

סדנה למרפאים בעיסוק

ההערכה תפקודית-קוגניטיבית (1)



ד"ר יעל זילברשלאג

במסגרת עבודת הדוקטורט:

**ניבוי יכולתם של קשישים עם ירידה
קוגניטיבית לגור באופן עצמאי ובטיחותי
בקהילה:**

בנית מודל תיאורטי ובדיקתו באופן אמפירי

יעל זילברשלאג

בהנחיית פרופ' נעמי יוסמן

אז מה יהיה לנו?

- הקדמה לגבי מספר מושגים / עובדות
- הרציונל למחקר
- תיאור המחקר בקצרה
- הערכה תפקודית קוגניטיבית-בטריית אבחונים
- פירוט האבחונים (תרגול של חלק מהם) ושילוב תוצאות המחקר
- COFEE
- מכתב סיכום והמלצות
- פנינו לאן?

הקדמה

■ הערכה ואבחון

■ **Bottom-up approach**

■ **Top-down approach**

■ משמעות הסביבה הטבעית

■ קשישים / דמנציה

הערכה ואבחון



הערכה - Evaluation

- הערכה הינו תהליך מקיף של קבלה ופירוש של מידע הכרחי בכדי להבין את האדם, המערכת או המצב. הערכה דורשת סינתזה של כל הנתונים שהתקבלו, פרשנות אנליטית של נתונים, חשיבה קלינית, והתחשבות בהקשרים ובביצוע העיסוקי (Asher & Jaffe, 2014).

המטרות:

- המטרה העיקרית הינה להשיג מידע מדויק על הלקוח ברגע ובמצב נתון (Asher & Jaffe, 2014).
- מתמקד בזיהוי ובהגדרת סדרי העדיפויות של האדם ובזיהוי הגורמים המאפשרים והמעכבים ביצוע עיסוקי.
- מהווה בסיס לכל תהליך התערבות (ילון-חיימוביץ ואחרים, 2006).

תוצאות ההערכה משמשות ל:

- קביעת בסיס תפקודי להשוואה
- מדידת התקדמות והשוואה למדידות אחרות
- ניבוי תפקוד בתחום שנמדד
- זיהוי ומדידת תפקודים והתנהגויות מסוימות (כולל אלו שמעכבים ומאפשרים תפקוד)
- מדידת תוצאות של התערבות (החיוניים להתערבות מבוססת ראיות) = Outcome measures (Asher & Jaffe, 2014).

תיאור 7 שלבים של תהליך הערכה:

- 1-סקירה של הרישומים / אמצעי זהירות וסיכונים
 - 2-היכרות עם הלקוח
 - 3-ראיון עם הלקוח ומטפלים עיקריים לגבי ההיסטוריה הקשיים והעדפות.
 - 4-צפייה בתפקוד וסיכום
 - 5-הערכת מיומנויות ביצוע ומרכיבים וסיכום
 - 6-דיווח ההערכה, תצפיות ותוצאות של אבחונים סטנדרטים
 - 7-ניתוח וסיכום הנתונים
- (Neistadt, 2000)

תהליך הערכה נחלק לשני תתי שלבים:

■ 1- פרופיל עיסוקי: תיאור כוללני המורכב ממידע לגבי ההיסטוריה העיסוקית, השגרות וההרגלים, תחומי עניין, הערכים והצרכים של האדם.

■ המטרה: הבנת סדרי עדיפויות, בניית תוכנית התערבות והגדרת התוצאות הרצויות על ידי האדם (Client-centered) (ילון-חיימוביץ ואחרים, 2006 ; Asher & Jaffe, 2014).

■ שלב 3 בתהליך הערכה על פי Neistadt

- **2-ניתוח הביצוע העיסוקי: מוגדר כבחינת היכולת להוציא לפועל פעילויות יומיומיות בתחומי העיסוק השונים (ילון-חיימוביץ ואחרים, 2006).**
- **אנליזה של ניתוח הביצוע העיסוקי מסתמך על תצפית ואבחונים סטנדרטים. שלב 4 ו-5 בתהליך הערכה על פי Neistadt (Asher & Jaffe, 2014).**
- **התצפית, השימוש באבחונים ופירוש התוצאות מובילים להגדרת מוקדי ההתערבות (ילון-חיימוביץ ואחרים, 2006).**

אבחון - Assessment

- אבחון הינו כלי אבחון ספציפי (tool / instrument) העוזר לנתח את הביצוע העיסוקי (מרכיבי האדם, מיומנויות ביצוע, דפוסי ביצוע, הקשרים וגורמים סביבתיים), כמו גם דרישות הפעילות שמשפיעים על הביצוע העיסוקי (Asher & Jaffe, 2014).

מרחב העשייה המקצועית בריפוי בעיסוק בישראל

דרישות פעילות

1. חפצם ותכונותיהם
2. דרישות מרחב פיזיות
3. דרישות חברתיות ותרבותיות
4. רצף ותזמון
5. פעולות/מיזמניות ביצוע דרישות
6. תפקודי גוף נחוצים
7. מבני גוף נחוצים
8. משמעות הפעילות
9. איכות ויעילות ביצוע הפעילות
10. בטיחות
11. להנחות, ראה נספח, טבלה 5

עיסוקים

1. פעולות יומיום בסיסיות (BADL)
 2. פעולות יומיום אינסטרומנטליות (IADL)
 3. לימודים
 4. עבודה
 5. משחק
 6. פנאי
 7. השתתפות חברתית
- להנחות, ראה נספח, טבלה 1

עיסוק

מיזמניות ביצוע

1. מיזמניות מוטוריות
2. מיזמניות תהליך
3. מיזמניות תקשורת

להנחות, ראה נספח, טבלה 4

מרכיבי אדם

רוח האדם

להנחות, ראה נספח, טבלה 2

1. מבני גוף
2. תפקודי גוף

להנחות, ראה נספח, טבלה 3

1. הרגלים
2. שגרות

אדם

1. פזיית
2. חברתית
3. תרבותית
4. וירטואלית

סביבה

Standardized instrument

■ אבחונים סטנדרטים הינם אחת הדרכים לאסוף נתונים.

■ מתייחס למספר שיטות לאיסוף נתונים באופן סטנדרטי: ראיונות, תצפיות ואבחונים.

■ שימוש באבחונים סטנדרטיים מבטיחה אינפורמציה תקפה ומהימנה אודות הלקוח ומספקת אומדנים מדויקים (Asher & Jaffe, 2014).

יתרונות:

- **Objectivity**
- **Quantification**
- **Ease of communicating procedures and results among professionals**
- **Reproducible results**

■ **חשוב ש: יועבר באופן סטנדרטי**

■ **יהיו בעלי מהימנות ותוקף**

■ **מבוססי מחקר (Asher & Jaffe, 2014).**

Bottom-up approach

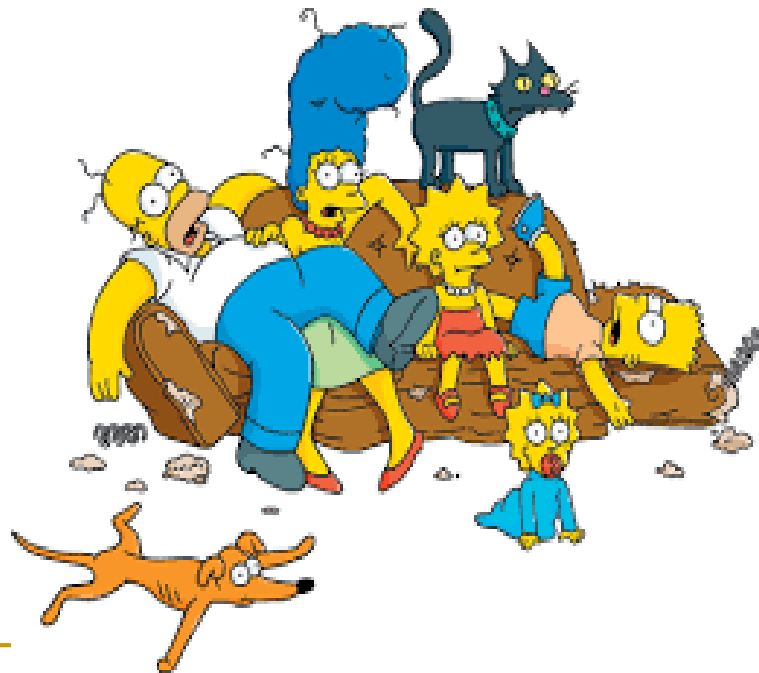
- גישה זו מתמקדת במרכיבים של תפקוד האדם (למשל, ביכולת הזיכרון), בכדי לזהות ליקויים המונעים מהלקוח להשתתף בעיסוקים שונים (Gutman, Mortera, Hinojosa,) (& Kramer, 2007).

Top-down approach

- תיאורטיקנים במדעי החברה מדגישים בעשורים האחרונים את חשיבותה של גישת ה-Top-down להערכה וטיפול (Fisher, 1998; Hartman-Maeir, Katz, & Baum, 2009).
- גישת ה-Top-down מתמקדת בהערכת תפקודו הכוללני של האדם בחייו היומיומיים (גם בתפקוד במסגרת הבית).
- בהתאם לגישה זו Hartman-Maeir et al. (2009), טוענים כי קיים צורך בכלי הערכה שיהיו בעלי תוקף אקולוגי.
- ואכן בשנים האחרונות פותחו כמה כלי אבחון שמטרתם להעריך את יכולת הביצוע התפקודי של הקשיש, בעיקר בתחום ה-IADL (Conner & Maeir, 2011; Kounti, Tsolaki, & Kiosseoglou., 2006).

הסביבה הטבעית

”דברים שרואים מכאן לא רואים משם”



משמעות הסביבה הטבעית

■ הסביבה היא כלי בעל השפעה רבה על עיצוב התנהגות האדם ועל היכולות התפקודיות שלו (Lewis, 2003).

■ ארגון הבריאות הבין-לאומי, The World Health Organization (WHO) (2001) במסמך ה- The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) מגדיר השתתפות בפעילות יומיומית כאינטראקציה בין יכולות האדם לבין הסביבה שבה הוא גר, כאשר דרישות הסביבה יקבעו את המידה של המוגבלות התפקודית של האדם (Stark, Somerville, & Morris, 2010).

משמעות ההערכה בסביבה הטבעית

■ קביעת יכולתו של הקשיש לגור באופן עצמאי ובטיחותי בקהילה אינה יכולה להתקבל ללא התייחסות לסביבה שהאדם מתפקד בה. לפיכך הערכה של עיסוקים יומיומיים דורשת תצפית התנהגותית בהקשר שבו מתבצעת הפעילות (Baum & Katz, 2010).

■ קיימת חשיבות לצפות באדם בסביבתו הטבעית (Barbas & Wilde, 2001; Moberg & Rick, 2008), במיוחד לאור העובדה שיכולות האדם עשויות להשתפר בסביבה זו בתמיכה המתאימה (Hartman-Maeir et al, 2009).

-
- מן האמור לעיל נובע שתצפית ישירה בסביבה הטבעית של האדם נוטה להיות הגישה בעלת היתרונות הטובים ביותר להערכה מיטבית של תפקוד האדם בביתו (Moberg & Kniele, 2006).
-

**כיצד "מתגברים" על כך בסביבה
אחרת? (בית חולים / מכון)**

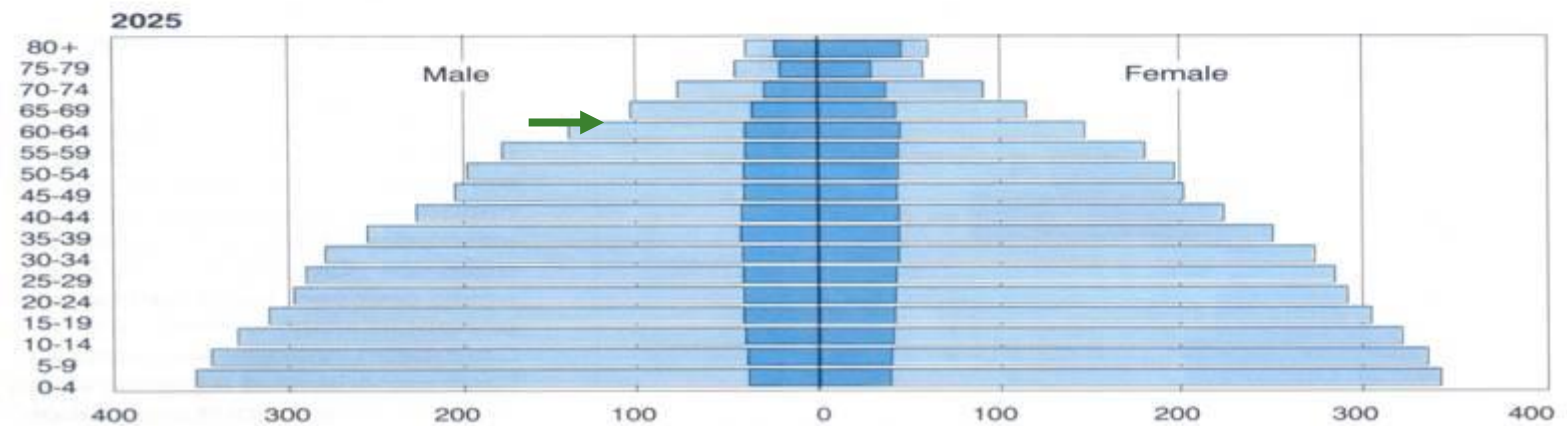
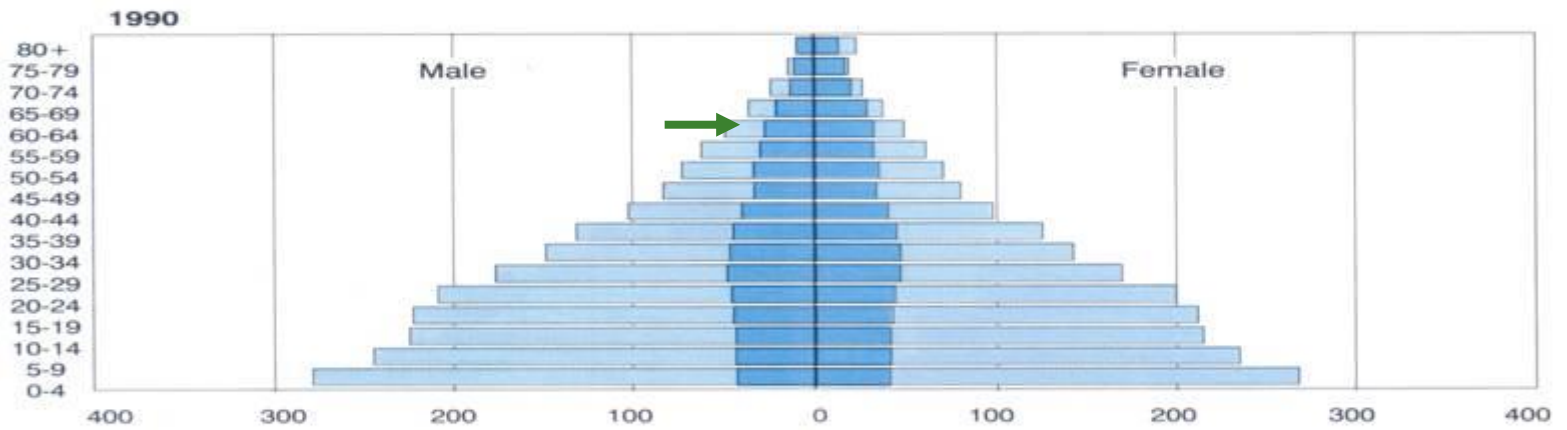
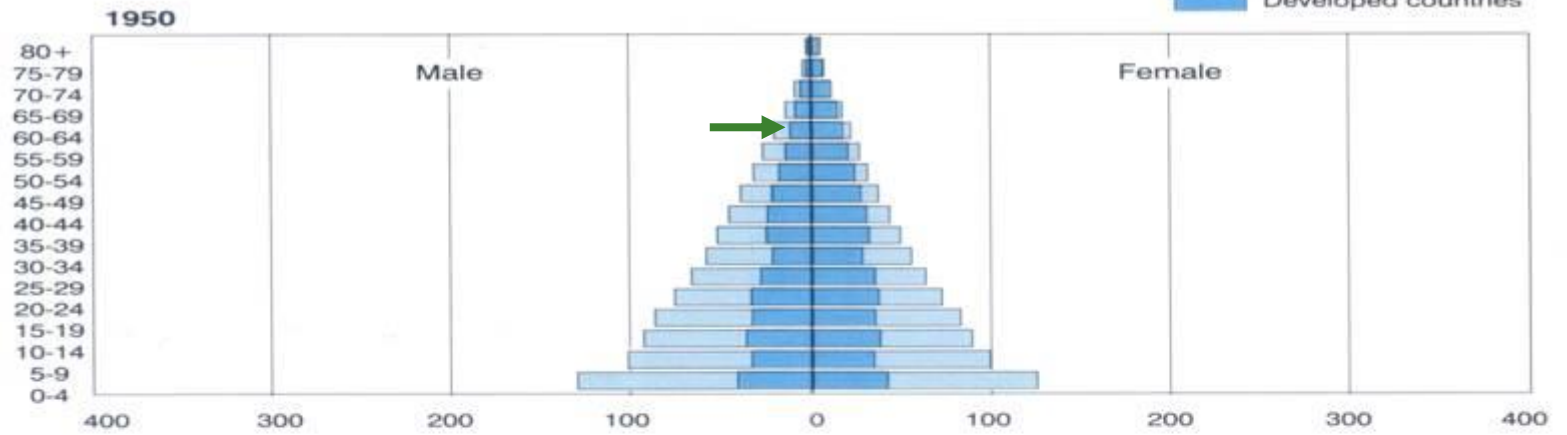
מספר עובדות לגבי קשישים...

- אחת התופעות הדמוגרפיות המשמעותיות במאה השנים האחרונות היא הזדקנות האוכלוסייה (Bonder, 2009; Centers for Disease Control and Prevention, 2003; (Kinsella & Phillips, 2005
- בקרב האוכלוסייה הקשישה, קצב הגידול המהיר ביותר הוא של קבוצת הגיל מעל גיל 80 (Kinsella & Phillips, 2005).

Population, by Age and Sex: 1950, 1990, and 2025

(In millions)

Developing countries
Developed countries



המשך..

- רוב הקשישים רוצים להזדקן בביתם בקהילה (Horowitz, Nochajski, & Schweitzer, 2013; Leland, Elliott & Johnson, 2012; Wiles, Leibing, Guberman, Reeve, & Allen, 2011).
- גם במדינות החברתית והבריאותית מודגשת המטרה ל"הזדקן במקום", כלומר היכולת של אנשים להישאר בביתם בקהילה (Sethi, Gupta, & Parvez, 2013; Wiles et al., 2011; Zur, Rudman, Johnson, & Wells, 2013).
- נתונים סטטיסטיים מעידים כי למעשה רוב הקשישים מתגוררים בקהילה, גם קשישים עם דמנציה. (Cigolle, Langa, Kabeto, Tian, & Blaum, 2007).

המשך..

- העלייה המתמדת בתוחלת החיים לא תהיה מלווה בהכרח בתוחלת חיים בריאה (Johnson, Barion, Rademaker, Rehkeper, & Weintraub, 2004; Kim, Newman, & Lipsitz, 2013).
- מוגבלות וקשיים קוגניטיביים הם שני המאפיינים השכיחים עם העלייה בגיל (Burnett et al., 2009; Karlawish, 2008).
- העלייה במספר הקשישים הובילה לעלייה משמעותית במספר האנשים החולים במחלות האופייניות לגיל המבוגר, לרבות דמנציה (Sternberg et al., 2014).

דמנציה

- דמנציה היא הסיבה השכיחה ביותר לליקוי קוגניטיבי אצל קשישים.
- שכיחותה עולה עם הגיל.
- שכיחות הדמנציה המדווחת בארצות המפותחות היא 8%-5% מעל לגיל 65 (Freedman, Martin, & Schoeni, 2002).
- השכיחות מוכפלת כל 5 שנים לאחר גיל 65, כאשר 47%-35% מהקשישים מעל גיל 85 יפתחו דמנציה

■ **הסימפטום המרכזי של דמנציה הוא מוגבלות קוגניטיבית המשפיעה על תפקודי היומיום (American Psychiatric Association, 2013).**

■ **גורמים קוגניטיביים הוכחו כמנבאים משמעותיים יותר ליכולתו של הקשיש לתפקד באופן עצמאי מאשר מאפיינים אחרים כמו גיל, השכלה, דיכאון או מצב בריאותי (Gross et al., 2011a; Fields et al., 2010; Millán-Calenti et al., 2012).**

Major Neurocognitive Disorders- DSM-5

Diagnostic Criteria

- A. Evidence of significant cognitive decline from a previous level of performance in one or more cognitive domains (complex attention, executive function, learning and memory, language, perceptual-motor, or social cognition) based on:**
- 1. Concern of the individual, a knowledgeable informant, or the clinician that there has been a significant decline in cognitive function; and**
 - 2. A substantial impairment in cognitive performance, preferably documented by standardized neuropsychological testing or, in its absence, another quantified clinical assessment.**
- B. The cognitive deficits interfere with independence in everyday activities (i.e., at a minimum, requiring assistance with complex instrumental activities of daily living such as paying bills or managing medications).**
- C. The cognitive deficits do not occur exclusively in the context of a delirium.**
- D. The cognitive deficits are not better explained by another mental disorder (e.g., major depressive disorder, schizophrenia).**
-

Specify whether due to:

Alzheimer's disease (pp. 611-614)

Frontotemporal lobar degeneration (pp. 614-618)

Lewy body disease (pp. 618-621)

Vascular disease (pp. 621-624)

Traumatic brain injury (pp. 624-627)

Substance/medication use (pp. 627-632)

HIV infection (pp. 632-634)

Prion disease (pp. 634-636)

Parkinson's disease (pp. 636-638)

Huntington's disease (pp. 638-641)

Another medical condition (pp. 641-642)

Multiple etiologies (pp. 642-643)

Unspecified (p. 643)

דמנציה ותפקוד

■ היכולת התפקודית של הקשיש מהווה מרכיב מרכזי באבחנה של דמנציה ומנבא חשוב לצרכיו.

■ בעת ביצוע של הערכה קלינית חשוב לאבחן את רמת המגבלה התפקודית, משום שלהערכה זו יש השלכות לגבי קביעת חומרת המחלה, המעקב אחר התקדמות המחלה ופיתוח המלצות לטיפול.

■ כמו כן, לפי התקדמות המחלה ניתן לצפות לשינויים ביכולת התפקוד היומיומי של חולה הסובל מדמנציה.

■ בעקבות ירידה זו יזדקק החולה לעזרה, החל בעזרה ביתית בתפקודים מורכבים יותר (כמו ניהול כספים) וכלה בעזרה גם בתפקוד הבסיסי (כמו תפקוד הלבוש) (Liu et al., 2007; Wicklund, Johnson, Rademaker, Bing, & Weintraub, 2007).

אז איך אפשר לקבוע דמנציה בלי לבדוק
יכולת תפקודית??



■ למרות הירידה במצבם הקוגניטיבי והתפקודי חשוב מאוד שקשישים עם דמנציה יישארו בקהילה, שכן הרצון לחיות במקום שבו אדם רוצה ובוחר לגור הוא אחת מזכויות האדם הבסיסיות ביותר (Leland et al., 2011; Wiles et al., 2013; Horowitz et al., 2012).

■ על פי רוב, ההערכה והאבחון של קשיש עם דמנציה מתבצעים במסגרות שונות בקהילה (Johansson et al., 2010) ולא במסגרת הביתית.

■ אמנם קיימת התערבות של מרפאים בעיסוק לקשישים המתגוררים בקהילה, אך בדרך כלל התערבות זו מתמצה בביצוע של ביקורי בית המתמקדים לרוב בהערכה של סביבת הבית והבטיחות של הקשיש ובהפחתת הסיכון לנפילות (Carrier et al., 2010; Horowitz et al., 2013).

אוכלוסיות אחרות בעלי תמונה קלינית

דומה



Mild Neurocognitive Disorder

- **A. Evidence of modest cognitive decline from a previous level of performance in one or more cognitive domains (complex attention, executive function, learning and memory, language, perceptual motor, or social cognition) based on:**
 - **1. Concern of the individual, a knowledgeable informant, or the clinician that there has been a mild decline in cognitive function; and**
 - **2. A modest impairment in cognitive performance, preferably documented by standardized neuropsychological testing or, in its absence, another quantified clinical assessment**
-

- **B. The cognitive deficits do not interfere with capacity for independence in everyday activities (i.e., complex instrumental activities of daily living such as paying bills or managing medications are preserved, but greater effort, compensatory strategies, or accommodation may be required).**
- **C. The cognitive deficits do not occur exclusively in the context of a delirium.**
- **D. The cognitive deficits are not better explained by another mental disorder (e.g., major depressive disorder, schizophrenia).**



היכרות עם אהובה

■ סרטון

מה יש לה?

מוכר לכם?



תיאור מקרה

■ דברים שרואים משם..



© Can Stock Photo

תיאור מקרה

- ג. בת 80 גרושה עם שלושה ילדים. מתגוררת בגפה.
- הגיעה למרפאה הגריאטרית בליווי בנותיה אשר יזמו את הביקור.
- סיבת ההפניה למרפאה הגריאטרית (מכבי שירותי בריאות, מחוז מרכז): תלונות על ירידה בזיכרון
- חודש לפני בואה היה אירוע של בלבול, הפסיקה לאכול, ימים שלמים שכבה במיטה.
- רופא המשפחה אבחן דיכאון המליץ על SSRI אך לא נטלה
- ללא עזרה של מטפלת.

Comprehensive Geriatric Assessment (CGA):

- ממצאים : נראית מסודרת, מטופחת, משתפת פעולה, חיונית, לא נראת מדוכאת. ניידת באופן עצמאי ללא אביזרי עזר.
- *Barthel Index of ADL(Mahoney & Barthel,1965)*
 - *95/100*
- *Instrumental Activities of Daily Living Scale (IADL)(Lawton & Brody,1969)*.
 - *6/20*

תיאור מקרה

- *Mini Mental state Examination (MMSE) (Folstein, Folstein, & Mchugh, 1975)*
 - *20/30 0/3 התמצאות חלקית בזמן, זיכרון מושהה*
- *The executive clock drawing test (CLOX) (Royall, Cordes, & Polk, 1998)*
 - *CLOX 1: 8/15, CLOX 2: 13/15*
- *Frontal assessment battery (FAB) (Dubois, Slachevsky, Litvan, & Pillon, 2000)*
 - *17/18*
- *The geriatric depression scale (GDS) (Yesavage et al., 1982) 0/5*

CLOX: An Executive Clock Drawing Test (Royall, Cordes & Polk, 1998)

■ ציור שעון נועד לסקירה של קשיים קוגניטיביים אצל אנשים מבוגרים.

■ מחולק לשני חלקים:

■ CLOX 1 - ציור שעון

■ CLOX 2 - משימת העתקה

תיאור מקרה

- *Dementia*
- *Heavy smoker*
- *Functional deterioration*

ישיבת צוות רב מקצועית

- ג. עם דמנציה, מתגוררת לבד, לעיתים יוצאת מהבית לבד, ללא עזרה של מטפלת.
- האם ג. מסוגלת לגור באופן עצמאי ובטיחותי בבית?
- האם היא זקוקה לעזרה בתפקודי היום יום?
- האם היא זקוקה להשגחה של 24 שעות? האם היא מסכנת את עצמה בכך שהיא גרה לבד?

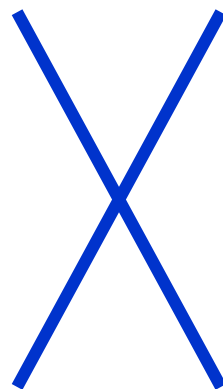
הצורך הקליני

■ שאלה מרכזית שמרפאים בעיסוק, שואלים במהלך הערכה גריאטרית היא:

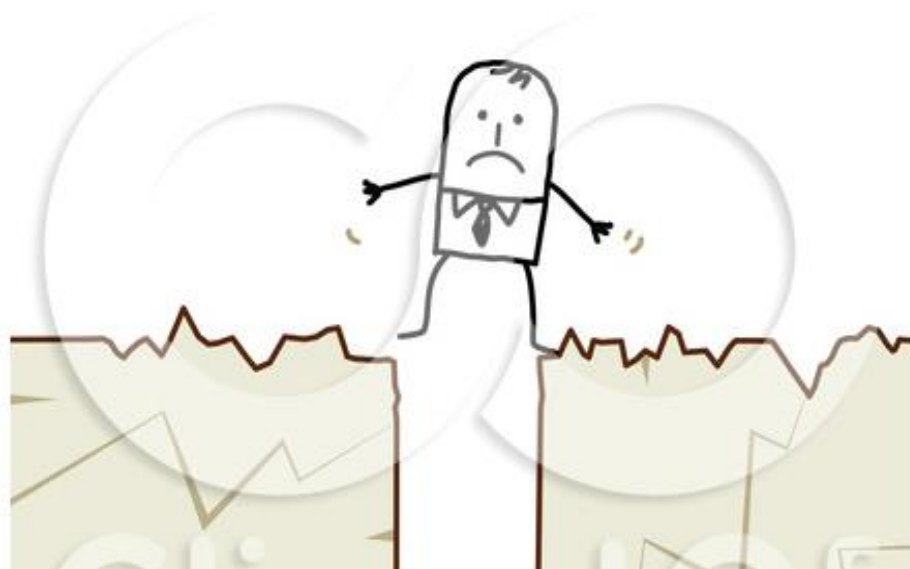
■ "האם הקשיש עם ירידה קוגניטיבית יכול לגור בביתו באופן עצמאי ובטיחותי?"



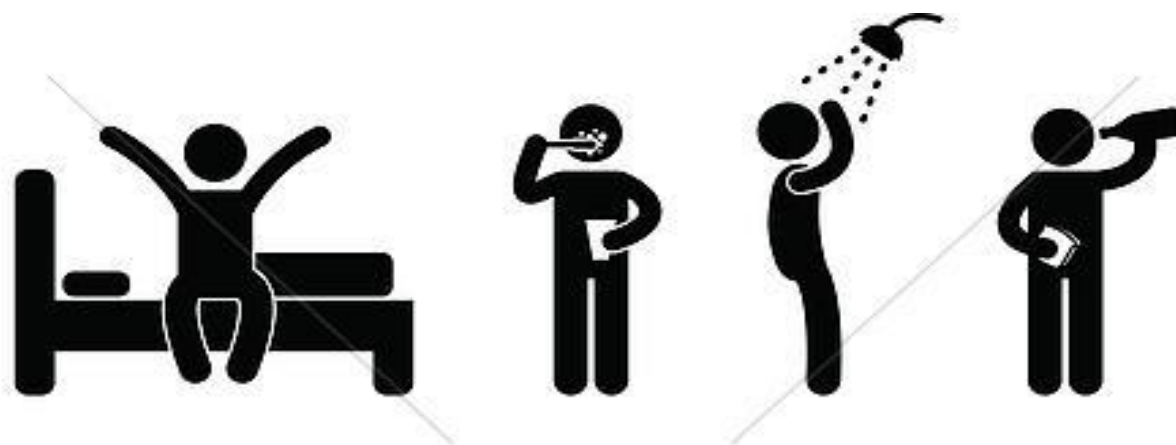
מדוע שאלה זו עולה?



■ מבחנים קוגניטיביים סטנדרטיים אינם נותנים מידע
מספק על היכולת התפקודית של הקשיש (Baum et al., 2008).



- לעתים יש פער בין תוצאות האבחונים הקוגניטיביים לבין הדיווח של הקשיש ושל המטפל העיקרי שלו בנוגע ליכולת התפקודית של הקשיש (מהימנות דיווח עצמי של המטופל / בן המשפחה).



- לעתים יש התאמה בין תוצאות האבחונים הקוגניטיביים לבין הדיווח בנוגע ליכולת התפקודית, אך אין תשובה מספקת לגבי מידת העזרה לה נזקק הקשיש (עזרה קלה / בינונית / 24 שעות).

חשיבות הנושא

- בעייתיות בהקשר של היגינה אישית
- נזקים עקב שימוש מוטעה בתרופות
- בעייתיות בתזונה
- התעללות פיננסית
- הוצאות כלכליות מרובות
- מטופלים אלו נמצאים בסיכון גבוה יותר לאשפוזים חוזרים

**מכלול הקשיים
הללו גורמים:**

**למצוקה הולכת
וגדלה אצל
המטופל ובני
משפחתו**

**לירידה
באיכות החיים**

**לשימוש מוגבר
בשירותי
הבריאות
והמיסוד**

כיצד אנו יכולים לקבל מידע נוסף?

- שימוש בהערכה תפקודית בסביבה הטבעית בכדי לשפר את התוקף האקולוגי.



- חיפוש נרחב בספרות המקצועית העלה שיש חוסר במודלים וכלי הערכה מתאימים להערכת יכולת זו.

מכאן נולד הרעיון למחקר



השלבים השונים של המחקר

■ פיתוח מודל תיאורטי

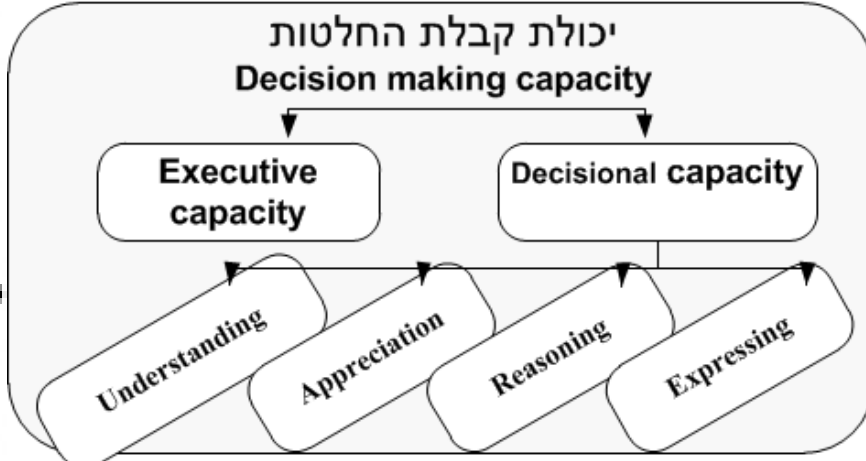
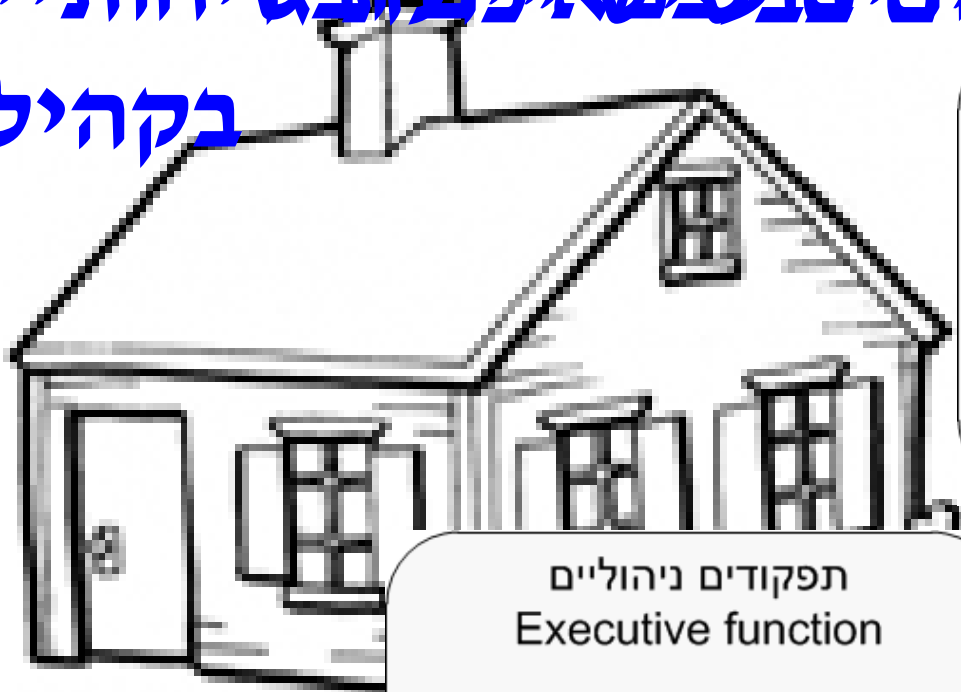


■ פיתוח בטרייה להערכה קוגניטיבית-תפקודית בסביבתו הטבעית של הקשיש.



■ סיכום הערכה ומתן המלצות תוך שמירה מרבית על האוטונומיה של הקשיש (בהתאם למצבו), הבטיחות ואיכות חייו בקהילה.

התפקודים הקוגניטיביים של המבוגרים עם ירידה קוגניטיבית: מבט על תפקודים בסיסיים בקהילה



(Skelton, Kunik, Regev, & Naik, 2010)

השיטה

מדגם המחקר

- 110 קשישים (65% נשים)
- בגילאי 65 + ($M=80.00$, $SD=5.04$)
- המתגוררים בקהילה (64.5% מתגוררים לבד)
- מאובחנים עם ירידה קוגניטיבית או דמנציה

- קשישים עם Mini Mental Examination > 10 ושאינם ניידים לא נכללו במחקר.

בטריית האבחונים:

A battery of performance-based cognitive assessment tools were incorporated to assess:

- ✓ **Basic activity of daily living (BADL);**
- ✓ **Instrumental (IADL);**
 - **Performance Assessment of Self-Care Skills (*PASS-Home*) (Holm & Rogers, 1989).**
- ✓ **Safety;**
 - **HOEA = The Occupational Environment Assessment (Baum & Edwards, 1998)**
 - **Questions related to safety (elderly & family member = Overall score)**

✓ Executive functions;

- EFPT=Executive Function Performance Test (Baum, Morrison, Hahn, & Edwards, 2003).
- Questions of problem solving and judgment

✓ Awareness;

- Questions about the function ability (elderly + family member = gap between)
- Self-efficacy (prediction & evaluation)

✓ Decision making capacity;

- The Short Portable ACED (Assessment of Capacity for Everyday Decision Making) (Lai & Karlawish, 2007).

PASS-Home

Performance Assessment of Self-Care Skills (Holm & Rogers, 1989)



EFPT

Executive Function Performance Test (Baum, Morrison, Hahn, & Edwards, 2003)

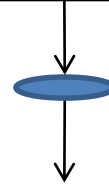


ההליך

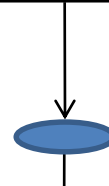
ביקור בית ראשון: הערכה קוגניטיבית-תפקודית בבית

הנבדק

מכתב סיכום הערכה והמלצות



סקר טלפוני



ביקור בית שני



קביעת רמת יישום ההמלצות

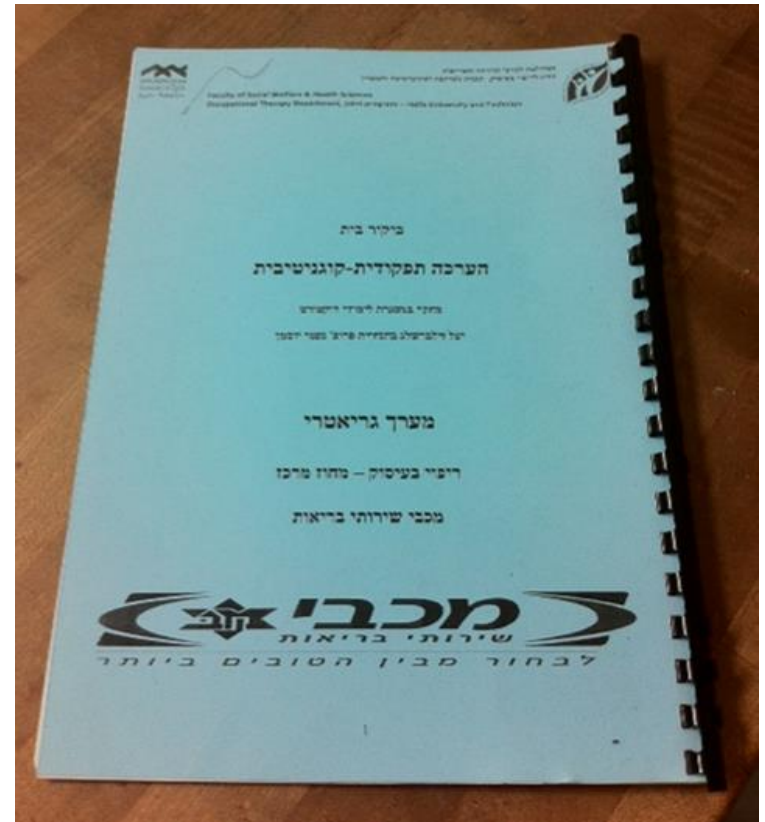
חודשיים

חודשיים

■ ההערכה בוצעה בדרך
אחידה על ידי קבוצה של
מרפאים בעיסוק מאומנים.

■ זמן ממוצע של ה-CFE=
1.5 ש'

■ כתיבת מכתב סיכום
והמלצות.



בטריית האבחונים:
כל אחד לחוד וכולם ביחד.



האבחון ה-



Decision making capacity

יכולת קבלת החלטות

- **The Short Portable ACED (Assessment of Capacity for Everyday Decision Making)** (Lai & Karlawish, 2007).



■ המונחים הלועזיים השונים הקשורים במונח "יכולת קבלת החלטות יומיומית": "Everyday competence", "Decision making capacity", "Decisional capacity", "Capacity" ו-"Competency" הם מושגים שמשתמשים בהם במסגרות קליניות ומשפטיות (Moye et al., 2011).

■ כיום מקובל יותר להשתמש במונח "Capacity" בסביבה הקלינית והמשפטית כאחד (Moye et al., 2011), מאחר שהוא קשור לדרגות שונות של יכולת קבלת החלטות, בניגוד ל-"Competency" שמשמעותו היא "הכול או לא כלום", כלומר האם יש או אין יכולת קבלת החלטות.

Capacity

- **Capacity is the ability to understand information relevant to a decision and the ability to appreciate the reasonably foreseeable consequences of a decision (or lack of a decision)**
 - *(This is the definition of capacity from 1996 legislation in Ontario, Canada).
-

■ יכולת קבלת ההחלטות של הקשיש, מהווה היבט מרכזי בהחלטה אם הוא מסוגל לחיות באופן עצמאי בקהילה (Skelton et al., 2010).

■ אנשים עם ליקויים ביכולת קבלת החלטות נמצאים בסיכון גבוה להתעללות פיננסית, שימוש מוטעה בתרופות ותזונה לקויה וכד"מ (Lai & Karlawish, 2007).

■ בשל הסכנות הללו חשוב להבין באופן ברור את הסוגיות הללו: מה האדם יכול לעשות ומה הוא איננו מסוגל לעשות, אילו החלטות האדם יכול להמשיך לבצע, מהם הסיכונים אם לא תהיה התערבות מתאימה ועד כמה צריך להתערב (Cooney et al., 2004).

■ חשוב להדגיש שיכולת קבלת החלטות יומיומית נוגעת לפוטנציאל או ליכולת לבצע פעילויות מסוימות ולא להתנהגות הממשית הנצפית של האדם (Diehl, 1998).

■ הקביעה לגבי יכולת קבלת ההחלטות של הקשיש מהווה אתגר עבור המטפל.

■ זהו תהליך חיוני וחשוב משום שתוצאות ההערכה יכולות לאפשר את שמירת האוטונומיה של הקשיש עם דמנציה, את הבטיחות שלו ואת בטיחותם של אחרים, ובכך לשמר את איכות חייו גם בשלבים המאוחרים של מחלתו (Barbas & Wilde, 2001; Drickamer & Lai, 2009; Moberg & Rick, 2008; Moye & Marson, 2007)

■ כמו כן, כתוצאה מהערכה זו ייתכן שיחולו שינויים באורח החיים של הקשיש ומשפחתו. שינויים אלו יכולים לכלול עזרה של מטפל בביצוע פעולות יומיומיות, מגורים במוסד ואף המלצה לאפוטרופסות במידת הצורך (Moyer et al., 2011).

■ ייתכן שאדם לא יוכל לבצע תפקודי יום יום, אך עדיין יש ביכולתו לקבל החלטה לגבי מתי ולמה הם צריכים לבצע אותם (Lai & Karlawish, 2007).

יכולת קבלת החלטות

- ישנם שישה תחומים עיקריים של יכולת קבלת החלטות, החשובים מאוד עבור קשישים:
 - (1) קבלת החלטה רפואית,
 - (2) קבלת החלטה לגבי הסכמה לקיום יחסי מין,
 - (3) קבלת החלטות לגבי נושאים פיננסיים,
 - (4) כתיבת צוואה,
 - (5) נהיגה,
 - (6-ו) היכולת לגור באופן עצמאי (ABA-APA Handbook, 2008).

Decisional capacity

- **Understanding-1 – הבנה של האינפורמציה הבסיסית המוצגת.**
- **Appreciation-2 – הערכה של כיצד אינפורמציה או סיטואציה מסוימת קשורות אל האדם (אנשים שיכולת ההערכה שלהם פגומה אינם מדווחים דיווח מדויק על תפקודם).**
- **Reasoning-3 – הנמקה של בחירת אפשרויות הקשורות לבעיה נתונה, תוך כדי השוואה בין האפשרויות וניבוי התוצאות של כל אחת מהן.**
- **Expressing-4 – יכולת להגיע לבחירה מוגדרת של אחת מן האפשרויות העומדות לפני הנבדק.**

אבחון ה-SPACED

- הוא גרסה מקוצרת של האבחון **Assessment of Capacity for Everyday Decision Making (ACED)** (Lai & Karlawish, 2007).
- אבחון ה-ACED פותח במטרה להעריך יכולת קבלת החלטות בפתרון בעיות תפקודיות בחיי היומיום בשלושה תחומים של IADL: הכנת ארוחות, ניהול תרופות וניהול כספים.
- אוכלוסיית היעד היא קשישים עם מוגבלות קוגניטיבית. זהו ריאיון חצי מובנה שאורך כעשרים דקות ומטרתו להעריך ארבע יכולות של קבלת החלטות: הבנת הבעיה (Understanding), הערכת הבעיה (Appreciation), נימוק הבחירה (Reasoning) והבעה של בחירה (Expressing a choice) (Lai, Gill, Bradley, Hawkins, Karlawish, 2008).

■ בזמן הריאיון הבוחן מציג לנבדק עם בעיה תפקודית ידועה (למשל, קושי בניהול כספים). לאחר מכן הנבדק נשאל כמה שאלות על מנת לקבוע אם הוא מבין את הבעיה ומעריך כי אכן זו בעיה תפקודית שיש לו.

■ בשלב הבא הבוחן מציג מספר פתרונות לבעיה התפקודית ומסביר את היתרונות והחסרונות של פתרונות אלו, כדי להעריך את יכולת הנבדק להבין את האפשרויות לפתרון הבעיה, להבין ולהעריך את היתרונות והחסרונות של הפתרונות המוצעים לבעיה ולנמק את בחירתו תוך השוואה והסקת מסקנות הגיונית.

■ בשלב הסופי הנבדק מתבקש להביע ולנמק את בחירתו הסופית לפתרון הבעיה התפקודית שהוא חווה (Lai & Karlawish, 2007; Lai et al., 2008).

■ הבוחן אוסף מידע מהמטפלים העיקריים על קשיים תפקודיים של הנבדק, על מנת להתאים את הכלי לכל נבדק באופן פרטני.

■ עבור כל שאלה יש לקדד את תגובות הנבדק בסולם של 3 נקודות: 0- לקוי, 1- חלקי, 2- תקין.

■ סכום הציונים של כל שאלה נסכם יחד כדי למדוד את ביצוע הנבדק, כאשר ציון גבוה יותר מעיד על ביצוע טוב יותר.

■ לריאיון מסוג זה יש מספר יתרונות על פני שיטות קיימות אחרות. ראשית, הוא מאפשר לקלינאים להעריך יכולת קבלת החלטות ספציפית לבעיה תפקודית שהנבדק חווה.

■ שנית, לאחר תרגול, קלינאים יכולים לאסוף נתונים על יכולת זו במסגרות שונות (בתי אבות, בתי חולים, קליניקות בקהילה).

■ נוסף לכך, שימוש בריאיון זה משפר באופן משמעותי את יכולת הקלינאים לשפוט באופן עצמאי את יכולת קבלת ההחלטות של נבדקים (Lai & Karlawish, 2007).

■ האבחון מהימן ותקף לבדיקת יכולת קבלת החלטות. נמצאה מהימנות פנימית טובה לשלושת הרכיבים של יכולת קבלת החלטות (הבנה, ההערכה ונימוק) ($ICC \geq .84$). כמו כן נמצא מתאם טוב של האבחון עם אבחון יכולת קבלת החלטות רפואית ועם אבחונים קוגניטיביים כלליים (Lai et al., 2008).

■ הגרסה המקוצרת של אבחון ה-ACED מאפשרת לבוחן לראיין אדם עם כל בעיה תפקודית, שיש לה לפחות פתרון אחד אפשרי (לדוגמה, אדם ששוכח את התרופות שלו וניתן לספק לו קופסת תרופות).

■ גרסה זו מאפשרת לבוחן להעריך יכולת קבלת החלטות בצורה לוגית, צעד אחר צעד. על הבוחן לשפוט אם תשובת הנבדק מותאמת, חלקית או לא מותאמת (בהתאם לעובדות), ואם הביצועים הכוללים של הנבדק מצביעים על כך שהוא מסוגל או לא מסוגל לקבל החלטה לגבי ניהול הבעיה התפקודית (Lai & Karlawish, 2007).

■ סרטון

■ תרגול בזוגות של האבחון

מתוצאות המחקר

■ יכולת קבלת החלטות לא נמצא במחקר מנבא ליכולתו של הקשיש עם ירידה קוגניטיבית לגור בקהילה באופן עצמאי ובטיחותי.



אם כי נמצא קשר בין תפקודים מטא-קוגניטיביים לבין יכולת קבלת ההחלטות של הקשיש.

■ הממצאים במחקר זה מלמדים כי 62% מן השונות ביכולת קבלת ההחלטות של המטופלים הוסברו על-ידי תפקודים ניהוליים ומודעות.

■ העבודה התיאורטית והאמפירית הנרחבת ביותר עוסקת בהשפעה של תפקודים ניהוליים על יכולת קבלת החלטות (Kim, Karlawish, & Caine, 2002).

■ היכולות הנסמכות במידה הרבה ביותר על התפקודיים הניהוליים הן עיבוד מידע ונימוקו (Dunn et al., 2007).

■ המודל הקוגניטיבי שדן באבדן שחל ביכולת קבלת ההחלטות בקרב מטופלים עם אלצהיימר (Marson & Harrell, 1999) מסביר שהקשר בין תפקודים ניהוליים ליכולת קבלת החלטות נובע מתפקיד האונות הפרונטאליות ביכולת קבלת ההחלטות ובתפקודים ניהוליים.

■ גם לגבי מודעות ישנם מחקרים שמסבירים כי הקשר נובע מתפקיד האונות הפרונטאליות של המוח. מאחר שתפקוד המודעות מתווך על-ידי האונות הפרונטאליות של המוח, ובעיקר על-ידי האזורים הפרה-פרונטאליים (Amanzio et al., 2013), נחשב למיומנות קוגניטיבית גבוהה, ליקוי בחלק זה ישפיע על היכולת להעריך נכונה את המצב ובכך הוא ישפיע על יכולת קבלת ההחלטות (Dunn et al., 2007; Stuss, 2007).

■ לעומתם, יש מחקרים שמסיקים על קשר זה באופן עקיף. מאחר שאנשים שאינם מודעים למגבלות שלהם בוחרים לעשות פעילויות שהן מעבר למה שהם אכן מסוגלים לבצע, אינם מזהים את המצבים שבהם הם נזקקים לעזרה, ולעתים קרובות נמצאים בסכנה להתנהגויות לא בטיחותיות (Katz & Maeir, 2011; Toglia & Kirk, 2000), הרי שיש להם קושי ביכולת לקבל ההחלטות.

-
- חשוב לחדד כי הבנה של התפקודים הקוגניטיביים המהווים את הבסיס ליכולת קבלת ההחלטות חשובה מאוד בהערכה נכונה את יכולתו של האדם להחליט החלטות עבור עצמו (Moberg & Kniele, 2006).
-