

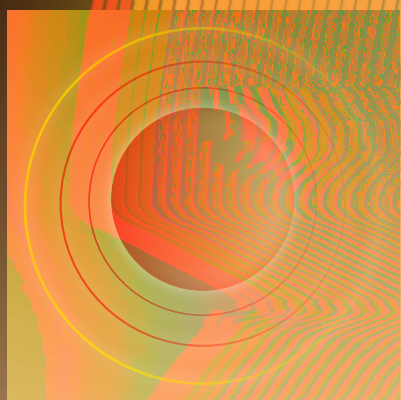
כתב עת

לפיזיותרפיה

אפריל 2023

כרך 25 גליון מס' 1

ISSN 2518-9646



כתב עת
העמותה לקידום
הפיזיותרפיה בישראל

תוכן העניינים

מאמר מערכת

הפיל שבחדר

פרופ' (אמריטה) יוכבד לויפר BSc, DSc 2

ממבט אישי

עוד לא תמו כל פלאיך

דניה חופי BPT, MScPT, יוכבד (יוכי) לויפר BSc, DSc 4

תיאור מקרה

כאבי אגן בהיריון: תיאור מקרה של פקקת וריד פמורלי

לילך בן דרור BPT 10

כאבי גב ואגן בהיריון. כשאבחון מוקדם חשוב: תיאור מקרה

עדי עמית דויד BPT, P.G. Dip. Manual Therapy 16

מאמר מחקרי

תרגום לעברית והתאמה תרבותית ושפתית של שאלון לדיווח עצמי שנועד למדידת החומרה של נורופתיה מושרית-כימותרפיה והשלכותיה

הדס אופק BPT, PhD, ניקול אסרף BPT, MSc 24

רואים עולם

ערכה את המדור: ד"ר סמדר פלג BPT, PhD 32

ניירות עמדה בפיזיותרפיה

שמירה ראויה על גבולות המגע בטיפולי פיזיותרפיה

באדרה נעאמנה-אבו אלהיג'א BPT, MPH 36

מדור כלי מדידה והערכה

כלי סינון של הפרעת חרדה כללית (Generalized Anxiety Disorder)

מיכל אלבוים-גביון BPT, PhD 44

מבט על מנקודת ראות מקצועית

נוגעים בזה - הטרדה מינית בפיזיותרפיה

נגה גל, BPT, MSc, MBA 49

כרך 25, גליון מס' 1

אפריל 2023

ISSN 2518-9646

בשער: © www.unsplash.com

כתב העת מתפרסם באופן קבוע שלוש פעמים בשנה
בחושים: אפריל, אוגוסט ודצמבר

העמותה לקידום

הפיזיותרפיה בישראל

עמותה מס' 580199511

www.ipts.org.il

עורכת ראשית:

פרופ' (אמריטוס) יוכבד לויפר,

D.Sc, אוניברסיטת חיפה

מו"ל:

העמותה לקידום

הפיזיותרפיה בישראל

כתב עת
העמותה לקידום
הפיזיותרפיה בישראל

מחלקת מודעות:

העמותה לקידום הפיזיותרפיה בישראל

דוא"ל: iptsoffice@gmail.com

עיצוב ועימוד סטודיו נאווה מוסקו

טל': 02-9991780, נייד: 052-3247808

navamos@gmail.com

www.navamosko.com

כתובת המערכת:

משרדי העמותה לקידום הפיזיותרפיה

רח' וייסבורג 17, תל-אביב 6935827

טל': 03-6888104, פקס: 03-6888107

© כל הזכויות שמורות לעמותה לקידום הפיזיותרפיה בישראל. אין המערכת אחראית לתוכן המודעות.

קוראים יקרים,

הפיל שבחדר...

בקדנציה הראשונה שלי כעורכת של כתב העת (2008-2012) נהגתי, כמקובל בכתבי עת מדעיים רבים, להציג ב"דבר העורכת" את נושאי המאמרים המופיעים בגיליון. מי שגמלה אותי מן הנוהג הזה הייתה גב' יוספה דנציגר ז"ל, הפיזיותרפיסטית הראשית הראשונה במשרד הבריאות, שנפטרה בשנת 2009.

יוספה הייתה פיזיותרפיסטית רבת-פעלים, בוגרת המחזור הראשון של לימודי הפיזיותרפיה בישראל. היא נודעה לא רק בכך שהובילה את המקצוע לידי הישגים רבים אלא גם כאישה חדת מחשבה ולשון. בלי למצמץ היא אמרה לי שהצגת המאמרים ב"דבר העורכת" היא פשוט משעממת ומיותרת: כל אחד יכול לעיין בתוכן העניינים ובתקצירים, ולהבין מה הגיליון כולל. להשקפתה, "דבר העורכת" נועד לאפשר לעורכת למשוך אליה את הקוראים, לחדש, להאיר ולהשפיע. לא יכולתי שלא להסכים עם יוספה, וכרגיל להעריך את ישירותה ואת היושרה שלה.

אודה כי מאז החלטתי לקבל את המלצתה של יוספה, כתיבת "דבר העורכת" הפכה עבורי לתהליך מאתגר. בגיליון זה החלטתי לבחור בשניהם: גם לתאר בקצרה את נושאי המאמרים, וגם לפתוח צוהר לנושא אקטואלי אשר חייב להעסיק ולהדאיג את ציבור הפיזיותרפיסטים בישראל. אני מאמינה שהסיבה לכך תתברר מיד.

מאמרם של הדס אופק וניקול אסרף (עמודים 24-31) מציג שאלון הנמצא בשימוש רחב בעולם אשר עבר תהליך מובנה ויסודי של התאמה תרבותית ושפתית לדוברי העברית. השאלון נועד להעריך את החומרה של נירופתיה הנגרמת עקב טיפולי כימותרפיה, ואת השלכותיה על המטופל, כדי לסייע בהתאמת הטיפול לצרכיו. אף על פי שלא נערכה בדיקה של מהימנות ותקפות השאלון, הוא יכול להוות בסיס ראשוני למעקב קליני וגם למחקרי-המשך מעמיקים יותר.

המאמרים של עדי עמית דויד (עמודים 16-23) ושל לילך בן דרור (עמודים 10-15) הם תיאורי מקרה מתחום בריאות

האישה, העוסקים בנשים הרות שהופנו לפיזיותרפיה עם אבחנה סתמית של כאבי אגן וגב הקשורים להיריון, והתבררו כסיבוכים נדירים. שני מקרים אלה זוהו, תוארו וטופלו בהצלחה בזכות המקצועיות והערנות של שתי הקלינאיות כותבות המאמרים. שיתוף הקוראים בתיאורי המקרה הללו יכול לא רק לאפשר לעמיתנו לזהות מצבים דומים, אלא גם להוות מקרים לדוגמה עבור סטודנטים/פיזיותרפיסטים ורופאים כדי שיוכלו לקבל החלטות קליניות רלוונטיות במועד. כפי שצינתי בעבר, אני רואה חשיבות רבה בהצגת תיאורי מקרה קליניים עבור קוראי כתב העת.

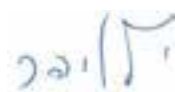
אין לי ספק שפיזיותרפיסטים רבים נתקלו במקרים אשר יכולים לשמש השראה לאחרים. ליווי של קלינאים שאינם מתורגלים בכתיבה מדעית בתהליך הכתיבה הוא בעיניי שליחות. ברצוני לעודד עמיתים ששוקלים לפרסם תיאורי מקרה לפנות אליי להתייעצות.

המאמר הפותח גיליון זה (עמודים 4-9) הוא סיכום של ריאיון אישי שנערך עם גב' שולמית (שולה) ורנר, מאושיות מקצוע הפיזיותרפיה בישראל אשר חגגה זה לא כבר את יום הולדתה התשעים. המאמר מתאר את מסלול צמיחתה והתפתחותה האישית והמקצועית במקביל להתפתחות מקצוע הפיזיותרפיה בישראל. שולה הובילה פריצות דרך והישגים רבים, והטביעה חותמה על המקצוע במהלך כ-65 שנים. אך אין ספק שגולת הכותרת הייתה הקמת בית הספר לפיזיותרפיה במרכז הרפואי שיבא בשנת 1976. משרד הבריאות התנה את פתיחתו של בית הספר בכך שמקצוע הפיזיותרפיה יקבל הכרה כמקצוע אקדמי לכל דבר. בהובלת שולה נבנתה תוכנית לימודים עשירה בתכנים אקדמיים מעולם מדעי החברה והרפואה, התואמת סטנדרטים בינלאומיים. המאבק למען הכרה אקדמית בתוכנית מול סנאט אוניברסיטת תל אביב היה קשה, וצלח בזכות הסיוע של חברי סגל בכירים מן הפקולטה לרפואה. בשנת 1978 נפתח לראשונה החוג לפיזיותרפיה באוניברסיטת תל אביב, אשר הקנה תואר ראשון בפיזיותרפיה והיווה פריצת דרך לכל תוכניות הלימודים לפיזיותרפיה בארץ.

ומהו "הפיל שבחדר" שעליו מרמזת כותרת דבריי כאן?

למרבה הצער והאירוניה, לאחר כמעט יובל שנים שבהן הפיזיותרפיה היא מקצוע אקדמי מדעי משגשג מאוד, עד שכמה אוניברסיטאות בישראל מעניקות תואר שני ושלישי

אני ערה לתגובות על הנושא הן ברשתות חברתיות והן בקבוצות עניין שונות, וגם למאמצים שעושים במשרד הבריאות, באיגודים המקצועיים ובמסגרות שונות אחרות כדי להעביר את רוע הגזרה. חשוב לי גם להדגיש כי אין בדבריי אלו משום נקיטת עמדה פוליטית. אני מביעה חשש כבד למעמד של מקצועות הבריאות בישראל ולאיכותם. זו קריאה לציבור שהמקצוע שלנו יקר לו למצוא דרכים כדי למנוע פגיעה חמורה זו במקצועות הבריאות וגם בציבור המטופלים שעל בריאותם ואיכות חייהם אנו אמונים - אל לנו להתעלם מן הפיל שבחדר!



יוכבד (יוכי) לויפר

עורכת כתב העת לקידום הפיזיותרפיה

פרופ' (אמריטוס), החוג לפיזיותרפיה, אוניברסיטת חיפה

yochy.laufer@gmail.com

בפיזיותרפיה, לאחר שבשנת 2008 (תשס"ח) נכנס לתוקפו חוק הסדרת העיסוק במקצועות הבריאות, המחייב תואר ראשון בפיזיותרפיה ממוסד מוכר וציון עובר בבחינה ממשלתית בחסות משרד הבריאות כתנאי לעיסוק במקצועות אלו, ישנם היום גורמים פוליטיים המבקשים להחזיר את הגלגל אחורה. על פי הצעה שנכללה בהסכמים הקואליציוניים, יש לאפשר פיתוח תוכניות לימודים במקצועות הבריאות, ובכללן פיזיותרפיה, שאינן תחת פיקוח המועצה להשכלה גבוהה. אין ספק שמאחורי הצעות החוק האלו מסתתרים אינטרסים שונים. אבל דבר אחד ברור וגלוי - אישורו של החוק הזה משמעו פגיעה ביכולתה של המדינה להבטיח רמה מקצועית הולמת של העוסקים במקצועות הבריאות (פיזיותרפיה, קלינאות תקשורת וריפוי בעיסוק) ולהגן על בריאות הציבור. אישור החוק יפגע לא רק בזכות הבסיסית של תושבי ישראל לבריאות ולאיכות חיים, אלא גם בקידום ופיתוח מקצועות אלו ובהכרה הבינלאומית ברמתם המקצועית בישראל. יש הטוענים שניתן לגשר על הפער בין היכולות של בוגרי תוכניות שאינן בפיקוח נאות ובין היכולות של בוגרי תוכניות המוכרות על ידי המועצה להשכלה גבוהה על ידי התניית פיקוח במקום העבודה. אבל בתוך עמנו אנו יושבים, ומהר מאוד נהיה עדים למקומות שבהם עובד מוסמך אחד "מפקח" על מחלקה שלמה. כבר זכיתי בעבר לתואר "נאיבית", אבל אני מתקשה להבין את המניע של מצדדי התיקון לחוק משום שברור שמי שייפגע יותר מכול הוא דווקא הציבור שאותו הם מייצגים.

עוד לא תמו כל פלאיך

דניה חופי BPT, MScPT¹, יוכבד (יוכי) לויפר BSc, DSc²

¹ מנהלת בית הספר לפיזיותרפיה, המרכז הרפואי ע"ש שיבא, החוג לפיזיותרפיה, אוניברסיטת תל אביב
² פרופ' אמריטוס, החוג לפיזיותרפיה בפקולטה למדעי הרווחה והבריאות, אוניברסיטת חיפה

כישורי מנהיגות מובהקים שבזכותם השכילה לסחוף רבים למימוש חזונה.

שולה הייתה פורצת-דרך בתחומים רבים של המקצוע, ובהם הבנת החשיבות הטמונה בטיפול פיזיותרפי בקהילה, בקידום בריאות האישה בפיזיותרפיה, בביסוס תהליך ההכשרה הקלינית, ועוד. בשנת 1976 היא הקימה וניהלה את בית הספר לפיזיותרפיה במרכז הרפואי שיבא-תל השומר. בתוקף תפקידה היא מילאה תפקיד נכבד בהשגת ההכרה בפיזיותרפיה כמקצוע אקדמי לכל דבר. הכרה זו הביאה בשנת 1978 להקמת החוג לפיזיותרפיה באוניברסיטת תל אביב כחוג אקדמי המשלב השכלה מקצועית, הכשרה קלינית ופיתוח מחקר.

אהבתה העצומה למקצוע והשמחה שליוותה אותה במהלך עשייתה נובעות מתוך אמונה עמוקה כי ביכולתה לשנות עולמות. שולה ממשיכה להטביע חותם עמוק בסובבים אותה, לעורר השראה בחשיבתה האנליטית, בתפיסת העולם המפוכחת שלה ובחוש ההומור המפותח שבו ניחנה. עוד לא תמו כל פלאיה.

כתבה זו מוקדשת לזכרו של אברהם ורנר ז"ל, בעלה האהוב של שולמית במשך 70 שנה ואבי ארבעת ילדיהם, אשר נפטר בשיבה טובה ב-3 בפברואר 2023, בעת הכנת כתבה זו. יהי זכרו ברוך.

תקציר

הגב' שולמית (שולה) ורנר, היא מאושיות מקצוע הפיזיותרפיה בישראל, אשר הטביעה את חותמה על המקצוע במשך כ-65 שנים. בעקבות יום הולדתה התשעים ערכו הכותבות ריאיון עמה על אודות מסלול צמיחתה והתפתחותה האישית והמקצועית כעדה לראשית צמיחתו בישראל של מקצוע הפיזיותרפיה.

שולה נולדה באוסטריה בשנת 1932, ואת לימודיה היסודיים והתיכוניים עשתה בירושלים בשלהי מלחמת העצמאות. מיד לאחר קום המדינה התעורר הצורך בהכשרת אנשי מקצוע בתחום הפיזיותרפיה הן כדי להתמודד עם מספרם הרב של פצועי מלחמת השחרור, מגפות הפוליו ששטפו את הארץ והבעיות הבריאותיות שאיתן התמודדו פליטי השואה והעולים החדשים שהגיעו לארץ, וגם בשל התפתחותו של תחום השיקום בעולם.

בשנת 1953 נפתח בבית החולים אסף הרופא בית הספר לפיזיותרפיה ביוזמת משרד הבריאות ובתמיכת ארגון הבריאות העולמי. בבית הספר הזה למדו על פי תכנית תלת-שנתית אשר הקנתה לתלמידיה דיפלומה בפיזיותרפיה, והתבססה על התקן של ארגון הבריאות העולמי. שולה היא בוגרת המחזור השני של תכנית זו. עד מהרה התגלתה שולה כאשת מקצוע מעולה, כבעלת חשיבה מעמיקה ומקורית וראייה הוליסטית רחבה לגבי תפקיד המקצוע במערך שירותי הבריאות בישראל. וחשוב לא פחות - היא התגלתה כבעלת

הספר "מעלה", וזכתה כמקובל אז לתעודת בגרות של הוועד הלאומי.

בשנת 1948, בזמן המצור על ירושלים, התגייסו בני הנוער כחיילים או שהתנדבו לגדנ"ע. שולה, שהייתה אז תלמידת כיתה י"א, נשלחה לסייע כ"כלבוניקית" בחדר המיון של בית חולים הדסה הר הצופים בירושלים. בבית החולים היא עשתה שליחויות, שימשה כמזכירה רפואית וכטלפוניסטית וגם הייתה כוח עזר.

מיד לאחר קום המדינה גבר הצורך בהכשרת אנשי מקצוע בתחום הפיזיותרפיה. זאת כדי להתמודד עם האתגרים השיקומיים שנוצרו עקב מספרם הגדול של פצועי מלחמת השחרור, מגפות הפוליו ששטפו את הארץ בראשית שנות החמישים והבעיות הבריאותיות שהתמודדו איתן פליטי השואה והעולים החדשים. כל זה במקביל להתפתחות תחום השיקום באירופה.

מערכת הבריאות בארץ פעלה בדרכים שונות כדי לתת מענה הולם לאנשים הזקוקים לשיקום. "קופת חולים" (של ההסתדרות הכללית) קיימה בתחילת שנות החמישים קורסים קצרים להכשרת פיזיותרפיסטים מעשיים שהיו כפופים להנחיות רפואיות. הקורסים נמשכו בין שלושה לשישה חודשים, והמרצים היו רופאים פיזיקליים של קופת חולים הכללית.

במקביל, נבנו מסלולי הכשרה לפיזיותרפיסטים ביוזמת משרד הבריאות. בית הספר לפיזיותרפיה בבית החולים אסף הרופא נפתח בשנת 1953 בניהולה של דיאנה קיד, פיזיותרפיסטית מוסמכת ומנוסה מאוד מבריטניה, שהגיעה לארץ לשנתיים בשליחות מקצועית-הומניטארית מטעם ארגון הבריאות העולמי. תוכנית הלימודים הייתה תלת-שנתית, והתבססה על התקן של ארגון הבריאות העולמי. כאשר עזבה החליפה את מקומה סנדרה סייבר אילן, פיזיותרפיסטית מוסמכת מדרום אפריקה. בתום שלוש שנות לימוד קיבלו בוגרי התוכנית דיפלומה של פיזיותרפיסטים מוסמכים.

נוסף על כך, משרד הבריאות הפעיל קורס השלמה חד-פעמי של שנה וחצי, שנועד לאנשים חסרי הכשרה פורמלית בעלי ניסיון של שנתיים לפחות בעבודה מעשית הקשורה

הגב' שולמית (שולה) ורנר מאושיות מקצוע הפיזיותרפיה בישראל חגגה זה לא כבר את יום הולדתה התשעים. לרגל האירוע, התקיים לכבודה יום הוקרה בחוג לפיזיותרפיה באוניברסיטת תל אביב, ובו עלו וצפו סיפורים וזיכרונות אודות מסלול צמיחתה והתפתחותה האישית והמקצועית, כבבואה לראשית תקומת מקצוע הפיזיותרפיה בישראל. סיפורה הייחודי של שולה עשוי מחומרי הגלם החלוציים של מדינה בראשית דרכה, ואילו היא יצקה את אבני היסוד ועיצבה במידה ניכרת את פני המקצוע כפי שאנו מכירים היום. סיפורה הוא חלק ממורשתנו המקצועית וחשבנו לנכון לנצור אותו כנחלת הכלל בכתב העת - הפיזיותרפיה.

הכתבה מבוססת בעיקר על ריאיון שנערך עמה בבית הספר לפיזיותרפיה שבמרכז הרפואי שיבא ב-1 בפברואר 2023¹ ועל כתבות של ד"ר גאולה פארן.² (הקלטה אודיו-ויזואלית מלאה של הריאיון שמורה במערכת. אפשר לצפות בקטעים נבחרים בקישורים שבמקור הראשון

<https://youtu.be/EfxLIwnWARQ>).

שולה למשפחת לילינפלד נולדה בווינה בשנת 1932 להורים ציוניים דתיים. האב בעל תואר דוקטור במדעים כלליים ורב מוסמך היה מזוהה עם המנהיגות הציונית בקהילה היהודית, ולכן נעצר מיד עם עליית השלטון הנאצי בשנת 1938. מתוך ראיית הנולד, רשמה האם, עקרת בית, את שתי בנותיה לפרויקט ה"קינדר טרנספורט" (kindertransport) ובמסגרתו הועברו שולה ואחותה הבכורה לאומנה זמנית אצל משפחה יהודית שומרת מסורת באנגליה. אביה שוחרר מתחנת המעצר בדכאו ביום שבו הן יצאו לאנגליה, והספיק להגיע לרציף הרכבת כדי להיפרד מהן. ההורים עלו ארצה, ובשנת 1939, כשאביה נשלח להשתתף כציר בקונגרס הציוני בז'נבה, הוא המשיך לאנגליה כדי לאסוף את בנותיו ולהביאן לארץ. אלא שאז פרצה מלחמת העולם השנייה, והם נאלצו לחכות שם כחצי שנה, עד שבזכות תושייתו התאחדה המשפחה שוב בישראל והשתקעה בירושלים.

שולה למדה בירושלים בבית הספר לבנות דתיות "אוולנה דה רוטשילד". שפת ההוראה הייתה אנגלית, ולבגרות הוענקה תעודת בגרות בריטית. התעודה של שולה אבדה בדרך מאנגליה, ומעולם לא הגיעה לידיה. אובדן התעודה היה קריטי שכן היא תכננה ללמוד רפואה. את כיתה י"ב השלימה בבית

בטיפול הפיזיקלי, כגון טיפול שיקומי בבתי חולים, התעמלות רפואית וטיפול בחשמל בקופת חולים ("אחיות חשמל"). מסלול זה הוקם בהנחיתו של פרופ' אדלר, יועצו של דוד בן גוריון לענייני שיקום, לאחר שאותם מטפלים בפיזיותרפיה בלתי פורמלית הפעילו לחץ ישיר על ראש הממשלה מחשש שהסדרת המקצוע תייתר אותם והם יפוטרו. האחריות על תוכנית ההכשרה הוטלה על גב' מינה הירשברג, לימים גב' בר סיני, פיזיותרפיסטית מוסמכת מבריטניה ובעלת תעודת הוראה לפיזיותרפיה, כפי שנדרש מצוות ההוראה בבית הספר לפיזיותרפיה במדינה זו.

חלומה של שולה להתקבל ללימודי רפואה לא התגשם בסופו של דבר. בשל שליטתה בשפות עברית, אנגלית וגרמנית היא פנתה לעבודה זמנית כמתורגמנית. באותה תקופה הספיקה שולה גם להינשא לבחיר ליבה אברהם, שאותו הכירה בהיותו פצוע מלחמה. אברהם העיד במסיבת יום הולדת ה-90 של שולה כי כשראה את הבחורה הצעירה עוברת בין החיילים הפצועים ומגישה להם עזרה, גמלה בליבו ההחלטה לשאת אותה לאישה. היא חשבה שהחלטתו נבעה מכך שקדח מחום.

לבטיה בעניין בחירת מקצוע קיבלו תפנית משמעותית כשאימה ראתה בעיתון לדוברי גרמנית מודעה על קורס השלמה לפיזיותרפיה מטעם משרד הבריאות. ריאיון הקבלה לקורס נערך אצל גב' בר סיני והתנהל בשפה האנגלית; שולה לא התקבלה אליו. התנדבותה בבית חולים לא נחשבה לניסיון מקצועי בפיזיותרפיה, ולכן היא לא עמדה בדרישות הסף של הקורס. עם זאת, לגב' בר סיני היו תוכניות אחרות עבודה: המרצים של תוכנית ההכשרה, ובהם גב' בר סיני עצמה, לא דיברו עברית, והיא הציעה לה לשמש כמתורגמנית בשיעורים. לאחר שנה וחצי של תרגום מילה במילה בשיעורים המעשיים בפיזיותרפיה, ביקשה שולה להיבחן יחד עם משתתפי קורס ההשלמה; גב' בר סיני סירבה לה. בהמלצתה השתלבה שולה כסטודנטית לפיזיותרפיה מן המניין במחזור השני של בית הספר לפיזיותרפיה בבית החולים אסף הרופא. לאחר שנתיים של לימודים, בשפה האנגלית, נשלחו הסטודנטיות להתנסויות קליניות של שלושה חודשים בכל אחת מן היחידות שבהן התקיימה הכשרה קלינית נאותה: בית החולים רמב"ם, בית החולים בילינסון ובית החולים הדסה (בית חולים הדסה בהר הצופים שנגטש במלחמת העצמאות, פוזר בכמה מרכזים בירושלים, והוקם מחדש בעין כרם בשנת 1960 ובהר הצופים

לאחר מלחמת ששת הימים בשנת 1967). בתום שנה של עבודה בשטח, ניגשו הבוגרים הצעירים לבחינת רישוי של משרד הבריאות, שכללו לא רק מבחן תיאורטי אלא גם מבחן מעשי שערך פרופ' אדלר מבית החולים הדסה.

בשנת 1957, לאחר ההתנסות הקלינית השלישית והאחרונה בבית החולים, החלה שולה לעבוד כפיזיותרפיסטית בצוות של הדסה, בעיקר במרכז השיקום של הדסה בזיו-ירושלים. גב' ארנה וילר, הפיזיותרפיסטית הראשונה בארץ ובעלת תעודת הסמכה מבריטניה, ניהלה את שירות הפיזיותרפיה בהדסה. גב' וילר נודעה בסטנדרטים המקצועיים הגבוהים שהציבה, וזכתה להערכה רבה מצד הרופאים בבית החולים. למרבה האירוניה, ייתכן שדווקא זה תרם לעיכוב של עשרים שנה בהפיכת הפיזיותרפיה למקצוע אקדמי. זאת משום שמקצת הרופאים שהיו בין קובעי המדיניות במשרד הבריאות, כגון פרופ' אדלר, ראו בתפקודה היוצא דופן של גב' וילר, בעלת הדיפלומה בפיזיותרפיה, ראייה לכך שאין צורך בהכשרה אקדמית במקצוע.

לאחר שמונה שנים בהדסה, ועם סיום לימודיו של בעלה אברהם ותחילת עבודתו כפיזיקאי ראשי במרכז הרפואי שיבא, עברה המשפחה עם שלושת ילדיה למרכז. שולה הצטרפה לצוות הפיזיותרפיה במרכז הרפואי שיבא, שכלל את, הגב' רות שנפלד, אחראית השירות, מורה להתעמלות בהכשרתה ורב סרן בצה"ל, ברברה דקטור, פיזיותרפיסטית מוסמכת מדרום אפריקה, ושתי פיזיותרפיסטיות שאינן מוסמכות. על פי התרשמותה של שולה, מחלקת הפיזיותרפיה במרכז הרפואי שיבא לא התנהלה ברמה מקצועית נאותה כמו זו שהכירה בירושלים.

באחת החופשות של רות שנפלד, זומנה שולה, שצברה כבר שנת ותק בבית החולים, לשיחה עם פרופ' פדה, סגן מנהל בית החולים, והתבקשה להגיב על מכתב שהתקבל מבית הספר לפיזיותרפיה באסף הרופא ובו אזהרה בנוגע לביטול אפשרי של ההתנסויות הקליניות במרכז הרפואי שיבא בגלל היעדר מקצועיות מספקת בהדרכת הסטודנטים. ללא התייעצות מוקדמת עם האחראית, הציגה שולה ללא היסוס רשימה של ליקויים. כדרכה, היא לא חסכה ביקורת על הנעשה בתחום הפיזיותרפיה, ואף הגישה לבקשת מנהל השיקום האורתופדי דאז, פרופ' ספירא, תוכנית הדרכה מובנית עם הצעות ייעול

הוטמע הצורך בשינוי מהותי - לא עוד המתנה פאסיבית למטופלים שמופנים לפיזיותרפיה, כי אם תהליך פעיל של איתור קהל היעד (out reaching) וזיהוי הצרכים ברמת הפרט והקהילה. הגישה הקהילתית נלמדה בכיתה ברמה התיאורטית, ובמקביל הוקם בשטח מערך הדרכה מתאים. מערך ההדרכה תורגם להתנסויות מעשיות המתבססות על ראייה הוליסטית במגוון מסגרות חדשות שלא נכללו קודם לכן במערך הלימודים בפיזיותרפיה. למשל התנסות קלינית בתחום בריאות הנפש בבית החולים באר יעקב בהנחיית רופא פסיכיאטר, פיזיותרפיה במרפאות-האם של קופת החולים כך שמטופלים הופנו ישירות להערכה פיזיקאלית עם תום הביקור אצל הרופא המטפל, שילוב פיזיותרפיה בפרויקט שיקום שכונות ובפריפריה, ועוד. מעניין לציין כי פרופ' פדה, שפיטר את שולה ממרכז שיבא, ומונה אחר כך למנהל בית החולים פוריה (כיום מרכז רפואי צפון ע"ש פדה), שיתף פעולה עם שולה בפרויקט הקהילתי בפריפריה והכשיר סטודנטים לפיזיותרפיה בנהריה.

דרישת משרד הבריאות לאקדמיזציה היוותה מנוע צמיחה משמעותי, ושולה שקדה רבות על פיתוח תוכנית הלימודים כדי שתאפשר את המעבר מתעודת דיפלומה לתעודה אקדמית. היא העשירה את תוכנית הלימודים בתכנים אקדמיים חדשים מעולם מדעי החברה והרפואה, וגייסה, בתקיפות ראווה להערכה, מרצים בעלי תארים אקדמיים מתקדמים כדי לשכנע את הסנאט באוניברסיטת תל אביב כי פיזיותרפיה היא תחום אקדמי העומד בכל דרישות הסף להענקת תואר. במרכז שיבא גובש צוות הוראה מגוון, תמהיל אנושי של קלינאים ואנשי מקצוע מסקטורים שונים, מארצות מוצא שונות ומגישות טיפוליות שונות. לדבריה, המאבק למען הכרה אקדמית בתוכנית מול סנאט האוניברסיטה היה קשה, ומהלך האקדמיזציה לא היה קורם עור וגידים לולא הרוח הגבית שהעניקו פרופ' רוזין ופרופ' לנדאו מן הפקולטה לרפואה באוניברסיטת תל אביב. אין ספק שהיכולת של שולה להבין את צורכי המקצוע ואת דרישות האקדמיה, בשילוב עבודה קשה ומעמיקה, הביאו לכך שתוכנית הלימודים אושרה על ידי אוניברסיטת תל אביב כתוכנית לתואר ראשון. וכך, בשנת 1978 הוקם החוג לפיזיותרפיה באוניברסיטת תל אביב עם מסלול לימודי שהורחב לארבע שנים. תחת מטריתו האקדמית של החוג המשיכו לפעול בארץ שלושה בתי ספר לפיזיותרפיה - אסף הרופא, וינגייט (הוקם ב-1963 - על ידי ד"ר אלדובי) והמרכז הרפואי שיבא-תל השומר.

לניצול מרבי של הפוטנציאל הגלום בהדרכה קלינית בבית חולים בממדיו של המרכז הרפואי שיבא; מכתב הפיטורין של שולה לא איחר להגיע.

התחנה המקצועית הבאה בחייה הייתה ניהול מכון מאז"ה של קופת חולים כללית החל בשנת 1967. החזון והאתגר בעבודתה במכון היו לקדם את איכות טיפולי הפיזיותרפיה הניתנים בבתי המטופלים במסגרת ביקורי בית ובמכונים הממוקמים בקהילה ולא בבתי החולים. לפי הבנתה, הטיפול באדם בסביבתו הטבעית, בביתו, במבצרו, ללא מעטפת רב-מקצועית זמינה במקום וללא כל המכשור הנדרש, הצריכו מן המטפלים לא רק מיומנויות ברמה הגבוהה ביותר אלא גם הבנה מקיפה בנושאים שונים, כגון הנגשה תרבותית, נושא חדש ובלתי מוכר אז. בכך היא הקדימה את זמנה משום שחזתה כי "הרפואה הולכת הביתה", כלומר מערכת הבריאות צועדת לעבר הרפואה הקהילתית על כל המשתמע מכך.

משרתה המפוצלת במכון, והתעקשותה לעשות בעצמה את ההערכה הראשונית של כל המטופלים החדשים במכון ובביקורי הבית, גבו מחיר אישי. עם לידת בתה הרביעית ביקשה שולה להתמקד יותר בגידול ילדיה, והחליטה לעזוב את המכון. היא נענתה להצעה לעבוד כמורה ומדריכה בבית הספר לפיזיותרפיה בבית החולים אסף הרופא.

נסיעה משותפת עם פרופ' רוזין, מנהל השיקום במרכז הרפואי שיבא, לבחינות הרישוי בבית החולים אסף הרופא, הולידה הזדמנות חדשה ששולה לא יכלה לסרב לה - להקים ולנהל בית ספר חדש לפיזיותרפיה במרכז הרפואי שיבא. הודות לכישוריה הרבים - ניסיונה העשיר כקלינאית, כמנהלת, כמורה-מדריכה, היותה בעלת תואר ראשון בחינוך מאוניברסיטת בר-אילן, ומועמדת לתואר שני במינהל חינוך - היא נבחרה בשנת 1976 להקים את בית הספר לפיזיותרפיה במרכז הרפואי שיבא. משרד הבריאות וארגון הג'וינט בישראל מימנו את הפרויקט, אבל הם התנו כמה תנאים: הג'וינט דרש יציאה הדרגתית מן השותפות בתוך חמש שנים והקמת בית ספר עם מגמה קהילתית, ומשרד הבריאות דרש אקדמיזציה.

ואכן, בתוכנית הלימודים שכתבה שולה ניתן דגש רב לעבודה הקהילתית, נושא שלמדה ושהשתלמה בו בעזרתה של פרופ' חיה יצחקי, עובדת סוציאלית ומרצה באוניברסיטת בר אילן.

שותפה ליצירת פתרונות מותאמים אישית לצרכים של אנשים הסובלים ממגבלות תפקודיות.

שולה היא מעמודי התווך של הפיזיותרפיה בישראל. היא הקדימה את זמנה בתחומים רבים, בנתה חזון ופעלה למימושו. הבולט מבין הישגיה הוא הצעת המקצוע קדימה אל עבר האקדמיזציה, בביסוס יסודותיו כתחום אקדמי עצמאי ומדעי. מעידים על שולה שהיא פיזיותרפיסטית ומחנכת בכל נימי נפשה, כריזמטית, בלתי מתפשרת, מקצועית ואנושית כאחד. אהבתה העצומה למקצוע, והשמחה שליוותה אותה בעשייה לאורך השנים נובעות מתוך אמונה עמוקה כי בידיה לשנות עולם. שולה ממשיכה להטביע חותם עמוק בסובבים אותה, לעורר השראה בחשיבתה האנליטית, בתפיסת העולם המפוכחת ובחוש ההומור המשובח שלה. עוד לא תמו כל פלאיה.

מקורות

- 1 קישור לקטעים מן הריאיון עם שולה ורנר חלק 1:
<https://youtu.be/EfxLIwnWARQ>
חלק 2:
<https://youtu.be/Mrm9x2MsAg>
חלק 3:
https://youtu.be/zkVios_pRvY
- 2 פינת ההיסטוריה בעריכת גאולה פארן
<http://www.ipts.org.il/?CategoryID=404>

רבים רואים בשולה פורצת דרך בעולם הפיזיותרפיה. היא לא צמצמה עצמה למישור הטיפולי הפיזיקלי או למצב רפואי נתון, אלא פיתחה והרחיבה ככל שיכלה כל נושא על פי הגישה ההוליסטית. כך למשל, אחד מנושאי הדגל שלה היה הגרונטולוגיה והמיקוד באדם הזקן, הבריא והחולה, על כל מכלול הממשקים המרכיבים את קידום בריאותו ואת הטיפול בו בזמן מחלה ובירידה תפקודית, בקהילה ובאשפוז. גם במהלך הריאיון היא הדגישה את החשיבות שיש בתקשורת מכבדת ובגובה העיניים עם כל אדם, ובפרט עם האדם הזקן. בזכותה נפתח בפני הפיזיותרפיסטים תחום בריאות האישה. היא בנתה והעבירה קורסים להכנה ללידה, הדריכה יולדות, בנתה קורס לנשים אחרי לידה, והכשירה דורות של פיזיותרפיסטים. לקבוצת העניין בנושא בריאות האישה בישראל יש היום מקום נכבד בעולם.

מפעל חיים נוסף שלה הוא פיתוח תחום ההדרכה הקלינית ובניית הקורס להכשרת מדריכים קליניים. שולה שינתה באופן מהותי את ההכשרה המקצועית - מרכישת מיומנות על ידי חיקוי בעל מקצוע בכיר כמעין שוליה, לשיטת ההדרכה המעשית הקלינית המובנית, המוכרת לנו היום. מודל ההדרכה הקלינית בארץ נחשב לחדשני וליחודי בקנה מידה בינלאומי.

שולה מצרה על כך שלא הצליחה לשכנע את אושיות המקצוע שיש להציב במוקד המקצוע את הטיפול בקהילה ולהחליף אלמנטים רבים של הטיפול בבית החולים בטיפול קהילתי. לדעתה, בהיבט זה אנו בפיגור בהשוואה לסקטורים אחרים במקצועות הבריאות. היא זוקפת לחובתה גם את היעדרם של פיזיותרפיסטים בתחום ההיריון והלידה, ומילוי הריק שנוצר על ידי "דולות" חסרות הכשרה פורמלית.

גם אחרי פרישתה לגמלאות בשנת 1992 היא לא שקטה על שמריה. תחילה היא עבדה כפיזיותרפיסטית מטעם האגודה למלחמה בסרטן בהוספיס במרכז הרפואי שיבא, ובהמשך, כשלא נמצא מקור מימון לתקן, המשיכה לטפל בחולים בהתנדבות. בבהירות המאפיינת אותה גיבשה את משנתה בנוגע לתפקידו החשוב של הפיזיותרפיסט בטיפול הפליאטיבי, ובכך שוב הקדימה את זמנה.

בגיל 85 נרשמה ללימודי תואר שני נוסף בתרגום, וקיבלה הסמכה כמתורגמנית. עד לאחרונה פעלה כמתנדבת במילבת,

Her wonders never cease

**Dania Hofi, BPT, MSc.PT¹,
Yocheved (Yochy) Laufer, BSc, DSc²**

¹ Director of the School of Physical Therapy, Sheba Medical Center, Department of Physiotherapy, Tel Aviv University

² Department of Physical Therapy, Faculty of Welfare and Health Sciences, University of Haifa

This article is dedicated to the memory of the late Avraham Werner, Shulamit's beloved husband for 70 years and the father of their four children, who passed away peacefully on March 2, 2023 during the preparation of this article. May his memory be for a blessing.

Abstract

Mrs. Shulamit (Shula) Werner, a prominent leader of the Israeli physical therapy profession, recently marked her ninetieth birthday, which was celebrated by many of her professional and personal friends at the Physical Therapy Department at Tel Aviv University. This was followed by an interview (held by the authors of the present article), focusing on Shula's personal and professional growth as a witness to the development of the physical therapy profession in Israel, and as one who has left her mark on the profession over the course of approximately 65 years.

Shula was born in Austria in 1932 and completed her elementary and high school studies in Jerusalem at the end of the Israeli War of Independence. Immediately after the establishment of the State of Israel, the need to train professional physical therapists became apparent, due to the rehabilitation challenges posed by the many wounded from the War of Independence, the many disabled individuals due to the polio epidemics that swept the country, and the diverse health issues faced by both the refugees of the Holocaust and the numerous immigrants arriving from around the world.

In 1953, the first School of Physical Therapy opened at Assaf Harofeh Hospital at the initiative of the Ministry of Health and with the support of the World Health Organization. It offered a three-year program that awarded a diploma in physical therapy and was based on the standards of the World Health Organization. Shula is a graduate of the second cycle of this program. It was not long before Shula was identified as an exemplary professional, who was passionate about the significance of the profession and demonstrated a broad holistic view of the role of physical therapy within the health care system. No less important, from very early on Shula demonstrated distinct leadership qualities, which enabled her to persuade colleagues from within and outside of the physical therapy profession to join forces with her in order to realize her vision regarding optimal health care and the role of physical therapy within this care.

Shula was a pioneer in many areas of the profession in Israel, including understanding the importance of providing physical therapy rehabilitation within the community, promoting women's health issues in physical therapy, establishing a formal clinical training process, and more. However, there is no doubt that the highlight of Shula's work was the founding of the School of Physical Therapy at Tel HaShomer in 1976. The educational program she developed at Tel HaShomer was instrumental to the establishment of the Department of Physical Therapy at Tel Aviv University in 1978 - as an academic department that offered a bachelor degree in physical therapy.

Her immense love of her profession and the joy and gentle humor that has accompanied her work over the years stem from a deep belief that she has the power to change the world. Shula continues to impress and inspire others with her analytical thinking and holistic approach. Her many admiring colleagues continue to regard her as a role model they aspire to emulate. Her wonders never cease!

כאבי אגן בהיריון: תיאור מקרה של פקקת וריד פמורלי

לילך בן דרור BPT

מנהלת קליניקה רב-מקצועית בנס ציונה

תקציר

היריון הוא מצב פרו-טרומבטי, ויש בו את כל גורמי הסיכון להיווצרות פקקת ורידית (Deep Vein Thrombosis - DVT): סטזיס ורידי, שינויים ורידיים אנדותליאליים ועלייה בקרישיות הדם. לכן נשים בהיריון נמצאות בסיכון לפתח DVT עד פי חמישה יותר מנשים שאינן בהיריון. עם זאת, קשה יותר לאבחן בעיה זו אצלן. השכיחות של אירועים טרומבו-אמבוליים ורידיים בהיריון היא 1:500-2000 וידוע ש-DVT בהיריון קשור לתמותה, לתחלואה ולעלויות רפואיות גבוהות כאשר אבחנה מאוחרת קשורה בתמותה גבוהה.¹

במקרה המתואר כאן, אישה בת 34 בשבוע 24 בהיריון בסיכון גבוה הופנתה על ידי הרופא האורתופד לטיפול פיזיותרפי חמישה ימים לאחר הופעת כאבי אגן. הכאב היה ממוקם במפשעה השמאלית ובעכוז שמאל, והתגבר מאוד בעת נשיאת משקל. אבחנת האורתופד הייתה של כאבי אגן בהיריון ממקור במערכת השלד-שריר. האישה התלוננה על כך גם בפני הגינקולוג בעת ביקורה במסגרת מעקב ההיריון.

בבדיקה בחדר הפיזיותרפיה נצפו קושי ניכר לשאת משקל על הגפה השמאלית התחתונה, מגבלה בטווחי התנועה בירך שמאל, ללא נפיחות או שינוי צבע בגפה. היא הודרכה לבצע תרגילים כדי לשפר את נשיאת המשקל על הרגל ואת טווחי התנועה בירך שמאל. לאחר שלושה ימים התפתחו אצלה נפיחות, אודם ונוקשות של שרירי הסובך ברגל שמאל, והיא הופנתה באופן דחוף מחדר הפיזיותרפיה לחדר המיון. בבדיקת דופלר אובחן DVT של הווריד הפופליאטלי והפמורלי ברגל שמאל.

לאחר שטופלה בתרופות נוגדות קרישה, ואושפזה למשך שבועיים, היא שוחררה לביתה עם טיפול בתרופות נוגדות

קרישה, והמשך ההיריון היה תקין. בשבוע 38 להיריון היא ילדה תאומים בנייתוח קיסרי.

מילות מפתח: פקקת ורידית, היריון, כאבי אגן

מבוא

בהיריון קיימת עלייה בקרישיות הדם כמנגנון הגנה אימהי מפני דימום-יתר בלידה או במקרה של הפלה. היריון ותקופת משכב הלידה של עד שישה שבועות הם גורמי סיכון להתפתחות אירועי פקקת (Deep Vein Thrombosis - DVT) וכתוצאה מכך לתסחיף ריאתי (pulmonary embolism - PE).¹ ידוע ש-PE הוא אחת הסיבות המובילות לתמותה אימהית בהיריון במדינות המפותחות, וגילוי מוקדם ימנע חלק ממקרי המוות. גורמי סיכון נוספים מולדים ונרכשים להתפתחות DVT בהיריון הם: נטייה משפחתית, גורם תורשתי, אירוע טרומבטי קודם, יושבנות, עישון, היסטוריה של טיפולי פוריות, גיל אימהי >35, אישה שלא ילדה ועוד.²

כאבי אגן הם תלונה שכיחה בקרב נשים בהיריון, והם עלולים לגרום להגבלה פיזית משמעותית בתפקוד האישה ההרה ולפגיעה בתפקוד הפסיכו-סוציאלי שלה ושל בני משפחתה. המצב קיים בתת-דיווח, ולרוב מנוהל רפואית באופן חלקי על ידי הצוות הרפואי במעקב ההיריון.³ כ-45% מן הנשים בהיריון וכ-25% מן הנשים לאחר הלידה מתלוננות על כאבי אגן. 25% מהן דיווחו על כאב משמעותי, וכ-7% יזדקקו לאביזר-עזר להליכה. לכאב יש השפעה על תפקודה ואיכות חייה של האישה.³⁻⁵ המונחים הנפוצים בהקשר זה - Pelvic Girdle Pain (PGP) ו-Pregnancy-related Pelvic Girdle Pain - מתייחסים לכאב גב, אגן אחורי (sacroiliac joint) ואגן קדמי (pubic symphysis) של האישה בזמן ההיריון. ישנם כמה הסברים להופעת הכאב, ובהם: שינויים הורמונליים, שינויים

תיאור המקרה

אישה בת 34 בהיריון בשבוע 24 הופנתה על ידי האורתופד לטיפול פיזיותרפי עקב כאבי אגן. זהו ההיריון הראשון, היריון תאומים שהושג ב-IVF השלישי, ולכן הוגדר כהיריון בסיכון גבוה. מעקב ההיריון נמצא תקין. היא עובדת בעבודה יושבנית, ובעקבות הכאב המשיכה לעבוד מן הבית. ברקע - ניתוח בריאטרי בגיל 25. היא אינה נוטלת תרופות קבועות ואינה פעילה גופנית. היא נבדקה אצל הגינקולוג והוא הסביר לה על כאבי אגן בהיריון. היא הופנתה לפיזיותרפיה על ידי האורתופד על פי בקשתה.

טיפול ראשון:

המטופלת התלוננה על כאבי אגן ועל אי-יכולת לדרוך על רגל שמאל. הכאב התעורר לפני כחמישה ימים כאשר קמה משנתה להטיל שתן והתקשתה לדרוך על רגל שמאל. למחרת התעוררה ללא כאב, ולאחר הפוגה של יומיים הכאב חזר בעוצמה גדולה כל כך עד שנזקקה לכיסא גלגלים. היא המשיכה לעבוד מן הבית ולא הייתה מעוניינת להפחית משעות עבודתה עד הלידה, היא לא סבלה בעבר מכאבי גב או מכאבי אגן.

התלונה הייתה של כאב במפשעה שמאל ובאזור השרירים המקרבים משמאל (adductor m) יחד עם כאב אגן אחורי שמאלי. הכאב קבוע 5/10 ומתגבר לעוצמה 10/10 בדריכה.

הכאב החמיר בדריכה, בסיבוב במיטה, יש קושי במציאת תנוחה במיטה, קושי בקימה מישיבה לעמידה ובשכיבה על צד ימין. היא התעוררה מן השינה עם כאבי תופת.

הכאב הוקל מעט בישיבה והיא לא הבחינה בשינוי בכאב לאורך שעות היום והלילה.

ממצאי הבדיקה הפיזיקלית:

- ◆ לא הייתה מסוגלת לשאת משקל על רגל שמאל, לא ניתן היה לבדוק אותה בעמידה;
- ◆ במעבר מעמידה לשכיבה התקשתה להעלות את רגל שמאל אל המיטה, ולא הצליחה למצוא תנוחה נוחה לרגל שמאל ולכן ניתנה תמיכה של גליל מתחת לברך;
- ◆ הבדיקה בוצעה עם פלג גוף תחתון חשוף, ובהסתכלות לא נצפה שינוי בצבע ובנפיחות של הגפיים. במישוש לא הורגשו שינויי טמפרטורה או בצקת.

ביומכניים, כגון עלייה בעומס הפיזי המוטל על הגב, שליטה מוטורית לקויה ועומס על רצועות האגן.⁵⁻⁶ זיהוי נכון של המצב יעזור לאישה לנהל את הכאב וימנע החמרה. האבחנה מתבססת על מיקום הכאב ועל מבחנים קליניים. קיימת עדות לכך שטיפול פיזיותרפי המותאם אישית, תמיכה לאגן, ניהול עומסים, מודעות למצבי החמרה ותוכנית תרגול ספציפית יכולים להשפיע לטובה ולאורך זמן על האישה ההרה.⁷

התלונה על כאבי אגן וירך במהלך ההיריון יכולה להיות מאובחנת בטעות כתלונה שכיחה של כאב שמקורו במערכת השלד-שריר אף על פי שמקורו בגורמים אחרים.⁸ על כן יש להתייחס לאבחנות מبدלות אפשריות, כגון DVT. החל מן השבוע 25-29 להיריון קיימת ירידה של 50% בזרימה הוורידית לגפיים התחתונות - ברגל שמאל יותר מאשר ברגל ימין, כך ש-82% ממקרי ה-DVT בגפיים התחתונות בהיריון דווחו ברגל שמאל. הירידה בזרימה הוורידית קשורה בלחצי הרחם ההיריונית על ורידי האגן ובירידה בטונוס הווריד. כך למשל, בעקבות משקל הרחם ה-left common iliac vein נלחץ על ידי ה-right common iliac artery.¹

DVT בהיריון קשה יותר לאבחון בשל הנפיחות הפיזיולוגיות בגפיים במהלך ההיריון. גם הפיזור האנטומי של DVT בהיריון שונה מן הפיזור בנשים שאינן בהיריון. ידוע שרוב מקרי ה-DVT מתחילים דיסטלית ב-calf veins ומתקדמים פרוקסימלית, אבל בהיריון כ-71% ממקרי ה-DVT יופיעו בוורידים הפרוקסימליים (iliac and/or femoral veins) ללא מעורבות ה-calf veins.^{9,10} התמונה הקלאסית של DVT בהיריון היא של כאב ו/או נפיחות בגפיים עם העדפה לרגל שמאל ולוורידים הפרוקסימליים. בקרב 88% מן הנשים תופיע נפיחות בגפה כולה, כ-80% ידווחו על אי-נוחות בגפה וכ-21% על קושי בהליכה. בקרב כ-26% תופיע בצקת בגפה. כאשר מדובר ב-iliac vein thrombosis התמונה יכולה להיות של כאב בטן, כאב גב או נפיחות של הגפה.¹ עיסוי מקומי של אזור ה-DVT עלול לגרום לאירוע של תסחיף ריאתי.¹¹

המקרה המוצג לפנינו הוא מקרה לא שכיח של מטופלת בהיריון שסבלה מכאבי אגן שאינם ממקור מערכת השלד-שריר. אף על פי שתלונותיה, הסימנים והסימפטומים שהציגה הצביעו על כאבי אגן של ההיריון, השתלשלות המקרה והתסמינים שהופיעו בהמשך הובילו לאבחנה של DVT פמורלי.

בדיקות ירך שמאל:

בדיקת Active Straight Leg Raising (aSLR) - קושי להרים את הרגל;
בדיקות פאסיביות של טווחי תנועה בירך: אבדוקציה 0-45 עם כאב בסוף הטווח, פלקסיה 20-90, ורוטציה פנימית וחיצונית בטווח הנורמה.

בדיקות מיוחדות:

Flexion Abduction External Rotation (FABER) - חיובי;
Flexion Adduction Internal Rotation (FADIR) - חיובי;
log roll - internal/external rotation of hip - שלילי.

ההגבלה בטווחי התנועה והקושי להעלות את הרגל אל המיטה יחד עם ההידרדרות המהירה עד כדי חוסר יכולת לדרוך על הרגל העלו חשד ל- LT Transient Osteoporosis Hip (TOH). אבל תוצאות בדיקת ה-log roll היו שליליות, ולאחר ביצוע כמה תנועות אקטיביות נעזרות לכיוון flexion של הירך, נצפה שיפור בטווחי התנועה, והמטופלת הצליחה ליישר את הירך על המיטה ללא תמיכת הגליל.

לא היה ברור אם השיפור המידי בטווחי התנועה של הירך קשור ל-fear avoidance או שמדובר ב-femoroacetabular impingement, ומכיוון שעדיין נצפה קושי בולט בנשיאת משקל, האפשרות של TOH לא נשללה לגמרי.

בסיום הטיפול הונחתה המטופלת לבצע תרגילי תנועות לאגן ולירכיים, ונקבע תור נוסף. הוסבר לה על TOP והיא הונחתה לפנות להמשך בירור רפואי בכל מקרה של החמרה.

טיפול שני (לאחר יומיים):

הטיפול השני נקבע לאחר שבוע, אך היא יצרה קשר וביקשה להקדים אותו.
הפעם הייתה מסוגלת לדרוך כמה צעדים בתמיכת רולטור.

בדיקה פיזיקלית:

בעמידה:

mobilization with movement (MWM) לכיוון lateral glide לירך שמאל בעזרת חגורת מאלגן שיפר מאוד את הדריכה על רגל שמאל. היא צעדה במרחב החדר בתמיכת החגורה כנ"ל ודיווחה על שיפור ביכולתה לדרוך.

בשכיבה על הגב:

הגפיים חשופות, הסתכלות ומישוש תקינים;

תנועת aSLR ללא כאב;

תנועות פאסיביות - ללא הגבלה בתנועת extension, תנועת flexion מוגבלת בסוף הטווח.

בדיקות מיוחדות:

FABER FADIR נמצאו בשיפור - בשתייהן הייתה הגבלה בטווח הסופי;

לא הופק כאב במגע על פני symphysis pubis joint;

טכניקות MWM לאגן - קומפרסיה אחורית שיפרה במעט את תנועות הירך.

התגובה הטובה לטיפול שהיה מכוון למפרק הירך חיזקה את ההשערה שמדובר בכאב שמקורו בירך, בפרט לאור העובדה שלא הופק כאב במגע ב-symphysis pubis joint. יחד עם זאת, טכניקות MWM לאגן שיפרו במעט את תנועות הירך, ייתכן כמקור משני לכאב.

בסיום הטיפול הונחתה המטופלת לתרגל נשיאת משקל על רגל שמאל והליכה בתמיכת חגורת מאלגן לכיוון lateral glide. היא השתחררה מן הטיפול עם חגורת מאלגן ועם סרטוני הדרכה לתרגול בעזרת בן זוגה.

באותו הערב דיווחה המטופלת על שיפור משמעותי בדריכה (היא הצליחה לצעוד כמה צעדים ללא הרולטור). ואולם למוחרת בבוקר היא הודיעה שהכאב החל להקרין גם אל מתחת לברך. במקביל, היא דיווחה על כך לגינקולוג ופנתה אליי בשאלה: מה לעשות?

הופעת התסמינים והיעלמותם והמופע השונה שלהם לא הצביעו על תבנית ברורה במערכת השלד-שריר, ולכן מתוך אינטואיציה היא נתבקשה להגיע אליי והתקבלה מיידית בין הטיפולים.

טיפול שלישי (למחרת הטיפול השני):

בדיקה פיזיקלית:

גפיים חשופות, כל אזור שרירי הסובך בגפה שמאל נפוח, מעובה, במרקם נוקשה ופיברוטי, כף רגל שמאל נפוחה יותר ויש קשירות (נודולים) במגע על השרירים המקרבים

פחת הכאב בעת הדריכה כמצופה. מה שיכול לרמז על DVT פרוקסימלי.

נוסף על כך, הנתונים האימהיים כללו לא מעט גורמי סיכון ל-DVT - ראשית, העבודה מן הבית וחוסר הפעילות הגופנית, שנית, הגיל האימהי, שלישית, טיפולי הפוריות וההיסטוריה של היריונות קודמים שלא צלחו.

יש להביא בחשבון את האפשרות של DVT בהיריון באבחנה המבדלת בבדיקה ובטיפול הפיזיותרפי בכאבי אגן של האישה ההרה, בעיקר כאשר מדובר בשמירת היריון או באורח חיים יושבני. ההבנה של גורמי הסיכון המולדים והנרכשים, התמונה הקלינית, התסמינים והפיזור האנטומי שלהם יכולים לסייע באבחון מוקדם ובמניעה של תחלואה ותמותה.

ייתכן שמדידה שגרתית של היקפי הירך והשוק והשוואה בין צד ימין לצד שמאל, תוך התמקדות בגודל ההיקפים בירך ובשוק שמאל יעזרו בגילוי מוקדם של DVT בהיריון.

בירך שמאל. היא הופנתה מיד לחדר המיון בחשד ל-DVT פופליאטלי והוסברה לה מידת הדחיפות.

בביה"ח בוצע US דופלר, ואובחנה DVT של Lt Femoral and Popliteal Vein. היא אושפזה וטופלה במדללי דם. תוך כדי האשפוז נתגלו תפקודי כבד לקויים וסיכון לעוברים. לאחר שבועיים שוחררה לביתה וחזרה לדרך על הרגל ללא אביזרי הליכה. מהלך ההיריון בהמשך היה שקט, והתאומים נולדו בשבוע ה-38 להיריון בריאים ושלמים. כשמונה שבועות לאחר הניתוח הקיסרי היא הגיעה אליי לייעוץ והדרכה, כשהיא צועדת בנינוחות ללא כאב.

דיון

בהיריון קיימת עלייה נורמלית בקרישיות הדם, וזהו גורם הסיכון הגדול ביותר להתפתחות DVT. אבחנה מוקדמת היא קריטית. כ-40% ממקרי ה-DVT המאובחנים בהיריון הם בסיכון לפתח תסחיף ריאתי שקט, וכ-30% מתסחיפי ריאה בהיריון הם על רקע DVT שקט. גורמי הסיכון לאירועים טרומבואמבוליים ורידיים יכולים להיות מולדים ו/או נרכשים: נטייה משפחתית, גורם תורשתי, אירוע טרומבוטי קודם, יושבנות, עישון, היסטוריה של טיפולי פוריות, גיל אימהי >35, אישה שלא ילדה בעבר ועוד.²

החל בשבוע 25-29 להיריון קיימת ירידה של 50% בזרימה הוורידית לגפיים התחתונות. ברגל שמאל יותר מאשר בימין - כ-82% ממקרי ה-DVT בגפיים התחתונות בהיריון דווחו ברגל שמאל. הסטזיס הוורידית והנפיחות של הרגליים נגרמים כתוצאה מלחצי הרחם ההיריונית על ורידי האגן, ולכן לא תמיד תופיע בצקת בגפה. אצל האישה ההרה כאבי גב וכאבי אגן יכולים להתפרש ככאב שמקורו במערכת השלד-שריר אך באותה מידה הם יכולים להיות סימנים ל-DVT פרוקסימלי.¹

במקרה המתואר כאן התלונה על כאבי האגן/הירך והקושי בדריכה על הרגל החלו בשבוע ה-24 להיריון, והנפיחות ושינוי הצבע בגפה השמאלית הופיעו רק שמונה ימים לאחר התלונה הראשונה. תלונת הכאב ללא הופעת נפיחות הביאה להשערה שמדובר בכאבי אגן אופייניים שמקורם במערכת השלד-שריר. יחד עם זאת, למרות השיפור בטווחי התנועה של הירך, לא

מקורות

1. Devis P, Knuttinen MG. Deep venous thrombosis in pregnancy: incidence, pathogenesis and endovascular management. *Cardiovasc Diagn Ther*. 2017 Dec;7(Suppl 3):S309-S319. doi: 10.21037/cdt.2017.10.08. PMID: 29399535; PMCID: PMC5778511.
2. Marik PE, Plante LA. Venous thromboembolic disease and pregnancy. *N Engl J Med*. 2008 Nov 6;359(19):2025-33. doi: 10.1056/NEJMra0707993. PMID: 18987370.
3. Walters C, West S, A Nippita T. Pelvic girdle pain in pregnancy. *Aust J Gen Pract*. 2018 Jul;47(7):439-443. doi: 10.31128/AJGP-01-18-4467. PMID: 30114872.
4. Wu WH, Meijer OG, Uegaki K, Mens JM, van Dieën JH, Wuisman PI, Ostgaard HC. Pregnancy-related pelvic girdle pain (PPP), I: Terminology, clinical presentation, and prevalence. *Eur Spine J*. 2004 Nov;13(7):575-89. doi: 10.1007/s00586-003-0615-y. Epub 2004 Aug 27. PMID: 15338362; PMCID: PMC3476662.
5. Keriakos R, Bhatta SR, Morris F, Mason S, Buckley S. Pelvic girdle pain during pregnancy and puerperium. *J Obstet Gynaecol*. 2011 Oct;31(7):572-80. doi: 10.3109/01443615.2011.598970. PMID: 21973126.
6. Bastiaanssen, J.M., de Bie, R.A., Bastiaenen, C.H. et al. Etiology and prognosis of pregnancy-related pelvic girdle pain; design of a longitudinal study. *BMC Public Health* 5, 1 (2005). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-5-1>
7. Stuge B. Diagnostikk og behandling av bekkenleddsplager [Diagnosis and treatment of pelvic girdle pain]. *Tidsskr NorLaegeforen*. 2010 Nov 4;130(21):2141-5. Norwegian. doi: 10.4045/tidsskr.09.0702. PMID: 21052118.
8. O'Neill AT, Sanchez-Crespo J, Charles F, Fakokunde A, Yoong W. Hip pain in pregnancy: an unusual case of venous thrombosis. *J Obstet Gynaecol*. 2010;30(7):732-3. doi: 10.3109/01443615.2010.507279. PMID: 20925623.
9. Chan WS, Spencer FA, Ginsberg JS. Anatomic distribution of deep vein thrombosis in pregnancy. *CMAJ*. 2010 Apr 20;182(7):657-60. doi: 10.1503/cmaj.091692. Epub 2010 Mar 29. PMID: 20351121; PMCID: PMC2855912.
10. Wee-Shian Chan, Diagnosis of venous thromboembolism in pregnancy, *Thrombosis Research*, Volume 163, 2018.
11. Sutman, K., Na-Nan s., et al: "Leg massage during pregnancy with unrecognized deep vein thrombosis could be life threatening: a case report". *BMC Pregnancy Childbirth* 20, 237 (2020)

Pelvic pain during pregnancy: A case report of femoral and popliteal deep vein thrombosis

Lilach Ben Dror, BPT

Interdisciplinary Clinic in Ness Ziona, Head

Abstract

Pregnancy is a prothrombotic state, characterized by factors that may lead to the formation of deep vein thrombosis (DVT) including venous stasis, and endothelial changes leading to increased risk of blood clotting. Thus, pregnant women are up to five times more likely to develop DVT than non-pregnant women. Yet, it is more difficult to diagnose this problem among this population. The incidence of venous thromboembolic events in pregnancy is 1:500-2,000. In addition, DVT during pregnancy is associated with morbidity and high medical costs, and late diagnosis is associated with high mortality rates.

In the case described here, a 34-year-old woman, in her 24th week of pregnancy, was referred by the orthopedic doctor for physical therapy five days after the onset of pelvic pain. The pain was located in the left groin and left buttock, and greatly increased during weight bearing. The woman complained about this to the gynecologist during her pregnancy follow-up visit. The orthopedist's diagnosis was pregnancy-related pelvic pain arising from the musculoskeletal system.

Findings during the physical therapy examination included considerable difficulty in weight bearing on the lower left limb, and limitation in the range of motion in the left hip, with no swelling or discoloration in the limb. The woman was instructed to perform exercises to improve weight bearing on the lower extremity and range of motion in the left hip. After three days, she

developed swelling, redness, and stiffness of the calf muscles and was immediately referred to the emergency room. A Doppler examination revealed DVT of the popliteal and femoral vein in the left leg.

After being treated with anticoagulants, and hospitalized for two weeks, she was discharged home with anticoagulants. The remainder of the pregnancy was uneventful, and she gave birth to twins by Caesarean section in the 38th week of pregnancy.

Keywords: deep vein thrombosis, pregnancy, pelvic girdle pain

כאבי גב ואגן בהיריון. כשאבחון מוקדם חשוב: תיאור מקרה

עדי עמית דויד BPT, P.G. Dip. Manual Therapy

ספורט וספיין קליניקה לפיזיותרפיה

תקציר

כאבי גב ואגן בהיריון (Pregnancy Related Lumbo Pelvic Pain) הם תסמונת שכיחה, לרוב שפירה, בקרב נשים בתקופת ההיריון והלידה. רוב הנשים לא יזכו אפוא לבירור רפואי יסודי גם אם הן כאובות מאוד ומוגבלות משמעותית בתפקודן. בהיעדר תהליך מקובל לבירור רפואי יסודי ולסינון רפואי אין מאתרים מקרב הנשים את אלה הסובלות מפתולוגיות קשות שעלולות לסכן בעתיד את איכות חייהן ואת תפקודן הפיזי. בין הפתולוגיות הנדירות נמנות אוסטאופורוזיס חולפת של הירך בהיריון (Transient Osteoporosis Hip - TOH) ואוסטאופורוזיס של ההיריון וההנקה (Osteoporosis of pregnancy and lactation).

במאמר זה מתואר מקרה של מטופלת הסובלת משתי הפתולוגיות הנדירות גם יחד, שילוב של מיטב ידיעתי טרם תואר בספרות ומקשה על ניהול המקרה בשל אטיולוגיה שונה והמלצות טיפוליות מנוגדות. ההגבלות התפקודיות של המטופלת ביחד עם הממצאים הקליניים שנמצאו בבדיקה החשידו שמדובר בפתולוגיות נדירות אלו. האבחנה הסופית נעשת בבדיקת MRI - בדיקה יקרה הניתנת במשורה.

היעדר ספרות רפואית המיועדת לטיפול בכל פתולוגיה בנפרד, על אחת כמה וכמה בשילוב שלהן, וקיומן של התוויות והתוויות-נגד שונות בין שתי הפתולוגיות, הציבו אתגר טיפולי נכבד.

קבלת ההחלטות בטיפול התבססה על בדיקות חוזרות ונשנות. ההתקדמות נעשתה בהתאם לשינויים שנמצאו בבדיקה הפיזיקלית ובהתאם למדדי הכאב, תוך הישענות על המודל הביופסיכוסוציאלי. נכון להיום, המטופלת נמצאת בתהליך שיקומי. מצבה משתפר ותהליך השיפור צפוי להימשך.

לסיכום, בדיקה קלינית יסודית הנעשית על ידי הפיזיותרפיסט יכולה להיות צעד ראשון לקראת אבחנה מדויקת ומוקדמת שתמנע סיבוכים. בתקופה שבה הפנייה לפיזיותרפיה נעשית בשיטת הגישה הישירה, מודעות לפתולוגיות אלו היא קריטית.

מילות מפתח: דגלים אדומים בהיריון, כאבי גב ואגן בהיריון, אוסטאופורוזיס חולפת של הירכיים בהיריון, אוסטאופורוזיס של ההיריון וההנקה

מבוא

כאבי גב ואגן בהיריון (Pregnancy Related Lumbo Pelvic Pain - PLPP) הם תלונה שכיחה בקרב נשים במעגל הפריין. בהגדרת הכאב וכללים כאבים סביב מפרקי האגן האחורי, הסימפזיס פוביס (עצם החיק) המפשעות ועמוד השדרה המותני. השכיחות המדווחת בעולם בקרב נשים נעה בין כ-30% בתחילת ההיריון ועד ל-70%-80% לקראת סופו. ברוב המקרים מדובר על כאב בעוצמה נמוכה-בינונית הפוגע באיכות חייהן של הנשים, מגביל בתפקודים פיזיים ספורטיביים, אך מאפשר פעילות יומיומית שגרתית כלשהי בבית ובעבודה. כאבי גב ואגן של ההיריון נחשבים לכאבים שפירים (benign) שאינם מסכנים את האם והעובר.¹⁻⁴

כ-7%-8% מן הנשים בהיריון סובלות מכאב עז ואינטנסיבי, המגביל אותן קשות בחיי היומיום והמאלץ אותן להשתמש בקביים או בכיסא גלגלים לצורכי ניידות.⁵ רבות מן הנשים הללו נפלטות ממעגל העבודה בשל חוסר תפקוד, ופונות לביטוח הלאומי לקבלת זכאות לתגמולים בגין שמירת היריון.

בישראל רובן של הנשים המתלוננות על כאב במהלך ההיריון פונות לרופא הנשים שלהן, ורק מיעוטן לאורתופד. אם

בין הפתולוגיות הנדירות בהיריון שתיים פוגעות במבנה הגרמי של גוף האישה ההריונית: אוסטאופורוזיס חולפת של הירך בהיריון (Transient Osteoporosis Hip - TOH), ראה דוגמא תמונה מספר 1), ואוסטאופורוזיס של ההיריון וההנקה (Osteoporosis of pregnancy and lactation, ראה דוגמא תמונה מספר 2).

אף על פי ששתי הפתולוגיות מערבות פגיעה במסת העצם, הן שונות זו מזו הן באטיולוגיה והן בפרוגנוזה: הפתולוגיה הראשונה (TOH) נחשבת לפגיעה מקומית וזמנית בעצם המערבת את ראש וצוואר הירך, חד-צדדית או דו-צדדית, האטיולוגיה לא ברורה, אך אם מאותרת בזמן, סיכויי ההחלמה גבוהים.¹³⁻¹⁴ במקרים שבהם אין מאתרים אותה, והמטופלת ממשיכה בנשיאת משקל, עלול להיגרם תמט ראש הירך, מה שמחייב החלפת ירך (- Total Hip Replacement (THR).

הפתולוגיה השנייה, אוסטאופורוזיס של ההיריון וההנקה, כוללת פגיעה מהותית בצפיפות העצם בגוף כולו, ומובילה לשברים פתולוגיים, בעיקר שברי דחיסה של עמוד השדרה.¹⁵ פתולוגיה זו דומה בהשפעתה לאוסטאופורוזיס של הגיל השלישי, ומשנה את אורח ואיכות חייהן של נשים צעירות.

נמצא שהעובר וההיריון עצמו תקינים, הן יאובחנו כסובלות מ-symphysiolysis - "סימפיזיוליזיס", ויובטח להן כי הכאב יחלוף לאחר הלידה.

חשוב להדגיש שבספרות המקצועית "סימפיזיוליזיס" משמעו symphysis pubis diastasis / separation (שהוא מצב רפואי נדיר, המתייחס לפתיחה של מעל לס"מ אחד במפרק הסימפיזיס-פוביס).⁶ מסיבה בלתי ברורה המונח "סימפיזיוליזיס" הפך בישראל לשם גנרי עבור כל סוגי הכאב באזור הגב, האגן והרגליים במהלך ההיריון.

על פי המחקר, רוב רובן של הנשים אכן מחלימות באופן ספונטני כשישה עד שנים עשר שבועות לאחר הלידה, אך כ-20% ממשיכות לדווח על כאב והפרעה גם לאחר שלושה חודשים.⁷⁻⁸ שיעור קטן של כ-5%-8% מן הנשים אינן מחלימות גם לאחר שנה והופכות למוגבלות וכאובות כרונית.⁹⁻¹²

מאחר שברוב המקרים הממסד הרפואי רואה בכאבי הגב והאגן בהיריון תסמונת בלתי מסוכנת, אשר חולפת עם הזמן והלידה, רוב רובן של הנשים אינן מופנות להמשך בירור רפואי. הן אינן עוברות בדיקה פיזיקלית של השלד-שריר או הדמיה רלוונטית, ולא נעשה ניסיון לזהות אצלן דגלים אדומים. לפיכך באוכלוסייה זו, שאינה הומוגנית, נחבאות נשים שיש להן פתולוגיות קשות, שאינן מאותרות.

תמונה מספר 1 (מימין): צילום MRI אופייני של TOH עם בצקת ירך בצד הימני של התמונה.

תמונה מספר 2 (משמאל): צילום MRI גב עם מספר שברי דחיסה באזור הטורקו-לומברי של עמוד השדרה במטופלת הסובלת מאוסטאופורוזיס של ההיריון וההנקה.



עם TOH. ובעקבות האבחנה היא עוברת ל-NWB למשך שישה שבועות. בהיעדר הנחיות (guidelines) - זו הפרקטיקה המקובלת.

המטופלת מקפידה על הוראות הרופא למשך שישה שבועות ואז מתחילה לחזור לדריכה. היא עדיין כאובה אבל מניקה, ומשתדלת לטפל בתינוקה. הימים חולפים והיא מרגישה שמצבה מחרף. פעולות יומיומיות נעשות קשות יותר ויותר. הכאב מתחיל להתרכז באזור הגב התחתון והבטן וגם באזור הצלעות ובית החזה. כשהיא מתכופפת היא שומעת מדי פעם רעש פתאומי מן הגב שמגביר את הכאב והיא אינה יכולה כמעט לתפקד. רופאה מתרשמים שאלה שרירים תפוסים, מצב אופייני אחרי לידה. בשל הכאבים היא ישנה מעל חודשיים בישיבה, ובקושי יכולה לעצום עין. ושוב, פעולות בסיסיות הופכות לכמעט בלתי אפשריות. היא נעזרת באנשים שסביבה 24/7 כי אינה יכולה כלל להרים את התינוק.

בשל כאבי הבטן היא נשלחת לבסוף על ידי רופאת המשפחה ל-CT בטן. בשולי הצילום נראו פגמים בחוליות. הפענוח מוביל ל-MRI גב והיא מאובחנת עם מעל עשרה שברים המפוזרים בעמוד השדרה - משמע Osteoporosis of the lactation period. המטופלת מתבקשת להפסיק להניק, ובמקביל מתחיל בירור רפואי אנדוקריני. במהלכו היא מאובחנת עם צפיפות עצם נמוכה ביותר המוגדרת כאוסטאופורוזיס $\{-2.9\}(-3.6) \text{SD}$.

במקביל, המטופלת פונה אלי באמצעות הגישה הישירה על סמך המלצות ברשתות החברתיות.

במפגש הראשון בינינו, כחמישה חודשים לאחר הלידה ובטרם מתקבלות תוצאות ה-MRI, עוברת המטופלת בדיקה קלינית מלאה של הגב, האגן האחורי, הירך והסימפזיס פוביס בתהליך סטנדרטי לבדיקת כאבי אגן הקשורים בהיריון ולידה.

הממצאים העיקריים בבדיקה

המטופלת הולכת באיטיות עם נשיאת משקל מופחתת על הגפה הימנית, ומדווחת על כאב בזמן ההליכה, בירך הימנית יותר מאשר בירך השמאלית. הכאב מתמקד באספקט הקדמי והצדי של מפרקי הירכיים.

במהלך עבודתי כפיזיותרפיסטית המטפלת בבעיות אורתופדיות הקשורות בהיריון ולידה איתרתי ונחשפתי לשתי הפתולוגיות, שתיהן אבחנות קשות הגורמות סבל רב ושינוי ניכר בחיי המטופלות. במאמר זה יתואר מקרה נדיר של אישה צעירה בהיריון ראשון שאובחנה כסובלת הן מאוסטאופורוזיס חולפת של הירך בהיריון והן מאוסטאופורוזיס של ההיריון וההנקה. למיטב ידיעתי, טרם תואר בספרות מקרה דומה.

המאמר נועד לספר את סיפורה של המטופלת כדי להעלות את המודעות בקרב קהילת הפיזיותרפיסטים המטפלים בבעיות שלד-שריר ורצפת האגן בהריוניות מתוך מטרה לסייע באיתור ובאבחון מהירים יותר של הפתולוגיות באוכלוסייה זו לשם מניעת נזק נוסף.

תיאור המקרה

המטופלת היא אישה בת 31, עורכת וידיאו במקצועה המתגוררת במרכז הארץ. היא בריאה, פעילה ואקטיבית, ונמצאת בהיריון ראשון המוגדר תקין. לא קיימת היסטוריה רפואית רלוונטית לפגיעה במסת העצם (הפרעת ספיגה / רזון קיצוני / פאזות אנורקטיות / טיפול פומי ממושך בסטרואידים ומחלות רקע אחרות). בתחקור מעמיק מתברר שהאם אובחנה עם אוסטאופורוזיס בתחילת העשור החמישי לחייה, וסבתה מצד האם אובחנה בגיל המבוגר.

להלן תיאור השתלשלות האירועים: כאבי האגן של המטופלת החלו בשבוע 30 של ההיריון. הכאבים מופיעים באזור מפרק הירך מימין, מתגברים במהירות ועוברים גם לירך השמאלית, עד שבתוך שבועיים לערך היא מתקשה לגמרי לעשות פעולות בסיסיות, כגון: ישיבה, הליכה, עמידה והתלבשות. המטופלת סובלת מצליעה קשה, מתניידת בעזרת מקל וכיסא מחשב וממעטת בתנועה. הגניקולוג ורופא המשפחה חושבים שמדובר בדלקת במפרק הירך / סימפזיוליזיס / לחץ של התינוק ומבטיחים שהתופעה תחלוף לאחר הלידה.

המטופלת ממשיכה לסבול, יולדת בניתוח קיסרי אלקטיבי בשבוע ה-38. הליך הלידה תקין, ואחרי ההתאוששות והתפוגגות המורפיום, היא מבינה שמשהו לא תקין. הכאב אינו חולף אלא מתגבר דווקא. שבועיים לאחר מכן, היא פונה למומחה ירך אשר מפנה אותה לבדיקת MRI, היא מאובחנת

סיכום ופירוש ממצאי הבדיקה

בהיעדר ממצאים בבדיקה למעורבות מפרקי האגן הקדמי והאחוריים ברור היה שאין מדובר בתסמונת שפירה של כאבי אגן של היריון (PLPP) וגם לא ב"סימפיזיוליזיס". הרחבת מפרק הסימפיזיס פוביס (סימפיזיוליזיס) לא נמצאה באף אחת מן ההדמיות, וגם לא בבדיקת האולטרסאונד האבחנתי שעשיתי.

ההגבלה הניכרת בכיפוף הקדמי של עמוד השדרה בעמידה היא סימן ברור למעורבות בתסמינים. בהיעדר סימנים ותסמינים למעורבות עצבית בבדיקת ה SLUMP - מוגבלות ניכרת עם כאב עז בכיפוף קדמי מרמזת על הפרעה בהעמסה מכנית על גופי החוליות. היעדר רגישות במישוש דו-צדדי אחורי וכן היעדר תמונה קלינית אופיינית לאלמנטים האחוריים של כאב בפשיטה, דו-צדדית או חד-צדדית, תומך בהשערה שאין מדובר ברגישות במבנים האחוריים של עמוד השדרה.

הממצאים הקליניים תאמו את החשד שעלה בבדיקת ה-CT. במקביל אישש ה-MRI נזק מבני בגופי החוליות ושברי דחיסה מרובים.

בבדיקת הירך נמצאו ממצאים שאינם תואמים את גילה של המטופלת. בדיקות Log Roll ו-IROP חיוביות והגבלה ניכרת כל כך בטווחי התנועה מתאימות למצבים של מחלת מפרקים קשה באוכלוסייה המבוגרת או הראומטית. בשל גילה הצעיר, בריאותה התקינה והיעדר הסבר אחר למוגבלות הקשה יש להתייחס לממצאים הללו כאל דגל אדום הדורש המשך בירור רפואי. ידוע היה לי כבר על ממצאים רלוונטיים בירך בבדיקת ה-MRI. הנחתי שטרם הושלמה ההחלמה של עצם הירך. מניסיון קודם, רבות מן המטופלות הסובלות מאוסטאופורוזיס חולף של ההיריון אינן מחלימות גם לאחר שישה עד שמונה שבועות של היעדר דריכה, ולכן לא הופתעתי מן הממצאים. מצד שני, טרם נערכו בדיקות חוזרות להשוואה.

מהלך הטיפול

שילוב הפתולוגיות שמהן סבלה המטופלת היווה עבורי אתגר טיפולי.

מצד אחד, הטיפול ב-TOH כולל הפחתת משקל מן הגפה ושימוש בכיסא גלגלים או קביים ללא דריכה לתקופה של לפחות שישה עד שמונה שבועות, שלאחריה תהיה חזרה

תנועות אקטיביות של עמוד השדרה בעמידה תקינות ואינן מכאיבות, למעט כאב משמעותי והגבלה ניכרת בעת כיפוף קדמי. טווח התנועה נמדד בהחלקת כפות ידיים לאורך הירך ונעצר בשליש העליון של הירך.

בבדיקת SLUMP בישיבה, בטווח שאינו מכאיב, לא נמצאה מעורבות עצבית, גם לאחר שבוצעו ניסיונות מספר להעמסה עצבית מתיחתית בכיוונים שונים.

בשכיבה על הגב נערכו שתי בדיקות ספציפיות: Log Roll Test ו-IROP (Internal Rotation of Pelvic).

Log Roll Test נחשבת חיובית אם מזהים בה כאב והגבלה בתנועות סיבוביות פאסיביות של הירך במנח של 0 מעלות כיפוף. בדיקה חיובית מורה על כך שיש מעורבות מפרקית של הירך. בדיקה זו נחשבת לווריאציה העדינה יותר של המבדק הבא. בבדיקת המטופלת הופקו כאב ומוגבלות תנועתית בירך הימנית.

Internal Rotation of Pelvic (IROP) נחשב חיובי אם מופק כאב ברוטציה פנימית המבוצעת ב-90 מעלות כיפוף. לבדיקת IROP רגישות גבוהה וספציפיות נמוכה לפתולוגיות תוך-מפרקיות, כפי שנמצא בהשוואה למדד הזהב של הזרקה תוך-מפרקית.¹⁶

בירך השמאלית נמצאה הגבלה של 20 מעלות לסיבוב פנימי בשל כאב. בירך הימנית לא ניתן היה להשיג תנועה כמעט כלל. טווחי תנועה אקטיביים בירך נמצאו כאובים ומוגבלים בהתאם לממצאים הפאסיביים.

בדיקות קליניות למפרק הסימפיזיס פוביס ומפרקי האגן האחוריים היו בטווח הנורמה ולא נראו רלוונטיים להגבלה התפקודית המשמעותית של המטופלת. גם בבדיקת אולטרסאונד אבחנתי, שביצעתי במועד מאוחר יותר, המרווח של הסימפיזיס פוביס היה בטווח פתיחה נורמלי.

במישוש עמוד השדרה המותני והגבי אובחנה רגישות מפוזרת, חלקה משמעותית, למישוש מרכזי, וללא רגישות משמעותית חד-צדדית בשני הצדדים.

הבית הקלות. טרם נעשו הדמיות חוזרות.

דיון

כאבי גב ואגן בהיריון הם תסמונת שכיחה בקרב נשים בהיריון אשר יכולה להסתיר פתולוגיות קשות יותר כמו TOH או אוסטאופורוזיס של ההיריון וההנקה. מדובר בשתי פתולוגיות נדירות, ששכיחותן אינה ברורה. כיוון שהן מאובחנות בזמן ההיריון רק באמצעות MRI, הסיכוי לאבחון במהירות בישראל הוא קטן במיוחד.

תסמונת כאבי גב ואגן בהיריון אינה זוכה לתשומת לב מספקת מצד הממסד הרפואי, ולכן מטופלת המתלוננת על תסמונת זו אינה זוכה לבידור רפואי מלא. היעדר בידור מלא הכולל בדיקה פיזיקלית טובה וזיהוי דגלים אדומים גורם לאבחון מאוחר ולהשלכות שליליות בלתי הפיכות על חיי האישה.

שיטת הגישה הישירה בפיזיותרפיה מעניקה לפיזיותרפיסט תפקיד משמעותי בבדיקה קלינית איכותית. כאבי אגן של ההיריון נחשדים כדגלים אדומים כאשר ישנה עלייה מהירה בכאב על ציר הזמן עד לרמת חוסר תפקוד. הכאבים ממוקמים בירך או בגב ויוצרים הפרעה ניכרת בהליכה או ביכולת הרמת משקל וכיפוף הגב. במקרה כזה נדרשת בדיקה קלינית יסודית כדי להתחיל באבחון יעיל.

המטופלת המתוארת כאן סבלה משילוב נדיר של שתי הפתולוגיות, שילוב שמהווה אתגר טיפולי משמעותי משום שעקרונות הטיפול בכל אחת מהן מנוגדים זה לזה. בספרות המקצועית לא קיימים דיווחים מספקים לגבי הטיפול בכל פתולוגיה בנפרד, לא כל שכן לטיפול בשתייהן יחד.

באשר ל-TOH קיימים בספרות בעיקר תיאורי מקרה של מטופלת אחת או מספר קטן של מטופלות. חלקם מתארים אבחון מאוחר והידרדרות המצב עד כדי החלפת ירך. הטיפול המקובל הוא מניעת דריכה למשך שישה עד שמונה שבועות וחזרה הדרגתית לתפקוד. לצערי, רבות מן המטופלות שמגיעות אליי סובלות משברים של אי-ספיקה בראש הירך, חלק קטנים ואחרים משמעותיים. שברים אלו הם תוצאה של נשיאת משקל על הירך הפגועה עקב היעדר אבחנה, ובגללם הן אינן מחלימות לגמרי בתום תקופת המנוחה.

הדרגתית לתפקוד בהתאם לכאב. על כן לא ניתן לחזור להליכה מרובה.

מצד שני, עקרונות הטיפול של אוסטאופורוזיס של ההיריון וההנקה צריכים להיות דומים לאלה של הגיל המבוגר. שאיפה לנשיאת משקל מרובה ותרגול כוח והתנגדות לטווח הרחוק, עם נקיטת אמצעי זהירות בהתאם לכאב בטווח הקרוב.

השילוב בין הפתולוגיות היה מורכב, והעיקרון שהנחה אותי היה שלא להחריף את כאבי הירך, המשמשים כמדד לבצקת במפרק ולחוסר החלמה, וגם להימנע מיצירת שברים חדשים בעמוד השדרה.

המטופלת תודרכה להתחיל בהליכה קצרה של חמש-שש דקות ביום, ובהדרגה להאריכה במשך דקה-שתיים כל יומיים-שלושה תוך ניטור כאבי הירך והגב. במקביל קיבלה המטופלת הדרכה לתרגול מישרי הגב. בהתחלה - תרגול בשיבה גבוהה כשהיא רכונה מעט קדימה בגב ישר ומבצעת תרגול ידיים ליישור, ואחר כך - תרגול עמידת שש והרמת יד קדימה לסירוגין. הטיפול הידני כלל עיסוי רקמה רכה (skin rolling) לשם הפחתת הכאב.

במקביל לתרגול קיבלה המטופלת מרופאה תרופות בונות עצם שאותן בחרה להפסיק בשל תופעות לוואי קשות. מצד שני, היא נעתרה לבקשה להפסיק את ההנקה, מה שיגרם להאצה בעליית מסת עצם. ולכן עם הזמן הרגשנו בטוחות יותר. העלינו את זמני ההליכה, התקדמנו עם התרגול להרמת רגל-יד לסירוגין והעלינו את כמות התרגול לכעשר דקות ביום. תדירות הפגישות פחתה מאחת לשבועיים לאחת לחודש. בכל פגישה נערכו שוב כל מבדקי הירך, ונמדדה יכולת כיפוף הגב בעמידה. כל עוד המטופלת התקדמה ולא חלה הידרדרות במדדים, המשכנו להעלות את כמות ההליכה והתרגול. יש לציין שמדובר באישה לאחר לידה עם מוגבלות תפקודית קשה ועומס של תינוק קטן, ולכן מצאנו את דרך הביניים - מה היא מוכנה ומצלחה לעשות.

המטופלת נמצאת אצלי במעקב כבר חמישה חודשים (חמישה טיפולים) וחל שיפור ניכר בטווחי התנועה של עמוד השדרה לכיפוף ללא כאב וגם בבדיקות הירך. היא מסוגלת ללכת מרחקים ארוכים יותר, ומתפקדת טוב יותר בביצוע מטלות

בחרתי להציג את המקרה הזה כדי להעלות את המודעות של המטפלים בנשים בהיריון לפתולוגיות אלו ולהדגיש את הדגלים האדומים בריאיון ובבדיקה. ידע זה יאפשר איתור ואבחון מוקדם, מה שיכול למנוע סיבוכים ומוגבלות תפקודית, ולמנוע סבל ופגיעה משמעותית באיכות חייה של האישה. אוסטאופורוזיס חולף של ההיריון שיאותר בזמן, יחלים לאחר שישה עד שמונה שבועות של אי-נשיאת משקל ולא ידרדר לשברים. אוסטאופורוזיס של ההנקה אם יאובחן מבעוד מועד יביא להפסקה מוקדמת של ההנקה. הפסקת ההנקה תמנע ירידה נוספת בצפיפות העצם ולפיכך גם את הסיכון לשברי דחיסה.

נדירות הפתולוגיות האלה בשילוב היעדר מידע בספרות מאלץ את המטפל לבחור בעצמו את דרכו הטיפולית. כדי לשנות את המצב יש צורך בפרסום תיאורי מקרה נוספים וגם במחקרים מתאימים הן כדי להבין את הפתולוגיות העומדות מאחורי האבחנה והן כדי לקבוע את דרכי הטיפול וההתנהלות הרצויות למען מטופלות הסובלות מפתולוגיות אלה.

* ברצוני להודות לט.ב. על תמיכתה המלאה ושיתוף הפעולה, ובמילותיה: שלא תהיינה עוד נשים שתסבולנה כמוני!

באשר לאוסטאופורוזיס של ההיריון וההנקה, אצל רוב הנשים קיימת ירידה בצפיפות העצם בהיריון ובתקופת ההנקה בשל עלייה בדרישת הסידן מצד העובר והתינוק. עם זאת, רוב הנשים אינן סובלות מאוסטאופורוזיס חריף כתוצאה מכך, ולכן הן גם לא חוות שברים.¹⁷⁻¹⁸ בדרך כלל הטיפול בנשים אלו הוא תרופתי. המטופלת המתוארת כאן סבלה מתופעות לוואי משמעותיות בשל הטיפול התרופתי, ולכן בחרה לוותר עליו בתקווה שהעצם תתאושש הודות להפסקת ההנקה.

כיום נראה שמצבה משתפר, ובוודאי חל שיפור במדדים התפקודיים שלה. עם זאת, לא נערכו עדיין בדיקות חוזרות של צפיפות העצם או הדמיות אחרות, כך שלא ניתן לאשש את ההשערה שאכן חל שיפור במצב העצמות.

בהקשר זה יש לציין גם את ההיבט הפסיכו סוציאלי. המטופלת איבדה אמון במערכת הרפואית. אחת ממטרותי הייתה להשיב את אמונה במערכת על ידי שיח פתוח על הבעיה והדרכה לגבי הגישה הטיפולית, תוך הדגשת העובדה שיש לי הכלים להנחותה בצורה בטוחה וממוקדת (reassurance).¹⁹

חוסר האמון במערכת הרפואית, ביחד עם הקשיים הפיזיים, תחושת המוגבלות והיעדר היכולת לטפל בתינוק, יוצרים כאוס בחייה של האישה. ולכן התמיכה הרגשית במהלך הטיפול והענקת הביטחון למטופלת כי אני מבינה את מצבה ויודעת את הדרך לפתורנו קיבלו משנה חשיבות.²⁰

במקביל, אחת המטרות החשובות בטיפול הייתה להעצים את המטופלת ולהגביר את יכולתה לקבוע בעצמה הן את רמת העומס בתרגול והן את שגרת היומיום. נערך דיון משותף (communication) על רמות הכאב בזמן התרגול, לאחריו ובזמן ההתאוששות במטרה להקנות למטופלת ידע אקטיבי (active knowledge) שיאפשר לה ליטול חלק בבחירת התרגול ורמתו. רתימת המטופלת לדבוק בתרגול (adherences) הייתה חשובה בעיקר בשל האילוץ הרפואי להתקדם באיטיות ולפזר את התרגול לאורך שעות היום.²¹⁻²²

המטופלת נמצאת כרגע בתהליך טיפולי שצפוי להימשך עוד כמה חודשים.

מקורות

1. Robinson HS, Mengshoel AM, Bjelland EK, Vollestad NK. Pelvic girdle pain, clinical tests and disability in late pregnancy. *Man Ther.* 2010; 15:280-285.
2. Malmqvist S, Kjaermann I, Andersen K, Okland I, Bronnick K, Larsen JP. Prevalence of low back and during pregnancy in a Norwegian population. *J Manipulative Physiol Ther.* 2012; 35:272-278.
3. Wu WH, Meijer OG, Uegaki K, Mens JM, van Dieen JH, Wuisman PI, Ostgaard HC. Pregnancy-related pelvic girdle pain (PPP), I: terminology, clinical presentation, and prevalence. *Eur Spine J.* 2004; 13:575-589.
4. Vleeming A, Albert HB, Ostgaard HC, Sturesson B, Stuge B. European guidelines for the diagnosis and treatment of pelvic girdle pain. *Eur Spine J.* 2008; 17:794-819.
5. M.A. Mens, Yvonne H. Huis, Annelies Pool Goudzwaard. Severity of signs and symptoms in lumbopelvic pain during pregnancy *Manual Therapy.* 2002; 17 (2); 175-179.
6. הגדרות רפואיות על-פי ה-National Library of medicine
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/medgen/116063>, NIH
7. Anne Marie Gausel, Stefan Malmqvist, Knut Andersen, Inger Kjærmann, Jan Petter Larsen Ingvild Dalen, Inger Økland. Subjective recovery from pregnancy-related pelvic girdle pain the first 6 weeks after delivery: a prospective longitudinal cohort study. *European Spine Journal.* 2020; 29:556-563.
8. Gausel AM, Kjaermann I, Malmqvist S, Dalen I, Larsen JP, Okland I. Pelvic girdle pain 3-6 months after delivery in an unselected cohort of Norwegian women. *Eur Spine J.* 2015; 25:1953-1959.
9. Bergstrom C, Persson M, Nergard KA, Mogren I. Prevalence and predictors of persistent pelvic girdle pain 12 years postpartum. *BMC Musculoskelet Disord.* 2017; 18:399.
10. Wuytack F, Curtis E, Begley C. Experiences of first-time mothers with persistent pelvic girdle pain after childbirth: descriptive qualitative study. *Phys Ther.* 2015; 95:1354-1364.
11. Gutke A, Lundberg M, Ostgaard HC, Oberg B. Impact of postpartum lumbopelvic pain on disability, pain intensity, health-related quality of life, activity level, kinesiophobia, and depressive symptoms. *Eur Spine J.* 2011; 20:440-448.
12. Gutke A, Josefsson A, Oberg B. Pelvic girdle pain and lumbar pain in relation to postpartum depressive symptoms. *Spine (Phila Pa 1976).* 2007; 32:1430-1436.
13. Berman N, Brent H, Chang G, Honig S. Transient osteoporosis: not just the hip to worry about. *Bone Rep.* 2016; 5:308-11.
14. K. Asadi-Pooya, L. Graves, L. W. Greene. Transient osteoporosis of the hip: review of the literature. *Osteoporos Int.* 2017; 28:1805-1816.
15. M. Laroche, M. Talibart, C. Cormier, C. Roux, P. Guggenbuhl & Y. Degboe. Pregnancy-related fractures: a retrospective study of a French cohort of 52 patients and review of the literature. 2017; 28: 3135-3142.
16. Panel Erin Maslowski MD, William Sullivan MD, Jeri Forster Harwood PhD, Peter Gonzalez MD, Marla Kaufman MD, Armando Vidal MD, Venu Akuthota MD. The Diagnostic Validity of Hip Provocation Maneuvers to Detect Intra-Articular Hip Pathology. *PM&R.* 2010; 2(3):174-181.
17. Kovacs CS. Maternal Mineral and Bone Metabolism During Pregnancy, Lactation, and Post-Weaning Recovery. *Physiol Rev.* 2016 Apr; 96(2):449-547.
18. Kovacs CS. Calcium and bone metabolism disorders during pregnancy and lactation. *Endocrinol Metab Clin North Am.* 2011; 40(4):795-826.
19. Cheung, L.; Soundy, A. The Impact of Reassurance on Musculoskeletal (MSK) Pain: A Qualitative Review. *Behav. Sci.* 2021; 11, 150.
20. Boutevillain L, Dupeyron A, Rouch C, Richard E, Coudeyre E. Facilitators and barriers to physical activity in people with chronic low back pain: A qualitative study. *PLoS ONE.* 2017; 12 (7): e0179826.
21. Moore AJ, Holden MA, Foster NE, Jinks C. Therapeutic alliance facilitates adherence to physiotherapy-led exercise and physical activity for older adults with knee pain: a longitudinal qualitative study. *Journal of Physiotherapy.* 2017; 66:45-53.
22. Jeanette Melin, Åsa Nordin, Caroline Feldthusen & Louise Danielsson (2019): Goal-setting in physiotherapy: exploring a person-centered perspective, *Physiotherapy Theory and Practice*, DOI: 10.1080/09593985.2019.1655822.

Disabling pregnancy-related lumbopelvic pain: when early diagnosis matters - A case report

Adi Amit David, BPT

Orthopedic Manual Therapist
Sport and Spine Physiotherapy Clinic

Abstract

Back and pelvic pain during pregnancy (Pregnancy-Related Lumbopelvic Pain) is a common and usually benign syndrome that affects many women during the period of pregnancy and childbirth. Therefore, most women do not undergo a thorough medical examination, even if they are suffering from pain and their functional abilities are significantly compromised. In the absence of a basic medical diagnosis and acceptable medical screening, women suffering from severe painful pathologies, which endanger their quality of life and long-term physical functioning are rarely identified. Among such rare pathologies in pregnancy are transient osteoporosis of the hip during pregnancy (Transient Osteoporosis Hip-TOH) and osteoporosis of pregnancy and lactation.

In this article, a patient suffering from both of these rare pathologies is presented. To the best of my knowledge, this combination has not yet been presented in the literature. This made it more difficult to manage the case, due to the pathologies' different etiologies and conflicting treatment recommendations.

The functional limitations of the woman under discussion, together with the clinical findings of the patient's physical examination, provided initial indications as to the existence of these rare pathologies. The final diagnosis was made with the help of MRI imaging - a limited resource that is distributed sparingly,

particularly during pregnancy. Because of this, a thorough clinical examination by the treating physical therapist can be a first step towards an accurate and early diagnosis, which may prevent future complications. With the institution of direct access to physical therapy, awareness of these pathologies and their red flags is critical.

In the absence of targeted medical literature regarding the treatment of each pathology separately and particularly when they appear together, the treatment of both conditions in a single woman posed a significant challenge. Decision-making regarding treatment was based on repeated examinations and monitoring of the progress in terms of pain and functional ability, while relying on the biopsychosocial model. Currently, the patient is improving steadily and continues her physical therapy rehabilitation program.

Keywords: Pregnancy-Related Red Flags, Pregnancy-Related Lumbopelvic Pain- PLPP, Transient Osteoporosis Hip-TOH, Osteoporosis of Pregnancy and Lactation

תרגום לעברית והתאמה תרבותית ושפתית של שאלון לדיווח עצמי שנועד למדידת החומרה של נזירות-מושרית-כימותרפיה והשלכותיה*

הדס אופק PhD¹, ניקול אסרף MSc² BPT

¹ החוג לפיזיותרפיה, המכללה האקדמית צפת

² המכון האונקולוגי, מרכז רפואי "שמיר"

תקציר

נזירות-מושרית-כימותרפיה (Chemotherapy Induced Peripheral Neuropathy - CIPN) היא סיבוך נזירות-מושרית-כימותרפיה המופיע אצל 50% - 90% מכלל האנשים שטופלו בכימותרפיה. הסימפטומים הם ירידה בתחושה וכאב נזירות-מושרית-כימותרפיה. להפרעה בשיווי משקל, במוטוריקה עדינה ובאיכות החיים.

המטרה של המחקר הזה היא לתרגם שאלון לדיווח עצמי של המטופל, המכמת תסמיני CIPN, ולהתאימו לדוברי העברית לשימוש מחקרי וקליני.

שאלון Treatment-induced Neuropathy Assessment Scale_v3.0 (TNAS), שפותח על ידי מרכז אנדרסון (MD Anderson cancer center) טקסס, תורגם לעברית ועבר התאמה תרבותית ושפתית. השאלון תורגם, נבדק באמצעות תשאול של קבוצת היעד (cognitive debriefing), ואז עבר תרגום חוזר. בתשאול רואיינו חמישה מטופלים עם CIPN במגוון אבחנות ראשוניות ונתונים דמוגרפיים. בעקבות התהליך נעשו כמה שינויי ניסוח בשאלון בעברית, ששיפרו את התאמתו עבור המטופלים דוברי העברית. השימוש בשאלון דורש רישיון ממכון אנדרסון!

מילות מפתח: נזירות-מושרית-כימותרפיה, כלי הערכה לדיווח עצמי, עברית, תשאול קבוצת היעד, התאמה תרבותית

רקע

נזירות-מושרית-כימותרפיה - Chemotherapy Induced Peripheral Neuropathy (CIPN) היא סיבוך נזירות-מושרית-כימותרפיה המופיע אצל 50%-90% מן המטופלים: 68% במהלך החודש הראשון, 60% לאחר 3 חודשים ו-30% לאחר 6 חודשים.¹ סימפטומים נזירות-מושרית-כימותרפיה (אפילו חמורים) עלולים להימשך ב-11%-80% מן המקרים בין שנה ל-3 שנים לאחר סיום הכימותרפיה. לאחר 5 שנים, כ-50% מן הלוקים ב-CIPN ימשיכו לדווח על נזירות-מושרית-כימותרפיה.^{2,3,4}

הופעת CIPN היא תופעה שכיחה תוך כדי הטיפול הכימותרפי והיא אף מתגברת עם העלייה במינון ועם ערבוב סוגי הטיפול. עם זאת, ישנם מקרים שבהם הנזירות-מושרית-כימותרפיה יחלו רק לאחר סיום הכימותרפיה, תופעה המכונה coasting.⁵ לעיתים, הסימפטומים חמורים עד כדי כך שיש צורך לשנות את מינון הטיפול, להחליפו ואף להפסיקו, מה שיכול לפגוע בפרוגנוזה של החולה.⁶

CIPN מתבטאת בדרך כלל בפגיעה בסיבי עצב סנסוריים פריפריים, ועשויה להיות מוגברת על ידי עוררות של מערכת העצבים המרכזית.⁷ הפגיעה הפריפריית מערבת סיבים סנסוריים גדולים וקטנים. הממצא הנפוץ הוא גיוון אקסונלי מסוג Length dependent axonal degeneration במנגנון dying back של פגיעה עצבית מדיסטל לפרוקסימל המכונה dying back.

*מפאת שמירת זכויות היוצרים, השימוש בשאלון דורש אישור ממרכז אנדרסון (MD Anderson Cancer Center) שבטקסס, ארצות הברית.

רלוונטי לכימות נירופתיה מושרית-כימותרפיה בשפה העברית.

שאלון Treatment-induced Neuropathy Assessment Scale_v3.0 (TNAS) הוא כלי הערכה מסוג PROM אשר פותח על ידי מרכז אנדרסון לחקר הסרטן בארה"ב (MD Anderson cancer center, Texas). ייחודו של כלי זה בכך שהוא מקיף וקל להבנה מצד אחד, וקצר ומהיר למילוי מן הצד האחר. בגרסה השלישית העדכנית של השאלון ישנם 9 סעיפים, ומילוי אורך כשתי דקות בלבד. בשאלון שני חלקים: החלק הראשון מיועד לדיווח עצמי על מאפייני ה-CIPN: ירידה בתחושה, נימול, כאב, תחושת חום ותחושת קור. החלק השני מיועד לדיווח על השפעת הסימפטומים על תפקודים שונים: תפקוד הגפיים העליונים, הליכה, שיווי משקל ושינה. כל סעיף מנוקד מ-0-10, המאפשר מעקב רגיש ומדויק יותר על מצבו של המטופל. מקדם מהימנות המבחן-מבחן חוזר של ה-TNAS הוא 0.97¹⁵. המבחן תוקף בהשוואה לשאלון מקביל ה-(EORTC-CIPN 20), ונמצא תקף על פי תוקף הקריטריון: קורלציה 0.69 לתת-המבחן התחושתית, 0.7 לתת-הסולם המוטורי, 0.32 לתת-הסולם האוטונומי.¹⁵ תוקף התוכן נבדק ואומת באמצעות ראיונות עומק עם אוכלוסיית היעד.¹⁶

מטרת עבודה זו היא לתרגם כלי מדידה לדיווח עצמי של המטופל, המכמת תסמיני CIPN, ולהתאימו עבור דוברי העברית לשימוש קליני ומחקרי.

שיטות

מאמר זה מתאר תהליך תרגום והתאמה שפתית ותרבותית של ה-TNAS. פנינו למרכז אנדרסון, מפתח השאלון, כדי לקבל את אישורם לתרגום השאלון לעברית. התהליך קיבל אישור של ועדת אתיקה מכללתית במכללה האקדמית צפת, וכל המשתתפים חתמו על הסכמה מדעת (או הביעו את הסכמתם באופן מוקלט). מרכז אנדרסון שלח תרגום ראשוני לעברית, שאמור היה לשמש את החוקרות כבסיס לתרגום. הטקסט שנשלח חולק על ידי המרכז ל-29 מקטעי טקסט. לדוגמה: משפט ההנחיה למילוי חולק לשישה מקטעי טקסט. על פי הנחיות מדויקות ששלח המרכז, נערכה התאמה תרבותית ושפתית. ההתאמה התרבותית נעשתה באמצעות תשאל (cognitive debriefing) המאפשר התאמה שפתית ותרבותית

neuropathy, עם מעורבות של ה-Dorsal Root Ganglia. מעורבות מוטורית ואוטונומית נפוצה פחות.⁸ הפגיעה בסיבי העצב התחושתיים הינה באופן טיפוסי סימטרית דיסטלית, במופע של "כפפות וגרביים".

באופן פרדוקסלי, קיימים סימפטומים שליליים וחיוניים בעת ובעונה אחת. הסימפטומים ה"שליליים" (חסר בתפקוד - loss of function) כוללים ירידה בתחושת האופנויות השונות (מגע קל ולחץ, פרופריוספציה וויברציה, טמפרטורה וגם בתחושת כאב בבדיקה - היפואלגזיה). הסימנים ה"חיוניים" (עודף בתפקוד - gain of function) הם: היפראלגזיה, פרסטזיות, היפרפאתיה, דיסאסתזיה ואלודיניה.^{10,9,8,7,5,1}

נמצא קשר בין CIPN לירידה בתפקוד ובאיכות חיים של הלוקה בה, המתבטאת בין השאר בקושי בקימה מישיבה, בליקויים בשיווי המשקל ובתבנית ההליכה. נמצא קשר בין חומרת הסימפטומים התחושתיים לעלייה במספר הנפילות, ללא קשר לירידה בכוח השרירים.²

נכון להיום, זיהוי CIPN מתבסס על דיווח עצמי ללא "תקן זהב" (gold standard) לזיהוי. לרוב, האבחנה הקלינית נעשית בצורה דיכוטומית של כן-לא (יש או אין נירופתיה). אם אובחנה נירופתיה, מכמתים אותה. הסולם הנפוץ ביותר בטיפול הוא Common Terminology Criteria for Adverse Events National Cancer Institute (NCI-CTCAE), הנע בין 0 (ללא סימפטומים) ל-5 (מוות). הסולם הזה בעל רגישות נמוכה לשינוי.^{12,11}

בספרות מוצעים כמה כלי הערכה לדיווח עצמי ל-CIPN בספרות מוצעים כמה כלי הערכה לדיווח עצמי ל-CIPN (Patient Reported Outcome Measures) PROMs האנגלית ובשפות אחרות. חשיבותם של PROMs טמונה ביכולת שלהם לכמת את חומרת הסימפטומים ואת השפעתם על התפקוד היומיומי מנקודת הראות של המטופל. מידע זה מאפשר לנסות לבנא את הסיכון לנירופתיה ולהשלכותיה הקליניות והתפקודיות מול התועלת שבטיפול עצמו. לפיכך, סולם מסוג זה מאפשר לעקוב אחרי שינוי לאורך זמן, להפסיק או לשנות טיפול כדי למנוע נזק עצבי, לטפל בסימפטומים בזמן אמת ולהגדיל את רווחתו של המטופל. כלי מדידה כזה מאפשר דיווח מהימן וכמותי על מצב הנירופתיה שניתן להעבירו לצוות הרפואי כולו.^{14,13,11} ככל הידוע לנו, אין PROM

TNAS-Hebrew שאלון

Treatment induced Neuropathy Assessment Scale
(סולם להערכת תופעות לוואי עצבים נוירולוגיים)

הצורה הבסיסית של הסולם היא 10 שאלות, כאשר כל שאלה היא בעלת 11 אפשרויות תשובה (0-10).
 כל שאלה היא בעלת 11 אפשרויות תשובה (0-10).
 הצורה הבסיסית של הסולם היא 10 שאלות, כאשר כל שאלה היא בעלת 11 אפשרויות תשובה (0-10).

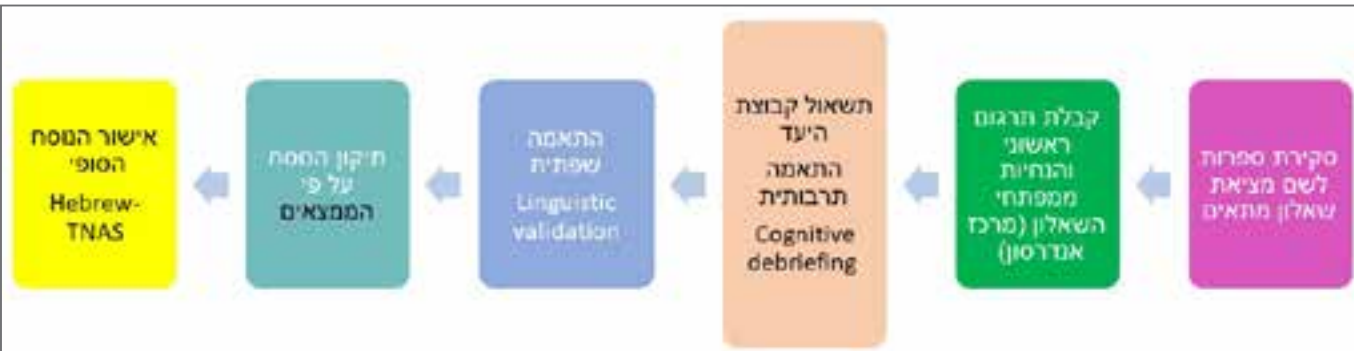
שאלה	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	השאלה
1. האם יש לך תחושת כבדות או חוסר תחושה ברגליך?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	1. האם יש לך תחושת כבדות או חוסר תחושה ברגליך?
2. האם יש לך תחושת כבדות או חוסר תחושה ברגליך?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	2. האם יש לך תחושת כבדות או חוסר תחושה ברגליך?
3. האם יש לך תחושת כבדות או חוסר תחושה ברגליך?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	3. האם יש לך תחושת כבדות או חוסר תחושה ברגליך?
4. האם יש לך תחושת כבדות או חוסר תחושה ברגליך?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	4. האם יש לך תחושת כבדות או חוסר תחושה ברגליך?
5. האם יש לך תחושת כבדות או חוסר תחושה ברגליך?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	5. האם יש לך תחושת כבדות או חוסר תחושה ברגליך?
6. האם יש לך תחושת כבדות או חוסר תחושה ברגליך?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	6. האם יש לך תחושת כבדות או חוסר תחושה ברגליך?
7. האם יש לך תחושת כבדות או חוסר תחושה ברגליך?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	7. האם יש לך תחושת כבדות או חוסר תחושה ברגליך?
8. האם יש לך תחושת כבדות או חוסר תחושה ברגליך?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	8. האם יש לך תחושת כבדות או חוסר תחושה ברגליך?
9. האם יש לך תחושת כבדות או חוסר תחושה ברגליך?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	9. האם יש לך תחושת כבדות או חוסר תחושה ברגליך?
10. האם יש לך תחושת כבדות או חוסר תחושה ברגליך?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	10. האם יש לך תחושת כבדות או חוסר תחושה ברגליך?

של שאלון. במסגרת התהליך נערך תרגום הלך ושוב משפת התרגום לשפת המקור, על פי כללי COSMIN.¹⁷ לצורך ההתאמה התרבותית, גויסו חמישה משתתפים (מדגם שנקבע לפי הנחיות מרכז אנדרסון) ונערכו עמם ראיונות אישיים. מקום הפגישה נקבע לפי נוחיות המשתתפים. מכיוון שהמחקר נערך בתקופת הקורונה, ניתנה למשתתפים האפשרות לבחור בין ראיון פנים אל פנים ובין ראיון מקוון. שניים מן הנבדקים בחרו בפגישה פנים אל פנים, אחד בחר בפגישת זום ושניים בווידיאו בוואטסאפ. כל השיחות הוקלטו. בשלב הראשון, קרא המשתתף את השאלון כולו לצורך התרשמות (לשאלון בתצורתו הסופית ראו תמונה 2). בשלב השני, הקריאה החוקרת כל אחד מ-29 מקטעי הטקסט בנפרד, על פי החלוקה שנקבעה מראש על ידי מפתחי השאלון. אחרי כל מקטע נתבקשו המשתתף או המשתתפת לענות אם הטקסט הובן, להסביר מה הובן, ולהעלות הצעות לשיפור. במקומות מסוימים היה דיון בין המשתתף לחוקרת על מהות המשפט.

לאחר סיום הראיונות, גיבשו יחד החוקרות ("ה", "ו", "א") נוסח של שאלון התואם את הממצאים. הנוסח המתוקן עבר תהליך של התאמה שפתית באמצעות תרגום הלוח ושוב על ידי שני דוברי אנגלית ועברית ברמת שפת אם ("ו" ו"א") - האחד פיזיותרפיסט, והשני אינו משתייך לתחום. כל אחד תרגם בנפרד את השאלון מעברית לאנגלית, ונבדק לאחר מכן שתוכן השאלון באנגלית זהה במהותו לשאלון המקורי.

בסיום התהליך התקבל שאלון מתורגם אשר אושר (TNAS- Hebrew) על ידי מפתחי השאלון, והוא מאושר לשימוש על ידי מרכז אנדרסון. לתהליך כולו ראו גם תמונה 1.

תמונה 1 - תהליך פיתוח TNAS-Hebrew



תוצאות

במחקר השתתפו חמישה אנשים (שתי נשים ושלושה גברים), שטופלו בכימותרפיה, ועל פי הדיווח העצמי סובלים מ-CIPN. המשתתפים שונים זה מזה במאפייניהם הדמוגרפיים: גיליהם 27-72, מהם שלושה בעלי השכלה אקדמית ושניים חסרי השכלה אקדמית. כולם תושבי מרכז הארץ, אבל עם הבדלים סוציו-אקונומיים של סביבת מגוריהם (ראו טבלה 1). הריאיון ארך בממוצע 44 דקות (נטו).

ממצאי הריאיון

21 מתוך 29 מקטעי הטקסט היו מובנים לכולם. 15 מקטעים לא דרשו שינוי כלל. נדרשו 7 שינויים משמעותיים ו-7 שינויים קלים. נערכה התאמה מגדרית לשני המינים.

דוגמאות לשינויים משמעותיים:

- הביטוי "מושרית טיפול" שבשם השאלון שונה ל"כתוצאה מטיפול כימותרפיה". כל הנבדקים התלוננו על קושי בהבנת המילה "מושרית" (5/5), ורובם אף לא הכירו את המילה (4/5). הוספה המילה "כימותרפיה" משום שהמרואיינים ביקשו להבהיר מהו הטיפול שבו מדובר.
- המשפט הראשון היה במקורו משפט ארוך, ולטענת המרואיינים אורך המשפט הקשה עליהם את הבנת השאלון. לפיכך חולק המשפט לשני חלקים. כדי להדגיש

שהנבדקים נשאלים על 24 השעות האחרונות נוסף הביטוי "ליממה האחרונה". נעשה שימוש באותיות דפוס מודגשות בביטוי "24 השעות האחרונות".

- הביטוי "דקירה קלה" לא הובן על ידי המרואיינים, והוא שונה ל"נימול". כדי להבהיר את הביטוי, נכתבו בסוגריים גם הביטויים "דקירה / דקירות".
- נעשו שינויים קלים בעברית כדי להקל על הקוראים. לדוגמה: המונח "איזון" הוחלף במונח "שיווי משקל"; הביטוי "כפות" הוצמד לביטוי "ידיים ורגלים"; הביטוי "הכי גרוע / חמור" הוחלף בביטוי "במצב הכי גרוע / חמור".

אישור לגרסה סופית של TNAS-Hebrew התקבל על ידי מכון אנדרסון ביוני 2022.

דיון

שאלון TNAS תורגם מאנגלית לעברית וכונה בשם TNAS-Hebrew - "סולם להערכת נזירותה כתוצאה מטיפול כימותרפיה". זהו שאלון ראשון מסוגו בעברית. לשם התאמת שאלון אין די בתרגום ובתיקוף לשוני בלבד, ושורת הראיונות מסוג cognitive debriefing מאפשרת התאמה שפתית ותרבותית ודיוק של השאלון עבור אוכלוסיית היעד. הנגשת כלי המדידה TNAS לצורכי טיפול ומחקר לדוברי העברית מאפשר לכמת ולעקוב אחרי שינוי בעוצמת נזירותה אלה מנקודת מבטו של המטופל.

לוח 1: נתונים דמוגרפיים של המרואיינים

משתתפים	1	2	3	4	5
גיל (שנים)	47	27	62	29	72
מין	נקבה	זכר	נקבה	זכר	זכר
השכלה (שנות לימוד)	18	14.5 (סטודנט)	12	16	8
יישוב מגורים	מודיעין	ירושלים	רמלה	גבעת שמואל	לוד
אבחנה אונקולוגית	סרטן השד	סרקומה	סרטן השד	לימפומה	סרטן שלפוחית השתן
זמן הריאיון (נטו*)	55 דק'	40 דק'	35 דק'	45 דק'	45 דק'

*לא כולל זמן מפגש, היכרות והתארגנות

התרגום נעשה על פי הוראות שנתקבלו ממרכז אנדרסון, מחברי השאלון ומבעלי זכויות היוצרים. בגלל מגבלות הקורונה לא ניתן היה לקיים את כל הראיונות פנים אל פנים, ויש להניח שלראיון המקוון הייתה השפעה על התקשורת שבין מראיינת למרואיינים.

נערך תשאול של קבוצת היעד כדי לבחון את התאמת הכלי למטופלים, לבחון ניסוח אלטרנטיבי, לבדוק הבנה, פרשנות ורלוונטיות תרבותית של התרגום.¹⁷ ההבדלים בשפה בתחום האונקולוגיה באים לידי ביטוי למשל בשימוש בביטוי "מחלימי" סרטן בעברית, לעומת cancer survivors באנגלית, שמעורר בעברית אסוציאציה שלילית מוכרת. דוגמה לשינוי מהותי שחל בעקבות תהליך התיקוף ל-TNAS-Hebrew היא החלפת הביטוי "מושרית טיפול" שבשם השאלון בביטוי "כתוצאה מכימותרפיה". הביטוי שהוחלף מדויק יותר ופשוט יותר להבנה עבור הקורא. כל המרואיינים דיווחו על קושי בהבנת כותרת השאלון. הם ביקשו לחדד ולהבהיר שמדובר על טיפול הכימותרפיה באופן ספציפי, שכן הם מקבלים טיפולים רבים עקב המחלה. לכן, הייתה בקשה לחרוג מן הניסוח המקורי ולציין "כימותרפיה", וזאת בניגוד לגישה של מפתחי השאלון.¹³

כדי שהשאלון יתאים למטופלים הנמצאים סמוך לאחר קבלת הכימותרפיה, תקופה שייטכנו בה שינויים יומיומיים, נשאלים המרואיינים על מצבם ביממה האחרונה. קביעת פרק זמן זה מאפשרת שימוש תכוף בשאלון, ויכולה לסרטט תמונה קלינית עדכנית ורגישה בזמן אמיתי.¹⁶ בתרגום לעברית, ובעקבות תהליך התיקוף שנערך, נוסף הביטוי "יממה" לביטוי "24 השעות האחרונות" כדי להדגישו. סביר להניח כי השינוי במצב המרואיינים אינו יומיומי (ארבעה מחמשת המטופלים סיימו את הכימותרפיה), ולכן התעוררה אי-הסכמה על סעיף זה. רובם טענו שרצוי לשאול על פרק זמן ממושך יותר (למשל שבוע או חודש). ואולם, כדי שלא לפגוע בנאמנות התרגום, הושאר פרק הזמן שנקבע על ידי מחבריו באנגלית, והוא הודגש באותיות דפוס לשם הבהרה.

בעזרת שאלון זה, המובא כיום גם בעברית, ניתן להעריך בברור ובפשטות את מגוון הסימפטומים הנובעים מן הנירופתיה, שהיא תופעת לוואי של הטיפול הכימותרפי. המטופלים יוכלו לתאר בפירוט, בשפתם ובזמן אמת, את החוויה האישית שלהם כדי לקבל טיפול מיטבי, ולשפר את איכות חייהם. בספרות

מתוארות שתי תופעות מנוגדות ומשלימות לגבי הדיווח על תסמיני נירופתיה: מצד אחד, לפעמים מתרחש תת-דיווח של מטופלים, ומצד שני, ישנו פער בין הערכת הצוות הרפואי את חומרת הסימפטומים שחווה מטופל ובין תפיסת המטופל.^{19,12}

בהתייחס לתת הדיווח, תיתכן תופעה של דיווח מאוחר ותת-דיווח של תסמיני הנירופתיה על ידי מטופלים, מתוך תפיסה מאוחרת של התהליך העובר עליהם. במקרים אלה, שאלון מפורט הניתן באופן יזום וכחלק משגרת המעקב, יביא לדיווח מלא יותר ומוקדם. תת-הערכה של חומרת תסמיני הנירופתיה על ידי הצוות הרפואי עלולה לעכב את התאמת הטיפול ואת עצירת ההחמרה בנירופתיה. ואכן, אחת המרואיינות הביעה את שביעות רצונה מתרגום השאלון לעברית מתוך התחושה שאילו שאלון זה היה קיים בעברית בזמן שקיבלה טיפולים, אולי היו מחליפים את סוג הטיפול שניתן לה או, לכל הפחות, הייתה מרגישה כי הצוות מודע לנירופתיה ונותן את דעתו למצוקתה.

השאלון קצר ותמציתי, מובן ומותאם לדוברי העברית. לפיכך, בכוונת החוקרות לבדוק את מידת ההיענות של הרופאים והמטופלים לאמץ אותו בקליניקה כדי לנטר מטופלים לפני מתן טיפול הכימותרפיה, תוך כדי הטיפול ולאחריו. כלי זה מאפשר, בעלות מזערית של זמן ותקציב, לעקוב אחר שינויים לטובה או לרעה במצב, ולזהות תהליך של coasting (נירופתיה המתחילה רק לאחר סיום הטיפול הכימותרפי) כבר בתחילתו כדי להחליש תופעות לוואי שליליות ולאפשר טיפול מיטבי.

מגבלות מחקר זה נעוצות בכך שזהו פרויקט קטן ומוגבל, שנעשה על פי הוראות מפתחי הכלי. ראיינו חמישה משתתפים בלבד, ויש מקום להרחיב את מספר המרואיינים. לא ערכנו תיקוף ובחינת מהימנות של הכלי בשלב זה, ויש לעשות זאת בהמשך. מאמר זה הוא בבחינת הצגה ראשונית של הכלי המתורגם, שנועד לשימוש בשדות הקליניים והמחקריים דוברי העברית.

מקורות

סיכום והמלצות להמשך

1. Maihöfner C, Diel I, Tesch H, Quandel T, Baron R. Chemotherapy-induced peripheral neuropathy (CIPN): current therapies and topical treatment option with high-concentration capsaicin. *Support Care Cancer* 2021 29:4223-4238 Available from: <https://doi.org/10.1007/s00520-021-06042-x>
2. Winters-Stone KM, Horak F, Jacobs PG, Trubowitz P, Dieckmann NF, Stoyles S, et al. JOURNAL OF CLINICAL ONCOLOGY Falls, Functioning, and Disability Among Women With Persistent Symptoms of Chemotherapy-Induced Peripheral Neuropathy. *J Clin Oncol* [Internet]. 2017;35:2604-12. Available from: <https://doi.org/10.1200/JCO.2016>.
3. Rivera DR, Ganz PA, Weyrich MS, Bandos H, Melnikow J. Chemotherapy-Associated Peripheral Neuropathy in Patients with Early-Stage Breast Cancer: A Systematic Review. Vol. 110, *Journal of the National Cancer Institute*. Oxford University Press; 2018.
4. Bao T, Basal C, Seluzicki C, Li SQ, Seidman AD, Mao JJ. Long-term chemotherapy-induced peripheral neuropathy among breast cancer survivors: prevalence, risk factors, and fall risk. *Breast Cancer Res Treat*. 2016 Sep 1;159(2):327-33.
5. Staff NP, Grisold A, Grisold W, Windebank AJ. Chemotherapy-Induced Peripheral Neuropathy: A CurrentReview. 2018;81(6):772-81.
6. Burgess J, Ferdousi M, Gosal D, Boon C, Matsumoto K, Marshall A, et al. Chemotherapy-Induced Peripheral Neuropathy: Epidemiology, Pathomechanisms and Treatment. *Oncol Ther* [Internet]. 2021;9(2):385-450. Available from: <https://doi.org/10.1007/s40487-021-00168-y>
7. Omran M, Belcher EK, Mohile NA, Kesler SR, Janelins MC, Hohmann AG, et al. Review of the Role of the Brain in Chemotherapy-Induced Peripheral Neuropathy. *Front Mol Biosci*. 2021;8(June):1-25.
8. Jordan B, Margulies A, Cardoso F, Cavaletti G, Haugnes HS, Jahn P, et al. Systemic anticancer therapy-induced peripheral and central neurotoxicity: ESMO-EONS-EANO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, prevention, treatment and follow-up. *Ann Oncol*. 2020;31(10):1306-19.
9. Jamie R Brewer¹, Gladys Morrison², M. Eileen Dolan² and GFF 1Section. Chemotherapy-Induced Peripheral Neuropathy: Current Status and Progress. 2016;140(1):176-83.

TNAS-Hebrew הוא שאלון ראשון מסוגו להערכת נזירות מושרית-כימותרפיה, אשר תורגם מאנגלית לעברית והותאם שפתית ותרבותית לאוכלוסיית היעד. מומלץ שהשאלון יתורגם גם לערבית, לרוסית ולשפות אחרות כדי לתת מענה מתאים לכל קבוצות האוכלוסייה בישראל. בימים אלה אנו מתחילים להטמיע את השימוש בשאלון הזה לשם מעקב בטיפול ובמחקר.

10. Zhi WI, Chen P, Kwon A, Chen C, Harte SE, Piulson L, et al. Chemotherapy-induced peripheral neuropathy (CIPN) in breast cancer survivors: a comparison of patient-reported outcomes and quantitative sensory testing. *Breast Cancer Res Treat.* 2019 Dec 1;178(3):587-95.
11. Tan AC, McCrary JM, Park SB, Trinh T, Goldstein D. Chemotherapy-induced peripheral neuropathy - patient-reported outcomes compared with NCI-CTCAE grade. *Support Care Cancer.* 2019;27(12):4771-7.
12. Cavaletti G, Frigeni B, Lanzani F, Mattavelli L, Susani E, Alberti P, et al. Chemotherapy-Induced Peripheral Neurotoxicity assessment: A critical revision of the currently available tools. *Eur J Cancer [Internet].* 2010;46(3):479-94. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejca.2009.12.008>
13. Tito R. Mendoza, PhDa, Xin Shelley Wang, MD, MPH, Loretta A. Williams, PhD, RN, Qiuling Shi, PhD, Elisabeth G. Vichaya, PhD, Patrick M. Dougherty, PhD, Sheeba K. Thomas, MD, Emre Yucel, MSc, Christel C. Bastida, PhD, Jeanie F. Woodruff, BS, ELSc, a P. Measuring therapy-induced peripheral neuropathy: preliminary development and validation of the Treatment-induced Neuropathy Assessment Scale (TNAS). *Pain.* 2015;16(10):1032-43.
14. Li T, Park SB, Battaglini E, King MT, Kiernan MC, Goldstein D, et al. Assessing chemotherapy-induced peripheral neuropathy with patient reported outcome measures: a systematic review of measurement properties and considerations for future use. *Qual Life Res [Internet].* 2022; Available from: <https://doi.org/10.1007/s11136-022-03154-7>
15. Mendoza TR, Williams LA, Shi Q, Wang XS, Bamidele O, Woodruff JF, et al. The Treatment-induced Neuropathy Assessment Scale (TNAS): a psychometric update following qualitative enrichment. *J Patient-Reported Outcomes.* 2020 Dec 1;4(1).
16. Williams LA, Garcia-Gonzalez A, Mendoza TR, Haq S, Cleeland CS. Concept domain validation and item generation for the Treatment-Induced Neuropathy Assessment Scale (TNAS). *Support Care Cancer.* 2019;27(3):1021-8.
17. Wild D, Grove A, Martin M, Eremenco S, McElroy S, Verjee-Lorenz A, et al. Principles of good practice for the translation and cultural adaptation process for patient-reported outcomes (PRO) measures: Report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. *Value Heal [Internet].* 2005;8(2):94-104. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1524-4733.2005.04054.x>
18. Mokkink LB, Terwee CB, Patrick DL, et al. The COSMIN checklist for assessing the methodological quality of studies on measurement properties of health status measurement instruments: an international Delphi study. *Qual Life Res.* 2010;19(4):539-549. doi:10.1007/s11136-010-9606-8
19. Cavaletti G, Cornblath DR, Merkies ISJ, Postma TJ, Rossi E, Alberti P, et al. Patients' and physicians' interpretation of chemotherapy-induced peripheral neurotoxicity. *J Peripher Nerv Syst.* 2019;24(1):111-9.

Translation and linguistic and cultural adaptation into hebrew of the treatment-induced neuropathy assessment scale, capturing the severity of chemotherapy-induced peripheral neuropathy and its consequences

Hadas Ofek, BPT, Ph.D¹, Nicole Asaraf, BPT, MSc²

¹ Department of Physical Therapy, Zefat Academic College

² Oncology Center, "Shamir" Medical Center

Abstract

Chemotherapy-Induced Peripheral Neuropathy (CIPN) is a neurological side effect which occurs in 50%-90% of people treated with chemotherapy. Symptoms include hypoesthesia and peripheral neuropathic pain, causing a decrease in balance, impaired fine motor skills, and a decline in quality of life.

The purpose of this study was to translate a Patient Self-Report Measurement (PROM) tool, which quantifies CIPN symptoms, and to adapt it to the Hebrew-speaking population, for use in both research and clinical settings. The Treatment-induced Neuropathy Assessment Scale_v3.0 (TNAS) questionnaire, developed by the MD Anderson Cancer Center, Texas, was translated into Hebrew and validated linguistically and culturally.

Five individuals with CIPN, with a variety of primary diagnoses and demographic data, were interviewed during the cognitive debriefing process. The debriefing process resulted in wording changes described in this article.

Use of the questionnaire requires a license from the MD Anderson Cancer Center, Texas, USA.

Keywords: Chemo-Induced Peripheral Neuropathy (CIPN); Patient Reported Outcome Measure (PROM); Hebrew; Cognitive debriefing; Cultural adaptation

ערכה את המדור: ד"ר סמדר פלג BPT, PhD

במדור זה מובאים בתרגום לעברית תקצירי מאמרים אשר פורסמו בכתבי עת בעולם. על-פי הסכמי זכויות היוצרים של כתבי העת המפרסמים בגישה הפתוחה ('open access') אין צורך בהסכמה של מערכות כתבי העת הללו לתרגום ופרסום התקצירים בעברית. באשר לתקצירים שהובאו מתוך כתבי עת שאינם בגישה הפתוחה, מערכת כתב העת של העמותה לקידום הפיזיותרפיה בישראל קיבלה אישור רשמי לפרסם את התקציר המתורגם לעברית מעורכי כתבי העת האלה.

במדור שלפנינו מובאים שני תקצירים של עבודות של חוקרים מחו"ל, ובהמשך - תקצירים של שני מאמרים שמבוססים על מחקרים שהובילו עמיתי ועמיתות מחקר מישראל. יש לציין כי מערכת כתב העת שלנו אחראית על תרגום התקצירים ועל כל שגיאה או שינוי בתוכנם שנגרמו עקב תהליך התרגום מאנגלית לעברית.

קול קורא: נשמח שקוראי כתב העת יפנו את תשומת ליבנו למאמרים עדכניים אשר הופיעו בספרות העולמית ואשר עשויים לעניין את ציבור הקוראים שלנו. **במיוחד נשמח לפרסם כאן תקצירי מאמרים שפורסמו בכתבי עת בעולם, אשר עמיתים מישראל היו שותפים בהכנתם.**

ההתערבות. נערך חיפוש במאגרי מידע: Pubmed, Cochrane, PEDro, PEDro databases. הופעל סולם PEDro כדי להעריך את האיכות המתודולוגית של המחקרים שנמצאו. במקרה של דמיון באוכלוסיות ובמדדי התוצאה בשני מחקרים לפחות, נעשתה מטה-אנליזה (MA). 16 מחקרים נכללו במטה-אנליזה. באוכלוסייה המבוגרת (elderly people), קבוצת FM שיפרה משמעותית את ההליכה, את שיווי המשקל, את הניידות ואת איכות החיים בשלושה מארבעה מחקרים שנבחרו. המטה-אנליזה הראתה הבדלים משמעותיים בין ההתערבויות על פי מדד Timed up and go test

[Cohen's d = -1.14, 95% CI (-1.78, -0.49), p = 0.0006]. על פי שלושה מחקרים שנבדקו FM שיפרה באופן משמעותי את הכאב, את שיווי המשקל התפקודי ואת תפיסת המאמץ של נבדקים עם כאב ממקור צווארי או ממקור גבי או עם כאב בחגורת הכתפיים. FM הדגימה הפחתה ברמת הכאב, במידת המוגבלות ועלייה באיכות חיים ומודעות אינטרוספטיבית (interoceptive awareness) בשלושת המחקרים שנעשו בקרב נבדקים עם כאבי גב תחתון כרוניים.

בנבדקים עם טרשת נפוצה נצפה שיפור ביכולת התפקוד בשני מחקרים שנמצאו. אולם במטה-אנליזה לא נמצא הבדל משמעותי במרכיב התפקוד (p=0.97) ובמרכיב השליטה (p=0.82) על פי מדד חוללות עצמית בטרשת נפוצה

Effects of the Feldenkrais Method as a Physiotherapy Tool: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials

Berland, R., Marques-Sule, E., Marín-Mateo, J. L., Moreno-Segura, N., López-Ridaura, A., & Sentandreu-Mañó, T.

International Journal of Environmental Research and Public Health, 2022: 19(21), 13734

<https://doi.org/10.3390/ijerph192113734>

ההשפעות של שיטת פלדנקרייז ככלי בארגז הכלים של הפיזיותרפיסט: סקירה שיטתית ומטה-אנליזה של ניסויים אקראיים מבוקרים

תקציר

שיטת פלדנקרייז (Feldenkrais Method - FM) מבוססת על לימוד דפוסי תנועה אלטרנטיביים, הנעשים בצורה אקטיבית ומודעת, ועשויה לסייע בטיפול הפיזיותרפיה. סקירה שיטתית זו נועדה לזהות את האוכלוסיות והמצבים שעבורם ניתן להשתמש בשיטת פלדנקרייז בפיזיותרפיה ולקבוע את דרכי

שיטת מחקר: מחקר משולב-שיטות שכלל סקר ארצי וראיונות מובנים למחצה בקבוצות מיקוד.

משתתפים: 20 מנהלי היחידות ללימודים קליניים מאוניברסיטאות באוסטרליה שהיו להם בוגרים בתוכניות פיזיותרפיה בשנת 2017 השיבו לסקר (שיעור של 95%) עם נתונים על 2,000 סטודנטים. 12 מנהלי היחידות ללימודים קליניים השתתפו בקבוצות המיקוד.

תוצאות: נמצא כי 44% מבוגרי הפיזיותרפיה באוסטרליה בשנת 2017 השלימו התנסות קלינית של חמישה שבועות במכונים פרטיים. ההתנסות במכונים הפרטיים נתפסה כבטוחה ומועילה עבור הסטודנטים, המכונים והאוניברסיטאות. הסיכונים העיקריים שזוהו על ידי מנהלי היחידות ללימודים קליניים היו קשורים לאיכות ולעקביות של ההתנסות הקלינית ולא לסיכונים לשירות או למטופלים. החסמים העיקריים שדווחו היו עלויות הזמן (הן למדריכים הקליניים והן למנהלי היחידות ללימודים קליניים באוניברסיטה) ואובדן כושר ההשתכרות הנתפס. מנהלי היחידות ללימודים קליניים הדגישו שהקדשת יותר זמן, תמיכה ומשאבים בקלינאים המדריכים במסגרות הפרטיות תאפשר להם להפחית סיכונים ולהתגבר על מחסומים ובכך להגדיל את מספר מקומות ההתנסות ואיכותם.

מסקנה: על ידי עבודה משותפת, אוניברסיטאות ופיזיותרפיסטים פרטיים יכולים לשפר ולטייב את איכות ההתנסויות הקליניות במסגרת מרפאות פרטיות.

מילות מפתח: חינוך קליני, שיטות מחקר משולבות, פיזיותרפיה, מרפאות פרטיות

(Multiple Sclerosis Self-Efficacy Scale). בנבדקים עם מחלת פרקינסון נמצאו השפעות משמעותיות על איכות החיים ועל בדיקות תפקודיות בשני מחקרים.

לסיכום, נמצא כי ל-FM יש השפעות טיפוליות הדומות לאלה של טכניקות פיזיותרפיה אחרות בקרב חולים עם כאבים בעמוד השדרה. נוסף על כך, נמצא שיפור בניידות ובשינוי המשקל בקרב קשישים ואנשים עם מחלות ניווניות של מערכת העצבים (neurodegenerative diseases).

מילות מפתח: קשישים, פלדנקרייז, טרשת נפוצה, כאבים במערכת שריר-שלד, מחלת פרקינסון, פיזיותרפיה

Clinical placements in private practice for physiotherapy students are perceived as safe and beneficial for students, private practices and universities: a national mixed-methods study

Peiris, C. L., Reubenson, A., Dunwoodie, R., Lawton, V., Francis-Cracknell, A., & Wells, C.
Journal of Physiotherapy, 2022: 68(1), 61-68

<https://doi.org/10.1016/j.jphys.2021.12.007>

התנסויות קליניות בפרקטיקה פרטית לסטודנטים לפיזיותרפיה נתפסים כבטוחים ומועילים עבור הסטודנטים, המרפאות הפרטיות והאוניברסיטאות: מחקר ארצי משולב-שיטות

תקציר

שאלות: מהו ההיקף ומהם המאפיינים של שיבוץ קליני בפרקטיקה פרטית לסטודנטים לפיזיותרפיה? כיצד תופסים מנהלי היחידות ללימודים קליניים באוניברסיטאות את היתרונות, הסיכונים, החסמים והגורמים המאפשרים של התנסויות קליניות בפרקטיקה פרטית עבור סטודנטים לפיזיותרפיה? מה מידת ההכשרה המתאפשרת ומה מידת התמיכה שניתנת במסגרת המרפאות הפרטיות?

לכווץ את שרירי ריצפת אגן במהלך שיעורי פילאטיס, סבלו פחות מדליפת שתן ובדרגת חומרה נמוכה יותר לעומת קבוצת הביקורת.

רוב הנשים שביצעו תרגילי פילאטיס כיווצו בצורה נכונה את שרירי ריצפת האגן שלהן. עם זאת, לא הייתה התכווצות מרצון של השרירים במהלך תנועת הרגליים. חשיפה להנחיות מילוליות חוזרות ונשנות לכיווץ שרירי ריצפת אגן, לאורך זמן, עשויה להוביל לשיפור במודעות הנשים לגבי יכולתן לכווץ שרירים אלו. הוראות מילוליות לכיווץ שרירי ריצפת האגן נמצאו יעילות בהפחתת דליפת שתן.

מילות מפתח: דליפת שתן, ריצפת אגן, בריאות האישה

The Perception of Pelvic Floor Muscle Function amongst Exercising Women Who Are Repeatedly Instructed to Contract Their Pelvic Floor Muscles

Dar D., Saban TS.

HealthCare (Basel), 2022 10(9): 1768

<https://www.mdpi.com/2227-9032/10/9/1768>

המודעות לגבי יכולת כיווץ שרירי ריצפת האגן בקרב נשים מתעמלות שמקבלות הוראות מילוליות לכווץ את שרירי ריצפת האגן שלהן

תקציר

במחקר זה, נבדקה המודעות לגבי היכולת לכווץ את שרירי ריצפת האגן (pelvic floor muscles) בקרב נשים המקבלות הנחיות מילוליות חוזרות במהלך שיעורי ההתעמלות. נוסף על כך, הוערכו השכיחות והחומרה של דליפת שתן במאמץ.

המחקר כלל 46 נשים (גיל ממוצע 48 ± 8.6), שהשתתפו בקביעות בשיעורי פילאטיס שבהם ניתנה הדרכה חוזרת ונשנית לכווץ את שרירי ריצפת האגן ("קבוצת הדרכה": $N = 22$) או לא (קבוצת הביקורת: $N = 24$). תפקוד שרירי ריצפת אגן הוערך באמצעות מכשיר אולטרסאונד טרנס-בטני במנוחה ובכיווץ שרירי ריצפת האגן, בשכיבת פרקדן בקרוס ובשכיבת פרקדן עם קירוב הברך לכיוון החזה. במקביל, המשתתפת תיארה את הערכתה האישית לגבי היכולת שלה לכווץ את שרירי ריצפת האגן. נעשה שימוש גם בשאלון דליפות שתן (The International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form).

רוב הנשים (80%) כיווצו את שרירי ריצפת אגן בצורה נכונה במנוחה (העלאת בסיס שלפוחית השתן כלפי מעלה בבדיקת אולטרסאונד), עם זאת, 95% לא ביצעו כיווץ מרצון של שרירי ריצפת אגן במהלך תנועת הרגליים לכיוון החזה, ללא הבדלים בין הקבוצות. מודעות גבוהה יותר של יכולת כיווץ נמצאה ב"קבוצת ההדרכה" בעת ביצוע כפיפת ברך לכיוון החזה ללא הוראה מילולית ספציפית. נשים שקיבלו הוראה

תוצאות: 74% מקבוצת החולים שעברו תוכנית שיקום מובנית עמדו בהמלצות ארגון הבריאות העולמי לביצוע פעילות גופנית שבועית ורק 34% מהם המשיכו לעשן, זאת בהשוואה לקבוצת החולים שלא השתתפו בשיקום, מהם רק 39% עמדו בהמלצות לפעילות גופנית, ו-71% המשיכו לעשן ($p=0.008$). רמת ההשתתפות הפעילה ושימורה בתחומי הפעילות (פנאי-חברתי ופנאי-פיזיקלי גבוה) היו גבוהים יותר בקבוצת החולים שעברו שיקום ($p \leq 0.001$). לא נמצא הבדל בין הקבוצות בביצוע TUG ובכוח האחיזה.

מסקנות: בהשוואה בין אנשים לאחר אוטם לב ראשון שבחרו לעבור שיקום ובין אלה שלא עברו שיקום נמצא ששימור ההשתתפות הפעילה גבוה יותר וניהול גורמי הסיכון למחלת לב טוב יותר בקרב אלו שעברו שיקום.

מילות מפתח: מחלת לב כלילית, תוכנית לשיקום הלב, ההשתתפות, פעילות, שימור

Active Lifestyle Post First Myocardial Infarction: A Comparison between Participants and Non-Participants of a Structured Cardiac Rehabilitation Program

Wainer Shlomo R., Kizony R., Nahir M., Grosman-Rimon L., and Kodesh E.

Int. J. Environ. Res. Public Health 2022, 19(6): 3617

<https://doi.org/10.3390/ijerph19063617>

מידת ההשתתפות בחיי היומיום לאחר אירוע אוטם שריר הלב והשוואתה בין חולים שהשתתפו או לא השתתפו בתוכנית שיקום לב מובנית

תקציר

לאחר אוטם שריר הלב עלולים להיפגע תפקודים גופניים, נפשיים וקוגניטיביים הגורמים לירידה בהשתתפות החברתית ובאיכות החיים של החולה. עידוד לשימור אורח חיים בריא, אימוץ הרגלי פעילות גופנית וחזרה להשתתפות בקהילה מהווים חלק ממטרות היעד של התוכניות לשיקום הלב.

מטרת המחקר הייתה להעריך ולהשוות את מידת ההשתתפות הפעילה ושימורה 6-10 חודשים לאחר אוטם בשריר הלב בחולים שהשתתפו בתוכנית לשיקום הלב מובנית ובין חולים שלא השתתפו בתוכנית לשיקום.

שיטות: 71 חולים שעברו אוטם ראשון במרכז הרפואי "העמק" בעפולה גויסו למחקר, מתוכם 38 חולים עברו שיקום לב מובנה ו-33 לא עברו שיקום. הערכת שימור ההשתתפות בפעילות פנאי עם דרישה פיזית גבוהה (פנאי-פיזי גבוה) ופעילות פנאי חברתיות-תרבותיות (פנאי-חברתי) נעשתה באמצעות Activity Card Sort-ACS. הערכת מידת הפעילות הגופנית בשבוע האחרון נעשתה באמצעות שאלון (Physical Activity Questionnaire-IPAQ). נוסף על כך נמדדו TUG) Timed Up & Go) וכוח אחיזה מרבי.

שמירה ראויה על גבולות המגע בטיפול פיזיותרפיה

באדירה נעאמנה-אבו אלהיג'א BPT, MPH

מרצה בחוג לפיזיותרפיה ודוקטורנטית בחוג לריפוי בעיסוק, הפקולטה למדעי הרווחה והבריאות, אוניברסיטת חיפה
ועדת האתיקה של הפיזיותרפיסטים בישראל
ועדת היגוי של קבוצת העניין קידום בריאות של העמותה לקידום הפיזיותרפיה

נייר העמדה מבהיר את החשיבות שיש בעיסוק בהיבטים האתיים הקשורים בפריצת גבולות המגע בטיפול, ומקנה בסיס ידע לגבי ערכי-על אתיים אוניברסליים לשמירה ראויה על גבולות המגע הטיפולי. נייר העמדה יוסיף לארגז הכלים המקצועי שלכם גם המלצות יישומיות.

אם תרצו לשתף את חברי ועדת האתיקה, במחשבות, בדילמות ובחוויות שלכן/ם - אתם מוזמנים לכתוב אלינו: ptethicsil@gmail.com

נייר העמדה הזה נכתב על-ידי קבוצת עבודה מתוך ועדת האתיקה, בהובלתם של ד"ר נואית ענבר וירון טלינגר.

נייר העמדה שלפניכם פורסם על-ידי ועדת האתיקה של הפיזיותרפיסטים בישראל בדצמבר 2013, והוא עוסק הן בחשיבותו של המגע בטיפול הפיזיותרפיה, והן במגע בלתי מקצועי ובלתי הולם. נייר עמדה זה מתמקד ביחסי מטפלים ומטופלים וביצירת סביבה טיפולית נאותה. הוא מתייחס לדילמות אתיות בקשר לגבולות המגע שמתעוררות בעת טיפולי הפיזיותרפיה.

בניית המסמך נעשתה בתהליך מובנה: ראשית, נערכה סקירת ספרות נרחבת שנועדה להגדיר מהו מגע טיפולי, כמו גם לבחון ולמפות את המאפיינים השונים של הטיפול הפיזיותרפי שעלולים ליצור אי-הבנה בין מטפלים למטופלים בנוגע לגבולות המגע הטיפולי. במקביל, נאספו דוגמאות לדילמות שעסקו בפריצת גבולות המגע הטיפולי אשר הגיעו לוועדת האתיקה. לאחר מכן, נשקלו לעומק ההמלצות שניתן לאמץ מן הספרות, וההמלצות שאפשר להפיק מן הדילמות השכיחות שנאספו.

על רקע מקרים אלה ואחרים, בחרה ועדת האתיקה להבהיר, להגדיר ולמצוא הבנה משותפת בין כל הפיזיותרפיסטים באשר לגבולות המגע הראויים בטיפול הפיזיותרפי. כמו כן, נשקלו לעומק ההמלצות שניתן לאמץ ברמה של הנהלת מקום העבודה וברמה של יחסי מטפל-מטופל. לבסוף, נייר העמדה מתייחס לטשטוש הגבולות בין מגע מקצועי חיוני ובין הטרדה מינית, המהווה עבירה פלילית על פי החוק.



המועצה העליונה של הפיזיותרפיה בישראל

ועדת האתיקה של הפיזיותרפיה בישראל

נייר עמדה
דצמבר 2013

שמירה ראויה על גבולות המגע בטיפול פיזיותרפיה

רקע

מקצוע הפיזיותרפיה, כמקצוע טיפולי, מאופיין במגע, קירבה פיזית ובכניסה למרחבו האישי של המטופל, לעיתים מעבר לקרבה המקובלת בסביבה החברתית של ימינו.

המגע הוא חלק מהותי ובלתי נפרד בכל תחומי העיסוק בפיזיותרפיה וחשוב לתת את הדעת על יתרונותיו ככלי טיפולי מרכזי, הדורש ידע, מיומנות, כושר החלטה, בחינת צרכים ואת היכולת להסביר, לשקף ולשתף את המטופלים במהות ותנאי הטיפול.

המגע משמש מרכיב מרכזי בהבניה חברתית של קשרים. המגע הטיפולי, כסוג ייחודי של מגע, הוא כלי תקשורת המעביר מסר של חמלה (care) ויש לו תפקיד ביצירת אמון. מגע טיפולי מעביר למטופל מסר של קבלה, אשור, הכלה של ליקוי גופני, כאב או עיוות, קושי רגשי, ועוד. למעשה, דרך המגע מתקיים שיח ללא מילים עם המטופלים – שיח שיש בו היענות להנחיות מילוליות ותחושתיות, שיתוף פעולה והתמסרות לטיפול.

ישנם תכנים מילוליים בשיח בין בני אנוש המתארים תחושות של קירבה: למשל, חוויה שעוררה רגשות חיוביים היא "חוויה שנגעה בי", רגש של אמפטיה תואר במקרים רבים כאירוע "נוגע ללב". טיפול איכותי הוא טיפול "בידיים טובות", אדם שאיבד את הדרך מתואר לא פעם כמי ש"איבד אחיזה במציאות" (out of touch). ביטויים אלה באים להאיר את מקומו של המגע בשיח היומיומי בפרט ומשקלו בשיח הטיפולי בכלל. כוחו של מגע יכול להתבטא גם בהשפעה על 'סימנים חיוניים': על-פי הספרות המחקרית, מגע קל, כמו ליטוף כף היד, יכול לשפר קצב לב וקצב נשימה.

הגדרת מגע טיפולי

שימוש בידיים או בגוף המטפלים והמטופלים לצורך ביצוע פעולות אשר מטרתן מקצועית כמוגדר ומקובל במסגרת העיסוק בחוק הפיזיותרפיה.

מאפיינים שונים של מקצוע הפיזיותרפיה עלולים ליצור אי הבנה בין מטפלים למטופלים בנוגע לגבולות המגע הטיפולי. לדוגמא: משך הטיפול ומספר רב של מפגשים עם המטופלים – עלולים לגרום לטשטוש מחיצות בין-אישיות ומעבר מיחסים רשמיים לאישיים.

חולשה פיזית או רגשית וחיפוש תמיכה עלולים להעצים את התלות באיש המקצוע המעניק טיפול.

מצבים רפואיים שונים ונטילת תרופות מסוימות, עלולים להשפיע על שיפוטו ושיקול דעתו של המטופל או על מצבו הרגשי. במצבים אלה יתקשה המטופל להבחין ולהגיב להטרדה מינית באופן הולם.

טיפול המתבצע בביגוד חלקי של המטפלים ו/או המטופלים (למשל: בטיפולי הידרותרפיה בהם לבושים בבגד ים, טיפולי שיקום לרצפת האגן, טיפולים לניקוז לימפתי וטיפולים בתחומים אחרים).

נציין, שנייר עמדה זה אינו עוסק במקרים בהם מתרחשת הטרדת מטפלים, אלא מתמקד במצבים בהם מטופלים עלולים לחוש מוטרדים בעצמם.

מפעם לפעם מגיעות פניות לוועדת האתיקה המתייחסות למקרים בהם לא נשמרו גבולות המגע הטיפולי. להלן שלוש דוגמאות שנאספו בין השנים 2010-2013:

(1) מטופלת במכון פיזיותרפיה התלוננה על הרמת חולצתה במהלך טיפול מבלי שניתן לה הסבר ושנתנה את אישורה לכך.

(2) במהלך בדיקת עקמת גבית לנערה בת 11, נשאלה אם קיבלה כבר מחזור חודשי. המטופלת התלוננה כי השאלה עוררה אצלה תחושת אי נוחות כיוון שגרסה כי השאלה "אישית ולא רלוונטית". גם כאן לא היה הסבר מקדים לרציונל המקצועי מאחורי השאלה (בירור פוטנציאל הצמיחה שלה על מנת להעריך את הסיכון בהתקדמות והחמרת העקמת).

(3) מטופל במרכז שיקום ציין כי הרגיש לא בנוח כאשר הפיזיותרפיסטית נצמדה לגופו במהלך טיפול.

מטרת נייר העמדה

על רקע מקרים אלה ואחרים, ועדת האתיקה בחרה למקד את נושא גבולות המגע הטיפולי ואת תשומת הלב הנדרשת למדרון החלקלק - ממגע מקצועי חיוני דרך מגע לא הולם ועד להטרדה מינית המהווה עבירה פלילית.

בנוסף, דרך נייר עמדה זה, ננסה ליצור הבנה משותפת בין כל חברי קהילת הפיזיותרפיסטים בישראל באשר לגבולות המגע הראויים בטיפולי פיזיותרפיה.

נייר עמדה זה מתמקד ביחסי מטפלים-מטופלים, עוסק בחובה של מטפלים לשמור על סביבת טיפול נאותה והימנעות מפריצת גבול המגע הטיפולי. אין במסמך זה כדי להקל ראש או להתעלם ממקרים אחרים של הטרדה מינית.

א. ערכי-על אתיים אוניברסליים ועקרונות אתיים-מקצועיים לשמירה ראויה על גבולות המגע הטיפולי

כבוד האדם

ערכו של האדם באשר הוא אדם, הערך הפנימי הטמון באדם כיצור אנושי באשר הוא, מחייב שיתייחסו אליו בכבוד, בפרט בכל הקשור לזכויות יסוד במסגרת החברה האנושית. עולה מכך שאין לנצל את היחסים שבין המטפל למטופל ולהשתמש במטופל לצורך קבלת טובות הנאה מכל סוג שהוא.

מערך זה נובעים העקרונות האתיים הבאים:

כיבוד האוטונומיה (Respect for Autonomy) – אדם אוטונומי חי על פי ערכיו ומקבל החלטות בנוגע לעצמו באופן חופשי. יש לכבד את "שלטונו העצמי" על גופו ורוחו של המטופל או המשתתף במחקר. כל מגע בגופו של מטופל ללא מתן הסבר מראש על מהות הטיפול והמגע כחלק ממנו, פוגע בזכות המטופל לקבל החלטה באשר לגופו.

הסכמה מודעת (Informed Consent) – עקרון שנובע מתוך החובה המוסרית לכבד את האוטונומיה: על אדם לתת את הסכמתו להתערבות טיפולית, להשתתף בניסוי רפואי או במחקר וכל זאת לאחר שהבין את מהות ההתערבות ומודע ליתרונות והסיכונים האפשריים. הסבר מקדים ובהיר על מהות הטיפול במגע, סיכויי וסיכונים, מאפשר למטופל להסכים או לסרב לטיפול מתוך ידיעה, מודעות והבנה.

פרטיות (Privacy) – חובה על מטפלים להגן על פרטיות המטופלים. חשיפת חלקי גוף המטופל או מידע אודותיו, שיתכן ויראה לו כפרטי ואינטימי ללא הסבר מקדים על נחיצות החשיפה לתועלת הטיפול – עלולה להיתפס כחדירה לפרטיות.

הטבה (Beneficence) – דאגה לבריאות המטופל ולרווחתו היא חובה מקצועית. היא מתבטאת בעזרה אדיבה ונדיבה למטופל לשפר את בריאותו ולהפיג את כאבו וסבלו, בדרך שהוא אינו יכול להשיג בכוחות עצמו, בדאגה לבריאות הזולת יש מרכיב של יחסים אישיים שאמורים להיות מבוססים על אמון. המטופל מאמין שאיש המקצוע יעניק טיפול מקצועי מיטבי, נטול הקשר מיני כלשהו.

"מעל לכל אל תזיק" ("Primum non nocere") – במקביל לעקרון ההטבה (Beneficence) קיים עיקרון ביו-אתי המדגיש את החובה לא לגרום נזק למטופלים. בכל התערבות יש להעצים את התועלת ולצמצם ככל הניתן את הנזק האפשרי.

המטופל נמצא במצב של חולשה לעומת המטפל: מבחינה פיזית, נפשית ומנהלית. מגע שנראה למטופל לא הולם עלול לגרום לו נזק נפשי. התנהגות בלתי הולמת של פיזיותרפיסט במקום העבודה מקרינה על יתר העובדים ועלולה להתפרש כתרבות ארגונית בה מתקיימות נורמות של מגע לא ראוי. כאשר מקרה כזה מתפרסם נוצרת פגיעה בכל הסקטור המקצועי ששמו נקשר לאירועים מעין אלה.

ב. סעיפים מתוך הקוד האתי של הפיזיותרפיה בישראל (2014) העוסקים בסוגיית גבולות המגע

- הפיזיותרפיסט יעניק יחס של כבוד לכל אדם וישמור על זכויות המטופל.
- הפיזיותרפיסט יפעל על פי החוקים והנהלים הנהוגים במדינת ישראל בתחום הבריאות.
- הפיזיותרפיסט על פי הכשרתו, יבצע הליכי אבחון וטיפול הכרוכים במגע ידני, תוך שמירת זכות האדם על גופו וכבודו.
- המטופל יקבל מהפיזיותרפיסט הסבר נהיר על ממצאי הבדיקה ותכנית הטיפול ויביע את הסכמתו לטיפול.

ג. המצב החוקי

המגע בתחום הפלילי – הטרדה מינית

הטרדה מינית היא מעשה פלילי ועילה לתביעה בנזקין, הוחל בכניסתו לתוקף של חוק למניעת הטרדה מינית ביום כ"ט באלול התשנ"ח – 20/9/1998. להלן עיקרי החוק:

מהי הטרדה מינית?

החוק מתייחס אל כל הטרדה מינית שנעשתה על ידי גבר או אישה כלפי גבר או אישה במסגרת יחסי העבודה.

להלן פירוט של מעשים אשר נחשבים כהטרדה מינית:

- **סחיטת אדם לביצוע מעשה בעל אופי מיני.** לדוגמא: ממונה המאיים לפטר עובדת אם תסרב לקיים אתו יחסי מין.
- **מעשה מגונה.** לדוגמא:
 - עובד או ממונה הנוגע בעובדת לשם גירוי מיני או החושף עצמו בפניה בלא הסכמתה.
 - הצעות חוזרות בעלות אופי מיני, אף שהאדם אליו מופנות ההצעות הראה שאינו מעוניין בהן.
- **הערות חוזרות למיניותו של אדם** אף שהאדם אליו הן מופנות הראה שאינו מעוניין בהן.

הערה: במקרה של יחסי מטפל-מטופל – ההתנהגות תיחשב כהטרדה גם אם לא הובעה אי הסכמה מאחר והיחסים אינם שוויוניים מראש ועונים על ההגדרה של יחסי מרות.

- **התייחסות מבזה או משפילה למינו או לנטייתו המינית של אדם, בין אם הראה שהדבר מפריע לו ובין אם לאו.**
- **ביצוע כל אחד מהנ"ל בתוך מסגרת העבודה היא אסורה ופוגענית.** כלומר, בכל זמן בו מאורגנת פעילות על ידי המעביד ובכל מקום בו מתנהלת פעילות מטעם המעביד (כולל אירועים חברתיים, שיחות טלפון, החלפת מסרונים, ועוד).

מהי הענישה על הטרדה מינית?

הטרדה מינית היא עבירה פלילית היכולה לגרום למאסרו של המטריד או המתנכל או לחיבו בקנס או כל צורת ענישה מקובלת אחרת.

בנוסף, הטרדה מינית היא עוולה אזרחית-שבגינה ניתן להגיש תביעה משפטית: בתביעה כזו ניתן לתבוע פיצוי כספי או פיצוי אחר שנקבע בבית המשפט מהמטריד ובמקרים מסוימים גם/או מהמעביד.

ד. המלצות מעשיות

על הנהלת מקום העבודה

- להגדיר בכתב תהליך דיווח למנהל על הטרדה מינית מצד המטפל או המטופל ולקבוע תהליך לבירור התלונה.
- על המעסיק והצוות הבכיר במקום העבודה ליצור תכנית לימוד והטמעה לעובדים בנושא, בדומה להדרכות בנושא בטיחות המועברות בשוטף.

על הפיזיותרפיסט/ית

- לתת הסבר ברור, לוודא הבנה של המטופל ולקבל הסכמתו לכל פעולה טיפולית הכוללת מגע וחשיפת אברי גוף.
- לבקש מהמטופל לחשוף את איבר הגוף בעצמו.
- לשמור על קוד לבוש מקצועי הולם ומקובל על מנת לשדר למטופלים יחס מקצועי ולא חברי. קוד הלבוש מהווה בסיס "טקסי" לשמירה על גבולות יחסים פורמליים.
- להתבטא בשפה מקצועית, להימנע משימוש בביטויים גסים, בדיחות או במלל שיש בו רמיזה לתכנים מיניים.
- לשמור על מרחב אישי של המטופל ככל הניתן ולהימנע מקרבה פיזית ומגע כשאינם נדרשים לטיפול.
- לבחור מנח טיפולי אשר מתאים לטיפול הנבחר השומר על צניעות המטופל.

- להימנע מיצירת קשר אישי מעבר לנדרש לתהליך הטיפול. כלומר, להימנע משיחות עם המטופלים על חייהם הרומנטיים, על היבטים אישיים, קשיים אישיים וכדומה, שאינם חיוניים לגיוס המטופל לתהליך הטיפול.
- על הפיזיותרפיסט להימנע מלשתף את מטופליו בפרטיו האישיים שאינם חיוניים לטיפול.
- אם מתחיל קשר רומנטי בין הפיזיותרפיסט למטופל, יש להפסיק את הטיפול מידית ולהעבירו לפיזיותרפיסט אחר.

סיכום

נייר עמדה זה נועד למנוע מצבים בהם הפיזיותרפיסט יחרוג מגבולות המגע הטיפולי או ייחשד בכך. שמירה על גבולות המגע בטיפולי הפיזיותרפיה תמקד את תשומת הלב הנדרשת לחשיבותו ולרגישות בשימוש בו. שמירה מודעת ומכוונת תסייע בהגנה על תדמיתו הנאותה של מקצוע הפיזיותרפיה והעוסקים בו.

מקורות

- Beauchamp, T. & Childress, JF. (2001). Principles of biomedical ethics. (5th ed). New York, NY:Oxford University Press.
- Chang, S. O. (2001). The conceptual structure of physical touch in caring. *Journal of Advanced Nursing*, 33(6), 820-827.
- David Edvardsson, J., Sandman, P. O., & Rasmussen, B. H. (2003). Meanings of giving touch in the care of older patients: becoming a valuable person and professional. *Journal of Clinical Nursing*, 12(4), 601-609.
- Field, T. (2010). Touch for socioemotional and physical well-being: A review. *Developmental Review*, 30(4): 367-383.
- Knapp, M. L., Hall, J.A., Horgan, T.G. (2012). *Nonverbal communication in human interaction*. 8th edition, Cengage Learning., Chapter 8: 231-258.
- Oliveira, V. C., Refshauge, K. M., Ferreira, M. L., Pinto, R. Z., Beckenkamp, P. R., Negrao Filho, R. F., & Ferreira, P. H. (2012). Communication that values patient autonomy is associated with satisfaction with care: a systematic review. *Journal of physiotherapy*, 58(4): 215-229.

Schulman, M. (2013). The silent child: communication without words. *Journal of Child Psychotherapy*, (ahead-of-print), 1-4.

Schildrick, M., & Price, J. (2002). Bodies together: Touch, ethics and disability. *Disability/postmodernity: Embodying disability theory*, Chapter 5: 62-75.

Soundy, A., Stubbs, B., Jenkins, S., & Cooper, I. (2013). Sexual professional boundaries perceived by undergraduate and graduate physiotherapists: A cross sectional survey. *Physiotherapy*. [Epub ahead of print]
Retrieved from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23337495>

Tutton, E. (1991). *An exploration of touch and its use in nursing* (pp. 142-169). Chapman & Hall, London.

כלי סינון של הפרעת חרדה כללית (Generalized Anxiety Disorder)

ד"ר מיכל אלבוים-גביון BPT, PhD

החוג לפיזיותרפיה, הפקולטה למדעי הרווחה והבריאות, אוניברסיטת חיפה

רקע

מצב נפשי עשוי להשפיע לרעה על רמת המוגבלות, היכולות התפקודיות ועל ההשתתפות בחיי המשפחה והחברה של אדם בהתאם למודל International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF)¹. לפיכך, זיהוי של מצבים אלו אצל האדם חיוני לשם הפעלת תוכניות איתור, מניעה וטיפול.² ארגון הפיזיותרפיה האמריקאי (APTA) הצהיר שחלק מתפקידו של הפיזיותרפיסט או הפיזיותרפיסטית הוא לזהות תסמינים של חרדה ולערוך בדיקת סינון של רמת החרדה של המטופל. בדיקה זו צריכה להיות חלק בלתי נפרד מן המפגש הטיפולי אצל מטופלים שמתעורר לגביהם החשש לקיומה של חרדה. כמו כן, על הפיזיותרפיסט להפנות את המטופל לאיש מקצוע להמשך בירור וטיפול בהתאם לממצאי הסינון.³ לכן, הפיזיותרפיסט צריך להכיר את הסימנים והתסמינים של חרדה בכל הגילים (ילדים, בני נוער ומבוגרים). נוסף על כך, עליו להכיר כלי סינון של חרדה למקרה של חשד לחרדה בתשאל הראשוני או במהלך הטיפול הפיזיותרפי. אם הפיזיותרפיסט החליט לערוך בדיקת סינון, עליו להסביר את מטרת הסינון ולהדריך את המטופל לגבי הקשר שבין מצבו הנפשי והתנהגותו לבעיה הגופנית שבגללה פנה לטיפול הפיזיותרפי.³

הפרעת חרדה אצל מבוגרים מוגדרת כהרגשת דחק בתגובה לאירועים יומיומיים (כגון עקב מצב ביטחוני, מצב כלכלי, או מצב בריאותי). הנמשכת זמן רב או/ו בעוצמה רבה יותר מן הרגיל.³ מדריך האבחון של האגודה הפסיכיאטרית האמריקאית מגדיר כמה סוגים של הפרעות חרדה: הפרעת חרדה כללית (generalized anxiety disorder), הפרעת חרדה חברתית, הפרעת פאניקה, פוביות ספציפיות, הפרעת חרדת נטישה, הפרעת חרדה הנגרמת על ידי חומרים/תרופות.⁴

הפרעת חרדה כללית היא אחד המצבים הנפשיים השכיחים ביותר בקרב האוכלוסייה בארץ ובעולם. מגפת הקורונה העלתה את השכיחות העולמית והארצית של חרדה ודיכאון, אשר ירדה בתום המגפה לרמות שהיו בתקופה שקדמה למגפה.^{5,4} השכיחות של חרדה בעולם היא 7.3%⁶. השכיחות של חרדה בישראל היא גבוהה למדי - כאחד מכל שישה בוגרים (17.6%) סבל מהפרעה של דיכאון או חרדה במהלך חייו.⁷

הפרעת חרדה כללית בקרב מבוגרים מתבטאת על ידי סימנים וסימפטומים פיזיים, נפשיים והתנהגותיים. סימנים פיזיים כוללים: ידיים קרות או מיוזעות, דפיקות לב, חוסר תחושה או עקצוץ בידיים או ברגליים, קוצר נשימה, תחושת יובש בפה, בחילה וטונוס מוגבר בשרירי הגוף. סימנים נפשיים כוללים: תחושות של פאניקה, פחד ואי-שקט, סיטום, מחשבות טורדניות או פלאשבקים של חוויות טראומטיות, מחשבות כפייתיות בלתי נשלטות. סימנים התנהגותיים כוללים: אי שקט, התנהגויות טקסיות, כמו שטיפת ידיים חוזרת, והפרעות שינה. סימנים וסימפטומים של הפרעת חרדה כללית בקרב ילדים עשויים להיות שונים, בהם הפרעות שינה, תלונות על כאבי בטן או בעיות גופניות אחרות, הימנעות ממצבים מסוימים, היצמדות להורים או מטפלים, התקפי זעם, קושי להתרכז בכיתה או עצבנות-יתר בכיתה ורגישות-יתר.⁸

כלי סינון של הפרעת חרדה כללית

יש להדגיש שמטרתו של כלי הסינון של הפרעת חרדה כללית אינו אבחון של ההפרעה. מטרתו של כלי הסינון היא רק להצביע על מצב חרדה אפשרי העלול להשפיע על תוכנית הטיפול הפיזיותרפי וכן להצביע על הצורך בהפניה לגורם מקצועי מוסמך כדי לטפל בהפרעות החרדה.

השאלון בגרסתו האנגלית הוא בעל נתונים פסיכומטריים טובים, כגון מהימנות פנימית גבוהה ($Cronbach=0.92$), מהימנות טובה של מבחן - מבחן חוזר intraclass $correlation=0.83$, רגישות גבוהה (89%) וספציפיות גבוהה לאבחון של רמת חרדה כללית (82%).^{14,10} נוסף על כך, השאלון הוא בעל רגישות וספציפיות טובה גם לסינון של סוגים אחרים של חרדה (הפרעת חרדה חברתית, הפרעת פאניקה והפרעת חרדה פוסט טראומתית).¹⁰ נמצא שהשאלון הוא בעל תוקף מבנה מתכנס (convergent validity) טוב עם שאלונים אחרים לאבחון הפרעת חרדה כללית.^{18,14,11,10} הכלי תורגם לכמה שפות (כולל עברית וערבית) ותוקף.²¹⁻¹⁹ קיים דיווח בספרות על המהימנות הפנימית של הגרסה העברית ($Cronbach=0.93$).¹⁸ למיטב ידיעתי, אין נתונים פסיכומטריים נוספים לגבי הגרסה העברית. השאלון תורגם גם לערבית והתקבלו נתונים שונים על המהימנות ועל מדדי התקפות, אשר נעים בטווח שבין גבוה לנמוך.^{23,22} לגרסה הערבית ראו אתר משרד הבריאות [https://www.health.gov.il/Services/Committee/\(psychologists_council/Documents/GAD-7_info.pdf](https://www.health.gov.il/Services/Committee/(psychologists_council/Documents/GAD-7_info.pdf)) וגם בקישור של חברת Pfizer Inc, שבו ניתן למצוא את השאלון המקורי ואת כל הגרסאות המתורגמות לשפות אחרות, ללא צורך בהרשאה לשם שחזור, תרגום, הצגה או הפצה. <https://www.phqscreeners.com/select-screener>

ארגון הפיזיותרפיה האמריקאי (APTA) ממליץ על שימוש בשאלון ה-Screening for Child Anxiety Related Disorders (SCARED), הנחשב לכלי תקף, יעיל ומהימן עבור גילאי 8-18 שנים.³ שאלון ה-SCARED מכיל 41 שאלות ויש לו שתי גרסאות שונות: גרסה שנועדה לדיווח עצמי של הילד. מומלץ שמילוי השאלון על ידי ילדים בני 8-11 ילווה על ידי קלינאי אשר יסביר להם את השאלון או על ידי מבוגר שיענה על שאלות שיתעוררו. הגרסה השנייה נועדה לדיווח עצמי של ההורה לגבי ילדו/ילדתו. השאלון כולל 41 היגדים המתארים סימני חרדה שונים. השאלון מאפשר להעריך חמישה סוגים של הפרעת חרדה: הפרעת חרדה כללית, הפרעת פאניקה, חרדת פרידה, חרדה חברתית וחרדת בית הספר. נוסף על כך, ניתן ציון כללי לכלל פרטי השאלון.¹ לגרסה חגיגית של השאלון בעברית ובערבית ראו: <https://www.pediatricbipolar.pitt.edu/resources/instruments> ארגון הפיזיותרפיה האמריקאי ממליץ גם על General Anxiety Disorder Assessment (GAD-7) ככלי סינון של הפרעת חרדה כללית אצל נבדקים בני 19-64. זאת, משום שהוכח כי הוא כלי רגיש, מהימן ותקף לסינון הפרעות חרדה, וקל להשתמש בו.⁹

ה-GAD-7 הוא כלי שפותח בשפה האנגלית לאבחון הפרעת חרדה כללית.¹⁰ השאלון כולל שבעה היגדים המתארים תסמיני חרדה כללית, כגון: "פחדתי כאילו משהו נורא עלול לקרות". ממלא השאלון מתבקש לדרג לכל היגד את מצבו בשבועיים האחרונים, בסולם ליקרט של 4 דרגות (0 - כלל לא, 1 - כלל לא, 2 - במשך כמה ימים, 3 - כמעט בכל יום).

השאלון מקובל בשדה הקליני ובמחקרים לאבחון חרדה באוכלוסייה הכללית ובאוכלוסיות קליניות בשל יתרונותיו ככלי קצר, תקף ומהימן.^{10,9} הכלי פותח במקור לצורכי אבחון של הפרעת חרדה כללית במסגרות של טיפול ראשוני (primary care), כגון רופאי משפחה בקהילה.^{11,10} שאלון GAD-7 נמצא תקף לאבחון של הפרעה חרדית כללית במגוון אוכלוסיות ובמגוון מצבים, כגון: באוכלוסייה הכללית,¹² בקשישים,¹³ בסטודנטים,¹⁴ בנשים בהיריון,¹⁵ באנשים עם הפרעות נפשיות למיניהן,^{16,15,11} ובאנשים עם טרשת נפוצה.¹⁷

מדור כלי מדידה והערכה

גרסה עברית של כלי ה-GAD-7 (General Anxiety Disorder Assessment):
במהלך 14 הימים האחרונים, באיזו תדירות היית מוטרד מהבעיות הבאות? (הקף בעיגול את תשובתך)

כמעט בכל יום	יותר ממחצית הימים	כמה ימים	כלל לא		
3	2	1	0	הרגשתי עצבני, חרד או מתוח מאוד	1
3	2	1	0	לא הייתי מסוגל להפסיק לדאוג או לשלוט בדאגה	2
3	2	1	0	הייתי מודאג יותר מדי בנוגע לדברים שונים	3
3	2	1	0	התקשיתי להירגע	4
3	2	1	0	הייתי כל כך חסר מנוחה שהיה לי קשה לשבת מבלי לנוע	5
3	2	1	0	הייתי מתעצבן או מתרגז בקלות	6
3	2	1	0	פחדתי כאילו משהו נורא עלול לקרות	7
				יש לסכם כל עמודה בנפרד, ואחר כך את הציון הכולל	ציון כולל

הגרסה העברית של ה-GAD-7 אוחדה מאתר משרד הבריאות (https://www.health.gov.il/Services/Committee/psychologists_council/Documents/GAD-7_info.pdf) ומאתר ויקירפואה.⁷

ציון השאלון

ציון השאלון הוא סכום הציונים בכל שבעת ההיגדים בטווח שבין 0-21. ככל שהציון גבוה יותר, רמת החרדה הכללית המדווחת גבוהה יותר. הציונים מחולקים לארבע דרגות חומרה: 0-4 - חרדה מינימלית, 5-9 - חרדה קלה, 10-14 - חרדה בינונית, 15 ומעלה - חרדה קשה.¹⁰ במבחן לצורכי סינון, נקודת החתך היא ≥ 10 . ציון זה משמעותו "דגל צהוב", ויש להפנות את המטופל להמשך טיפול על ידי גורם מקצועי, כגון רופא משפחה או פסיכולוג. ציון ≥ 15 משמעותו "דגל אדום", ויש להפנות את המטופל לטיפול מיידי על ידי גורם מקצועי.¹² יחד עם זאת, ציון גבוה יכול להעיד על הפרעות חרדה נוספות, בעיקר הפרעת פאניקה, הפרעת חרדה והפרעה פוסט-טראומטית.¹²

סיכום

חרדה כללית היא מצב נפשי שכיח בקרב האוכלוסייה הכללית, ולכן קרוב לוודאי שאחוז לא מבוטל מהמטופלים בפיזיותרפיה במסגרת הקהילה או/ו במסגרות אשפוז יהיו בעלי מצב זה. מדור זה מציג בצורה תמציתית את הסימנים והתסמינים של חרדה כללית בקרב ילדים ומבוגרים. כמו כן, הוצגו כלי סינון תקף ומהימן לחרדה כללית בקרב ילדים בשם SCARED, וכלי סינון תקף ומהימן לחרדה כללית בקרב מבוגרים בשם GAD-7.

אני מאמינה ששאלון GAD-7 הוא כלי חיוני בארגז הכלים של הפיזיותרפיסט משום שהוא קצר, קל ומהיר לשימוש ואינו מצריך הכשרה מיוחדת. נוסף על כך, חישוב הציון הכולל פשוט למדי (אין היפוך פריטים); קיימים ציוני חתך המאפשרים דירוג ראשוני של חומרת החרדה והנחיה מתי יש להפנות את המטופל להמשך בירור על ידי גורם מקצועי, כגון רופא משפחה או/ו פסיכולוג. עם זאת, יש להדגיש בפני המטופל ששאלון זה נועד לסינון ולא לאבחון, ושיש צורך בגורם מקצועי מתחום בריאות הנפש כדי לאבחן את הפרעת החרדה ולקבוע את סוגה.

8. Anxiety Disorders-Transforming the understanding and treatment of mental illnesses. <https://www.apta.org/patient-care/interventions/patient>. Access in 01/03/2023
9. APTA Practice Advisory: Screening Patients for Anxiety. <https://www.apta.org/patient-care/interventions/patient-screenings/practice-advisory-screening-for-anxiety>. Access in 01/03/2023
10. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. Archives of internal medicine. 2006;166(10):1092-7.
11. Kertz S, Bigda-Peyton J, Bjorgvinsson T. Validity of the Generalized Anxiety Disorder-7 Scale in an acute psychiatric sample. Clinical psychology & psychotherapy. 2013;20(5):456-64.
12. Löwe B, Decker O, Müller S, Brähler E, Schellberg D, Herzog W, et al. Validation and standardization of the Generalized Anxiety Disorder Screener (GAD-7) in the general population. Medical care. 2008;266-74.
13. Wild B, Eckl A, Herzog W, Niehoff D, Lechner S, Maatouk I, et al. Assessing generalized anxiety disorder in elderly people using the GAD-7 and GAD-2 scales: results of a validation study. The American journal of geriatric psychiatry. 2014;22(10):1029-38.
14. Bártolo A, Monteiro S, Pereira A. Factor structure and construct validity of the Generalized Anxiety Disorder 7-item (GAD-7) among Portuguese college students. Cadernos de saude publica. 2017;33:e00212716.
15. Zhong Q-Y, Gelaye B, Zaslavsky AM, Fann JR, Rondon MB, Sánchez SE, et al. Diagnostic validity of the generalized anxiety disorder-7 (GAD-7) among pregnant women. PloS one. 2015;10(4):e0125096.
16. Beard C, Björgvinsson T. Beyond generalized anxiety disorder: psychometric properties of the GAD-7 in a heterogeneous psychiatric sample. Journal of anxiety disorders. 2014;28(6):547-52.
17. Terrill AL, Hartoonian N, Beier M, Salem R, Alschuler K. The 7-item generalized anxiety disorder scale as a tool for measuring generalized anxiety in multiple sclerosis. International Journal of MS Care. 2015;17(2):49-56.
18. Savitsky B, Findling Y, Erel A, Hendel T. Anxiety and coping strategies among nursing students during the covid-19 pandemic. Nurse education in practice. 2020;46:102809.
19. Moreno AL, Sousa DAd, Souza AMFLPd, Manfro GG, Salum Junior GA, Koller SH, et al. Factor structure, reliability, and item parameters of the Brazilian-Portuguese version of the GAD-7 questionnaire. Temas em psicologia São Paulo Vol 24, n 1 (mar 2016), p 367-376. 2016.

מקורות

- א. הפרעות דכאון וחרדה בישראל: ממצאים עיקריים מסקר בריאות הנפש בעולם, מרץ 2012. https://www.health.gov.il/publicationsfiles/depression_anxiety_israel.pdf, אוחד בתאריך 1 מרץ.
- ב. אוגדן שאלונים לדיווח עצמי הועדה המקצועית לפסיכולוגיה קלינית, משרד הבריאות. https://www.health.gov.il/Services/Committee/psychologists_council/Documents/ogdan.pdf, אוחד בתאריך 1 מרץ.
- ג. שאלון לסריקת חרדה והפרעות רגשיות דומות אצל ילדים, משרד הבריאות. https://www.health.gov.il/Services/Committee/psychologists_council/Documents/SCARED_info.pdf, אוחד בתאריך 1 מרץ.
- ד. שאלון הפרעת חרדה מוכללת (Generalised Anxiety Disorder Questionnaire), פרופ' שמואל רייס, ד"ר טומי ספנסר, פרופ' מרגלית וולפרכט, פרופ' דורון חרמוני, "ארגז הכלים לחוקר ברפואת המשפחה", פרק 32, בתוך ויקירפואה, אוחד בתאריך 1 מרץ.
1. Organization WH. Towards a common language for functioning, disability, and health: ICF. The international classification of functioning, disability and health. 2002
2. Karsten J, Penninx BW, Verboom CE, Nolen WA, Hartman CA. Course and risk factors of functional impairment in subthreshold depression and anxiety. Depression and anxiety. 2013;30(4):386-94.
3. APTA Anxiety Screening Practice Advisory: <https://www.apta.org/article/2023/01/06/anxiety-screening-practice-advisory>. Access in 01/03/2023.
4. Arlington V, Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. American Psychiatric Association. 2013;5:612-3.
5. Robinson E, Sutin AR, Daly M, Jones A. A systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies comparing mental health before versus during the COVID-19 pandemic in 2020. Journal of affective disorders. 2022;296:567-76.
6. Stein DJ, Scott KM, De Jonge P, Kessler RC. Epidemiology of anxiety disorders: from surveys to nosology and back. Dialogues in clinical neuroscience. 2022.
7. Levinson D, Zilber N, Lerner Y, Grinshpoon A, Levav I. Prevalence of mood and anxiety disorders in the community: results from the Israel National Health Survey. Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences. 2007. 44.(2):94.

20. García-Campayo J, Zamorano E, Ruiz MA, Pardo A, Pérez-Páramo M, López-Gómez V, et al. Cultural adaptation into Spanish of the generalized anxiety disorder-7 (GAD-7) scale as a screening tool. Health and quality of life outcomes. 2010;8(1):1-11.
21. Donker T, van Straten A, Marks I, Cuijpers P. Quick and easy self-rating of Generalized Anxiety Disorder: validity of the Dutch web-based GAD-7, GAD-2 and GAD-SI. Psychiatry research. 2011;188(1):58-64
22. Terkawi AS, Tsang S, AlKahtani GJ, Al-Mousa SH, Al Musaed S, AlZoraigi US, et al. Development and validation of Arabic version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. Saudi journal of anaesthesia. 2017;11(5):11.
23. Sawaya H, Atoui M, Hamadeh A, Zeinoun P, Nahas Z. Adaptation and initial validation of the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) and the Generalized Anxiety Disorder-7 Questionnaire (GAD-7) in an Arabic speaking Lebanese psychiatric outpatient sample. Psychiatry research. 2016;239:245-52

נוגעים בזה - הטרדה מינית בפיזיותרפיה

נגה גל, BPT, MSc, MBA

מנהלת ביה"ס לפיזיותרפיה באספ הרופא ומרצה בחוג לפיזיותרפיה אוניברסיטת תל אביב
ממונה על שוויון מגדרי ומניעת הטרדות מיניות במרכז הרפואי שמיר (אספ הרופא) בשנים 2014-2020

תקציר

הטרדה מינית היא פגיעה מינית שבה צד אחד כופה את עצמו על הצד השני מבלי שהצד השני מעוניין בכך. היא יכולה להתרחש כלפי שני המינים ועל ידי שני המינים, ולבוא לידי ביטוי במעשים או בהתנהגויות, תוך קרבה פיזית או ממרחק.

הטרדה מינית במקצועות הטיפול יכולה להיות מצד המטופל או מצד המטפל, או להתרחש בין עמיתים לעבודה. הטיפול הפיזיותרפי נמשך לאורך זמן, הוא כולל מגע והדרכה, ונוגע בהיבטים פיזיים ורגשיים. כל אלה עשויים לטשטש את הגבולות וליצור סיטואציות שעשויות להיחוות על ידי המטופל או המטפל כהטרדה מינית.

מן הספרות עולה שקיים דיווח דל על הטרדות מיניות. הקודים של ההתנהגות אינם ברורים תמיד, ובלימודים ובהכשרה המקצועית אין התייחסות מספקת לנושא.

בחוק למניעת הטרדה מינית מוגדרים שבעה סוגים של מעשים הנחשבים להטרדה מינית. העובר על החוק יכול להיתבע בדין הפלילי, האזרחי ו/או המשמעתי, והעונש יכול להיות עד מאסר ו/או התליית רישיון העיסוק.

הטרדה מינית בטיפול הפיזיותרפיה היא אירוע טראומתי עבור הקורבן, והיא פוגעת אנושות במארג העדין של יחסי מטפל-מטופל. במאמר יסקרו ההיבטים השונים של הטרדה מינית בפיזיותרפיה, יוצגו סעיפי החוק למניעת הטרדה מינית ויוצגו הצעות להתנהגות מונעת.

תיאור מקרה

כמה דקות לפני שיצאתי מן המשרד צלצל הטלפון. לשיחה הזו ממש לא הייתי מוכנה - מצדו השני של הקו דיברה בחורה צעירה, בת 28, ובכתה ללא הפסק. היא שמעה שאני "מתעסקת" בנושא הטרדות מיניות, והרגישה שהיא חייבת לשתף. היא סיפרה כך: "אני רוקדת כבר הרבה שנים ומידי פעם מטופלת בפיזיותרפיה עקב כאבים בברכיים. תמיד אצל אותו פיזיותרפיסט. הוא היה המטפל שלי וסמכתי עליו בעיניים עצומות. הפעם הגעתי אליו עקב כאבים בירך. בביקור השלישי, בעת הטיפול המנואלי, הרגשתי שהיד שלו נוגעת באזור המפשעה, ויורדת לעבר פתח הנרתיק. קפאתי... אני ממשש את השרירים כדי להבין מה תפוס, הסביר. הדבר חזר על עצמו גם בטיפולים הבאים. הייתי אצלו שש פעמים, והכאב לא פחת. ואז פתאום זה היכה בי - אין מדובר פה בטיפול. לא חזרתי אליו, אבל אני לא מצליחה להתאושש ממה שקרה. איך הוא ניצל אותי? אני חייבת שתגידי לי אם מה שתיארתי לך הוא טיפול מקובל".

מהי הטרדה מינית?

הטרדה מינית נמנית בין מגוון ההתנהגויות והמעשים שנחשבים לפגיעה מינית. זו התנהגות על רקע מיני שבה צד אחד כופה את עצמו על הצד השני מבלי שהוא מעוניין בכך. ההטרדה יכולה להיגרם על ידי שני המינים וכלפי שני המינים, אך מחקרים מצביעים על כך שגברים הן הרוב המכריע מבין קורבנותיה.¹ העיקרון המכריע בבחינת השאלה אם מדובר בהטרדה מינית הוא עקרון ההדדיות - אם ההתנהגות אינה רצויה על ידי שני הצדדים, אזי מדובר בהטרדה מינית. הטרדה מינית יכולה לבוא לידי ביטוי לא רק במגע בלתי רצוי, אלא גם באמירות, ברמזים, במבטים, בהודעות ובסרטונים. כלומר, לא

הטרדה מינית בפיזיותרפיה

המחקר בנושא הטרדה מינית בפיזיותרפיה מועט למדי, ורובו נערך בעולם, ולא בארץ.

הטרדה מינית של מטופלים על ידי מטפלים

נמצא כי קיים דיווח מועט בנוגע לקשרים מיניים של מטפלים עם מטופליהם.⁴ למשל, נמצא הבדל בשיעור המטפלים שדיווחו שיצאו לפגישה רומנטית עם מטופלים בתקופה שטופלו על ידם - 6% בבריטניה ו-4% באוסטרליה. לעומת זאת, בתשובה על השאלה "האם את/ה מכיר/ה עמית למקצוע שיצא לפגישה רומנטית עם מטופל?" השיבו בחיוב 53% בבריטניה ו-17% באוסטרליה.⁵ המחקרים מצביעים על כך שיתכן שתפיסת הגבולות בקרב המטפלים לוקה בחסר.

קיים הבדל מגדרי - תפיסת הגבולות בקרב המטפלים רחבה יותר לעומת תפיסת הגבולות בקרב המטפלות, כלומר, ישנם מצבים שפיזיותרפיסטים לא יחוו אותם כהטרדה מינית, ואילו פיזיותרפיסטיות - כן. הבדל נוסף - למטפלים הצעירים, לעומת המטפלים הוותיקים, תפיסה מוגדרת יותר בקשר לגבולות; לצעירים ברורים יותר הגבולות של מה מותר ומה אסור בהקשר של התנהגות מינית.⁵ כאשר מטפלים נחשפו למטופלת שסיפרה להם שעברה הטרדה מינית על ידי מטפל אחר, רבים מהם הציעו למטופלת להתלונן, אך מרביתם לא נקטו גישה אקטיבית, כגון פנייה לאחראי במקום, דיווח לרשויות וכד'.⁴

מחקר אחר בדק את עמדות המטפלים לגבי סיטואציות בעלות אופי מיני הנגרמות על ידי מטפלים כלפי מטופליהם. במחקר הוצגו למשתתפים סיטואציות שונות, והם התבקשו לדרג את עמדתם מ-1 (התנהגות תקינה) עד 5 (יש להשעות את המטפל). תוצאות המחקר מצביעות על טווח רחב מאוד של התייחסויות ועמדות. כך למשל, עבור הסיטואציה "פיזיותרפיסטית מתחילה לעבוד בקבוצת ספורט, וכמה שבועות אחר כך היא יוצאת לדייט עם אחד השחקנים" התקבל ציון ממוצע 3.23 עם טווח מענה של 1-5. נתון זה מצביע על שונות גדולה בין המטפלים בתפיסת הסיטואציה, ועל כך שיש מטפלים שרואים בסיטואציה זו התנהגות נאותה.⁴ החוקרים טענו שהיעדר הדרכה, הכוונה ושיח בנושא הוא הסיבה המרכזית לעמדות שהובעו ולתגובה הפאסיבית של המטפלים כלפי המטופלת ששיתפה אותם שהוטרה.

חייב להתקיים מגע כדי שהמעשה יוגדר כהטרדה, ואין צורך בקרבה או בנוכחות פיזית כדי להטריד מינית.

הטרדה מינית במקצועות הטיפול

מערכת היחסים בין מטפל למטופל היא מארג עדין, ששלובים בו אמפתיה, התמסרות, תלות, פערי ידע, פגיעות ואמון. הטרדה מינית על ידי אחד מן הצדדים מנתצת וקורעת לגזרים את המארג העדין והמשמעותי הזה.

הטרדה מינית במקצועות הטיפול יכולה לבוא לידי ביטוי באופנים אחדים:

- ♦ הטרדת מטפל על ידי קולגות או בעלי סמכות (שההבדל בין השניים נעוץ ב"חובת הבעת אי הסכמה", כפי שיובהר בהמשך);
- ♦ הטרדה מינית של מטופל את המטפל;
- ♦ הטרדה מינית של המטפל את המטופל.

כל אחד מן המצבים שצוינו לעיל יגרום לפגיעה אנושה בחוויית הטיפול, וישפיע על מי שנחשף להטרדה באופן משמעותי ביותר.

הטיפול הפיזיותרפי הוא טיפול מתמשך, שבמהלכו נוצר קשר אישי עם המטופלים. הטיפול כולל מגע והדרכה, ולעיתים קרובות נוגע בהיבטים רגשיים. כל אלה עשויים לטשטש את הגבולות, וליצור סיטואציות אשר עשויות להיחוות על ידי המטופל או המטפל כהטרדה מינית. למגע הטיפולי משמעות גדולה וערך תרפויטי רב, ולו חלק משמעותי בטיפול. עם זאת, יש לתת את הדעת לחוויה של המטופל או המטופלת למגע הטיפולי ולהיות קשובים לפרשנות שניתנת על ידם למגע. נייר העמדה "שמירה ראויה על גבולות המגע בטיפולי פיזיותרפיה" של ועדת האתיקה של הפיזיותרפיסטים בישראל² מגדיר היטב את מרחב המגע הטיפולי וגבולותיו ואת ההתנהלות האתית בנושא זה. עם זאת, יש לציין כי הטרדה מינית אינה רק דילמה או עבירה אתית אלא היא נחשבת לעבירה על החוק.³

מטרת מאמר זה היא לסקור היבטים שונים של הטרדה מינית בפיזיותרפיה, להביא לידיעת הקוראים את החוק למניעת הטרדה מינית ולהציג מרכיבים של התנהגות מונעת.

החוק למניעת הטרדה מינית

החוק למניעת הטרדה מינית חוקק בישראל בשנת 1998, והוא מגדיר הטרדה מינית כהתנהגות בלתי חוקית. החוק קובע שבעה סוגים של מעשים:

1. סחיטה באיומים - כאשר המעשה שהאדם נדרש לעשות הוא בעל אופי מיני;
2. מעשים מגונים - מעשה לשם גירוי, סיפוק או ביזוי מיניים הנעשה ללא הסכמת המתלונן;
3. הצעות חוזרות בעלות אופי מיני, המופנות לאדם אשר הראה למטריד כי אינו מעוניין בהצעות האמורות;
4. התייחסויות חוזרות המופנות לאדם, המתמקדות במיניותו, כאשר אותו אדם הראה למטריד כי אינו מעוניין בהתייחסויות אלה;
5. התייחסות מבזה או משפילה המופנית לאדם ביחס למינו או למיניותו, לרבות נטייתו המינית;
6. פרסום תצלום, סרט או הקלטה של אדם, המתמקד במיניותו, בנסיבות שבהן הפרסום עלול להשפיל את האדם או לבזותו, ולא ניתנה הסכמתו לפרסום;
7. הטרדה סביבתית (Hostile environment) הכוללת שיח, שפה, בדיחות ותרבות היוצרים אווירה עוינת בעלת אופי מיני.³

יש לציין כי ביחסי מטפל-מטופל לא חלה על המוטרדת חובה להראות למטריד שאינה מעוניינת בהתנהגותו כדי שהדבר ייחשב להטרדה. כלומר ייתכן שהמטופלת תתלונן על כך שמטפל הטריד אותה גם אם לא נתנה לכך ביטוי במהלך הטיפול. מצב נוסף שבו לא חלה חובת ההתנגדות להתנהגות היא כאשר ההטרדה נעשית על ידי בעל סמכות / מרות, לדוגמה אחראי ביחס לעובד, מדריך / מרצה ביחס לסטודנט וכד'.

החוק למניעת הטרדה מינית מציע שלוש אפשרויות להגשת תלונה וטיפול בה:

- ◆ טיפול באחריות המעביד: אם ההטרדה התרחשה במסגרת מקום העבודה ובמסגרת יחסי העבודה בין עובד ומעביד;
- ◆ הליך פלילי - הגשת תלונה במשטרה;
- ◆ הליך אזרחי - פיצוי.

כאמור, הטרדה מינית היא התנהגות על רקע מיני שבה צד אחד כופה את עצמו על הצד השני בניגוד לרצונו. אבל חווית ההטרדה המינית תלויה לא רק בפעולה או בהתנהגות הפוגענית, אלא גם בתפיסת העולם ובחוויות העבר של מי שהתנהגות כוונה כלפיו. אל הטיפול הפיזיותרפי עשויים להגיע מטופלים שחוו בעבר הטרדה או תקיפה מינית, ועבורם אמירות בעלות אופי מיני, קרבה פיזית ומגע יהיו טעונים יותר.

הטרדה מינית של מטופלים על ידי מטופלים

הטרדה מינית של מטופלים על ידי מטופלים היא חוויה טראומטית וקשה, שעשויה לגרום לקשת רחבה של תחושות, כגון בושה, אשמה, כעס, חוסר אונים ודיכאון, ומהווה גורם משמעותי בשחיקה ובעזיבת המקצוע.^{7,6} סטודנטים בתהליך ההכשרה ומטופלים צעירים חשופים בשכיחות רבה יותר להטרדה מצד מטופלים,⁵ ופיזיותרפיסטיות חשופות להטרדה יותר מפיזיותרפיסטים. נמצא שדיווח על קולגה שחווה הטרדה מצד מטופל נפוץ יותר מדיווח עצמי, ובושה, קשר שתיקה ותחושות של אי-ודאות לגבי מהות האקט שנעשה על ידי המטופל גורמים לכך שהמטופלים אינם מדווחים על הטרדה מצד מטופלים.⁸ הגבולות שנחצים על ידי המטופל הם לא אחת התוצאה של הקרבה הפיזית והמגע הפיזי שהוא חווה, ההיכרות הממושכת שגורמת לטשטוש גבולות ופרשנות מוטעית לאמפתיה ולהקשבה מצד המטפל.⁹

הטרדת מטופלים על ידי מטופלים יכולה להתבטא במנעד רחב של התנהגויות, כגון מבטים, הערות, מגע פיזי, פעולות מיניות, חיזור בלתי פוסק או מתנות בלתי מקובלות.⁸ יש לציין שאין מדובר במטופלים שמצבם הרפואי גרם לפגיעה בשיפוט ובוויסות ההתנהגות המינית, כגון חולי דמנציה ומטופלים שסובלים מפגיעות באונה הפרונטלית במוח, אלא במטופלים בעלי שיפוט תקין.

מטופלים רבים שנחשפים להטרדה מינית בוחרים להתעלם ולהמשיך בטיפול או להעיר למטופל ולהמשיך בטיפול. חלק מו המטופלים בוחרים להעביר את המטופל שהטריד למטפל אחר. רק מיעוט ייפנו לרשויות ויתלוננו.^{11,10} חשוב להכיר בכך שהמעבר בטיפול מפטרנליזם לאוטונומיה של המטופל מחייב הגברת הזהירות בעניין המגע והרחבת פירושו.⁸

התנהגות מונעת

סוגיית ההטרדות המיניות בפיזיותרפיה קיימת גם אם אין מדברים עליה. קיים קשר שתיקה סביב הנושא. אין כמעט שיח בנושא - לא בתהליך ההכשרה ולא במהלך החיים המקצועיים. כיוון שקרבה פיזית, אמפתיה ומגע הם הכלים החשובים בטיפול הפיזיותרפי, יש לתת את הדעת להגברת המודעות להתנהגות נאותה ולגבולות אינטימיים. הרכיב הראשון בטיפול בהטרדות הוא התנהגות מונעת - נדרשים נהלים וכללים, תרבות מקצועית ונורמות התנהגות שיפחיתו את ההיתכנות של ההטרדה. נדרשת רגולציה והגדרת תחום העיסוק ונדרש שינוי בתוכנית הלימודים. חשוב מאוד לקיים שיח בנושא החל בשלבים המוקדמים של ההכשרה. צריך להקנות ידע בנוגע לחוק ומשמעויותיו, ולהגדיר גבולות ברורים בין מטפל למטופל כבר במהלך הלימודים ובהכשרה. למשל, צריך לקיים תרגול בכיתה בקוד לבוש מתאים או במדים, לחשוף בכיתה את המודל תוך הקפדה על שמירת צניעות המטופל/ת ועל הסתרת האזורים שאינם מטופלים. יש להדגיש את הצורך בהסברה של רציונל הטיפול במגע, את הצורך במתן משוב ובשיקוף הפרשנות האפשרית של מחוות שונות לסטודנטים שאינם מודעים לשפת גופם, בדיון בתיאורי מקרה מעוררי דילמות ועוד.¹² יש לחדד את החשיבות הטמונה בהסברת הרציונל של הטיפול ובקבלת הסכמה מצד המטופל. שיח והדרכה בנושא לאורך החיים המקצועיים הוא קריטי למיגור התופעה. חשוב להבין שבעת הטיפול - בעיקר זה הממושך - יכולים להתפתח רגשות, מה שיאפשר לזהות מעבר מאמפתיה מקצועית לסימפטיה ותשוקה, ולפעול לניהולם הנכון. חשוב להפנות קשב ושימת לב, ולזהות אותות מצד המטופל שמצביעים על ניסיון מצדו לחצות גבולות, ואז להבהיר את הגבולות. בטיפול צריך לשמור על שפה מקצועית ומכבדת, להימנע מהומור ומהערות מיניות, להמעיט בשיחות על נושאים אישיים, להסביר למטופל היטב את מטרת המגע והצידוק לו, וכמובן לקבל את אישורו, ובוודאי שאין לחזר אחריו או לצאת עמו לדייט בזמן הטיפול. הדבר החשוב ביותר אולי הוא לפתח אחריות חברתית באשר לסוגיה זו - להיות ערים ופרואקטיביים, ולאפשר לשיח להתקיים מתוך אפשרות ופתיחות.⁵

קבוצת העניין בספורט של העמותה לקידום הפיזיותרפיה פרסמה בשנת 2022 מסמך שעוסק בהטרדה מינית בעת טיפול בספורטאים, ובו אפשר למצוא מידע ודוגמאות נוספות להתנהגות מונעת.¹³ כמו כן, הקוד האתי של הפיזיותרפיסטים

בישראל¹⁴ עוסק בהתנהגויות אשר מנחות את הפיזיותרפיסט או הפיזיותרפיסטית להעניק טיפול מקצועי שעשוי למנוע האשמות על הטרדות מיניות. הנחיות אלו כוללות סעיפים המתייחסים ליחסי פיזיותרפיסט-מטפל וליחסי פיזיותרפיסט עם עמיתים וצוות רב מקצועי.

יחסי פיזיותרפיסט-מטופל

- ◆ "הפיזיותרפיסט ימנע מלפתח קשרים לא-מקצועיים עם מטופליו (רומנטיים, עסקיים ועוד)";
- ◆ "הפיזיותרפיסט יחתור להשגת הסכמה מדעת לכל מרכיבי הטיפול - מכל מטופל, ולפי הצורך גם ממיפיה כוחו";
- ◆ "הפיזיותרפיסט ישמור על גבולות המגע הטיפולי".

יחסי פיזיותרפיסט-עמיתים וצוות רב-מקצועי

- ◆ "הפיזיותרפיסט יפעל להשגת אקלים אתי-מקצועי הולם במקום עבודתו ויסב את תשומת ליבם של עמיתיו להתנהלות שאינה אתית-מקצועית".

סיכום

הטיפול הפיזיותרפי הוא לרוב טיפול ממושך, שבו מתהדקים הקשרים המקצועיים בין מטפל למטופל. כפיזיותרפיסטים, המטרה שעומדת לנגד עינינו היא להשיב למטופל את תחושת המסוגלות שלו, ולהשיב אותו ככל האפשר לחיים עצמאיים ומלאים, על כל המשתמע מכך. ההקשבה, האמפתיה - וכמובן המגע - הם כלים מקצועיים שערךם ומשמעותם לטיפול עצומה. חובה עלינו הפיזיותרפיסטים להיות קשובים לפרשנויות האפשריות לטיפול ולתהליך, ולפעול להחזרת תהליך הטיפול למסלולו. ואחרון, חובה עלינו לגלות אחריות חברתית, ולהוקיע את תופעת ההטרדות המיניות בחברה, בכלל, ובמקצוע שלנו, בפרט.

למידע נוסף, לשאלות ולתגובות,
דוא"ל: nogagal@shamir.health.gov.il
טלפון: 0527732444

מקורות

1. מור, א', הטרדה מינית במקום העבודה: שיעוריה, מאפייניה ותפישות מגדריות ביחס אליה, סוגיות חברתיות בישראל. 7;2011
2. http://www.ipts.org.il/_Uploads/dbsAttachedFiles/Touch_limits_2018.pdf
3. <https://main.knesset.gov.il/Activity/Legislation/Laws/Pages/LawPrimary.aspx?t=lawlaws&st=lawlaws&lawite mid=2000758>.
4. Roush S, Cox K, Garlick J, Kane M, Marchand L. Physical therapists perceptions of sexual boundaries in clinical practice in the United States. *Physiother Theory Pract.* 2015; 31(5): 327-336.
5. Soundy A, Stubbs B, Jenkins S ,Cooper I. Sexual professional boundaries perceived by undergraduate and graduate physiotherapists: A cross sectional survey. *Physiotherapy.* 2013; 99: 298-304.
6. Scholcoff, C, Farkas A,. Machen J, Kay C, Nickoloff S, Fletcher K, Jackson J. Sexual harassment of female providers by patients: a qualitative study. *J Gen Intern Med.* 2020; 35(10):2963-2968.
7. Gianakos1 A, Freischlag J, Mercurio A, Haring R, LaPorte D, Mulcahey M, Cannada L, Kennedy J. Bullying, discrimination, harassment, sexual harassment, and the fear of retaliation during surgical residency training: A systematic review. *World J Surg.* 2022; 46:1587-1599.
8. O'Sullivan V, Weerakoon P. Inappropriate sexual behaviours of patients towards practising physiotherapists: a study using qualitative methods. *Physiother Res Int.* 1999;4(1):28-42.
9. Spector P, Zhou Z, Che X. Nurse exposure to physical and nonphysical violence, bullying, and sexual harassment: A quantitative review *International Journal of Nursing Studies.* 2014; 51: 72-84.
10. UlusoyH, Swigart V, Erdemir F. Think globally, act locally: understanding sexual harassment from a cross-cultural perspective. *Medical Education.* 2011; 45: 603-612.
11. Gleberzon B, Statz R, Pym M. Sexual harassment of female chiropractors by their patients: a pilot survey of faculty at the Canadian Memorial Chiropractic College J *Can Chiropr Assoc.* 2015; 59(2) 111-121.
12. Dahl-Michelsen T, Nicholls D, Groven S. Approaching intimacy, sexuality and ethics in the professional training of physiotherapy students in Norway *European Journal of Physiotherapy.* 2020; 22(6):318-324.
13. http://www.ipts.org.il/_Uploads/dbsAttachedFiles/hmunit.pdf
14. http://www.ipts.org.il/_Uploads/dbsAttachedFiles/Kod_Eti_2018.pdf

Crossing the line: Sexual harassment in physical therapy

Noga Gal, BPT, MSc, MBA

Chair of Assaf Haroffe Physical Therapy School and lecturer at the Department of Physical Therapy at the Stanley Steyer School of Health Sciences, Tel Aviv University

Chair of committee in charge of Gender Equality and Prevention of Sexual Harassment between 2014-2020 at Shamir (Assaf Haroffe) Medical Center.

Abstract

Sexual harassment is a situation in which one party sexually imposes itself on another party without that party's consent. It can be directed towards and initiated by both sexes, and may involve actions or behaviors that occur physical proximity or remotely.

Sexual harassment in the health care professions can be initiated by the patient or the therapist, and may also occur between co-workers. Physical therapy treatments often involve multiple sessions delivered over long periods of time. These sessions includes verbal instructions as well as physical contact, affecting the physical as well as the emotional status of the patient. These characteristics may blur the patient-therapist boundaries, and create situations that may be experienced by the patient or therapist as sexual harassment.

According to the literature, sexual harassment in the physical therapy treatment settings is under-reported. The codes of behavior are not always clear, and there is insufficient reference to the subject in studies and professional training.

The Law for the Prevention of Sexual Harassment, enacted in 1998, defines seven types of acts that are considered sexual harassment. Offenders can receive criminal, civil, and/or disciplinary charges, and the punishment may include imprisonment and/or the suspension of one's professional licensure.

Sexual harassment during physical therapy treatment is a traumatic even for the victim, and may seriously damage the therapist-patient relationship. The present article reviews various aspects of sexual harassment within the physical therapy context, the law instituted to prevent sexual harassment, and suggests preventive measures.

Table of Content

Editorial

The elephant that's in the room Yocheved (Yochy) Laufer BSc, DSc	2
---	---

Personal Point of View

Her wonders never cease Dania Hofi, BPT, MSc.PT, Yocheved (Yochy) Laufer, Laufer BSc, DSc	4
--	---

A Case Study

Pelvic pain during pregnancy: A case report of femoral and popliteal deep vein thrombosis Lilach Ben Dror, BPT	10
---	----

Disabling pregnancy-related lumbopelvic pain: When early diagnosis matters - a case report Adi Amit David, BPT, P.G. Dip. Manual Therapy	16
---	----

Research Article

Translation and linguistic and cultural adaptation into hebrew of the treatment-induced neuropathy assessment scale, capturing the severity of chemotherapy-induced peripheral neuropathy and its consequences Hadas Ofek, BPT, Ph.D, Nicole Asaraf, BPT, MSc	24
--	----

Abstracts from The Literature

Editor: Smadar Peleg BPT, PhD	32
-------------------------------------	----

Position Statements

Preserving contact limits during physical therapy treatment Badera Naamneh-Abuelhija BPT, MPH	36
--	----

Measurement and Assessment Scales

Screening tool for generalized anxiety disorder Michal Elboim-Gabyzon, BPT, Ph.D.....	44
--	----

Professional Point of View

Crossing the line: Sexual harassment in physical therapy Noga Gal, BPT, MSc, MBA	49
---	----



Editor in Chief
Prof. (Emeritus)
Yocheved Laufer, D.Sc
University of Haifa
publisher
Israeli Physiotherapy Society

**The Israeli
Physiotherapy Society**
association # 580199511
www.ipts.org.il

Volume 25, Issue 1
April 2023
ISSN 2518-9646
Cover: © www.unsplash.com

The journal is published regularly three times a year:
April, August and December

Editorial board address:
The Israeli Physiotherapy Society Offices
Weissburg St 17, Tel-Aviv 6935827
Tel: 03-6888104, Fax: 03-6888107

Design and layout:
Studio Nava Mosko
Tel: 02-9991780, Mobile: 052-3247808
Email: navamos@gmail.com
www.navamosko.com

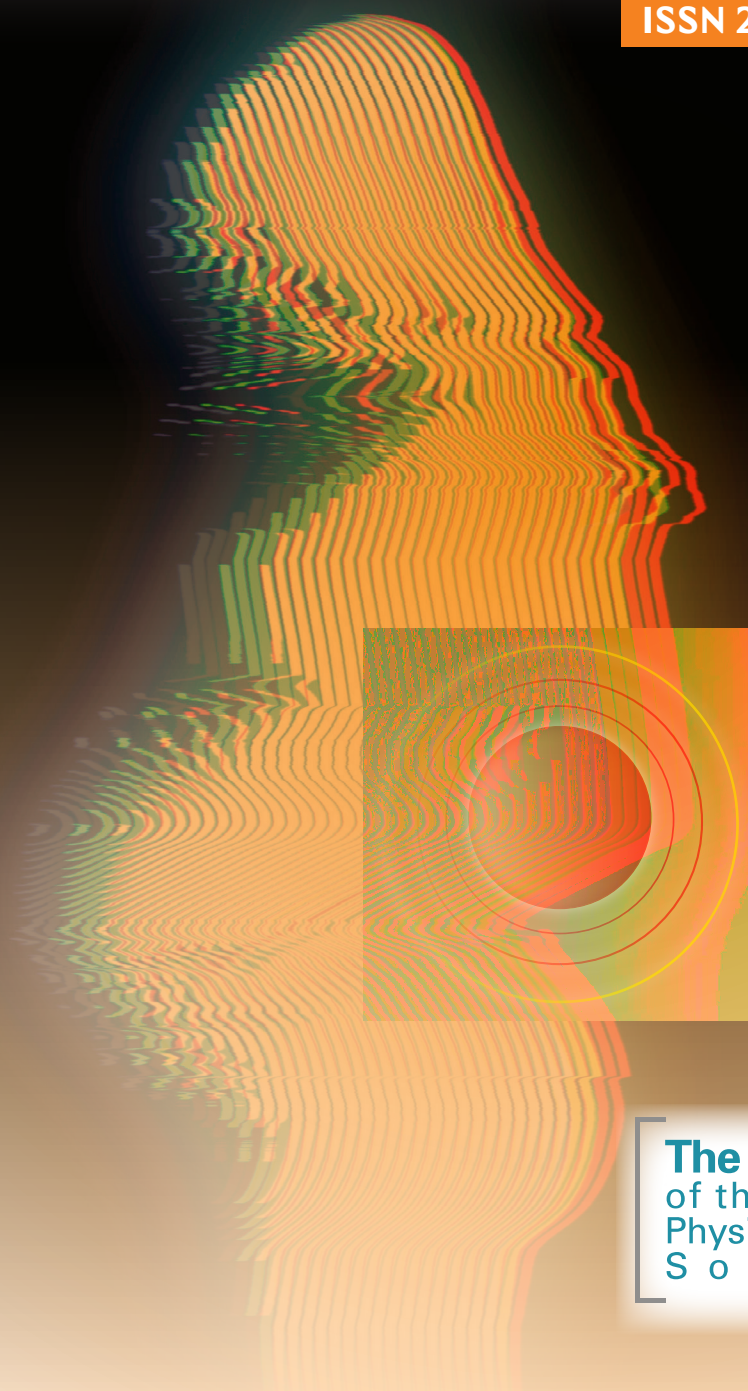
Ads department:
The Israeli Physiotherapy Society
Email: iptsoffice@gmail.com

The JIPTS

Vol. 25 N^o 1

APRIL 2023

ISSN 2518-9646



The Journal
of the Israeli
Physiotherapy
Society