

תקצירי הרצאות של פיזיותרפיסטים מישראל שהוצגו בכנס הפיזיותרפיה הבינלאומי (WCPT) בז'נבה במאי 2019*

עורכות: ד"ר הדס אופק ופרופ' יוכבד (יוכי) לויפר

בגיליון כתב העת של העמותה לקידום הפיזיותרפיה הקודם (כרך 21, גיליון 2, 2019) פורסמו מחצית מהתקצירים של הישראלים שהציגו בכנס הפיזיותרפיה הבינלאומי (WCPT) במאי 2019 בז'נבה. בגיליון הנוכחי אנו מביאים את התקצירים הנוספים אשר הופיעו באנגלית בכנס הפיזיותרפיה העולמי. התקצירים תורגמו באישור ארגון הפיזיותרפיה הבינלאומי על ידי כותבי התקצירים לבקשת מערכת כתב העת הישראלי של העמותה לקידום הפיזיותרפיה. ארגון ה-WCPT אינו אחראי על התרגום או על כל שגיאה או שינוי בתכנים הנובעים מתהליך התרגום מאנגלית לעברית. התקצירים המקוריים באנגלית נמצאים באתר הכנס: <https://www.abstractstosubmit.com/wcpt2019/archive/#/home>

עבודתם של ד"ר סילבי פרנקל-טולדו ושות' בנושא 'טיפול מותאם אישית המשולב בגרייה מוחית בלתי פולשנית ובמציאות מדומה אצל חולים לאחר שבץ מוחי' הוצגה בכנס כסימפוזיון ומופיעה כאן ראשונה. אחריה מופיע תקציר עבודתם של ד"ר ענת שעשוע ושות' בנושא 'מערכת תומכת החלטה המבוססת על שילובי גישות טיפוליות במטופלים עם כאבי גב תחתון' אשר הוצג כהרצאת מושב. שאר התקצירים הוצגו בכנס כפוסטרים ומופיעים כאן בסדר אלפביתי (לפי הכותב הראשון). יישר כוח לכל המציגים בכנס אשר גם טרחו לשתף אותנו כאן בתקצירי עבודתם.

ביתרונותיה וחולשותיה.

3. לתאר גישות שונות של מציאות מדומה ואת אופן השילוב של מציאות מדומה בטכנולוגיות אחרות במחקר שנעשה במדינות שונות.

תיאור: הסימפוזיון הנוכחי יסקור כיצד ניתן להשתמש בטכנולוגיה בהתייחס לשימוש בעקרונות למידה מוטורית ובקרה מוטורית, וכיצד ניתן לשלבם במתן טיפול שיקומי מותאם אישית ברמת הליקוי בגף העליון הפרטי. בקדמה הטכנולוגית גלום הפוטנציאל לשיפור ההחלמה הסנסורית-מוטורית לאחר נזק מוחי נרכש כמו שבץ מוחי. אפשר לשפר את הלמידה המוטורית בעזרת שילוב של גרייה מוחית בלתי פולשנית של רשתות מוחיות הקשורות בעיבוד סנסורית-מוטורי, קוגניטיבי, קשבי ומוטיבציונלי עם תרגול תנועה בסביבה עתירת גירויים. לפיכך, שילוב של טכנולוגיות גרייה מוחית בלתי פולשנית ואימון אינטנסיבי של תנועות הרלוונטיות לתפקוד באמצעות מציאות מדומה עשוי לנצל את הפלסטיות המוחית לטובת שיפור ליקוי, כמו ספסטיות בגף העליון הפרטי. היבט נוסף הנחוץ להחלמה סנסורית-מוטורית הוא התאמת האימון לרמת הליקוי המוטורי של המטופל וביסוס האימון על עקרונות העומדים בבסיס הפקת

טיפול מותאם אישית המשולב בגרייה מוחית בלתי פולשנית ובמציאות מדומה אצל חולים לאחר שבץ מוחי

- מינדי לוי^{1,2}, דריו ליברמן³, ג'ון סולומון⁴, סילבי פרנקל-טולדו^{5,6}
1. אוניברסיטת מקגיל, בית הספר לפיזיותרפיה ולריפוי בעיסוק, מונטריאול, קנדה
 2. המרכז למחקר אינטרדיסציפלינרי בשיקום של מונטריאול רבתי, מונטריאול, קנדה
 3. אוניברסיטת תל אביב, המחלקה לפיזיותרפיה
 4. האקדמיה להשכלה גבוהה של מניפאל, המחלקה לפיזיותרפיה, מניפאל, הודו
 5. אוניברסיטת אריאל, המחלקה לפיזיותרפיה
 6. בית החולים לוינשטיין, המחלקה לפיזיותרפיה

מטרות:

1. לדון בעקרונות הלמידה המוטורית בהתבסס על מושגים הקשורים בפלסטיות מוחית ובקרה מוטורית.
2. לדון במנגנונים האפשריים של ההשפעה של גרייה מוחית בלתי פולשנית על למידה מוטורית ולדון באופן ביקורתי

מימון:

This project is supported by the Canada-Israel Health Research Program (MFL and DGL), a program that is jointly funded by the Canadian Institutes of Health Research, the Azrieli Foundation, the International Development Research Center (IDRC, Grant Number 108186-001), and the Israel Science Foundation (ISF, Grant Number 2392\15).

מערכת תומכת החלטה, המבוססת על שילובי גישות טיפוליות בקרב מטופלים עם כאבי גב תחתון

ענת שעשוע¹, יגאל לברן², עינב סרולוביץ³, מיכאל פריגר¹

1. ד"ר ענת שעשוע, רכזת מחקר ואיכות פיזיותרפיה, כללית;

המחלקה לבריאות הציבור, הפקולטה למדעי הבריאות,

אוניברסיטת בן גוריון

2. יגאל לברן, פיזיותרפיסט ארצי, כללית

3. ד"ר עינב סרולוביץ, החוג לסייעות, הפקולטה לרווחה ובריאות,

אוניברסיטת חיפה; מכון כללית למחקר, כללית

1. פרופ' מיכאל פריגר, המחלקה לבריאות הציבור, הפקולטה למדעי

הבריאות, אוניברסיטת בן גוריון

מבוא: קיימות מגוון גישות לטיפול פיזיותרפיה בכאבי גב תחתון. הקשר בין שילוב גישות טיפול שונות ובין תוצאות הטיפול טרם נבדק. זיהוי שילובים מתאימים המבוסס על נתונים מהעולם האמיתי, יחד עם מדדי דיווח של המטופל, עשוי לסייע לפיזיותרפיסט להתאים את תוכנית הטיפול לכל מטופל.

מטרה: ליצור כלי תומך החלטה, המבוסס על שילובי גישות טיפול הקשורות בשיפור בתפקוד ובכאב בקרב מטופלים עם כאבי גב תחתון.

שיטות: מחקר עוקבה רטרוספקטיבי, שמבוסס על מאגר הנתונים האלקטרוני של כללית. אוכלוסיית המחקר כללה מטופלים מעל גיל 25, שקיבלו סדרת טיפולי פיזיותרפיה בשל כאבי גב תחתון בשנים 2013-2014, עם נתונים מלאים של

תנועה חלקה, יציבה ומיומנת. אימון עשוי להיות יעיל יותר אם המטלה מתבצעת במרחב האישי שבו המטופל מסוגל לבצע תנועות מבוקרות בהשוואה למרחב שבו המטלה מתבצעת באמצעות תנועות אבנורמליות או קומפנסטוריות. ניתן להיעזר בטכנולוגיה כדי להעצים את חווית התרגול. לדוגמה: תרגול בסביבת מציאות מדומה מאפשר למטפל לשנות את העקרונות המאייצים את הלמידה המוטורית, כגון קושי המטלה והמשוב.

הסימפוזיון יתחיל בהצגה של אופן עריכת מחקר אקראי מבוקר בינלאומי (קנדה-ישראל-הודו) תוך כדי דיון על היתרונות והמגבלות בעריכת מחקר מסוג זה (5 דקות - לוי). הדובר הראשון יציג סקירה כללית על גרייה מוחית בלתי פולשנית והחלמה לאחר שבץ מוחי (15 דקות - ליברמן). הדוברת השניה תסקור עקרונות של למידה מוטורית ובקרה מוטורית, ותתאר כיצד ניתן לשלבם בבניית תוכניות טיפול יעילות יותר להחלמה של הגף העליון הפרטי (15 דקות - לוי). הדוברת השלישית תדגים גישה טיפולית המשלבת tdcס אנודלי (מעורר) ואימון מותאם אישית בגף העליון הפרטי בסביבת מציאות מדומה בחולה לאחר שבץ מוחי (15 דקות - פרנקל-טולדו). הדובר האחרון ידון בתפיסת המטופל ומידת הקבלה שלו את הטיפול המשלב טכנולוגיות הכוללות גרייה מוחית באמצעות tdcס ומציאות מדומה במדינה עם הכנסה נמוכה (15 דקות - סולומון). סיכום של 10 דקות על-ידי הדוברים ידגיש את ההשלכות, הישימות והמסרים העיקריים. לבסוף, יתקיים דיון שיכלול שאלות ותשובות עם הקהל במשך 15 דקות.

השלכות טיפוליות: חשוב שפיזיותרפיסטים יהיו מודעים לקדמה בטכנולוגיה ולפוטנציאל שבשימוש בטכנולוגיה בשיקום מטופלים. הסימפוזיון יסקור טכניקות הכוללות גרייה מוחית בלתי פולשנית (tdcs) ומציאות מדומה לאימון סנסורי-מוטורי, וידגים כיצד ניתן לשלבם באימון מותאם אישית ברמת הליקוי בחולים לאחר שבץ מוחי בשלב התת-חריף. פיזיותרפיסטים יהיו מסוגלים להעריך את ישימות הטיפולים המשלבים טכנולוגיות אלה עם עקרונות למידה ובקרה מוטורית במדינות שונות בעלות מבנה סוציו-אקונומי שונה.

מילות מפתח: למידה מוטורית, שבץ מוחי, טכנולוגיה

השלכות קליניות: תוצאות המחקר משקפות את העולם האמיתי, ומאפשרות יצירת מערכת תומכת החלטה המבוססת על מדדי הדיווח העצמי של המטופל ועל שילובי הטיפולים המתאימים. מידע זה, נוסף על הבדיקה הקלינית, יסייעו לפיזיותרפיסט לבנות תוכנית טיפול מתאימה וספציפית לכל מטופל.

מילות מפתח: שילוב גישות טיפוליות, מדדי דיווח מטופל, כלי תומך החלטה

ישיבה סטטית לעומת ישיבה דינמית בעת ביצוע משימות שולחן ומשימות הדורשות ריכוז, בקרב ילדי גן

דבורה אלפרוביץ נחנזון, טל ליפשיץ, אורטל וילק, הדיל ג'ומעה, מריה איזבשטסקי, לאוניד קליחמן
המחלקה לפיזיותרפיה, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב

רקע: התנהגות יושבנית אינה מגדילה בהרבה את הוצאת האנרגיה מעבר לרמות המנוחה. אצל מבוגרים התנהגות זו קשורה בהגברת הסיכון ל-35 מחלות כרוניות לפחות. יושבנות גם משפיעה לרעה על ההערכה העצמית, על שביעות הרצון מן החיים, על הרווחה הפסיכולוגית, על התנהגות פרו-סוציאלית, על הביצועים האקדמיים ועל ההתפתחות הקוגניטיבית.

אורח חיים יושבני נפוץ לא רק בקרב מבוגרים אלא גם בקרב ילדים. הרגלי היושבנות מתחילים כאשר היציבה עדיין מתפתחת. משך הישיבה אצל ילדים גדל במהירות עד כיתה א', שבה הילדים יושבים רוב שעות היום. ישיבה ממושכת משפיעה קרוב לוודאי על התפתחות היציבה של הילד.

נראה כי שליטה ביציבה ומיומנויות ידניות של תנועות השגה מתפתחים במקביל, תוך כדי ישיבה או עמידה. ביצועים של משימות שונות ומגוונות מובילים את הילד למיומנויות מורכבות ולפתרון בעיות, וכתוצאה מכך לאסטרטגיות ידניות חדשות ולשליטה טובה יותר ביציבה. תנועה של כל הגפיים משנה את מרכז המסה של הגוף, והגוף מגיב על ידי שינוי

הדיווחים העצמיים של המטופל. מטופלים הוצאו מן המחקר אם היה להם סרטן פעיל במהלך חמש השנים שלפני תחילת המחקר, או אם היו בביקור פיזיותרפיה אחד בלבד.

תפקוד וכאב היו מדדי התוצאה העיקריים ונמדדו בתחילת הטיפול ובסיומו. שיפור בשניהם יחדיו נחשב למדד נוסף אשר הוגדר כמדדי דווח מטופל.

עצי החלטה ומודלים של רגרסיה רב-משתנית נערכו כדי לבחון את הקשר בין מינונים שונים (0/נמוך/גבוה) של שמונה גישות טיפוליות והשילובים ביניהן, ומדדי התוצאה, בהתחשב במשתנים סוציו-דמוגרפיים, משתנים קליניים ובריאותיים וצריכת שירותי בריאות.

תוצאות: המדגם כלל 4,624 מטופלים בגיל ממוצע של $56.3 (\pm 16.4)$. שיפור קליני משמעותי בכאב או בתפקוד נצפה בקרב 69% ו-49% מן המטופלים (בהתאמה), ושיפור במדדי דווח מטופל נצפה בקרב 40% מקרב המטופלים.

בניתוח הרב-משתני מינון נמוך של טיפול ידני נמצא קשור לשיפור בתפקוד, ומינון גבוה של טיפול ידני נמצא קשור לשיפור בתפקוד וכאב. מינון נמוך של תרגול פרטני נמצא קשור לשיפור בתפקוד ובמדדי דווח מטופל.

נמצאו שלושה שילובי טיפולים מובהקים: מינון גבוה של תרגול פרטני עם מינון נמוך של תרגול קבוצתי נמצא קשור לשיפור בכאב ובמדדי דיווח מטופל; מינון גבוה של תרגול פרטני עם מינון גבוה של אלקטרוטרפיה נמצא קשור לשיפור בכאב; מינון גבוה של טיפול ידני עם מינון נמוך של תרגול פרטני נמצא קשור לשיפור במדדי דווח מטופל.

מסקנות: טיפול ידני ותרגול פרטני נמצאו קשורים באופן משמעותי לשיפור בתפקוד וכאב בקרב מטופלים עם כאבי גב תחתון. יתר על כן, שילוב הגישות המתאימות העלה הסיכוי להצלחה בטיפול. מומלץ להתאים את הגישה הטיפולית וגם את השילובים המתאימים בהתחשב במצבו של המטופל ובמטרות הטיפול הרלוונטיות עבורו. לדוגמה, מומלץ לשלב טיפול קבוצתי עם גישה אחרת, כמו טיפול ידני או תרגול פרטני, כדי להגדיל את סיכויי הצלחה של הטיפול.

ביציבה. התאמות עדינות אלה של הגוף מאפשרות פיתוח של שתי המערכות במקביל, בקרת יציבה והגעה למיומנויות.

תנוחה סטטית בישיבה מובילה להתכווצויות שרירים איזומטריות עם הצטברות חומצה לקטית וכיווץ של כלי הדם. התוצאה היא תנוחות מגושמות והשפעות מצטברות כתוצאה מהפרעות חוזרות ונשנות, המשפיעות על המפרקים, על הרצועות ועל הגידים. לעומת זאת, עבודה דינמית מאופיינת בשינוי הקצב של התכווצות והרפיית השרירים. זהו תנאי מועדף לאספקת הדם של השרירים שבפעולה.

הוכח כי ישיבה על כדור כושר (fit ball) משמשת כלי לתיקון היציבה ולשיפור כוח השרירים, הסבולת, הקואורדינציה והגמישות. התרגול בישיבה על הכדור משפר שיווי משקל ופרופריוספציה וכך משתפר התפקוד הגופני. למעבר לישיבה דינמית יש יתרונות, כגון יעילות ותרומה לריכוז והשתתפות בזמן השיעור. עם זאת, ההשפעה של ישיבה דינמית על ריכוזם ויכולותיהם המוטוריות של ילדי הגן איננה ברורה.

מטרות: לקבוע אם יש הבדל ברמת הדיוק של המוטוריקה העדינה ובמשימות ריכוז בין ישיבה סטטית ובין ישיבה דינמית בקרב ילדי הגן, ולבחון אם ישנה הצדקה לשימוש בכדור כושר כדי להפחית את ההתנהגות היושבנית אצל ילדי הגן.

שיטות: נערך מחקר מעבדתי מסוג חתך עם ילדי גן בגיל 4-6 שנים. 33 ילדי גן השלימו שישה מבחנים להערכת הדיוק המוטורי העדין, ו-27 ילדי גן השלימו משימת ריכוז של 6 דקות. כולם נבדקו פעמיים, בהפרש של שבועיים, תוך כדי ישיבה על כיסא רגיל לעומת כדור כושר. דירוג הנוחות העצמית הוערך עבור כל מצב ישיבה (1 = מאוד נוח, 2 = נוח, 3 = נוח למדי, 4 = לא נוח, 5 = מאוד לא נוח). ההבדלים בביצועי המשימות בין שני סוגי הישיבה נבדקו על ידי מבחן וילקוקסון (Wilcoxon), כאשר המובהקות הסטטיסטית נקבעה ב-0.05.

תוצאות: לא נמצאו הבדלים מובהקים לא ברמת הדיוק המוטורי העדין ולא במשימות הריכוז בין שני סוגי הישיבה. לא נמצא הבדל משמעותי בדירוג הנוחות העצמית של הילדים בין שני סוגי הישיבה.

מסקנות: מאחר שהשליטה על היציבה ותפקוד הגפיים העליונות מתפתחים בו-זמנית, וההתפתחות נמשכת גם בגיל בית הספר, אנו ממליצים להשתמש בקביעות בכדור הכושר כדי להפחית את משך הפעילות היושבנית בקרב ילדי גן. אף על פי שלא מצאנו הבדל ברמת הדיוק המוטורי ובמשימות הריכוז בין ישיבה סטטית ובין ישיבה דינמית, אנו מאמינים כי הישיבה על כדור בגיל הרך יכולה לשמש ככלי לחינוך לבריאות ולהמשך התפתחות. יש צורך במחקרים עתידיים כדי להבין טוב יותר את ההשפעות ארוכות הטווח של הישיבה הדינמית על ילדים.

השלכות: בתי הספר והגנים מייצגים סביבה שיכולה להשפיע על הפעילות הגופנית ועל ההתנהגות היושבנית אצל רוב הילדים והנוער, ועל כן חשוב לנצל עובדה זו ולשלב את הישיבה על הכדור במערכת החינוך.

מילות מפתח: ישיבה, דינמיות, ילדים

ביותר לכיווץ נכון של רצפת אגן בקרב 56 סטודנטיות לפיזיותרפיה הייתה ההנחיה "האחורית" לכיווץ פי הטבעת. רוב המשתתפות (90%) הצליחו לכווץ נכון את רצפת האגן. ההנחיה המשלבת כיווץ רצפת אגן עם שרירי בטן בזמן נשיפה גרמה לדחיפה של רצפת האגן כלפי מטה.

יישומים קליניים בפיזיותרפיה: דליפת שתן במאמץ היא תופעה מאוד שכיחה, בעזרת חיזוק רצפת אגן אפשר לטפל בתופעה. הנחייה פשוטה "כווצי את פי הטבעת" גרמה לרוב הנבדקות לכווץ נכון את רצפת האגן, כך שאפשר להשתמש בהנחיה זו בקבוצות או בטיפול פיזיותרפיה רגיל.

מילות מפתח: אימון שרירי רצפת אגן, הנחיה מילולית, הדמיית רצפת אגן, פיזיותרפיה

ועדת הלסינקי: המחקר אושר על ידי ועדת אתיקה מוסדית של אוניברסיטת אריאל שבשומרון, מספר האישור AU-NBA-20171221 וכן נרשם באתר ה-NIH מספר המחקר ClinicalTrials.gov ID: NCT03400540.

דימוי מוטורי ללימוד כיווץ שרירי רצפת האגן בקרב נשים עם Stress Urinary Incontinence

נורית זבולון^{1,2}, ד"ר מיכל כפרי², ד"ר איילת דונסקי³,
ד"ר מרק ברגאבל¹

1. היחידה לרצפת האגן, בית החולים שיבא, תל השומר
2. הפקולטה למדעי הרווחה והבריאות, החוג לפיזיותרפיה, אוניברסיטת חיפה
3. מכון ווינגייט ישראל

הקדמה: דימוי מוטורי (MI-Motor Imagery) הוא תהליך קוגניטיבי שבו האדם מדמה את עצמו מבצע תנועה מבלי שהוא יוצר תנועה או אפילו מתח שרירי (muscle tension). המטרה העיקרית של שימוש ב-MI כחלק מן האימון של מיומנויות מוטוריות היא לקדם את הלמידה של מיומנויות אלו ולשכללה. נמצא כי השיטה משפרת את הביצועים המוטוריים בקרב אנשים בריאים וגם בקרב אנשים עם מגבלות בתפקוד

מהי ההנחיה האופטימאלית לכיווץ רצפת אגן בנשים

נועה בן עמי¹, גלי דר²

1. ד"ר נועה בן עמי, PT, PhD, המחלקה לפיזיותרפיה, הפקולטה למדעי הבריאות, אוניברסיטת אריאל בשומרון
2. ד"ר גלי דר, PT, PhD, המחלקה לפיזיותרפיה, הפקולטה למדעי הבריאות, אוניברסיטת חיפה

מטרה: המחקר נועד להשוות את יעילותן של ארבע הוראות מילוליות שונות לכיווץ נכון של שרירי רצפת האגן (שר"א) שנבדק על ידי אולטרסאונד טרנס-אבדומינאלי.

שיטות: במחקר השתתפו 56 סטודנטיות בנות 24.2 ± 2.5 בממוצע מן הפקולטה למדעי הבריאות באוניברסיטת אריאל. הסטודנטיות חולקו אקראית לשתי קבוצות מחקר. קבוצה א' (קבוצה "אחורית") - קיבלה הנחיה "אחורית" לכיווץ שר"א על ידי כיווץ פי הטבעת. קבוצה ב' (קבוצה "קדמית") - קיבלה הנחיה "קדמית" לכיווץ שר"א על ידי התאפקות במתן שתן. שתי הקבוצות קיבלו הנחיות נוספות של כיווץ שר"א עם כיווץ שרירי בטן ושילוב נשימה. סה"כ כל קבוצה קיבלה ארבע הנחיות מילוליות. יעילות הכיווץ נבדקה בעזרת אולטרסאונד בטני, שבדק את כיוון הכיווץ (למעלה/למטה) וגם מדד במילימטרים את תנועת ההעתקה של בסיס השלפוחית. הנבדקות מלאו שאלון דמוגרפי וכן שאלון לדליפת שתן International Consultation on Incontinence Questionnaire Urinary Incontinence - Short Form (ICIQ-SF). מתמר אולטרסאונד (Mindray M5) הוצב במישור הרוחבי, מעל עצם הפוביס, בזווית של 30-15 מעלות.

תוצאות: בקבוצה "האחורית", 27 משתתפות (90%) ביצעו כיווץ נכון לעומת 17 משתתפות (65%) בקבוצה "הקדמית", נמצא הבדל מובהק סטטיסטית לטובת הוראת כיווץ פי הטבעת ($p = 0.025$). ארבעים ושבע משתתפות (84%) הציגו דחיפה של רצפת האגן כלפי מטה במהלך ההוראה המילולית המשלבת כיווץ של transversus abdominis עם נשימה: "שאפו אוויר, ותוך כדי הוצאת האוויר כווצו את רצפת האגן והכניסו את הפופיק פנימה".

מסקנות: מן הממצאים עולה כי ההוראה המילולית היעילה

נעשו לפני (pre), באמצע (mid) ובסיום (post) ההתערבות, וכן 20 דקות אחרי סיום ההתערבות (follow-up). ההתערבות נעשתה בשני סבבים שביניהן נערכה מדידת האמצע.

תוצאות: בדירוג MMT, בקבוצת PF-MI הייתה עלייה משמעותית בין המדידה שנעשתה לפני ההתערבות (pre) ובין המדידה שנעשתה 20 דקות אחרי סיום ההתערבות (follow-up) ($p=0.025$). בדירוג EMG, הייתה עלייה משמעותית בין המדידה שנעשתה לפני ההתערבות (pre) למדידה שנעשתה בסיום ההתערבות במשתנה "אמפליטודה הממוצעת" ($p=0.028$). נמצא כי בקבוצת PF-STs הייתה במשתנה זה מגמת עלייה בין המדידות שלפני ההתערבות למדידות שנערכו בסיומה ($p=0.07$) וירידה משמעותית ב"זמן החביון" בין המדידות שלפני ההתערבות למדידות שנערכו בסיומה ($p=0.028$).

מבחינת מעורבות השרירים הנלווים, נמצאה ירידה משמעותית במעורבות השריר Gluteus Maximus בקבוצת PF-MI בלבד ($p=0.001$) ($p=0.003$), בהתאמה.

בדירוגים של מידת הקלות/הקושי ליצור את הדימוי הוויזואלי או הקינסטטי נמצא אפקט זמן משמעותי עבור הדימוי הקינסטטי בקבוצת ה-PF-MI בלבד ($p=0.022$).

מסקנות: שימוש ב-MI בשילוב כיווצים בפועל משפר את עוצמת הכיווץ של שרצ"א, ומפחית את מעורבות השרירים הנלווים במהלך הכיווץ. הממצאים מעידים על הצורך בעריכת מחקר התערבותי, שיבחן את היעילות של תוכנית התערבות המבוססת על שילוב בין דימוי מוטורי וכיווץ בפועל של שרצ"א בקרב נשים הסובלות מדיספונקציה של שרצ"א.

מילות מפתח: דימוי מוטורי, שרירי רצפת האגן, דליפת שתן במאמץ, מדידת כוח שרירים ידנית, ביופידיק EMG

המוטורי. דליפת שתן במאמץ (SUI) מוגדרת כדליפת שתן בלתי רצונית במהלך עליית הלחץ התוך-בטני בפעולות כמו שיעול, התעטשות, צחוק ועוד. התופעה שכיחה בקרב נשים לאחר גיל המעבר, ועלולה לפגוע באיכות חייהן. פיזיותרפיה המתמקדת בהפעלה נכונה של שרירי רצפת האגן (שרצ"א), בשיפור הקואורדינציה והסנכרון וכן בחיזוק, נחשבת לטיפול מהקו הראשון בנשים עם SUI.

שיטות

אוכלוסיית המחקר: במחקר השתתפו 30 נשים לאחר גיל המעבר (בגיל ממוצע 60.9 ± 7.2), שעונות על הקריטריונים של SUI על פי שאלוני הערכה סטנדרטיים.

התערבות: המשתתפות חולקו באופן אקראי מאוזן לקבוצת מחקר ולקבוצת ביקורת. שתי הקבוצות קיבלו הדרכה קצרה על שרצ"א, ולאחר מכן קבוצת המחקר עשתה תהליך של MI של כיווץ שרצ"א (קבוצת PF-MI), וקבוצת הביקורת עשתה תהליך של MI של קימה לעמידה שאינו ספציפי לרצפת האגן (STs-MI). הנבדקת שכבה נינוחה במיטה, והאזינה דרך אוזניות להנחיה לבצע תהליך של MI של כיווץ והרפיה של שרצ"א או של מעבר משיבה לעמידה, וחזרה לשיבה, בהתאם לקבוצת שנקבעו.

מדידות וכלי המדידה: אפיון המשתתפות נעשה על פי שאלונים סטנדרטיים לאבחנה של תפקוד שרירי רצפת האגן (Pelvic Floor Distress Inventory) ושל איכות החיים (Impact Questionnaire). איכות הכיווץ של שרירי רצפת האגן הוערכה על-ידי מדידת כוח ידנית (MMT), מדידת EMG והערכה סובייקטיבית של מעורבות השרירים הנלווים במהלך הכיווץ. ממדי התוצאה כללו דירוג עוצמת הכיווץ במהלך המדידה הידנית, ממוצע זמן החביון ועוצמת הכיווץ של שלושה כיווצים מקסימליים עוקבים במדידות ה-EMG ודירוג המעורבות של השרירים הנלווים. איכות ה-MI של כיווץ שרצ"א נבדקה על-פי מדרג (בין 0-7) מתוך ה-Motor Imagery Questionnaire.

ההליך: המשתתפות הגיעו למפגש אחד שבו הן ענו על שאלונים ולאחריו נערכו המדידות וההתערבות. מדידה ידנית של עוצמת כיווץ שרצ"א נעשתה לפני ההתערבות (pre), ובתום 20 דקות לאחר ההתערבות (follow-up). מדידות EMG

הוגדרו כמה קווים מנחים:

1. מחנכי הסוכרת יבנו למטופל עם סוכרת תוכנית חינוך לבריאות יחד אם אסטרטגיית ניהול עצמי של אורח חיים בריא;
2. חינוך להתמודדות עם סוכרת ישולב בתוכנית הטיפול לבעיה שבגינה הופנה המטופל למכון;
3. מחנכי הסוכרת ידריכו וינחו פיזיותרפיסטים אחרים לגבי מטופלים עם סוכרת המגיעים אליהם לטיפול עם בעיית שריר-שלד.

מסקנות: טיפול פיזיותרפיה שגרתית המכוון לבעיות של מערכת השריר-שלד משפר את התפקוד ואת רמת הכאב אצל מטופלים עם סוכרת מסוג 2. התאמה מינורית, הכוללת התערבות חינוכית תביא לשיפור איכות החיים יחד עם שיפור אפשרי במדדי הסוכרת.

מחקרים נוספים נדרשים להערכת תוצאות ההתערבות כדי לפתח ולבנות מדיניות התערבות יעילה ומועילה.

מילות מפתח: סוכרת מסוג 2, חינוך לסוכרת

חינוך לסוכרת במכוני פיזיותרפיה

יגאל לברן¹, ענת שעשוע²

1. יגאל לברן, פיזיותרפיסט ארצי, כללית

2. ד"ר ענת שעשוע, רכזת מחקר ואיכות פיזיותרפיה, כללית

רקע: סוכרת מסוג 2 היא הפרעה מטבולית המושפעת מאורח החיים של המטופלים. מדי שנה מופנים כ-30,000 חולי סוכרת למכוני הפיזיותרפיה של כללית בקהילה בגלל בעיות של מערכת השריר-שלד. טיפולי הפיזיותרפיה מכוונים לשיפור התפקוד הפיזי ולשיפור התנועה ונעשים בגישה אקטיבית. באופן כללי, הגישה הזאת מתאימה ומומלצת למטופלים עם סוכרת מסוג 2. אפשר להניח ששיפור במדדים תפקודיים הקשורים בבעיות שריר-שלד ישפיעו גם על מדדי הסוכרת.

מטרות:

1. בנייה של תוכנית התערבות למטופלים עם סוכרת המגיעים למכוני הפיזיותרפיה בגלל בעיות שריר-שלד.
2. שיפור התפקוד, איכות החיים ומדדי הסוכרת לאותם מטופלים.

שיטה: באנליזה שנעשתה במחקר עוקבה (קוהורט) והתבססה על מאגר הנתונים של כללית על מטופלים הסובלים מכאבי גב תחתון נערכה השוואה של השיפור בכאב ובתפקוד בין מטופלים עם סוכרת למטופלים בלי סוכרת. בשנים 18-2017 עברו 16 פיזיותרפיסטים של כללית הכשרה רחבה כמחנכי סוכרת. ההכשרה כללה מידע מקיף על מחלת הסוכרת, על העקרונות של ניהול מחלה עצמי ועל חינוך לבריאות.

תוצאות: בקרב 54,767 מטופלים, 7,802 זוהו כחולי סוכרת מאובחנים. שיפור התפקוד ושיפור ברמת הכאב יחד עם צריכה מופחתת של תרופות משככות כאבים נמצאו כמובהקים ובשיעורים דומים בקרב מטופלים עם סוכרת ומטופלים ללא סוכרת. בסיום תוכנית ההכשרה של מחנכי הסוכרת נבנה מודל התערבותי של חינוך לסוכרת בקרב מטופלים המגיעים למכוני פיזיותרפיה וכחלק מתהליך הטיפול השגרת.

מאפייני 'הניעה לשליטה' בקרב פגים שנולדו לפני השבוע ה- 32 להיריון לעומת ילדים שנולדו במועד, בשנה השנייה לחייהם - נקודת מבט אקולוגית

- אורלי נייגר¹, ד"ר איריס מורג², ד"ר אלה בין³, ד"ר אסתר עדי יפה¹
1. אוניברסיטת בר אילן, החוג לחינוך, מגמת התפתחות הילד
 2. בית חולים ע"ש ספרא לילדים, המרכז הרפואי שיבא תל השומר
 3. החוג לפיזיותרפיה, הקריה האקדמית אונו

הקדמה: 'הניעה לשליטה' היא כוח פסיכולוגי פנימי רב-פנים, הממריץ את הפרט לנסות להשיג שליטה במיומנויות או במשימות שמאתגרות אותו. מקובל להפריד בין המרכיב האינסטרומנטלי, המתייחס לכוח המניע את הפרט לנסות באופן ממוקד ומתמשך לפתור בעיה או להשיג שליטה במיומנות/משימה מאתגרת, ובין המרכיב האקספרסיבי, המתייחס לתגובות הרגשיות הנלוות להתמודדות ביצוע המשימה והשלמתה.

מחקרים מצאו כי 'הניעה לשליטה' משקפת את יכולותיו הקוגניטיביות, הרגשיות, החברתיות, המוטוריות והפסיכו-מוטוריות של הילד, והיא מהווה אבן בוחן להתפתחות תקינה. הערכת 'הניעה לשליטה' יכולה גם לשמש כשתית לכל תוכנית התערבות טיפולית.

מטרת המחקר: לחקור באיזה מידה הגורמים האינטרה והאינטר-פרסונליים משפיעים על 'הניעה לשליטה', ובאיזו מידה ניתן לשלוט בהם ולצפות אותם.

השיטה: 30 פגים ו-20 ילדים שנולדו במועד נבדקו במבחן Griffith (החלק הביצועי) במרפאת פגים בתל השומר. ההערכה נעשתה באמצעות חמישה שאלונים - כולל שאלון חוקרת ושאלון הורים להערכת 'הניעה לשליטה'. המחקר מתבסס על הגישה האקולוגית, המסבירה את יחסי הגומלין של הפרט עם הסביבה הקרובה והסביבות השונות. נעשה שימוש בשאלוני: טמפרמנט, ויסות חושי ושאלון דמוגרפי שהותאם למחקר זה.

תוצאות המחקר: הממצאים מוכיחים כי קיים קשר בין רמת 'הניעה לשליטה' ובין רמת התפתחות הילד בכל הרכיבים האקספרסיביים והאינסטרומנטליים של 'הניעה לשליטה' בשאלון חוקרת. בעוד שילדים במועד הראו נטייה להישגים גבוהים יותר בביצוע המטלות, קבוצת הפגים הראו הישגים פחות טובים על פי המצופה בגילם המתוקן. כמו כן, מתוצאות המחקר עולה כי ישנם הבדלים באופן בו הורים לפגים מעריכים את ילדם בהשוואה להערכת החוקרת. על פי אותו שאלון, הורים לפגים מעריכים את ילדם במידה יותר גבוהה בהשוואה להערכת החוקרת ובהשוואה להערכת הורים לילדים במועד.

לגבי השפעת הטמפרמנט, בניגוד להשערת המחקר, נמצאו הבדלים בין קבוצות המחקר. אצל הפגים בשאלון החוקרת, לא נמצאו קורלציות בין רמת ההסתגלות (טמפרמנט) ו'הניעה לשליטה'. לעומת זאת, אצל פעוטות שנולדו במועד, ציון יותר גבוה ב'הניעה לשליטה' נמצא בהתאמה לציון נמוך במדדי טמפרמנט, שמראים על יכולת הסתגלות יותר גבוהה. ממצא זה מראה כי אכן יש קשר בין טמפרמנט ובין היכולת להתמודדות עם מטלות ('הניעה לשליטה'). בקבוצת הפגים המרכיב המשמעותי אינו הטמפרמנט אלא הקשיים הרגשיים ומוסחות הקשב - גורמים אלה משפיעים על היכולת הפגים להתמודדות עם המטלות. בשאלון הורים היה דמיון רב יותר בין הקבוצות. יתכן כי ההבדל בקשרים בין 'הניעה לשליטה' לבין טמפרמנט, נובע מן ההבדל שבהערכת ה'הניעה לשליטה' בין החוקרת להורים.

מסקנות: הערכת 'הניעה לשליטה' חשובה לאבחון וטיפול. במחקר נמצא הבדל בין הערכת הורי פגים לבין הערכת החוקרת את הפגים במרכיבי 'הניעה לשליטה'. פעוטות במועד מראים יותר בשלות להתמודדות עם מטלות. כמו כן, לטמפרמנט יש השפעה על התמודדות עם מטלה במרכיב המסוגלות אצל פעוטות במועד. ממצאים אלה יכולים לשמש מוקד התייחסות בטיפול ובהערכה.

'הניעה לשליטה' כוללת את הרצון לשליטה על הסביבה החיצונית והפנימית והיא מלווה בהנאה מגילוי היכולת, אך תלויה במשוב חיובי מן הסביבה. 'הניעה לשליטה' היא בסיס להתפתחות תקינה ולהתפתחות תחושת המסוגלות האישית ומקנה לפרט את החוויה שהוא "סוכן הנסיבות של

וקבוצת (AFO, N=11). נערכו שלוש בדיקות, בתחילת המחקר ולאחר ארבעה שבועות ולאחר שלושה חודשים.

מדדים: מדדי זמן ומרחק להליכה, מדדי סימטריה, רישום פעילות שרירית דינאמית, מבחן 10 מטרים להליכה, Functional Ambulation scale, time up and go (TUG), סקלת (FAC), Classification (FAC), visual analog scale (VAS) למדידת תפיסת הנבדק את מידת השיפור בהליכה, ומדד שש דקות הליכה משולב עם מדידת דופק.

תוצאות: נצפה שיפור בשתי הקבוצות של רוב מדדי המחקר. לא נמצאו הבדלים משמעותיים במדדי ההליכה בין הקבוצות. הסימטריה של ה-swing duration and step length נמצאה טובה יותר אחרי 12 שבועות בקבוצת ה-FES. תפיסת הנבדק את השיפור של ההליכה נראתה טובה יותר בשלבים מוקדמים בקבוצת ה-FES לעומת קבוצת ה-AFO שהורגש בה השיפור בצורה משמעותית רק בבדיקה האחרונה.

מסקנות: מכיוון שלא נמצאו הבדלים משמעותיים בין שתי הקבוצות ברוב המדדים שנבדקו, ניתן להסיק כי הטיפול ב-FES בשלב התת-חריף יעיל לפחות כמו טיפול קונבנציונלי ב-AFO בשלב התת-חריף. עוד ניתן לומר כי השינוי המהיר בתפיסת השיפור בהליכה עשוי אולי להוות מרכיב המשפר מוטיבציה שהוא מאיץ ומשפר את התהליך השיקומי.

השלכות טיפוליות: מטופלים לאחר אירוע מוחי עם צניחת כף רגל יכולים להרוויח מטיפול ב-FES כבר בשלבים התת-חריפים.

מילות מפתח: צניחת כף רגל, סד קרסול, גירוי חשמלי פונקציונאלי, אירוע מוחי, תת-חריף, שיקום הליכה

מימון: otto bock, Austria

אישור אתיקה: ועדת הלסינקי, בית חולים הדסה
HMO-0223-13

ההתרחשויות". הוספת רכיבי הניעה לשליטה' בהערכת הישגי הילד יוכלו לשמש כיוון לכלי התערבות טיפולית בתחום הפיזיותרפיה.

מילות מפתח: הניעה לשליטה, פגים, טמפרמנט, מסוגלות, גישה אקולוגית, יכולת

השוואה בין שיטות טיפול לשיקום ההליכה אצל חולים לאחר אירוע מוחי בשלב התת-חריף הלוקים בצניחת כף הרגל

נעמה קרניאל^{1,2}, איזבלה שוורץ³, איתן רווה⁴, נירית רותם לרר¹, סיגל פורטנוי^{4,3}

1. מחלקת פיזיותרפיה, בית החולים הדסה

2. מחלקת פיזיותרפיה, אוניברסיטת תל אביב

3. מחלקת שיקום, בית החולים הדסה

4. מחלקת ריפוי בעיסוק, אוניברסיטת תל אביב

רקע: צניחת כף הרגל (Drop foot) מתרחשת אצל כחמישית מאוכלוסיית הלוקים באירוע מוחי. השיטה המקובלת לטיפול בצניחת כף הרגל היא בעזרת סד קרסול (AFO). שיטה נוספת היא באמצעות גירוי חשמלי פונקציונלי (FES) היוצר כיווץ בשריר הפגוע מרכזית, על ידי גירוי חשמלי פריפרי לעצב. כמה מחקרים בדקו אפשרות של גירוי חשמלי כטיפול בצניחת כף הרגל והוכיחו את יעילותו בשלבים הכרוניים שלאחר אירוע מוחי.

מטרת המחקר: להשוות מדדי הליכה כמותיים בין שתי שיטות טיפול, סד קרסול ו/או שמיניה לעומת FES, לשיקום הליכה במטופלים בשלב התת-חריף לאחר אירוע מוחי עם צניחת כף הרגל.

שיטות: מחקר חלוץ, אקראי, פרוספקטיבי, מבוקר, המשווה בין שתי קבוצות.

עשרים ואחד מטופלים בשלב התת-חריף לאחר אירוע מוחי עם צניחת כף רגל חולקו לשתי קבוצות, קבוצת FES (N=10)

שחיקה נפשית בקרב פיזיותרפיסטים - סקירת ספרות

הילי רוזנבלום, פיזיותרפיסטית, M.P.H., B.P.T., כללית, בית שמש, ישראל

רקע: שחיקה נפשית היא בעיה נפוצה בקרב העוסקים במקצועות השירות בכלל, ובקרב עובדי הבריאות בפרט. נושא זה נחקר גם בקרב פיזיותרפיסטים, אולם ככל הידוע לנו לא נעשתה עד כה סקירת ספרות בנושא.

מטרות: לבדוק את רמות השחיקה הנפשית של פיזיותרפיסטים בשלושה ממדים: תשישות רגשית, דפרסונליזציה והגשמה אישית פחותה, להשוות בין רמות השחיקה של פיזיותרפיסטים לאלו של הצוות הרפואי ושל האוכלוסייה הכללית, לזהות אלו משתנים הם בעלי קשר לשחיקה בקרב פיזיותרפיסטים, והאם קיימות התערבויות שהוכחו כיעילות בהפחתת השחיקה בקרב פיזיותרפיסטים.

שיטות: חיפוש במאגרי המידע: Medline, Cinahl, Psycinfo, Google Scholar, כתב העת לפיזיותרפיה בישראל (JIPTS) וסקירת עבודות גמר ודוקטורט באוניברסיטת תל-אביב עד מרץ 2018. קריטריוני הכללה כללו מחקרי חתך, מחקרי אורך וסקירות ספרות, שעסקו בפיזיותרפיסטים או בצוות רב-תחומי שכלל פיזיותרפיסטים ושפורסמו באנגלית או בעברית, עם גישה למאמר המלא.

תוצאות: נמצאו עשרים ושבעה מאמרים, אשר כללו אוכלוסייה של 4,721 פיזיותרפיסטים מארבע יבשות וחמש עשרה מדינות. לפי סולם "מלאי השחיקה" של Maslach, רמת השחיקה בקרב פיזיותרפיסטים הייתה נמוכה עד גבוהה בשלושת הממדים. מכיוון שהרמה לא הייתה אחידה, לא ניתן היה לערוך השוואה בין אוכלוסייה זו לאוכלוסייה הכללית ולצוות הרפואי. המשתנים העיקריים שנמצאו כמנבאים לשחיקה אצל פיזיותרפיסטים היו: גיל, ותק מקצועי ופעילויות לשם התפתחות מקצועית. זיהוי התערבויות להורדת רמת השחיקה בקרב פיזיותרפיסטים לא הייתה אפשרית מאחר שרובם המכריע של המחקרים שנעשו על צוותים רפואיים לא כללו פיזיותרפיסטים, מה שמנע הסקת מסקנות.

מסקנות: נמצא כי בקרב פיזיותרפיסטים קיימת שחיקה נפשית ברמה נמוכה עד גבוהה בשלושת ממדיה. לאור המנבאים לשחיקה שנמצאו, מומלץ כי פיזיותרפיסטים וארגונים יפעלו להפחתת השחיקה בקרב עובדים צעירים ויעודדו למידה לשם התפתחות מקצועית. יש מקום להמשיך ולחקור את הנושא כדי לבסס את המשתנים שנמצאו כמנבאי שחיקה, לבחון את נושא המחויבות לעבודה ולבדוק את יעילותן של ההתערבויות למניעה וטיפול בשחיקה בקרב פיזיותרפיסטים.

מילות מפתח: שחיקה נפשית, פיזיותרפיסטים

עשור לחוק הסדרת העיסוק במקצועות הבריאות 2008: הסדרת המקצוע ומגמות משאבי האנוש בפיזיותרפיה בישראל

גילה שחר¹, פאולה פדר-בוביס²

1. משרד הבריאות, המחלקה הארצית לפיזיותרפיה
2. המחלקה לניהול מערכות בריאות, הפקולטה למדעי הבריאות והפקולטה לניהול על-שם גילפורד גלייזר, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב

רקע: בעשורים האחרונים חלה התמקצעות (professionalization) בכל מקצועות הבריאות בעולם ובישראל. ההתמקצעות התייחסה להיבט המבני (structural) (תוכנית ההכשרה המקצועית ותנאי הקבלה) ולהיבט האידיאולוגי (attitudinal) (העקרונות והגישה של המקצוע מבחינה אתית, ערכית וחברתית).

"חוק הסדרת העיסוק במקצועות הבריאות" (2008) (להלן "החוק") מעגן בחוק את התמקצעות הפיזיותרפיה בישראל. החוק נועד להבטיח רמה מקצועית נאותה של העוסקים במקצוע ולהגן על בריאות הציבור. עיקרי החוק מתייחסים לייחוד התואר, לייחוד הפעולות, לתפקידי הוועדה המייעצת, לחובות האמון ולאתיקה המקצועית, להוראות המשמעת ולהסדרת הפיקוח על בעלי תעודות המקצוע.

המלצות: החוק קידם את ההסדרה המבנית של מקצוע הפיזיותרפיה בישראל. יחד עם זאת, יש להמשיך להעריך את ההתמקצעות בהיבטים האידיאולוגיים לשם השגת המטרות הכוללניות של תהליך ההסדרה המקצועית.

מילות מפתח: הסדרה מקצועית, משאבי אנוש בפיזיותרפיה, מדיניות

מימון: המחקר נערך במימון המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות

יכולת הכיווץ והתפקוד של שרירי רצפת האגן והמודעות להם בקרב נשים מתעמלות, שמקבלות הוראות חוזרות לכיווץ שרירים אלו

תמר שרון סבן^{1,2}, ד"ר גלי דר¹
1. החוג לפיזיותרפיה, אוניברסיטת חיפה
2. שירותי בריאות כללית, פיזיותרפיה

רקע: תרגול שרירי רצפת האגן (שר"א) מומלץ כקו ראשון לטיפול בנשים הסובלות מאי-נקיטת שתן (דליפת שתן) במאמץ. אולם חלק מן הנשים אינן מצליחות לכווץ את שר"א באופן יזום. חסר מידע בנוגע להשפעה האפשרית של הוראות חוזרות לכיווץ שר"א על יכולת הכיווץ והתפקוד של שר"א ועל המודעות להם.

מטרה: לבדוק אם הוראות חוזרות לכיווץ שר"א במהלך שיעורי התעמלות יתרמו לשיפור רמת המודעות של הנשים ליכולתן לכווץ שרירים אלו ולשיפור יכולת הכיווץ והתפקוד של שר"א.

שיטות: המחקר כלל נשים שהשתתפו בשיעורי פילאטיס במשך שנה אחת לפחות. 23 נשים בקבוצת המחקר קיבלו הוראות חוזרות לכיווץ שר"א במהלך השיעורים, ו-26 נשים בקבוצת הביקורת לא קיבלו הוראות כאלה. יכולת הכיווץ והתפקוד של שר"א הוערכו באמצעות אולטרסאונד בגישה בטנית. ההערכה נעשתה במנח של שכיבת קירוס, בארבעה מצבים: א. מנוחה, ב. כיווץ יזום של שר"א, ג. הרמת הברך

מטרות: א. למפות את ההיבטים במקצוע הפיזיותרפיה שנכללו בתהליך יישום החוק; ב. לתאר מגמות בתמהיל הפיזיותרפיסטים מאז החלת החוק.

שיטות: נערך מחקר משולב שיטות המורכב מ: (א) ניתוח תוכן איכותני לבחינת ההיבטים החוקתיים והמשפטיים של החוק לגבי המקצוע באמצעות סקירת מסמכים, כגון תקנות, תוספות, תיקונים, הוראות מעבר, דיונים משפטיים, תלונות משמעת ועבודת הוועדה המייעצת; (ב) ניתוח סטטיסטי, המבוסס על מאגר המידע של משרד הבריאות, של כלל אנשי המקצוע בפיזיותרפיה בישראל אשר נועד להערכת מגמות המשאב האנושי במקצוע (כמותני).

תוצאות: משרד הבריאות אחראי על יישום החוק ותהליך ההסדרה. לפי החוק כל פיזיותרפיסט חייב להיות בעל תעודת מקצוע. תעודת המקצוע ניתנת לפיזיותרפיסטים שלמדו במוסדות אקדמיים מוכרים, בישראל ובחו"ל, ועברו בהצלחה בחינת רישוי ממשלתית. כללי הבחינה נקבעו בחוק; החוק לא קבע תנאים או דרישה לחידוש תעודת המקצוע; החוק מצייין שקיימת אפשרות לקבוע תחומי מומחיות בפיזיותרפיה; במהלך השנים נקבעו תקנות לחוק ופורסמו תוספות, תיקונים והוראות שעה.

ניתוח מגמות כוח האדם בפיזיותרפיה מצביע על עלייה מתמדת במספר הפיזיותרפיסטים בעלי תעודת מקצוע מאז החוק, מ-1,008 בשנת 2009 ל-6,453 בשנת 2018. כמו במדינות אחרות בעולם, מרבית בעלי תעודת המקצוע הן נשים, ושיעור הגברים עלה מ-23% בשנת 2009 ל-32% בשנת 2018. ניתן לתאר את מקצוע הפיזיותרפיה כ"צעיר", שכן כ-66% מבעלי תעודת המקצוע בישראל הם מתחת לגיל 44. שיעור הפיזיותרפיסטים שלמדו מחוץ לישראל עלה מ-16.4% ל-20.6%.

מסקנות: תיקוני החקיקה שנקבעו מאפשרים את יישום החוק והשגת מטרותיו ובכך מקדמים את ההסדרה המבנית של המקצוע בישראל מאז החלת החוק. יישום החוק הוא תהליך מתמשך; ההסדרה המבנית נעשית במערכת הבריאות הציבורית ומבטיחה את הכשירות החוקית המקצועית של בעלי המקצוע. לאור מגמות בכוח האדם, צפוי בישראל היצע מספק של פיזיותרפיסטים לעשור הקרוב.

מילות מפתח: שרירי רצפת האגן, דליפת שתן, בריאות האישה

אישור אתי: אישור מס' 225/16 מטעם ועדת האתיקה של הפקולטה למדעי הרווחה והבריאות, האוניברסיטה של חיפה.

*These abstracts were presented at WCPT Congress 2019 in Geneva, Switzerland and published in English by the World Confederation for Physical Therapy (WCPT). They have been translated with permission by the Journal of the Israeli Physical Therapy Society (JIPTS). WCPT is not responsible for the translation or for any errors or changes to content from the original English text which can be accessed at <https://www.abstractstosubmit.com/wcpt2019/archive/#/home>

לכיוון החזה, ד. הרמת הברך לכיוון החזה עם הוראה לכווץ את שר"א. המודעות הוערכה בו-זמנית, על-פי דיווח של הנשים לגבי יכולתן לכווץ את שר"א בכל אחד מן המצבים. המודעות נחשבה כטובה אם הדיווח הסובייקטיבי תאם את תוצאות הבדיקה האובייקטיבית.

תוצאות: לא נמצא הבדל בין הקבוצות ביכולת הכיווץ והתפקוד של שר"א ולא ברמת המודעות של הנשים ליכולת הכיווץ. בשתי הקבוצות כחמישית מהנשים לא הצליחו לכווץ את שר"א באופן יזום, אולם אף אחת לא דחפה את רצפת האגן. רוב הנשים (91.3%) לא כיווצו את שר"א בעת הרמת הברך לכיוון החזה, גם אם התנועה גרמה לדחיפה של רצפת האגן (30.4% מהמקרים). הוראה לכווץ את שר"א במהלך הרמת הברך מנעה את הדחיפה בקרב שני שלישים מן הנשים אצלן רצפת האגן נדחפה בהיעדר הוראה זו. אצל כחמישית מהנשים (19.6%) לא הייתה התאמה בין הדיווח הסובייקטיבי לתוצאות הבדיקה האובייקטיבית.

במהלך המחקר נצפה אצל חלק מן הנשים כיווץ-יתר של שרירי הבטן (bracing) בעת הרמת הברך אל החזה עם כיווץ שר"א. נשים בקבוצת הביקורת נטו להשתמש בכיווץ-יתר יותר מאשר נשים בקבוצת המחקר (50% לעומת 22.7% בהתאמה, $p=0.056$).

מסקנות: הוראות חוזרות לכיווץ שר"א לא שיפרו את יכולת הכיווץ והתפקוד של שר"א וגם לא את המודעות ליכולת הכיווץ. עדיין יש מקום להמליץ לחזור ולהורות לנשים לכווץ את שר"א במהלך הדרכה לתרגול, כיוון שהוראות כאלה יכולות למנוע דחיפה של רצפת האגן, לפחות אצל חלק מהנשים. בנוסף, נשים שקיבלו הוראות חוזרות לכווץ את שר"א נטו לשלוט על הכיווץ בקלות רבה יותר, ללא צורך ב-bracing של שרירי הבטן.

השלכות טיפוליות: מומלץ לפיזיותרפיסטים לחזור ולהנחות מטופלות לכווץ את שר"א במהלך הדרכת תרגילים, כיוון שהוראה מפורשת כזאת יכולה למנוע דחיפה של רצפת האגן וכך אולי למנוע נזק עתידי.