

כתב עת

לפיזיותרפיה

אוגוסט 2022

כרך 24 גליון מס' 2

ISSN 2518-9646



כתב עת
העמותה לקידום
הפיזיותרפיה בישראל

תוכן העניינים

מאמר מערכת

- חצי הכוס המלאה וחצי הכוס ה.....
פרופ' יוכבד לויפר BSc, DSc 2

מאמר מחקרי

- תרומת התואר השני בפיזיותרפיה להתפתחותו האקדמית של תחום זה בישראל: סקירה היסטורית ולמידה מן השטח
סמדר פלג BPT, PhD, מיכל ארנון BEd, PhD, יוכבד לויפר BSc, DSc 3

סקירת ספרות

- הטיפול בכאבי גב תחתון לפי הקווים המנחים העולמיים באמצעות גישת Enhanced Transtheoretical Model Intervention (ETMI)
רון פלדמן BPT, MSc, נועה בן עמי, BPT, PhD 24

תיאור מקרה

- תוכנית לשיפור היכולת התנועתית אצל מבוגרים עם מוגבלות שכלית ותנועתית חמורה
ג'ניפר ג'קוב גונזלז, BPT, MScPT, כרמית כהנא, BPT, MScPT, וינסנטה אנטוניו ג'איה קבאג'רו, RN, Ph.D 35

רואים עולם

- ערכה את המדור: סמדר פלג BPT, PhD 44

ניירות עמדה בפיזיותרפיה

- גישה ישירה לפיזיותרפיה: היבטים אתיים-מקצועיים
ד"ר נואית ענבר, ירון טילינגר 48

מדור כלי מדידה והערכה

- כלי מדידה להערכה של סיכון לפתח פצעי לחץ
ד"ר מיכל אלבוים-גביון BPT, PhD 55

מדור אתיקה

- "אמת או חובה"
התמודדות של פיזיותרפיסטית עם אמירת אמת להורי מטופל במכון להתפתחות הילד
חנה לורד BPT 59

העמותה לקידום
הפיזיותרפיה בישראל
עמותה מס' 580199511
www.ipts.org.il
בשער: © www.unsplash.com
כתב העת מתפרסם באופן קבוע שלוש פעמים בשנה
בחוֹדשים: אפריל, אוגוסט ודצמבר

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

כתב עת
העמותה לקידום
הפיזיותרפיה בישראל

קוראים יקרים,

חצי הכוס המלאה וחצי הכוס ה....

בשנה האחרונה נזקקתי שלא מרצוני לשירותי הפיזיותרפיה. אל דאגה, כפיזיותרפיסטית ממושמעת עשיתי כמצוות מטפליי ואני משתקמת להפליא! הצורך שלי בפיזיותרפיה היה הזדמנות נהדרת להיווכח שוב בחשיבות המקצוע, ובמיוחד לפגוש בעמיתיי למקצוע כמטופלת, ולהתלהב! אני מניחה שהחווייה שעברתי שונה במידה רבה מזו של המטופל האלמוני, שכן מרבית הפיזיותרפיסטים באזור חיפה זיהו אותי מעברי באוניברסיטת חיפה או במרכז השיקום פלימן. יחד עם זאת, זו הייתה הזדמנות עבורי להכיר מחדש את עמיתיי הקלינאים. לא יכולתי שלא להתפעל מגישתם האנושית ומעבודתם המסורה והמקצועית. תודה לכולכם!

למרות זאת, כיוון שאני משמשת גם בכובע העורכת הראשית של כתב העת לפיזיותרפיה נכונה לי אכזבה! להפתעתי, גיליתי כי רבים מבין הפיזיותרפיסטים ששוחחתי איתם אינם מכירים כלל את כתב העת שלנו, אינם מודעים לכך שהוא נגיש לכול, ולמותר לציין - אינם יכולים ליהנות מתרומתו למקצוע בישראל. התסכול שלי גובר בשל ההבנה כי גם את דבריי כאן יקראו רק הפיזיותרפיסטים שמכירים את כתב העת שלנו, ולא אותם פיזיותרפיסטים רבים אחרים שאליהם אני מכוונת.

עם זאת, כיוון שאני אופטימית מטבעי ובהשקפתי, חשוב לי לראות מעט אור בקצה המנהרה. לפני כשבועיים התבקשתי על ידי הנהלת העמותה לקידום הפיזיותרפיה בישראל לבחור שני מאמרים מצטיינים - אחד משנת 2020 ואחד משנת 2021 - כדי להעניק לכותביהם פרס הוקרה. לא אגלה לכם כאן את שמות זוכי הפרסים אשר יוצגו בכנס הקרוב שלנו (7-8 בספטמבר). לשם בחירת המאמר המצטיין פניתי ל-14 עמיתים, אנשי אקדמיה וקלינאים מתחומי עניין שונים ומגוונים, בבקשה לדרג את המאמרים שהתפרסמו בשנתיים האלה לשלושת המקומות הראשונים, על פי איכותם ותרומתם לקהל הקוראים; המאמר המצטיין לכל שנה נבחר על פי סכום הנקודות שקיבל. המעניין בתהליך היה ש-18 מבין 23 המאמרים שפורסמו בשנים אילו צוינו כראויים להוקרה ופרס. המאמרים שדורגו היו ממגוון נושאים: מדיניות בישראל, מחקרים (כמותניים ואיכותניים), סקרי דעת קהל בישראל, סקירות ספרות, תיאורי מקרה,

ועוד. העובדה כי מאמרים רבים כל כך זכו להתייחסות היא עדות למגוון הרחב של נושאי כתב העת ולרמתם הגבוהה של המאמרים.

ראוי לציין כי ישנם נושאים המוצגים במדורים שלא נבחנו לצורך קבלת פרס, כגון דילמה אתית, כלי הערכה למצבים קליניים ותכונותיהם הפסיכומטריות, תקצירים מן הספרות הבינלאומית, ועוד. ככתב עת אלקטרוני, שאינו מוגבל בעמודים, יש לנו היכולת להרחיב את קשת הנושאים והמדורים. למשל, נשמח להוסיף לכתב העת סרטונים ופודקאסטים, להרחיב את מגוון המדורים ולהוסיף תגובות וביקורות של הקוראים על מאמרים שונים. אני קוראת לכם אפוא להציע הצעות להרחבת כתב העת כדי להעמיק את השפעתו על המקצוע.

כאמור, לצערי בדבריי כאן אני מנסה לשכנע את המשוכנעים (התרגום המקובל לביטוי באנגלית preaching to the converted אינו מוצלח דיו). לא ברור לי עדיין כיצד למצוא את הדרך הקצרה ביותר אל הקהל הגדול שאינו מכיר את אתר כתב העת. אקבל בשמחה כל הצעה מעשית לשם כך.

כיוון שזהו הגיליון האחרון לפני פרוס השנה החדשה, ברצוני לברך בשם כל חברי המערכת את כל קהל הקוראים ובני ביתם -
בשנה טובה ומתוקה,
בשנה של שלום ושלווה,
בבריאות איתנה, באושר ובשמחה.

מאחלת לכם קריאה מהנה ומועילה,
כל טוב,



יוכבד (יוכי) לויפר

עורכת כתב העת לקידום הפיזיותרפיה
פרופ' (אמריטוס), החוג לפיזיותרפיה, אוניברסיטת חיפה
yochy.laufer@gmail.com

תרומת התואר השני בפיזיותרפיה להתפתחותו האקדמית של תחום זה בישראל: סקירה היסטורית ולמידה מן השטח

סמדר פלג ¹BPT, PhD, מיכל ארנון ²BEd, PhD, יוכבד לויפר ³BSc, DSc

¹ המעבדה לביומכניקה, בית הספר למדעי הספורט והתנועה, המרכז האקדמי לוינסקי וינגייט (קמפוס וינגייט), נתניה

² היחידה לעיבוד נתונים, רשות המחקר, המרכז האקדמי לוינסקי וינגייט (קמפוס וינגייט), נתניה

³ החוג לפיזיותרפיה, הפקולטה למדעי הרווחה והבריאות, אוניברסיטת חיפה, חיפה

תקציר

רקע: לימודי הפיזיותרפיה הם תחום חדש יחסית באקדמיה. לכן בניגוד לתחומים מסורתיים כמו מדעי הטבע ומדעי הרוח, שבהם מסלול ההתפתחות האקדמית ברור ומוסדר, בתחום הפיזיותרפיה הבחירה במסלול האקדמי לשם התפתחות מקצועית אינה מובנת מאליה. על כן עולה הצורך בהבנת הצרכים וההעדפות של פיזיותרפיסטים השוקלים כיצד להמשיך להתפתח מבחינה מקצועית וכן בהבנת החסמים שעומדים בפניהם. הבנה זו תאפשר לחוגים לפיזיותרפיה להתאים את תוכניות הלימוד לצורכי קהל היעד וליעדי המקצוע.

מטרות: המטרות העיקריות של מחקר זה היו: 1. לבחון ולהשוות את שביעות הרצון, ההעדפות ותרומת התואר השני בקרב פיזיותרפיסטים שלמדו לתואר שני בחוגים לפיזיותרפיה, לעומת אלו שסיימו תואר שני בחוגים אחרים. 2. לבחון את ההעדפות, הציפיות והחסמים הקיימים בקרב פיזיותרפיסטים בעלי תואר ראשון השוקלים את המשך התפתחותם המקצועית.

שיטות: המחקר קיבל את אישור ועדת האתיקה של הפקולטה למדעי הבריאות והרווחה באוניברסיטת חיפה. לצורך המחקר חיברו כותבות המאמר שאלון אשר הופץ באינטרנט באמצעות העמותה לקידום הפיזיותרפיה ורשתות חברתיות של קבוצות עניין בפיזיותרפיה. השאלון פנה לפיזיותרפיסטים עם/בלי תואר שני. השוואה בין הקבוצות נערכה באמצעות מבחן Chi-Squared.

תוצאות: 428 פיזיותרפיסטים מוסמכים ו-36 סטודנטים בשנה הרביעית ללימודיהם לתואר ראשון השלימו את הסקר, מחציתם כבר בעלי תואר שני או בלימודיהם לתואר השני. 70% מן המשיבים בחרו ללמוד לתואר שני בחוגי פיזיותרפיה. מרבית המוסמכים ציינו כי לימודי התואר השני תורמים במידה רבה ליכולת הקריאה הביקורתית והכתיבה המקצועית, ללא קשר לתחום הלימוד. לעומת זאת, שיעור המשיבים שמצאו כי ללימודים הייתה תרומה רבה להרחבת האופקים המקצועיים היה גבוה יותר אצל הלומדים בחוגים שאינם פיזיותרפיה. כמו כן, נמצא כי רק 15% מן הלומדים בחוגים לפיזיותרפיה, לעומת 41.4% מן הלומדים בחוג אחר, סברו שהלימודים תורמים במידה רבה לקידום בעבודה. מסלול לימודים עם תזה הניב מספר גבוה משמעותית של פרסומים, במיוחד בכתבי עת בינלאומיים, בהשוואה למסלול ללא תזה. יחד עם זאת, עבודות רבות לא מגיעות לידי פרסום כלל. רק כ-42% מבעלי התואר הראשון שוקלים להמשיך בלימודים בחמש השנים הקרובות, ומתוכם כ-49% מתלבטים אם לבחור בתחום הפיזיותרפיה או בתחום אחר. החסמים העיקריים להמשך הלימודים בפיזיותרפיה היו התפיסות שהתואר השני לא יסייע לקידום בעבודה (79.0%) ולא יתרום ליכולות הקליניות.

סיכום ומסקנות: כדי לענות על צורכי קהל היעד בפיזיותרפיה מומלץ לשקול פיתוח מסלולים המאפשרים שילוב של יותר קורסים בעלי השלכות קליניות, להרחיב מסלולים המקדמים פרויקטים בקהילה ואף לשלב בתוכניות הלימוד תחומי ידע נוספים, כמו ניהול, התפתחות הילד וגרונטולוגיה. כמו כן, מומלץ להדגיש את החינוך לשיתוף בידע על ידי עידוד הבוגרים לפרסם את עבודתם בכנסים ובכתבי עת בארץ ובחו"ל.

מילות מפתח: אקדמיה, עבודת גמר, פיזיותרפיה, תואר שני, תזה

תודות: מחברות המאמר מודות לעמותה לקידום הפיזיותרפיה, לד"ר הדס אופק מן המכללה האקדמית צפת ולמר תומר יונה, חבר הוועד המנהל של העמותה לקידום הפיזיותרפיה על הסיוע בפרסום הסקר. תודה מיוחדת למר רועי נצר מן החוג לפיזיותרפיה באוניברסיטת חיפה על הסיוע הטכני הרב בהכנת השאלון ובעיבוד נתוניו.

1. מבוא

מקצוע הפיזיותרפיה, כמו יתר מקצועות הבריאות, הוסדר בחוק הסדרת העיסוק במקצועות הבריאות התשס"ח-2008, שחוקק בכנסת לפני יותר מעשור. בהתאם לחוק הזה, התנאים הבסיסיים לקבלת רישיון לעסוק במקצוע הפיזיותרפיה הם תואר בוגר בפיזיותרפיה (BPT) וציון עובר בבחינת הרישוי במקצוע, כמו בכל מקצועות הבריאות בישראל.¹

לימודי הפיזיותרפיה הם תחום חדש יחסית בעולם האקדמי. לכן, שלא כבתחומים מסורתיים כמו מדעי הטבע ומדעי הרוח, שבהם מסלול ההתפתחות האקדמית ברור ומוסדר, בתחום הפיזיותרפיה, שכולל פן קליני מובהק, הבחירה במסלול האקדמי לשם התפתחות מקצועית, אינה מובנת מאליה.

כדי להבין את הרקע למחקר הזה, נציג בקצרה את תהליך ההתפתחות של לימודי הפיזיותרפיה בישראל כמקצוע אקדמי.

תהליך האקדמיזציה של מקצוע הפיזיותרפיה בישראל

בית הספר הראשון לפיזיותרפיה הוקם בבית החולים אסף הרופא (היום המרכז הרפואי שמיר) בשנת 1953, בחסות משרד הבריאות, ובוגריו יועדו לעבוד בבתי החולים בארץ. בתחילת הדרך המרצים והמחנכים המובילים בבית הספר היו פיזיותרפיסטים שעברו הכשרה באנגליה, בארה"ב או בדרום אפריקה.² בשלב זה, הוחלט שתוכנית הלימודים תימשך שלוש שנים, מהן שנתיים של לימודים תיאורטיים ומעשיים, ושנה אחת של התנסות מעשית. בסיום הלימודים יקבל הבוגר "דיפלומה בפיזיותרפיה" ולא תואר אקדמי. הסיבות העיקריות להחלטה זו היו: 1. הצורך הדחוף באנשי מקצוע בפיזיותרפיה; 2. המרצים בבית הספר שהוכשרו בחו"ל לא היו בעלי תואר אקדמי.

בשנת 1963 נפתח בית הספר השני לפיזיותרפיה במכון וינגייט תחת חסות קופת חולים כללית (כיום: "כללית שירותי בריאות"). מתכונת הלימודים בבית הספר לפיזיותרפיה במכון וינגייט הייתה דומה לזו שבבית החולים אסף הרופא, והקנתה גם היא "דיפלומה בפיזיותרפיה". בוגרי בית הספר יועדו בעיקר למרפאות החוץ של קופת החולים. (לסקירה נרחבת של ההיסטוריה של מקצוע הפיזיותרפיה בישראל ראו את מאמרה של שולמית ורנר).²

בית הספר השלישי לפיזיותרפיה הוקם 13 שנים אחר כך (בשנת 1976) בביה"ח תל השומר (כיום "המרכז הרפואי שיבא"). להקמת מסגרת לימודים זו היו שתי מטרות עיקריות: 1. לקדם פיזיותרפיה קהילתית; 2. לקדם תהליך אקדמיזציה של המקצוע. לשם כך הועשרה תוכנית הלימודים בקורסים במדעי היסוד, במדעי הרפואה ובמדעי ההתנהגות. כעבור כמה שנים גם בתי הספר באסף הרופא ובוינגייט אימצו תוכנית לימודים זאת. מאמצי סגלי ההוראה בבתי הספר השונים (בראשם גב' שולמית ורנר אשר הקימה את בית הספר בביה"ח תל השומר) אכן קידמו את תהליך האקדמיזציה של המקצוע. בשנת 1978 נפתח החוג לפיזיותרפיה באוניברסיטת תל אביב. שלושת בתי הספר הקיימים סונפו לאוניברסיטה, ובשנת 1982 קיבלו תלמידי המחזור הראשון בחוג לפיזיותרפיה באוניברסיטת תל אביב את התואר האקדמי "בוגר בפיזיותרפיה" (Bachelor in Physical Therapy - BPT).

בסוף שנות השמונים פתחה אוניברסיטת תל אביב תוכנית השלמה שאפשרה לפיזיותרפיסטים מוסמכים שסיימו את לימודי הדיפלומה לקבל תואר ראשון בפיזיותרפיה. כ-120 פיזיותרפיסטים סיימו תוכנית זו, והיא הופסקה לאחר כמה מחזורים מחוסר עניין. עד היום מתבסס התואר הראשון לפיזיותרפיה באוניברסיטת תל אביב על שילוב של הוראה בקמפוס האוניברסיטה ובמרכזי ההוראה הקלינית הממוקמים במרכז הרפואי שמיר ובמרכז הרפואי ע"ש חיים שיבא, המסונפים לאוניברסיטה (בית הספר שהיה ממוקם במכון וינגייט נסגר בשנת 1994).

במקביל לפתיחת החוג לפיזיותרפיה באוניברסיטת תל אביב, נפתחה בשנת 1978 מחלקה לפיזיותרפיה באוניברסיטת בן גוריון שבנגב, ומשנת 1984 ואילך (שנתיים אחרי אוניברסיטת תל אביב) החלו גם בוגרי תוכנית זו לקבל תואר ראשון ("בוגר")

יש לציין שעד לפני כעשור, לפיזיותרפיסטים שהיו מעוניינים בלימודים לתואר שלישי (דוקטורט) לא הייתה ברירה אלא ללמוד במסגרות מחוץ לחוגים לפיזיותרפיה. לכן מרבית חברי הסגל היום בחוגי הפיזיותרפיה רכשו תארים מתקדמים בתחומים שונים, כגון מדעי הרפואה (אנטומיה, נוירו-ביולוגיה), חינוך, בריאות הציבור ועוד. במקצת האוניברסיטאות חוגי הפיזיותרפיה אינם רשאים עדיין לקיים מסלול עצמאי ללימודי דוקטורט. יחד עם זאת, חברי סגל בחוגי פיזיותרפיה, שהגיעו לדרגת מרצה בכיר ומעלה, רשאים להנחות פיזיותרפיסטים לדוקטורט בשיתוף פעולה עם חברי סגל מחוגים אחרים המציעים מסלול דוקטורט. מגמה זו מתחילה להשתנות, והחוג לפיזיותרפיה באוניברסיטת חיפה קיבל הרשאה לקיים תוכנית עצמאית ללימודי תואר שלישי.⁴ אי לכך, בכל האוניברסיטאות ישנם היום תלמידי מחקר פיזיותרפיסטים, ומספר המסיימים לימודים לתואר שלישי נמצא בעלייה מתמדת. מתן הרשאה לפתיחת מסלול עצמאי לתואר שלישי מהווה את הצעד האחרון הנחוץ להשוואת מעמדו האקדמי של מקצוע הפיזיותרפיה למעמדם של תחומים אקדמיים וותיקים.

אפשרויות להתפתחות מקצועית של בוגרי התואר הראשון בפיזיותרפיה

בוגרי התואר הראשון שמעוניינים להתפתח מקצועית באמצעות לימודים בישראל יכולים לבחור בין שלוש אפשרויות:

1. ניתן לרכוש ידע ובעיקר לפתח מיומנויות קליניות במגוון רחב של תחומים באמצעות קורסים מקצועיים חוץ-אקדמיים. היוזמים והמפעילים של הקורסים מגוונים, ובהם גופים פרטיים, קבוצות עניין בחסות העמותה לקידום הפיזיותרפיה וארגונים רפואיים (כדוגמת קופות החולים). חלק מן הקורסים מוכרים לגמול השתלמות. במרבית הקורסים המרצים הם מומחים בינלאומיים בתחומים ספציפיים או פיזיותרפיסטים ישראלים המוכרים כמומחים בתחומם. יחד עם זאת, חלק מהקורסים אינם מבוססי-ראיות, ולעיתים מקדמים את השימוש בטיפולים שלא הוכחו דיים בספרות המדעית. חשוב לציין שהעלות הכרוכה בהשתתפות בקורסים היא גבוהה למדי, ואין הם מובילים לתואר אקדמי מוכר.

2. המשך הלימודים לקראת תואר מוסמך באחד מבין החוגים לפיזיותרפיה. בכל החוגים הלימודים מרוכזים ביום עד יום חצי בשבוע, במשך ארבעה סמסטרים (שנתיים). לבוחרים

בפיזיותרפיה. מאז נפתחו עוד שלוש תוכניות לתואר ראשון בפיזיותרפיה: באוניברסיטת חיפה (2000), באוניברסיטת אריאל בשומרון (2001) ובמכללה האקדמית צפת (2010). בכולן נהוגה תוכנית לימודים חד-חוגית וארבע-שנתית, המשלבת לימודים תיאורטיים וקליניים בקמפוסים האקדמיים השונים, וכוללת כ-960 שעות של לימודים קליניים במסגרות שונות, כגון בתי חולים, מכונים, מרכזי שיקום, מרכזים להתפתחות הילד, ועוד.

השלב הבא בתהליך האקדמיזציה של המקצוע היה פתיחת תוכניות לתואר שני (תואר מוסמך). אוניברסיטת תל-אביב שוב הובילה את התהליך, ובשנת 1997 היא פתחה תוכנית ראשונה לתואר מוסמך בפיזיותרפיה. בהמשך נפתחו תוכניות לתואר מוסמך גם באוניברסיטת חיפה (2010), באוניברסיטת בן גוריון (2010) ובאוניברסיטת אריאל בשומרון (2014). ההדגשים בכל אחת מארבע התוכניות שונים ותלויים במידה רבה בתחומי העניין של חברי הסגל בכל חוג, ולכן ישנה שונות במטרותיהן הספציפיות. יחד עם זאת, מטרות-העל העיקריות של כל התוכניות דומות והן: 1. להרחיב ולהעמיק את הידע התיאורטי והיישומי באבחון וטיפול באוכלוסיות מגוונות; 2. לקדם את מעמדם של הפיזיותרפיסטים בציבור ובאקדמיה וגם לקדם לתפקידי ניהול ומנהיגות; 3. להעניק את הידע והכלים הדרושים לעריכת מחקרים כדי להרחיב את התשתית המחקרית של המקצוע ועל ידי כך לקדם טיפול מבוסס-ראיות (evidence based practice). חשוב להדגיש כאן שתוכניות המאסטר בפיזיותרפיה בישראל מכוונות בעולם advanced master degree והן מיועדות לפיזיותרפיסטים שהוסמכו במקצוע במסגרת התואר הראשון. לעומתן קיימות בחלק ממדינות העולם תוכניות מאסטר המכוונות entry level master degree, אשר מיועדות לבעלי תואר ראשון במקצוע אחר, והתואר השני שלמדו מהווה את רף הכניסה למקצוע הפיזיותרפיה, כדוגמת המסלול בארצות הברית.³

כלי המחקר שנרכשים במהלך הלימודים לתואר שני מקנים למוסמכים מיומנות מחקרית שאותה יוכלו ליישם בעבודתם הקלינית והניהולית, וגם בהמשך לימודיהם לתואר השלישי (דוקטורט) המבוסס על עבודת מחקר מקיפה. המשותף לכל תוכניות הלימוד לתואר מוסמך בפיזיותרפיה בישראל הוא היכולת ללמוד באחד משני מסלולים: מסלול עם תזה (מחקר) ומסלול ללא תזה (עבודת גמר).

במסלול עבודת מחקר (תזה), אופיו של המחקר מחייב לעתים קרובות הרחבה של היקף ומשך הלימודים.

3. המשך הלימודים לקראת תואר מוסמך בחוג רלוונטי למקצוע הפיזיותרפיה (שאינו פיזיותרפיה). בחלק מן התחומים אין דרישה להשלים קורסי-קדם כתנאי קבלה לתוכנית, או שהדרישות מצטמצמות לקורסים יחידים, בהם, למשל, גרונטולוגיה או בריאות הציבור. בחלק מן התחומים, כגון מדעי הרפואה, הנדסה או משפטים, דרישות-הקדם כוללות מספר גדול של קורסי יסוד והשלמת ידע.

מטרות המחקר הנוכחי

לימודים לתואר שני בפיזיותרפיה עשויים להיות שלב טבעי בהתפתחות המקצועית של הפיזיותרפיסט המוסמך. על כן עולה הצורך בהבנת הצרכים וההעדפות של פיזיותרפיסטים השוקלים כיצד להמשיך להתפתח מבחינה מקצועית ובהבנת החסמים העומדים בפניהם. הבנה זו תאפשר לחוגים לפיזיותרפיה להתאים את תוכניות הלימוד לצורכי קהל היעד וליעדי המקצוע. לכן המטרות העיקריות של סקר זה היו:

1. לבחון ולהשוות את שביעות הרצון, ההעדפות והתרומה הנתפסת של התואר השני בקרב פיזיותרפיסטים שלמדו לתואר שני בחוגים לפיזיותרפיה, לעומת אלו שסיימו תואר שני בתחומים אחרים. 2. לבחון את העדפותיהם וציפיותיהם של פיזיותרפיסטים בעלי תואר ראשון, השוקלים את המשך התפתחותם המקצועית, ולהבין את החסמים העומדים בפניהם. אנו מאמינות שתוצאות הסקר יסייעו לפיזיותרפיסטים בעלי תואר ראשון להחליט מהו המסלול המתאים להם לצורך המשך התפתחותם המקצועית. אנו גם מקוות שמידע שהתקבל מסקר זה יסייע לחוגים השונים לפיזיותרפיה בישראל לפתח מסלולים התואמים את הצרכים ואת הציפיות של קהל היעד שלהם.

2. שיטות

המחקר קיבל את אישור ועדת האתיקה של הפקולטה למדעי הבריאות והרווחה באוניברסיטת חיפה ב-6.1.2022 (אישור מספר 024/22). לצורך המחקר חיברו כותבות המאמר שאלון אשר הופץ באינטרנט, כמסמך Google Docs, בין התאריכים 12.1.22 ו-28.2.22. פרסום השאלון והקישור אליו נעשה

במידעון של העמותה לקידום הפיזיותרפיה בישראל, אשר נשלח פעם בשבוע, לכל הפיזיותרפיסטיות והפיזיותרפיסטיות החברים בעמותה, וברשתות חברתיות הקשורות למקצוע הפיזיותרפיה. בהמשך הופץ השאלון מפה-לאוזן. מענה לסקר היווה הסכמה מדעת להשתתף במחקר, והובטח למשתתפים כי התשובות לשאלות יישארו אנונימיות וכי ניתן להפסיק את מילוי השאלון בכל שלב ושלב. משך הזמן הנחוץ למתן תשובות לשאלות הסקר הוערך בכ-10 דקות (לשאלון הסקר ראו נספח 1).

קהל היעד לסקר כלל: 1. פיזיותרפיסטיות ופיזיותרפיסטים מוסמכים אשר השלימו תואר שני או נמצאים במהלך הלימודים לתואר שני, 2. פיזיותרפיסטיות ופיזיותרפיסטים מוסמכים אשר לא החלו את לימודי התואר השני, 3. סטודנטיות וסטודנטים לפיזיותרפיה בשנה האחרונה (הרביעית) ללימודיהם.

השאלון חולק לשלושה חלקים: 1. החלק הראשון פנה לכל המשיבים ועסק בפרטים הדמוגרפיים (כגון מין וותק מקצועי); 2. החלק השני יועד לאלה אשר השלימו תואר שני או נמצאים במהלך הלימודים לתואר שני; 3. החלק השלישי יועד לפיזיותרפיסטיות ולפיזיותרפיסטים שאינם לומדים ולא השלימו תוכנית לתואר שני (לרבות סטודנטיות וסטודנטים בשנה הרביעית ללימודי הפיזיותרפיה). לסיכום, מצופה היה כי כל המשיבים ימלאו את החלק הראשון של השאלון ואת אחד משני החלקים העוקבים.

הסקר כלל שלושה סוגי שאלות סגורות כדלקמן: 1. שאלות שצריך היה לסמן בהן את התשובה הרלוונטית מבין כמה אפשרויות (למשל, מהו תחום העיסוק העיקרי שלך?); 2. שאלות שהתשובה בהן נעה על סולם בין 1 - בכלל לא, ל-5 - במידה רבה מאוד (למשל, סמן באיזה מידה תרמו לך הלימודים לקידום מקצועי?); 3. שאלות כן/לא (למשל, האם הנך מדריך קליני?). התשובות מבוטאות באמצעות ממוצעים, סטיות תקן, טווחים ואחוזים. ההשוואה בין קבוצת המשיבים בעלי תואר שני ובין המשיבים חסרי תואר שני או בין הלומדים לתואר שני בפיזיותרפיה ללומדים לתואר שני בתחום אחר נעשתה באמצעות מבחן Chi-Squared, ובשני מקרים (השוואת גיל המשיבים והשוואת מספר שנות הלימוד) נעשתה באמצעות מבחן Fisher.

3. תוצאות

3.1 מאפייני המשתתפים

נתונים דמוגרפיים

השלימו את הסקר 464 משתתפים, מהם 36 סטודנטים הנמצאים בשנה הרביעית ללימודים (מתוכם ארבעה שהחלו ללמוד לתואר שני), 45 סטודנטים הלומדים לתואר השני, 170 בעלי תואר שני ו-213 - בעלי תואר ראשון בלבד. הנתונים הדמוגרפיים של המשתתפים מוצגים בלוח 1. ההשוואה בין הקבוצות מצביעה על הבדל מובהק בגיל המשתתפים ועל הבדל באחוז המדריכים הקליניים בקבוצה; לא נמצא הבדל בין הקבוצות לפי מגדר.

תחומי העיסוק העיקריים

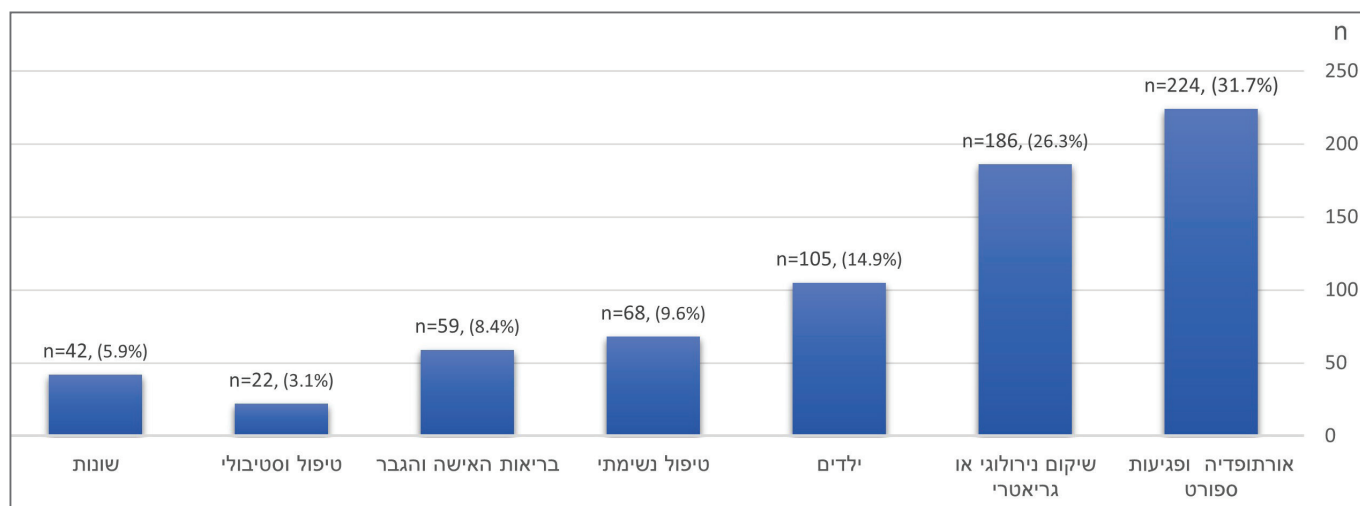
השאלה "מהם תחומי העיסוק העיקריים שלך?" יועדה רק לפיזיותרפיסטים מוסמכים. למשיבים הוצגו חמישה תחומים: שיקום נירולוגי או גריאטרי, ילדים, אורתופדיה ופגיעות ספורט, טיפול נשימתי ובריאות האישה. ניתנה להם האפשרות לציין תחומים נוספים וגם לציין יותר מתחום אחד. חלק מן המשיבים ציינו כ"תחום אחר" נושאים שיכלו להיכלל בתוך הנושאים העיקריים. כך למשל התשובה "גריאטריה מכון" או "גריאטריה ללא שיקום" נכללה ב"שיקום נירולוגי או גריאטרי", ו"ציבה" נכללה בתחום "אורתופדיה ופגיעות ספורט". בסך הכול התקבלו 664 תגובות מ-426 משתתפים. התפלגות התשובות על פי תחומים מוצגת בתרשים 1.

לוח 1: נתונים דמוגרפיים של המשיבים לפי מעמד אקדמי (סה"כ משתתפים 464)

השוואה בין קבוצות המשיבים	ללא תואר שני n=213	עם תואר שני n=170	במהלך תואר שני n=45	במהלך תואר ראשון n=36	
F(3)=4.95, p<0.001 מבחן פישור	37.8±8.3 (70-25)	44.7±9.1 (67-30)	35.6±6.6 (52-24)	28.2±3.4 (41-24)	גיל, ממוצע ± ס"ת* (טווח)
NS**	151/62 71/29	128/42 (75.3/24.7)	30/15 (66.6/33.3)	21/15 (58/42)	זכר/נקבה, מספר, זכר/נקבה (%)
df=2, p<0.001 Chi-Squared מבחן	(27.7), 59	(55.9), 95	(35.6), 16	-	מדריך קליני, מספר, (%)

*ס"ת - סטיית תקן **NS - non-significant

תרשים 1: התפלגות תחומי העיסוק העיקריים של המשיבים, (%)



3.2 מאפייני הלימודים לתואר שני

התפלגות הלומדים לפי תחומי הלימוד

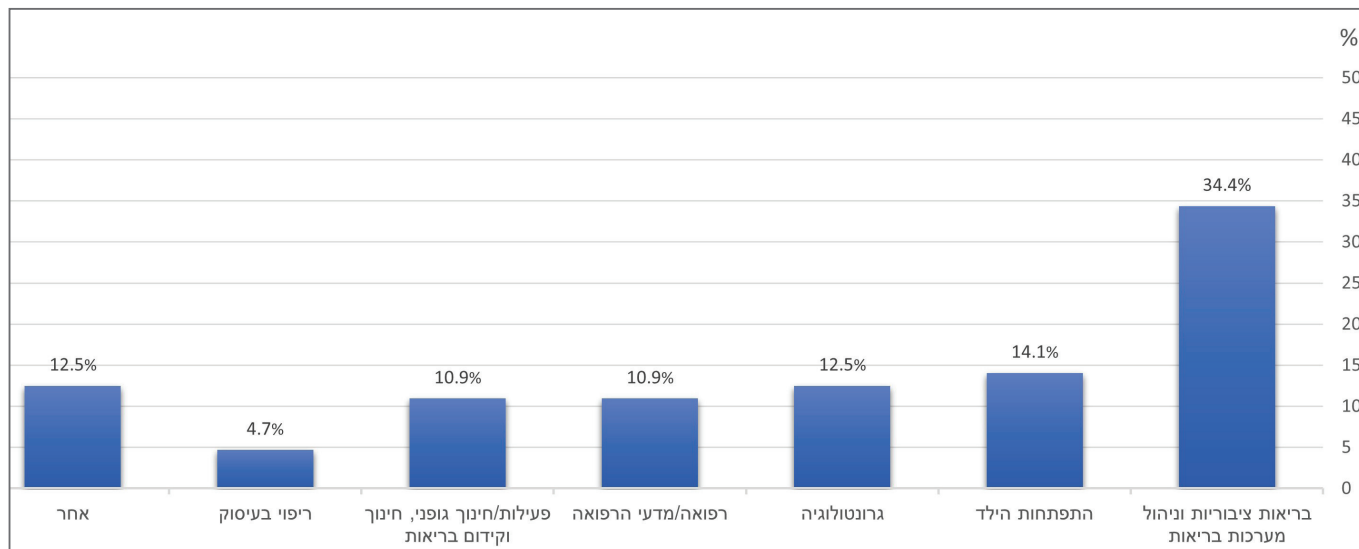
מבין המשיבים 152 (70%) למדו/לומדים לתואר שני בפיזיותרפיה באחד מארבע האוניברסיטאות (אוניברסיטת תל אביב, אוניברסיטת בן גוריון, אוניברסיטת חיפה ואוניברסיטת אריאל בשומרון) שמציעות לימודי תואר שני בפיזיותרפיה. לעומת זאת, 64 (30%) למדו/לומדים במגוון חוגים אחרים. החוגים הפופולריים ביותר הם בריאות הציבור וניהול מערכות בריאות (34.4%), התפתחות הילד (14.1%) וגרונטולוגיה (12.5%). מספר (אחוז) המשיבים הלומדים בחוגים השונים שאינם פיזיותרפיה מוצגים בתרשים 2.

הסיבות להעדפת מסלול הלימודים בחוג לפיזיותרפיה לעומת

הסיבות להעדפת מסלול לימודים בחוג אחר

כדי לבחון את הסיבות להעדפת מסלול לימודים בחוג לפיזיותרפיה לעומת חוג אחר, התבקשו המשיבים לציין עבור כל אחד משבעה היגדים (סיבות) באיזו מידה הוא תרם להעדפת הלימודים בחוג לפיזיותרפיה. מידת ההסכמה נעה בין 1 - בכלל לא, ל-5 - במידה רבה מאוד. בלוח 2 מוצג, בסדר יורד (לפי קבוצת הלומדים לתואר שני בפיזיותרפיה), שיעור המשיבים שדירגו במידה רבה או רבה מאוד (תשובות 4+5) את ששת ההיגדים. בשתי הקבוצות הסיבה העיקרית לבחירה במסלול הלימודים הייתה העניין בתחום. עבור מרבית ההיגדים התקבלה תוצאה דומה בשתי הקבוצות. לעומת זאת, שיעור גבוה יותר באופן משמעותי מקרב המשיבים שלמדו תחום אחר דירגו את הסיבות 'עניין' ו'מגוון קורסי הבחירה', במידה רבה/רבה מאוד.

תרשים 2: התפלגות הלומדים לתואר שני בחוגים שאינם פיזיותרפיה, (%)



לוח 2: שיעור המדרגים "במידה רבה/רבה מאוד" את הסיבות להעדפת מסלול הלימודים מקרב המעדיפים מסלול תואר שני בפיזיותרפיה (n=151) ומקרב המעדיפים מסלול תואר שני בתחום אחר (n=64), והשוואה ביניהם

השוואה בין הקבוצות מבחן Chi Squared	סיבה להעדפת תואר שני בתחום אחר במידה רבה/רבה מאוד	סיבה להעדפת תואר שני בפיזיותרפיה במידה רבה/רבה מאוד	הסיבה
df=1, p=0.02	91.5	77.7	עניין
*NS	72.9	62.2	רלוונטיות הקורסים לעיסוקי
NS	22.0	24.1	תוכנית מותאמת אישית
df=1, p=0.004	37.3	18.5	מגוון קורסי בחירה
NS	18.6	11.2	פחות עומס לימודים
NS	13.6	8.4	פחות דגש על קורסי מחקר/סטטיסטיקה
ללא השוואה	48.3	לא התבקשו לדרג היגד זה	התמחויות מחוץ לפיזיותרפיה רלוונטיות לי יותר

NS - non-significant *

מסלול הלימודים לתואר שני

המשיבים בעלי תואר שני בחוג לפיזיותרפיה ובחוגים אחרים התבקשו לציין אם הם למדו במסלול עם תזה או במסלול ללא תזה. נמצא הבדל משמעותי בין שיעור המסיימים עם תזה בחוג לפיזיותרפיה (63%) ובין שיעור המסיימים עם תזה בחוגים אחרים (34%) (לוח 4).

משך הלימודים לתואר שני

המשיבים שסיימו תואר שני התבקשו לציין אם הלימודים ארכו בין שנתיים לשלוש שנים, או מעל ארבע שנים. בלוח 5 מצוינים שיעורי המסיימים בכל אחד ממשכי הזמן לפי חוג הלימודים (פיזיותרפיה או חוג אחר). כמו כן מוצגים תוצאות מבחן Chi-Squared המשווה בין משך הלימודים בחוג לפיזיותרפיה לעומת חוגים אחרים. נמצא כי שיעור המסיימים תוך שנתיים עד שלוש שנים היה גבוה משמעותית בחוגים שאינם פיזיותרפיה.

תרומת הלימודים לתואר שני

המשיבים אשר סיימו לימודיהם לתואר שני בפיזיותרפיה או בתחומים אחרים נשאלו על מידת התרומה של הלימודים להיבטים שונים בהתפתחותם המקצועית. בלוח 3 מוצג שיעור המשיבים "במידה רבה" ו"במידה רבה מאוד" עבור שבעה היגדים. ניתן לראות כי בשלושה נושאים מקצועיים (קריאה ביקורתית, כתיבה מקצועית והצגת עבודה בפורום מקצועי), התקבלה תוצאה דומה בין הלומדים לתואר שני בפיזיותרפיה ללומדים לתואר שני בתחום אחר. לעומת זאת, בהיבטים כגון הרחבת אופקים מקצועיים וקידום בעבודה שיעור גבוה יותר משמעותית בקרב המשיבים שלמדו בתחום אחר דירגו היבטים אילו "במידה רבה" ו"במידה רבה מאוד".

לוח 3: שיעור המדרגים את תרומת הלימודים לממדים מקצועיים שונים "במידה רבה" ו"במידה רבה מאוד", מקרב המשיבים שהעדיפו לימודים בתחום הפיזיותרפיה ומקרב המשיבים שהעדיפו תחום אחר

השוואה בין קבוצות Chi-Squared מבחן	תרומת התואר השני בתחום אחר (%) מתוך 59	תרומת התואר השני בפיזיותרפיה (%) מתוך 148	הממד המקצועי
*NS	63.3	74.5	קריאה ביקורתית
NS	59.3	68.7	כתיבה מקצועית
NS	68.3	61.7	הצגת העבודה בפורום מקצועי
df=1, p<0.001	88.1	61.0	הרחבת אופקים מקצועיים
NS	37.9	38.9	הכנה לדוקטורט
NS	40.7	32.4	שיפור יכולות קליניות
df=1, p<0.001	**41.4	15.1	קידום בעבודה

* NS - non-significant

** - התפלגות המשיבים בממד זה: 11 - מינהל מערכות הבריאות/בריאות הציבור, 4 - גרונטולוגיה, 3 - התפתחות הילד, 4 - חינוך גופני, 1 - סוציולוגיה, 1 - מינהל עסקים

לוח 4: שיעור הלומדים במסלול עם תזה או במסלול ללא תזה בחוג לפיזיותרפיה לעומת תחום אחר

השוואה בין מסגרות הלימודים Chi-Squared מבחן	חוג אחר (n=64)	החוג לפיזיותרפיה (n=151)	החוג
df=1, p<0.001	33.3%	65.8	אחוז עם תזה

לוח 5: משך הלימודים בחוגים השונים

השוואת בין מסגרות הלימודים מבחן פישר	בחוג אחר n=46	בחוג לפיזיותרפיה n=117	מספר שנים (%)
df=1, p=0.026	92.0	78.6	3-2 שנים
	8.0	21.4	מעל ארבע שנים

לוח 6: שיעור העבודות שהוצגו בכנס מדעי (בישראל או בחו"ל) ובכתב-עת שפיט (בישראל או בחו"ל) (n=163) (באחוזים)

כתב-עת בינלאומי	כתב-עת בישראל	כנס בינלאומי	כנס בישראל	
42.6%	6.7%	24.7%	56%	מסלול עם תזה (n=89)
2.7%	6.7%	5.4%	17.5%	מסלול בלי תזה (n=74)

לוח 7: שיעור המשיבים שבכוונתם להמשיך ללימודי תואר שני בחמש השנים הקרובות (%) (n=213)

קבוצת עניין			מתכוונים להמשיך בלימודים		מתכוונים להמשיך לימודים בחוג לפיזיותרפיה	
			מספר, (%)	כן (%)	לא (%)	מתלבטים (%)
בעלי תואר ראשון (n=213)			88, (41.5)	26.1	25.0	48.9

עבור תשעה היגדים המתארים חסמים שונים, באיזו מידה החסם המתואר תורם להחלטה שלא להירשם ללימודי תואר שני בחמש השנים הקרובות. תשובות המשיבים מסוכמות בתרשים מספר 3. התשובות נעו בין 1 - בכלל לא, ל-5 - במידה רבה מאוד. שני החסמים שדורגו במידה רבה/רבה מאוד על ידי למעלה מ-75% מהמשיבים היו: היעדר השפעה של התואר על קידום בעבודה והעניין הרב יותר בקורסי השתלמות. לעומת זאת, רק מעטים (פחות מ-30%) ציינו כי היעדר התמיכה בלימודים במקום העבודה וחוסר שביעות רצון של עמיתים תרמו במידה רבה/רבה מאוד להחלטה זו.

הסיבות להעדפת לימודים לתואר שני בפיזיותרפיה

כדי לבחון את הסיבות להעדפת תואר בפיזיותרפיה לעומת תואר בחוג אחר התבקשו הפיזיותרפיסטים המוסמכים ללא תואר שני (n=188) לציין עבור שישה היגדים באיזו מידה הוא מהווה גורם המשפיע על העדפת תואר בפיזיותרפיה. התשובות נעו מ-1 - בכלל לא, ל-5 - במידה רבה מאוד. בתרשים 4 מוצגים שיעור המשיבים שדירגו "במידה רבה" או "במידה רבה מאוד" (תשובות 4 ו-5) עבור כל אחד מן ההיגדים. בדומה לבעלי תואר שני, ההיגדים "העניין בתחום" ו-"הרלוונטיות לתחום העיסוק" זכו לשיעור המשיבים הגבוה ביותר שצינו את הגורמים כמשפיעים במידה רבה/רבה מאוד.

הצגה עבודות המתבססות על התזה בכנסים ופרסומן בכתבי עת שפיטים

המשיבים שסיימו תואר שני נשאלו אם עבודתם הוצגה בכנס מדעי (בישראל או בחו"ל) ו/או פורסמה בכתב-עת שפיט (בישראל או בחו"ל). כיוון שמספר המשיבים שלמדו בחוג אחר היה קטן יחסית, תשובות המשיבים בכל החוגים (כולל פיזיותרפיה) אוחדו. בלוח 6 מוצג שיעור העבודות שהוצגו בכנס ו/או בכתב-עת. חשוב לציין, שניסוח השאלה לא אפשר לנו לדעת אם העבודות פורסמו יותר מבפורמט אחד, כגון כנס מקצועי וגם כתב-עת.

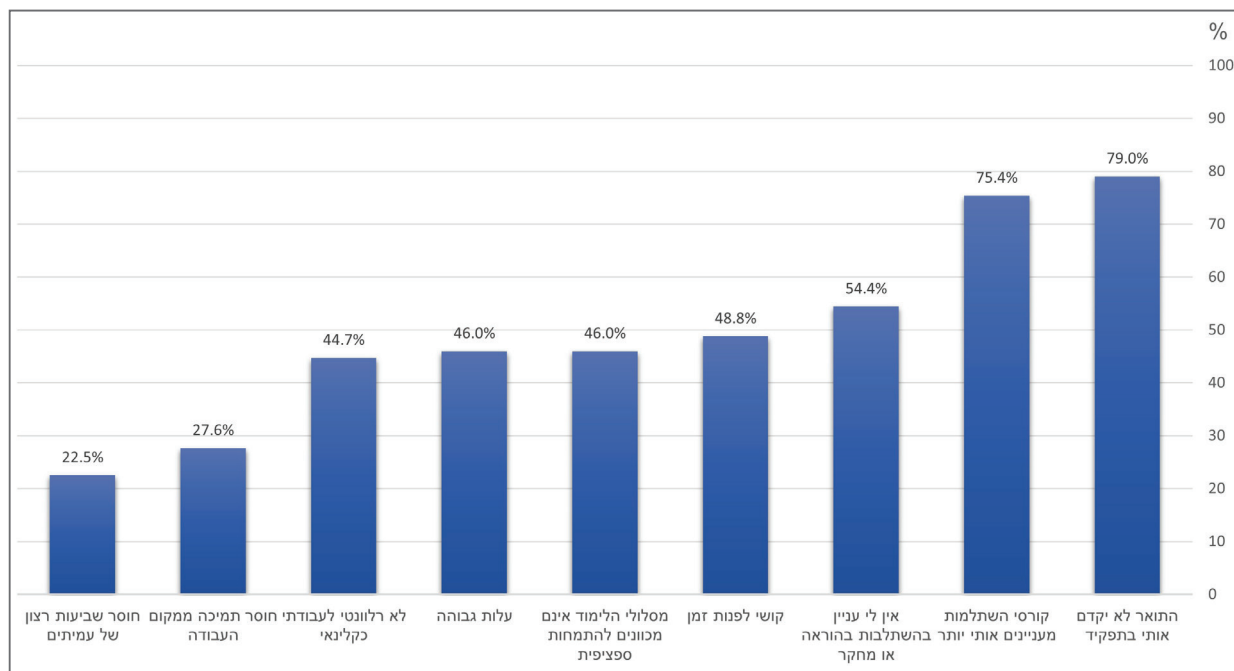
3.3 ציפיות וחסמים של פיזיותרפיסטים לגבי לימודי תואר שני כוונת המשיבים להתחיל לימודי תואר שני

תשובות המשיבים ללא תואר שני לשאלה אם בכוונתם להירשם ללימודי תואר שני בחמש השנים הקרובות ואם בכוונתם להמשיך בחוג לפיזיותרפיה מסוכמות בלוח 7. התשובות מעידות כי רק 40% מן המשיבים מתעתדים להמשיך ללימודי תואר שני ומתוכם כ-50% עדיין אינם בטוחים אם בכוונתם להמשיך בחוג לפיזיותרפיה או בחוג אחר.

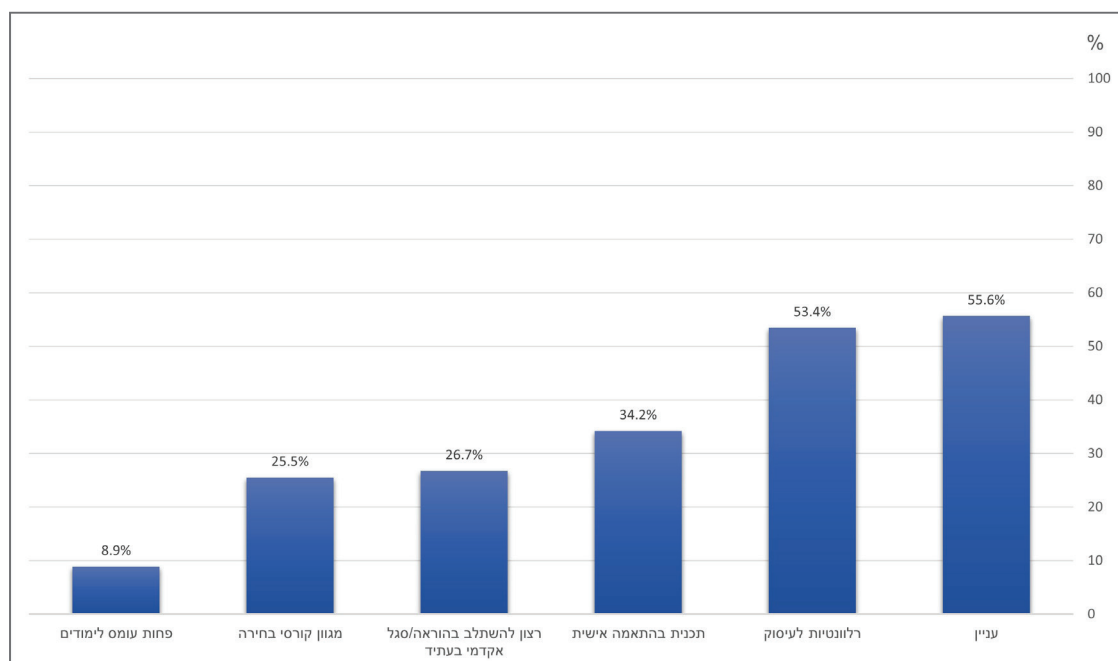
החסמים להמשיך הלימודים לתואר שני

כדי לבחון את החסמים המרתיעים את המשתתפים מלהמשיך בלימודי תואר שני בחמש השנים הקרובות, התבקשו המשיבים ללא תואר שני (להוציא סטודנטים שעדיין בתואר ראשון) לציין

תרשים 3: שיעור המשיבים כי הגורם משפיע במידה רבה/ רבה מאוד על ההחלטה שלא להמשיך ללימודי תואר שני בחמש השנים הקרובות



תרשים 4: שיעור הפיזיותרפיסטים ללא תואר שני אשר ציינו את הסיבה כתורמת במידה רבה/ רבה מאוד להעדפת מסלול הלימודים בחוג לפיזיותרפיה



4. דיון

את הסקר השלימו 428 פיזיותרפיסטים מוסמכים ו-36 סטודנטים בשנה הרביעית ללימודיהם לתואר ראשון; כמחצית מבין הפיזיותרפיסטים המוסמכים היו בעלי תואר ראשון בלבד, וכמחציתם בעלי תואר שני או תלמידים לתואר השני. לעומת זאת, שיעור המדריכים הקליניים היה גבוה יותר באופן משמעותי בקרב בעלי התואר השני (55.9%) לעומת בעלי התואר הראשון בלבד (27.7%). כיוון שגיוס המשתתפים לסקר היה באמצעות פנייה לפיזיותרפיסטים באינטרנט והוא הופץ מפה לאוזן, נתונים אלו אינם משקפים בהכרח את היחס במשק בין בעלי תואר ראשון בלבד ובין בעלי תואר שני, או את שיעור המדריכים הקליניים בעלי או חסרי תואר שני. אף על פי שיתכן שיותר פיזיותרפיסטים שהחליטו להמשיך ללימודים מתקדמים גם פונים להדרכה קלינית, או לחילופין, יותר מדריכים קליניים מחליטים להשלים תואר שני, אופן גיוס המשתתפים למחקר אינו מאפשר להסיק מסקנות מממצא זה. ייתכן שאפשר להסביר את ההבדל בשיעור המדריכים בקרב בעלי או חסרי תואר שני בעובדה שלמדריכים הקליניים יש קשר קרוב יותר לחוגי הפיזיותרפיה ולכן נענו יותר לפניית החוגים ומרכזי ההדרכה להשיב לשאלון.

השאלה העוסקת בתחומי העיסוק העיקריים של המשתתפים הניבה 664 תגובות. ריבוי התשובות מצביע על כך שרבים מהפיזיותרפיסטים עובדים לא רק בתחום אחד. תחומי העיסוק העיקריים של המשיבים הם אורתופדיה ופגיעות ספורט וגם טיפול במבוגרים עם הפרעות נירולוגיות או גריאטריות (ראו תרשים 1). בארגון הפיזיותרפיה האמריקאי (APTA) ישנם היום עשרה תחומים המעניקים הסמכה כמומחה, והם מייצגים, כנראה, את תחומי העיסוק העיקריים של הפיזיותרפיסטים שם.⁵ בעוד תחומי העיסוק שצינו המשיבים דומים במידה רבה לתחומי המומחיות בארצות הברית, ישנם כמה הבדלים מעניינים. ראשית, שיקום וסטיבולרי אינו מוכר בארה"ב (לפחות עדיין) כתחום מומחיות נפרד. לעומת זאת, שלושה תחומי התמחות הקיימים בארה"ב - שיקום אונקולוגי, טיפול בפצעים ואלקטרופיזיולוגיה קלינית - לא צוינו בתשובות לסקר זה.

רוב (70%) המשיבים בעלי תואר שני קיבלו את התואר בחוגים לפיזיותרפיה, אבל מספר לא מבוטל של משיבים

השלימו תואר בחוגים אחרים. הסיבות להעדפת תואר שני בפיזיותרפיה לעומת הסיבות להעדפת תואר שני בתחום אחר (לוח 2) הן מעניינות. שני הגורמים התורמים ביותר להעדפת מסלול מסוים (בין שהוא פיזיותרפיה ובין שהוא חוג אחר) היו מידת העניין בתחום ורלוונטיות הקורסים לעיסוק המקצועי. מעניין ששני גורמים אלו דורגו כמשפיעים ביותר על ההחלטה ללמוד בחוג לפיזיותרפיה על ידי פיזיותרפיסטים שטרם החלו את לימודיהם לתואר השני (תרשים 4). יחד עם זאת, יש לציין כי שיעור גבוה בהרבה מקרב המשיבים מצאו שהעניין הוא הגורם החשוב ביותר בהחלטה ללמוד תואר שני בתחום שאינו פיזיותרפיה, לעומת שיעורם בקרב המצהירים כי יבחרו ללמוד בחוג לפיזיותרפיה. ממצא זה תואם גם את תפיסת המשיבים כי מגוון קורסי הבחירה היה הגורם המשפיע ביותר בהעדפת תואר שאינו בפיזיותרפיה. נוסף על כך, כמחצית מן המשיבים הצהירו כי התמחויות מחוץ לפיזיותרפיה רלוונטיות במידה רבה/רבה מאוד לעבודתם.

כשליש מן הלומדים בחוג שאינו פיזיותרפיה בחרו להתמקצע בחוגי בריאות הציבור/ניהול מערכות בריאות (תרשים 2). ממצא זה עשוי להעיד על רצונם של פיזיותרפיסטים להתקדם בתחום הניהול, תחום שכנראה אינו נלמד מספיק בחוגי הפיזיותרפיה, לדעת המשיבים. חשוב לציין כי מסלולים המשלבים ידע מקצועי ומיומנויות ניהול כבר מקובלים בתוכניות לתואר שני במקצועות בריאות אחרים, כגון סיעוד,⁶ עבודה סוציאלית⁷ ורפואה.⁸ ייתכן שראוי לפתוח מסלול המשלב יחד ידע מקצועי ומיומנויות ניהוליות גם בחוגים לפיזיותרפיה בישראל, וכך לתת מענה נוסף לצורך העולה מן השטח. הסנונית הראשונה למהלך כזה קיימת בחוג לפיזיותרפיה באוניברסיטת אריאל, שבו הוקם אשכול לימודים בתחום "מינהל במקצועות הבריאות".⁹

שני התחומים המועדפים הנוספים בקרב אלה שבחרו ללמוד שלא בחוגי פיזיותרפיה היו התפתחות הילד (14.1%) וגרונטולוגיה (12.5%), אשר נחשבים לאבני היסוד של מקצוע הפיזיותרפיה. לא ניתן ללמוד מן הסקר מדוע בחרו המשיבים להעדיף מקצועות אילו בחוגים אחרים. יחד עם זאת, התשובות של המשתתפים לגבי מידת התרומה של הלימודים להיבטים שונים של התפתחותם המקצועית עשויות להאיר מעט נקודה זו.

בחוגי הפיזיותרפיה היה 78.6%, שיעור המסיימים בחוגים אחרים בפרק זמן זה היה גבוה משמעותית (92%). יש להניח שההבדל במשך הלימודים נעוץ בעובדה שיותר משתלמים בחוגי הפיזיותרפיה הגישו עבודת תזה הדורשת זמן רב יותר מאשר עבודת גמר שאינה מחקרית.

אף על פי שהסקר לא בדק את הסיבות להבדל בשיעור המגישים עבודת תזה בין החוגים השונים, נראה שההבדל נובע בעיקר משוני בין החוגים בתפיסת המשמעות והחשיבות של עבודת מחקר. למיטב ידיעתנו, החוגים לפיזיותרפיה בישראל מעודדים את הסטודנטים להגיש עבודת תזה. המסר שמועבר לסטודנטים הוא שעריכת מחקר היא גולת הכותרת של לימודי המאסטר. טענת חברי הסגל בחוגים לפיזיותרפיה היא שעריכת מחקר תשפר את הראיות המחקריות הנחוצות לקידום המקצוע. כמו כן, מודגש למשתלמים כי עריכת מחקר היא שלב משמעותי יותר בהתפתחותם האישית ואף סוללת את הדרך ללימודי דוקטורט בהמשך. סיבה נוספת לעידוד הגשת עבודת מחקר, שבדרך כלל אינה נחשפת בפני הסטודנטים, היא שהאקדמיה מעודדת חברי סגל להנחות עבודות תזה ולא עבודת גמר על ידי שיפוי ישיר ו/או עקיף. לעומת זאת, בחוגים בתחומים אחרים התפיסה היא בדרך כלל כי המאמצים (והזמן) הכרוכים בכתיבת עבודת תזה בעלת משמעות אינם מוצדקים במקרים שבהם הסטודנט לא יכול לפנות את משאבי הזמן הנחוצים למחקר רציני, ו/או אינו מפגין יכולות מחקריות גבוהות. התפיסה בחוגים אלו היא כי עצם הלימודים המתקדמים וכן עריכת עבודת שדה (עבודת גמר) מהווים תרומה משמעותית להתפתחות האישית של המשתלם, וכי גם לעבודה בקהילה (המאפיין את עבודות הגמר שאינן מחקר) תרומה משמעותית לקהילה המקצועית. למשל, בתוכניות לתואר שני במנהל עסקים (MBA) או בתוכנית התפתחות הילד בפסיכולוגיה, אחוז העורכים מחקר בלימודי התואר השני קטן ביותר.¹³ ראוי לציין, שבתחומים רבים (למשל מדעי הרפואה או ההנדסה), הציפייה היא שסטודנט המגיש עבודת מחקר (תזה) ישמש כמתרגל באוניברסיטה ולא יעבוד במהלך לימודיו בהיקף משרה גדול מחוץ לאקדמיה. מציאות זו אינה קיימת כמעט אצל הפיזיותרפיסטים הלומדים לתואר שני ומקדישים לא יותר מיומיים בשבוע ללימודים, בזמן שהם ממשיכים להתפרנס מעבודתם כפיזיותרפיסטים. נוסף על כך, ראוי לציין כי בתנאי האקדמיה היום בעלי תואר שני ללא תזה (אך עם ציונים טובים) יכולים להמשיך ללימודי דוקטורט

בלוח 3 מוצג שיעור המשיבים שהעריכו את תרומת הלימודים להיבטים שונים כרבה/רבה מאוד. שיעור גבוה מכלל הלומדים בחוגי פיזיותרפיה דירגו את יכולת הקריאה הביקורתית והכתיבה המקצועית כבעלות תרומה רבה/רבה מאוד, אבל שיעור דומה מאוד נמצא גם בקרב אלה שלומדים בחוגים אחרים. לעומת זאת, רוב (88%) המשיבים מקרב הלומדים בחוג אחר ציינו את הרחבת האופקים המקצועיים כהיבט שיש לו תרומה רבה/רבה מאוד לעומת שיעורם בקרב הלומדים בחוגי פיזיותרפיה (66.0%). לאור זאת, ייתכן שהבחירה להשתלם בנושאים כמו גרונטולוגיה והתפתחות הילד דווקא בחוגים אחרים נובעת מן התפיסה כי חוגים אילו יתרמו יותר להרחבת האופקים המקצועיים. לימודי גרונטולוגיה/גריאטריה/וילדים בחוגים לפיזיותרפיה מתמקדים באופן מסורתי בהיבטים רפואיים/טיפוליים הקשורים ישירות בפיזיותרפיה. לעומת זאת, הלימודים בחוגי גרונטולוגיה מתמקדים יותר בהיבטים פסיכולוגיים/סוציולוגיים, משפטיים ודמוגרפיים,¹⁰ וחוגי התפתחות הילד נוטים לשלב יותר היבטים פסיכולוגיים או התנהגותיים.¹¹ הנחת העבודה של חוגי הפיזיותרפיה בישראל היא שהמועמדים ללימודים מתקדמים מעוניינים בעיקר להרחיב את אופקיהם בנושאים הקשורים ישירות לטיפול הפיזיותרפיה, עם זאת ישנם כנראה לא מעט סטודנטים פוטנציאליים שמעוניינים "לצאת מהקופסה" ולהכיר גם היבטים אחרים. כמו כן, ייתכן שאחת הסיבות האפשריות לכך שמוסמכי תוכניות שאינן פיזיותרפיה דיווחו על הרחבת אופקים משמעותית יותר נעוצה בכך שרבים מבין הלומדים בתוכניות אלו בחרו במסלול ללא תזה והוצע להם מגוון רחב יותר של קורסי בחירה. חוגי הפיזיותרפיה המעוניינים למשוך אליהם סטודנטים שרוצים להרחיב את אופקיהם, צריכים לבחון את מגוון הקורסים שהם מציעים. באשר לכך, חשוב לציין כי בחוג לפיזיותרפיה באוניברסיטת חיפה נפתחה תוכנית התמחות ב"לימודי התפתחות הילד" בשיתוף התוכנית הבינתחומית לתואר שני בהתפתחות הילד, בבית הספר למדעי הפסיכולוגיה, אשר עשויה לתת מענה לצורך זה.¹²

נמצאו כמה הבדלים מהותיים בין אופי הלימודים בחוגים לתואר שני בפיזיותרפיה לאופי הלימודים בחוגים האחרים לתואר שני. ההבדל הראשון הוא ששיעור גבוה משמעותית (65.8%) הגישו עבודות מחקר (תזה) בחוגי הפיזיותרפיה לעומת רק כשליש (33.3%) בחוגים אחרים (לוח 4). הבדל מעניין נוסף הוא שבעוד שיעור המסיימים את הלימודים תוך שנתיים עד שלוש שנים

אלו הייתה הגורם לקידום או שהרצון להתקדם לתפקידי ניהול הניע את הבחירה בתחומים אלו. מכל מקום, נראה שכלי ניהול נתפסים כחיוניים לקידום בעיני חלק מן הפונים להמשך לימודים. כמו כן, ייתכן שהמנהלים במקומות העבודה שמקבלים החלטות בנושא הקידום מעניקים גם הם משקל גדול לרכישה של כלי ניהול.

יש לציין כי התפיסה שהתואר השני אינו תורם תרומה לקידום המקצועי הפגיעה מאוד את כותבות מאמר זה. ראשית, לפי הסכמי השכר במשרד האוצר, בוגרי תואר שני זכאים לתוספת שכר קבועה בחוק, בתנאי שהלימודים הם בתחום רלוונטי לתחום העיסוק.¹⁵ יתרה מזאת, לאור השינויים המתרחשים בעולם התעסוקה בתחומים רבים, יש להניח שהתפתחות הידע והרחבת תחומי האחריות המקצועית כמו גם לאור תהליך האקדמיזציה שעוברים מקצועות רבים בעולם ובארץ (חינוך, עבודה סוציאלית, סיעוד ועוד), לא ירחק היום שבו התואר הראשון לא יישאר תנאי הסף לתפקידים רבים במערכת הבריאות.

החסם השני בחשיבותו היה "קורסי השתלמות מעניינים אותי יותר" (75.4%) והוא עולה בקנה אחד עם חסמים אחרים, כגון "מסלולי הלימוד אינם מכוונים להתמחות ספציפית" (46%) ו"לא רלוונטי לעבודתי כקלינאי" (45%). תפיסות אלו משקפות את הגישה המעשית/קונקרטית מאוד של פיזיותרפיסטים רבים, המאמינים שהתפתחותם המקצועית קשורה בעיקר לפיתוח ידע ומומנויות קליניות ספציפיות, כמו אלה הנלמדים בקורסי השתלמות לא אקדמאיים שעליהם פיזיותרפיסטים משלמים ממיטב כספם. למרות זאת, כיוון שחלק מקורסי ההשתלמות המוצעים בישראל אינם מבוססי-ראיות, לא ניתן לכלול אותם בתוכנית אקדמית. בנושא זה, מן הראוי שחוגי הפיזיותרפיה ישקלו אלו מבין הקורסים הקליניים מבוססי-הראיות ניתן לשלב בתוכנית, כפי שנעשה במקומות שונים בעולם, כגון אנגליה¹⁶ ואוסטרליה.¹⁷

לעבודה יש כמה מגבלות. המחקר התבסס על שאלון שלא עבר תיקוף פורמלי ועל סקר אינטרנטי שהופץ הן על ידי העמותה לקידום הפיזיותרפיה, הן ברשתות החברתיות הקשורות למקצוע הפיזיותרפיה והן מפה לאוזן. לאור זאת, לא ניתן להעריך את שיעור ההיענות מכלל הפיזיותרפיסטים בישראל. כמו כן, תשובות המשתתפים יכולות להיות מוטות

לאחר השלמה של כשנה (שממילא מהווה את פרק הזמן הנוסף, שדרוש לסיום מסלול עם תזה, לעומת מסלול ללא תזה).

בהתייחס לתוצרי הלמידה, אין ספק כי מסלול עם תזה הניב מספר גדול משמעותי של פרסומים במסגרת כנסים בארץ ובחו"ל, ובמיוחד כמאמרים בכתבי עת שפויטים בין-לאומיים בהשוואה למסלול ללא תזה (לוח 6). כמות כזאת של פרסומים נחשבת בעולם לבינונית בהשוואה למקצועות אחרים, אבל אין ספק שזה הישג מכובד בעולם הפיזיותרפיה.^{14,3} כיוון שרבים מן הפרסומים שמופיעים בכתבי עת (במיוחד הבינלאומיים) מוצגים גם בכנסים, הנתונים מצביעים על כך שעבודות רבות עדיין אינן מגיעות לכדי פרסום. יתרה מזאת, מעטים מאוד המאמרים המבוססים הן על עבודות תזה והן על עבודות גמר, המגיעים לידי פרסום בכנסים הישראלים ו/או בכתב העת הישראלי. ראוי לציין שעבודות רבות הנעשות בישראל רלוונטיות במיוחד למציאות בישראל. לפיכך פרסום עבודות אלו בישראל לא רק שיעשיר את מקצוע הפיזיותרפיה אלא יהווה צעד חשוב מאוד בהכשרת המשתלמים. ניסיון שנעשה בקנדה בשני העשורים האחרונים מצביע על כך שחינוך הציבור לפרסום העבודות בערוצים השונים אכן יכול להניב גידול רב בפרסום עבודות בעלות משמעות.^{14,3}

החלק השלישי של הסקר עסק בחסמים שבפניהם עומדים הפיזיותרפיסטים בבואם לשקול לימודי תואר שני. כ-40% מבעלי תואר ראשון שוקלים להירשם ללימודי תואר שני בחמש השנים הקרובות. מתוכם, רק כרבע מאמינים שיעשו זאת בחוגי פיזיותרפיה, וכ-50% מתלבטים אם ללמוד בחוגי פיזיותרפיה או בתחום אחר (לוח 7). לפיזיותרפיסטים ישנם צרכים מגוונים ולא ניתן להיענות לכולם. עם זאת, נתונים אלו צריכים לעודד את חוגי הפיזיותרפיה השונים לבחון כיצד להתאים טוב יותר את תוכניות הלימוד לצורכי קהל היעד. החסם המרכזי להמשך הלימודים לתואר שני הוא שהתואר לא יקדם אותם בתפקיד (79% מהמשיבים) (תרשים 3). עמדה זאת עולה בקנה אחד עם התשובה של בוגרי התואר השני לגבי תרומת התואר - רק 15% מבין הלומדים בחוגי פיזיותרפיה טענו כי התואר קידם אותם בעבודה, לעומת 40% מן המסיימים בחוגים אחרים. כמחצית מן הלומדים לתואר שני בחוגים אחרים למדו בחוגים: בריאות הציבור, ניהול מערכות בריאות וקידום בריאות, ולכן ייתכן שתואר בתחומים אלו תרם לקידום בתחומי הניהול. מובן שאין אפשרות לקבוע על סמך הסקר אם הבחירה בתחומים

כתוצאה מהיענות סלקטיבית של קבוצות בעלי עניין מיוחד. נוסף על כך, מספר המשתתפים היה גדול יחסית, אבל מספר המשתתפים בתתי הקבוצות, כגון מסיימים בחוגים אחרים בלי תזה, היה קטן יחסית ולא ניתן היה לערוך ניתוחים סטטיסטיים מעמיקים של נתונים.

5. סיכום

המחקר בחן את מסלולי הלימוד ואת שביעות הרצון של פיזיותרפיסטים מוסמכים אשר השלימו לימודי תואר שני בחוגי פיזיותרפיה ובתחומים אחרים. כמו כן, המחקר בדק את ההעדפות, הציפיות והחסמים הקיימים בקרב פיזיותרפיסטים בעלי תואר ראשון השוקלים את המשך התפתחותם המקצועית. כדי לענות על צורכי קהל היעד בפיזיותרפיה, מומלץ לשקול פיתוח מסלולים המאפשרים שילוב של יותר קורסים קליניים מבוססי-ראיות, להרחיב מסלולים המקדמים פרויקטים בקהילה (ללא תזה), כמקובל בארץ ובעולם בתחומים אקדמיים בעלי היבטים יישומיים, ואף לשלב בתוכניות הלימוד תחומי ידע נוספים, כגון ניהול, התפתחות הילד וגרונטולוגיה. נוסף על כך, מומלץ לתת דגש לשיתוף בידע על ידי עידוד הבוגרים לפרסם את עבודתם בכנסים ובכתבי עת בישראל ובחו"ל.

מקורות

1. חוק הסדרת העיסוק במקצועות הבריאות, התשס"ח-2008. מתוך: https://www.health.gov.il/legislationlibrary/mikzoha_01.pdf
2. Werner S. The Development of Physiotherapy in Israel. *Physiotherapy Practice*. 1987;3(2):85-88. doi:10.3109/09593988709087745.
3. Threlkeld AJ, Paschal KA. Entry-level physical therapist education in the United States of America. *Physical Therapy Reviews*. 2007;12(2):156-162. doi:10.1179/108331907X175140.
4. מידע למועמדים לתואר שלישי, החוג לפיזיותרפיה: מידע לנרשמים לשנה"ל תשפ"ג: PhD לימודים לתואר שלישי - דוקטור לפילוסופיה. נדלה 22 ביולי 2022. מתוך: <https://hw.haifa.ac.il/pt-applicants-info/pt-phd-candidates>
5. 10 Physical Therapy Specialties to Boost Your Career. available from: <https://www.usa.edu/blog/physical-therapy-specialties>. Accessed May 25, 2022.

6. לימודים לתואר מוסמך אוניברסיטה בסיעוד, בית הספר למקצועות הבריאות, אוניברסיטת ת"א. נדלה 25 ביולי 2022. מתוך: <https://med.tau.ac.il/health-professions/yedion/nurse-ma>
7. תוכנית M.A בית הספר לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת חיפה. נדלה 25 יולי 2022. מתוך: <https://sw2.haifa.ac.il/he/study-programs/2015-06-23-09-05-25/ma-program>
8. תוכנית לימודים לתואר MPH במסלול ייעודי לסטודנטים לרפואה ורפואת שיניים, בית הספר למקצועות הבריאות, אוניברסיטת תל אביב. נדלה 25 יולי 2022. מתוך: <https://med.tau.ac.il/pub-health-md-mph-prog>
9. פיזיותרפיה, בית הספר למדעי הבריאות: תואר שני בפיזיותרפיה, אוניברסיטת אריאל בשומרון. נדלה 25 יולי 2022. מתוך: www.ariel.ac.il/university/minisite/health/physiotherapy-ma/?lm_form=24959&lm_supplier=1196&lm_key=b81333c199&gclid=www.ariel.ac.il/university/minisite
10. תוכנית לימוד לתואר שני בגרונטולוגיה, החוג לגרונטולוגיה-מדעי הזקנה, אוניברסיטת חיפה. נדלה 25 יולי 2022. מתוך: <https://hw.haifa.ac.il/geron-students/geron-ma-program>
11. התוכנית הבינתחומית לתואר שני ושלישי בהתפתחות הילד, בית הספר למדעי הפסיכולוגיה, אוניברסיטת חיפה. נדלה 25 יולי 2022. מתוך: <https://childdev.hevra.haifa.ac.il/index.php/ma/study-program>
12. מידע למועמדים לתואר השני, החוג לפיזיותרפיה, אוניברסיטת חיפה. נדלה 25 יולי 2022. מתוך: <https://hw.haifa.ac.il/pt-applicants-info/pt-applicants-ma>
13. תוכנית לימודים מנהל עסקים MBA תשפ"ג, הפקולטה לניהול, אוניברסיטת תל אביב. נדלה 25 יולי 2022. מתוך: <https://coller.tau.ac.il/MBA-applicants/programs/MBA/?tab=0>
14. McEachern BM, Winningham I, Wood K, et al. Factors Associated with Publication of Research Projects from a Canadian Master of Science Degree Programme in Physical Therapy. *Physiotherapy Canada*. 2020;72(1):71-80. doi:10.3138/ptc-2018-0089.
15. תארים מוכרים לענייני שכר במקצועות הבריאות. נדלה 25 יולי 2022. מתוך: <https://www.gov.il/he/departments/policies/degrees>
16. Postgraduate search, (Internet). Masters Physiotherapy. (Accessed July 25, 2022). Available from: <https://www.postgraduatesearch.com/pgs/search/?course=physiotherapy&qualification=masters>.
17. Master of physiotherapy, University of Technology Sydney. Available from: <https://www.uts.edu.au/study/find-a-course/master-physiotherapy>. Accessed July 25, 2022.

The contribution of a master's degree to the academic development of physical therapy: Historical survey and future perspectives

Smadar Peleg BPT, PhD¹, Michal Arnon BEd, PhD², Yocheved Laufer BSc, DSc³

¹ Biomechanics Laboratory, School of Human Movement and Sport Sciences, Levinsky-Wingate Academic Center, Netanya, Israel

² Data Processing Unit, Research Authority, Levinsky-Wingate Academic Center, Netanya, Israel

³ Department of Physical Therapy, Faculty of Social Welfare & Health Studies, University of Haifa, Israel

Abstract

Background: Physical therapy (PT) is a relatively new field in the academic world. Therefore, while in traditional fields such as the natural sciences and humanities the path of academic development is clear and regulated, in the field of PT the choice to pursue an advanced degree is not self-evident. Hence, it is necessary better to understand the needs and preferences of physical therapists wishing to develop professionally, as well as the barriers they face. This understanding will allow physical therapy departments to make the necessary adjustments to their curriculum, in light of the needs of their target audience and the goals of the profession.

Objectives: The main objectives of this survey were: 1. To examine and compare the satisfaction, preferences, and contribution of a master's degree to the life and career of physical therapists who studied in PT master's programs, compared to those who completed a master's degree in other fields; and 2. To examine the preferences, expectations, and barriers faced by physical therapists with a bachelor's degree, who are considering to continue their professional development.

Methods: This study was approved by the Ethics Committee of the Faculty of Health and Social Sciences at the University of Haifa. For the purpose of the study,

the authors of the article compiled a questionnaire, which was distributed on the Internet via the various social networks of Israeli physical therapists and addressed to therapists with/without a master's degree. Group comparisons were performed using the Chi-Squared test.

Results: Seventy percent of the respondents and completed a master's degree in PT. The master's degree studies were perceived as contributing to a large extent, to critical reading and professional writing abilities, regardless of the sub-discipline of study. On the other hand, a higher percentage of respondents who studied in fields other than PT found that their studies greatly contributed to broadening their professional horizons. Only 15% of those studying in physical therapy programs, compared to 41.4% of those studying in other fields, found the studies to be conducive to promotion at work. Thesis programs yielded a significantly higher number of publications, especially in international journals. At the same time, many theses remain unpublished. Only about 42% of respondents with a bachelor's degree said they are considering to continue their studies in the next five years, and about 49% of them mentioned they were debating whether to choose to study in the field of PT or in another field. The main barrier to continuing studies in PT was the perception that a master's degree in this field would not contribute to either promotion at work or to clinical abilities.

Summary and conclusions: In order to meet the needs of the target audience, PT academic programs should consider developing tracks that allow for the integration of more courses with clinical implications, to expand tracks that promote projects in the community, and to integrate additional fields of knowledge such as management, child development, and gerontology. It is also recommended to encourage graduates to publish their work in conferences and journals in Israel as well as abroad.

Keywords: higher education, physical therapy, master's degree, thesis

נספח

תרומת התואר השני בפיזיותרפיה: למידה מהשטח

להלן סקר המיועד לפיזיותרפיסטים/יות מוסמכים/ות ולסטודנטים/ות בשנה הרביעית ללימודיהם/ן לתואר ראשון בפיזיותרפיה.

הסקר נועד לבחון את ציפיות המשתתפים/ות מלימודי המשך אקדמאיים לתואר שני ואת תפיסותיהם/ן לגבי התרומה הפוטנציאלית של התואר השני להתפתחותם האישית והמקצועית. כמו כן בוחן הסקר את המחסומים העומדים בפני המשך לימודים לתארים מתקדמים.

בשאלון שלושה חלקים: 1. החלק הראשון פונה לכלל ציבור העונים לשאלון ומתייחס לפרטים דמוגרפיים (כגון מין, ותק מקצועי), תוך שמירה על אנונימיות התשובות. 2. החלק השני מיועד לאלה אשר השלימו תואר שני או נמצאים/ות במהלך הלימודים לתואר שני. 3. החלק השלישי מיועד לפיזיותרפיסטים/יות שאינם/ן לומדים/ות ולא השלימו תכנית לתואר שני בפיזיותרפיה (לרבות סטודנטים/ות בשנה הרביעית ללימודי הפיזיותרפיה). לסיכום, מצופה כי כל המשתתפים/ות ימלאו את החלק הראשון של השאלון ואת אחד משני החלקים העוקבים (חלק 1 + חלק 2 או חלק 1 + חלק 3).

מענה לשאלון יצריך כעשר דקות מזמנכם.

המחקר יבוצע על ידי החוקרות החתומות מטה ואינו חלק מעבודת תזה או דוקטורט. השאלון קבל אישור הוועדה האתית של הפקולטה למדעי הרווחה והבריאות באוניברסיטת חיפה (מספר תיק 2860). התשובות לשאלון יישארו אנונימיות לחלוטין ומענה לשאלון מהווה הסכמה להשתתף במחקר. ניתן להפסיק את מילוי השאלון בכל שלב.

לשאלות ניתן לפנות לעורכות המחקר החתומות מטה.

תודה מראש על נכונותכם/ן להקדיש מזמנכם/ן היקר,

עורכות המחקר:

פרופ' יוכבד (יוכי) לויפר: yochy.laufer@gmail.com

ד"ר סמדר פלג: smadarp13@gmail.com

חלק 1. פרטים אישיים

1.1 מין: זכר / נקבה/אחר

1.2 שנת לידה:

1.3 מספר שנים שחלפו מסיום לימודי תואר ראשון:

שנה רביעית ללימודים בתואר ראשון

0-2 שנים

3-6 שנים

7-12 שנים

13-19 שנים

מעל 20 שנים

1.4 האם הנך מדריך/ה קליני/ת? כן / לא

1.5 תחומי עיסוק עיקריים (לא רלוונטי לסטודנטים/ות, ניתן לציין יותר מאחד)

אורתופדיה

שיקום נירולוגי או שיקום גריאטרי

ילדים

טיפול נשימתי

פגיעות ספורט, אורתופדיה

בריאות האישה

אחר: _____

1.6 מסגרות עבודה בהם את/ה עובד/ת (לא רלוונטי לסטודנטים/ות, ניתן לציין יותר מאחד)

בית חולים אקוטי

בית חולים/מרכז שיקומי

מוסד גריאטרי (בתי אבות)

מכון פיזיותרפיה באחת מקופות החולים

צה"ל

מכון להתפתחות הילד

מוסד לשיקום ילדים

משרד החינוך

משרד הרווחה

קבוצות ספורט

קליניקה/עבודה פרטית בתחום שיקום רצפת האגן

קליקה פרטית בתחום אחר (פרט): _____

אחר (פרט): _____

1.7 האם הינך מוסמך/ת לתואר שני או כעת בלימודים לתואר שני?

כן / לא

(שאלה זו תעביר את המשתתף לחלק הרלוונטי של

השאלון, דהיינו חלק 2 או 3)

חלק 2. מיועד לפיזיותרפיסטים/יות אשר השלימו או נמצאים במהלך הלימודים לתואר שני

2.1 מספר השנים בין סיום תואר ראשון ותחילת הלימודים לתואר שני

0-2 שנים

3-6 שנים

7-12 שנים

13-19 שנים

מעל 20 שנים

2.2 כמה שנים ארכו הלימודים לתואר שני?

טרם הסתיימו

2-3 שנים

4-5 שנים

יותר מחמש שנים

2.3 האם הלימודים היו בחוג/מחלקה לפיזיותרפיה? כן / לא

2.4 סיבות להעדפה של לימודים בחוג לפיזיותרפיה לעומת תחום/חוג אחר

עניין	1 - בכלל לא	2 - במידה מועטה	3 - במידה בינונית	4 - במידה רבה	5 - במידה רבה מאוד
רלוונטיות הקורסים לעיסוקך					
פחות עומס לימודים					
תכנית מותאמת אישית					
מגוון קורסי בחירה					
פחות דגש על קורסי מחקר/סטטיסטיקה					

אחר

2.5 כיצד תרמו הלימודים לתואר שני בחוג לפיזיותרפיה

קידום בעבודה	1 - בכלל לא	2 - במידה מועטה	3 - במידה בינונית	4 - במידה רבה	5 - במידה רבה מאוד
הרחבת אופקים מקצועיים					
שיפור יכולות קליניות					
יכולות הוראה במוסד אקדמי					
קריאה ביקורתית					
כתיבה מקצועית					
הצגת עבודה בפורום מקצועי					
הכנה לדוקטורט					

צ"י תחום אחר _____

2.6 אם הלימודים התקיימו בתחום אחר מפיזיותרפיה ציין/י איזה:

גרונטולוגיה

בריאות הציבור

חינוך

חינוך גופני

מדעי הרפואה (לדוגמה: אנטומיה, נוירוביולוגיה, פיזיולוגיה)

ריפוי בעיסוק

אחר, ציין איזה

2.7 סיבות להעדפה של לימודים בחוג אחר מפיזיותרפיה

עניין	1 - בכלל לא	2 - במידה מועטה	3 - במידה בינונית	4 - במידה רבה	5 - במידה רבה מאוד
רלוונטיות לעיסוק					
התמחויות מחוץ לתחום הפיזיותרפיה רלוונטיות לי יותר					
פחות עומס לימודים					
תכנית בהתאמה אישית					
מגוון קורסי בחירה					
פחות דגש על קורסי מחקר/ סטטיסטיקה					

אחר

2.8 כיצד תרמו הלימודים לתואר שני בחוג אחר מפיזיותרפיה להתפתחותך המקצועית

1 - בכלל לא	2 - במידה מועטה	3 - במידה בינונית	4 - במידה רבה	5 - במידה רבה מאוד

ציין תחום אחר

2.9 ציין/י את אופי מסלול הלימודים ללומדים בחוג לפיזיותרפיה:

תזה

עבודת גמר

פרויקט בקהילה

מבחן מסכם

אחר (ציין איזה):

2.10 ציין/י את אופי מסלול הלימודים ללומדים בחוג אחר מפיזיותרפיה:

תזה

עבודת גמר

פרויקט בקהילה

מבחן מסכם

אחר (ציין איזה):

211 לשאלות הבאות ענה/י בכן או לא

לכלל המשתתפים/ות	כן	לא
האם אתה ממליץ לקולגות להמשיך ללימודים בתואר שני?		
האם אתה ממליץ להמשיך לתואר שני בחוג לפיזיותרפיה?		
במסלול עבודת או פרויקט גמר (לא תזה)		
האם העבודה הוצגה בכנס בישראל		
האם העבודה הוצגה בכנס בחו"ל		
האם העבודה פורסמה בכתב עת ישראלי		
האם העבודה פורסמה בכתב עת בינלאומי		
במסלול תזה		
האם התזה הוצגה בכנס בישראל		
האם התזה הוצגה בכנס בחו"ל		
האם התזה פורסמה בכתב עת ישראלי		
האם התזה פורסמה בכתב עת בינלאומי		

חלק 3. עבור פיזיותרפיסטים ופיזיותרפיסטיות שאינם לומדים ולא השלימו תכנית תואר שני

3.1 האם יש בכוונתך להירשם ללימודים ב-5 שנים הקרובות? כן/לא

3.2 הסיבות בגללם אינך שוקל/ת להירשם ללימודי תואר שני ב-5 השנים הקרובות

1 - בכלל לא	2 - במידה מועטה	3 - במידה בינונית	4 - במידה רבה	5 - במידה רבה מאוד	
					קורסי השתלמות מקצועית מעניינים אותי יותר
					לא רלוונטי לעבודתי כקלינאי
					מסלולי הלימוד אינם מכוונים להתמחות ספציפית
					אין לי עניין בהשתלבות בהוראה או במחקר
					עלות גבוהה
					חוסר תמיכה ממקום העבודה
					קושי לפנות זמן
					התואר לא יקדם אותי בתפקיד
					חוסר שביעות רצון של עמיתים

אחר _____

3.3 במידה ואת/ה צופה שכן תלמד האם בכוונתך ללמוד בחוג לפיזיותרפיה?: כן/לא/מתלבט/ת

3.4 הסיבות להעדפה של לימודים בחוג לפיזיותרפיה (ולא בחוג אחר)

1 - בכלל לא	2 - במידה מועטה	3 - במידה בינונית	4 - במידה רבה	5 - במידה רבה מאוד

אחר

3.5 במידה והחלטת ללמוד בעתיד בתחום אחר, באיזה תחום ברצונך ללמוד?

גרונטולוגיה

בריאות הציבור

חינוך

חינוך גופני

מדעי הרפואה (לדוגמה: אנטומיה, נוירוביולוגיה, פיזיולוגיה)

ריפוי בעיסוק

אחר

3.6 סיבות להעדפה של לימודים בחוג אחר מפיזיותרפיה

1 - בכלל לא	2 - במידה מועטה	3 - במידה בינונית	4 - במידה רבה	5 - במידה רבה מאוד

אחר

הטיפול בכאבי גב תחתון לפי הקווים המנחים העולמיים באמצעות גישת Enhanced Transtheoretical Model Intervention (ETMI)

רון פלדמן¹, BPT, MSc, נועה בן עמי², BPT, PhD

¹ רון פלדמן, פיזיותרפיסט מכון פיזיותרפיה רמת גן, מחוז מרכז, מכבי שירותי בריאות ודוקטורנט במחלקה לפיזיותרפיה, אוניברסיטת אריאל

² נועה בן עמי, ראש התוכנית לתואר שני ומרצה בכירה, המחלקה לפיזיותרפיה, אוניברסיטת אריאל

תקציר

רקע ומטרות: כאב גב תחתון הוא הגורם הראשון בעולם לפגיעה באיכות חיים, למוגבלות תפקודית ולנכות. ההנחיות הקליניות העדכניות לטיפול בכאבי גב תחתון ממליצות על טיפול עצמי בסימפטומים, על שגרת חיים רגילה ועל פעילות גופנית קבועה. Enhanced Transtheoretical Model Intervention (ETMI) היא גישת טיפול המבוססת על מודלים התנהגותיים, אשר נותנת למטפל כלים שבעזרתם הוא יכול להנחות את המטופל להיות פעיל גופנית ולהתמודד עם כאב הגב באופן עצמי מיטבי. מטרת מאמר זה היא לתת רקע ומידע על גישת ETMI ועל יעילותה הקלינית והכלכלית על בסיס מחקרים שנעשו על גישה זו.

שיטות: מאמר זה מציג סקירה נרטיבית על גישת ETMI, ותוצאות המחקרים הראשוניים שנעשו לגבי יעילותה ויישומה. המאמר מציג חמישה מחקרים שנעשו בתהליך בדיקת הגישה והטמעתה: 1. מחקר קליני מבוקר שבחן את היעילות הקלינית והכלכלית של גישה זו; 2. מחקר איכותני שבחן את הציפיות ואת התפיסות של 30 מטופלים עם כאבי גב תחתון כרוני, טרם קבלת טיפול פיזיותרפיה, כלפי טיפול פיזיותרפיה באופן כללי וכלפי גישת ETMI בפרט; 3. מחקר איכותני שבחן את התפיסות של 26 פיזיותרפיסטים כלפי הטמעת גישת ETMI לטיפול בכאב גב תחתון; 4. מחקר משולב-שיטות (mixed methods) שבחן את תוצאות הטיפול וגם את התפיסות של 30 מטופלים הסובלים מכאבי גב תחתון לאחר שטופלו בגישת ETMI; 5. מחקר הטמעה של גישת ETMI במערכת הבריאות הציבורית הנערך בימים אלו.

תוצאות: במחקר הקליני המבוקר נמצא שיפור גדול משמעותי ומובהק סטטיסטית בתפקוד, בכאב ובאיכות החיים בקבוצת ההתערבות שבה השתמשו בגישת ETMI. נוסף על כך, הגישה נמצאה יעילה מבחינה כלכלית. במחקרים האיכותניים זהו החסמים וההזדמנויות לאימוץ גישת ETMI ולהטמעתה במערכת הבריאות הציבורית.

מסקנות: הטמעת גישת ETMI כקו טיפול ראשוני במטופלים הסובלים מכאבי גב תחתון היא אתגר מורכב. יש להביא בחשבון את החסמים הקיימים בקרב המטופלים והמטפלים וכן את דרישות מערכת הבריאות הציבורית. נראה כי נקיטה של גישת טיפולים זו במערכת הבריאות יכולה להביא לשיפור בתפקוד המטופלים, להעלאת התפוקות, לקיצור זמני ההמתנה ולהקטנת עלויות הטיפול בכאבי גב תחתון.

מילות מפתח: כאב גב תחתון, פיזיותרפיה, ניהול עצמי, הנחיות קליניות, Enhanced Transtheoretical Model Intervention (ETMI)

תודות

תודה להנהלת סקטור הפיזיותרפיה הארצית מכבי שירותי בריאות, ובראשה למנהלת תחום הפיזיותרפיה הארצית, הגברת דיצה גוטליב על הרוח הגבית לאורך כל הדרך. תודה לגברת תמר ביבר, מנהלת הפיזיותרפיה המחוזית מחוז מרכז ולד"ר דן אוורו, סגן מנהל רפואי מחוזי על התמיכה הרבה, החתירה למצוינות והשאיפה לחדשנות. לבסוף תודה לגברת דורית כץ אחראית מחקר ופיתוח מחוזית, ולגברת אורית גנור מנהלת שירותי הפיזיותרפיה, רמת גן, על הליווי הצמוד האישי והמקצועי.

הקדמה

כאבי גב תחתון הם הסיבה השכיחה ביותר לפגיעה תפקודית ונכות ברחבי העולם.¹ תופעה זו פוגעת מאוד באיכות החיים של המטופלים, ומהווה נטל כלכלי כבד על החברה. כאב גב תחתון ממקור לא ספציפי מוגדר ככאב גב שלא ניתן לזהות את סיבתו האנטומית או לקשור אותו לאבחנה רפואית מסוימת, והוא מייצג 90%-95% מן המקרים של כאבי הגב.² בשנים 1990-2017, כאבי גב תחתון זינקו בעולם ב-54%.³

הנכות הקשורה בכאבי גב תחתון עשויה להיות בחלקה יאטרוגנית (כלומר להיגרם מן הטיפול הרפואי העודף) וקשורה בשימוש-יתר בבדיקות ובטיפולים יקרים המניבים תועלת מעטה ואף עלולים לגרום נזק.^{4,2} ההנחיות הקליניות העולמיות לטיפול בכאבי גב מדגישות שברוב המקרים אין צורך בטיפול רפואי.² על פי ההנחיות הקליניות, הטיפול המוכח והיעיל לכאבי גב הוא ניהול עצמי, הקניית תחושת ביטחון (Reassurance) ודבקות בשגרת חיים הכוללת פעילות גופנית קבועה.⁵

עם זאת, קיימים פערים בין הראיות המחקריות לגבי הטיפול המומלץ ובין הטיפול בשטח שכולל שימוש מוגבל בטיפולים המומלצים כקו הראשון ושימוש מוגבר בטיפולים לא מומלצים, כגון הדמיה, מנוחה, תרופות, זריקות לעמוד שדרה וניתוחים. הדרכה המבוססת על ראיות מחקריות ועידוד המטופלים לנהל בעצמם את הטיפול בבעיית הגב יכולים לאתגר את המטפלים⁶ משום שאין מספיק מידע זמין בנוגע לדרך שיש לנקוט כדי להרגיע את המטופלים וכדי להנחות אותם לנהל באופן עצמי את בעיית גב שלהם.⁶ על פי ההנחיות הקליניות עולה כי בין החסמים לטיפול נמנים ציפיות המטופלים לקבל אבחון לבעייתם וטיפול רפואי ספציפי, הקושי של מטפלים לשנות את הרגלי הטיפול שלהם והפער בין האמונות והתפיסות של המטפלים לאלה של המטופלים.⁷

גישת Enhanced Transtheoretical Model Intervention (ETMI)

גישת ETMI מבוססת על שני מודלים התנהגותיים עיקריים: מודל מעגל השינוי⁸ (Transtheoretical model) ומודל הריאיון המוטיבציוני. שני המודלים מסייעים למטופלים בביצוע פעילות גופנית בשעות הפנאי, ומחזקים את תחושת המסוגלות העצמית בהתמודדות עם כאב הגב. המטפלים משתמשים

בתקשורת אמפתית והכרה (וולידציה) בכאבים ובקשיים שחווה המטופל¹⁰ תוך הרגעה והקניית תחושת ביטחון (reassurance) שכאב הגב יחלוף.¹¹ כל זה, בשילוב של מסרים ברורים, חשיפה אקטיבית לפעילות שממנה נמנע המטופל (למשל הליכה מהירה יד ביד עם המטפל). שנועדה להקטין את הפחד מפני התנועה (ראה איור 1).^{12,6,2}

מודל מעגל השינוי פותח בידי ג'יימס פרוצ'סקה וקארלו דקלמנטה, פסיכולוגים וחוקרים אמריקאים, שחקרו אנשים שהצליחו לעשות שינוי בהרגליהם, כגון הפסקת עישון או שתיית משקאות חריפים. הם בנו על פי המחקר מודל הנשען על ארבעה עקרונות: המוכנות לשינוי, תהליכי שינוי, איזון החלטות ומסוגלות עצמית. המוכנות לשינוי מכילה כמה שלבים: קדם-הרהור (האדם אינו מעוניין בשינוי), הרהור, החלטה, פעולה (האדם מתחיל בשינוי בפועל) ושימור (בחלוף חצי שנה מרגע שהאדם הצליח בשינוי). כל שלב מכיל כמה תהליכים שיש לעבור אותם כדי להצליח בשינוי ולהתמודד עם האתגרים השונים. בדרך כלל, בתחילת הדרך האדם מגלה יחס אמביוולנטי כלפי הצורך בשינוי ועליו להגיע להחלטה מושכלת שזו מטרתו. המטפלים צריכים לעזור לו לשקול את החסרונות והיתרונות ולהגביר את מסוגלותו העצמית כדי שיצליח בשינוי.⁸

הריאיון המוטיבציוני הוא גישת טיפול המתמקדת באדם, שאותה פיתחו הפסיכולוגים הקליניים סטיבן רולניק וויליאם מילר בשנות ה-80 של המאה הקודמת. בבסיס הגישה עומד הרעיון שלא ניתן להביא את האדם לשינוי בהיעדרה של מוטיבציה פנימית. קיומה של מוטיבציה פנימית לפעולה ורצון אמיתי לשינוי הינם חיוניים להשגת שיפור. גישת הריאיון המוטיבציוני מניחה כי מוטיבציה היא תכונה מצבית ומשתנה, ובשל כך ניתן לפעול כדי להגבירה. למעשה, הריאיון המוטיבציוני הוא שיטת ייעוץ מוכוונת-מטופל, שנועדה לעזור למטופלים להבין את האמביוולנטיות שלהם כלפי שינוי ההתנהגות ולעזור להם להקטין אותה. במודל זה מודגשים מתן מידע מלא למטופל, הקשבה פעילה תוך שיקוף (חזרה על דברי המטופל), סיכום דברי המטופל לאחר כמה שיקופים, וכך לעזור למטופל לקחת אחריות על ניהול בעיית הגב.



הדרכה להתמודדות עצמית עם כאבי גב תחתון
מבוסס על שיטת ETMI

מדריך מקוצר למטפל

מטרת הטיפול:
ללמד את המטופל לנהל את בעיית הגב באופן עצמאי לאורך חייו



מפגש ראשוני / ראיון

בשלב זה יוצרים ברית טיפולית ושיתוף פעיל של המטופל בתוכנית הטיפול (הקשבה פעילה, שקוף וסכום)



בראיון חשוב לשמע את הנרטיב של המטופל ללא הפרעות.
צריך להבין את ההטיות שלו בקשר לכאב הגב (פרשנות שהכאב מסוכן וקשב מוגבר לכאב).
יש להבין את שגרת הפעילות הגופנית של המטופל



סינון דגלים אדומים



בדיקה פיזיקאלית

א. יש לבצע בדיקה פיזיקאלית מלאה (הסתכלות, תנועות אקטיביות וכו')
ב. אם יש תלונות על סימפטומים נייורולוגיים-יש לבצע סינון נייורולוגי
ג. בדיקת יישור הגב



פעילות גופנית שהמטופל בוחר

א. לדבר על אורח חיים בריא: תזונה, שינה ופעילות גופנית.
ב. לדבר על סוג הפעילות שמבצע, תדירות האימונים, איך מרגיש בזמן הפעילות וכו'
ג. להחליט יחד על מטרה משותפת לפעילות גופנית בה יוכל לדבוק לאורך זמן.



העברת מסרים ברורים ומשפטי חובה

Cognitive reassurance עם 3 משפטי חובה:

א. "פעילות גופנית היא הדבר היחיד שיעזור לכאב הגב שלך לאורך זמן"
ב. "זה לא חכמה להוריד כאב עכשיו - החכמה היא איך להתמודד עם כאב הגב שהוא יגיע שוב"
ג. "חשוב שהגוף יהיה חזק וגמיש"
רצוי לשלב מסרים נוספים במהלך הראיון והבדיקה ובהתאם לממצאים*



מניעת פחד, תרגילים וחומרי עזר

א. חשיפה להליכה מהירה-in vivo exposure-למטופלים שפחדים ללכת
ב. תרגילי גב להקלה על כאב ותרגילי מנוחה
ג. מתן חומרי עזר אינפורמטיביים: גליה, סרטונים, עלון ומסרים לתזכורת







תרגילי מנוחה בריכים לצד בריכים לבטן ניעות אגן קדימה ואחורה

המסמך נחקר כאב בג ואכיל שריר שריר
אנדרסן וסמית 2018

<https://www.ariel.ac.il/wvp/back-pain-lab/press/>

או בלי הקרנה לגף התחתון. הגיוס נערך בין פברואר 2011 ליוני 2012 בשמונה מכוני פיזיותרפיה במחוז שרון, מכבי שירותי בריאות. מטופלים שהופנו לפיזיותרפיה עקב כאב גב תחתון כרוני חולקו בין קבוצת ההתערבות (גישת ETMI) ובין קבוצת הביקורת (פיזיותרפיה רגילה). במסגרת הניסוי, 11 פיזיותרפיסטים העניקו את הטיפול בקבוצת ההתערבות ו-23 פיזיותרפיסטים העניקו טיפול בקבוצת הביקורת. לאחר שנה, המטופלים בקבוצה שטופלה בגישת ETMI סבלו פחות מנכות וכאבים, היו יותר פעילים גופנית ורווחתם הנפשית הייתה גדולה משמעותית. מדד התוצאה להערכת תפקוד במחקר זה היה שאלון Ronald Morris Disability Questionnaire (טווח תוצאות השאלון נע בין 0-23 כש-0 מציין "מתפקד מצוין", 23 מציין "אינו מתפקד"). ניתוח הנתונים לאחר שנה הצביע שמטופלים בגישת ETMI השיגו במוצע רמות תפקוד של 3.2 (3.2-4.5 CI 95%), והן היו גבוהות יותר באופן מובהק סטטיסטית לעומת 5.9 (5.9-7.0 CI 95%) שהתקבלו בקבוצת הביקורת שטופלה בפיזיותרפיה רגילה.

נוסף על כך, למטופלים מקבוצת ההתערבות היו 34% פחות ביקורי רופא, והם קיבלו 28% פחות טיפולי פיזיותרפיה חוזרים ו-26% פחות תרופות לעומת קבוצת הביקורת. מספר הביקורים הממוצע במכוני הפיזיותרפיה בקבוצה שטופלה בגישת ETMI היה שלושה וחצי ביקורים למטופל (3.5±1.9), ואילו בקבוצת הביקורת - מעל חמישה ביקורים

גישת ETMI נועדה להעביר למטופלים מסר שלפיו הם יכולים להתמודד עם כאב הגב בעזרת פעילות גופנית כרצונם. כל פעילות גופנית שהם בוחרים לעשות תיטיב עם מצבם, ובלבד שיתמידו בה. במהלך הטיפול הפיזיותרפיסטים מתמקדים במכשולים העיקריים שבפניהם עומד המטופל: מוטיבציה נמוכה, יכולת עצמית דלה בהתייחס לפעילות גופנית ופחד מתנועה, אשר זוהו כגורמי סיכון למוגבלות מוגברת במקרים של כאבי גב תחתון.¹³ נוסף על כך, ההתערבות נועדה להתמודדות עם הפחד מתנועה באמצעות חשיפה לפעילות גופנית ותנועה (in vivo exposure) והדרכה לביצוע פעילות גופנית הדרגתית (ראה לוח 1).¹²

סקירת מחקרים לבחינת יעילות הגישה ושימותה

נסקרו המאמרים על מחקרים שבדקו את גישת ETMI ופורסמו בעיתונות המדעית בשנים 2017 עד 2022. המאמרים נכתבו כולם על ידי החוקרים במעבדת כאבי גב וכאבי שלד-שריר במחלקה לפיזיותרפיה באוניברסיטת אריאל.

1. מחקר התערבותי רב-מרכזי לבחינת יעילותה של גישת ETMI¹²

במחקר התערבותי רב-מרכזי, פרוספקטיבי ומבוקר, נבחנה הגישה בקרב 220 מטופלים בני 25-55 שסבלו מכאבי גב תחתון חוזריים או כרוניים (מעל שלושה חודשים), עם

לוח 1: ארבעת שלבי שיטת ETMI

שלב	פירוט
1. יצירת ברית טיפולית	מיומנויות תקשורת והרגעת המטופל: הקשבה פעילה ושיתוף פעיל של המטופל בתוכנית הטיפול
2. מסרים ברורים למטופל שלושה משפטי חובה:	א. "פעילות גופנית היא הדבר היחיד שיעזור לכאב הגב שלך לאורך זמן"; ב. "זה לא חוכמה להוריד כאב עכשיו - החוכמה היא איך להתמודד עם כאב הגב כשהוא יגיע שוב"; ג. "חשוב שהגוף יהיה חזק וגמיש".
3. חשיפה להליכה מהירה	הליכה מהירה במסדרון יד ביד עם המטופל
4. חומרי עזר ומידע למטופל	גלויה עם מסרים קוגניטיביים, עלון מידע, אינפוגרף ושני סרטונים קצרים על עובדות ומיתוסים על כאבי גב תחתון

ETMI- Enhanced Transtheoretical Model Intervention

(5.1±3.4), הבדל משמעותי בין שתי הקבוצות. כך שאף על פי שהמטופלים בקבוצה שטופלה בגישת ETMI קיבלו פחות טיפולי פיזיותרפיה, הם השתפרו באופן מובהק סטטיסטית לעומת הקבוצה האחרת.^{14,12} המחקר פורסם בכתב העת Journal of Orthopedic & Sports Physical Therapy וזכה בפרס היוקרתי למחקר הקליני המצטיין לשנת 2017.¹⁵

2. מחקר איכותני לבדיקת הציפיות והתפיסות של מטופלים הסובלים מכאב גב תחתון¹⁶

מטופלים הסובלים מכאב גב תחתון מגיעים עם מערכת של ציפיות, תפיסות ואמונות מוטעות כלפי הטיפול שהם יקבלו ("יתקנו לי את הגב") וכלפי הגורמים המשפיעים על מצבם ("כואב לי בגלל פריצת הדיסק, או ממצא אחר שנמצא בהדמיה").^{18,17} הנחת היסוד הזו אינה חדשה, והושקע מאמץ ניכר בהדרכת אנשים לגבי הסיבות לכאב כרוני, עם עדויות מועטות לשינוי בתפיסות המטופלים.^{20,19} מטופלים הדגישו את החשיבות שיש בקבלת אבחנה ומציאת הגורם המדויק לכאב שלהם, בהענקת לגיטימציה לכאבם.¹⁸ קיימת הסכמה בין החוקרים כי התפיסות של המטופלים לגבי בעייתם והציפיות כלפי הטיפול בכאבם עשויות להשפיע ישירות על מהלך הטיפול ותוצאותיו.²¹

כמו כן, מטופלים חשים תסכול ובלבול^{23,22} בשל מידע חלקי או סותר על בעיית הגב שלהם מדיסציפלינות טיפול שונות - רופאי משפחה, אורתופדים, פיזיותרפיסטים, מקצועות טיפול אלטרנטיביים, ובשל מידע המתקבל ממקורות נטולי ראיות מוכחות, כמו אתרי אינטרנט שונים, משפחה וחברים.^{24,22} הם ציינו את חוסר האחידות במידע שמספקים גורמי הטיפול השונים שלרוב מגבירה אצלם את המתח והחרדה בנוגע לבעיית הגב.^{25,22,18}

מחקר איכותני שנערך בשנת 2021 לקראת הטמעת שיטת ETMI במחוז מרכז של מכבי שירותי בריאות בדק את התפיסות של 30 מטופלים הסובלים מכאב גב תחתון כרוני לגבי הטיפול בגישת ETMI.¹⁶ ממצאי המחקר עלה כי מטופלים המגיעים לטיפול פיזיותרפיה מצפים בראש וראשונה שהטיפול יתרכז בהקלת הכאב. מתן תרגילים, שימוש במכשור או ביצוע טכניקה מסוימת נתפסים בעיניהם כנדבך משני בטיפול. 56% מקרב המטופלים במחקר מצפים שחלק גדול מן הטיפול שלהם יהיה פאסיבי (כדוגמת עיסוי, מתיחות ומניפולציה).

יחד עם זאת, הם גם בדעה שחלק מן הטיפול צריך לכלול מרכיבים אקטיביים, כגון הדרכה ותרגילים ספציפיים לבעיה שלהם. כמו כן, המטופלים ציינו כי שיטת טיפול הנשענת על ההנחיות הקליניות העדכניות לטיפול בכאב גב, כמו ETMI, הינה הגיוניות מאוד, והם מאמינים שהיא יכולה לתרום להקלת הכאב ולשיפור התפקוד שלהם. עם זאת, המטופלים סוברים עדיין כי טיפול במקור הכאב ושיפור תפקודם הם שני הגורמים החשובים ביותר עבורם.

3. הציפיות והתפיסות בקרב פיזיותרפיסטים לגבי טיפול בכאבי גב וגישת ETMI - מחקר איכותני²⁶

ההנחיות הקליניות העדכניות לטיפול בכאבי גב תחתון מדגישות את שילובה של הגישה הביו-פסיכו-סוציאלית בהתייחסותה לטיפול בכאבי גב.^{28,27} על אף המלצות אלו, ישנם חסמים רבים, הן בקרב המטפלים והן בקרב המטופלים, הגורמים לזניחת הנחיות אלו.²⁹ בין החסמים העיקריים: היעדר ידע מדעי מבוסס-ראיות מחקריות לגבי הקווים המנחים לטיפול בכאב גב בשילוב היעדר הכשרה בתחומים פסיכו-סוציאליים.²⁹⁻²⁷ יתרה מכך, פיזיותרפיסטים הביעו דאגה מכך שהם חסרי ניסיון בניהול דיאלוג פתוח ובהרגעת המטופל ובעידוד תחושת מסוגלותו, ומדווחים על מיומנויות תקשורת בלתי מספיקות.^{30,29}

פלדמן ועמיתיו²⁶ בדקו לאחרונה את התפיסות והציפיות בקרב 26 פיזיותרפיסטים כלפי ההנחיות הקליניות העדכניות לטיפול בכאבי גב ולגבי גישת ETMI. במחקר נמצא כי פיזיותרפיסטים מוכנים לאמץ גישת טיפולים הממוקדת במטופל והמבוססת-ראיות, כמו ETMI. יחד עם זאת, ישנם כמה חסמים משמעותיים שצריך להתגבר עליהם, כגון היעדר מיומנויות תקשורת, חוסר רצון של הפיזיותרפיסטים לשנות את שגרת העבודה היומית שלהם, היעדר שיתוף פעולה קולגיאלי עם הרופאים ומורכבות מערכת שירותי הבריאות. מחצית (53%) מן הפיזיותרפיסטים במחקר ציינו כי כדי שיוכלו לאמץ את גישת ETMI יש לעשות שינוי מהותי בתפיסת תפקידם הנוכחית ובזהותם המקצועית. נוסף על כך, הם ציינו כי כדי להטמיע את גישת ETMI עליהם להכיר לעומק את ההנחיות הקליניות העדכניות, להבין שטיפול הפיזיותרפיה בכאב גב לא יכול "לתקן" את המטופל ועליהם ללמוד להסביר למטופלים איך להתנהל בצורה עצמאית עם כאב הגב שלהם.²⁶ כל אלה מתיישבים עם הספרות הנוכחית, המדגישה את

עמדות מטופלים ופיזיותרפסטים לגבי

ההנחיות הקליניות העולמיות לטיפול בכאב גב ולגבי שיטת

Enhanced Translational Model Intervention - ETMI

עמדות פיזיותרפסטים
לגבי ההנחיות ולגבי ETMI

עמדות המטופלים עם כאב גב כרוני
לגבי ההנחיות ולגבי ETMI

מתקשים לקבל שינויים בגישת הטיפולים
המסורתית שאותה הם נוקטים היום

אין מספיק ידע והכשרה במיומנויות
תקשורת בין מטפל למטופל

מפגינים חוסר בקיאות במידע מבוסס-
ראיות

מצינים צורך בהכשרה נרחבת באספקטים
פסיכוסוציאליים

מבליטים את הצורך בחיזוק קשרים
קולגיאליים, בעיקר יחסי פיזיותרפיסט-רופא

בהתייחס לעיל, ישנה נכונות לאמץ גישה
טיפולית חדשה- ETMI



מאמינים כי בעיית הגב שלהם נגרמת
מבעיות מבניות

רוצים אבחנה מדויקת ולכן נדרשות
לדעתם הדמיה ובדיקות

מאמינים שמנוחה חשובה לטיפול
בכאב גב

מצפים שירידו להם את הכאב ויעשו
להם טיפול פאסיבי

מצפים שסיבירו להם על בעיית הגב
וידורו לתרגילים

מגיעים עם עולם תוכן פנימי ודעות
קדומות, פרדיגמות המשפיעות על הטיפול

אחרי שמעו על ETMI המטופלים רוצים
שילמדו אותם איך לנהל את כאב הגב
באופן עצמי



עמדות מטופלים עם כאב גב כרוני לאחר שעברו טיפול בשיטת ETMI

תופסים את שיטת ETMI כשיטה פרקטית לטיפול עצמי בבעיית הגב שלהם

זורשים שיח פתוח על בעייתם בנוסף להקניית תחושת בטחון והרגעה

למטופלים אין בעיה עם העובדה שהם לא מקבלים טיפול פסיבי לבעיית הגב שלהם

Feldman, R., Nudelmann, Y., Haleva-Amir, S., & Ben Ami, N. (2021). Patients' prior perceptions and expectations of the Enhanced Translational Model Intervention for chronic low back pain: A qualitative study. *Musculoskeletal Care*, 1-12.

Feldman, R., Haleva-Amir, S., Pincus, T., & Ben Ami, N. (2022). Physiotherapists' perceptions of implementing evidence-based practice for patients with low back pain through the Enhanced Translational Model Intervention: a qualitative study. *Physiotherapy Theory and Practice*.

Feldman, R., Nudelmann, Y., Haleva-Amir, S., Pincus, T., Ben Ami, N. (2022). Patients' Perceptions and Outcome Measures after Undergoing the Enhanced Translational Model Intervention (ETMI) for Chronic Low Back Pain: A Mixed-Method Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19, 6166.



החשיבות של הכשרה בהיבטים פסיכוסוציאליים, והעצמת המטופל והרגעתו.^{31,27}

4. התפיסות ותוצאות הטיפול בקרב מטופלים הסובלים מכאב

גב תחתון לאחר שטופלו ב-ETMI - מחקר משולב⁷

מחקר משולב שיטות (mixed methods), שנערך במחוז מרכז של מכבי שירותי בריאות בשנת 2022 ופורסם לאחרונה, בחן את תוצאות הטיפול והתפיסות של 30 מטופלים הסובלים מכאב גב תחתון לאחר טיפול בגישת ETMI. המטופלים מילאו את שאלון Focus on Therapeutic Outcomes (FOTO)³³, לפני ואחרי טיפול בגישת ETMI. שאלון זה סיפק את הבסיס לניתוח מדדי התוצאה שנבדקו: תפקוד, כאב ופחד מתנועה. בממוצע, המטופלים קיבלו 2.6 מפגשים פרטניים עם פיזיותרפיסט (בהשוואה לממוצע במכבי שירותי בריאות שעומד על 4.1), התוצאות בקרב המטופלים השתפרו משמעותית בכל המדדים, כמו כן המטופלים ראו בגישת ETMI גישה חיובית וישימה לטיפול בבעיית הגב שלהם. נוסף על כך, הם ציינו כי הם מסוגלים לנהל באופן עצמי את בעיית הגב שלהם ואין להם כל צורך בטיפול פאסיבי.⁷ כלומר המטופלים לא רק הצליחו לשפר את מדדי התוצאה שלהם אלא גם תפסו את גישת ETMI כגישה ישימה, נוחה ופשוטה לניהול עצמי של בעיית הגב שלהם. יחד עם זאת, חשוב לציין כי המחקר לא כלל קבוצת ביקורת.

סיכום תוצאות המחקרים האיכותניים מוצג באיור 2.

איור 2 (משמאל): סיכום של תפיסות המטופלים לגבי ההנחיות

הקליניות העדכניות ולגבי שיטת ETMI ושל תפיסות המטופלים לפני הטיפול בשיטה זו ולאחריה

5. מחקר הטמעה של גישת ETMI לטיפול בכאב גב תחתון

במערכת הבריאות הציבורית

אחד מן האתגרים הגדולים ביותר העומדים בפני קהילת הבריאות העולמית הוא הטמעת התערבויות מוכחות-מחקר ויישומן הלכה למעשה. מחקרים הבודקים שינוי במערכות בריאות, כמו מחקר הטמעה, הם חיוניים כדי לעמוד מול אתגר זה, ויכולים לספק בסיס מוצק לקבלת ההחלטות מבוססות-ראיות, הנחוצות כדי להפוך את התיאוריה למציאות.^{35,34}

בשלב השלישי והאחרון של ההטמעה תיעשה כרייה נוספת של הנתונים והם יושוו בין המחוזות.

פרוטוקול מחקר ההטמעה של גישת ETMI במערכת הבריאות הציבורית פורסם לאחרונה בכתב העת של עיתון ההסתדרות הרפואית בישראל (IMAJ), כחלק מגיליון מיוחד העוסק בקיימות ברפואה, רפואת-יתר ובשבועת היפוקרטס "ראשית אל תזיק".³⁶

סיכום שלבי מחקר ההטמעה של גישת ETMI מוצג באיור 3.

דיון

המאמר שלפנינו סוקר את הטיפול בכאבי גב באמצעות גישת ETMI, המבוססת על ההנחיות הקליניות העדכניות. גישת ETMI הוכחה עד כה כיעילה מבחינה טיפולית שכן היא מובילה להפחתת הנכות והכאבים בעלות נמוכה (הפחתה בצריכת שירותי רפואה).^{14,12} מחקרים איכותניים שנועדו לבדוק את התפיסות של מטפלים ומטופלים לגבי גישה זו הדגישו את הנכונות של שני הסקטורים לאמץ גישת ETMI, למרות כמה חסמים מרכזיים.^{26,16} בין החסמים הבולטים שהעלו המטופלים צוינו החשיבות שיש בקבלת האבחנה הספציפית למצבם ומציאת מקור הכאב וכן הרצון לשלב יחד טיפול בגישה זו וטיפול פאסיבי.¹⁶ לעומתם, הפיזיותרפיסטים הדגישו את חוסר

כיום נמצא בשלבי המתקדמים מחקר הטמעה, שנועד לבחון אם ניתן להטמיע את גישת ETMI בקרב הרופאים והפיזיותרפיסטים במחוז שלם במכבי שירותי בריאות. מחקר זה גם נועד לחשוף הן את המטפלים והן את המטופלים לגישת ETMI, ולחקור את השפעותיה על המטופלים ועל משאבי הבריאות.

בחלק הראשון של ההטמעה נעשתה כריית נתונים כלכליים (ביקורי רופאים, הדמיות, ניתוחים ותרופות) ומדדי תוצאה מטיפולי הפיזיותרפיה (תפקוד, כאב ופחד מפני תנועה) מכל חמשת מחוזות מכבי שירותי בריאות. בתום בניית מסד הנתונים וכרייתם הושוו הנתונים הכלכליים ומדדי התוצאה בין מחוז מרכז ובין כל אחד מארבעת המחוזות האחרים.

החלק השני של ההטמעה כלל הכשרת פיזיותרפיסטים ורופאים במחוז מרכז בקווים המנחים העדכניים לטיפול בכאב גב תחתון ובגישת ETMI. נערכו סדנאות בנות שעתיים במכוני הפיזיותרפיה של מחוז מרכז, ולמטפלים ניתנו מידע וכלים (אינפוגרף, עלון למטופל, גלויה, סרטונים) לצורך תהליך ההטמעה. כמו כן, נערכה סדנה של ארבע שעות עם מפתחת הגישה עבור 30 פיזיותרפיסטים המיועדים לשמש רפרנטים במכוני הפיזיותרפיה במחוז מרכז. במקביל, החוקר הראשי עורך מדי שבוע בקורות והצגת נתוני ההטמעה למנהלי המכונים ולרפרנטים לאורך שנת ההטמעה כולה.

איור 3: סיכום שלבי מחקר ההטמעה של גישת ETMI במערכת הבריאות הציבורית



סיכום

כאבי גב תחתון הם הגורם הראשון בעולם לנכות. לעיתים קרובות, הטיפולים המוצעים לסובלים מן התופעה אינם על פי ההנחיות העדכניות, והם מבלבלים ומטעים. גרוע מכך, רבים מן הטיפולים מיותרים או בלתי יעילים. אחד האתגרים הגדולים ביותר של קהילת הבריאות העולמית הוא התערבויות המבוססות על ראיות מחקריות ויישומן הלכה למעשה.

הטמעת גישת טיפולים מבוססת-מחקר (ETMI) במערכת הבריאות הציבורית כקו טיפול ראשוני בקרב מטופלים הסובלים מכאבי גב תחתון היא אתגר מורכב. יש להביא בחשבון טרם ההטמעה את החסמים הקיימים בקרב המטופלים והמטפלים, וגם את דרישות מערכת הבריאות הציבורית. נראה כי נקיטת גישת טיפולית זו במערכת הבריאות הציבורית יכולה להביא לשיפור בתפקוד המטופלים, להגדיל את התפוקות, לקצר את זמני ההמתנה לטיפול ולהביא לירידה ניכרת בעלויות הטיפול בכאבי גב תחתון.

ההכשרה בהיבטים פסיכו-סוציאליים ובידע הקשור להנחיות העדכניות, את הקושי לשנות את אופן הטיפול שלהם, את היעדר קשרים קולגיאליים (פיזיותרפיסט-רופא משפחה/ פיזיותרפיסט-אורתופד) ואת הקושי בהשריית תחושת ביטחון ורוגע אצל המטופל.²⁶ יחד עם זאת, מחקר 4 שלעיל, המבוסס על שילוב שיטות, מצא כי מטופלים שטופלו בגישת ETMI הצליחו לשפר את תפקודם, להפחית את הכאב ולהקטין את הפחד מפני תנועה וגם תפסו את גישת ETMI כגישה ישימה וקלה לטיפול עצמי בכאבי גב תחתון.⁷

הצורך במערכת יחסים המבוססת על אמון בין המטופל ובין המטפל תועדה היטב בספרות.^{23,19} בהיעדר מערכת יחסים איכותית ואותנטית, המטופלים מביעים חוסר שביעות רצון מן הטיפול, נותרים עם התחושה שתלונתם אינה לגיטימית ולבסוף גם מאבדים את אמונם בגורם המטפל.³⁷ נוסף על כך, מטופלים הדגישו את החשיבות הגלומה בדיאלוג פתוח ומכבד בינם ובין המטפל. ממצאים אלו, בצד ממצאי המחקר של פלדמן ועמיתיו (2021), מדגישים את היתרונות הקליניים הטמונים במתן מידע מבוסס-ראיות ומקיף לכל מטופל.¹⁶

סקירה שיטתית ומטה-אנליזה של מחקרים איכותניים הצביעו לאחרונה כי אף על פי שפיזיותרפיסטים מעריכים את עצמם כבעלי אוריינטציה פסיכו-סוציאלית התואמת את ההנחיות העדכניות, הם מתקשים ביצירת שינוי התנהגותי בשיטות העבודה המסורתיות ובהתמודדות יעילה עם היבטים פסיכולוגיים אצל מטופליהם.²⁷ כדי שפיזיותרפיסטים יוכלו לנהל ביעילות גורמים פסיכו-סוציאליים, יש צורך בשינוי מהותי בפיזיותרפיה המסורתית (הגישה הביו-רפואית המתבססת על אבחון הבעיה במערכת השלד-שריר ופתירתה).³¹ שינוי זה מציב אתגר גדול עבור פיזיותרפיסטים המטפלים בהפרעות השלד-שריר, ובמיוחד בכאבי גב, משום שהוא מצריך שינוי בשיטות העבודה המסורתיות שלהם ואימוץ תפיסות וגישות טיפוליות חלופיות.³¹

מקורות

1. Hoy D, March L, Brooks P, Blyth F, Woolf A, Bain C, et al. The global burden of low back pain: Estimates from the Global Burden of Disease 2010 study. *Ann Rheum Dis.* 2014;73 (6):968-974.
2. Oliveira CB, Maher CG, Pinto RZ, Traeger AC, Lin CWC, Chenot JF, et al. Clinical practice guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care: an updated overview. *European Spine Journal.* 2018; 27(11): 2791-2803.
3. Hartvigsen J, Hancock MJ, Kongsted A, Louw Q, Ferreira ML, Genevay S, et al. What low back pain is and why we need to pay attention. *The Lancet.* 2018; 391(10137): 2356-2367.
4. Abbafati C, Abbas KM, Abbasi-Kangevari M, Abd-Allah F, Abdelalim A, Abdollahi M, et al. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study. *Lancet.* 2019;396(10258):1204-22.
5. O'Keefe M, Buchbinder R. Management of nonspecific low back pain: a growing. *Pain Manag Today.* 2020;3(12):46-53.
6. Ben Ami N, Pincus T. Using the consultation-based reassurance questionnaire to assess reassurance skills among physiotherapy students: reliability and responsiveness. *Physiother Theory Pract.* 2020;2:1-7.
7. Feldman R, Nudelman Y, Haleva-Amir S, Pincus T, Ami N Ben. Patients Perceptions and Outcome Measures after Undergoing the Enhanced Transtheoretical Model Intervention (ETMI) for Chronic Low Back Pain: A Mixed-Method Study. *Int J Environ Res Public Heal.* 2022;19(10), 6106.
8. Singer EA. The transtheoretical model and primary care: "The Times They Are A Changin'." *J Am Acad Nurse Pract.* 2007; 19(1).
9. O'Halloran PD, Blackstock F, Shields N, Holland A, Iles R, Kingsley M, et al. Motivational interviewing to increase physical activity in people with chronic health conditions: A systematic review and meta-analysis. *Clin Rehabil.* 2014; 28(12):1159-1171.
10. Carstens JKP, Boersma K, Schrooten MGS, Linton SJ. Effects of validating communication on recall during a pain-task in healthy participants. *Scand J Pain.* 2017;17: 118-125.
11. Holt N, Pincus T. Developing and testing a measure of consultation-based reassurance for people with low back pain in primary care: A cross-sectional study. *BMC Musculoskelet Disord.* 2016;17:277.
12. Ben-Ami N, Chodick G, Mirovsky Y, Pincus T, Shapiro Y. Increasing recreational physical activity in patients with chronic low back pain: a pragmatic controlled clinical trial. *J Orthop Sports Phys Ther.* 2017; 47(2): 57-66.
13. Lee H, Hübscher M, Moseley GL, Kamper SJ, Traeger AC, Mansell G, et al. How does pain lead to disability? A systematic review and meta-analysis of mediation studies in people with back and neck pain. *Pain.* 2015;156:988-97.
14. Canaway A, Pincus T, Underwood M, Shapiro Y, Chodick G, Ben-Ami N. Is an enhanced behaviour change intervention cost-effective compared with physiotherapy for patients with chronic low back pain? Results from a multicentre trial in Israel. *BMJ Open.* 2018; 8(4): e019928.
15. Simoneau GG. 2017 JOSPT award recipients. *Journal of Orthopaedic and Sports Physical Therapy.* 2018.
16. Feldman R, Nudelman Y, Haleva-Amir S, Ben Ami N. Patients' prior perceptions and expectations of the Enhanced Transtheoretical Model Intervention for chronic low back pain: A qualitative study. 2021; 10.1002/msc.1600.
17. Iles RA, Taylor NF, Davidson M, O'Halloran P. An effective coaching intervention for people with low recovery expectations and low back pain: A content analysis. *J Back Musculoskelet Rehabil.* 2014; 27(1): 93-101.
18. Lim YZ, Chou L, Au RT, Seneviwickrama KMD, Cicuttini FM, Briggs AM, et al. People with low back pain want clear, consistent and personalised information on prognosis, treatment options and self-management strategies: a systematic review. *J Physiother.* 2019; 65(3): 124-135.
19. Setchell J, Costa N, Ferreira M, Makovey J, Nielsen M, Hodges PW. Individuals' explanations for their persistent or recurrent low back pain: A cross-sectional survey. *BMC Musculoskeletal Disorders.* 2017; 18(1): 466.
20. Kamper SJ, Haanstra TM, Simmons K, Kay M, Ingram TGJ, Byrne J, et al. What do patients with chronic spinal pain expect from their physiotherapist? *Physiother Canada.* 2018; 70(1): 36-41.
21. Mohamed WJM, Joseph L, Canby G, Paungmali A, Silitertpisan P, Pirunsan U. Are patient expectations associated with treatment outcomes in individuals with chronic low back pain? A systematic review of randomised controlled trials. *Int J Clin Pract.* 2020;74(11):e13680.
22. Verbeek J, Sengers MJ, Riemens L, Haafkens J. Patient expectations of treatment for back pain: A systematic review of qualitative and quantitative studies. *Spine.* 2004; 29(20): 2309-2318.

23. Hayden JA, Wilson MN, Riley RD, Iles R, Pincus T, Ogilvie R. Individual recovery expectations and prognosis of outcomes in non-specific low back pain: prognostic factor review. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2019;11:D011284.
24. Mohamed Mohamed WJ, Joseph L, Canby G, Paungmali A, Silitertpisan P, Pirunsan U. Are patient expectations associated with treatment outcomes in individuals with chronic low back pain? A systematic review of randomised controlled trials. *International Journal of Clinical Practice*. 2020;74.
25. Schoeb V, Bürge E. Perceptions of Patients and Physiotherapists on Patient Participation: A Narrative Synthesis of Qualitative Studies. *Physiother Res Int*. 2012; 17(2): 80-91.
26. Feldman R, Haleva-Amir S, Pincus T, Ben Ami N. Physiotherapists' perceptions of implementing evidence-based practice for patients with low back pain through the Enhanced Transtheoretical Model Intervention: a qualitative study. *Physiother Theory Pract*. 2022;1-12.
27. Holopainen R, Simpson P, Piirainen A, Karppinen J, Schütze R, Smith A, et al. Physiotherapists' perceptions of learning and implementing a biopsychosocial intervention to treat musculoskeletal pain conditions: a systematic review and metasynthesis of qualitative studies. *Pain*. 2020; 161(6): 1150-1168.
28. Scurlock-Evans L, Upton P, Upton D. Evidence-Based Practice in physiotherapy: A systematic review of barriers, enablers and interventions. *Physiotherapy*. 2014; 100(3):208-219.
29. Slade SC, Kent P, Patel S, Bucknall T, Buchbinder R. Barriers to primary care clinician adherence to clinical guidelines for the management of low back pain: A systematic review and metasynthesis of qualitative studies. *Clinical Journal of Pain*. 2016; 32(9): 800-816.
30. Gardner T, Refshauge K, Smith L, McAuley J, Hübscher M, Goodall S. Physiotherapists' beliefs and attitudes influence clinical practice in chronic low back pain: a systematic review of quantitative and qualitative studies. *J Physiother*. 2017; 63(3): 132-143.
31. Cowell I, O'Sullivan P, O'Sullivan K, Poyton R, McGregor A, Murtagh G. Perceptions of physiotherapists towards the management of non-specific chronic low back pain from a biopsychosocial perspective: A qualitative study. *Musculoskeletal Sci Pract*. 2018;38:113-9.
32. Kongsted A, Ris I, Kjaer P, Vach W, Morsø L, Hartvigsen J. GLA:D® Back: implementation of group-based patient education integrated with exercises to support self-management of back pain - protocol for a hybrid effectiveness-implementation study. *BMC Musculoskeletal Disord*. 2019; 20(1): 85.
33. Wang Y-C, Hart DL, Werneke M, Stratford PW, Mioduski JE. Clinical Interpretation of Outcome Measures Generated From a Lumbar Computerized Adaptive Test. *Phys Ther*. 2010;90(9):1323-35.
34. Peters DH, Tran NT, Adam T. Implementation Research in Health: A Practical Guide. *Alliance Heal Policy Syst Res*. 2013;1-67.
35. Foster NE, Mullis R, Hill JC, Lewis M, Whitehurst DGT, Doyle C, et al. Effect of stratified care for low back pain in family practice (IMPACT back): A prospective population-based sequential comparison. *Ann Fam Med*. 2014; 12(2): 102-111.
36. Feldman R, Pincus T, Ben Ami N. Implementation of the Enhanced Transtheoretical Model Intervention (ETMI) for Low Back Pain Patients in Primary Care: Study Protocol. *The Israel Medical Association journal: IMAJ*. 2022; 24(6): 375-381.
37. Stenberg G, Fjellman-Wiklund A, Ahlgren C. "Getting confirmation": Gender in expectations and experiences of healthcare for neck or back patients. *J Rehabil Med*. 2012; 44(2): 163-171.

Management of low back pain according to guidelines using the Enhanced Transtheoretical Model Intervention (ETMI)

Ron Feldman BPT, MSc¹ and Noa Ben Ami, BPT, MSc.PT, PhD²

¹ Ron Feldman, Senior staff physiotherapist at the Ramat Gan Physiotherapy Institute, Maccabi Health Services, and Ph.D candidate at the Department of Physiotherapy, Ariel University

² Noa Ben Ami, Head of the Master's Program and Senior Lecturer, Department of Physiotherapy, Ariel University

Abstract

Background and Objectives: Low back pain is the world's leading cause of impaired quality of life and disability. According to global guidelines, the treatment for low back pain is self-management of symptoms, normal life routine, and adherence to physical activity. Enhanced Transtheoretical Model Intervention (ETMI) is a treatment approach based on behavioral models that can guide patients to be physically active and manage their back pain by themselves. The purpose of this review is to provide background and information on the ETMI approach and present its clinical and economic efficacy as shown in research.

Methods: The ETMI approach will be described in the article as follows: 1. a general description of the ETMI approach and the controlled clinical study that examined clinical and economic efficacy; 2. a qualitative study that examined the prior expectations and perceptions of 30 patients with chronic low back pain towards physiotherapy treatment in general, and ETMI approach in particular; 3. a qualitative study examining the perceptions of 26 physiotherapists about

the implementation of ETMI in their clinical field; 4. a mixed methods study that examined the outcome measures as well as the perceptions of 30 chronic patients with low back pain after being treated according to the ETMI approach; and 5. finally, the study of the implementation of the ETMI approach in the public health system is described.

Results: The controlled clinical trial found a significant improvement in function, pain, and quality of life. In addition, a significant reduction in treatment costs resulted in overall financial efficiency. The qualitative studies identified the barriers to adopting the ETMI approach and its implementation in a public health system.

Conclusions: Implementing the ETMI approach in a public health system as primary care for patients with low back pain is not a simple task. The barriers of patients and practitioners, as well as the health system's requirements must be taken into account. It seems that the use of ETMI within the health system can lead to an improvement in patients' functioning and a reduction in the costs of treating low back pain.

Keywords: Low Back Pain, Physiotherapy, Self-Management, Clinical Guidelines, Enhanced Transtheoretical Model Intervention (ETMI)

תוכנית לשיפור היכולת התנועתית אצל מבוגרים עם מוגבלות שכלית ותנועתית חמורה

ג'ניפר ג'קוב גונזלז, ¹BPT, MScPT, כרמית כהנא, ²BPT, MScPT, וינסנטה אנטוניו גיאה קבאג'רו, ³RN, Ph.D

¹ מרכז כוכב, עמותת כוכב הצפון, מעלות

² מערך שירותי הבריאות, משרד הרווחה והביטחון החברתי

³ International University of Valencia

תקציר

רקע: תוכניות הטיפול במרכז יום למבוגרים עם מוגבלות שכלית התפתחותית ותנועתית חמורה מתמקדות בעיקר בשימור מצבם הנוכחי, בשמירה על מיומנויותיהם התנועתיות ובמניעת הידרדרות בריאותית (כמו פצעי לחץ או דפורמציות). תוכנית MOVE (Mobility Opportunities Via Education) היא שיטה המשלבת למידת תנועות מוכוונת משימה/מטרה באמצעות עזרים חיצוניים ותמיכה, שנועדו לאפשר לאנשים עם מוגבלויות פיזיות ושכליות קשות ללמוד מיומנויות תנועתיות תפקודיות, כגון ישיבה, עמידה, הליכה ומעבר ביניהם בלי להיזקק כמעט לתמיכה. מיומנויות אלו נחוצות לאנשים בוגרים לשגרת חיים בעלת משמעות בסביבה הביתית והקהילתית.

שיטה: עבודה זו מתארת תוכנית התערבות שיקומית שהופעלה בקרב 11 מקבלי שירות מבוגרים (בני 23-55) עם מוגבלויות פיזיות ושכליות חמורות ממרכז יום טיפולי. כל מקבלי השירות שענו על קריטריוני ההכללה ושאושרו על ידי האפוטרופוס והרופא שלהם קיבלו את הטיפול המתואר. כל המטופלים קיבלו בעבר טיפול מניעתי ומשמר בלבד (שינויי תנוחה, מניעת פצעי לחץ וכו'). ההתערבות נעשתה כחלק מטיפול הפיזיותרפיה השגרתי במרכז היום. במסגרת עבודה זו הוערכו המשתתפים לפני ההתערבות, באמצע ההתערבות ולאחריה כדי לאמוד את היכולת התנועתית שלהם ואת מידת הסיוע הנדרשת להם כדי לשמור על תנוחות, כגון ישיבה, הליכה ועמידה. המשתתפים טופלו פרטנית פעמיים-שלוש בשבוע במפגשים בני שעה במשך שישה חודשים. מפגשים אלה כללו תרגול מיומנויות תנועתיות ותפקודיות (ישיבה, הליכה ועמידה) על פי עקרונות הלמידה המוטורית, הכוללות חזרות

מרביות, משוב ושימוש בעזרים או בתמיכה הנדרשים לשמירת התנוחה. השימוש בעזרים ובתמיכה הופחת בהתאם לשיפור ביכולת של המטופלים. נוסף על כך, תרגלו המטופלים את המיומנויות התנועתיות גם כחלק מן השגרה היומית. לבחינת השפעת הטיפול הופעלו כלים סטטיסטיים אפרמריים (כגון מבחן פרידמן ומבחן וילקוקסון).

תוצאות: מדדי התוצאה לאורך תקופת ההתערבות הראו שינוי מובהק ברמת התפקוד בישיבה ($p=0.0002$), בעמידה ($p=0.024$) ובהליכה ($p=0.0003$). במעברים ובסיבוב על ציר בעמידה נראתה מגמה שונה. אף על פי שהמבחן הסטטיסטי לא הראה שיפור משמעותי במדדים אלו, הנבדקים שהציגו יכולת תנועתית מינימלית בכניסה לתוכנית הפגינו שיפור גם בתפקודים אלו.

מסקנות: תוכנית MOVE מתבססת על עקרונות הלמידה המוטורית, ומשלבת תמיכה ושימוש בעזרים חיצוניים כדי להקל על מטופלים עם מגבלה קשה להתנסות ולהמשיך לתרגל מיומנויות תנועתיות שונות. נצפו שיפורים מובהקים סטטיסטיים במיומנויות תנועתיות בסיסיות, כגון ישיבה, עמידה והליכה. עבודה זו מצביעה על הפוטנציאל של תוכנית MOVE בשיפור איכות החיים של אנשים מבוגרים עם מוגבלות שכלית ותנועתית חמורה על ידי שיפור התפקוד היומיומי שלהם ורמת השתתפותם בחיי היומיום.

מילות מפתח: בוגרים, מוגבלות שכלית התפתחותית משמעותית, תוכנית MOVE, מיומנויות מוטוריות, תפקודי היומיום, השתתפות

מבוא

לקות נוירו-התפתחותית קשורה בעיקר בליקוי בתפקוד מערכת העצבים המרכזית וכוללת למשל שיתוק מוחין, אוטיזם, מוגבלות שכלית התפתחותית, ליקויים בראייה ובשמיעה, לקויות למידה והפרעות קשב וריכוז (ADHD). אנשים עם לקות נוירו-התפתחותית עלולים להתקשות בשפה ובדיבור, במיומנויות תנועתיות, בלמידה או בתפקודים נוירולוגיים אחרים.¹

על פי ההערכות של ארגון הבריאות העולמי, נכון לשנת 2020, לכ-15% מאוכלוסיית העולם, כלומר לכ-93 מיליון ילדים ו-720 מיליון מבוגרים, יש מוגבלות שמשפיעה על תפקודם.² נכון לשנת 2019, שיעור האנשים עם מוגבלות בישראל הוא כ-17%, מהם ל-6% (כ-276,000 איש) באוכלוסיית גיל העבודה (בגילאי 20-64) יש מוגבלות קשה עם קושי משמעותי בביצוע מטלות יומיומיות בסיסיות, ואילו לכ-10% (כ-451,500 איש) יש מוגבלות בינונית המתבטאת בקושי מסוים בביצוע מטלות בסיסיות במשימות יומיומיות.³

תוכנית (MOVE) Mobility Opportunities Via Education הינה גישה המשלבת למידת תנועות מוכוונת משימה/מטרה תוך שימוש בעזרים חיצוניים ובתמיכה בעלת ערך למטופל (מוטיבציונית). גישה זו נועדה להעניק לאנשים עם מוגבלות פיזית ושכלית משמעותית, ללא קשר לגילם, הזדמנות ללמוד מיומנויות תנועתיות ותפקודיות, כגון ישיבה, עמידה, הליכה וביצוע מעברים ביניהם. מיומנויות תנועתיות בסיסיות אלו נדרשות לפיתוח מיומנויות תפקודיות נוספות, מורכבות יותר, כגון שפה, השתתפות בפעילויות הדורשות אינטראקציה יומיומיות עם אחרים, טיפול עצמי וכן הזדמנויות לתעסוקה.⁴ התוכנית משלבת תבניות תנועתיות טבעיות והדרכה המסייעת למטופלים לרכוש את העצמאות הנדרשת לחיים בוגרים משמעותיים בסביבה הביתית והקהילתית.⁴ לשם כך, המטופלים מתרגלים בשיטתיות את המיומנויות התנועתיות. התוכנית מבוססת על מחקרים המצביעים כי למוח האנושי יכולת פלסטית, המאפשרת לו ליצור "רשתות" חדשות לאורך זמן באמצעות חזרות מרובות של משימה תנועתית.⁵ גישת MOVE שמה דגש לא רק על חזרתיות מרובה אלא גם על תרגול תנועות במהלך פעילויות חשובות וחיוניות לתפקוד של המטופל.⁶

פיתוח תוכנית MOVE החל בשנת 1986 בניסיון שנערך בבית ספר לילדים בעלי מוגבלויות קשות בקליפורניה.⁶ לתוכנית נבחרו 15 ילדים בני 6-16 שאינם ניידים, אשר קיבלו הדרכה אינטנסיבית לשיפור המיומנויות התפקודיות. לאור הצלחת ההתערבות במהלך שלוש שנים, פורסמה לציבור תוכנית MOVE הראשונה בשנת 1990.⁶ במהלך השנים, מאז פרסומה הראשוני של תוכנית ההתערבות, נערכו כמה מחקרים אשר השוו את תוצאות ההתערבות המבוססת על עקרונות MOVE לטיפולים מסורתיים אצל ילדים עם מוגבלויות פיזיות ושכליות קשות.^{7,8} מחקרים אלו הצביעו בעקביות על יתרון הגישה. נמצא כי שיעור גבוה יותר משמעותית מקרב המטופלים בגישה זו רכשו מיומנויות תנועתיות טובות יותר בתפקודים בסיסיים לעומת קבוצת הביקורת שקיבלה טיפול שמרני בלבד.

למיטב ידיעתנו, קיים תיאור יחיד משנת 2012 על יישום תוכנית MOVE באדם מבוגר. מדובר בתיאור מקרה של מטופלת בוגרת עם מוגבלויות קשות ומורכבות, אשר הראה את היתרונות שיש לתוכנית זו הן ברמה התנועתית והן ברמת ההשתתפות עם אחרים ובאיכות החיים.⁹

מטרת תיאורי המקרה המוצגים כאן היא לבחון אם ניתן לשפר מיומנויות תנועתיות אצל מבוגרים עם מוגבלויות קשות ומורכבות באמצעות התערבות המבוססת על עקרונות גישת ה-MOVE, ואם שיפור זה יקדם את רווחתם האישית של המטופלים.

גיוס המשתתפים

לעבודה זו גויסו 11 בוגרים מבין כ-70 מבוגרים מקבלי שירות במרכז יום טיפולי סיעודי. כל מקבלי השירות במרכז הם אנשים עם מוגבלויות מורכבות, רובם מתגוררים בביתם ומגיעים למרכז היום לפעילות בשעות הבוקר והצהריים. הם מחולקים לכיתות פעילות לפי רמת תפקודם. מרבית מקבלי השירות במרכז מאובחנים עם מוגבלות שכלית התפתחותית.

ההתערבות המתוארת בעבודה זו בוצעה כחלק מטיפול הפיזיותרפיה השגרתי הניתן במרכז היום. לפי ההנחיות והנהלים המקובלים במרכז היום, גיוס לתוכנית כל מקבלי השירות שענו על קריטריוני ההכללה האלה:

- ◆ קיימת הסכמה בכתב של האפוטרופוס של המשתתף,
- ◆ קיימת הסכמת הרופא המטפל והעדר התוויות נגד לקבלת

ישיבה, עמידה והליכה דורגה בסולם ליקרט של 0-5, והיכולת לבצע כל אחת מן הפעולות האלה: מעבר מישיבה לעמידה, עמידה לישיבה וסיבוב בעמידה, דורגה בסולם ליקרט של 0-3.

תוכנית ההתערבות

הטיפול נעשה במפגשים פרטניים של שעה, פעמיים-שלוש פעמים בשבוע. ההתערבות נערכה בסביבה טיפולית שהגבירה את המוטיבציה, שיתוף הפעולה וההתמדה של המטופלים.

לאחר ביצוע ההערכה, נקבעו מטרות טיפול מדידות למשך שישה חודשים.¹³ מפגשי הטיפול כללו בעיקר תרגול תנועות גסה (ישיבה, הליכה ועמידה) על בסיס ניתוח המשימות שהוגדרו בסיום ההערכה. התנועות שנבחרו היו בעלות משמעות למטופל, והטיפול התבסס על עקרונות הלמידה המוטורית - חזרות מרובות ומשוב. כמו כן, נעשה שימוש בעזרי תמיכה חיצוניים לשם שמירה על התנוחות השונות. ככל שנרכשה רמה מסוימת של שליטה ועצמאות, כך הופחתה בהתאם דרגת התמיכה.

כאשר המטופלים רכשו מידה מסוימת של עצמאות בטיפולים הפרטניים, הודרכו חברי הצוות על ידי הפיזיותרפיסטית כיצד לתרגל בבטחה עם המטופל את התנוחות השונות, למשל כיצד להושיבו בכיסא רגיל במסגרת הפעילות השגרתית במרכז היום, או כיצד להוליכו בעזרת הליכון עם תמיכות מרובות. תרגולים אלו בוצעו מדי יום ויומו.

להלן דוגמה של מהלך טיפול של אחת המשתתפות עם טונוס גבוה וחוסר יציבות בישיבה. הטיפול החל בישיבה בקצה מיטת הטיפולים עם תמיכת שתי כריות נוסף על תמיכה פיזית של שני חברי צוות (כולל הפיזיותרפיסטית המטפלת). כחלק מהטיפול ניתנו גירויים תחושתיים ופקודות מילוליות לשמירה על התנוחה ושמירה על הברכיים כפופות ב-90 מעלות. בהמשך, נעשו ניסיונות חוזרים ונשנים להפחתת התמיכה הפיזית כדי לאפשר למטופלת לשמור בעצמה על התנוחה במשך כמה שניות. לאחר חודש של טיפולים, הצליחה המטופלת לשמור על התנוחה בתמיכת כרית אחת. כעבור שלושה חודשים היא הצליחה להחזיק בעצמה את התנוחה במשך 30 שניות ללא תמיכה חיצונית. במקביל, הצוות התחיל לתרגל ישיבה על כיסא רגיל עם חגורת בטיחות תוך שמירה על כיפוף של 90 מעלות בברכיים כחלק מהפעילות השוטפת בקבוצה. בסוף

טיפול פיזיותרפיה,

- ◆ בני 23-55,
- ◆ בעלי מוגבלות פיזית וקוגניטיבית משמעותית,
- ◆ מרותקים לכיסא גלגלים,
- ◆ צריכים סיוע משמעותי בפעילות יומיום (ADL),
- ◆ קיבלו בחמש השנים האחרונות טיפול פיזיותרפי משמר בלבד. הטיפול בגישת MOVE לא מנע המשך טיפול משמר שניתן על ידי הצוות המטפל.

הערכת המטופלים

שלוש הערכות נעשו על ידי הקלינאי המטפל: בתחילת התוכנית, באמצע התוכנית (כעבור 3 חודשים) ובסופה (כעבור 6 חודשים). בהערכות אלו נמדדה רמת היכולת התנועתית והתפקודית של המשתתפים ומידת התמיכה ו/או העזרים החיצוניים הנדרשים כדי לשמור על התנוחות השונות. לתוכנית MOVE נלווה מדריך מפורט ביותר לביצוע שני מבחני הערכה ועל פיהם נעשו ההערכות בעבודה זו.⁴

1. ערכת השימוש בעזרים חיצוניים (Prompt measures):

הערכה זאת כוללת פירוט של המרכיבים המשמשים כעזרים חיצוניים וכמות הסיוע/ התמיכה שהמטופל צריך כדי לשמור על מנח ספציפי (כגון, ישיבה, עמידה והליכה) המדורגת בסולם ליקרט בטווח 0-5 (0 - ללא תמיכה, ו-5 תמיכה מלאה).¹² כמו כן, ההערכה מציינת את סוג התמיכה שהמטופל זקוק לה, כגון: תמיכה של אביזר או של אדם, וגם את מיקום התמיכה: ראש, גו, יד רגל, וכיוון התמיכה: קדימה, בצד או אחורה.⁶

2. מבחן אבני דרך מוטוריות בסדר יורד

:Test (TDMMT - Top-Down Motor Milestone)

במבחן זה המיומנויות התנועתיות מחולקות ל-16 קטגוריות, הנעות בין המיומנויות הבסיסיות ביותר, כגון ישיבה, תנועות תוך כדי ישיבה, ועמידה, ועד המורכבות ביותר: הליכה בעלייה במדרון והליכה בירידה במדרון.¹² כל קטגוריה מסווגת לארבע רמות קושי, ולכל רמת קושי פירוט של 1-4 פעילויות ספציפיות המוגדרות על פי התנוחה, אופן ביצועה ומשכה. כך למשל, במבחן הישיבה הרמה הגבוהה ביותר מוגדרת כיכולת לשבת על משטח שטוח עם רגליים פשוטות קדימה, ללא תמיכה, במשך 30 דקות לפחות. לעומת זאת, ברמה הנמוכה ביותר במבחן זה, הנבחן מתבקש לשבת עם כיפוף ברכיים וירכיים של 90 מעלות בלי ציון משך הישיבה.⁴ הערכת יכולת הביצוע של

שישה חודשי טיפול הצליחה המטופלת לשבת על קצה המיטה במשך חמש דקות ללא תמיכה.

ניתוח סטטיסטי

מאפייני המשתתפים מוצגים באמצעות שכיחות, חציון וערכי קיצון. השערת המחקר כי יחול שינוי ביכולות התפקודיות של המשתתפים בעקבות תוכנית ההתערבות, נבחנה באמצעות סטטיסטיקה אפרמטרית. הופעל מבחן פרידמן להשוואת מדדי התוצאה בשלוש נקודות ההערכה, ואם נמצא הבדל מובהק סטטיסטי, זוהה מקור ההבדל על פי מבחן וילקוקסון. מאחר שבמחקר ישנם ששה מדדי תוצאה, השתמשנו בשיטת בונפרוני

לתיקון טעות מסוג ראשון להשוואות מרובות ($\alpha=0.008$). ניתוח הנתונים נעשה בתוכנת Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) statistics (version 27, SPSS, Inc., Chicago, IL).

תוצאות

במחקר השתתפו 11 אנשים (שישה גברים וחמש נשים), בני 23-55. מרביתם עם אבחנה של שיתוק מוחין ומוגבלות שכלית התפתחותית בינונית עד קשה. סיכום מאפייני הרקע של משתתפים מוצגים בלוח 1.

לוח 1: מאפייני הרקע של המשתתפים

מאפיין	מספר
מין, גבר / אישה	5 / 6
גיל חציון [מינימום - מקסימום] (שנים)	34 [23 - 55]
אבחנה	שיתוק מוחין 8
	תסמונת רט 1
	ניוון שרירים 1
	פגיעת ראש טראומטית 1
לקות קוגניטיבית, קשה/בינוני-קל	8 / 3
אפילפסיה	8
לקות ראייה	3

לוח 2: מדדי התוצאה בשלוש נקודות ההערכה של התוכנית - בהתחלה, באמצע, ובסוף חציון; [מינימום-מקסימום]

תפקוד	כניסה	מחצית	סיום	*p-value
ישיבה	2 [1-2]	3 [2-3]	4 [3-5]	0.0002
עמידה	2 [1-2]	2 [1-4]	3 [1-5]	0.02
הליכה	1 [1-2]	3 [1-4]	5 [1-5]	0.0003
מעבר ישיבה-עמידה	0 [0-1]	0 [0-2]	0 [0-2]	0.108
מעבר עמידה-ישיבה	0 [0-1]	0 [0-2]	0 [0-2]	0.108
סיבוב על ציר בעמידה	0 [0-1]	0 [0-2]	0 [0-3]	0.108

*ערך p-value על פי מבחן פרידמן, מתוקן למספר מדדי התוצאה

תיאור מקרה

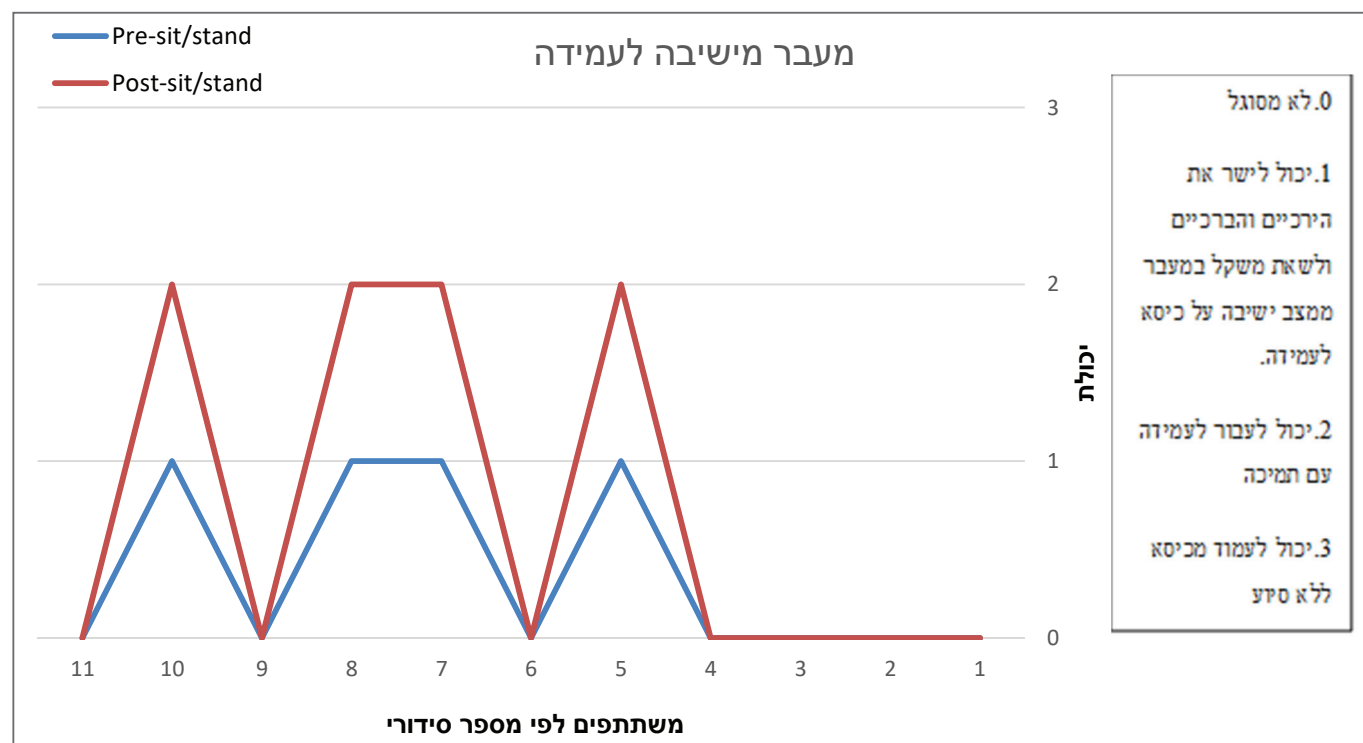
הראה שיפור משמעותי במדדים אלו, היו נבדקים שהשתפרו גם בתפקודי המעברים. השינויים מוצגים בתרשימים 1-3. כך למשל, בתרשים 1 המציג את יכולתו של כל אחד מהמשתתפים לקום לעמידה, אנו רואים שמשתתפים מספר 5, 7, 8, ו-10 יכלו בבדיקה הראשונה ליישר את הירכיים והברכיים ולשאת משקל במעבר ממצב ישיבה על כיסא לעמידה, ובבדיקה הסופית יכלו להגיע לעמידה בעזרת תמיכה. דהיינו, חל שיפור אצל משתתפים שיכולתם התנועתית הייתה מינימלית בכניסה לתוכנית. יש לציין שמשתתפים אילו אופיינו בטונוס נמוך ובטווחים מלאים.

בתרשימים 1-3 מוצגות התוצאות עבור כל אחד מן המשתתפים בבדיקה הראשונה והאחרונה.

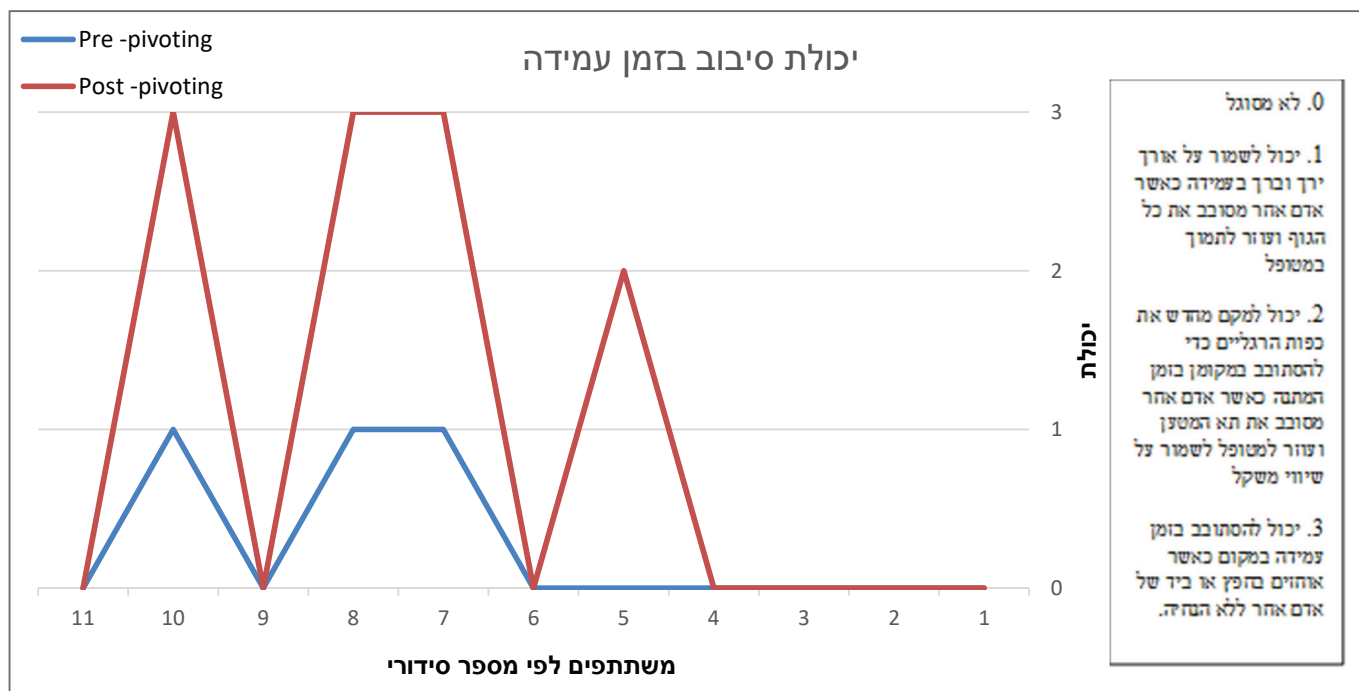
בלוח 2 מוצגים מדדי התוצאה לאורך תקופת ההתערבות. נמצא כי חל שינוי מובהק סטטיסטית ביכולת התפקודית בישיבה, בעמידה ובהליכה לאורך תקופת ההתערבות, וכי השינוי בין תחילת התוכנית למחצית, ובין המחצית לסיום, מובהק גם כן. למשל, הערך החציוני של תפקוד ההליכה בתחילת התוכנית עמד על דרגה 1 - מסוגל לעמוד אנכית בעמידה, במחצית - על דרגה 3 - תנועות רגליים רצוניות עם תמיכת הליכון ריפטון ללא תזוזה, ובסיום - הוא עמד על דרגה 5 - מסוגל ללכת יותר משלושה מטרים (ללא הפסקה) עם תמיכה. לא חל שינוי מובהק סטטיסטית בתפקודי המעברים ובסיבוב על ציר בעמידה.

יש לציין כי קיימת מגמה שונה לאורך תקופת ההתערבות בתפקודי המעברים ובסיבוב על ציר בעמידה לפי היכולת הראשונית בתפקודים אלו. בעוד שהמבחן הסטטיסטי לא

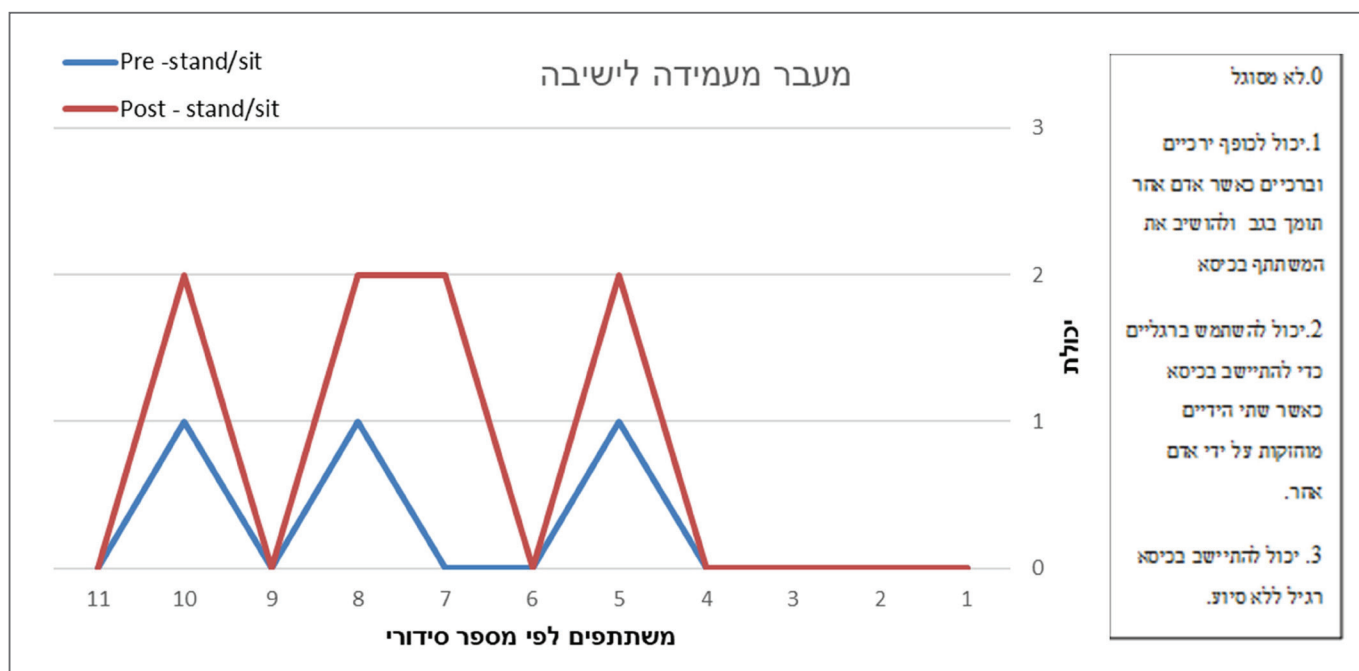
תרשים 1: יכולת מעבר מישיבה לעמידה בשלבי המחקר השונים, לפי מספר משתתף



תרשים 2: יכולת סיבוב בזמן עמידה בשלבי המחקר השונים, לפי מספר משתתף



תרשים 3: יכולת מעבר מעמידה לישיבה בשלבי המחקר השונים, לפי מספר משתתף



מול זה ולהשתתף באופן פעיל יותר בסדנאות השונות, ועל ידי כך גם להגביר את רמת הערנות שלהם. אנו צופים כי שיפור בהשתתפות בפעילות המרכז יהווה גורם מפתח בשיפור איכות החיים של המטופלים. במחקרי המשך יש צורך לבדוק בצורה מסודרת גם את השפעת תוכנית ה-MOVE על היבטים אלו.

במרכז היום שבו נבדקה תוכנית זו, הטיפול במבוגרים עם מוגבלויות פיזיות ושכליות משמעותיות התמקד בעבר בעיקר בשימור מצבם התפקודי, ובעיקר על מניעת הידרדרות וסיכונים. התפיסה שאפילו מבוגרים עם מוגבלויות כאלה יכולים להשתפר הן מבחינת תפקודם והן מבחינת השתתפותם הייתה חדשה למדי לצוות הרב-מקצועי במרכז. לפיכך, היה חשוב לעודד שיתופי פעולה ולהדגיש את חוויית ההצלחה של העמיתים בצוות. התקווה היא שתוצאות עבודה זו יובילו למחקרי-המשך שיאששו ממצאים אלה ויתרמו לעבודה בצוות רב-מקצועי.

יש לציין כמה ממגבלות העבודה הזו. ההתערבות תוכננה כרצף תיאורי מקרה, וכללה מספר קטן של משתתפים, שהיו הטרוגניים מבחינת גיל, אבחנה וחומרת הלקות. כמו כן, לא נכללה קבוצת ביקורת ללא התערבות או קבוצה שקיבלה התערבות אלטרנטיבית, והאדם שהעניק את הטיפול גם ביצע את ההערכות החוזרות. יש לציין כי אף שהערכת המטופלים נעשתה על סמך המלצות מפורטות מאוד של תוכנית ה-MOVE⁴ אין עדיין מחקרים המוכיחים את מהימנותה ותקפותה של השיטה. לאור החסרונות המתודולוגיים שלעיל, לא ניתן לקבוע בביטחון כי השיפור הנצפה נגרם הודות לתוכנית ה-MOVE. יחד עם זאת, לאור התפיסה הרווחת כי פוטנציאל השיקום של אנשים עם מוגבלויות התפתחויות קשות קטן, ולאור מיעוט המחקרים בתחום, ממצאי העבודה חשובים, ואנו מקווים שיהוו בסיס למחקרים איכותיים בתחום חשוב זה.

סיכום

תוכנית ה-MOVE מאופיינת בשילוב עקרונות עדכניים של למידה מוטורית, הכוללים תרגול אינטנסיבי של מרכיבי תנועה בעלי משמעות למטופל תוך מתן משותף. כמו כן, התוכנית מתמקדת גם בכמות ובסוג התמיכה והעזרים החיצוניים שמטרתם להקל על מטופלים עם מגבלות משמעותיות כדי שיוכלו להתנסות ולתרגל מיומנויות תנועתיות מגוונות. הדגש

רוב המחקרים אשר בדקו את השפעת ההתערבות על בסיס תוכנית ה-MOVE התמקדו בילדים,^{8,7} ורק מחקר אחד הציג את יתרונותיה אצל אישה בת 49 שקיבלה טיפול ממושך במשך שלוש שנים.⁹

תיאורי המקרה המוצגים כאן מצביעים על ההשפעות המיטיבות של התוכנית אצל מבוגרים עם מוגבלויות שכלית התפתחותית הכוללת מוגבלויות פיזיות. נמצא כי התוכנית מאפשרת להם לרכוש מיומנויות תנועתיות חדשות באמצעות תרגול חזרתי מכוון-מטרה ובעל משמעות במשך שישה חודשים.

תוכנית ה-MOVE מעודדת את המטפל לפרק את מטרות הטיפול הכלליות למרכיבי מיומנויות תנועתיות. סיוע ותמיכה ניתנים לפי הצורך כדי שהמטופל יוכל לתרגל את המיומנות. סיוע זה מצטמצם בהדרגה ככל שהנבדק רוכש רמות חדשות של עצמאות. לדוגמה, תמיכה חיצונית כמו סד צוואר למטופל ללא אפשרות לייצב את הראש עשויה לאפשר התמקדות בשיווי המשקל בישיבה. עקרונות אלו מאפשרים למטופלים להתקדם ברמות המיומנות שלהם כדי להגיע ליעדיהם התפקודיים.⁴

המחקר הראה שיפורים מובהקים סטטיסטית במיומנויות תנועתיות בסיסיות כגון ישיבה, עמידה והליכה. ממצא זה מעניין מאוד, בהתחשב בעובדה שמחקר זה התמקד בקבוצה קטנה של נבדקים עם קשיים מרובים אשר הפגינו שונות גדולה באבחון שלהם כמו גם ביכולתם התנועתית הבסיסית. מעניין לציין שלמשתתפים היה קשה יותר ללמוד לבצע מעברים, כמו מעבר מישיבה לעמידה ולהיפך, מאשר ללמוד מיומנויות מוטוריות בסיסיות. עם זאת, נצפו שיפורים אפילו בתפקודים אלו בארבעה מן הנבדקים (משתתפים מספר 5, 7, 8 ו-10). יש לציין כי לנבדקים אשר הראו שיפורים במעברים היה טונוס שרירים נמוך יחסית, ולא היו דפורמציות משמעותיות.

לשינויים ביכולות התפקודיות שנצפו בעקבות תוכנית ה-MOVE הייתה כנראה השפעה משמעותית על השתתפות המטופלים בפעולות היומיום במרכז היום הטיפולי.⁶ לדוגמה, לחלק מהמשתתפים, היו כיסאות גלגלים גדולים שהגבילו את האינטראקציה שלהם עם אחרים. העובדה שהמטופלים יכלו כעת לשבת בכיסא רגיל מול שולחן אפשרה להם לשבת זה

- 10.1097/01.PEP.0000155630.54603.B6
9. Whinnery SB, Whinnery KW. Effects of increased mobility skills on meaningful life participation for an adult with severe multiple disabilities. Eric.ed.gov. Accessed August 8, 2022. <https://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ986389.pdf>
10. Bidabe L. MOVE, Mobility Opportunities via Education. Move International; 2003, p.93-95
11. Bidabe L. MOVE, Mobility Opportunities via Education. Move International; 2003, p. 69-86
12. MOVE Assessment Profile and Mobility Passport. California: MOVE International; 2001.
13. Doran, G. T. (1981). There's a S.M.A.R.T. Way to Write Management's Goals and Objectives. Management Review, 70, 35-36.
14. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Physiopedia. Accessed June 1, 2022. https://www.physiotherapy.com/International_Classification_of_Functioning_Disability_and_Health_ICF
15. Miller F. Physical Therapy of Cerebral Palsy. New York, NY: Springer; 2007.p.368-371

בגישה הזאת הוא תרגול מתמשך במהלך השגרה היומית. עבודה זאת מצביעה על הכוח הרב הטמון בתוכנית הפעלה של כמה שעות בשבוע בשיפור המיומנויות התנועתיות הבסיסיות אצל אנשים עם מוגבלות שכלית ותנועתית חמורה, ועל ידי כך בשיפור השתתפותם הפעילה בחיי היומיום.

תודות

לדר' מיכל כץ לוירר על הניתוח הסטטיסטי.
לעמותת כוכב הצפון ששמה לה למטרה קידום איכות ובטיחות הטיפול לאנשים עם מוגבלויות.
לדר' שגית ארבל אלון רופאה ראשית משרד הרווחה על התמיכה והעידוד בקידום איכות ובטיחות הטיפול המקצועי ורפואת רווחה.

מקורות

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). 5th ed. Lulu.com; 2020, p.31-35.
2. People with disabilities in Israel 2021- facts and figures. הג'וינט. Published December 1, 2021. Accessed August 8, 2022. <https://www.thejoint.org.il/digital-library/facts-and-figures/>
3. Ten facts on disability. World Health Organization. Published January 2021. Accessed June 20, 2022. <https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/disabilities>
4. Bidade, L. MOVE, Mobility Opportunities via Education. Move International; 2003.
5. Pickersgill M, Martin P, Cunningham-Burley S. The changing brain: Neuroscience and the enduring import of everyday experience. Public Underst Sci. 2015;24(7):878-892. doi:10.1177/0963662514521550
6. Thomson, G. Children with Severe Disabilities and the MOVE Curriculum: Foundations of a Task-Oriented Therapy Approach. East River Press; 2005.
7. Van der Putten A, Vlaskamp C, Reynders K, Nakken H. Children with profound intellectual and multiple disabilities: the effects of functional movement activities. Clin Rehabil. 2005;19(6):613-620. doi:10.1191/0269215505cr899oa
8. Low, S A. Effects of the move (Mobility Opportunities via Education) curriculum on range of motion, motor skills and functional mobility of children with severe multiple disabilities: A pilot program. Pediatric Physical Therapy: Spring 2005 - Volume 17 - Issue 1 - p 94-95 doi:

MOVE to improve motor skills for adults with severe mental and functional disabilities

Jennifer Jacob Gonzalez PT MScPT¹, Carmit Cahana PT MScPT², Vicente Antonio Gea Caballero PhD RN³

¹ Physical therapist, Cochav Hatzafon Association, Maalot Israel

² Chief Physiotherapist, Division of Health Service, Ministry of Welfare and Social Security

³ Dean of the Health Sciences Faculty, Valencia International University, Valencia Spain.

Abstract

Background: Neurodevelopmental disorders are disabilities associated primarily with the functioning of the central nervous system. Treatment plans for adults with severe disabilities focus mostly on the maintenance of their current state and the prevention of other health problems. The Mobility Opportunities Via Education (MOVE), is an activity-based curriculum designed to teach basic daily functional motor skills to individuals with mild and severe disabilities. It combines natural body mechanics with an instructional process designed to help these individuals to acquire increased independence in sitting, standing, walking, and transitions between these functions

Methods: Eleven adult participants (23-55 years old) with severe disabilities, both physical and intellectual, from day treatment center, were included. Prior to the current intervention, all participants received only maintenance treatments (position changes, management of pressure ulcers, etc.). They were assessed before and after the intervention using the Top-Down Motor Milestone scale to measure their level of gross motor skills and the Prompt Review Plan to measure the amount of help they needed to maintain the different positions. They received individual sessions of 1 hour

2-3 times a week. That consisted of practicing gross motor skills (sitting, walking, and standing) using motor learning principles such as multiple repetitions and feedback as well as the necessary external aids assisting them to maintain the positions. External aids were reduced progressively as they reached some level of independence. In addition, the participants practiced motor skills for 1 hour a day as a group in their respective classrooms under the supervision of their instructors.

Frequency, medium, and range were used to describe the performance of basic skills pre- mid-, and post-intervention. Friedmans' test was used to determine change across time, and the Wilcoxon test was used to determine the source of change. Bonferroni correction was used for repeated measures with significance set at $p=0.008$, and SPSS was used for analysis (version 27, SPSS, Inc., Chicago, IL).

Results: Significant changes were noted in sitting, standing, and walking with changes noted between pre- and mid- test as well as between mid- and post-test. While transitions between sitting and standing and pivoting did not change significantly, individuals who did not demonstrate and deformities, demonstrated improvements in these functions as well.

Conclusions: The key characteristics of the MOVE program include the reliance on motor learning principles, the provision of motivational support that favors adherence to treatment, and the use of external aids to facilitate totally dependent participants to experiment and practice different motor skills that they would not otherwise be able to perform due to their physical limitations. This pilot study indicates the potential of this approach in enhancing the quality of life of individuals by improving their daily functions and their participation in activities of daily living.

Keywords: adults, disabilities, neurodevelopmental disorders, Mobility Opportunities via Education (MOVE), motor skills, participation

ערכה את המדור: סמדר פלג BPT, PhD

במדור זה מוצגים תקצירים מתורגמים לעברית של מאמרים אשר פורסמו בספרות העולמית. לפי חוזי זכויות היוצרים של כתבי העת המוגדרים 'open access' (גישה פתוחה), אין צורך בהסכמת מערכות כתבי עת אילו לתרגום ופרסום התקצירים בעברית. במקרה של תקצירים שהופיעו בכתבי עת שאינם בגישה פתוחה, מערכת כתב העת של העמותה לקידום הפיזיותרפיה בישראל קיבלה אישור פורמלי לפרסם את התקציר המתורגם לעברית מעורכי כתבי העת הרלוונטיים.

במדור הנוכחי מובאים שני תקצירים 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 במהות התכנים הנובעים מתהליך התרגום מאנגלית לעברית.

קול קורא: נשמח אם קוראי 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 בספרות העולמית אשר עמיתים מישראל היו שותפים בהכנתם.**

לפיזיותרפיה במסגרות פרטיות חשובה כדי להבין מה מניע מכוונים פרטיים ליטול חלק בהדרכה קלינית, ולספק מידע כיצד לתמוך במכוונים הללו כדי שיספקו מקומות הדרכה לסטודנטים בצורה היעילה ביותר.

מטרה: מטרת מחקר זה הייתה לבחון את היתרונות והאתגרים של קליטת סטודנטים לפיזיותרפיה והדרכתם במכוונים פרטיים, מנקודת מבטם של ספקי השירות במכוונים אלו.

שיטות: נערך מחקר איכותני שהתבסס על ניתוח נושאים אנליטי אינדוקטיבי בקרב עשרה פיזיותרפיסטים מן המגזר הפרטי המופקדים על שיבוץ והדרכת סטודנטים לפיזיותרפיה.

תוצאות: עלו חמשת הנושאים האלה: 1. התועלת בטיפול בלקוח; 2. התועלת לצוות; 3. התועלת לתכנון עתידי; 4. התרומה לסטודנטים ולמקצוע; ו-5. המתח הקשור במשאבים.

דיון ומסקנה: ספקי הדרכה קלינית בסקטור הפרטי רואים בקליטת הסטודנטים יתרונות רבים עבור המכון, הצוות ולקוחות המכון, כולל הזדמנות לגיוס פיזיותרפיסטים איכותיים בעתיד. יתרונות אלו נשקלים בקפידה מול משאבי הזמן והמרחב פיזי, ומתן הזדמנויות לסטודנטים להתנסות

Weighing up the benefits and challenges of hosting physiotherapy student placements in private practice; a qualitative exploration

Forbes, R., Dinsdale, A., Dunwoodie, R., Birch, S., Brauer, S.

Physiotherapy Theory and Practice 2022, Vol. 38, No. 6, 794-804

<https://doi.org/10.1080/09593985.2020.1799461>

שקלול היתרונות והאתגרים של הנחיית סטודנטים לפיזיותרפיה במכוונים פרטיים במהלך לימודיהם: מחקר איכותני

תקציר

הקדמה: מספר הבוגרים החדשים המתחילים את הקריירה המקצועית שלהם במכוונים פרטיים גדל והולך, וזאת למרות מיעוט ההזדמנויות להתנסות במסגרת כזאת בתקופת הלימודים. בחינת היתרונות והאתגרים של הנחיית סטודנטים

הרופאים הכלליים, והצורך להפחית את העומס במערכת על ידי העברת מטופלים עם ליקויים במערכת שלד-שריר לטיפול בגישה ישירה במקום טיפול ראשוני על ידי רופאים כלליים.

ארגון הפיזיותרפיה העולמי גם כן דוגל ב-DAPT כדי לשלוט טוב יותר בהוצאות הבריאות. לפיכך, לא ברור מדוע החליטו המוסדות באיטליה להכיר במקצועות חדשים במקום להתמקד בצמיחת והתפתחות הפיזיותרפיה, שהוא מקצוע בריאות ותיק ואוטונומי. יתר על כן, לא ברור מדוע DAPT עדיין לא מוכרת במלואה, בהתחשב בהקשר ההיסטורי והראיות ליתרונותיה.

העתיד הוא עכשיו: אף על פי שהוא עדיין ראשוני, הראיות התומכות ב-DAPT הן מבטיחות. מימוניות, מסלולים אקדמיים, ראיות מדעיות ובית המחוקקים תומכים בטיעון ששינוי הפרדיגמה הזה צריך להתרחש באיטליה.

מילות מפתח: גישה ישירה, פיזיותרפיה, עלות-תועלת, היקף עיסוק, פיזיותרפיה מנאלית באורתופדיה

Patients' Perceptions and Outcome Measures after Undergoing the Enhanced Translational Model Intervention (ETMI) for Chronic Low Back Pain: A Mixed-Method Study

Feldman R, Nudelman Y, Haleva-Amir S, Pincus T, Ben Ami N.

Int. J. Environ. Res. Public Health 2022, 19, 6106.

<https://doi.org/10.3390/ijerph19106106>

תקציר

רקע: הטיפול בכאבי גב תחתון לפי ההנחיות העדכניות הינו ניהול עצמי של כאב הגב, שגרת חיים רגילה ובריאה ודבקות בפעילות גופנית. ה-Enhanced Translational Model Intervention (ETMI) הינו מודל התנהגותי קוגניטיבי, המשלב חשיפה לפעילות גופנית ומסרים מבוססי-מחקר, שמטרתם להרגיע את המטופל הדואג, להחזירו לשגרה ולפעילות גופנית

בטיפול בלקוחות. ממחקר זה עולה כי לשילוב התנסויות קליניות במכונים פרטיים ישנן השלכות עבור העוסקים בחינוך בפיזיותרפיה. שימוש במשאב זה יכול להגדיל את היצע מקומות ההכשרה לסטודנטים לפיזיותרפיה.

מילות מפתח: מגזר פרטי, לימודים קליניים, סטודנטים, שיבוץ להתנסות קלינית, למידה משולבת עשייה

Direct Access to Physical Therapy: Should Italy Move Forward?

Maselli, F., Piano, L., Cecchetto, S., Storari, L., Rossettini, G., Mourad, F.

Int. J. Environ. Res. Public Health 2022, 19, 555.

<https://doi.org/10.3390/ijerph19010555>

גישה ישירה לפיזיותרפיה: האם איטליה צריכה להתקדם?

תקציר

גישה ישירה לפיזיותרפיה (Direct Access to Physical Therapy - DAPT) היא היכולת של המטופל לפנות בעצמו לפיזיותרפיסט, ללא התייעצות מוקדמת עם איש מקצוע אחר. מודל טיפול זה יושם במערכות בריאות רבות בעקבות התוצאות טובות שהתקבלו בהשוואה למודלים המסורתיים של טיפול. המודל של DAPT מתמקד בעיקר בניהול הפרעות בשלד-שריר, בתנאים של עומס אפידמיולוגי עצום ועומס עבודה של מערכות הבריאות העולמיות. מבין אנשי המקצוע בתחום הבריאות, פיזיותרפיסטים הם אנשי המקצוע הנגישים ביותר לנהל כאבים ומוגבלויות הקשורים לליקויים במערכת שלד-שריר. נוסף על כך, ההנחיות המעודכנות ביותר ממליצות על DAPT כטיפול קו ראשון הודות ליחס העלות-תועלת שלה, הבטיחות שלה ושיעור הרצון של המטופלים.

בהשוואה להתערבויות אחרות, ה-DAPT אומצה גם כדי להתמודד ביעילות עם המשבר הנפוץ של ירידה במספר

On the job training in the dissection room: from physical therapy graduates to junior anatomy instructors

Peleg S, Yona T, Almog Y, Barash A, Pelleg-Kallevag R
BMC Medical Education (2022) 22:354
<https://doi.org/10.1186/s12909-022-03390-y>

הכשרה תוך כדי עבודה בחדר הדיסקציות: מבוגר בפיזיותרפיה למדריך צעיר באנטומיה

תקציר

רקע: הכשרתם של מדריכים צעירים ושל חברי סגל צעירים זכתה לתשומת לב רבה כפתרון אפשרי למחסור במדריכי אנטומיה מנוסים בפקולטות לרפואה ומקצועות הבריאות. כמה מחקרים תיארו את הכשרתם של מדריכים צעירים וחברי סגל צעירים ($\geq$ שנתיים של ניסיון בהוראה) באמצעות תהליכי הכשרה שונים. עם זאת, פרסומים מעטים עוסקים באימון תוך כדי עבודה (On the job training - OJT), המאפשר לאנשי סגל צעירים רפלקציה, הערכת ביצועים והתמודדות עם נקודות התורפה שלהם. פרסומים קודמים המתארים OJT לא כללו הדרכה רשמית של המדריך הצעיר (חבר סגל או אחר) על ידי מדריך ותיק. לכן, מחקר זה נועד להציג גישה חדשה להכללת OJT במהלך מעבדות האנטומיה בחדר הדיסקציה, המבוססת על מודל הלמידה ההתנסותית.

שיטות: שמונה בוגרי תואר ראשון בפיזיותרפיה גויסו כדי לשמש מדריכי אנטומיה צעירים למעבדות האנטומיה בחדר הדיסקציה. כולם השתתפו בתוכנית הכשרה ייחודית במהלך שנתיים אקדמיות רצופות (2017, 2018) וקיבלו OJT שהתקיימה במהלך מפגשי ההוראה. שני שאלונים מולאו כדי להעריך את ההשפעה החינוכית של תכנית ההכשרה. שמונים ושלושה תלמידי שנה א' בחוג לפיזיותרפיה השתתפו במעבדות האנטומיה בחדר הדיסקציה שלימדו המדריכים הצעירים, ומילאו שאלון המעריך את איכות ההוראה של המדריכים הצעירים והבכירים כאחד. כמו כן, הציונים הסופיים באנטומיה, שקיבלו תלמידים שהודרכו על ידי המדריכים

קבועה, וללמד את המטופל לנהל בעצמו את בעיית הגב לאורך חייו.

מטרת המחקר: לבחון את התפיסות ואת תוצאות הטיפול של מטופלים הסובלים מכאב גב כרוני, לאחר שעברו טיפול בשיטת ETMI.

שיטה: במחקר שנערך בשיטה המשולבת (mixed method) השיבו 30 מטופלים הסובלים מכאבי גב תחתון כרוני על שאלון מדדים עצמי ממוחשב (תפקוד, כאב ופחד והימנעות מתנועה), לפני ואחרי שעברו טיפול בשיטת ETMI. בתום סדרת הטיפולים, כל מטופל רואיין פנים-אל-פנים בראיון מובנה-למחצה, והראיון הוקלט, תומלל, קודד ונותח בכלים של ניתוח תוכן.

תוצאות: ניתוח התוצאות הכמותי הראה שיפור משמעותי בכל שלושת מדדי התוצאה - תפקוד, כאב ופחד מפני תנועה ($p < 0.001$) לאחר קבלת טיפול לפי מודל ETMI. נוסף על כך, ממוצע הטיפולים לסדרה בשיטת ETMI, עמד על 2.6 ± 0.6 , בהשוואה לממוצע הטיפולים השנתי לסדרה ב"מכבי-שירותי בריאות", שעומד על 4.1 ± 1.5 . בניתוח התוכן עלו שלוש תמות עיקריות: 1. התקשורת בין המטפל למטופל; 2. רכיבים פסיכו-סוציאליים בטיפול, ו-3. ETMI כפתרון לטווח ארוך עבור מטופלים הסובלים מכאבי גב תחתון כרוני.

מסקנות: ממצאי המחקר הנוכחי מדגישים את הצורך האמיתי של המטופלים הן בדיאלוג פתוח והן בהרגעה ובביטחון לגבי כאבי הגב שלהם. חשוב לציין כי מטופלים, ככלל, לא חשו קושי עם העובדה שהם לא קיבלו טיפול פסיכי. בהתאמה, יחד עם שיפור משמעותי במדדי התוצאה לאחר הטיפול, המטופלים תפסו את שיטת ETMI ככלי מעשי לניהול עצמי של בעיות הגב שלהם בטווח הארוך.

מילות מפתח: ניהול עצמי, כאב גב תחתון כרוני, פיזיותרפיה, תפיסות מטופלים, The Enhanced Transstheoretical Model Intervention (ETMI)

הצעירים, הושוו לציונים הסופיים של הסטודנטים שהודרכו על ידי מדריכים ותיקים.

תוצאות: כל מדריך אנטומיה צעיר השתתף בארבעה מפגשי OJT. בהתבסס על מדדים של דיווח עצמי, כל ההיבטים המקצועיים והדידקטיים של תכנית ההכשרה קיבלו ציון חציוני של 4.5 ומעלה מתוך 5 נקודות בסולם ליקרט. הציונים באנטומיה של הסטודנטים אשר הודרכו על ידי המדריכים הצעירים היו דומים לאלה של הסטודנטים שהודרכו על ידי המדריכים הוותיקים, והם היו מרוצים באופן דומה מאיכות ההוראה של מדריכי האנטומיה.

מסקנות: ניתן ליישם OJT במחלקה קטנה להכשרת פיזיותרפיסטים המתמודדת עם מחסור במדריכי אנטומיה. הכללת מדריכי אנטומיה צעירים במעבדות אנטומיה בחדר הדיסקציות, לסטודנטים לפיזיותרפיה, היא פתרון בן-קיימא למחסור במדריכי אנטומיה ותיקים. מחקר נוסף, הכולל קבוצה גדולה יותר עם מעקב ארוך יותר, יחזק את התוצאות הראשוניות המוצגות כאן.

מילות מפתח: חינוך באנטומיה, חינוך בפיזיותרפיה, הוראת עמיתים, מודל הלמידה ההתנסותית

גישה ישירה לפיזיותרפיה: היבטים אתיים-מקצועיים

ד"ר נואית ענבר^{1,2}, ירון טילינגר³

- 1 ועדת האתיקה של הפיזיותרפיסטים בישראל, ptethicsit@gmail.com
- 2 היחידה להפרעות תנועה, המרכז הרפואי איכילוב, תל אביב, ptnoit@gmail.com
- 3 מכבי שירותי בריאות, רכז אתיקה ארצי בפיזיותרפיה Tilinger_Y@mac.org.il

ביולי 2014, נתן משרד הבריאות בישראל משנה תוקף ליישום הגישה הישירה במערכת הציבורית בחוזר מנכ"ל המיועד למכונים בקהילה.⁶ בחוזר המנכ"ל מתוארים יתרונות הגישה: "הניסיון בעולם מראה כי גישה ישירה לפיזיותרפיה מביאה תועלת למטופלים ולמערכת הבריאות כולה. גישה זו משפרת תוצאות טיפול, מאפשרת מתן טיפול זמין ויעיל, מפחיתה עומס ואף מצמצמת עלויות". בהמשך, מוגדרים תנאי הבסיס והדרישות ליישום הגישה. למשל, נקבע כי נדרשות שנתיים של ניסיון קליני מתועד בהיקף של חצי משרה לפחות, ונדרשת הכשרה על-בסיסית מקצועית מתועדת, בהיקף של 60 שעות לפחות.

היום, יש בישראל כמה מאות פיזיותרפיסטים העובדים בגישה ישירה, ובהם: פיזיותרפיסטים עצמאיים (המבצעים ביקורי בית ו/או עובדים במסגרות פרטיות); פיזיותרפיסטים העובדים במכבי שירותי בריאות - הגישה הישירה הוטמעה במכבי לפני כשלוש שנים, לאחר בדיקת איכות ויעילות מקדימה ("פיילוט"); ופיזיותרפיסטים העובדים או המשרתים בצה"ל, ביחידות שיש בהן מכוני פיזיותרפיה. בהתייחס לצה"ל, מדובר בכ-70 יחידות ונראה שכ-90% מהחיילים הפונים לטיפול פיזיותרפי וזכאים לגישה הישירה מממשים את זכאותם.⁷

נייר העמדה של ועדת האתיקה של הפיזיותרפיסטים נכתב מתוך הכרה בכך שפיזיותרפיה היא תחום שנשען לא רק על תהליכי רציונליזציה קלינית (clinical reasoning), אלא

נייר העמדה שלפניכם פורסם על-ידי ועדת האתיקה של הפיזיותרפיסטים בישראל במרץ 2019, והוא עוסק בכמה מן ההיבטים האתיים של מתן טיפול פיזיותרפי שאינו תלוי בהפניה רפואית, קרי - טיפול שניתן בגישה ישירה (direct access/self-referral).

במהלך שני העשורים האחרונים הוטמעה הגישה הישירה לשירותי הפיזיותרפיה במדינות רבות, בהן קנדה, הולנד, אוסטרליה, מדינות בריטניה ורוב מדינות ארה"ב, וגם בצבא האמריקאי.^{2,1} בשנת 2011, פרסם ארגון הפיזיותרפיה העולמי (WCPT) נייר עמדה בנושא, התומך בהטמעת הגישה הישירה. בשנת 2019, פרסם הארגון עדכון לאותו נייר עמדה, לאור ספרות שהצטברה בנושא והצביעה על היתרונות הקליניים והמערכתיים של גישה זו.³ הארגון הדגיש את חשיבותה של הגישה הישירה השווה לכל, או במונחים המתאימים לישראל - את התפקיד החשוב שיש לשירותי הבריאות הציבוריים בהטמעת הגישה. נוסף על כך, הארגון מצא שלפיזיותרפיסטים יש הידע והמיומנויות המאפשרים, כבר בסיום ההכשרה הבסיסית, לטפל בגישה ישירה באופן מיטיב. עם זאת, הודגש ש"יש להגביר מודעות לאחריות המקצועית, האתית והחוקית במתן טיפולי פיזיותרפיה בגישה ישירה".³ הצורך בהרחבת ההכשרה הייעודית עולה גם ממחקרים נוספים בתחום, המצביעים על יתרונותיה הבולטים של הגישה, בצד החשיבות הרבה שיש בחידוד מיומנויות מקצועיות ספציפיות ובהגברת שיתוף הפעולה הרב-תחומי.^{5,4}

מקורות

1. פרק א', יעקבסון א', אפק א'. 2014. גישה ישירה בפיזיותרפיה, הרפואה, 173(7):415-417.
http://www.jipts.com/_Uploads/dbsAttachedFiles/Phys16-3_Gisha-Yeshira.pdf
2. Bury, T. J., & Stokes, E. K. 2013. A global view of direct access and patient self-referral to physical therapy: implications for the profession. *Physical therapy*, 93(4), 449-459.
3. Direct access and patient/client self-referral to physical therapy Policy statement, World Physiotherapy, 2019. Retrieved from: <https://world.physio/sites/default/files/2020-04/PS-2019-Direct-access.pdf>
4. Budtz, C. R., Rønn-Smidt, H., Thomsen, J. N. L., Hansen, R. P., & Christiansen, D. H. 2021. Primary care physiotherapists ability to make correct management decisions-is there room for improvement? A mixed method study. *BMC family practice*, 22(1), 1-10.
5. Igwesi-Chidobe, C. N., Bishop, A., Humphreys, K., Hughes, E., Protheroe, J., Maddison, J., & Bartlam, B. 2021. Implementing patient direct access to musculoskeletal physiotherapy in primary care: views of patients, general practitioners, physiotherapists and clinical commissioners in England. *Physiotherapy*, 111, 31-39.
6. חוזר מנהל הרפואה מס' 27/2014, גישה ישירה לפיזיותרפיה.
https://www.health.gov.il/hozer/mr27_2014.pdf
7. פרק א', בן-עמי נ'. 2021. גישה ישירה לפיזיותרפיה בתחום רפואת השלד-שריר - מודל שירות מועדף, כתב העת לפיזיותרפיה, 23(2):13-18.
http://www.jipts.com/_Uploads/dbsAttachedFiles/13-18.pdf
8. Doherty, R. F. 2020. *Ethical Dimensions in the Health Professions-E-Book*. Elsevier Health Sciences.

גלומים בו גם תהליכי רציונליזציה אתית (ethical reasoning), טיפול בגישה ישירה הוביל לא רק להרחבת היקף האחריות הטיפולית בתהליך האבחון והזיהוי של "דגלים אדומים" וכדומה, אלא גם חידד את הצורך בדיון מעמיק בהיבטים האתיים-מקצועיים בעבודתם של פיזיותרפיסטים הפועלים בגישה זו - הן במגזר הפרטי והן במערכת הציבורית. למשל, לאור העיסוק הנרחב באבחון עלה הצורך בהעמקת הידע לגבי אמירת אמת (truth telling) - נושא שמעסיק מטפלים מתחום הרפואה וממקצועות הבריאות, אתיקאים ופילוסופים, והספרות אודותיו עשירה ומרתקת.

נייר העמדה שלפניכם נועד להעלות את המודעות להיבטים האתיים הייחודיים לטיפול בגישה ישירה, והוא בבחינת "צעד ראשון" בדרך להרחבת הידע והעיסוק באתיקה-מקצועית בתחום זה.

ועדת האתיקה מזמינה אתכם, העובדים בגישה הישירה, לשתף אותנו בדילמות אתיות-מקצועיות ייחודיות לעשייה המקצועית בגישה זו: ptethicsit@gmail.com.



המועצה העליונה של הפיזיותרפיה בישראל
ועדת האתיקה של הפיזיותרפיסטים בישראל

גישה ישירה לפיזיותרפיה: היבטים אתיים-מקצועיים

נייר עמדה

פורסם לראשונה: מרץ 2019; עודכן: מאי 2022

רקע

מקצוע הפיזיותרפיה נמצא בתהליכי הרחבת האוטונומיה ומעבר הדרגתי למתן טיפול פיזיותרפיה כקו ראשון, בגישה ישירה. גישה ישירה מוגדרת באופן הבא: שירותי פיזיותרפיה הערכה תפקודית, אבחון וטיפול הניתנים לפונה ללא הפניית גורם רפואי. המונחים המקובלים באנגלית הם: Direct Access, Direct Approach, First Contact, Self-Referral.

מאז חקיקת חוק הסדרת העיסוק במקצועות הבריאות (התשס"ח, 2008), נאסף מידע מן העולם, נוסחו תכניות עבודה, התבסס ממשק להכשרה מקוונת למתן טיפול בגישה ישירה, ובחלק ממסגרות הטיפול בוצעו תהליכי הטמעה של הגישה. הנעת התהליך מלווה בחידוד והעמקה של ידע מקצועי, הטמעת שינויים ארגוניים, יחד עם מתן תשומת לב להיבטים אתיים ייחודיים.

הספרות מצביעה על כך שגישה ישירה לפיזיותרפיה יעילה – הן מבחינה קלינית והן מבחינה מערכתית ומביאה תועלת למטופלים ולמערכת הבריאות כולה (אנא ראו את רשימת המקורות). בחוזר מנהל הרפואה העוסק בגישה ישירה לפיזיותרפיה במכוני קופות החולים (חוזר מס' 27/2014), מודגש ש"גישה זו משפרת תוצאות טיפול, מאפשרת מתן טיפול זמין ויעיל, מפחיתה עומס ואף מצמצמת עלויות". לפיכך, המעבר לגישה ישירה בפיזיותרפיה הוא תהליך נכון ומתבקש המבשר על המשך ביסוסה והתפתחותה של הפרופסיה.

במקומות שונים בעולם ניתן לקבל טיפול פיזיותרפי בגישה ישירה מזה כמה עשורים. התהליך החל בארה"ב כבר בשנות ה-70 והמשיך באוסטרליה ובאירופה. הספרות המחקרית בנושא עוסקת במגוון היבטים: דרישות ידע (הכשרה מקצועית), יעילות קלינית, זמינות, חלוקת משאבים, ניהול סיכונים ותקשורת בין דיסציפלינות. מתוך הספרות עולה, שלגישה הישירה יתרונות רבים, ולצד, מתעוררות שאלות בנושאים אתיים-מקצועיים הדורשים המשגה, דיון ועקרונות מנחים להתנהלות אתית-מקצועית.

יש לציין, שגם הטיפול הפיזיותרפי בסקטור הפרטי מתבצע לרוב ללא הפניית רופא, ומבחינה זו העשייה המקצועית במכונים הפרטיים ובביקורי הבית הפרטיים היא עבודה בגישה ישירה. מתוך ראייה זו, נייר העמדה שלפניכם פונה גם לפיזיותרפיסטים עצמאיים.

*נייר העמדה כתוב בלשון זכר אך מתייחס לכל קוראיו וקוראותיו.

הצורך בנייר העמדה

המעבר לגישה ישירה מעורר שאלות ותהיות אתיות-מקצועיות ומעצים דילמות המוכרות לפיזיותרפיסטים. להלן כמה דוגמאות לסוגיות אלה:

- **ניחול רשומה רפואית:** כיצד נכון להתמודד עם בקשה של מטופל לדיווח שאיננו מדויק בתיק הרפואי (בעקבות תביעה אזרחית, בקשה לפיצויים, תביעה לביטוח לאומי, וכדומה)? בתייחס לשאלה זו, יש להדגיש שדיווח אמת ברשומה רפואית מתחייב על פי חוק. יחד עם זאת, יש מקרים בהם לבחירת המילים, להדגשה של מונחים מסוימים על-פני אחרים וכיוצא באלה, עשויה להיות השפעה על קורא-הרשומה ועל אופן הבנתו את מצבו של החולה המתואר. אילו כלים יש לפיזיותרפיסט כדי להתמודד עם בקשות מסוג זה?
- **טיפול ב"דגלים אדומים":** מה מצופה מפיזיותרפיסט שמזהה דגל אדום? האם יש הבדל בהתמודדות עם ממצאי ראיון/בדיקה חריגים בין פיזיותרפיסט המטפל באדם שיש לו הפנייה רפואית ובין מי שמטפל בגישה ישירה? משאלות אלה נגזרות שאלות נוספות, למשל: האם צפוי הבדל בהיקף ההסבר לגבי הצורך בפנייה לאבחון רפואי? האם באחריותו של הפיזיותרפיסט המטפל בגישה הישירה לוודא שנוצר קשר בין המטופל לבין הגורם הרפואי הנדרש? האם באחריותו לעקוב אחר המשך הבירור הרפואי ותוצאותיו? במילים אחרות, האם ישנה ציפייה להיקף מעורבות ואחריות שונה בהשוואה בין טיפול שיש לו "כתובת" רפואית ידועה לעומת טיפול ללא רופא מפנה ברקע?
- **דיווח על "מידע חריג":** כיצד ראוי להתמודד עם מידע שיש בו סכנה למטופל עצמו או לסביבתו? למשל, מטופל המתאר צריכת סמים, אי היענות לבדיקות או לטיפול רפואי (נושאים שהם מחוץ לחובת הדיווח על פי חוק)? כיצד יש לנהוג במצבים בהם המטופל מבקש שלא לשתף גורם מקצועי נוסף?
- **ניחול הקשר עם סוכני ציוד רפואי:** באילו מצבים מתקיימים הסכמי התקשרות עם סוכנים של ציוד רפואי? אילו סוגיות אתיות-מקצועיות עלולות להתעורר בהסכמים הכוללים תמורה לפיזיותרפיסט מצד הסוכן?
- **כשירות רפואית לנהיגה:** לפי חוק, חובתו של הרופא המטפל להודיע למכון הרפואי לבטיחות בדרכים (המרב"ד) על מטופל נוהג, המאובחן עם מחלה או מצב בריאות שבנהיגתו עלול לסכן את עצמו ו/או זולתו (חוזר מנהל הכללי 35/09). למשל, יש להודיע למרב"ד במקרים של "הפרעות בשיווי משקל העלולות להשפיע על כושר נהיגה" (סעיף 4-יא), או "ליקויים אורטופדיים והפרעות מוטוריות המפרעות לתפעול תקין של כלי הרכב" (סעיף 4-יג), ועוד. נשאלת השאלה, מה היקף אחריותו של הפיזיותרפיסט במקרים אלה, כאשר אין רופא בתמונה?

מטרות נייר העמדה

- הצגת ערכי על-ביו-אתיים רלוונטיים והדגמת דילמות אתיות-מקצועיות אופייניות לטיפול בגישה ישירה - זיהוי הערכים המתנגשים.
- מתן המלצות להתמודדות יעילה עם דילמות אלה, במטרה לכוון את אנשי המקצוע לסייע להצלחת תהליך הטמעת הגישה.

ערכי-על ועקרונות אתיים-מקצועיים אוניברסליים

בפרק זה מפורט שישה מתוך ערכי-העל האתיים היכולים לשמש כמצפן לתהליכי קבלת החלטות אתיות מקצועיות בעת אימוץ הגישה הישירה. נזכיר, שרשימת ערכים זו מופיעה בקוד האתי של הפיזיותרפיסטים (ינואר, 2018) שם תוכלו למצוא הסבר מפורט לגבי כל ערך. בדברים הבאים, העקרונות יוצגו בקצרה בהקשרם למתן טיפולי פיזיותרפיה בגישה ישירה:

- **כבוד האוטונומיה (Respect for Autonomy):** בגישה ישירה יש ביטוי להעצמת האוטונומיה של המטופל, כשמתאפשרת לו הבחירה העצמאית לפנות לפיזיותרפיה ללא גורם מתווך/מפנה.
- **הטבה (Beneficence):** בהנגשת הטיפול הפיזיותרפי וקיצור תהליך ההגעה למטפל, יש ביטוי לחתימה להטבה. בנוסף, הפיזיותרפיסט פוגש את המטופל כ'קו ראשון' בטיפול, ויש בכך הרחבה של האחריות והמחויבות לעשיית הטוב למטופל בהסתכלות כוללת והוליסטית על מצבו.
- **אי-גרימת נזק (Non-maleficence):** בגישה ישירה, הימנעות מגרימת נזק מחייבת הרחבה והעמקה של ידע, לצד הכרה ברורה בגבולות מקצוע הפיזיותרפיה.
- **רעות (Collegiality):** בגישה ישירה, הפיזיותרפיסט אמנם מקבל את המטופל כ'קו ראשון', אך איננו 'קו יחיד'. במילים אחרות, ישנה ציפייה מקצועית לשיח-מפנה, להצגת מגוון אפשרויות הטיפול המומלצות, לשיתופי פעולה מקצועיים ולתקשורת רב-תחומית שבה המטופל במרכז והצוות הרב מקצועי פועל למענו.
- **אמירת אמת (Truth Telling):** בגישה ישירה הפיזיותרפיסט הוא המאבחן, המסביר, המציע והמטפל, ועל כן יש לו אחריות מיוחדת בניהול השיחה – בחירת המילים, האינטונציה, אופן "הגשת" האבחנה, האמצעים לטיפול בה והפרוגנוזה התפקודית. נקודה זו מתחדדת כשמתבררים "דגלים אדומים" ועולה הצורך באמירת אמת ובהפניה להמשך בירור רפואי.
- **אמון ואמינות (Honesty and Reliability):** בגישה ישירה הפיזיותרפיסט עשוי להיות איש המקצוע היחיד המתעד את המצב הרפואי-תפקודי של המטופל, ומכאן עולה המחויבות האתית והחוקית להקפיד על דיווח מדויק, להימנע מכל הטיה והטעייה בתיאור מצבו של המטופל בתיק הרפואי, גם נוכח לחץ אפשרי מצד גורם שלישי (סוכני ציוד רפואי, עורכי דין וכדומה), ואף מצד המטופל עצמו או בני משפחתו.

המלצות מעשיות

ההמלצות המובאות בזה, נאספו מתוך הספרות (בעיקר מארה"ב וממערב אירופה), ומחוויותיהם של פיזיותרפיסטים בארץ העובדים בגישה ישירה. אנו צופים, שכלל שהפעילות המקצועית בגישה הישירה תתבסס ותתרחב, כך תעמיק ההבנה לגבי לבטים אתיים-מקצועיים ייחודיים. ככלל, הוועדה ממליצה לכל הארגונים הפועלים להטמעת ה"גישה הישירה" להיות ערים לדילמות אתיות שעשויות להתעורר מדי יום, לשתף בידע המצטבר מתוך ניסיונם ולפתח כלים להתמודדות עם דילמות אתיות ייחודיות. נזכיר, שכפי שגופי הבריאות הציבוריים נערכים לעבודה בגישה הישירה, כך גם העובדים בסקטור הפרטי נדרשים ליישום המלצות נייר העמדה מתוך הבנה שפיזיותרפיסט העובד באופן פרטי מחויב לאותן נורמות מקצועיות.

להלן ההמלצות:

- א. במתן טיפול פיזיותרפי בגישה ישירה, ייתכנו מצבים בהם הרשומה היחידה בנושא הטיפול מנוסחת על-ידי הפיזיותרפיסט. לפיכך, יש להקפיד ולוודא שהנוסח הנבחר משקף נאמנה את תפקודו של המטופל, בהתאם למפורט בחוזרי המנהל הכללי הבאים: 6/1996, 9/2019, 2/2020. מומלץ להגדיר קווים מנחים ולחדד את יכולות כתיבת הדיווח לגורמי-חוץ באשר למצבו של המטופל, תוך תשומת לב לעקרונות אתיים בסיסיים (יושר, יושרה אמון, אמינות ואמירת אמת). בעניין זה נכללים מכתבי הפנייה למקצועות הרפואה והבריאות, לספקי שירותים רפואיים (ציוד רפואי, אביזרי עזר, וכו'), לגורמים מבטחים (ביטוח לאומי, ביטוחים משלימים וכדו'), ועוד.
- ב. יש לפעול להרחבה ועדכון מתמיד של ידע קליני, בדגש על זיהוי מצבים הדורשים בירור רפואי ('ידגלים אדומים'), במטרה לקבל החלטה מקצועית ולבחור את אופן הפעולה הנדרש: לטפל; לטפל ובמקביל להפנות לבירור רפואי; לא לטפל ולהפנות לבירור בקהילה; או, האם במקרה שלפניך נכון להמליץ לפנות לבירור מיידי (רפואה דחופה/מיון).
- ג. מומלץ לייצר ממשקי עבודה נגישים ודרכי תקשורת יעילות בין הפיזיותרפיסט לשאר הגורמים המטפלים הרלוונטיים, במטרה לייצר מעטפת נוחה לתקשורת רב-תחומית. למשל, באמצעות תיק רפואי שיאחד את כל הגורמים המטפלים ויאפשר לעקוב אחר הטיפולים הרפואיים הנוכחיים, לאתר וליצור קשר עם אנשי המקצוע המעורבים בטיפול, ועוד.
- ד. מומלץ להסדיר את הקשר העסקי בין פיזיותרפיסטים ובין ספקי ציוד: לצד היתרון בהיכרות ועבודה משותפת עם ספקי שירותים קבועים (שמירה על איכות הציוד, תיקון ציוד כשנדרש וכיו"ב), עלולים להיווצר גם קשרים כלכליים שאינם ראויים.
- ה. בהכשרת הפיזיותרפיסטים לעבודה בגישה ישירה ובתהליכי ריענון הידע, יש לשלב עיסוק תיאורטי ופרקטי באתיקה, כולל היכרות עם ספרות רלוונטית, קריאת נייר עמדה זה, קיום דיונים פעילים לגבי דילמות אתיות ספציפיות, ושיתוף עמיתים בניסיון המצטבר ובתהליכי למידה אלה.

סיכום

המעבר לגישה ישירה מביא אתו הרחבה של תחומי האחריות ומידת המעורבות של פיזיותרפיסטים בתוך מערכות רב-תחומיות, יחד עם אתגרים אתיים-מקצועיים. ועדת האתיקה קוראת למנהלים ולפיזיותרפיסטים בסקטור הציבורי והפרטי להטמיע את ההמלצות המובאות בנייר עמדה זה, לקיים דיונים בשאלות אתיות ולשתף את הקהילה המקצועית בדילמות המתעוררות בפרקטיקה היומיומית.

מקורות

- פרג, א., יעקבסון, א., אפק, א. (2014). גישה ישירה בפיזיותרפיה, *הרפואה*, 173(7): 415-417.
- http://www.jipts.com/Uploads/dbsAttachedFiles/Phys16-3_Gisha-Yeshira.pdf
- פרג, א., בן-עמי, נ. (2021). גישה ישירה לפיזיותרפיה בתחום רפואת השלד-שריר - מודל שירות מועדף, *כתב העת לפיזיותרפיה*, 23(2): 13-18.
- <http://www.jipts.com/Uploads/dbsAttachedFiles/13-18.pdf>
- חוזר מנהל הרפואה מס' 27/2014, לקוח מתוך: https://www.health.gov.il/hozer/mr27_2014.pdf

- Budtz, C. R., Rønn-Smidt, H., Thomsen, J. N. L., Hansen, R. P., & Christiansen, D. H. (2021). Primary care physiotherapists ability to make correct management decisions—is there room for improvement? A mixed method study. *BMC family practice*, 22(1): 1-10.
- Bury, T. J., & Stokes, E. K. (2013). A global view of direct access and patient self-referral to physical therapy: implications for the profession. *Physical therapy*, 93(4): 449-459.
- Demont, A., Bourmaud, A., Kechichian, A., & Desmeules, F. (2021). The impact of direct access physiotherapy compared to primary care physician led usual care for patients with musculoskeletal disorders: a systematic review of the literature. *Disability and rehabilitation*, 43(12): 1637-1648.
- Doherty, R. F. (2020). *Ethical Dimensions in the Health Professions-E-Book*. Elsevier Health Sciences.
- Foster, N. E., Hartvigsen, J., & Croft, P. R. (2012). Taking responsibility for the early assessment and treatment of patients with musculoskeletal pain: a review and critical analysis. *Arthritis research & therapy*, 14(1): 205-214.
- Goodwin, R. W., & Hendrick, P. (2016). Physiotherapy as a first point of contact in general practice: A solution to a growing problem? *Primary Health Care Research and Development*, 6(1): 489-502
- Halfpap, J., Riebel, L., Tognoni, A., Coller, M., Sheu, R. G., & Rosenthal, M. D. (2022). Improving Access and decreasing healthcare utilization for patients with acute spine pain: Five-year results of a direct access clinic. *Military Medicine*, 1-7.
- Holdsworth, L. K., Webster, V. S., McFadyen, A. K., & Scottish Physiotherapy Self Referral Study Group. (2008). Physiotherapists' and general practitioners' views of self-referral and physiotherapy scope of practice: results from a national trial. *Physiotherapy*, 94(3): 236-243.
- Hon, S., Ritter, R., & Allen, D. D. (2021). Cost-effectiveness and outcomes of direct access to physical therapy for musculoskeletal disorders compared to physician-first access in the United States: systematic review and meta-analysis. *Physical Therapy*, 101(1): 1-11.
- Igwesi-Chidobe, C. N., Bishop, A., Humphreys, K., Hughes, E., Protheroe, J., Maddison, J., & Bartlam, B. (2021). Implementing patient direct access to musculoskeletal physiotherapy in primary care: views of patients, general practitioners, physiotherapists and clinical commissioners in England. *Physiotherapy*, 111: 31-39.
- Mitchell, J. M., & De Lissovoy, G. (1997). A comparison of resource use and cost in direct access versus physician referral episodes of physical therapy. *Physical therapy*, 77(1): 10-18.
- Moffatt, F., Goodwin, R., & Hendrick, P. (2018). Physiotherapy-as-first-point-of-contact-service for patients with musculoskeletal complaints: understanding the challenges of implementation. *Primary health care research & development*, 19(2): 121-130.
- Praestegaard, J., Gard, G., & Glasdam, S. (2013). Practicing physiotherapy in Danish private practice: an ethical perspective. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 16(3): 555-564.

כלי מדידה להערכה של סיכון לפתח פצעי לחץ

ד"ר מיכל אלבוים-גביזון BPT, PhD

החוג לפיזיותרפיה, הפקולטה למדעי הרווחה והבריאות, אוניברסיטת חיפה

כיסא גלגלים, כגון נפגעי עמוד שדרה, או אנשים עם מחלות נוירולוגיות, אנשים באשפוז ממושך, לפני או אחרי ניתוח, ובמצבי שבריריות.³ שינויים תלויי גיל בעור של הקשיש מהווים גם כן גורם סיכון להתפתחות של פצעי לחץ.^{3,1}

פצעי לחץ הם אתגר משמעותי עבור מערכות הבריאות בארץ ובעולם, ויש להם השלכות כלכליות משמעותיות.^{3,1} ברמת הפרט - פצעי לחץ עלולים לגרום לירידה באיכות החיים, לעלייה גדולה בשיעורי התחלואה, לתמותה ולנטל כלכלי.^{3,1} היארעות של פצעי לחץ ניתנים למניעה על-ידי טיפול רפואי.⁵ בהתאם, שכיחות התופעה של פצעי לחץ מהווה מדד מקובל בעולם לאיכות השירות הרפואי.^{3,1}

דו"ח שפרסם האגף להבטחת איכות במשרד הבריאות ביולי 2018 מראה כי הנתונים על שכיחות פצעי הלחץ בארץ הם מטרידים בנוגע לרמת המניעה והטיפול בתופעה זו בבתי החולים הכלליים והגריאטריים.⁸ מן הדו"ח עולה כי השיעור הממוצע של מטופלים עם פצעי לחץ ב-27 בתי חולים כלליים בארץ (ב-121 מחלקות שונות) היה 9% (עם שכיחות בטווח רחב של 0%-32%). על פי הדו"ח: "ממצא זה דומה לשכיחות במדינות אחרות בעולם ואף גבוה מהם".⁸ שכיחות של פצעי לחץ גבוהה יותר נמצאה בבתי חולים קטנים, בבתי חולים בבעלות ציבורית, ובבתי חולים בפריפריה.⁸

הדו"ח מתייחס גם למקצוע הפיזיותרפיה, וטוען כי מקרב המאובחנים עם פצעי לחץ, 75% זכו לייעוץ של אחות פצעים, אך רק שליש קיבלו ייעוץ של פיזיותרפיה.⁸ מחברי הדו"ח מדגישים שבצוות המייעץ לטיפול בלטה נוכחות של אחיות, אבל: "נוכחות דלה ביותר" של פיזיותרפיסטים ודיאטנים.⁸ נתון עגום נוסף הקשור לתחום המקצוע שלנו הוא שרק 43% מהמטופלים עם פצעי לחץ קיבלו מזון דינמי, ורק 19% מן המטופלים קיבלו כרית הושבת מתאימה.⁸ הנתונים בבתי החולים הגריאטריים היו עגומים יותר. בין ההמלצות של

כל סטודנט בסוף השנה הראשונה ללימודי הפיזיותרפיה יודע לצטט מתוך שינה את הקביעה, שאחת ממטרות הטיפול הפיזיותרפיסטי היא מניעה של פצעי לחץ אצל מטופלים.

אכן, אחוז ניכר של פיזיותרפיסטים פוגשים במטופלים הנמצאים בסיכון מוגבר לפתח פצעי לחץ במגוון מסגרות טיפול. בישראל צוותי הסיעוד הם הסמכות הרפואית המופקדת על הטיפול בפצעי לחץ. עם זאת, לפיזיותרפיסט יש תפקיד חשוב בזיהוי מטופלים בעלי סיכון גבוה לפתח פצעי לחץ, ובהטמעה של אסטרטגיות מניעה בין אנשי הצוות הרב-מקצועי. זאת בפרט לאור המגמות הטיפוליות הנוכחיות של שיקום פיזיותרפי ביתי ושל טיפול פליאטיבי המחייבות ידע זה. גם למגפת הקורונה ישנן השלכות על היווצרות פצעי לחץ. נמצא שחולים קשים ב-COVID-19, המאושפזים בבתי החולים, נמצאים בסיכון גבוה לפתח פצעי לחץ, כולל בתת-סוג ייחודי המכונה device-related pressure injury, אשר נובע ממגע ממושך עם אביזר רפואי.¹ למקצוע הפיזיותרפיה ישנם גם כלי טיפול ייחודיים (כגון גירויים חשמליים), שניתן לשלבם בעבודת הצוות הסיעודי כדי למטב את הטיפול בפצעי לחץ.² תפקידיו של הפיזיותרפיסט מחייבים שארגז הכלים המקצועי שלו יכלול כלי להערכת הסיכון לפתח פצעי לחץ.

ההגדרה של פצע לחץ היא: "נזק ממוקד בעור וברקמות שמתחתיו". פצעי לחץ יכולים להתפתח בכל גיל, בתנאים של לחץ פיזי מתמשך על העור (עם/בלי כוחות גזירה) בעוצמה מספקת ליצירת איסכמיה של רקמות.³ פצע לחץ מופיע לרוב מעל אזור גרמי או כתוצאה ממגע ממושך עם אביזר רפואי.⁴⁻³ המקומות השכיחים ביותר לפצעי לחץ בקרב מבוגרים הם מעל בליטות גרמיות באזור עצם העצה (sacrum), הירך והקרסול,³ בעוד שבפגים וביילודים המקום השכיח הוא באזור העורף (occiput).³ הסיכון להתפתחות של פצעי לחץ מתגבר בקרב אוכלוסיות עם מוגבלות תנועתית או עם ליקויים תחושתיים. לכן אוכלוסיות בסיכון הם אנשים המרותקים למיטה/

ערך הניבוי החיובי (positive predictive value) נע בין 7%-100%, וערך הניבוי השלילי (negative predictive value) נע בין 18%-93%.^{7,3} למיטב ידיעתי, אין נתונים בספרות על מהימנות הכלי. בשל נוחות השימוש בכלי הזה הוא מקובל בשימוש, וזאת למרות הביקורת על תקפותו של הכלי, בעיקר בנוגע לרגישות וליכולת הניבוי שלו, ולמרות העובדה שהוא אינו כולל תחומי סיכון משמעותיים, כגון מצב סנסורי וכוחות גזירה המופעלים על אזור הפצע.⁷

Braden Scale

סולם ברדן פותח בשנת 1987 על סמך סקירת ספרות בנושא פצעי לחץ.⁹ כלי זה בודק שישה מדדים: רמת פעילות, רמת ניידות, מצב תזונתי, רמת הלחות של העור, מצב תחושותי ומציאות של חיכוך וגזירה. כל מדד מדורג בסולם של 1 ל-4, פרט למדד חיכוך וגזירה - המדורג בין 1 ל-3. ככל שהציון נמוך יותר, כך עולה הסיכון לפתח פצעי לחץ. טווח הציונים נע בין 6-23. מפתחי הכלי דיווחו על נקודת חתך של ציון 16 או מתחתיו, אך כיום נקודת החתך המקובלת היא ציון 18 או מתחת.^{4,3} התכונות הפסיכומטריות של הכלי נבחנו בקרב אוכלוסיות שונות ובכמה מחקרים, ונמצא כי טווח הרגישות הוא 38%-85% וטווח הספציפיות - 58%-100%.^{4,3} ערך הניבוי החיובי נע בין 8%-100%, וערך הניבוי השלילי נע בין 17%-96%.³ נמצא כי המהימנות בין הבודקים היא 88%, והיא תלויה בניסיון של הבודק.^{4,3}

להלן קישור לשאלון: [Braden_Scale.pdf \(in.gov\)](https://www.in.gov/Braden_Scale.pdf)

מחברי הדו"ח נכתב: "להעלות את מספר הפיזיותרפיסטים למתן טיפול וייעוץ למטופלים עם פצעי לחץ פעילים בבתי"ח הכלליים ולשתף יותר בימי העיון, בלומדות ובהכשרות צוותים ממקצועות הבריאות השונים כגון דיאטנים ופיזיותרפיסטים".⁸

במסגרת מדור זה אציג את שלושת כלי ההערכה הנפוצים ביותר להערכה של הסיכון לפתח פצעי לחץ: Norton scale, Waterlow scale, Braden scale. השימוש בהם מאפשר הערכה של רמת הסיכון של המטופל בעת הקבלה שלו לטיפול ולאורך זמן.⁶

The Norton Pressure Sore Risk-Assessment Scale Scoring system

סולם זה פותח בשנת 1962 באנגליה, והינו בין הסולמות הראשונים להערכה של הסיכון לפתח פצעי לחץ על סמך ניסיון קליני בקשישים.⁷ הסולם מתבסס על חמישה מדדים: מצב בריאותי (פיזי), מצב נפשי, רמת פעילות, רמת ניידות ושליטה בסוגריים (תרשים 1), והציון עבור כל פריט נע בין 1, מצב רע, ו-4 - מצב טוב. טווח הציונים הוא 5-20; ככל שהציון נמוך יותר, כך הסיכון לפתח פצעי לחץ עולה. אין הסכמה בספרות לגבי נקודת החתך של סולם זה, עם דווחים כי ציון שווה ל-14-16 או מתחתיו מעיד על סיכון לפתח פצע לחץ.⁷ התכונות הפסיכומטריות של הכלי נבחנו בקרב אוכלוסיות שונות בכמה מחקרים.⁷ נמצא כי טווח הרגישות של הסולם 76%-87% וטווח הספציפיות שלו 59%-75%.

תרשים 1: מדדי סולם נורטון

המדד	4	3	2	1
מצב בריאותי (פיזיקלי)	טוב	סביר	לא טוב	רע מאוד
מצב נפשי	ער	אפאתי	מבולבל	חסר הכרה (stupors)
רמת פעילות	עצמאי	הליכה עם תמיכה	מרותק לכיסא גלגלים	מרותק למיטה
רמת ניידות	מלאה	מוגבלות חלקית	מוגבלות רבה מאוד	חוסר ניידות
שליטה בסוגריים	שליטה מלאה	שליטה חלקית	אי - שליטה במתן שתן	אי-שליטה במתן שתן וצואה

הערה - הכלי תורגם מאנגלית לעברית בתרגום חופשי על ידי כותבת המדור.

מתאים בעיקר למטופלים השוהים באשפוז. עם זאת, אלה הכלים המקובלים בשימוש, וההמלצה היא להשתמש בהם בשלב הזה בהתאם למטופל. ייתכן שיש מקום להשתמש ביותר מכלי אחד, ובמקביל יש לפעול על פי ההנחיות הקליניות למניעת פצעי לחץ.

מעניין לציין שבחוזר מנכ"ל של משרד הבריאות משנת 2019 למניעה וטיפול בפצע לחץ במערך האשפוז והקהילה, אין המלצה על כלי ספציפי אלא מצוין שיש לבצע "אומדן וסיכוי של מטופל בסיכון לפתח פצעי לחץ באמצעות כלי אומדן המותאם לגיל המטופל במערך האשפוז והקהילה".³ מחברי החוזר גם מציינים שכלי זה צריך לכלול "התייחסות לפחות לתחומים הבאים: ניידות, מצב הכרה, שליטה בסוגרים, מידת עצמאות בחיי יום-יום".³ עוד מצוין "שלכל מטופל בסיכון לפתח פצעי לחץ יש לבצע הערכה ובדיקה של שלמות העור ולבצע סיקור תזונתי"³ וכן: "להתייחסות ושימת לב מיוחדת למחלות רקע נלוות, כגון סוכרת וכלי דם, לרבות טיפול תרופתי כגון סטרואידים".³ ללא כל ספק, עולה הצורך לבנות כלי חדש תקף ומהימן להערכת הסיכון לפתח פצעי לחץ, ועד אז, ההמלצה היא שימוש מושכל בכלים הקיימים.

Waterlow Risk Assessment Scale

סולם זה פותח בשנת 1985 בעיקר בעבור מטופלים שעברו ניתוח או מטופלים המאושפזים בבתי חולים. הסולם מכיל שבעה מדדים: Body mass index, מגדר, גיל, הערכה ויזואלית של העור, שליטה בסוגרים, רמת ניידות, תיאבון/הרגלי הזנה, ומרכיב נוסף הנקרא "גורמי סיכון נוספים" (כגון זמן ניתוח, נטילת תרופות, רמת המוגלובין, מחלות רקע נירולוגיות).⁶ טווח הציונים נע בין 0-51, ככל שהציון גבוה כך גדל הסיכון לפתח פצעי לחץ. נקודת החתך המדווחת היא ציון 10 או מעליו.⁷ נמצא כי הכלי בעל רגישות נמוכה וספציפיות גבוהה.⁷ אין מספיק מחקרים שיאפשרו לקבוע בוודאות את התוקף המקביל (Concurrent validity) של הכלי בהשוואה לסולמות ההערכה אחרים (סולם נורטון וסולם ברדן).⁷ נמצא כי רמת המהימנות בין הבודקים נמוכה (מידת ההסכמה בין הבודקים היא 25%), כנראה פועל יוצא של הגדרות בלתי מובחנות דיין של המרכיבים השונים והמיומנות הנמוכה של הבודקים.⁷ אין הסכמה לגבי קלות השימוש בו, משום שמקצתם סוברים שהכלי מסורבל.⁷ להלן קישור לשאלון:

https://www.healthcareimprovementscotland.org/programmes/patient_safety/tissue_viability_resources/waterlow_risk_assessment_chart.aspx

סיכום

במדור זה נסקרו שלושת הכלים המקובלים בארץ להערכת רמת הסיכון לפתח פצעי לחץ. יש לציין שלמיטב ידיעתי אף אחד מן השאלונים לא תורגם לעברית כמקובל, ולא עבר בדיקת מהימנות ותקפות. למרות השימוש הקליני הרב בכלים אלו, בדיקת התכונות הפסיכומטריות של המחקרים השונים מעוררת תהייה בגלל הטווח הרחב מאוד של התוצאות, וכן משום שחלק מן הערכים שהתקבלו מעידים על רמה נמוכה מאוד של תקפות ומהימנות. נוסף על כך, אין מחקרי מטה-אנליזה מעודכנים על התכונות הפסיכומטריות של שלושת הכלים וההשוואה ביניהם.

שלושת הכלים שונים זה מזה במידת מורכבותם. סולם נורטון הוא הכלי הקל ביותר לשימוש אבל הוא לא מכיל בתוכו גורמי סיכון חשובים. סולם ווטרלו לעומתו מכיל גורמי סיכון רבים, אך קיימת חוסר בהירות בהגדרת הקטגוריות, וכמו כן הכלי

מקורות

א. מבדק איכות פצעי לחץ בבתי חולים בישראל הימצאות, מניעה וטיפול, האגף להבטחת איכות המחלקה למבדקי איכות, יוני 2018. https://www.health.gov.il/PublicationsFiles/pressure_ulcers_2018.pdf

ב. חוזר מנכ"ל משרד הבריאות למניעה וטיפול בפצע לחץ במערך האשפוז והקהילה, 2019. <https://www.gov.il/he/departments/policies/nd153-2019>

1. Mervis JS, Phillips TJ. Pressure ulcers: Pathophysiology, epidemiology, risk factors, and presentation. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2019;81(4):881-90.
2. González-Ruiz JM, Sebastián-Viana T, Losa-Iglesias ME, Lema-Lorenzo I, Crespo FJN, Martín-Merino G, et al. Braden Scale and Norton Scale modified by INSALUD in an acute care hospital: validity and cutoff point. *Advances in skin & wound care*. 2014;27(11):506-11.
3. Källman U, Lindgren M. Predictive validity of 4 risk assessment scales for prediction of pressure ulcer development in a hospital setting. *Advances in skin & wound care*. 2014;27(2):70-6.
4. Lindgren M, Unosson M, Krantz AM, Ek AC. A risk assessment scale for the prediction of pressure sore development: reliability and validity. *Journal of advanced nursing*. 2002;38(2):190-9.
5. Braden B, Bergstrom N. A conceptual schema for the study of the etiology of pressure sores. *Rehabilitation nursing*. 1987;12(1):8-16.
6. Walsh B, Dempsey L. Investigating the reliability and validity of the waterlow risk assessment scale: a literature review. *Clinical nursing research*. 2011;20(2):197-208.
7. Charalambous C, Koulori A, Vasilopoulos A, Roupas Z. Evaluation of the validity and reliability of the Waterlow pressure ulcer risk assessment scale. *Medical Archives*. 2018;72(2):141.

"אמת או חובה"

התמודדות של פיזיותרפיסטית עם אמירת אמת להורי מטופל במכון להתפתחות הילד

חנה לורד BPT

פיזיותרפיסטית ילדים במשרד החינוך ובמכבי שירותי בריאות

רקע

המכון להתפתחות הילד מטפל בילדים מלידה עד גיל שש שנים עם לקויות שונות. במקצת המקרים הלכות היא בתחום אחד בלבד (למשל התחום המוטורי או התחום השפתי) ובאחרים - הלכות היא רב-תחומית.

תהליך הקבלה לטיפול במכונים להתפתחות הילד כולל שלושה שלבים: א. שלב ההפניה; ב. שלב הקבלה; ג. שלב הטיפול. כאשר ילד מופנה למכון להתפתחות הילד, הוריו מעבירים למכון כמה טפסים: הפניית רופא (שהינה לרוב תמציתית ביותר), שאלון הורים, המכיל פרטים אישיים בסיסיים, ושאלון גננת, המתאר את תפקודו של הילד בגן. עם קבלת הטפסים במכון, מתכנסת ועדת קבלה שבה נקבע תמהיל הבירור הראשוני שהילד יעבור מבין האפשרויות האלה: שיחת קבלה על ידי עובדת סוציאלית, בדיקת רופא (התפתחותי או נוירולוג) ואבחונים-רב תחומיים על-ידי מטפלים ממקצועות הבריאות השונים - פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק, קלינאית תקשורת.

במכונים להתפתחות הילד לא נהוגה גישה ישירה לפיזיותרפיה. כלומר, קבלת הילד למכון מותנית בהפניה מרופא. עם זאת, ברוב המקרים הפניית הילד למכון אינה נעשית בידי הרופא המומחה בהתפתחות הילד/נוירולוג, אלא בידי רופא המשפחה או רופא הילדים. כך שבמצבים רבים הפיזיותרפיסט פוגש בתינוק/ילד ללא הפניית רופא מקצועי בתחום. להלן דוגמאות למצבים שבהם עלול הדבר להתרחש:

1. כתוצאה מזמינות גבוהה יותר של הפיזיותרפיסטים במכון לעומת זמינותו של רופא מומחה בהתפתחות הילד, לעתים קרובות יגיע התינוק לפיזיותרפיה עוד לפני שאובחן בידי הרופא, אפילו חודשים אחדים קודם לכן. במצבים כאלה ייתכן שהפיזיותרפיסטית תתרשם מלקות פיזית חמורה

(כגון פגיעה במערכת שלד-שריד-עצב) או מלקות רב-תחומית (למשל עיכוב התפתחותי המכיל גם אספקטים תקשורתיים, שפתיים וקוגניטיביים) עוד לפני בדיקת הרופא.

2. תינוק/ ילד הופנה לפיזיותרפיה בלבד עם המלצה לטיפול בבעיה ספציפית מינורית, כגון Congenital Torticollis, והחשד לקושי התפתחותי משמעותי עולה לראשונה רק תוך כדי טיפול הפיזיותרפיה.

3. תינוק/ילד הופנה לפיזיותרפיה לאחר שעבר אבחון רפואי במכון וההתרשמות הייתה שמהלך התפתחותו עם עיכוב מוטורי קל. ואולם, במהלך הטיפול הפיזיותרפיסטית מתרשמת מלקות התפתחותית משמעותית. למשל, התינוק מגיע לטיפול עקב קושי מוטורי, ובמהלך הזמן עולה חשד גם לקושי תקשורתי או לעיכוב רב-תחומי אחר.

המקרה המתואר להלן הוא דוגמה שבה פיזיותרפיסטית זיהתה "דגלים אדומים" אצל ילד שאובחן בידי רופא ילדים עם חשד ל-DCD (Developmental Coordination Disorder) והופנה ישירות לאבחון פיזיותרפי בלבד.

תיאור המקרה

א', בן 4 שנים, הגיע עם אמו למכון להתפתחות הילד לאבחון פיזיותרפיה בעקבות הפנייה של רופא ילדים בקהילה, שאבחן קשיים מוטוריים ביחס לגיל. בוועדת הקבלה למכון נבדקו הטפסים ששלחו ההורים (שאלון הורים ושאלון גננת) וכיוון שעלה מהם קושי מוטורי קל בלבד, הוא הופנה לאבחון פיזיותרפיה ללא צורך בבדיקת רופא במכון.

המשך הבירור הרפואי, וכמו כן לא הייתה מאפשרת קבלה של הסכמה מדעת (informed consent) מהאם כדי שמיכל תוכל לפנות להמשך בירור במכון.

אמירת האמת (Truth telling)

הגישה הרפואית הרווחת כיום בעולם המערבי גורסת אמירת אמת למטופל וזאת בניגוד לגישות פטרנליסטיות שהיו נהוגות בעבר.^{2,1} כפי שכתוב בקוד האתי: "הפיזיותרפיסט יאמץ את עקרון אמירת האמת, וזאת תוך קיום מיטבי של העקרונות אי גרימת נזק ועשיית הטוב".³ לפיכך, אמירת האמת היא כמעט מובנת מאליה במקרה זה.

הערכים שלהלן יכולים לתמוך הן בגילוי מלא של הממצאים והן בהמלצה להמשך בירור רפואי ללא גילוי ממצאים מחשידיים לאם

הטבה (Beneficence)

מן המטפל מצופה לנקוט את כל האמצעים שברשותו כדי שמעשיו והשלכותיהם יהיו לטובת המטופל. בהתבסס על ערך זה, מסירת המידע לאם תאפשר המשך אבחון וטיפול לילד ולמשפחתו, ומכאן שקיים פוטנציאל להטבה.

מצד שני, בטווח הקצר, כאשר מועד בדיקת הרופא אינו ודאי, גילוי האמת עשוי לעורר אצל האם והילד בלבול וסערה רגשיים אשר עלולים לפגוע בהם ולהרע להם.

מניעת נזק (Non maleficence)

עיקרון זה עוסק במניעת נזק כלשהו למטופל, בין שהוא נעשה בכוונה ובין שהוא נעשה מהזנחה או מחוסר ידע ומיומנות. מניעת מידע מן האם בעת האבחון הפיזיותרפי עלולה למנוע ממנה לקבל את תמונת המצב המלאה. ייתכן שהאם לא תפנה להמשך בירור רפואי גם אם תקבל זימון לכך מהמכון להתפתחות הילד, כיוון שלא הבינה את חומרת המצב, ואם המחלה תורשתית עלולים להיפגע לא רק הילד אלא המשפחה כולה.

מצד שני, כאמור, ייתכן שדווקא מסירת מידע כזה על ידי הפיזיותרפיסטית יעורר אצל האם חרדה גדולה עד כדי כך שהיא תתעלם ממנו בתואנה שהפיזיותרפיסטית אינה רופאה, והיא תימנע מהמשך בירור.

אמו של א' ציינה שגם הגננת וגם היא הבחינו בנפילות מרובות ובקשיים קלים בפעילות המוטורית בחצר הגן ובגינת השעשועים. האם ייחסה זאת לחוסר ניסיונה בגידול בן לאחר גידול של בנות - אחיותיו. ואולם, כבר בתחילת האבחון התרשמה מיכל הפיזיותרפיסטית שמדובר בלקות חמורה יותר מאשר לקות כ-DCD.

שתי "נורות אזהרה" נדלקו למיכל בשלב זה:

1. מראה סובכי השוקיים של א' לא היה טיפוסי לגילו. שריר ה-gastrocnemius היה מעובה מאד בשתי הרגליים, במראה אופייני לניוון שרירים תורשתי מסוג Duchenne muscular dystrophy.
2. במהלך האבחון נצפה א' כשהוא קם מהרצפה לעמידה עם Gower's Sign חיובי, כלומר נשען בידיו על רגליו במהלך הקימה.

מיכל ביצעה אבחון פורמלי מלא שבמהלכו לא שיתפה את האם במידע לגבי הסימנים המחשידיים שנצפו. בסיום האבחון נמצא שא' עם עיכוב מוטורי ניכר ביחס למצופה בגילו ומידע זה נמסר לאם.

הדילמה של מיכל

כיצד צריכה מיכל הפיזיותרפיסטית להעביר לאם את המסר שהיא חושדת שלבנה יש מחלה גנטית קשה המחייבת בירור מיד? האם לגלות בפני האם את הממצאים באופן מלא או להסתפק בהמלצה להמשך בירור רפואי דחוף במכון?

הערכים והעקרונות האתיים העולים מתוך הדילמה

להלן דיון קצר בעקרונות התומכים בפתרונות השונים לדילמה שעמדה בפני מיכל.

♦ הערכים התומכים בגילוי מלא של הממצאים בפני האם

כבוד האדם וכיבוד האוטונומיה (Respect for autonomy)

ערך זה נגזר מערך כבוד האדם. הוא מתייחס להכרה ביחיד כבעל דעות, רצונות והעדפות משלו, וכולל את שיתוף המטופל בתהליכי קבלת החלטות, תוך הימנעות מגישה פטרנליסטית.

מניעת מידע מן האם בסיום האבחון גם אם באופן זמני הייתה מונעת מן האם להיות שותפה שוות ערך בקבלת ההחלטה על

המשוערת אלא רק הדגישה שהממצאים מחייבים בירור נוסף. האבחון הסתיים בסערת רגשות גדולה הן אצל מיכל והן אצל האם, והאם ובנה הלכו לביתם עם חששות גדולים וללא אבחנה. מיכל פנתה מיד למנהלת המכון וביקשה ממנה לפעול במהירות לקביעת בירור רפואי. הבירור הרפואי נעשה, וכפי שמיכל חשדה א' אובחן כסובל מניוון שרירים.

סיכום

כאמור, מיכל החליטה למסור את מלוא המידע לאם מבלי לציין במפורש את האבחנה. במקביל, היא פעלה נחרצות שהילד יעבור במכון תהליך אבחון מהיר ויסודי שהוביל לטיפול תואם. למרות הקשיים הרגשיים שעברו על האם בעת שיחתה הראשונה עם מיכל, וההבנה כי אין מדובר בעניין פשוט ובנאלי, האם אסירת תודה למיכל על כך עד היום.

תיאור המקרה הזה הוא דוגמה מייצגת למצבים אפשריים בפיזיותרפיה, במיוחד לאחר אימוץ מנגנון "הגישה הישירה לפיזיותרפיה". גישה זו מובילה לא רק להרחבת היקף האחריות הטיפולית בתהליך האבחון והזיהוי של "דגלים אדומים", אלא גם מחדדת את הצורך לדון לעומק בהיבטים האתיים-מקצועיים הקיימים בעבודתם של הפיזיותרפיסטים הפועלים בגישה זו. כפי שעולה ממקרה זה, נשאלת השאלה כיצד צריך לנהל את הידע המקצועי מול מקבלי השירות ומול גורמי טיפול אחרים. בגיליון זה של כתב העת מובא נייר העמדה של ועדת האתיקה המקצועית הדן בהיבטים אתיים של מתן טיפול פיזיותרפיה שאינו תלוי בהפניית רופא (ראה עמוד 49).

מקורות

1. Varkey B. Principles of Clinical Ethics and Their Application to Practice. Med Princ Pract. 2021;30:17-28
2. Russell Searight H, Meredith T. Physician Deception and Telling the Truth about Medical "Bad News": History, Ethical Perspective, and Cultural Issues. in The Palgrave Handbook of Deceptive Communication, T. Docan-Morgan(ed.). Palgrave Macmillan, Cham.2019: 647-672
3. המועצה העליונה של הפיזיותרפיה בישראל, ועדת האתיקה, הקוד האתי של הפיזיותרפיסטים בישראל. https://in.bgu.ac.il/fohs/Recanati_School/physiotherapy/Documents/%D7%A7%D7%95%D7%93_%D7%90%D7%AA%D7%99_2018.pdf.

בריאות (Health)

ערך זה מתאר מצב של רווחה מכל הבחינות: גופנית, נפשית וחברתית.

ידיעת האמת עשויה לקדם רווחה גופנית ונפשית כיוון שתאפשר אבחנה מדויקת, מתן טיפול במידת האפשר, אבחון בני משפחה נוספים וייעוץ גנטי. מצד שני, כשמדובר במשפחה שכל הנראה תיאלץ להתמודד עם אתגרים רגשיים מורכבים ועם תהליך ממושך של הפנמת האבחנה, נדרשת רגישות רבה בהתנהלות הטיפולית. ייתכן כי גילוי ממצאים בשלב שבו אין 'ניהול תיק' ויכולת להיתמך במידע מבוסס שניתן ע"י רופא, יביא לפגיעה ביכולת ההתמודדות של המשפחה, בבריאותה הנפשית וחוסנה וייתכן שמכאן גם ביכולתה לספק מענה רגשי ופיזי מיטבי לא'.

מקצוענות (Professionalism)

עיקרון זה מייצג את מיומנויות המטפל, שיפוט נכון והתנהגות אתית.

על פי הנוהל הרפואי, אין זה בסמכותה המקצועית של הפיזיותרפיסטית לתת אבחנה רפואית. סמכות זו ניתנת רק לרופא במכון. עם זאת, וכפי שכבר פורט, מצופה מן הפיזיותרפיסטית לשקול את הערכים האתיים שפורטו, ולהחליט על פיהם כיצד תנהג. כיצד אפשר להציג את הממצאים הפיזיקליים (למשל מבנה השוקיים ואופן הקימה לעמידה) מבלי לפרט את האבחנה הרפואית? האם יהיה בכך די כדי להבהיר לאם את הצורך בבירור נוסף? לעומת זאת, אולי גילוי מלא של הפרטים יגביר את החרדה של האם, יעורר כעס על מיכל ויגרום לכך שתיתפס בעיניה כ"לא מקצועית"? מהלך כזה עשוי לעורר חוסר אמון, להביא לחוסר שיתוף פעולה של האם עם מיכל וצוות המכון, ולעכב את תהליך הבירור הרפואי.

ההחלטה של מיכל

בסיום הבדיקה הסבה מיכל את תשומת לבו של האם למראה השוקיים של א' ולדפוס הקימה שלו לעמידה, וציינה שלדעתה יש צורך בבדיקות נוספות. לאם לא היה שמץ של חשד לגבי האפשרות שעליה רמזה מיכל, אך היא הבינה מנימת דבריה שמדובר במצב בריאותי מורכב בהרבה מכפי שסברה בתחילה. למרות ניסיונותיה של האם לברר עם מיכל מהי האבחנה האפשרית, מיכל החליטה לא לציין במפורש את האבחנה

Table of Content

Editorial

Is the glass half full or

Yocheved (Yochy) Laufer BSc, DSc 2

Research Article

The contribution of a master's degree to the academic development of physical therapy:
Historical survey and future perspectives

Smadar Peleg BPT, PhD, Michal Arnon BEd, PhD, Yocheved Laufer BSc, DSc 3

Literature Review

Management of low back pain according to guidelines using the Enhanced Transtheoretical
Model Intervention (ETMI)

Ron Feldman BPT, MSc and Noa Ben Ami, BPT, MSc.PT, PhD 24

A Case Study

MOVE to improve motor skills for adults with severe mental and functional disabilities

Jennifer Jacob Gonzalez PT MScPT, Carmit Cahana PT MScPT, Vicente Antonio Gea Caballero PhD RN 35

Abstracts from the literature

Editor: Smadar Peleg BPT, PhD 44

Position statements

Direct access to physical therapy: Ethical-professional aspects

Dr Noit Inbar, Yaron Tilinger 48

Measurement and Assessment Scales

Measurement tools for assessing the risk of developing pressure sores

Michal Elboim-Gabyzon, BPT, Ph.D 55

Ethical Dilema

Coping with truth telling at a child development clinic

Hana Lord BPT 59



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 24, Issue 2

August 2022
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: navamosko@gmail.com
www.navamosko.com

Ads department:

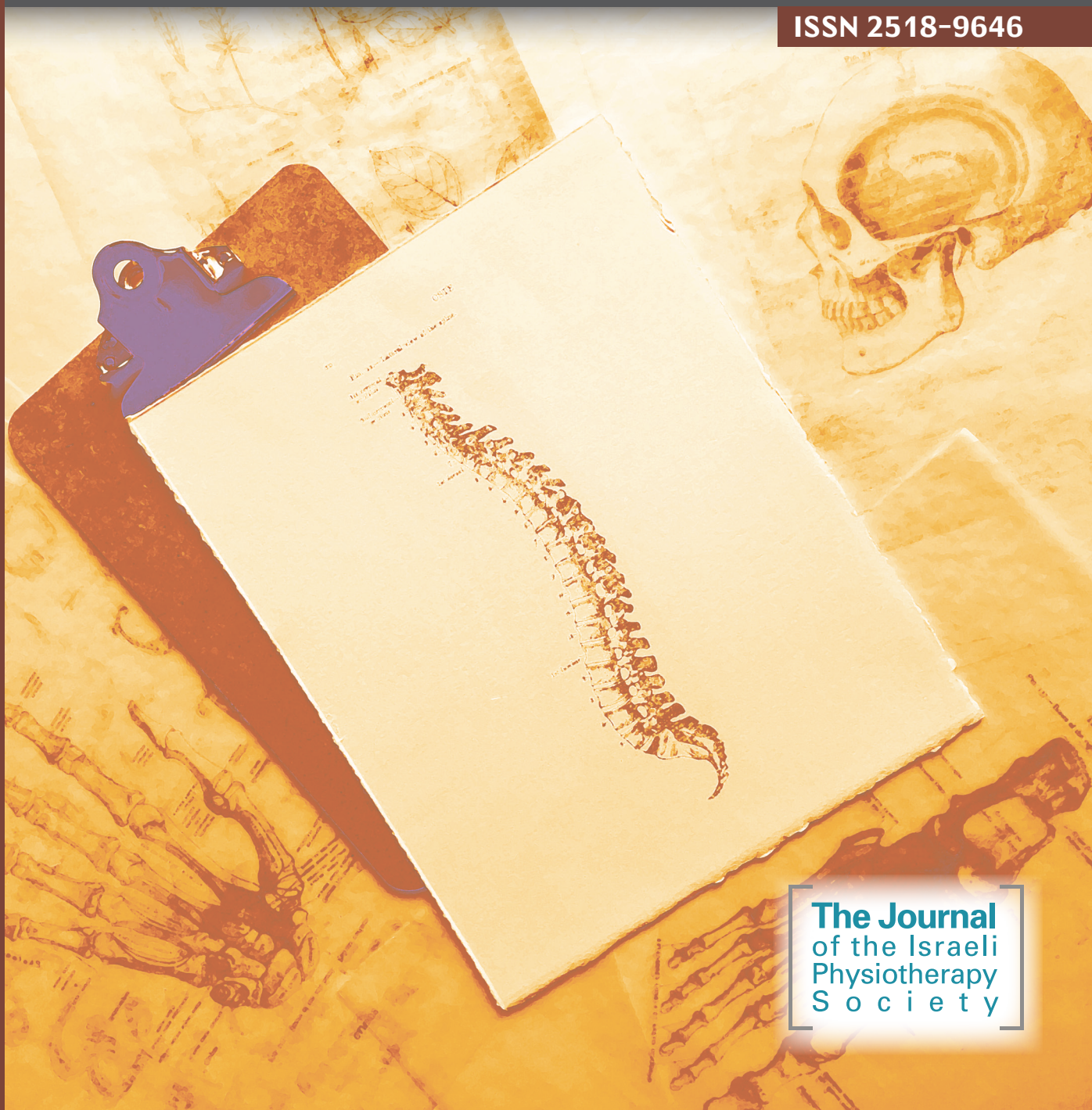
The Israeli Physiotherapy Society
Email: iptsoffice@gmail.com

The JIPTS

Vol. 24 N° 2

AUGUST 2022

ISSN 2518-9646



The Journal
of the Israeli
Physiotherapy
Society