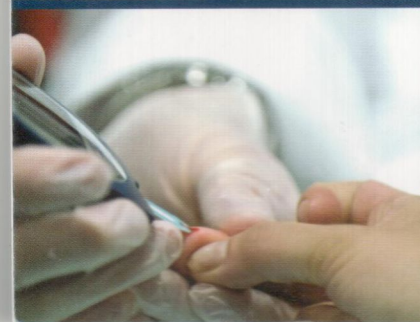
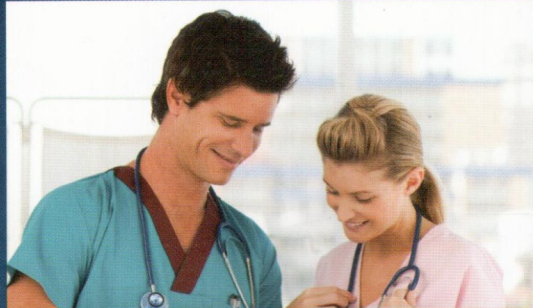


ISRAELI

Nursing Updates



עורכת ראשית
ד"ר מירי זיבצנר
מו"ל
יואל שמוס

« תסמונת השטיין ומחלת האלצהיימר
« השלכות הטיפול הקרינתי על התפקוד המיני של נשים שחלו
בסרטן גינקולוגי ועל גברים שחלו בסרטן הערמונית
« סוכרת והשלכותיה בקרב חולי דיאליזה

מען להחזרות: י.ש. מדיקל מדיה ת"ד 8214 נתניה, 42504



השפעת מוזיקת רקע בזמן ארוחות על התנהגויות בעייתיות ועל משקל של חולי אלצהיימר

ד"ר אילת דסה, MT, PhD, ד"ר אביבה אבן-זהב, RN, PhD, יאנה ברג, RN, MPA, גלית שניר, M. Sc.
מרכז רמת גן לחולי אלצהיימר ע"ש סופי ואברהם סטוצ'ינסקי

רקע

מחלת האלצהיימר

ה-DSM-IV-TR (APA, 2000) מגדיר את התסמונת הקלינית של דמנציה כליקוי בתפקודים קוגניטיביים הבא לידי ביטוי בפגיעה בזיכרון לטווח ארוך ולטווח קצר, הסחת דעת, שיפוט לקוי, שינוי באישיות ושינוי בשפה (אפאזיה). הפגיעה יכולה להפוך לחמורה דיה כדי להפריע בצורה משמעותית בעבודה או בפעילויות חברתיות רגילות או ביחסים עם אחרים. אבחנה סופית למחלה אפשר לבצע רק לאחר מותו של החולה באמצעות בחינת רקמת המוח. נכון לזמן זה, לא ידועה תרופה למחלה.

על פי מחקר שנערך בישראל ובחן את היקף הדמנציה בקרב קשישים החיים בקהילה (ורטמן ואח', 2008), נמצא כי שכיחות הדמנציה בקרב קשישים בני 65 ויותר נאמדת ב-16.7% (כ-98 אלף). שכיחות הדמנציה עולה באופן משמעותי עם הגיל ונאמדת ב-47% בקרב בני 85 ויותר. עם העלייה בתוחלת החיים עולה גם שכיחות המחלה, והיא מהווה אחת מבעיות הבריאות העיקריות בקרב קשישים.

כיום אין תרופות לריפוי המחלה, אך יש תרופות המשפיעות על תסמיניה השונים. ביכולתם של טיפולים אלו לשמור על התפקוד או על הכישרים הקוגניטיביים ולדחות את המעבר לשלבים מתקדמים וחמורים יותר של המחלה. הטיפול התרופתי במחלת האלצהיימר נחלק לטיפול מניעתי שמטרתו לעצור ולהאט את התהליכים ההרסניים הפוגעים במוח, ולטיפול בסימנים הקליניים של המחלה (Grossberg, Pejovik, & Miller, 2007). הדרך התרופתית המקובלת לטיפול במחלת אלצהיימר היא בתרופות המעכבות פירוק האצטילכולין - מוליך עצבי הקשור לזיכרון ולמידה. האצטילכולין מתפרק באופן טבעי על ידי זרז הקרוי אצטילכולין אסטרז. כתוצאה מעיכוב זרז זה עולה רמת האצטילכולין במוח. התרופות השייכות לקבוצה זו והמאושרות היום בישראל הן: דונפזיל (אריספט, ממוריט), ריבאסטיגמין (אקסלון) וגלנטמין (רמיניל). תרופה נוספת היא הממנטין (אביקסה) האחראית על ויסות פעולת הגלוטמט ההכרחי לקיום תהליכים קוגניטיביים, אולם בריכוז גבוה הופך הממנטין לרעלן מסוכן והורס תאי עצב. הטיפול התרופתי מספק מענה גם לסימנים הקליניים של המחלה. גורביץ והייניק (2008) מציינים כי הטיפול הפרמקולוגי בתסמינים הפסיכולוגיים -

המחקר הנוכחי בחן את השפעתה של מוזיקת רקע בזמן ארוחות על התנהגויות בעייתיות בקרב חולי אלצהיימר. כמו כן החולים נשקלו בעקבות ההנחה שקיומן של התנהגויות בעייתיות משפיע במידה ניכרת על ירידה במשקל. כישורים של תכנון וביצוע פעולות מורכבות באים לידי ביטוי גם בזמן ארוחות וחולי אלצהיימר מראים קושי להישאר ממוקדים במשימת האכילה. אפשר לראות ירידה הדרגתית וקבועה במשקל במהלך שנות המחלה למרות שימוש במזונות ותוספים עשירים באנרגיה (Finley, 1997). הסיבה היא בעלת משמעות בהתמודדות עם התנהגות בעייתית אצל חולי אלצהיימר ושינוי הסיבה יכול לתרום לשמירה על מאזן תזונתי במהלך המחלה (McDaniel, 2001; Edwards & Beck, 2002). מחקרים קודמים מראים כי מוזיקה תורמת להורדת רמת הרעש הנצפית לרוב בזמן האוכל בבתי אבות, ובכך תורמת למיתון התנהגויות של חוסר שקט בקרב חולי אלצהיימר (Aldridge, 2000; Thomas & Smith, 2009).

במחקר הנוכחי נערך מעקב משקל ונבחנה תדירות של התנהגות בעייתית בקרב 92 חולי אלצהיימר במצב בינוני-מתקדם של המחלה המתגוררים במרכז רמת גן לחולי אלצהיימר ע"ש סטוצ'ינסקי. הדיירים נחשפו למוזיקת רקע בזמן הארוחות במשך חודשיים, ולאחר מכן לחודשיים נוספים ללא מוזיקה. מדדים נלקחו לפני ההתערבות ובתום כל תקופה.

תוצאות המחקר הצביעו על מגמת ירידה בתדירות של התנהגויות בעייתיות במהלך התקופה שבה הושמעה המוזיקה לעומת הנתונים שנלקחו לפני ההתערבות. מגמת ירידה זו נמשכה בחודשיים לאחר מכן גם כאשר הופסקה המוזיקה. בספרות הטיפול במוזיקה עם חולים דמנטיים קיימת התייחסות מעטה להשפעה המצטברת של המוזיקה על החולה (Sacks, 2008). נדרש מחקר נוסף על מנת להבין אם למוזיקה יש השפעה מתמשכת על שינוי הסיבה וכתוצאה מכך על ההתנהגויות הבעייתיות. במהלך תקופת המחקר כולו (במשך 5 חודשים) נשקלו הדיירים אחת לחודש ונצפתה ירידה עקבית במשקל, אך באופן מועט (בטווח של כ-120 גרם). לא נמצא שינוי משמעותי בין התקופה שבה הושמעה המוזיקה לבין התקופה ללא המוזיקה. בחינת שינויים במשקל דורשת טווח זמן ארוך כדי לקבל אינפורמציה נוספת.

במשקל מאטה את הבעיות הנלוות ומשפרת את המצב התזונתי של החולה ובכך את איכות חייו.

במחקר שבחן את השינויים בהרגלי התזונה אצל חולים הסובלים מדמנציה (Ikeda, Brown, Holland et al., 2002) התקבלה תמונה על השינויים המופיעים בעקבות המחלה. ברמה הפיזיקלית התקשה החולה להשתמש בסכום, נמצאו חוסר יכולת להסיר עטיפות מזון ולהכין אוכל, וכן נפגעה הקואורדינציה בהבאת המזון לפה. שינויים פיזיולוגיים מובילים לירידה בחוש הטעם והריח, ירידה בתיאבון, בעיות בליעה, בעיות לעיסה, בעיות דנטליות והעדפה למזונות מתוקים. הירידה ביכולות הקוגניטיביות גורמת לכך שהחולה שוכח שצריך לאכול אף שהוא רעב, או לכך שהחולה רוצה לאכול אף שכבר אכל. שינויים במצב הרגשי מעוררים אצל החולה תופעות כמו חשדנות כלפי האוכל וסרבנות לאכול. מצב דיכאוני מוביל לאיבוד עניין באוכל, ובהיבט ההתנהגותי צצות תופעות כמו יריקת אוכל ואכילת חפצים.

התאמת הסביבה בהתמודדות עם חוסר שקט בקרב חולי אלצהיימר

התנהגות של חולי אלצהיימר מושפעת מההידרדרות הקוגניטיבית, מהסביבה הפיזית ומהסביבה הרגשית. יש לקחת בחשבון אספקטים אלו כאשר מתמודדים עם הבעיה של ירידה במשקל. Paquet ואח' (2003) מציינים כי תחושה חיובית בזמן הארוחה משפיעה על אכילה מרובה יותר, לעומת מצב של דיכאון וחרדה אצל קשישים, הפוגע בצריכת המזון. הוכח כי שיפור סביבת האכילה משפר את צריכת המזון בקרב קשישים. דבר זה משמעותי במיוחד כאשר מדובר באנשים עם בעיות קוגניטיביות. התסמינים ההתנהגותיים הנלווים למחלה וההתמודדות עימם מהווים אתגר מרכזי עבור המטפלים בחולה. טכניקות שונות העושות שימוש בתקשורת נכונה, שינוי הסביבה ועוד, באות לתת מענה ולעזור בכך. במחקר שערכו Cohen-Mansfield, Libin, & Marx (2007) נמצאו התערבויות לא-תרופתיות שתרמו להפחתת חוסר השקט בקרב חולי אלצהיימר. התערבויות אלו כללו התאמה של הסביבה הפיזית והחברתית, כגון הפחתת השימוש בקשירות פיזיות, התאמה של מוזיקה באופן אישי או גירוי חושי אחר, שיתוף בפעילות של אמנות ועוד. התערבויות אלו משמעותיות ביותר בהתחשב בעובדה שהפתרונות הקיימים כמו שימוש בקשירות פיזיות וטיפול תרופתי מובילים למצוקה אצל החולה ולבעייתיות מוסרית. גם Cheong (2004) מדגיש את חשיבות התאמת הסביבה בהתמודדות עם חוסר השקט של חולי אלצהיימר. באמצעות שמירה על סדר יום מובנה הכולל פעילויות מותאמות המורידות את רמת המתח של החולים, אפשר להפחית את מידת חוסר השקט שלהם. במחקר שערכו Wood, Womack, & Hooper (2009) נצפה כי לגירוי שמספקת הסביבה הפיזית והחברתית יש השפעה מיידית על ההתנהלות היומיומית של חולים דמנטיים במוסדות גריאטריים, ולכן גם על איכות חייהם.

השפעת המוזיקה על חוסר השקט בקרב חולי אלצהיימר

סקירה כוללת של הספרות בנוגע למוזיקה ולדמנציה מעלה כי פעילות מוזיקלית מובנית יעילה בעבודה עם חולי אלצהיימר כיוון שהיא מגבירה את ההשתתפות, תורמת לשיפור המיומנויות

התנהגותיים כולל בין השאר שימוש בתרופות אנטי-פסיכוטיות, בנזודיאזפינים, נוגדי דיכאון ומייצבי מצב רוח. עם זאת, תופעות הלוואי של הטיפולים התרופתיים המוצעים הן חריפות לעומת התועלת שבתרופות אלו. Ballard, Sorensen, & Aarsland (2008) מציינים כי גם בעקבות שימוש בתרופות מהדור השני נצפות תופעות לוואי, ולכן קבעה הוועדה לבחינת היעילות של תרופות אנטי-פסיכוטיות בארצות הברית, כי הסיכונים במתן תרופות אלו לחולי אלצהיימר עולים על היתרונות. מינהל המזון והתרופות האמריקאי (FDA) אף פרסם אזהרה לגבי שימוש בתרופות אלו בטיפול באנשים הסובלים מדמנציה בשל היותן מסוכנות.

לאור זאת, קיימת חשיבות רבה לבדיקה ולחיזוק של דרכי פעולה חלופיות, ונבחנים טיפולים שאינם פרמקולוגיים לטיפול בתסמינים ההתנהגותיים הנלווים למחלה. טכניקות שונות העושות שימוש בתקשורת נכונה, בשינוי הסביבה ועוד באות לתת מענה ולעזור בכך. במחקר שסקר את יעילות הטיפולים הלא-תרופתיים בקרב אנשים עם דמנציה (כדוגמת אימון קוגניטיבי, העלאת זיכרונות, שימוש במוזיקה, הרפיית שרירים וגירוי חושים), נמצא כי טיפולים אלו יעילים, מגוונים וכדאיים מבחינה כלכלית. חשיבותם ומטרם המרכזית הן שיפור איכות החיים של האדם עם דמנציה ובני משפחתו (Olazarán et al., 2010).

ירידה במשקל בקרב חולי אלצהיימר

ירידה במשקל בגיל המבוגר היא חלק מתהליך הזדקנות נורמלי כתוצאה מירידה בתיאבון, ירידה ברמת הפעילות הגופנית והאטה בפעילות המטבולית. הירידה במשקל יכולה להתרחש על רקע שינוי כתוצאה מבעיות רגשיות-פסיכולוגיות כגון בדידות, דיכאון, התמודדות עם אובדן וירידה ברמת התפקוד (Alibhai, Greenwood, & Payette, 2005). אחד הסימנים הקליניים של מחלת האלצהיימר הוא ירידה במשקל, המתרחשת לעתים קרובות כבר בשלבים הראשונים של המחלה. ככל שהמחלה מתקדמת הבעיה לרוב מחמירה. הירידה במשקל מובילה לירידה במסת שריר ומעלה את הסיכון לנפילות וכתוצאה מכך לתפקוד לקוי ולירידה באיכות החיים של החולה (Sergi et al., 2012). במחקר שערכו Guérin ועמיתיו (2005) נערך מעקב אחר 395 חולי אלצהיימר ונבחנו גורמי ההשפעה על איבוד משקל. החוקרים מצאו כי קיימים שני מסלולי ירידה במשקל: ירידה פרוגרסיבית שבה מתרחשת ירידה הדרגתית של לפחות 4% ממשקל הגוף במהלך שנת מעקב; וירידה חמורה ומהירה של לפחות 5 ק"ג בתקופה של חצי שנה. ככל שהמחלה מחמירה הסיכון לירידה במשקל גדל. התערבות תזונתית ראשונית וכן טיפול מעקב למחלה מצמצמים את הסיכון לאיבוד במשקל. גם במחקר שערכו Gillette-Guyonnet ואח' (2000) נבחן הקשר שבין מחלת האלצהיימר לירידה במשקל, ונבדק האם טיפול תזונתי תומך יכול למנוע את השינוי במשקל בחולי האלצהיימר. במחקר השתתפו 76 חולי אלצהיימר ונערך מעקב אחר משקלם למשך 12 חודש, לאחר מכן שולבה הנחיה תזונתית למטפל / או לבן המשפחה ונבחן השינוי לאחר 18 חודש נוספים (סך הכול מעקב של 30 חודשים). מסקנות המחקר הצביעו על כך כי אפשר למנוע ירידה במשקל בחולי אלצהיימר בעזרת תמיכה ויעוץ תזונתי, ואף אפשר להעלות את המשקל. מניעת הירידה

Mansfield (ראו נספח 1). האחות האחראית בכל מחלקה מילאה בתום כל תקופה שאלון בנושא תדירות התנהגות הדיירים. השאלון מורכב מ-29 שאלות כאשר התשובות לשאלות הן על סולם ליקרט 1-7. ציון נמוך מציון תדירות נמוכה של התנהגות בעייתית וציון גבוה מציון תדירות גבוהה של התנהגות בעייתית. בהתבסס על החלוקה של Rabinowitz ואח' (2005), השאלות מציגות ארבעה מדדים עיקריים: התנהגות אגרסיבית (כגון מכות, צרחות ואגרסיביות מילולית), התנהגות לא אגרסיבית (כגון שוטטות, ניסיון לברוח ולבוש לא הולם), התנהגות מילולית חסרת שקט (כגון תלונות ודרישה בלתי פוסקת לתשומת לב ועזרה), והתנהגות של החבאה ואגירת דברים.

התערבות: מוזיקת רקע אינסטרומנטלית שקטה נוגנה באמצעות מערכת כריזה בשלוש מחלקות במרכז. המוזיקה כללה נעימות של שירים מוכרים מעולמם התרבותי-מוזיקלי של הדיירים בעברית ובלועזית. המוזיקה התנגנה במהלך כל ימות השבוע בשעות קבועות בכל יום במהלך שלוש ארוחות (בוקר,צהריים וערב) והופעלה באופן אוטומטי.

ניתוח הנתונים: לצורך בדיקת ההבדלים בתדירות ההתנהגות הבעייתית של הדיירים במרכז האלצהיימר חושבו ממוצעים וסטיות תקן של כל מאפיין התנהגות. לצורך בדיקת מובהקות ההבדלים בוצע מבחן repeated measure. כאשר הערך הסטטיסטי הוא F ורמת מובהקות היא p-value. ערך של p-value קטן מ-0.05 נחשב כערך מובהק סטטיסטית. כל שאלה קובצה למשתנה דיכוטומי בעל שתי קטגוריות. אם דווחה התנהגות בעייתית (ערכים 2-7) המשתנה קיבל ציון 1. אם לא נצפתה התנהגות בעייתית (ערך 1) המשתנה קיבל ציון 0. קיבוץ השאלות למשתנים דיכוטומיים בוצע לאחר בדיקת התפלגות המשתנים ואבחנה כי ממוצע התנהגות בעייתית אינו גבוה מ-2 (מציון תדירות נמוכה מאוד של התנהגות זו). התפלגות התשובות של כל התנהגות אינה מתפלגת נורמלית אלא בעלת "זנב" ימני מובהק (מרבית התשובות בערכים הנמוכים).

ממצאים

הבדלים בהתנהגות אגרסיבית של החולים לאורך תקופת המחקר

נמצאה ירידה מובהקת בתדירות התנהגויות אגרסיביות אלו: קללות/אגרסיביות מילולית, היטפלות לאחרים ונפילות בכוונה. בכל שלוש התנהגויות אלו חלה ירידה מובהקת בממוצע

החברתיות והרגשיות, מסייעת להפחית בעיות התנהגויות, וכי טיפול במוזיקה מהווה התערבות טיפולית יעילה ומשמעותית בשיפור איכות החיים של החולה עם דמנציה (Brotons, Koger, & Innes, & Hatfield על פי Pickett-Cooper, 1997; Koger et al. 1999 (2002), אנשים עם דמנציה ממשיכים להגיב למוזיקה במישור הקוגניטיבי, ההתנהגותי, הפיזי והחברתי גם בשלבים מתקדמים של המחלה. Prickett, & Cevasco (2011) מציינות כי המחקר בעשור האחרון בטיפול במוזיקה בחולי אלצהיימר מתמקד בחלוקה לשני אפיקים מרכזיים. אפיק אחד בוחן את ההשפעה של טיפול במוזיקה על עלייה בהתנהגויות רצויות, כגון טווח ריכוז ומידת השתתפות בפעילות, ואפיק נוסף בוחן כיצד טיפול במוזיקה משפיע על הירידה בהתנהגויות לא רצויות כגון חוסר שקט, חרדה ודיכאון. השפעתה של מוזיקת רקע מעוררת על מידת חוסר השקט של החולים נבחנה במחקרן של Ziv, Granot, Hai ואח' (2007). בזמן השמעת מוזיקה נצפתה ירידה מובהקת במאפיינים של חוסר שקט, כגון צעקות, בקשות חוזרות לתשומת לב וכדומה. כמו כן נצפו התנהגויות חיוביות שכללו שירה, תיפוף בקצב השיר, חיך ועוד. מנגד, בזמן שבו לא הושמעה מוזיקה עלה מספר ההתנהגויות הבעייתיות וירד מספר ההתנהגויות החיוביות.

שיטה

משתתפי המחקר: 92 חולי אלצהיימר במצב בינוני-מתקדם של המחלה המתגוררים במרכז רמת גן לחולי אלצהיימר ע"ש סטוצ'נסקי.

הליך המחקר: לאחר קבלת אישור לעריכת המחקר מוועדת האתיקה של המחלקה לעבודה סוציאלית באוניברסיטת בר-אילן, נאספו נתונים על כלל משתתפי המחקר בפרוצדורה של Baseline-A-B: נאסף מידע לפני הפעלת התערבות, נערכה התערבות של חודשיים עם מוזיקה (A) אשר בסופה נלקחו המדדים. בהמשך, חודשיים ללא התערבות (B) שבסופם נלקחו שוב המדדים.

משתני המחקר: נבחנו שני פרמטרים: משקל הדיירים ותדירות התנהגות בעייתית. הדיירים נשקלו כחלק מהליך שגרתי בתחילתו של כל חודש (5 שקילות). נתונים אלו שימשו לצורך המחקר הנוכחי. כדי לבחון את מידת התדירות של ההתנהגויות הבעייתיות נעשה שימוש בשאלון שינוי תדירות התנהגות בעייתית בקרב חולי אלצהיימר אשר פותח על ידי Cohen-

לוח 1: הבדלים בתדירות התנהגות אגרסיבית¹ בקרב דיירים לאורך תקופת המחקר N=92

p-value	ערך F2	Time3 No Music	Time2 Music	Time1 Baseline	התנהגות	מספר
		ממוצע ± ת.ס	ממוצע ± ת.ס	ממוצע ± ת.ס		
.029	3.67	1.02 ± 1.49	1.40 ± 1.62	1.35 ± 1.85	קללות/ אגרסיביות מילולית	4
.008	5.06	0.28 ± 1.07	0.99 ± 1.27	1.02 ± 1.40	היטפלות לאחרים	9
.010	4.80	0.00 ± 1.00	0.47 ± 1.08	0.55 ± 1.15	נפילות בכוונה	17

¹ציון גבוה מעיד על תדירות גבוהה יותר של התנהגות (טווח 1-7)
²תוצאות מבחן repeated measure

הבדלים בהתנהגות לא אגרסיבית של החולים לאורך תקופת המחקר

נמצאה ירידה מובהקת בתדירות התנהגויות אלו: שוטטות, לבוש לא תואם/התפשטות, ניסיון לברוח/לצאת למקום אחר, אכילה ושתייה של דברים לא אכילים ותנועות חזרתיות. בכל חמש התנהגויות אלו חלה ירידה מובהקת בתדירות ההתנהגות לאורך כל תקופת המחקר (שוטטות 2.00, 1.77 ו-1.47 בהתאמה $p=0.006$; לבוש לא תואם/התפשטות 1.25, 1.15 ו-1.03, בהתאמה

$p=0.062$; ניסיון לברוח/ לצאת למקום אחר 1.39 ו-1.07, בהתאמה $p=0.017$; תנועות חזרתיות 1.40, 1.09 ו-1.08, בהתאמה $p=0.051$). המשמעות היא שנצפתה ירידה בהתנהגויות אלו במשך החודשיים שבהם נוגנה מוזיקה בארוחות. הירידה נמשכה גם בחודשיים לאחר מכן, כאשר הופסקה המוזיקה. לא נמצא הבדל מובהק בשימוש לא תואם בחפצים ואי שקט כללי. לוח 2 מתאר את ההבדלים במוצעת התנהגויות אלו.

לוח 2.1 מציג את אחוז הדיירים אשר דווח לגביהם כי נצפתה אצלם התנהגות לא אגרסיבית לפחות פעם בשבוע. אפשר לראות כי לאורך תקופת המחקר חלה ירידה באחוז הדיירים שנצפתה אצלם התנהגות של שוטטות (28%, 22% ו-13%, בהתאמה), לבוש לא תואם/התפשטות (11%, 4%, 1%, בהתאמה), ניסיון לברוח/ לצאת למקום אחר (26%, 14% ו-4%, בהתאמה) ולאכול ולשתות דברים לא אכילים (8%, 4%, ואף דייר בתקופה השנייה, בהתאמה). מבחינת אי שקט כללי נמצאה מגמת ירידה בזמן התערבות המוזיקה באחוז הדיירים שדווח לגביהם כי הם חסרי שקט ונצפתה שוב עלייה באחוז הדיירים באי שקט בתקופה ללא מוזיקה (43%, 29% ו-43%, בהתאמה).

הבדלים בהתנהגות מילולית חסרת שקט של החולים לאורך תקופת המחקר

נמצאה ירידה מובהקת בתדירות התנהגויות אלו: דרישה בלתי פוסקת לתשומת לב ועזרה, תלונות והתנגדות באופן קבוע.

לוח 1.1: הבדלים בתדירות התנהגות אגרסיבית בקרב דיירים לאורך תקופת המחקר N=92

	Time3 No Music	Time2 Music	Time1 Baseline	התנהגות	מספר
	21.7%	20.7%	32.6%	קללות / אגרסיביות מילולית*	4
	5.4%	8.7%	18.5%	היטפלות לאחרים*	9
	0	3.3%	8.7%	נפילות בכוונה*	17

¹ - האחוז מציין אם בכלל הייתה התנהגות כזו (בסקאלה ערכים 1-7)
* מציין הבדל מובהק שנמצא במבחן repeated measure (ראו טבלה 1)

ההתנהגות לאורך כל תקופת המחקר (קללות/אגרסיביות מילולית 1.85, 1.62 ו-1.49, בהתאמה $p=0.029$; היטפלות לאחרים 1.40, 1.27 ו-1.07, בהתאמה $p=0.008$; נפילות בכוונה 1.15, 1.08 ו-1.00, בהתאמה $p=0.010$). המשמעות היא שנצפתה ירידה בהתנהגויות אלו במשך החודשיים שבהם נוגנה מוזיקה בארוחות. הירידה נמשכה גם בחודשיים לאחר מכן, כאשר הופסקה המוזיקה. לא נמצא הבדל מובהק בשאר ההתנהגויות האגרסיביות. לוח 1 מתאר את ההבדלים במוצעת התנהגויות אלו.

לוח 1.1 המציג את אחוז הדיירים אשר נצפתה אצלם התנהגות אגרסיבית לפחות פעם בשבוע במהלך המחקר. אפשר לראות כי חלה ירידה באחוז הדיירים שנצפתה אצלם התנהגות של קללות/אגרסיביות מילולית ממדדי הבסיס לזמן ההתערבות עם המוזיקה, אך ללא שינוי משמעותי בתקופה ללא מוזיקה (32.6%, 20.7% ו-21.7%, בהתאמה). נמצאה ירידה באחוז הדיירים אשר נטפלו לאחרים לאורך כל תקופת המחקר (18.5%, 8.7% ו-5.4%, בהתאמה). כמו כן נמצאה מגמת ירידה דומה באחוז הדיירים שנפלו בכוונה (8.7% לעומת 3.3% ואף דייר בתקופה ללא מוזיקה).

לוח 2: הבדלים בתדירות התנהגות לא אגרסיבית בקרב דיירים לאורך תקופת המחקר N=92

p-value	ערך F2	Time3 No Music	Time2 Music	Time1 Baseline	התנהגות	מספר
		מומצע ± 0.0 תקן	מומצע ± 0.0 תקן	מומצע ± 0.0 תקן	התנהגות	
.006	5.43	1.31 ± 1.47	1.65 ± 1.77	1.82 ± 2.00	שוטטות	1
.062	2.86	0.31 ± 1.03	0.75 ± 1.15	0.83 ± 1.25	לבוש לא תואם/ התפשטות	2
.000	10.64	0.35 ± 1.07	1.09 ± 1.39	1.27 ± 1.66	ניסיון לברוח, לצאת למקום אחר	16
.017	4.26	0.00 ± 1.00	0.88 ± 1.18	0.79 ± 1.21	אוכל או שותה דברים לא אכילים	20
.051	3.07	0.47 ± 1.08	0.58 ± 1.09	1.24 ± 1.40	תנועות חזרתיות	26
.144	1.97	1.55 ± 2.09	1.61 ± 1.88	1.78 ± 2.22	אי-שקט כללי	29

¹ ציון גבוה מעיד על תדירות גבוהה יותר של התנהגות (טווח 1-7)
² תוצאות מבחן repeated measure

לוח 2.1: הבדלים בתדירות התנהגות לא אגרסיבית¹ בקרב דיירים לאורך תקופת המחקר N=92

Time3 No Music	Time2 Music	Time1 Baseline	התנהגות	מספר
13.0%	21.7%	28.3%	שוטטות*	1
1.1%	4.3%	10.9%	לבוש לא תואם/ התפשטות*	2
4.3%	14.1%	26.1%	ניסיון לברוח, לצאת למקום אחר*	16
0	4.3%	8.7%	אוכל או שותה דברים לא אכילים*	20
2.2%	2.2%	7.6%	שימוש לא תואם בחפצים	22
3.3%	2.2%	10.9%	תנועות חזרתיות*	26
43.5%	29.2%	42.4%	אי-שקט כללי	29

¹ - האחוז מציין האם בכלל הייתה התנהגות כזו (בסקאלה ערכים 2-7)

לוח 3.1: הבדלים בתדירות התנהגות¹ מילולית חסרת שקט בקרב דיירים לאורך תקופת המחקר N=92

Time3 No Music	Time2 Music	Time1 Baseline	התנהגות	מספר
34.8%	23.9%	46.7%	דרישה בלתי פוסקת לתשומת לב ועזרה*	5
18.5%	16.3%	28.3%	חזרה על שאלות או משפטים	6
13.0%	14.1%	16.3%	קולות מוזרים	12
14.1%	17.4%	25.0%	מתלונן*	18
20.7%	31.5%	41.3%	מתנגד באופן קבוע*	19

¹ - האחוז מציין האם בכלל הייתה התנהגות כזו (בסקאלה ערכים 2-7)

לוח 4.1 מציג את אחוז הדיירים אשר נצפתה בהם התנהגות של החבאת חפצים או אגירתם לפחות פעם בשבוע בתקופות השונות. אפשר לראות כי אחוז נמוך של דיירים דווח כי מתנהג בצורה כזו, וכמו כן לאורך תקופת המחקר לא נמצא שינוי משמעותי בהתנהגות זאת בקרב הדיירים.

בהתנהגות מתלוננת ומתנגדת באופן קבוע חלה ירידה מובהקת בתדירות ההתנהגות לאורך תקופת המחקר (תלונות 1.77, 1.57 ו-1.39, בהתאמה $p=0.031$; מתנגד באופן קבוע 1.93, 1.65 ו-1.41, בהתאמה $p=0.012$). לעומת זאת בהתנהגות של דרישה בלתי פוסקת לתשומת לב ועזרה חלה ירידה בתדירות מנתוני הבסיס בתקופה שבה התנגנה המוזיקה ושוב חלה עלייה בתקופה ללא מוזיקה (2.37, 1.86 ו-2.03, בהתאמה $p=0.012$). לא נמצא הבדל מובהק בחזרה על שאלות או משפטים ובהשמעת קולות מוזרים. לוח 3 מתאר את ההבדלים במוצע התנהגויות אלו.

לוח 3.1 מציג את אחוז הדיירים אשר נצפתה אצלם התנהגות מילולית חסרת שקט לפחות פעם בשבוע בתקופות השונות. אפשר לראות כי לאורך תקופת המחקר חלה ירידה באחוז הדיירים שהתלוננו (25%, 17% ו-14%, בהתאמה) והתנגדו באופן קבוע (41%, 31% ו-21%, בהתאמה). אחוז הדיירים שדווח לגביהם על דרישה בלתי פוסקת לתשומת לב ועזרה ירד באופן משמעותי מתקופה ראשונה לשנייה אך עלה שוב בתקופה השלישית (47%, 24% ו-35%, בהתאמה).

הבדלים בהתנהגות של החבאת או אגירת חפצים של החולים לאורך תקופת המחקר

לא נמצא הבדל מובהק בתדירות התנהגויות אלו לאורך כל תקופת המחקר.

לוח 3: הבדלים בתדירות התנהגות¹ מילולית חסרת שקט בקרב דיירים לאורך תקופת המחקר N=92

p-value	ערך F2	Time3 B	Time2 A	Time1 Baseline	התנהגות	מספר
		ממוצע ± ס.ת.ק	ממוצע ± ס.ת.ק	ממוצע ± ס.ת.ק		
.012	4.60	1.62 ± 2.03	1.64 ± 1.86	1.75 ± 2.37	דרישה בלתי פוסקת לתשומת לב ועזרה	5
.031	3.59	1.13 ± 1.39	1.38 ± 1.57	1.54 ± 1.77	מתלונן	18
.012	4.69	0.93 ± 1.41	1.18 ± 1.65	1.45 ± 1.93	מתנגד באופן קבוע	19

¹ ציון גבוה מעיד על תדירות גבוהה יותר של התנהגות (סולם 1-7)
² תוצאות מבחן repeated measure

לאחר טיפול במוזיקה. ייתכן שהתשובה לתוצאות שהתקבלו נעוצה בחלקה בשינוי האווירה שיצרה המוזיקה בחודשיים שבהם נוגנה. תגובות המטפלים למוזיקה היו חיוביות: "זה נתן הרגשה של בית מלון"; "המוזיקה מרגיעה וטובה" וכדומה. המטפלים הנמצאים בחדר האוכל בזמן הארוחות ומסייעים לחולים, משפיעים על התנהלות הדיירים. שינוי בדפוסי ההתנהלות של המטפלים יכול להשפיע בצורה משמעותית על דפוסי האכילה של הדיירים. ייתכן שהמוזיקה שנוגנה במהלך חודשיים, הובילה לשינוי דפוסי בהתנהלות המחלקות באופן שנשמר גם לאחר שהמוזיקה הופסקה. אפשר למצוא לכך חיזוק בתגובות המטפלים להפסקת המוזיקה, כגון "למה אין מוזיקה?" ובקשות "תחזירו את המוזיקה, זה היה מאוד נעים". האווירה הנוצרת בחלל חדר האוכל בבתי אבות והשפעתה על מידת חוסר השקט ומצב האכילה של החולה. על מנת לבחון את התוצאות שהתקבלו נדרש מחקר נוסף אשר יכלול פרוצדורה משתנה (cross-over design), ואיסוף אינפורמציה ממוקדת מצוות המטפלים. כמו כן המחקר סיפק מידע לגבי מאפייני ההתנהגות הבעייתיים בקרב הדיירים במרכז - מהן ההתנהגויות

לוח 4.1: הבדלים בקיומה של התנהגות של החבאת או אגירת דברים בקרב דיירים לאורך תקופת המחקר באחוזים

Time3 No Music	Time2 Music	Time1 Baseline	התנהגות	מספר
2.2%	3.3%	5.4%	מחביא חפצים	23
2.2%	3.3%	5.4%	אוסף ואוגר חפצים	24

1 - אחוז מציין האם בכלל הייתה התנהגות כזו (בסקאלה ערכים 2-7)

הבדלים במשקל הדיירים לאורך תקופת המחקר

הדיירים נשקלו מדי חודש לאורך תקופת המחקר, אך לא נמצאו הבדלים משמעותיים במשקל הדיירים בחודשיים שבהם הושמעה מוזיקה לעומת התקופה ללא מוזיקה. משקל הדיירים ירד ב-600 גרם לערך ב-5 חודשי המחקר.

לוח 5 מציג את נתוני המשקל לאורך חודשי המחקר

Descriptive Statistics			
	Mean	Std. Deviation	N
January	66.62	13.245	92
February	66.754	13.2769	92
March	66.576	13.1070	92
April	66.404	12.8102	92
May	66.091	12.8741	92

דין

במחקר הנוכחי נבחנה השפעתה של מוזיקת רקע על תדירות התנהגות בעייתית בקרב חולי אלצהיימר ונמדד משקלם לאורך תקופת המחקר. בתום חודשיים שבהם הושמעה מוזיקה במערכת כריזה אפשר היה לראות ירידה מובהקת בכמה פרמטרים של התנהגות בעייתית בקרב החולים, לעומת מדדים שגלוקחו לפני תחילת ההתערבות. נתונים אלו חיזקו את המחקרים הקיימים בנושא המצביעים על יכולתה של המוזיקה להפחית תסמינים של חוסר שקט בקרב חולי אלצהיימר ולמתן התנהגויות בעייתיות. המשך הליך המחקר בחן את החולים בחודשיים נוספים, הפעם ללא השמעת מוזיקה. התוצאות הראו שמגמת הירידה בהתנהגויות הבעייתיות המשיכה במרבית הפרמטרים, שוב, באופן מובהק.

בספרות הטיפול במוזיקה בחולים דמנטיים קיימת התייחסות מעטה להשפעה המצטברת של המוזיקה על החולה. Sacks (2008) מציין כי מוזיקה מתאימה יכולה לשמש כעוגן התמצאות לחולים כאשר כמעט כל דבר אחר נעלם. המוזיקה יכולה גם להיות בעלת השפעה לטווח ארוך ואפשר לראות שיפור במצב הרוח, בהתנהגות ואפילו בתפקוד הקוגניטיבי, שעות או ימים

נספח 1- שאלון בנושא שינוי התנהגות בקרב חולים דמנטיים Cohen-Mansfield

מרכז רמת-גן לחקר וטיפול נפגעי אלצהיימר
ע"ש סופי ואברהם סטוינינסקי (ע"ר)
THE SOPHIE & ABRAM STUCHYNSKI ALZHEIMER
RESEARCH & TREATMENT CENTER, RAMAT GAN




שאלון בנושא שינוי התנהגות אצל חולים דמנטיים

7	6	5	4	3	2	1	
מספר פעמים בשנה	מספר פעמים ביום	פעם-פעמים ביום	מספר פעמים בשבוע	פעם-פעמים בשבוע	פחות מפעם בשבוע	לעולם לא	
							1. שוטטות
							2. לבוש לא תואם או התפשטות
							3. יריקות
							4. קללות או אגרסיביות מילולית
							5. דרישה בלתי פוסקת לתשומת-לב ועזרה
							6. חזרה על שאלות או משפטים
							7. מכות (כולל לעצמו)
							8. בעיטות
							9. נטפול לאחרים
							10. דוחף
							11. זרוק חפצים
							12. קולות מוזרים (נחוק מוזר או בבל)
							13. ערחות
							14. נשיכות
							15. שריטות
							16. ניסיון לברוח, לצאת למקום אחר
							17. נפילות בכוונה
							18. מתלונן
							19. מתנגד באופן קבוע
							20. אוכל או שותה דברים לא אמילים
							21. מונע מעצמו או לאחרים
							22. שימוש לא תואם בחפצים
							23. מחביא דברים
							24. אוסף וצובר דברים
							25. הודס חפצים
							26. תנועות חזרתיות
							27. משמיע הערות מיניות
							28. מפזר התנהגות מינית בלתי-רלוונט
							29. אי-שקט כללי

Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI)

רח אהרון קציר : רמת גן 52621 טל 5342221-03 פקס 5342551-03
1 aharon katsir st., ramat gan 52621, israel tel.972-3-5342221 fax.972-3-5342551
E-mail: alzheimert@org.il

(ב-120 גרם בכל חודש), לאורך תקופת המחקר כולו. שינוי במדד המשקל דורש זמן מעקב, ולפיכך הזמן שניתן לכל מצב (עם מוזיקה/ללא מוזיקה) היה נרחב (חודשיים). אך עדיין יש צורך בהמשך מעקב כדי לקבל אינפורמציה מלאה. במחקר שערכו Guérin ואח' (2005) נמצאה ירידה פרוגרסיבית של כ-4% במשקל גופם של חולי אלצהיימר במהלך שנת מעקב. 

השכיחות ואילו התנהגויות כמעט שלא מופיעות. אינפורמציה זו מאפשרת לצוות המטפל להתמקד בבעיות הקיימות, לבחון את השפעתן על מידת האכילה ואופייה בקרב הדיירים ולבחון דרכים למניעתן.

לגבי מדד המשקל, זמן המחקר ארך כ-5 חודשים שבהם נשקלו הדיירים אחת לחודש. נצפתה כאמור ירידה קלה עקבית

References

1. גורביץ, א', והייניק, י'. הטיפול התרופתי בהפרעות התנהגותיות ובתסמינים נפשיים בחולים עם שיתון. 2008; גרונולוגיה 65-55, (1) לה.
2. רטמן, א', ברדסקי, ג', קינג, י' וחובי. השכיחות של דמנציה בקרב קשישים יהודים בישראל. 2008; גרונולוגיה לה (1), 27-15.
3. Albihai, S.M., Greenwood, C., & Payette, H. An approach to the management of unintentional weight loss in elderly people. *CMAJ* 2005; 172(6): 773-780.
4. Aldridge, D. Music therapy in dementia care. 2000; London: Jessica Kingsley Publishers. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (IV-TR Edition). 2000; Washington DC: American Psychiatric Association.
5. Ballard, C., Sorensen, S., & Aarsland, D. Pharmacological treatment of Alzheimer's disease. 2008; *European Neurological Review*, 23-26.
6. Brotons, M., Koger, S., & Pickett-Cooper, P. Music and dementia: A review of literature. *J Music Ther* 1997; 34(4): 204-245.
7. Cheong, J. An evidence-based approach to the management of agitation in the geriatric patient. *FOCUS - J. Clin Psychiatry*, 2004; 2(2): 197-205.
8. Cohen-Mansfield, J., Libin, A., & Marx, M. Non-pharmacological treatment of agitation: A controlled trial of systematic individualized intervention. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2007; 62(8), 908-916.
9. Edwards, N.E., & Beck, A.M. Animal-assisted therapy and nutrition in Alzheimer's disease. *West J Nurs Res*. 2002; Vol. 24 no. 6: 697-712.
10. Finley, B. Nutritional needs of the person with Alzheimer's disease: Practical approaches to quality care. *J Am Diet Assoc*. 1997; 97: S177-S180.
11. Gillette-Guyonnet, S., Nourhashém Fi, Andrieu S, et al. Weight loss in Alzheimer disease. *Am J Clin Nutri*, 2000; Vol. 71 (2): 637S-642S.
12. Grossberg G.T., Pejovik V., & Miller M.L. Current strategies for the treatment and prevention of Alzheimer's disease. 2007; *Primary Psychiatry*, 14(8), 39-54.
13. Guérin, O., Andrieu, S., Schneider, S.M., et al. Different modes of weight loss in Alzheimer disease: a prospective study of 395 patients. *Am J Clin Nutri* 2005; 82, 435-441.
14. Ikeda, M., Brown, J., Holland, A.J., et al. Changes in appetite, food preference and eating habits in frontotemporal dementia and Alzheimer's disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2002; 73: 371-376.
15. Innes, A., & Hatfield, K. (Eds.). *Healing arts therapies and person-centered dementia care*. 2002; London: Jessica Kingsley Publishers.
16. Koger, S.M., Chapin, K., & Brotons, M. Is music therapy an effective intervention for dementia? A meta-analytic review of literature. *J Music Ther* 1999; 36(1), 2-15.
17. Kristel, N., De Graaf, C., Van Staveren, et al. Malnutrition and mealtime ambiance in nursing homes. *J Am Med Dir Assoc* 2009; Vol. 10 (4): 226-229.
18. Paquet, C., MacKenzie, A.D., Kergoat M.J., et al. Direct and indirect effects of everyday emotions on food intake of elderly patients in institutions. *J Med Sci*. 2003; 58A: 153-158.
19. Prickett, C.A., & Cevasco, A.M.. Music therapy in dementia treatment. presentation to the 19th International Symposium on Research in Music Behavior. 2011; Barcelona, Spain, Retrieved from <http://19thinternationalsymposiummusic.com>
20. Rabinowitz, J., Davidson, M. De Deyn, P.P. et al. Factor Analysis of the Cohen-Mansfield Agitation Inventory in three large samples of nursing home patients with dementia and behavioral disturbance. *Am J Geriatr Psychiatry* 2005; 13 (11): 991-998.
21. Sacks, O. Musicophilia: Tales of music and the brain. 2008; Alfred A. Knopf. Sergi, G, De Rui, M., Coin, A., et al. Weight loss and Alzheimer's disease: temporal and aetiologic connections. *Proc Nutr Soc*. 2012; 1-6.
22. Thomas, D.W., & Smith, M. The effect of music on caloric consumption among nursing home residents with dementia of the Alzheimer's type. *Activities, Adaptation & Aging*. 2009; Vol. 33(1): 1-16.
23. Wood, W., Womack, J., & Hooper, B. (2009). Dying of boredom: An exploratory case study of time use, apparent affect, and routine activity situations on two Alzheimer's special care units. *Am J Occup Ther* 2009; 63: 337-350.
24. Ziv, N., Granot, A., Hai, S., et al. The effect of background stimulative music on behavior in Alzheimer's patients. *J Music Ther*, 2007; 44(4): 329-343.