך חשיפה לידע ולקשיים תפקודיים של משתתפים אחרים, עלתה המודעות של נבדקת 3 להשלכות התפקודיות של קשיי הזיכרון שהיא חווה. העלייה במודעות יכולה להסביר את

טיפול קבוצתי מבוסס עיסוק לאנשים החווים ירידה בזיכרון: ניתוח שלושה מקרי קיצון

יכולתה להציב מטרות תפקודיות הקשורות בזיכרון במסגרת ההתערבות. מכיוון שהעלייה במודעות נעשתה במקביל לתהליך של רכישת אסטרטגיות, נבדקת 3 הטמיעה את השימוש באסטרטגיות בחיי היום-יום-שלה, והדבר בא לידי ביטוי בעלייה בציון סולם 'אסטרטגיות' ב-MMQ. העלייה במודעות יכולה גם להסביר את הירידה הקלה בתפיסה העצמית של הזיכרון והתחושה כי יש טעויות הקשורות בזיכרון בתדירות גבוהה יותר, והדבר יכול להיות ביטוי למודעות העולה להשלכות התפקודיות של בעיות הזיכרון.

אפשר לראות כי אצל שלוש הנבדקות שנתוניהן נותחו, השימוש באסטרטגיות לא היה גורם מתווך לירידה בחוויית תדירות הטעויות. נבדקות 1 ו-2 חשו ירידה בתדירות הטעויות אך לא הרגישו עלייה בתדירות השימוש באסטרטגיות. ייתכן שהדבר קשור באופן שבו נרכשו האסטרטגיות. מכיוון שלשתיהן נדרש תיווך ניהולי משמעותי לרכישת אסטרטגיות, הן חוו את השיפור התפקודי בלי לייחס לעצמן את השימוש באסטרטגיות, שנבחרו והוגדרו בסיוע הקבוצה והמנחה. העובדה כי התפיסה שלהן את בעיות הזיכרון השתנתה לטובה מכוננת לאפשרות ששיפור תפקודי בתפקודים הנתפסים כקשורים בזיכרון די בו כדי לשפר תפיסה עצמית בהקשר של זיכרון, גם בהיעדר תחושה של שימוש מוגבר באסטרטגיות. אפשרות אחרת היא שהשיפור בתפיסת הזיכרון קשור בתהליך הקבוצתי ובגילוי כי אנשים אחרים חולקים קשיים דומים, כפי שהעידה נבדקת 2 אחרי ההתערבות. אצל נבדקת 3 חל שיפור בתחושה לגבי תדירות השימוש באסטרטגיות, אך ניכרה ירידה בתחושות לגבי תדירות הטעויות ותפיסת הזיכרון. כפי שהוסבר כאן, אפשר לייחס זאת לעלייה במודעות. ייתכן ששימוש באסטרטגיות לאורך זמן יתרום לשיפור תפיסת הזיכרון אצל נבדקת 3 ולתחושה שהיא עושה פחות טעויות.

לסיכום, אפשר לראות כי שלוש הנבדקות השיגו מטרות תפקודיות המערבות אסטרטגיות זיכרון חיצוניות או פנימיות, על אף הפרופיל הקוגניטיבי והמטה-קוגניטיבי השונה. ערוצי השינוי שייכתן שתרמו להשגת שינוי תפקודי בקרב שלוש הנבדקות שנתוניהם נותחו היו: (1) למידה התנסותית של אסטרטגיות זיכרון; (2) עלייה במודעות להשלכות התפקודיות של בעיות הזיכרון דרך קבלת מידע והיחשפות לקשיים של אחרים; (3) תמיכה ניהולית להגדרת תכנית להשגת מטרות; ו/או (4) תמיכה רגשית ליישום תכנית שהוגדרה. ניתוח מקרי הקיצון מראה כי עלייה בתדירות השימוש באסטרטגיות אינה תנאי הכרחי לשיפור תפקוד בקרב אנשים החווים ירידה בזיכרון. העיסוק ששימש ציר מרכזי בהתערבות הוא בעל חשיבות כדרך ליצירת למידה התנסותית והן כמקור הנאה התורם ליצירת אווירת קבוצה תומכת הנחוצה לחלק מן המשתתפים לשם קידום מטרות עיסוקיות. מניתוח המקרים האלה אפשר להסיק כי התערבות אינטגרטיבית בריפוי בעיסוק, העושה שימוש בכמה מודלים וכוללת תיווך להעברה של ידע למטרות תפקודיות בחיי היום-יום, יכולה לתרום לשיפור תפקודי בקרב קשישים החווים מגוון רחב של קשיים הקשורים בזיכרון בחיי היום-יום.

כתב עת ישראלי לריפוי בעיסוק, פברואר 2013, (122)

מגבלות המחקר

כמה גורמים מגבילים את האפשרות להסיק ממחקר זה לגבי כלל אוכלוסיית הקשישים החווים ירידה בזיכרון. בראש ובראשונה, מחקר הבודק לעומק שלוש נבדקות בלבד אינו מאפשר בדיקה סטטיסטית של המשתנים. כמו כן, המחקר נערך במסגרת דוור מוגן ולכן אי אפשר להסיק ממנו לגבי קשישים החיים בקהילה או בבתי אבות.

מקורות

- אייל, נ' (2004). נפלאות הזיכרון ותעתועי השכחה. תל-אביב: אריה ניר.
- לון-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.
- Blazer, D. (2002). *Depression in late life* (3rd ed.). New York: Springer Publishing Company.
- Bruce, M. A., & Borg, B. (1993). *Psychosocial occupational therapy. Frames of reference for intervention* (2nd ed.). Thorofare, NJ: Slack incorporated.
- Cavallini, E., Pagnin, A., & Vecchi, T. (2003). The rehabilitation of memory in old age: Effects of mnemonics and metacognition in strategic training. *Clinical Gerontologist, 26*(1), 125-141.
- Carretti, B., Borella, E., Zavagnin, M., & De Beni, R. (2011). Impact of metacognition and motivation on the efficacy of strategic memory training in older adults: Analysis of specific, transfer and maintenance effects. *Archives of Gerontology & Geriatrics, 52*(3), 192-197.
- Carswell, A., McColl, M. A., Baptiste, S., Law, M., Polatajko, H., & Pollock, N. (2004). The Canadian Occupational Performance Measure: A research and clinical literature review. *Canadian Journal of Occupational Therapy, 71*(4), 210-222.
- Christiansen, C. H., Baum, C. M., & Bass Haugen, J. (Eds.). (2005). *Occupational therapy: Performance, participation, and well-being* (3rd ed.). Thorofare, NJ: Slack Incorporated.
- Craik, F. I. M., & Salthouse, T. A. (Eds.). (2000). *The handbook of aging and cognition* (2nd ed.). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associated.
- Duncombe, L. (2005). The cognitive-behavioral model in mental health. In N. Katz (Ed.), *Cognition & occupation across the life span. Models for intervention in occupational therapy* (pp.187-210). Bethesda, MD: AOTA Press.

טיפול קבוצתי מבוסס עיסוק לאנשים החווים ירידה בזיכרון: ניתוח שלושה מקרי קיצון

- Flavell, J. H. (1979). Metacognition and cognitive monitoring. A new area of cognitive developmental inquiry. *American Psychologist*, 34, 906 - 911.
- Folstein, M., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.
- Fort, I., Adoul, L., Holl, D., Kaddour, J., & Gana, K. (2004). Psychometric properties of the French version of the Multifactorial Memory Questionnaire for adults and the elderly. *Canadian Journal on Aging*, 23(4), 347-57.
- Katz, N. (Ed.). (2011). *Cognition, occupation and participation across the life span* (3rd ed.). Bethesda, MD: AOTA Press.
- Kinsella, G. J., Mullaly, E., Rand, E., Ong, B., Burton, C., Price, S., . . . Storey, E. (2009). Early intervention for mild cognitive impairment: A randomized controlled trial. *Journal of Neurology, Neurosurgery, & Psychiatry*, 80, 730-736.
- Klusmann, V., Evers, A., Schwarzer, R., & Heuser, I. (2011). A brief questionnaire on metacognition: Psychometric properties. *Aging & Mental Health*, 15, 1052-1062.
- Kurz, A., Pohl, C., Ramsenthaler, M., & Sorg, C. (2009). Cognitive rehabilitation in patients with mild cognitive impairment. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24, 163-168.
- Law, M., Baptiste, S., Carswell, A., McColl, M. S., Polatajko, H., & Pollock, N. (2005). *Canadian Occupational Performance Measure* (4th ed.). Ottawa, ON: CAOT Publications ACE.
- Levine, B., Stuss, D. T., Winocur, G., Binns, M. A., Fahy, L., Mandic, M., . . . Robertson, I. H. (2007). Cognitive rehabilitation in the elderly: Effects on strategic behavior in relation to goal management. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 13, 143-152.
- Lineweaver, T. T., & Hertzog, C. (1998). Adults' efficacy and control beliefs regarding memory and aging: Separating general from personal beliefs. *Aging Neuropsychology & Cognition*, 5(4), 264-296.
- Londos, E., Boschian, K., Linden, A., Persson, C., Minthon, L., & Lexell, J. (2008). Effects of a goal-oriented rehabilitation program in mild cognitive impairment: A pilot study. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 23, 177-183.
- Manchester, D., Priestley, N., & Jackson, H. (2004). The assessment of executive functions: Coming out of the office. *Brain Injury*, 18(11), 1067-1081.
-

כתב עת ישראלי לריפוי בעיסוק, פברואר 2013, (1)22

- Marri, L., Modugno, M., Iacono, S., Renzetti, C., De Vreese, L. P., & Neri, M. (2001). Metamemory and self-perceived health in mild cognitive impairment. *Archives of Gerontology & Geriatrics*, 7, 235-244.
- Metternich, B., Kosch, D., Kriston, L., Harter, M., & Hull, M. (2010). The effects of nonpharmacological interventions on subjective memory complaints: A systematic review and meta-analysis. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 79, 6-19.
- Montejo, P., Montenegro, M., Fernandez, M. A., & Maestu, F. (2011). Subjective memory complaints in the elderly: Prevalence and influence of temporal orientation, depression and quality of life in a population-based study in the city of Madrid. *Ageing & Mental Health*, 15(1), 85-96.
- Montejo, P., Montenegro, M., Fernandez, M. A., & Maestu, F. (2012). Memory complaints in the elderly: Quality of life and daily living activities. A population based study. *Archives of Gerontology & Geriatrics*, 54(2), 298-304.
- Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bedirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., . . . Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment (MOCA): A brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatric Society*, 53(4), 695-699.
- Petersen, R. C. (2004). Mild cognitive impairment as a diagnostic entity. *Journal of Internal Medicine*, 256, 183-194.
- Raz, N. (2000). Aging of the brain and its impact on cognitive performance: Integration of structural and functional findings. In F. I. M. Craik & T. A. Salthouse (Eds.), *The handbook of aging and cognition* (2nd ed., pp. 1-90). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Rotenberg-Shpigelman, S., & Maeir, A. (2011). Participation-centered treatment for elderly with mild cognitive deficits: A "Book Club" group case study. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, 29(3), 222-232.
- Smith, T., Gildeh, N., & Holmes, C. (2007). The Montreal Cognitive Assessment: Validity and utility in a memory clinic setting. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 52, 329-332.
- Tallant, B. (2002). Applying the group process to psychosocial occupational therapy. In F. Stein, & S. K. Cutler (Eds.), *Psychosocial occupational therapy: A holistic approach* (2nd ed., pp. 359-391). Albany, NY: Delmar.
- Toglia, J. P. (2011). The dynamic interactional model of cognition in cognitive rehabilitation. In N. Katz (Ed.), *Cognition, occupation and participation across the life span* (3rd ed., pp.203-247). Bethesda, MD: AOTA Press.

טיפול קבוצתי מבוסס עיסוק לאנשים החווים ירידה בזיכרון: ניתוח שלושה מקרי קיצון

- Tombaugh, T. N., & McIntyre, N. J. (1992). The Mini-Mental State Examination: A comprehensive review. *Journal of the American Geriatric Society, 40*, 922-935.
- Troyer, A. K., Murphy, K. J., Anderson, N. D., Moscovitch, M., & Craik, F. I. M. (2008). Changing everyday memory behavior in amnesic mild cognitive impairment: A randomized controlled trial. *Neuropsychological Rehabilitation, 18*(1), 65-88.
- Troyer, A. K., & Rich, J. B. (2002). Psychometric properties of a new metamemory questionnaire for older adults. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences, 57b*(1), 19-27.
- Werner, P., Heinik, J., Mendel, A., Reicher, B., & Bleich, A. (1999). Examining the reliability and validity of the Hebrew version of the Mini Mental State Examination. *Aging, 11*(5), 329-334.
- Wilson, B. A., Cockburn, J. M., & Baddeley, A. D. (2003). *Rivermead Behavioural Memory Test Manual* (2nd ed.). London: Harcourt Assessment.
- Yalom, I. D., & Leszcz, M. (2005). *The theory and practice of group psychotherapy*. New York, NY: Basic Books.

כתב עת ישראלי לריפוי בעיסוק, פברואר 2013, (1)22

שלזמיית רוטנברג-שפיגלמן, שקמה יואל, הילה שחר, דנה בצון, עדינה מאיר

נספח א

תוכני פרק ההקניה לפי מפגשים

| מספר מפגש | נושא להקניה (ידע או אסטרטגיות) | אמונות נלוות |
|-----------|---|---|
| 1 | היכרות, הצגת מושגים (מבוא), הצגת עזר קריאה | |
| 2 | מהו זיכרון? רכישה אחסון שליפה | קושי בזיכרון אינו מעיד על לקוי באינטליגנציה |
| 3 | כללי: מהי אסטרטגיה? למה היא נחוצה? | |
| 4 | מתי ניתן להפעיל אסטרטגית זיכרון ומתי להפעיל אסטרטגית קבלה? אסטרטגיות תקשורת (פנימי וחיצוני): שימוש בהומור, בקשת עזרה | יש מצבים שבהם אני יכול לעזור לעצמי על ידי שימוש באסטרטגיות זיכרון. כשלא ניתן להפעיל אסטרטגיות, אני יכול לעזור לעצמי על ידי שימוש באסטרטגית קבלה (קבלה של המצב ושל עצמי) |
| 5 | אסטרטגיות פנימיות - הגדרה אסטרטגיה פנימית: הזכרות במרווחי זמן אסטרטגיה פנימית: דיבור עצמי / ורבליזציה | |
| 6 | אסטרטגיה פנימית: חיבור מידע למשמעות אישית | |
| 7 | אסטרטגיה פנימית: הרחבה מנטלית - שימוש בחושים | |
| 8 | אסטרטגיה פנימית: שימוש ברוטינה | |
| 9 | אסטרטגיה פנימית: להימנע מביצוע שתי פעולות בו זמנית | |
| 10 | אסטרטגיה פנימית: הפניית קשב בסיטואציה חברתית סיכום אסטרטגיות פנימיות: מתי מתאים? | |
| 11 | אסטרטגיות חיצוניות - הגדרה אסטרטגיות חיצוניות: רישום (יומן, פנקס, מחברת, רשימת קניות וכו') תזכורות (כתובות או אחרות: טיימר, מקום בולט) בקשת עזרה | כתיבה אינה פוגעת ביכולות הזיכרון, ומשפרת את הרכישה מעורבות בפעילויות מקדמת בריאות ולכן חשוב לרשום על מנת לא להחמיץ פעילויות |
| 12 | קשר בין מעורבות בפעילות לבין קוגניציה וזיכרון סגנון חיים מקדם בריאות: תזונה, פעילות גופנית, מעורבות בפעילויות חברתיות | יש ערך להשתתפות בפעילות למידה ופעילות חברתית גם אם לא זוכרים את כל הפרטים כעבור זמן |

כתב עת ישראלי לריפוי בעיסוק, פברואר 2013, 22(1)

טיפול קבוצתי מבוסס עיסוק לאנשים החווים ירידה בזיכרון: ניתוח שלושה מקרי קיצון

| | | |
|----|--|--|
| 13 | ידע על דחק וקוגניציה שיטות ניהול דחק Stress Management | ניתן להפחית מתח שנוצר בגלל בעיות זיכרון על ידי רישום ובקשת עזרה - היעזרות במחסן הזיכרון החיצוני |
| 14 | ניתוח טעויות נפוצות והתאמה לאסטרטגיות שנלמדו | |
| 15 | סיום ופרידה: "מה לקחתי אתי מהקבוצה?" | |

כתב עת ישראלי לריפוי בעיסוק, פברואר 2013, 22(1)