

שיקום תפקוד וניידות בקרב קשישים דיירי מרכז גריאטרי הלוקים בקיהיון (Dementia)

תקציר:

הקדמה: יעילותה של הפעלה שיקומית הוכחה בחולים עם הפרעות בתפקוד ואף בחולים עם תחלואה קשה, אך לא ברור האם חולים הלוקים בקיהיון ומתגוררים במוסדות לתשושי נפש יכולים אף הם להפיק תועלת מתכניות שיקום.

מטרות: לבדוק האם תכנית הפעלה שיקומית לשיפור תפקוד וניידות בקרב דיירי מחלקות לתשושי נפש שחלה ירידה בתפקודם יכולה לשפר את תפקודם של הדיירים.

שיטות: תכנית ההתערבות בוצעה בקרב דיירי מחלקות לתשושי נפש בשלושה מוסדות גריאטריים, וחולים שאושפזו בבית החולים השיקומי פלימן והתאימו להגדרה התפקודית של תשושי נפש, נבחרו לקבוצת בקרה. ההתערבות כללה תכנית שיקום מלאה תוך שימוש בתכנית ייחודית לקידום הניידות בקרב חולי קיהיון הכוללת שיטות תקשורת מתאימות לחולי קיהיון עם התאמה אישית.

תוצאות: 74 חולים הוכללו במחקר (24 בקבוצת ההתערבות ו-50 בקבוצת הבקרה). נצפה שינוי ניכר בכל מדדי התפקוד בקבוצת ההתערבות ובקבוצת הבקרה. מידת השיפור בקבוצת ההתערבות הייתה גבוהה יותר משמעותית בהשוואה לקבוצת הבקרה. מידת השיפור שנצפתה ב-FIM היא $19.2 \pm 30.8\%$ בקבוצת ההתערבות ו- $83.3 \pm 41.9\%$ בקבוצת הבקרה ($p < 0.001$). מידת השיפור שנצפתה ב-ADL היא $143.5 \pm 102.6\%$ בקבוצת ההתערבות ו- $59.0 \pm 90.2\%$ בקבוצת הבקרה ($p < 0.001$).

מסקנות: נמצא, כי תכנית ההפעלה השיקומית לשיפור תפקוד וניידות בקרב דיירי מחלקות לתשושי נפש שחלה ירידה בדרגת התפקודם היא ישימה ויעילה. קיים צורך בהערכות נוספות במסגרת עבודות מפורטות יותר עם הקצאה אקראית של התערבויות מסוג זה.

אפרים אייזן^{3,2,1}
אננה לובובסקי²
סאלח סובח¹
רשא אברהם¹
דינה פרסבורגר^{4,2}
רוני אוליב^{6,5}

¹המרכז הגריאטרי שפרעם (בית אלענאיה)
²המרכז הגריאטרי שיקומי על שם פלימן, חיפה
³הפקולטה לרפואה, הטכניון, חיפה
⁴מול כרמל, בית אבות סיעודי, שער העמקים
⁵בית סיעודי, דור כרמל, חיפה
⁶מרכז רפואי בני ציון, חיפה

מוסד סיעודי; ניידות; תפקוד; שיקום; קיהיון (שיטיון).

Nursing home; Mobility; Functional impairment; Dementia; Rehabilitation

מילות מפתח:

:KEY WORDS

הלוקים בקיהיון [11,12], אשר הראו שיפור במגוון יכולות כגון שווי המשקל, יכולת מעברים וניידות. עבודות אלה היו מוגבלות לחולים בקהילה או בבתי חולים שיקומיים. למיטב ידיעתנו, לא נערכו ניסיונות מבוקרים לבדיקת ההשפעה של תכנית הפעלה שיקומית לשיפור תפקוד וניידות בקרב דיירי מחלקות לתשושי נפש במרכזים גריאטריים שחוו ירידה חדה בתפקוד. המטרה בעבודה זו היא לבדוק האם הטמעה של תכנית הפעלה שיקומית לשיפור תפקוד וניידות בקרב דיירי מחלקות לתשושי נפש במרכזים גריאטריים שחלה ירידה בתפקודם, היא אפשרית ובטוחה, והאם היא יכולה לשפר את תפקודם ואיכות חייהם של הדיירים במוסדות אלה.

שיטות מחקר

המחקר נערך במשך שישה חודשים במספר מוסדות: (א) במרכז הגריאטרי שפרעם (בית אלענאיה) – בית חולים גריאטרי שבו מיטות אשפוז לקשישים סיעודיים, סיעודיים מרכזים ותשושי נפש; (ב) הבית הסיעודי "דור כרמל" בחיפה – מרכז גריאטרי ובו דיור מוגן ומיטות אשפוז לקשישים סיעודיים ותשושי נפש; (ג) בית האבות הסיעודי מול כרמל בקיבוץ שער העמקים – מרכז גריאטרי ובו מיטות אשפוז לקשישים סיעודיים תשושי נפש. בקבוצת המחקר כללה את כל דיירי המחלקות לתשושי נפש

הקדמה

יעילותה של הפעלה שיקומית הוכחה בחולים עם הפרעות בתפקוד ואף בחולים הלוקים בתחלואה קשה ובשביריות. לא ברור באיזו מידה ניתן לשפר הפרעות מוטוריות בעזרת הפעלה שיקומית בקרב חולים הלוקים בקיהיון החווים ירידה חדה בתפקוד. פורסמו מאמרים רבים בספרות שעל פיהם הפעלה קוגניטיבית היא גורם חיזוי שלילי לשיפור בתפקוד בעת שיקום [1,2], בעוד שבמחקרים אחרים לא נמצא כי הפרעות קוגניטיביות מנבאות חוסר הצלחה בשיקום [3,4]. לנוכח המחסור בעדויות מהספרות בנושא זה, קיימת האפשרות כי מחלק מהחולים הלוקים בקיהיון נמנעים טיפולים שיקומיים מתאימים [5].

ייתכן שאי ההצלחה בשיקום חולים אלה קשורה לכך שלא קיימות תכניות שיקום שפותחו באופן ייחודי לשיקום גריאטרי בחולים הלוקים בקיהיון [6,7]. האם ניתן לשנות את מאפייני תכניות השיקום הרגילות בכדי שיהיו ברי ביצוע ויעילים בשיקום קשישים הלוקים בקיהיון. אנשי מקצוע בתחום הגריאטריה והשיקום מתחבטים בשאלות מהן השיטות השיקומיות היעילות יותר בקרב חולים אלה. למרות שהפרעות זיכרון, הפרעות שפה ואי הנעה (מוטיבציה) מציבות מכשולים בתהליכי שיקום [8,9]. אך קיימות שיטות המאפשרות הפעלה שיקומית גם בחולים [10]. לאחרונה פורסמו תכניות הפעלה גופניות המכוונות לחולים

טבלה 1:

נתוני רקע של החולים בקבוצות ההתערבות ובקבוצת הבקרה

P value	קבוצת ההתערבות מחלקות לתשושי נפש (n=24)	קבוצת הבקרה בית חולים שיקומי (n=50)	
מאפיינים דמוגרפיים			
0.498	9.1 ± 83.6	5.4 ± 84.7	גיל ממוצע (שנים ± סטיית תקן) ^a
0.837	62.5	60	מגדר (% נשים) ^c
מאפיינים רפואיים			
0.0001	0.2 ± 2.0	1.3 ± 0.7	CDR (ממוצע ± סטיית תקן) ^a
0.857	4.9 ± 1.9	8 ± 2.2	מדד צ'רלסון (ממוצע ± סטיית תקן) ^a
0.034	8.0 ± 2.2	6.6 ± 2.7	מספר תרופות (ממוצע ± סטיית תקן) ^a
0.470	1.2 ± 0.5	± 0.3 1.1	ADL ראשוני (ממוצע ± סטיית תקן) ^a
0.308	41.8 ± 6.4	43.1 ± 4.8	FIM ראשוני (ממוצע ± סטיית תקן) ^a
0.995	8.0 ± 2.7	8.0 ± 2.3	GDS ממוצע (טווח) ^b
0.262	37.3 ± 22.8	41.9 ± 12.9	משך השיקום בימים (ממוצע ± סטיית תקן) ^a
0.000	2.3 ± 0.5	0.0 ± 4.0	ימי השתתפות בטיפול (ממוצע ± סטיית תקן) ^a
הגורמים לירידה התפקודית			
0.338	12.5%	6%	שבר ירך ^c
0.372	16.7%	26.0%	שבר אחר ^c
0.146	4.2%	0%	אירוע מוחי ^c
0.054	0%	14.0%	ניתוח ^c
0.326	54.2%	42.0%	מחלה פנימית ^c
0.951	12.5%	12.6%	Deconditioning ^c
P-value לפי תבחין t, מבחן חי בריבועי, ותבחין מאנ-וויטני			

הערכת התפקוד הבסיסית בוצעה קודם להכנסת המטופל לתכנית ובהמשך, אחת לחודש מתחילת התכנית, ובחולים בקבוצת הבקרה בוצעה הערכה גם קודם לשחרור החולה מבית החולים. ההערכה התפקודית כללה את מבחני התפקוד הבאים: אומדן יכולת התפקוד (FIM) [14], מבחן ישיבה-עמידה – 5 (5X Timed up and go test) [15], מבחן קום ולך מתוזמן (Timed up and go test) [16] והערכה תפקודית לפי ADL של כץ. התוצאות הראשוניות (Primary outcome) הוצגו על ידי: השינוי באומדן היכולת התפקודית (FIM), השינוי במבחן ישיבה-עמידה – 5 (5XSSST), השינוי במבחן קום ולך מתוזמן (Timed up and go test) והשינוי בהערכה תפקודית לפי ADL של כץ.

ניתוח סטטיסטי

תוצאות העבודה נרשמו והוצגו תוך יישום סטטיסטיקה תיאורית. התבחינים הסטטיסטיים שבעזרתם נערכה השוואה ראשונית בין הקבוצות הם תבחין χ^2 , תבחין T ותבחין Mann-Whitney-U. נעשה שימוש בתבחין שונות דו כיווני לשם בחינת ההבדלים בשינוי בין שתי הקבוצות לאורך זמן. גודל האפקט (Effect size) נבדק להערכת עוצמת הקשר בין המשתנים. בוצעה הערכת רגרסיה ליניארית חד משתנית בכדי לאבחן גורמים מנבאים לתגובה לטיפול. המשתנים שנמצאו משמעותיים ($p < 0.1$) נבחנו בהערכת תסוגה רבת משתנים כדי לזהות גורמים מנבאים עצמאיים. ההערכה הסטטיסטית בוצעה בעזרת תוכנת SPSS גרסה 2.0.

בתקופת המחקר (סך הכול 115 מיטות אשפוז). נכללו דיירים שמכל סיבה אפשרית (אשפוז, חבלה, שבר, ניתוח, מחלה חדה, אירוע מוח וכדומה) חוו החמרה בתפקודם. מידע בסיסי נאסף מהתיקים הרפואיים של הנכללים בקבוצות המחקר והבקרה כדי לוודא תפקוד וניידות קודם לירידה בתפקוד, תחלואה נלווית והערכת המצב הקוגניטיבי. המצב הקוגניטיבי הוערך על ידי סולם הדירוג הקליני של קיהון (clinical Dementia Rating scale – CDR) [13]. ה-CDR משמש כלי ניקוד קליני שבו CDR=0 ללא קיהון ו-CDR 0.5, 1, 2, או 3 מצביעים על אפשרות של קיהון, או קיהון קל, בינוני או חמור, בהתאמה.

נכללו במחקר חולים שלקו בקיהון בדרגות CDR 1 ו-2. קריטריונים נוספים להכללה כללו: גיל מעל 65 שנים, שלילת דליריום, קיום תקשורת בסיסית עם החולה ומצב רפואי המאפשר את הפעלת החולה. בקבוצת בקרה שימשו חולים אשר בתקופת המחקר אושפזו לשם שיקום בבית החולים פלימן בחיפה. נכללו בקבוצת הבקרה חולים שהתאימו להגדרת התפקוד של תשושי נפש, עוד טרם התרחשו האירוע או המחלה שגרמו לירידה בתפקודם, ואשר בגינה הופנו לשיקום. ההגדרה של חולים אלה הוגדרה כך: קשיש המסוגל להתהלך אך לוקה בירידה משמעותית וקבועה בתפקודי המוח אשר מתבטאת בירידה בזיכרון, בהתמצאות ובשיפוט; על פי ההגדרה, הפגיעה היא במידה כזו שהקשיש נזקק לעזרה מלאה בפעילויות היומיות לרבות הלבשה, רחצה, אכילה ושימוש בשירותים. אדם זה זקוק להכוונה בניידות ולהשגחה על בטיחותו בכל שעות היממה (הנחיות משרד הבריאות – חוזר מינהל הרפואה, 4/2009, 26/2010, 19/2011).

בקר כל חברי הצוותים הרב מקצועיים של המחלקות לתשושי נפש (רופאים, סיעוד, פיזיותרפיסטים, מרפאים בעיסוק, מרפאים בתקשורת ועובדים סוציאליים) הוטמעה תכנית ההתערבות. נערך מעקב שבועי אחר הדיירים המשתתפים (בטופס מובנה). תכנית ההתערבות כללה מרכיבים אשר תוארו בעבר בכל הקשור להפעלת חולים הלוקים בקיהון [11,8]. אנשי הצוות המטפלים הוכשרו במסגרת הטמעת התכנית והשתמשו בתכנית קידום הניידות בקרב חולי קיהון אשר פיתחו ותיארו אודי וחב' [10]. התכנית כוללת שיטות תקשורת מתאימות ללוקים בקיהון עם התאמה אישית. השיטה כוללת בין השאר הנחיות לפניה וגישה מילולית למטופלים הלוקים בקיהון, עזרים גופניים, תמריצים, רמזים גופניים וחושיים עם תשומת לב רבה להיבטים רגשיים וקוגניטיביים של המטופלים. פגישות הפעלה בוצעו מדי יום בכדי ליצור נהלי עבודה קבועים לשם שיפור שתוף הפעולה. משך כל פגישה נקבע באופן אישי לפי מצב החולה ותחלואה נלווית, אך לא יותר משעה אחת.

תכנית ההפעלה הראשונית כללה: תרגול לשיפור כוח בעבודה כנגד התנגדות לשם השגה של תפקוד גפיים תחתונות בעוצמה תת-מרבית. תרגול לשיפור תפקוד מכוון לתפקוד בסיסי (ADL) כגון מעברים ושווי משקל בניידות. קבוצת הבקרה טופלה בהתאם לנוהלי העבודה הטיפולים והשיקום הקיימים במחלקות השיקום בבית החולים הגריאטרי שיקומי פלימן. העבודה אושרה על ידי ועדת הלסינקי וכל משתתף בקבוצת המחקר או בא כוחו חתם על הסכמה מדעת לפני הכללתו.

בתקופת המחקר נאספו בקרב כל הנכללים בקבוצות המחקר והבקרה הנתונים הבסיסיים הבאים: מספר תרופות, ציון מדד צ'רלסון לתחלואה נלווית (Charlson Comorbidity Index), מצב תפקודי לפי ADL של כץ, מבחן סריקה לדיכאון (GDS) ומצב סוציאלי. מידת ההיענות לטיפולים חושבה כמספר פגישות שבהן השתתף המטופל מחולק במספר ימי הטיפול כפול 100. כמו כן נבדק בכל מטופל זמן העבודה הטיפולית הכללי.

בשיפור משמעותי ב-FIM ($\beta = -1.20$, $R^2 = 0.11$, $p = 0.006$). לפי דגם זה מצאנו, כי גיל החולה הוא מנבא של תגובה טובה לטיפול כפי שנצפה בשינוי ADL בקבוצת המחקר וגם בקבוצת הבקרה. מין החולה, CDR, GDS, ומדד צ'רלסון לא נמצאו כבעלי יכולת ניבוי של התגובה לטיפול (שיפור ב-FIM או ב-ADL) בקבוצת המטופלים תשושי הנפש ($\beta = -0.45$, $R^2 = 0.29$, $p = 0.056$) ובקרב קבוצת הבקרה ($\beta = -0.41$, $R^2 = 0.12$, $p = 0.005$) ($p = 0.079 - 0.765$).

דין

היישום והשימוש בתכנית הפעלה שיקומית לשיפור תפקוד וניידות בקרב דיירי מחלקות לתשושי נפש שחוו נסיגה חדה בתפקוד, הביאו לשיפור דומה במדדי התפקוד היומיומי לזה שנצפה בקבוצת החולים הלוקים בקיהיון שאושפזו לצורך שיקום בתקופת המחקר בבית החולים פלימן בחיפה. נצפה שיפור משמעותי בשיעור השינוי ב-FIM בשתי הקבוצות (30.8 ± 9.2) בקבוצת ההתערבות ו- 83.3 ± 41.9 בקבוצת הבקרה) ונצפה שיפור משמעותי בשיעור השינוי ב-ADL בשתי הקבוצות (143.5 ± 102.6 בקבוצת ההתערבות ו- 59.0 ± 90.2 בקבוצת הבקרה). רוב המחקרים שנדון בהם השיקום הגופני של חולים הלוקים בקיהיון נערכו באוכלוסיות קשישים בקהילה או בקרב מאושפזים בבתי חולים [12,4]. אנו בדקנו זאת בקרב דיירי מחלקות לתשושי נפש שחלה ירידה בתפקודם במרכזים גריאטריים. ההתמקדות באוכלוסיית דיירי המוסדות הלוקים בשכיחות גבוהה של תחלואה ומוגבלויות, מאפשרת לבדוק ביתר דיוק את האיוון בין הסיכון לתועלת. גיל החולה נמצא כגורם היחיד בעל יכולת לנבא תגובה חיובית לטיפול כפי שהתבטא בשיפור משמעותי ב-FIM וב-ADL. למרות השכיחות הגבוהה של חולים הלוקים בקיהיון מקרב הקשישים הזקוקים לשיקום, העדויות בכל הקשור לשיטה ולמיקום השיקום המיטבי בחולים אלה הוא דל. לדוגמה, פורסמו עד היום עבודות בודדות שנבדק בהן שיקום של חולים הלוקים בקיהיון עם שבר בעצם צוואר הירך. בחלק מהעבודות, שרובן נערכו באשפוז במחלקות שיקום, נמצא כי השיפור במדדי התפקוד בחולים אלה באופן כללי נמוך יותר, בעוד שבעבודות אחרות נצפה שיפור תפקודי דומה לקבוצות חולים שאינם לוקים בקיהיון, בעיקר בקרב חולים בדרגות קיהיון קל ובינוני [17-19]. עד היום פורסמה עבודה אחת בלבד שהתמקדה בשיקום חולים הלוקים בהפרעות קוגניטיביות במסגרת מוסדית [20]. למרות העובדה שעבודה זו, שנערכה באוסטרליה, הופסקה לפני סיומה עקב שינויים בתקנות הממשל המקומי, מצאו המחקרים נטייה מבטיחה של שיפור תפקודי וניידות בקרב החולים שהוכללו בתכנית.

אנו הוספנו כאמור לתכנית השיקום הסטנדרטית את השימוש בתכנית קידום הניידות בקרב חולי קיהיון אשר פותחה ותוארה על ידי Oddy [10] – תכנית הכוללת שיטות תקשורת מתאימות לחולי קיהיון עם התאמה אישית. המטפלים בחולים במסגרת תכנית זו הוכשרו ביצירת גישה מילולית מיטבית למטופלים הלוקים בקיהיון, בהפעלת עזרים גופניים, תמרצים, ורמזים גופניים וחושיים עם שימת לב רבה להיבטים רגשיים וקוגניטיביים של המטופלים. אנו מצאנו כי שיטה זו יעילה בהתמודדות עם פחדים וחרדות בחולים אלה וביצירת שיתוף פעולה מיטבי.

לעבודה זו יש מספר מגבלות אשר עלולות היו להביא לכך שנאמרו את השפעת התכנית יתר על המידה מחד גיסא, או לכך שנאמרו פחות את השפעתה מאידך גיסא. ראשית, זוהי עבודה ראשונית עם מדגם קטן יחסית קטן ותקופת מעקב מוגבלת. מגבלה נוספת היא העובדה שנכללו בעבודה מספר חולים

טבלה 2:

השפעת ההתערבות על התפקוד והניידות: מדד התפקוד לפני ההתערבות (T1) ובסיום ההתערבות (T2) בקבוצת דיירי המחלקות לתשושי נפש ובקבוצת הבקרה

המשתנה	T1 ± סטיית תקן	T2 ± סטיית תקן	T2-T1	
			effect size	P value
אומדן היכולת התפקודית (FIM) קבוצת תשושי הנפש קבוצת הבקרה	41.6±6.3	90.8±14.4	0.84	0.0001
	43.1±4.8	78.2±16.0	0.69	0.0001
מבחן ישיבה עמידה 5 קבוצת תשושי הנפש קבוצת הבקרה	44±11.3	26.6±12.4	0.36	0.0001
	43.2±8.3	29.2±9.1	0.40	0.0001
מבחן קום ולך מתוזמן קבוצת תשושי הנפש קבוצת הבקרה	31.7±7.5	22.5±8.5	0.25	0.0001
	34.4±4.8	25.8±6.5	0.37	0.0001
ADL קבוצת תשושי הנפש קבוצת הבקרה	1.2±0.5	2.9±1.3	0.44	0.0001
	1.1±0.3	1.7±0.9	0.17	0.0001

*אחוז השינוי מחושב על ידי T2 – T1

תוצאות

סך הכול נכללו בקבוצת ההתערבות 24 דיירים מהמחלקות לתשושי נפש במרכזים הגריאטריים השונים, ובקבוצת הבקרה נכללו 50 חולים שהתאימו לדרישות המחקר ואשר בתקופת המחקר אושפזו לצורך שיקום בבית החולים פלימן בחיפה. בטבלה 1 מוצגים נתוני רקע של קבוצות הדיירים שהוכללו במחקר. נצפו הבדלים בודדים בנתוני הרקע של מאפייני החולי והתפקוד הבסיסי של שתי הקבוצות. הגיל הממוצע של המשתתפים בקבוצת ההתערבות היה 83.6 ± 9.1 , 62.5% היו נשים. ציון הדירוג הקליני של קיהיון (CDR) היה גבוה יותר בקרב תשושי הנפש לעומת קבוצת הבקרה (0.2 ± 1.96) בקרב תשושי הנפש לעומת קבוצת הבקרה, $p = 0.0001$. מספר ימי ההשתתפות השבועי היה גדול יותר בקרב דיירי קבוצת הבקרה לעומת תשושי הנפש (4.0 יום בקבוצת הבקרה לעומת 0.5 ± 2.33 יום בתשושי הנפש, $p = 0.0001$). כמו כן נצפה הבדל במספר התרופות הממוצע שצרכו דיירי המוסדות לעומת קבוצות הבקרה (2.2 ± 8.0 לעומת 2.8 ± 6.6 בהתאמה, $p = 0.0001$).

בטבלה 2 מוצגים נתוני השפעת ההתערבות על התפקוד והניידות בקבוצות השונות. נצפה שיפור ניכר בכל מדדי התפקוד אשר נבדקו בקבוצת ההתערבות וכן בקבוצת הבקרה. מידת השיפור בקבוצת ההתערבות הייתה משמעותית גבוהה יותר לעומת קבוצת הבקרה. מידת השיפור באומדן היכולת התפקודית (FIM) באחוזים היא 30.8 ± 119.2 בקבוצת ההתערבות ו- 41.9 ± 83.3 בקבוצת הבקרה ($p = 0.0001$). מידת השיפור במבחן ישיבה עמידה 5 (5XSST) באחוזים היא 4.2 ± 39.8 בקבוצת ההתערבות ו- 13.7 ± 32.8 בקבוצת הבקרה ($p = 0.0001$). מידת השיפור במבחן קום ולך מתוזמן באחוזים היא 14.5 ± 29.5 בקבוצת ההתערבות ו- 13.4 ± 27.7 בקבוצת הבקרה ($p = 0.0001$). גם השיפור בהערכה תפקודית לפי ADL עקב ההתערבות בקרב קבוצת ההתערבות היה גבוה מהשיפור בקבוצת הבקרה (באחוזים – 102.6 ± 143.5 בקבוצת ההתערבות ו- 90.2 ± 59.0 בקבוצת הבקרה, $p = 0.0001$).

לפי דגם (מודל) מרובה משתנים מצאנו, כי בקבוצת הבקרה בלבד גיל החולה הוא מנבא של תגובה לטיפול כפי שהתבטא

בעוד שמאושפזים בבית חולים שיקומי שימשו כקבוצת בקרה. למרות שאוכלוסיית המטופלים שהוכללו במחקר בשתי הקבוצות, כפי שנראה בטבלה 1, דומה מאוד מבחינה דמוגרפית, רפואית ומבחינת הטיפול בתרופות, העובדה כי החולים טופלו על ידי מטפלים שונים במוסדות השונים היא משום אפשרות להטיה. יתרה מכך, נצפה הבדל בחומרת הקהיון בין שתי הקבוצות: CDR 0.2 ± 1.96 בקבוצת ההתערבות לעומת 0.72 ± 1.32 בקבוצת הבקרה ($p=0.0001$). כלומר, אף על פי שהחולים בקבוצת ההתערבות לקו בקהיון קשה יותר, מידת השיפור במדדי התפקוד היומיומי בקבוצת זו הייתה דומה לזו שנצפתה בקבוצת הבקרה. הבדל נוסף בין שתי הקבוצות הוא במספר נמוך יותר של ימי ההשתתפות בתכנית (קבוצת ההתערבות 3.33 ± 0.48 ; קבוצת הבקרה 4.00 , $p=0.0001$). אף הבדל זה שהיה צריך לפעול לטובת קבוצת הבקרה מדגיש את יעילות התכנית בקבוצת ההתערבות. בעבודה זו מוצגת דרך אפשרית להתגבר על התופעה שבה חלק מהחולים הלוקים בקהיון אינם מקבלים את הטיפולים השיקומיים המתאימים. יחד עם זאת יש לזכור, כי קיימת שונות רבה ביכולתם ובהכשרתם של אנשי הצוות הרפואי ובאיכות הטיפול הרפואי במוסדות שונים. שונות זו יכולה בהחלט להשפיע על היכולת להשתתף בתכניות רב-תחומיות במסגרתם השיקולים הקליניים והאתיים עלולים להיות קשים. ביצוע תכנית מסוג זה על ידי צוותים רפואיים במוסדות שלא הוכנו כראוי עלול להביא לתוצאות שליליות על איכות הטיפול. מכאן, שתכניות הפעלה שיקומית לשיפור תפקוד וניידות בקרב דיירי מחלקות לתשושי נפש שתפקודם ירד במרכזים גריאטריה, יכולות להתבצע רק במוסדות עם תשתית ומחויבות רפואית ועם תרבות של איכות וביטחון בטיפול.

התוצאות של עבודה ראשונית זו מעודדות, ויש להן השלכות על המאמצים הנעשים כיום להתמודד עם בעיית הטיפול השיקומי בחולים הלוקים בקהיון. התכנית המוצגת יכולה לתת הזדמנות לשפר את איכות הטיפול במסגרות של מוסדות סיעודיים. אם כי נדרשות הערכות נוספות ומפורטות יותר של התערבויות מסוג זה, כולל השוואתן עם התערבויות אחרות, לשם קביעת ההתערבויות היעילות יותר מבחינה רפואית.

מחבר מכותב: אפרים איזן

המרז הגריאטרי שיקומי על שם פלימן
רחוב זלמן שניאור, ת.ד. 2263, מיקוד 31021, חיפה
טלפון: 04-8307070
פקס: 04-8226017
דוא"ל: eaizen_il@yahoo.com

טבלה 3: מנבאים של התגובה לטיפול לפי FIM ו-ADL לפי דגם (מודל) מרוכב משתנים			
משתנה מנבא	B	שגיאת תקן (CI 95%)	P value
FIM תשושי הנפש $R^2=0.063$			
גיל	-0.57	(-1.40 0.276)	0.176
מין	0.57	(-4.21 21.35)	0.176
CDR	6.54	(-31.42 44.51)	0.722
מדד צ'רלטון	-0.65	(-4.05 2.74)	0.691
GDS	-1.65	(-4.00 0.71)	0.159
ADL תשושי הנפש $R^2=0.291$			
גיל	-0.06	(-0.13 0.00)	0.056
מין	0.00	(-0.21 1.00)	0.112
CDR	2.24	(-0.75 5.2)	0.133
מדד צ'רלטון	-0.34	(-0.60 0.07)	0.160
GDS	-0.16	(-0.35 0.02)	0.079
FIM קבוצת הבקרה $R^2=0.115$			
גיל	-1.20	(-2.03 0.36)	0.006
מין	3.32	(-5.99 12.63)	0.476
CDR	5.28	(-0.87 11.44)	0.091
מדד צ'רלטון	-0.42	(-2.47 1.62)	0.679
GDS	-0.37	(-2.33 1.58)	0.702
ADL קבוצת הבקרה $R^2=0.122$			
גיל	-0.07	(-0.12 0.02)	0.005
מין	0.34	(-0.16 0.8)	0.198
CDR	0.05	(-0.23 0.40)	0.765
מדד צ'רלטון	0.07	(-0.05 0.18)	0.266
GDS	-0.50	(-0.16 0.06)	0.369

מוגבלים מאוד בתפקודם אשר בשלבים הראשונים של התכנית לא ניתן היה לאמוד את מספר המבחנים התפקודיים-כמותיים כמו מבחן ישיבה-עמידה ומבחן קום ולך מתוזמן. בנוסף, לא ניתן היה לבחון את השפעת ההבדלים של מאפייני החולים במוסדות השונים. בנוסף, הדיווח ואיסוף המידע בוצעו על ידי צוות המוסדות עצמו ולא על ידי גורם חיצוני. מגבלה נוספת היא העובדה שתכנית ההתערבות בוצעה בקרב דיירי מוסדות,

ביבליוגרפיה

- Gill N, Hammond S, Cross J & al, Optimising care for patients with cognitive impairment and dementia following hip fracture. *Z Gerontol Geriatr*, 2017;50(Suppl 2):39-43.
- McGilton KS, Chu CH, Naglie G & al, Factors Influencing Outcomes of Older Adults After Undergoing Rehabilitation for Hip Fracture. *J Am Geriatr Soc*, 2016;64:1601-9.
- Beloosesky Y, Grinblat J, Epelboym B & al, Functional gain of hip fracture patients in different cognitive and functional groups. *Clin Rehabil*, 2002;16:321-328.
- Huusko TM, Karppi P, Avikainen V & al, Randomised, clinically controlled trial of intensive geriatric rehabilitation in patients with hip fracture: Subgroup analysis of patients with dementia. *BMJ*, 2000;321, 1107-1111.
- Heyn PC, Johnson KE & Kramer AF, Endurance and strength training outcomes on cognitively impaired and cognitively intact older adults: A meta-analysis. *J Nutr Health Aging*, 2008;12, 401-409.
- Hauer K, Becker C, Lindemann U & al, Effectiveness of physical training on motor performance and fall prevention in cognitively impaired older persons: A systematic review. *Am J*

- Phys Med Rehabil, 2006; 85, 847-857.
7. Blankevoort CG, van Heuvelen MJ, Boersma F & al, Review of effects of physical activity on strength, balance, mobility and ADL performance in elderly subjects with dementia. Dement Geriatr Cogn Disord, 2010;30:392-402.
 8. Huger D, Zieschang T, Schwenk M & al, Designing studies on the effectiveness of physical training in patients with cognitive impairment. Z Gerontol Geriatr, 2009;42, 11-19.
 9. McGilton K, Wells J, Davis A & al, Rehabilitating patients with dementia who have had a hip fracture: Part II: Cognitive symptoms that influence care. Top Geriatr Rehabil 2007;23, 174-182.
 10. Oddy R, Promoting Mobility for People with Dementia: A Problem-Solving Approach, Age Concern, 2003, England.
 11. Hauer K, Schwenk M, Zieschang T & al, Physical training improves motor performance in people with dementia: A randomized controlled trial. J Am Geriatr Soc, 2012;60, 8-15.
 12. Schwenk M, Dutzi I, Englerd S & al, An Intensive Exercise Program Improves Motor Performances in Patients with Dementia: Translational Model of Geriatric Rehabilitation. J Alzheimer's Dis, 2014;39:487-498.
 13. Hughes C, Berg L, Danziger W & al, A new clinical scale for the staging of dementia. Br J Psychiatry, 1982;140:566-572.
 14. Hmlton BB, Gramger CV, Sherwin FS & al, A uniform data system for medical rehabilitation. In: futhrer MJ, editor. Rehabilitation Outcomes: analysis and measurement, Baltimore, MD. Brooks: 1987 pp,137-47.
 15. Guralnik JM, Simonsick EM, Ferrucci L & al, A short physical performance battery assessing lower extremity function: Association with self-reported disability and prediction of mortality and nursing home admission. J Gerontol, 1994;49:M85-M94.
 16. Podsiadlo D & Richardson S, "The timed 'Up & Go': A test of basic functional mobility for frail elderly persons". J Am Geriatr Soc, 1991;39:142-8.
 17. Huusko TM, Karppi P, Avikainen V & al, Randomized, clinically controlled trial of intensive geriatric rehabilitation in patients with hip fracture: subgroup analysis of patients with dementia. BMJ, 2000;321:1107-11.
 18. Giusti A, Barone A & Pioli G, Rehabilitation after hip fracture in patients with dementia. J Am Geriatr Soc, 2007;55:1309-10.
 19. Rolland Y, Pillard F, Lauwers-Cances V, et al. Rehabilitation outcome of elderly patients with hip fracture and cognitive impairment. Disabil Rehabil. 2004;26(7):425-31.
 20. Uy C, Kurrle SE, Cameron ID. Inpatient multidisciplinary rehabilitation after hip fracture for residents of nursing homes: a randomized trial. Austral J Ageing. 2008;27(1):43-4.

כרוניקה

הגלולות החדשות למניעת הריון וסיכון לסרטן שד



הערכות סיכון יחסי לגבי נטילת גלולות חדשות הכוללות אסטרון ופרוגסטין, נעות בין 1.0 ל-1.6. נשים שהשתמשו בהתקן פנימי המושתת על פרוגסטין בלבד, אף הן היו בסיכון מוגבר יחסית ללקות בסרטן השד (1.21) לעומת נשים שלא נטלו גלולות מעולם. ההגברה המוחלטת של מקרי הסרטן בקרב הנוטלות הייתה 13 ל-100,000 שנות אדם, או מקרה אחד נוסף לכל 7,690 נשים הנוטלות גלולות הורמונים במשך שנה אחת. החוקרים מציינים, כי הגברת הסיכון ללקות בסרטן שד עקב נטילת גלולות למניעת הריון הוא זעום, אך בהחלט מודגם במחקר זה.

איתן ישראלי

אין מידע מבוסס לגבי השפעת הגלולות החדשות למניעת הריון על היארעות סרטן השד, וקבוצת חוקרים, מורן וחב' (BEJM 2017;377:2228) ניסו לעדכן סוגיה זו. החוקרים עקבו אחר כל הנשים בדנמרק בגילאי 15-49 שנים. בין 1.8 מיליון נשים שהיו במעקב בזמן ממוצע של 10.9 שנים, אובחנו 11,517 חולות בסרטן שד. בהשוואה לנשים שלא נטלו גלולות הורמונים, הסיכון היחסי ללקות במחלה בין נוטלות הגלולות היה 1.20. שיעור זה התגבר מ-1.09 לגבי נטילה של פחות משנה, עד 1.38 בנטילה של 10 שנים. לאחר הפסקת נטילת הגלולות, עדיין נשאר סיכון יחסי גבוה יותר בקרב הנשים שנטלו גלולות בעבר במשך חמש שנים או יותר.

כרוניקה

הסביבה משפיעה יותר על המיקרוביום במעי האדם מאשר הגנטיקה



משותפים. החוקרים מצאו כי יותר מ-20% מהשונות שבין אנשים הייתה קשורה בברות (דיאטה) ובנטילת תרופות. כמו כן מצאו החוקרים כי המיקרוביום יכול לנבא ממצאים באנשים דוגמת מדידות רמת גלוקוזה והשמנת יתר, בהשוואה לדגם המחשב ממצאים אלה על סמך גנטיקה ומשתנים סביבתיים. החוקרים מציעים שהשפעה על הרכב המיקרוביום כדי לשפר מצבי מחלה, יכולה להתבצע על פני מנעד רחב של רקע גנטי.

איתן ישראלי

הרכב המיקרוביום במעי האדם מושפע ממספר גורמים, אך תרומת הרקע הגנטי לכך אינה ברורה. רוטשילד וחב' (Nature 2018;555:210) בדקו את הגנוטיפ והמיקרוביום של 1,046 אנשים בריאים, ממספר רקעים גנטיים, שחלקו סביבה משותפת. ממצאיהם הצביעו כי המיקרוביום של המעי אינו מושפע משמעותית מהרקע הגנטי, ותרומתו לשונות החיידקים במעי זעומה ביותר. לעומת זאת, מצאו החוקרים דמיון רב בהרכב המיקרוביום באנשים בעלי רקע גנטי שונה אך חלקו מגורים