

כתב עת

לפיזיותרפיה

אוגוסט 2023

כרך 25 גליון מס' 2

ISSN 2518-9646



כתב עת
העמותה לקידום
הפיזיותרפיה בישראל

תוכן העניינים

מאמר מערכת

"אינני בוכה אף פעם... אז למה אמא, למה..."

פרופ' (אמריטה) יוכבד לויפר BSc, DSc 2

מבט על מנקודת ראות מקצועית

האכלה צידית מוגבהת של פגים

גליה אבירם BPT, יוכבד (יוכי) לויפר D.Sc 5

מאמר מחקרי

"שחקן פצוע הוא כמו ציפור שלא יכולה לעוף"

זיהוי גורמים מקדמים ומעכבים לבניית תוכנית למניעת פציעות ספורט המותאמת לקבוצת כדורגל מקצוענית

מעייין ברסלר BPT, MSc, אברט וורהאכן PhD 13

רואים עולם

ערכה את המדור: ד"ר סמדר פלג BPT, PhD 30

ניירות עמדה בפיזיותרפיה

עקרונות לפרסום ושיווק ראויים בפיזיותרפיה

נואית ענבר BPT, PhD, ירון טילינגר BPT, MA 33

מדור כלי מדידה והערכה

כלי להערכת המוכנות הקלינית, העמדות והידע הבסיסי של מטפלים בקשר למטופלים המשתייכים לקהילה הגאה

רועי קליין BPT, מיכל אלבוים-גביזון BPT, PhD 40

מדור אתיקה

מ"אוורור" לגיטימי לאקלים אתי בעייתי - היכן עובר הגבול?

ליה צור דברת BPT, MHA 45

כרך 25, גליון מס' 2

אוגוסט 2023

ISSN 2518-9646

בשער: unsplash.com/@jeffreynflin

העמותה לקידום

הפיזיותרפיה בישראל

עמותה מס' 580199511

www.ipts.org.il

כתב העת מתפרסם באופן קבוע שלוש פעמים בשנה

בחושים: אפריל, אוגוסט ודצמבר

עורכת ראשית:

פרופ' (אמריטוס) יוכבד לויפר,

D.Sc, אוניברסיטת חיפה

מו"ל:

העמותה לקידום

הפיזיותרפיה בישראל

כתב עת
העמותה לקידום
הפיזיותרפיה בישראל

מחלקת מודעות:

העמותה לקידום הפיזיותרפיה בישראל

דוא"ל: iptsoffice@gmail.com

עיצוב ועימוד סטודיו נאווה מוסקו

טל': 02-9991780, נייד: 052-3247808

navamos@gmail.com

www.navamosko.com

כתובת המערכת:

משרדי העמותה לקידום הפיזיותרפיה

רח' וייסבורג 17, תל-אביב 6935827

טל': 03-6888104, פקס: 03-6888107

קוראים יקרים,

"אינני בוכה אף פעם... אז למה אמא, למה..."

חלפו ארבע שנים מאז התחלתי לשמש כעורכת הראשית של כתב העת, וחשבתי שהגיע הזמן לסיכום, לרפלקסיה על העבר ולמבט לעתיד.

כשלקחתי על עצמי את התפקיד בסוף 2019, ידעתי מניסיוני כעורכת הראשית בעבר (2008-2012) שפרסום סדיר לאורך זמן של מאמרים איכותיים ורלוונטיים עבור אנשי המקצוע בישראל הוא משימה מאתגרת. עיקר הקושי למלא משימה זו נובע מהיעדר תמריץ ישיר לפרסום מאמרים בעברית. כך למשל, עקב דרישות האוניברסיטאות בישראל, פרסום בשפה העברית לא נחשב "יוקרתי מספיק" לצורכי קידום אקדמי. לכן, למרות הניסיון הרב בכתיבה מדעית שיש לעמיתינו בחוגים לפיזיותרפיה, ולמרות פעילותם המחקרית הענפה, אין להם תמריץ חיצוני להשקיע בכתיבה בעברית. הגשת מאמרים על ידם לפרסום בכתב העת שלנו נובעת בעיקר ממניע אלטרואיסטי לתרום למקצוע בישראל. לעמיתינו מן העולם הקליני, אשר גם להם ישנה אמירה בעלת משמעות רבה למקצוע, לא רק שאין תמריץ חיצוני לפרסום מאמרים, אלא שניסיונם המועט בכתיבה אקדמית הוא גורם מעכב כבד משקל.

עם קבלת תפקיד העורכת, קבעתי לעצמי רף - לפרסם בקביעות שלושה גיליונות בשנה עם לפחות שניים-שלושה מאמרים מקוריים בכל גיליון נוסף על המדורים הקבועים שמתפרסמים בו. עמידה ברף זה מאפשרת לתקצירי המאמרים המתורגמים לאנגלית להיכלל במאגר הבינלאומי CINAHL, ולהציג את המחקרים בפני העולם המקצועי הרחב.

ואכן, עמדנו בכבוד ברף הזה! נוסף על ארבעה מדורים קבועים ותקצירי העבודות שפורסמו בכנס הבינלאומי בז'נבה ובכנס הפיזיותרפיה בישראל, פורסמו בכל גיליון בין שניים לשישה מאמרים (ממוצע ± 3.3 סטיית תקן, 1.2 ± 3.3). המאמרים מייצגים מגוון רחב של תחומי עניין מקצועי, וכוללים מחקרים כמותניים ואיכותניים, תיאורי מקרה, פרויקטים קהילתיים פורצי דרך, סקרים, מאמרי דעה ועוד.

בהתחשב בקושי הרב לגייס מאמרים איכותיים לכתב העת, לא פעם נשאלת שאלה, מה התמריץ של העמותה להמשיך לתמוך בכתב העת הישראלי? בסקר שערכה המערכת נמצא שמבין העמיתים שהשתתפו בסקר, שיעור המעיינים בקביעות בכתב העת הישראלי דומה למדי לשיעור המעיינים בכתבי עת בינלאומיים.¹ אך הממצא המדאיג יותר היה שרק ב-12% מן הדיונים בפגישות צוות עוסקים במאמרים שהתפרסמו בכתב העת הישראלי לעומת 74% העוסקים במאמרים שהתפרסמו בכתבי עת בינלאומיים.

האם נתון זה מיתר את כתב העת הזה? לעניות דעתי התשובה היא בהחלט לא!

אין ספק שבתחומים רבים המחקרים שנתמכים על ידי מענקים גדולים, ושהשפעתם על המקצוע רחבה ומשמעותיה יותר, יפורסמו בראש ובראשונה בכתבי עת בינלאומיים יוקרתיים. יחד עם זאת, למאמרים רבים המתפרסמים אצלנו, ושאוּלֵי לא היו יכולים להתפרסם בכתבי עת בחו"ל, יש חשיבות ורלוונטיות מיוחדת לקהל היעד שלנו. אציג כאן רק כמה דוגמאות מיני רבות: תיאור מקרה של יישום קליני של התאמת אביזרי שיקום לחולה המתגורר בסביבתו הטבעית;² פרויקטים ייחודיים במסגרת מכון קופת חולים, או מרכז יום;^{3,4} מאמר המתאר תהליכי רגולציה בישראל;⁵ סקר הבוחן דעת עמיתים על מתווה להכרה במומחיות;⁶ ותרגום לעברית, תיקוף ומהימנות של כלי אבחון מקובל בעולם המאפשר לאנשי מקצוע בישראל להשוות את תוצאות הטיפול שלהם לתוצאות המתפרסמות בעולם.⁷ מאמרים כגון אלה תלויים בגורמי הקשר מקומיים, ולכן יש להם השלכות ייחודיות דווקא עבור אנשי המקצוע בישראל.

מסיבות אלו, אין בישראל מקצוע אקדמי המכבד את עצמו שאינו תומך בפרסום מאמרים בכתב עת ישראלי!

כשנכנסתי לתפקידי, החלטתי שלא רק שאעשה ככל יכולתי לשמור על רף הפרסומים שקבעתי, אלא גם שלא "אתכניין" ואתלונן על מיעוט המאמרים המגיעים למערכת או על רמתם המקצועית הירודה. ואכן הייתי עלולה ליפול בפח הזה בקלות. שמירה על מספר המאמרים ואיכותם מחייב אותי לא רק לסייע באופן פעיל לרבים מהכותבים בכל שלבי הכתיבה, אלא

רשימת מקורות

1. יוכבד לויפר. דברי העורכת: סקר דעת קהל בקרב הקוראים - הפתעות הן המנוף לצמיחה! כתב עת לפיזיותרפיה. 2020;22(2):4-1.
2. נטע ברזילי. התאמת מכשירי שיקום וניידות לאנשים עם מוגבלות ממושכת בקהילה: תיאור מקרה. כתב עת לפיזיותרפיה. 2020;22(2):13-18.
3. גליה קופלס-בייטנר, עינת קודש, מיכל כפרי. תוכנית מעשית לאימון אירובי קבוצתי עבור מטופלים בשלב הכרוני לאחר אירוע מוחי. כתב עת לפיזיותרפיה. 2020;22(3):22-39.
4. באדרה נעאמנה-אבו אלה'גה, שותפות אקדמיה-קהילה: קורס אקדמי בפיזיותרפיה המקדם בריאות והמשלב עשייה עם הקהילה. כתב עת לפיזיותרפיה. 2021;23(2):19-28.
5. אילה פרג. הסדרה כמנוף לפיתוח ולקידום מקצוע הפיזיותרפיה. כתב עת לפיזיותרפיה. 2020;22(2):5-12.
6. יוכבד לויפר. מתווה המומחיות בפיזיותרפיה: סיכום תגובות הקוראים. כתב עת לפיזיותרפיה. 2021;23(2):2-12.
7. שרון סלוטקין, אירית ויסמן-פוגל, אבי צפיר, מיכל גרנות, אחינועם לב-שגיא. הערכת התפקוד המיני בקרב נשים הסובלות מכאב ביחסי המין: תרגום ותיקוף של שאלון ה-Function, Sexual Female Index. כתב עת לפיזיותרפיה. 2020;23(3):40-50.

גם ליזום לעתים קרובות את הכנת המאמרים. הייתי שמחה לו בעת הגשת הגיליון לפרסום יהיו ברשותי מאמרים מוכנים עבור הגיליון הבא. אך עצוב ומתסכל ככל שיהיה, המציאות רחוקה מזאת.

אך הקושי הגדול יותר בתפקידי כעורכת ראשית נובע מן התחושה שאני עובדת בריק. לצערי, למרות פניות חוזרות ונשנות מעל דפים אלו, המשוב שאני מקבלת מן השטח בנוגע לחומרים שמתפרסמים הוא דל! רבים מבין העמיתים שאני משוחחת איתם אפילו אינם ערים לכך שהמאמרים המתפרסמים בכתב העת הם נגישים לכול ובחינם! בלי משוב מן העמיתים איננו יכולים לדעת מהם הנושאים שעוררו את סקרנותכם, מהם המאמרים אשר תרמו לעשייה בשטח, וחשוב מזה, כיצד ניתן להפוך את כתב העת לרלוונטי יותר.

לסיום בנימה אופטימית, בעמוד 4 בגיליון זה מוצגת רשימה של 64 עמיתים שבמהלך ארבע השנים האחרונות התנדבו לתרום מזמנם כדי לסקור את המאמרים שהוגשו למערכת לשם הבטחת איכותם. נכונותם של העמיתים האלה לסקור את המאמרים באופן אנונימי מבלי שתרומתם תיוודע ברבים היא עדות ישירה לחשיבות המיוחסת לכתב העת. ועל כך תודתי.

כיוון שזהו הגיליון האחרון לפני פרוס השנה החדשה, ברצוני לברך בשם כל חברי המערכת את כל קהל הקוראים ובני ביתם:

שנה טובה ומתוקה,

שנה של שלום ובריאות איתנה,

ולא פחות חשוב בימים אלו - שנה של קירוב לבבות.

מאחלת לכם קריאה מהנה ומועילה,

יוכבד

יוכבד (יוכי) לויפר

עורכת כתב העת לקידום הפיזיותרפיה

פרופ' (אמריטוס), החוג לפיזיותרפיה, אוניברסיטת חיפה

yochoy.laufer@gmail.com

סוקרי המאמרים בכתב העת של העמותה לקידום הפיזיותרפיה, בשנים 2019-2023

לפניכם שמותיהם של הפיזיותרפיסטים והפיזיותרפיסטיות, אשר תרמו מזמנם ומניסיונם המקצועי כדי לסקור את המאמרים אשר הוגשו לפרסום בכתב העת של העמותה לקידום הפיזיותרפיה בשנים 2019-2023. הסקירה כללה קריאה מעמיקה של המאמר, ומתן משוב מפורט. לעתים קרובות תהליך הסקירה כלל גם דיון מעמיק איתי לגבי החוזקות והחולשות של המאמר, אשר סייע לכותבים לשפר את עבודתם. סקירת המאמרים, הנעשית בהתנדבות ומאחורי הקלעים, הציבה את כתב העת במעמד של *peer reviewed journal*, והיא שמאפשרת לנו להגיש לקוראים מאמרים מקצועיים ברמה גבוהה במגוון תחומי העיסוק של המקצוע. ראוי לציין, שמתוך עשרות פניות לעמיתים בבקשה לסקור מאמר, אפשר למנות על יד אחת בלבד את המקרים שבהם נדחתה. לעומת זאת, לא מעטים מבין העמיתים המופיעים ברשימה מכובדת זו ניאותו לסקור יותר ממאמר אחד! פרסום כתב העת שלנו מתאפשר רבות בזכותם, ועל כך תודתי העמוקה.

יוכי

ד"ר עמית אברהם	ד"ר קובי דגן	פרופ' עינת קודש
ד"ר מיכל אהרונביץ	ד"ר אמירה דהר	ד"ר אילן קורץ
גב' אלהי'ה נעאמנה באדרה	גב' זהבה דוידוב	גב' איילת קלר
ד"ר הדס אופק	פרופ' רותי דיקשטיין	ד"ר אלון קלרון
פרופ' אופירה איינשטיין	פרופ' גלי דר	גב' שירי קרטין
ד"ר דבורה אלפרוביץ	גב' יעל הראל	פרופ' ליאוניד קליכמן
מר אורי אתרוג	ד"ר נילי ויסברג	ד"ר אלון רבין
גב' נטע ביאר	ד"ר אילנה זילברשטיין	גב' דלית רומם
ד"ר מיה בנצור קלה	גב' עדי טולדנו שובי	גב' יעל רותם גלילי
מר דוד בן-אלישע	ד"ר גלית יוגב	ד"ר נועה רפאלי
גב' מיקה בן דוד	פרופ' תמר יעקב	ד"ר גילה שחר
ד"ר נועה בן עמי	פרופ' אלי כרמלי	ד"ר טל שחר אשכנזי
ד"ר גדי ברטור	ד"ר מיכל כפרי	ד"ר ענת שעשוע
גב' ימימה ברק	פרופ' מיכל כץ-לירר	פרופ' שמואל שפרינגר
ד"ר סימונה בר חיים	פרופ' יוסף משראוי	גב' תמר שרון סבג
גב' איריס גביש	פרופ' מאיר לוטן	ד"ר הילה שריג בהט
ד"ר מיכל גביזון אלבוים	גב' לילך לוטן	גב' שומי סלע
גב' עולא ג'השן	גב' דפנה ניב	ד"ר ג'נאן עבאס
גב' דיצה גוטליב	גב' טל ניצן	ד"ר מיכל עצמון
ד"ר אביה גוטמן	גב' דליה נתן	ד"ר סמדר פלג
ד"ר יוהנה גייגר	ד"ר עופרה נצר	ד"ר אסתר פנסו זבלוגובסקי
ד"ר יואב גימור	גב' שרון פרוכטר	ד"ר סלבי פרנקל טולדו
גב' ענת גרהם	מר גל סלע	

*אם בטעות נשמט מן הרשימה שם של סוקר או סוקרת, אודה לכם אם תיידעו אותי כדי שאוכל לתת גם לכם את הקרדיט הראוי.

האכלה צידית מוגבהת של פגים

גליה אבירם ¹BPT, יוכבד (יוכי) לויפר ²D.Sc

¹ פיזיותרפיסטית נוירו-התפתחותית, ביה"ח "העמק"

² פרופ' אמריטוס, החוג לפיזיותרפיה, הפקולטה למדעי הרווחה והבריאות, אוניברסיטת חיפה

תקציר

פיזיותרפיה התפתחותית היא חלק בלתי נפרד ממעגל הטיפול הרב-תחומי בפג שנולד בלידה מוקדמת לפני השבוע ה-37 להיריון והשווה בפגייה. יכולת המציצה והבליעה המתואמות עם הנשימה מתפתחות ומבשילות בין השבועות ה-32-34 להיריון. האכלת פגים היא פעולה מאתגרת עבור צוות הפגייה וההורים. השיקולים המנחים בהחלטה אם לעבור מהאכלה באמצעות זונדה להאכלה פומית באופן שתספק את הצרכים התזונתיים של התינוק הם מורכבים ומחייבים התייחסות למוכנות הפג למעבר, לקצב המעבר, להשפעת המעבר על הערכים התזונתיים המסופקים לפג ועל העלייה במשקלו.

סיוע בהאכלת פגים ותינוקות עם קשיי אכילה הוא חלק מהגדרת התפקיד של הפיזיותרפיסט או הפיזיותרפיסטית בפגייה שבבית החולים. זאת מתוך ההבנה כי הידע והניסיון שלהם בתחום התפתחות הפג והתינוק יאפשרו להם לתת מענה מקצועי לקושי התפתחותי זה.

מאמר זה סוקר את הגורמים התורמים לקשיי האכילה של פגים ואת העקרונות והיתרונות של שיטת האכלה במנח צידי מוגבה המבוססים על רציונל התפתחותי. שיטה זו נותנת מענה מיטבי לבעיות שכיחות בקרב הפגים בעת המעבר מתזונה באמצעות הזונדה לאכילה המבוססת על יניקה/מציצה. המאמר גם סוקר ממצאים מחקריים ראשוניים התומכים בהאכלה צידית כשיטה מועדפת בשלבים הראשונים של המעבר לבקבוק/שד. הטמעת שיטה זו יכולה לשפר את איכות האכילה של הפגים ושל תינוקות שנולדו במועד אבל מתמודדים עם קשיי אכילה וגם לשפר את חוויית ההאכלה של ההורה והצוות הרפואי.

האכלה במנח אופטימלי דורשת הבנה התפתחותית, ניסיון והדרכה סבלניים ומדויקים. מטרת המאמר היא לחשוף את קהל הפיזיותרפיסטיות העובדות בפגיות לשיטת ההאכלה הצידי, ולעודד את אימוצה כדי לאפשר לפגים למקסם את יכולותיהם לאכול כך שיסופקו הצרכים התזונתיים שלהם ובכך לזרז את שחרורם הביתה. הטמעת ההאכלה הצידי בכל הפגיות בישראל תסייע לפגים ולהוריהם המתמודדים עם אתגרי אכילה.

מילות מפתח: פג, קשיי אכילה, תנוחה, האכלה צידית מוגבהת

מבוא

פג הוא תינוק שנולד בלידה מוקדמת, לפני השבוע ה-37 להיריון. גיל הפגות שנחשב בישראל כבר-חיים הוא 23-24 שבועות להיריון.¹ למרות השיפור הניכר ברפואה הנאנטולוגית והעלייה המתמדת בהישרדות פגים, המעבר מן הרחם כסביבה מוגנת התומכת בגדילה לעולם שמחוץ לרחם, מציב אתגרים רפואיים, התפתחותיים ורגשיים רבים.

מנעד גורמי הסיכון בתהליך ההבשלה המוחית והפיזית שעוברים הפגים בפגיות הוא גדול ורחב. פגים, בעיקר פגים צעירים שנולדו לפני השבוע ה-32, מתפתחים בסביבה שונה מהותית מן הסביבה המוגנת של הרחם. תקופה קריטית זו, של הבשלת המוח ושאר מערכות הגוף החיוניות, מתרחשת מחוץ לרחם בתנאים קיצוניים של סטרס יומיומי, המאופיינת בתאורה בוהקת, בקולות חזקים, בכאבים ובפעולות פולשניות. יתרה מכך, חלק מן הפגים לוקים במחלות נלוות קשות ומורכבות הדורשות טיפול מותאם. חוסר הבשלות הנורולוגית, הפיזיולוגית והאנטומית של הפגים חושפת אותם לקשיים שעלולים ללוות אותם שנים רבות, ואשר ראויים להתייחסות מיוחדת, למעקב צמוד ולהתערבות מוקדמת בקהילה.^{2,1}

יכולת המציצה והבליעה המאפשרת לספק את הצרכים התזונתיים של התינוק מתפתחת ומבשילה בין השבועות 32-34 להיריון.^{3,4} פגים שנולדו בגיל היריון מוקדם יותר, או הסובלים מכשלים בריאותיים נוספים, מוזנים בפגייה בתחילה באופן מבוקר באמצעות צינור המחבר בין חלל האף/פה והקיבה (זונדה). תזונה באמצעות זונדה חיונית בשלבים הראשונים של הפגות, אך היא משפיעה על הקשר בין הזנה ופעולה מוטורית עצמאית ותחושת מלאות של הקיבה ועל התפתחות הקואורדינציה בין פעולות הנשימה-מציצה-בליעה הנחוצות לצורך הזנה פומית (דרך הפה).⁵ עם זאת, נמצא באמצעות אולטרסאונד כי עם הזמן ובעקבות תהליך ההבשלה הכלל-מערכתי הנמשך בפגייה, הפג מפתח מיומנות גוברת והולכת של שילוב פעולות השרירים של הפה, הלשון והלסת המאפשר תפיסת הפטמה, יניקה תוך פתיחת מעבר החלב למערכת העיכול וחסמת המעבר לריאות.⁶

האכלת פגים היא פעולה מאתגרת עבור צוות הפגייה וההורים. השיקולים המנחים בהחלטה אם לעבור מהאכלה באמצעות

זונדה להאכלה פומית הם מורכבים ומחייבים התייחסות למוכנות הפג למעבר, לקצב המעבר, להשפעתו על הערכים התזונתיים שאליהם הוא נחשף ועל עליית הפג במשקל.⁷ הורי הפג נמצאים במקרים רבים במצב של חרדה עקב מצבו הבריאותי, והחשש מיכולת ההישרדות שלו. מסוגלות אימהית לייצר חלב, לשאוב, להניק ו/או להאכיל מבקבוק הן משימות שמפעילות לעתים קרובות לחץ נוסף על ההורים בתקופת השהייה בפגייה, ועלולות להכניס אותם למעגל של כישלונות ותסכול. האכלת התינוק, כמות האוכל שהוא מקבל והעלייה במשקלו, מהוות בשיח הציבורי ובתחושה ההורית מדד חשוב להצלחה הורית בשלבים הראשונים שלאחר הלידה. אצל הפגים, הקושי מועצם על ידי חוסר הבשלות הכללית של הפג, והבעיות הבריאותיות אותם הם חווים במהלך האשפוז.⁷

מאמר זה סוקר את הגורמים התורמים לקשיי האכילה של פגים ואת העקרונות והיתרונות של שיטת האכלה במנח צידי מוגבה, אשר מבוססים על רציונל התפתחותי. שיטה זו נותנת מענה מיטבי לבעיות שכיחות בקרב הפגים בעת המעבר מתזונה באמצעות הזונדה לאכילה המבוססת על יניקה/מציצה. הטמעת שיטה זו יכולה לשפר את איכות האכילה של הפגים, את חווית ההאכלה של ההורה והצוות הרפואי ולזרז את שחרור הפג לביתו.

מטרת המאמר היא לעודד מעורבות פעילה של הפיזיו-תרפיסטים בפגיות בנושא האכלת פגים על ידי הדרכה מעשית של הצוותים וההורים. מאמר זה יחשוף את קהל הפיזיותרפיסטים לגישת ההאכלה הצידיית אשר יכולה לאפשר לפגים למקסם את יכולותיהם לאכול בקצב האישי ("אכילה קצובה") המתאים להם. הטמעת שיטת ההאכלה הצידיית בכל הפגיות בישראל תסייע לצוות הסיעודי, לפגים ולהוריהם המתמודדים עם אתגרי אכילה.[‡]

גורמים התורמים לקשיי אכילה של פגים

כאמור, בשבועות הראשונים לחייהם של הפגים המערכות השונות בגוף, כגון מערכת העצבים, מערכת הנשימה ומערכת העיכול אינן בשלות דיין. לכן פגים רבים נתמכים באמצעים מלאכותיים אשר לעתים קרובות כוללים תהליכים פולשניים, כגון הנשמה, הזנה באמצעות זונדה, ואף ניתוחים. תהליכים אלה עשויים ליצור אצל הפגים, כבר בשלבים ההתפתחותיים המוקדמים, חוויות שליליות ומכאיבות באזור הפה, בניגוד

בתהליך הטמעת האכילה העצמאית. למשל, התנאים הפיזיים בפגייה, שמאלצים את המטפל לשבת בכיסא ללא תמיכה לידי ולכפות רגליו, יוצרים אי-נוחות תנוחתית מתמשכת שעלולה להשפיע על אופן ההאכלה ואיכותה. נוסף על כך, חוסר הביטחון והניסיון של ההורה ואינטראקציות עם הסביבה בזמן ההאכלה מהווים הסחות דעת עבור המאכיל, ועלולים להעצים את הקשיים של הפג בזמן האכילה.

הרציונל להטמעת ההאכלה הצידיית בפגייה

כיוון שהתחלת ההאכלה של הפג בבקבוק מלווה לעתים קרובות בתגובות שליליות, כגון ירידה בחמצון הדם, ירידת בדופק הלב והשתנקויות,^{14,13} צריך לזהות את הגורמים שיפחיתו ככל האפשר תופעות אלו.

נמצא כי אימוץ מנח אופטימלי עבור הפג בזמן האכלתו בבקבוק, ובהמשך, גם בזמן יניקה מן השד, היא חיונית. תינוקות שנולדו במועד מתחילים את מסעם ההתפתחותי במנח העוברי, (דהיינו, מנח פלקסורי דומיננטי בגפיים ובגו). על כן, ישנה הסכמה בין החוקרים כי בזמן האכלת הפג, יש לשמור שהגפיים יהיו במנח פלקסורי והראש במנח נייטרלי.¹⁵ תנוחה זו משחררת מתח בשרירי הבטן והסרעפת ועל ידי כך משפרת את פעולות השרירים הדרושים לאכילה ותורמת לאכילה קצובה.

ישנן שתי דרכים להשיג זאת. המנח המסורתי הוא השכבת התינוק על הגב (או בחצי ישיבה) עם ראש וגו מוגבהים, תוך שמירה על פלקסיה של הרגליים (semi-elevated supine position) (תמונה 1). המנח האלטרנטיבי, אשר אומץ בפגייה של בית החולים "העמק", הוא הנחת הפג על צדו תוך כדי הגבהת ראשו וגו (elevated side-lying position) (תמונה 2). במנח הזה, הפג שוכב נינוח במנח פלקסורי יציב כשגפיו התחתונות כפופות, ולמטפל קל להבטיח זווית צווארית השומרת על מנח נייטרלי של ראשו (ללא אקטנסיה או פלקסיה). זו התנוחה הטבעית בזמן ההנקה המפחיתה את השפעת כוח הכובד על פעולת שרירי הפה, הצלעות והסרעפת בפעולת הרחבת בית החזה ובכך יכולה להקטין את המאמץ הכרוך בנשימה.¹⁶ נוסף על כך, במנח צידי, זווית הבקבוק קטנה יותר וקצב זרימת החלב תלוי יותר בעוצמת היניקה מאשר במנח על הגב שבו לכוח הכובד ישנה השפעה רבה על קצב הזרימה. כאמור לעיל, השליטה בקצב זרימת החלב מאפשרת לפג למצות את

לאלה של תינוקות שנולדו במועד וחווים תחושות חיוביות של סיפוק צרכים קיומיים בשעת האכילה. חוסר הבשלות של המערכות השונות מעכב אצל הפג את היכולת לפתח כישורי יניקה מן השד ו/או הזנה מבקבוק.

היכולת לעשות פעולות מציצה/יניקה תלויה בהתפתחות של החזרים (רפלקסים) באזור הלשון, הלסת, השפתיים והלרינגס, ונמצא כי קשיי אכילה של פגים קשורים לטונוס שרירי לא טיפוסי שאינו תומך באכילה.⁸ כך למשל, טונוס בסיסי נמוך ויישור יתר (אקטנסיה) של הראש (אפילו של מעלות ספורות), מקשים על סגירת השפתיים, פוגמים באיכות פעולת ה-Cupping של הלשון על הפטמה ובשאיבת חלב יעילה, ומפריעים בבליעה. לעומת זאת, מנח עם פלקסיה צווארית מוגברת, עלול לחסום את דרכי הנשימה.

יכולת הזנה מבקבוק או שד תלויה בקואורדינציה תקינה בפעולות היניקה-בליעה-נשימה.⁷ הסנכרון בין פעולות הנשימה-המציצה-הבליעה אצל פגים, במיוחד אצל פגים מתחת ל-32 שבועות, עדיין אינו בשל ומקשה על הפג אכילה רצופה תוך שמירה על מדדים פיזיולוגיים תקינים ויציבים, כגון אחוז החמצן בדם ודופק הלב. נמצא כי פגים נוטים לבלוע בשלב שונה של מעגל הנשימה מתינוקות שנולדו במועד, וכי האטת קצב זרימת החלב יכולה לסייע להם בתיאום בין פעולות היניקה/בליעה והנשימה בצורה יעילה יותר.^{10,9} חוסר הבנה לגבי חשיבות ההפסקה העצמאית בזמן האכילה, והנעת פטמת הבקבוק בפה כדי לעודד מציצה במהלך ההפסקות העצמאיות של הפג יכולים לגרום לגריית-יתר ולהשתנקויות חוזרות, ומהוות גורם לעקה (סטרס) הן אצל הפג והן אצל המטפל/הורה המאכיל.^{11,12}

מחלות ריאה ודרכי הנשימה האופייניות לפגים, בעיקר אלה שהם צעירים מן השבוע השלושים ובמשקל קטן מ-1000 גר', מלווים במאמץ נשימתי, בהשקעת אנרגייה גדולה ובהתעייפות מהירה בתהליך האכילה. מצב זה מגביר את קשיי האכילה ואת חוסר העלייה במשקל. לעתים קרובות, חוסר היציבות הפיזיולוגית של הפג מצריך תמיכה חיצונית של תוספת חמצן לסירוגין כדי לוודא חמצון נאות בזמן האכילה.¹³

לחוסר הבשלות הפיזיולוגית של הפגים מצטרפים תנאים סביבתיים התורמים אף הם לקושי של ההורים והצוות הרפואי



תמונה מספר 2



תמונה מספר 1

מוגבהת על הגב בהזנת פגים.¹⁸ מבין ארבעת המאמרים שנסקרו, בשניים לא נמצאו הבדלים פיזיולוגיים בין שני המנחים, ואילו בשניים האחרים נמצאה יציבות פיזיולוגית גבוהה יותר במנח צידי שבאה לידי ביטוי באחוז חמצן גבוה יותר ובקצב לב ונשימה סדירים יותר. על פי עורכי הסקירה, הפערים בממצאים קשורים גם לשונות באיכות המתודולוגית בין המחקרים וגם להבדלים במאפייני הפגים שנבחנו.

ככל הידוע, מאז אותה סקירה שיטתית פורסמו רק שלושה מאמרים נוספים בנושא זה (לסיכום מאפייני המאמרים ראו לוח 1). בשנת 2018 פרסמו Girgin ועמיתים מחקר רנדומלי עם 80 פגים בגיל לידה ≥ 31 שבועות - כמחציתם (38) הוזנו במנח צידי, וכמחציתם (42) במנח מוגבה על הגב.¹⁴ המחקר הראה שיעור גבוה יותר של חמצן בדם ודופק לב נמוך יותר בהזנה במנח צידי לעומת הזנה במנח מוגבה על הגב. לעומת זאת, במחקר גישוש שנערך לאחר מכן על 6 פגים, שבו כל אחד מן הפגים הוזן בזמנים שונים בשני המנחים, לא נמצא הבדל מובהק בשיעור החמצן בדם או בדופק הלב. לעומת זאת, נמצא שכמות האוכל שהפג אכל הייתה גדולה יותר באופן מובהק במנח צידי, וכי הייתה מגמה ($p=0.9$) של פחות השתנקויות בשכיבה על הצד.¹⁹ הממצאים האלה חזרו על עצמם במחקר-המשך אשר פורסם בשנת 2022. המחקר נערך בקרב 42 פגים, ונמצא בו גם כי ההבדל במספר ההשתנקויות היה באופן מובהק לטובת האכלה צידית.²⁰

יכולותיו הפיזיולוגיות בתהליך האכילה הקצובה ולסייע לפג בקואורדינציה בין פעולות היניקה/הבליעה והנשימה ועל ידי כך למנוע השתנקויות.¹⁷

מבחינת המטפל (הורה או צוות סעודי) מנח זה, המאפשר מגע תוחם ומרגיע המותאם לצרכים ההתפתחותיים של הפגים, לא רק שאינו מעייף את המטפל, אלא הוא משחרר למטפל יד אחת כדי לעשות פעולות נחוצות שונות בזמן האכלה, כגון תמיכה חיצונית בגו או בלסת הפג או מתן חמצן. האכלה צידית מאפשרת התחלת אכילה יעילה ומספקת, ומהווה שלב מעבר לאכילה במנחים אחרים עם גדילת הפג והתפתחותו. אכילה צידית מתאימה לשמש בהמשך גם כתנוחת הזנה ביניקה מן השד, שהיא הדרך המומלצת ביותר להאכלת פגים ותינוקות.

מסיבות אלה, אנחנו עדים לכך שיותר ויותר פגיות בעולם מאמצות את השיטה של האכלה צידית.¹⁸ יש לציין כי בעשור האחרון פורסמו כמה מחקרים שבחנו את ההשפעה שיש למנח הפג בזמן האכלה על מדדים פיזיולוגיים שונים. המאמר הזה אינו מתיימר להציג סקירת ספרות שיטתית מלאה של המחקרים שעוסקים בנושא זה, עם זאת, להלן יוצגו ממצאי מחקרים שהופיעו במאגר המידע Google Scholar. בשנת 2018 פרסמו Park ועמיתים סקירה שיטתית שבחנה את העדויות ליתרונות שיש למנח צידי לעומת מנח של שכיבה

מבט על מנקודת ראות מקצועית

טבלה מס' 1: השוואה בין המחקרים שבוצעו מאז 2018

המקור	שיטת המחקר	קריטריוני הכללה והוצאה	מאפייני המשתתפים	מספר משתתפים	תוצאות עיקריות
Girgin et al 2018	מאמר אקראי מבוקר (RCT)	לידה שבוע 26 עד 31+6 גיל 32 עד 39+6 משקל מעל 1,500 גר' יכולת הזנה פומית של לפחות 80% מהמרשם במשך יומיים לפחות	ללא הבדל משמעותי בין הקבוצות מבחינת גיל, משקל לידה, משקל, מין, אחוז חמצן בדם ודופק לפני האכלה	38 הגבהה על הצד 42 בהגבהה על הגב	אחוז חמצן בדם במהלך האכלה ואחריה גבוה יותר בתנוחה צידית, דופק נמוך יותר במהלך האכלה בתנוחה צידית, ללא הבדל בקצב אכילה וכמות האוכל
Raczyńska et al 2018	Cross-over	שבוע לידה ≥ 34 גיל לפחות 32 שבועות יציבות המו-דינמית ונשימתית ללא פתולוגיות מולדות העלולות להפריע באכילה בתהליך מעבר לאכילה פומית (בין 4-6 פעמים ביום) ללא תרופות מרדימות, לאפלפסיה או לכאבים		6 פגים כל תינוק נבדק פעמיים בשכיבה על הגב ופעמיים על הצד, התנוחה הראשונה נבחרה אקראית	ללא הבדל משמעותי בחמצון הדם ודופק בין התנוחות, כמות אוכל באופן מובהק גבוהה יותר בתנוחה הצד, נטייה לפחות השתנקויות בשכיבה על הצד ($p=0.09$)
Raczyńska et al 2022	Cross-over	כמו במחקר של Raczyńska et al מ-2018	כמו במחקר של Raczyńska et al מ-2018	42 פגים כל תינוק נבדק פעמיים בשכיבה על הגב ופעמיים על הצד, התנוחה הראשונה נבחרה אקראית	ללא הבדל משמעותי בחמצון הדם ודופק בין התנוחות, כמות אוכל באופן מובהק גבוהה יותר בתנוחה על הצד, מספר השתנקויות משמעותי יותר קטן בשכיבה על הצד

‡ הערת שוליים

גליה אבירם היא פיזיותרפיסטית בעלת הכשרה נוירו-התפתחותית. היא עובדת זה 35 שנה בפגייה של בית החולים "העמק", ומעל 30 שנה בקהילה, שבה היא פוגשת את "בוגרי" מחלקות הפגים השונות.

פיזיותרפיה היא היום חלק בלתי נפרד ממערך הטיפול בפגים במרבית בתי החולים בישראל. בפגייה שבבית החולים "העמק" שולבה הפיזיותרפיה עוד מראשית הקמת המחלקה, לפני כארבעים שנה. בזכות ראייתו הרחבה של מנהלה הראשון ד"ר שמילוביץ ז"ל הוטמע הצורך החיוני בטיפול הפיזיותרפיה ההתפתחותית כחלק בלתי נפרד ממעגל הטיפול הרב-תחומי בפגייה.

ההגדרה של תפקיד הפיזיותרפיה נבנתה בהדרגה על פי הצרכים בשטח, ובמהלך השנים התבסס מעמדה והיא הפכה למקצוע בעל חשיבות גדולה. חלק מהגדרת התפקיד של גליה בפגייה של בית החולים "העמק" הוא האכלת פגים ותינוקות עם קשיי אכילה שמופנים אליה על ידי הצוות הסיעודי בפגייה. זאת מתוך ההבנה כי הידע והניסיון שלה בתחום התפתחות הפג והתינוק יאפשרו לה לתת מענה מקצועי לקושי התפתחותי זה.

גליה נחשפה להאכלה בהגבהה צידית לפני כ-12 שנים בסיוע מקצועי בהולנד שבו צפתה בהאכלה במנח זה אצל תינוק (לא פג). בתצפית זאת זיהתה את הפוטנציאל של שיטה זו בסיוע לפגים לעבור מהזנה בזונדה לאכילה מבקבוק או משד. היא יצאה למסע של ניסוי, טעייה והתאמות רלוונטיות לקשיים וליכולות ההתפתחותיים המאפיינים פגים.

בחלוף השנים הפכה האכלה צידית מוגבהת בשלב המעבר מהאכלה בזונדה לשיטת ההאכלה הרווחת והמועדפת בפגייה של בית החולים "העמק" בעפולה. נמצא כי הדרכת הצוות הרפואי, ובהמשך הדרכת ההורים, בהאכלה הצידית הייתה קלה ומהירה, והתגובות לה היו ועודן מצוינות. מניסיונה של גליה, האכלה צידית מתאימה ומסייעת גם לתינוקות עם ריפלוקס, תינוקות עם היפוטוניה או עם מחלות אחרות, המתקשים בהחזקת הראש ובאכילה, ועשויה לתת מענה טוב גם בטיפולים ההתפתחותיים בקהילה.

לסיכום, אין ספק שהמחקר עדיין בחיתוליו. אף על פי שיש ראיות ראשוניות לעדיפות האכלה במנח צידי ביחס לפרמטרים פיזיולוגיים שונים, אין עקביות ברורה לגבי התוצאות. יחד עם זאת, חשוב לציין כי אף אחד מן המחקרים שבוצעו עד כה לא הצביע על עדיפות להאכלת הפג על גבו. ייתכן שחלק מן הסתירות בתוצאות נובעות מהבדלים בבשלות הפג בזמן המחקר, במחלות הרקע (כגון היפוטוניה, ריפלוקס וכו'), בטכניקה הספציפית שבה השתמשו בזמן ההאכלה, כגון, מידת ההגבהה של הפג או אופן האחיזה בו. כמו כן, ייתכן גם שמנח צידי אינו המנח האופטימלי עבור כל תינוק/ פג המתקשה באכילה. יש צורך במחקרים ברמה גבוהה יותר אשר יוכלו לשפוך אור על הפרמטרים המשפיעים על איכות ההזנה במנחים שונים. כמו כן, יש צורך במחקרים אשר יבחנו את ההשפעה של מנח האכילה על אספקטים נוספים, כגון משך הזמן עד לשחרור הפג מן הזונדה, היכולת לעבור ליניקה, קצב הגדילה של הפג ועוד.

סיכום

אכילה ועלייה במשקל נקשרים בשיח הציבורי והתרבותי לחוסן ובריאות. האכלת הפג היא פעולה מאתגרת לצוות הסיעודי ולהורים. הצלחתה, בעיקר אצל פגים צעירים ויילודים עם קשיי אכילה, היא שלב חשוב לקידום התינוק בדרכו לשחרור מן הפגייה.²¹ קושי באכילה של תינוק מתפרש לעתים, שלא בצדק, ככישלון הורי, ויכול להשפיע משמעותית על ההתמודדות ההורית עם גידול התינוק.

אימוץ האכלה במנח אופטימלי היא פעולה הדורשת הבנה התפתחותית, ניסיון והדרכה סבלניים ומדויקים. מאמר זה, אשר הציג את הרציונל ההתפתחותי לאימוץ האכלת בשכיבה צידית לפג המתקשה בקואורדינציה של פעולות היניקה/ בליעה ונשימה, וכן ממצאים מחקריים ראשוניים, מתבסס במידה רבה על ניסיונה האישי של כותבת המאמר (גב' גליה אבירם). במהלך 12 השנים האחרונות מאז החלה להטמיע שיטה זו בפגייה של בית החולים "העמק", חוותה הכותבת עם צוות הפגייה והורי התינוקות הצלחות רבות, וזכתה לעבוד עם מאות הורים מכירי תודה. תקוותה היא כי מאמר זה יחשוף הפיזיותרפיסטיות והצוותים הרפואיים לשיטה זו ולעודד אותם לבחון אם האכלה צידית מתאימה ומשפרת את האכילה אצל תינוקות שנתונים לטיפולם.

מקורות

1. Vogel JP, Chawanpaiboon S, Moller AB, Watananirun K, Bonet M, Lumbiganon P. The global epidemiology of preterm birth. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. 2018 Oct 1;52:3-12.
2. Ward RM, Beachy JC. Neonatal complications following preterm birth. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2003 Apr;110:8-16.
3. Lau C, Schanler RJ. Oral motor function in the neonate. *Clinics in perinatology*. 1996 Jun 1;23(2):161-78.
4. Lau C. Development of infant oral feeding skills: what do we know?-. *The American journal of clinical nutrition*. 2016 Feb 1;103(2):616S-21S.
5. Shiao SY, Youngblut JM, ANDERSON GC, DIFIORE JM, Martin RJ. Nasogastric tube placement: effects on breathing and sucking in very-low-birth-weight infants. *Nursing research*. 1995 Mar 1;44(2):82-8.
6. Miller JL, Sonies BC, Macedonia C. Emergence of oropharyngeal, laryngeal and swallowing activity in the developing fetal upper aerodigestive tract: an ultrasound evaluation. *Early human development*. 2003 Feb 1;71(1):61-87.
7. Dodrill P. Feeding difficulties in preterm infants. *ICAN: Infant, Child, & Adolescent Nutrition*. 2011 Dec;3(6):324-31.
8. Silva ES, Nunes ML. The influence of gestational age and birth weight in the clinical assesment of the muscle tone of healthy term and preterm newborns. *Arquivos de neuro-psiquiatria*. 2005;63:956-62.
9. Lau C, Smith EO, Schanler RJ. Coordination of suck-swallow and swallow respiration in preterm infants. *Acta Paediatrica*. 2003 Jun;92(6):721-7.
10. Vice FL, Gewolb IH. Respiratory patterns and strategies during feeding in preterm infants. *Developmental Medicine & Child Neurology*. 2008 Jun;50(6):467-72.
11. Ludwig SM. Oral feeding and the late preterm infant. *Newborn and Infant Nursing Reviews*. 2007 Jun 1;7(2):72-5.
12. Mathew OP. Breathing patterns of preterm infants during bottle feeding: role of milk flow. *The Journal of pediatrics*. 1991 Dec 1;119(6):960-5.
13. Thoyre SM, Carlson J. Occurrence of oxygen desaturation events during preterm infant bottle feeding near discharge. *Early human development*. 2003 May 1;72(1):25-36.
14. Girgin BA, Gözen D, Karatekin G. Effects of two different feeding positions on physiological characteristics and feeding performance of preterm infants: a randomized controlled trial. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*. 2018 Apr;23(2):e12214.
15. Glass RP, Wolf LS. A global perspective on feeding assessment in the neonatal intensive care unit. *The American Journal of Occupational Therapy*. 1994 Jun 1;48(6):514-26.
16. Gouna G, Rakza T, Kuissi E, Pennaforte T, Mur S, Storme L. Positioning effects on lung function and breathing pattern in premature newborns. *The Journal of pediatrics*. 2013 Jun 1;162(6):1133-7.
17. Dowling DA. Physiological responses of preterm infants to breast-feeding and bottle-feeding with the orthodontic nipple. *Nursing Research*. 1999 Mar 1;48(2):78-85.
18. Park J, Pados BF, Thoyre SM. Systematic review: What is the evidence for the side-lying position for feeding preterm infants?. *Advances in Neonatal Care*. 2018 Aug 1;18(4):285-94.
19. Raczyńska A, Gulczyńska E. The impact of positioning on bottle-feeding in preterm infants (≤ 34 GA). A comparative study of the semi-elevated and the side-lying position—A pilot study. *Journal of Mother and Child*. 2019 Jan 1;23(2):117-24.
20. Raczyńska A, Gulczyńska E, Talar T. Advantages of side-lying position. A comparative study of positioning during bottle-feeding in preterm infants (≤ 34 weeks GA). *Journal of Mother and Child*. 2022 Jun 9;25(4):269-76.
21. Committee on Fetus and Newborn. Hospital discharge of the high-risk neonate. *Pediatrics*. 2008 Nov 1;122(5):1119-26.

Feeding preterm babies in a semi-elevated side-lying position

Galia Aviram BPT¹, Yocheved Laufer, D.Sc²

¹ Neurodevelopmental Physical Therapist,
Emek Medical Center

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

Abstract

Developmental physical therapy is an integral part of the multidisciplinary treatment of preterm babies born before the 37th week of pregnancy. The ability to suck and swallow in coordination with breathing develops and matures between weeks 32-34 of gestation.

The guiding considerations in deciding whether to switch from nasogastric tube feeding to oral feeding are complex and depend on the baby's readiness for the transition, the rate of transition, the effect of the transition on nutritional intake, and the resulting weight gain. Due to their knowledge and experience in the field of infant development, physical therapists in the pediatric intensive care unit are often called on to assist in the feeding of premature babies with feeding difficulties.

This article reviews the factors that contribute to the feeding difficulties of premature babies and the principles and advantages of feeding in a semi-elevated side-lying position. This method provides an optimal solution to common problems among premature babies when transitioning from tube feeding to oral feeding. The article also reviews initial research findings that support an elevated side-lying position during the transition from tube feeding to bottle/breast feeding. Implementing this method can improve the eating quality of premature babies and hasten their release from the hospital. It may also improve the experience of

the parents and nursing staff involved in their feeding.

Feeding in an optimal manner requires an in-depth understanding of baby development. The purpose of the article is to encourage physical therapists and medical teams to examine whether side-lying feeding is appropriate for premature babies as well as for babies with feeding problems under their care, in order to maximize their ability to meet their nutritional needs.

Key words: premature baby, feeding difficulties, position, semi-elevated side-lying position

"שחקן פצוע הוא כמו ציפור שלא יכולה לעוף"

זיהוי גורמים מקדמים ומעכבים לבניית תוכנית למניעת פציעות ספורט המותאמת לקבוצת כדורגל מקצוענית

מעין ברסלר ¹BPT, MSc, אברט וורהאכן ²PhD

¹ פיזיותרפיסטית המתמחה בספורט ושלד-שריר, מטפלת בקליניקה פרטית ומרצה לאנטומיה
² מנהל שותף ב-Amsterdam Institute of Sport Science, יו"ר שותף בארגון בריאות ובטיחות בספורט של אמסטרדם

תקציר

רקע: כדורגל הוא ספורט בעצימות גבוהה המכיל מגע, ולכן קשור בשכיחות גבוהה של פציעות. למרות הידע הרב שיש כיום בתחום מניעת פציעות, שיעורי הפציעות נותרו גבוהים יחסית. נתון זה מעלה את הצורך להתייחס לפציעות ולמניעתן כאל תופעה רחבה, תוך אימוץ גישה מורכבת המתייחסת לגורמי הקשר וכוללת גורמים נוספים מלבד הגורמים הפיזיים.

מטרה: המאמר מתאר תהליך של זיהוי קווים מנחים לפיתוח תוכנית למניעת פציעות עבור קבוצת ספורט. התוכנית הותאמה עבור קבוצת כדורגל ספציפית תוך התחשבות בחסמים ובקשיים שמאפיינים אותה, ועוצבה בהתאם לאמונות, לדעות ולתפיסות של כל אנשי הצוות והשחקנים בקבוצה.

שיטת המחקר: כל הנתונים נאספו מתוך ראיונות פרטניים מובנים-למחצה עם 11 אנשי מקצוע מקבוצת כדורגל המתחרה בליגת העל הישראלית. נשאלו שאלות פתוחות לגבי פציעות, מניעת פציעות וגורמי השפעה שונים על פציעות. לאחר קידוד כל הנתונים לפי גישת הניתוח התמטי, עוצב מודל המייצג חזותית את הנושאים העיקריים.

תוצאות: הנושאים העיקריים העולים מן הראיונות קשורים בעיקר לדרישות הגבוהות ששחקני הקבוצה והצוות מתמודדים איתן. זוהו האתגרים של אנשי המקצוע ודרכי ההתמודדות איתם. נמצא שבעוד שקיים ידע רחב לגבי מניעת פציעות וההשלכות הפיזיות של הפציעה בקרב הצוות והשחקנים,

לא מוקדשת תשומת לב מספקת להשלכות המנטליות של הפציעות על השחקנים וביצועיהם.

מסקנה: גישה נכונה למניעת פציעות חייבת לכלול היבטים פיזיים ונפשיים. פיתוח נכון של חוסן נפשי אצל שחקנים לפני הפציעה ובמהלך שיקומה יספק לשחקן את האמצעים להתמודד טוב יותר עם פציעה בעתיד ולשפר את ביצועיו בהווה.

מילות מפתח: מניעת פגיעות ספורט, חוסן נפשי, גורמי הקשר, כדורגל

מבוא

כדורגל הוא ספורט מגע בעצימות גבוהה, ולכן קשור בשכיחות גבוהה של פציעות.¹ שחקני כדורגל מקצועיים נחשבים לספורטאי עילית, וחייבים לשמר ולפתח ללא הרף את כישוריהם האתלטיים בעומסים הולכים וגדלים. השילוב של אימונים אינטנסיביים ומשחקים בתנאי לחץ חושף את השחקן לסיכונים גדולים של פציעה.² הפציעות עלולות להיות שונות בחומרתן, להשפיע באופן דרמטי על בריאותו של השחקן, ולהוביל להשתתפות חלקית או להיעדרות מלאה מאימון או משחק. תוצאות אלו עלולות לפגוע בביצועים, בבריאות הנפשית ובהישגים.³

פציעת ספורט ומניעתה הן נושא מורכב. מחקרים רבים הראו כי ניתן למנוע פציעות, רובם מתמקדים בגורמים פיזיים ובהשלכותיהם.^{4,5} לדוגמה, סקירה שיטתית של Vasileiadis בשנת 2020 מצאה ש-Fifa 11+, טכניקות עיסוי עצמי על גליל, אימוני כוח למניעת פציעות, רוטינות של הפעלה מוקדמת (pre-activation) ואימוני חיזוק לשרירי ליבה, הם האסטרטגיות היעילות ביותר למניעת פציעות בכדורגל.⁶

נוסף על חקר אסטרטגיות שונות, מאמרים רבים ניסו לבחון את האופן המיטבי להטמעת תוכנית למניעת פציעות כדי לנסות ולגשר על הפער הקיים תכופות בין המחקר לאופן יישומו בשטח.^{34,33} העובדה שלמרות הידע הרב הזה שיעורי הפציעות נותרו גבוהים יחסית,⁷ מעלה את הצורך להתייחס לפציעות ולבריאות השחקנים כאל תופעה רחבה יותר, הקשורה למגוון רחב של אנשי מקצוע, תוך אימוץ גישה מורכבת המתייחסת להקשר.⁸ כלומר, יש להתייחס לעולם התוכן שסובב את השחקנים וכן לקבוצת הכדורגל שבה הם משחקים.

לדוגמה, גישת השיקום המסורתית-לינארית לשחקן כדורגל עם נקע חוזר בקרסול מתמקדת באלמנטים הקשורים למצבו הגופני, כמו חיזוק, שיווי משקל ופרופריוספציה. לעומתה, לפי חשיבה מורכבת, המבוססת על גישת "שלם מורכב מיחידות המתקשרות זו עם זו",^{9,10} שיקום של פגיעה כזו עשוי לכלול מגוון של התערבויות. מלבד ההיבטים הפיזיים, מאמן הכושר עשוי לשקול החלפת נעליים לשחקן ולדאוג לשיפור הרגלי שינה ותזונה מתאימה. כל אלה עשויים להשפיע לטובה על

ההתאוששות. המאמן עשוי גם לשנות עומסי אימונים ולשקול להעביר את השחקן לעמדה אחרת במגרש.

המאמר מבוסס על מחקר שהתמקד בקבוצת כדורגל ישראלית. המחקר נכתב בהשראת מחקר איכותני שפורסם על ידי Evert Verhagen ועמיתים בשנת 2019. מחקר זה בדק פציעות ומניעת פציעות ב-Cirque du Soleil ("קרקס השמש", קרקס מודרני הכולל מעל 1,000 אנשי צוות) והתבסס על ראיונות וקבוצות מיקוד של אנשי מקצוע העובדים בו. מטרת המחקר שלהם הייתה לבדוק ולסווג את דעות הנחקרים לגבי פציעה ומניעת פציעות. בעזרת הנתונים שהתקבלו, עיצבו החוקרים מודל שהציג את התוצאות באמצעות מפה של מושגים וחשיבה מערכתית יישומית.¹¹ למיטב ידיעתנו, טרם פורסם מחקר דומה שחוקר פציעות ומניעת פציעות בכדורגל בגישה כזאת.

ביססנו את מחקרנו על האמונה שאין צורך "להמציא את הגלגל מחדש" אלא "לגרום למכונית לפעול טוב יותר". כלומר, הידע הקיים בתחום מניעת פציעות הינו מספק. ובכל זאת, מכיוון שפציעה היא תופעה מורכבת, ייתכנו גורמים והיבטים נוספים על אלה שנגלים בבירור לעין. הקושי במניעת פציעות עשוי לנבוע, למשל, מתקשורת לקויה בין אנשי מקצוע, מהבדלים ביניהם בגישות, בציפיות ובהגדרות, ומחוסר תיאום.

המאמר מתאר תהליך של זיהוי קווים מנחים לפיתוח תוכנית למניעת פציעות עבור קבוצת ספורט. התוכנית הותאמה עבור קבוצת כדורגל ספציפית, תוך התחשבות בחסמים ובקשיים שמאפיינים אותה, ועוצבה בהתאם לאמונות, לדעות ולתפיסות של אנשי הצוות והשחקנים.

שיטת המחקר

זהו מחקר איכותני המבוסס על ראיונות פרטניים מובנים-למחצה שנערכו באופן מקוון באמצעות תוכנת ZOOM, ונותחו בגישת הניתוח התמטי.

אוכלוסיית המחקר

המשתתפים היו אנשי מקצוע הפועלים במסגרת קבוצת כדורגל מקצוענית ישראלית המתחרה בליגת העל. שחקני

איסוף וניתוח הנתונים

בראיונות השתמשנו בשאלות פתוחות הנוגעות לפציעות, למניעתן ולגורמים התורמים לפציעה. כל השאלות נכתבו מראש, אבל הראיונות היו מובנים-למחצה. השאלות נכתבו בהשראת מחקר דומה שהשתמש בשאלות פתוחות לגבי פציעות, מניעת פציעות וגורמי השפעה שונים על פציעות.¹¹ קיימנו את הראיונות כשיחה שאפשרה דינמיות ופתיחות כדי לקבל מן המשתתפים מידע רחב ככל האפשר. זמן הראיון הממוצע היה 30-40 דקות לערך.

ניתחנו את הראיונות בגישת הניתוח התמטי, שיטה אנליטית איכותנית לזיהוי, לניתוח ולמתן פרשנות של נושאים (איור 1).^{12,13} בתחילה, מיינה החוקרת הראשית את המידע שהתקבל מן הראיונות שהוקלטו בעזרת קודים פתוחים, באמצעות תוכנת MAXQDA. השלב הבא היה קידוד צירי המבוסס על הרעיונות העיקריים שחולצו מן הנתונים. קיבצנו את כל הרעיונות לקטגוריות ויצרנו מפת מושגים (איור 2). המפה מספקת הבנה מעמיקה יותר של הנתונים, הקשרים והזיקות בין כל בעלי המקצוע והגורמים הרלוונטיים למניעת פציעות. לבסוף, ריכזנו את כל הנושאים והמושגים העיקריים למודל (איור 4).

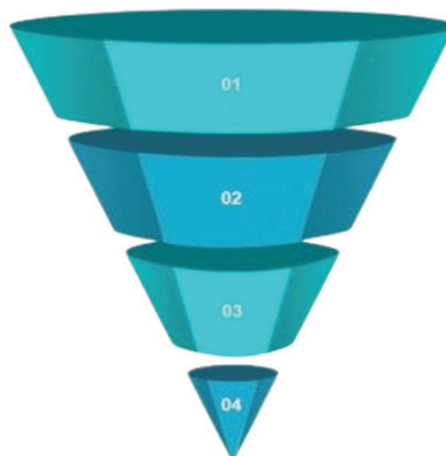
כדורגל, מאמנים וצוות רפואי ומקצועי קיבלו מידע על אודות המחקר והוזמנו להשתתף בו. ההסכמה להשתתפות במחקר זה מטעם הצוות והשחקנים התקבלה מראש, והוכחה מוטיבציה גבוהה להשתתף. הכוונה הייתה לערוך את הראיונות עם בעלי מקצוע שונים הלוקחים חלק בפעילות הקבוצה כדי להיחשף לנקודות מבט רבות ככל האפשר, וללמוד על דעות ורעיונות שונים.

כל המשתתפים חתמו על הסכמה-מדעת לפני ההשתתפות בראיונות, והתקבל אישור מוועדת האתיקה של אוניברסיטת Vrije עבור מחקר זה ומחקרים דומים שנערכו במקביל באוניברסיטה זו עם קבוצות ספורט נוספות. טופס הסכמה-מדעת זה כלל את הנתונים האלה:

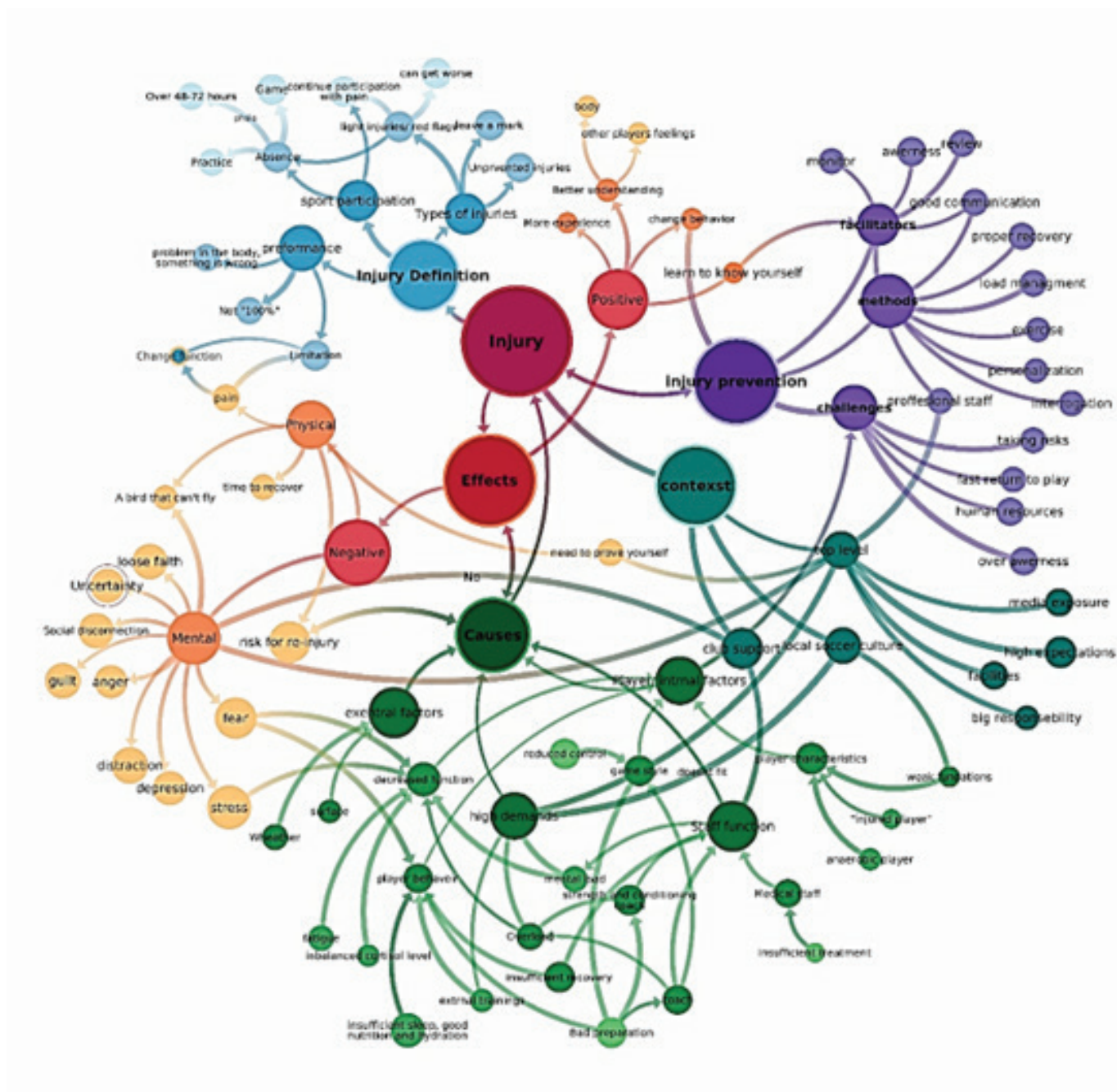
1. ההשתתפות במחקר הינה מרצון, והמשתתפים רשאים לפרוש מן המחקר בכל עת;
2. שמות המשתתפים חסויים ודבריהם ינותחו בעילום שם;
3. ניתן ורצוי לשתף בכל מחשבה ורעיון בפתיחות ובכנות כדי לאפשר לחוקר הבנה מלאה ועמוקה.

משתתפי המחקר כללו שישה שחקני כדורגל מקצועיים, עוזר מאמן, פיזיותרפיסט, אנליסט ושני מאמני כושר.

איור 1: תרשים זרימה של ניתוח הנתונים



איור 2: מפת המושגים (אילוסטרציה)



תוצאות

הרושם הראשוני המתקבל ממפת המושגים הוא שמדובר במערכת מורכבת, ובנושאים רבים שקשורים זה לזה. ניתן לפרש את המפה בדרכים שונות, ללמוד על הצוות והשחקנים ולהסיק מסקנות. נקודה משמעותית אחת שברצוננו לציין היא שההשפעות החיוביות של פציעה קשורות למניעת פציעות, וההשפעות השליליות קשורות לגורמים לפציעה. לדוגמה, השחקנים דיווחו שלמדו להכיר טוב יותר את גופם לאחר הפציעה. "להכיר את הגוף שלך" צוין כגורם מסייע במניעת פציעות. מנגד, שחקנים שחוו פציעה דיווחו על חשש לפציעה עתידית. חשש כזה עלול להוביל לירידה בתפקוד ולהגביר את הסיכון לפציעה ממשית.

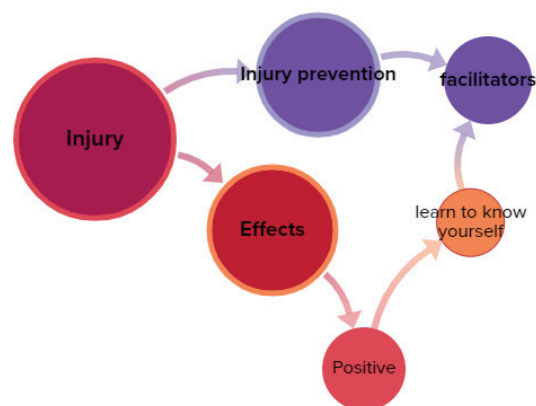
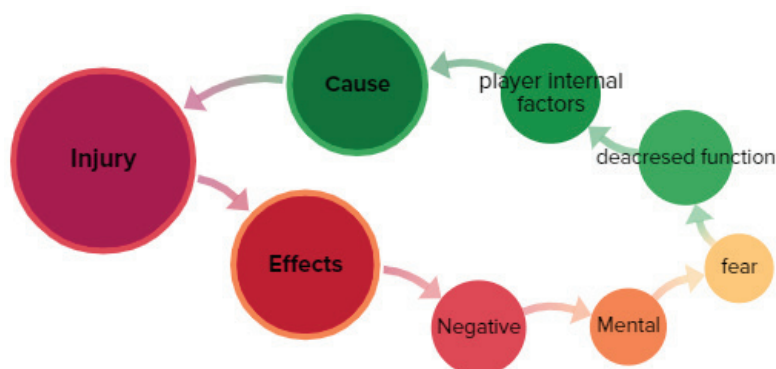
חילצנו מתוך המפה מספר מושגים מרכזיים שעליהם ביססנו את התמות העיקריות במחקר זה: הגדרת פציעה, ניסיון בפציעות, גורמים התורמים לפציעה שקשורים לקונטקסט של מועדון זה ומניעת פציעות. גורמים אלה נחלקים לתתי-גורמים המוצגים בפירוט בלוחות 1-5 להלן ונתמכים על ידי ציטוטים מתוך הראיונות.

הגדרה של פציעה

המשתתפים הגדירו מהי פציעה במגוון אופנים. ככלל, רוב אנשי הצוות התייחסו בהגדרתם להיעדרות השחקן מאימון או ממשחק, ואילו השחקנים שמו דגש רב יותר על תפקוד הגוף. לעומת אנשי הצוות, השחקנים ציינו בהגדרתם כאב, אבל כל המשתתפים ציינו שכאב אינו בהכרח מעיד על פציעה. הדעה הרווחת של רוב אנשי הצוות הייתה שרק היעדרות ממשחק היא פציעה, בעוד שהפיזיותרפיסט ראה בכל היעדרות (גם מאימונים) מעל 48 שעות פציעה. כל המשתתפים ציינו כי ישנם סוגים שונים של פציעה, והם נבדלו ביניהם בהגדרה של פציעה, למשל, פציעות קלות, פציעות חמורות שאותן הגדירו כ"דגלים אדומים", ופציעות שעלולות להשבית שחקן. כולם ציינו שיש פציעות שנגרמו מתאונות, שלא ניתן לצפותן מראש.

בלוח 1 מוצגים הקודים (הנושאים) העיקריים הקשורים בהגדרה של פציעה וציטוטים לדוגמה מתוך דברי המשתתפים.

איור 3: דוגמה מתוך מפת המושגים לקשרים שנוצרו מימין: מעגל השפעה חיובית של פציעה, משמאל: מעגל השפעה שלילית של פציעה



לוח 1: נושאים הקשורים בהגדרה של פציעה וציטוטים לדוגמה

כאב	"כאב לא בהכרח מעיד על פגיעה. אני לא חושב שאם יש לך כאב אתה פצוע, רק אם יש לך מגבלה ולא יכול לתת 100%". שחקן 4 "אני לא מגדיר כאב כפציעה. יש לי כאב רוב הזמן. תמיד יש משהו. אני לא זוכר שאי פעם הייתי 100% במשחק, אבל אני לא מחשיב את זה כפציעה". שחקן 6
השפעה על ביצועים	"פציעה זה כשאתה מרגיש שמהו מגביל אותך, שאתה לא יכול לתת 100%. כשאתה מרגיש בגוף שזה משהו רציני. אם יש כאבים אבל אפשר להמשיך לעשות ספרינטים ואימונים ואין שום דבר מגביל, אז אני לא חושב שזו פציעה". שחקן 4 "כשמהו מלווה אותי הרבה זמן, ואני משחק עם כאב, וזה לא מאפשר לי לתת 100%". שחקן 6 "פציעה היא מצב נתון שבו השחקן לא יכול לתת 100% מעצמו, שיש משהו פיזי שמונע ממנו. זו לא פציעה אם השחקן כשיר פיזית ב-100% אבל לא מצליח לבצע פעולות מוצלחות". אנאליסט
השתתפות/ נוכחות	"פציעה היא אם שחקן נעדר 48-72 שעות. אם הוא ישתתף במשחק, הצוות הלא רפואי לא יגדיר אותו פצוע, אבל לדעתי הוא פצוע". פיזיותרפיסט "פציעה היא משהו שגורם לשחקן להפסיק פעילות ולהפסיד מעל שלושה אימונים ומשחק". מאמן כושר 2 "פציעה עבורי היא כל דבר שמונע מהשחקן להשתתף במשחק. אם שחקן מתלונן על כאבים במהלך השבוע, אבל בסופו של דבר הוא יכול להשתתף במשחק, אני רואה זאת כתוצאה מעומס גבוה או נזק". מאמן כושר 1
מאפייני פציעה	"אני יכול לחלק פציעות לשלוש קטגוריות: יש פציעה שמציקה בזמן אימון, יש כאבים שמפריעים, אבל עדיין אפשר להתאמן. בתוך הקטגוריה הזו אני מחלק את זה לכאבים שמגבילים וכאלה שלא. חלק מהפציעות הן קלות, כמו מתיחות, קרעים קטנים או חבלות, כאלה שלא משאירות נזקים ארוכי טווח. ובקטגוריה השלישית יש פציעות חמורות וארוכות טווח שמשאירות צלקת לאורך הקריירה". שחקן 5 "יש שני סוגים: אחד שהוא דלקת, מתיחות, בעיה שהתפתחה לאט, כולם מדליקים 'נורה אדומה'. חלק מהפציעות לא ניתנות למניעה, כמו שברים, נקעים, חתכים וחבלות, שמתרחשים כחלק מהעבודה". עוזר מאמן "איך שאני רואה את זה, ישנם שלושה סוגים של פציעות: הראשונה משביתה אותך, לשנייה יש סיכון להשבית אותך, ולשלישית אין סיכון להשבית אותך בכלל. המאתגרת ביותר היא השנייה בגלל שהיא גורמת לדילמה אם להשתתף או לא". שחקן 1

התנסות בפציעות: השפעות והשלכות

בתשובה לשאלה הראשונה שלנו ("איך מגדירים פציעה?"), רוב השחקנים תיארו את החוויות האישיות שלהם מפציעות שונות שעברו (אף על פי שלא נשאלו על כך ישירות). הם תיארו השלכות ודרכי התמודדות שונות עם פציעותיהם, שאותן חילקנו לשני סוגים - השפעות או השלכות חיוביות והשפעות או השלכות שליליות. ההשפעות החיוביות נוגעות בעיקר ללמידה עצמית ומודעות השחקן לגופו - מה הוא צריך

ומה מתאים לו. בעקבות תהליך הלמידה הם דיווחו על שינוי בהתנהגות ובסגנון האימון. להשפעות השליליות שצינו יש היבטים פיזיים, כמו הסיכון של עומס-יתר במאמץ להתאושש מהר ולהוכיח שהם מסוגלים לתפקד היטב לאחר הפציעה. עם זאת, רוב ההשפעות השליליות היו קשורות להיבטים נפשיים, כמו פחד, אשמה, כעס ודיכאון.

בלוח 2 מוצגות ההשפעות שיש להתנסות בפציעות וציטוטים לדוגמה מתוך דברי המשתתפים.

לוח 2: ההשפעות שיש להתנסות בפציעות וציטוטים לדוגמה		
חווייה חיובית בעקבות פציעה		"אני אוהב ללמוד ולרכוש ידע. מכל פציעה שהייתה לי למדתי משהו ואני מאמין שהניסיון הוא זה שנותן לך את הידע המשמעותי". שחקן 2
		"מאז הפציעה התחלתי לפעול אחרת. עד הפציעה הייתה לי שגרה קבועה, ועדיין הייתי עושה את זה גם אם הייתי עייף, עדיין הייתי עושה את זה. היום אני עושה מה שמרגיש טוב לגוף שלי". שחקן 4
		"אם היה לי את הידע שיש לי היום, אולי הייתי פחות נפצע ועושה דברים אחרת. יש לי מחשבות לעזור לאנשים עם הפציעות שלהם אחרי פרישתי מכדורגל, ללמוד מהטעויות שעשיתי בדרך. כבר היום אני סוג של יועץ לפציעות בליגה שלנו". שחקן 5
		"כשהייתי פצוע התחלתי להסתכל על דברים אחרת. אני רגיל לשחק 90 דקות, אבל פתאום הבנתי מה מרגישים שחקנים שיושבים בצד". שחקן 1
חווייה שלילית בעקבות פציעה	פיזי	"אחרי פציעה, זה קשה. אתה צריך להוכיח את עצמך שוב. במיוחד במועדון כל כך גדול, כשאתה פצוע ואתה מפספס הרבה משחקים, שחקנים אחרים יכולים לתפוס את המקום שלך". שחקן 4
		"אין דבר שספורטאי רוצה יותר מאשר לשחק. שחקן שנפצע הוא כמו ציפור שלא יכולה לעוף. לא אכפת לו מכלום אחר". שחקן 5
		"אם יש לך פציעה רצינית ויושבים בחוץ חודש או חודשיים, קשה לחזור. אתה יותר עצבני ולא בטוח ב-100% אם אתה צריך יותר זמן להתאושש. זה מאוד מאתגר להשתפר מהר". שחקן 3
	מונטלי	"כשנפצעתי התנתקתי מכולם, לא היה לי כוח ולא רציתי לראות את המשחקים של הקבוצה כי היה לי הרבה כעס. גם אם ראיתי משחק, לא היה לי כסף כי כשאתה פצוע, זה יותר גרוע. אתה לא יכול לעשות כלום". שחקן 1
		"קודם כל, אתה מפחד לחזור לשחק אחרי פציעה. לוקח זמן לחזור לעצמך, להצליח לספק 100% ולשכוח מהפציעה שלך. עדיין יש לי חששות לפני ביצוע תנועה חדה. זה כאילו הראש שלי. אומר לי לשמור על עצמי". שחקן 2
		"הרגשתי שהתפיסה היא שאם יש לך פציעה בשריר - זה לא בסדר, שעשיתי משהו לא בסדר, אז במשך שנים הרגשתי אשמה, אולי אני לא עושה מספיק. באותו רגע, הייתי למטה". שחקן 6
		"אני מרגיש שהם לא מבינים את דעתו של השחקן. כשאני פצוע, אני לא רוצה לבוא לאימון. אני לא רוצה לפגוש אף אחד, כי הם כל הזמן שואלים אותי מה שלומי, איך הפציעה שלי, ומתי אחזור. זה מתיש אותי. זה קשה". שחקן 5

גורמים הקשורים לפציעה

בתגובה על השאלה: "מהם גורמי הסיכון לפציעה?", קיבלנו תשובות שונות. חלק מן הגורמים שצוינו הוגדרו כגורמי סיכון, ואחרים - כגורמים התורמים לשמירה על בריאותו של השחקן. רוב התשובות עסקו בגורמים פנימיים, כלומר - גורמים הקשורים למאפייני השחקן ולהתנהגותו. הייתה הסכמה בין כל המשתתפים שתזונה נכונה, שינה איכותית ושתיית מים מרובה

הם הבסיס לשמירה על בריאותו של השחקן. המשתתפים ציינו בנוסף שגורמים אלו הם באחריות השחקן, גם מחוץ לשעות האימון. צוינו גם גורמים חיצוניים שמשפיעים על השחקן אך אינם בשליטתו. חלקם קשורים לתפקוד ולהחלטות של הצוות, כמו ניהול עומסים, תהליך ההתאוששות, תכנון וסגנון המשחק והכנה פיזית.

בלוח 3 מוצגים הגורמים העיקריים לפציעה וציטוטים לדוגמה מתוך דברי המשתתפים.

לוח 3: הגורמים העיקריים לפציעה וציטוטים לדוגמה		
גורמים פנימיים	מאפייני השחקן	"יש דבר כזה שנקרא 'ספורטאי פצוע'. זה שחקן שיש לו בעיות הקשורות לפציעה. הוא בדרך כלל מגיב בפאניקה, וניהול השיקום שלו מורכב יותר". מאמן כושר 2
		"יש אלמנט פיזיולוגי. כמה השחקן יכול להתאים לדרישות הפיזיות". אנאליסט
		"אני לא אצן, אני יותר שחקן סיבולת, אז אולי זו הסיבה שאני פחות פצוע". שחקן 3
	ביצועים	"ישנם רבדים רבים לגורמים המשפיעים על הפציעה. שימוש יתר הוא משמעותי מאוד כאשר אתה מפעיל עומס גדול על הגוף שלך כך שהוא לא יכול להתמודד עם העומסים הקיימים וכמובן, ההיבט הנפשי, כמו מחשבות או דברים שקורים לך יכול להשפיע על הגוף שלך. בסופו של דבר, הנפש קשורה מאוד לפיזי". שחקן 2
גורמים חיצוניים	התנהגות ואחריות	"אם רמת הקורטיזול אינה מאוזנת כתוצאה מלחץ או עומס יתר, זה יכול לתרום לפציעה ולהשפיע על הביצועים". מאמן כושר 2
		"התחזוקה העיקרית היא באחריות השחקנים. עליהם לקחת את השינה, התזונה, מאזן הנוזלים, הטיפולים, ההתאוששות והתוספים". עוזר מאמן
	החלטות ותפקוד הצוות	"אני צריך לעשות את כל הטיפולים שהגוף שלי צריך, אם זה אחרי אימון - לעשות תרגילי התאוששות ומתיחות, ולפני אימון - תרגילי חיזוק, כל אלה נמצאים בשליטה שלי". שחקן 1
גורמים חיצוניים	עומס-יתר	"הפציעה שלי לא קרתה בגלל מזל רע. זה נבע מעומס יתר והכנה לקויה". שחקן 4
		"אם עומס האימונים לא מנוהל כמו שצריך ואין שליטה, אז אפשר להגיע למצב שהאימונים מאוד קשים ובעומס גבוה מדי". שחקן 2
		"אנחנו צריכים למצוא דרכים לעזור להפחית את המתח כי כאשר מתח הופך ללחץ, זה יכול לגרום לך לפאניקה, להיות נוקשה יותר, פחות גמיש ולכן חשוף יותר לפציעות". אנאליסט
		"שחקנים יפנו למאמנים אישיים שלא מתקשרים עם המאמנים שלנו, ונוצרים פערים. עם זאת, אני מאמין שהשחקנים צריכים את זה כי מבחינה מקצועית, מחקרים מראים שתרגילי כוח חשובים למניעת פציעות, והקבוצה לא מספקת את זה עבורם". פיזיותרפיסט
גורמים חיצוניים		"התפקיד שלי הוא לעזור לשחקנים ליצור שליטה במשחק... במשחקים, יש לנו פחות שליטה, ויש סיכון מוגבר לפציעה". אנאליסט

בהם חשיפה תקשורתית נרחבת, ציפיות להישגים ומאמץ מתמיד לעמוד בדרישות גבוהות. כל אלו עשויים להגביר את הלחץ המופעל על השחקנים ועל אנשי הצוות. היבט רחב יותר הוא תרבות הספורט המקומית שבה התפתחו השחקנים ובתוכה הם פועלים כיום. הנושאים המרכזיים שעלו במחקר בהיבט זה היו רמת הכדורגל הירודה לעומת אירופה, התפתחות אישית שאינה מספקת והיעדר די משאבים לשיקום מתאים ולהתנהלות נכונה. חלק גדול מן הנושאים שצינו מושפעים מן הרגשות העזים הקשורים בכדורגל בישראל.

גורמי הקשר: גורמים התורמים לפציעה אשר קשורים בעולם הספורט ובסביבת המועדון

מספר גורמים שמשפיעים על השחקן קשורים בעולם התוכן שסובב אותו. גורמי הקשר הוגדרו כסוג הספורט ומאפייניו וכן קבוצת הכדורגל הספציפית שעליה ערכנו את המחקר - קבוצה שמשחקת בליגת העל ומתמודדת על האליפות. השתייכות לקבוצה ברמה זו יכולה להועיל לשחקן, למשל, בשל המתקנים המתקדמים שעומדים לרשותו והליווי שהוא זוכה לו מצד אנשי צוות מקצועיים. עם זאת, יש גם חסרונות,

בלוח 4 מוצגים הגורמים התורמים לפציעה וציטוטים לדוגמה מתוך דברי המשתתפים.

לוח 4: גורמים התורמים לפציעה וציטוטים לדוגמה	
תקשורת בקבוצה	"שחקנים יפנו למאמנים אישיים שלא מתקשרים עם המאמנים שלנו, ונוצרים פערים"
	"לא להסתיר איך אתה מרגיש זה מאוד חשוב במניעת פציעות. עם זאת, לא כל השחקנים חולקים רגשות. הם חוששים שזה ישפיע על המשחק הקרוב, הם לא רוצים להישאר בחוץ. רובם יסתירו את איך שהם מרגישים". אנאליסט
	"היום יש הרבה יותר תשומת לב. אנחנו כל הזמן מתאמים עם המאמנים; הם רוצים להכיר אותך. אני חושב שהשיח מאוד חשוב. המשוב של השחקנים מאוד חשוב למאמנים בימינו". שחקן 6
מועדון הכדורגל	"אנחנו מאוד מודרניים, יש קשר חזק בין הסגל לשחקנים. אנחנו מתכתבים איתם, אנחנו יודעים מהתזונאי מה הם אוכלים, איך הם ישנו. אני חושב שזה נחוץ ודבר בסיסי בקבוצה". מאמן כושר 2
	"אני חושב שלמועדון יש דברים שעוזרים לשחקן לגדול ולשחק, כמו למשל הם עוקבים אחר הדופק שלך כדי לראות אם אתה עייף. יש לנו כמעט כל מה שאנחנו צריכים במועדון, כמו אוכל והאנשים הטובים שעובדים שם. אלה עוזרים לך לא להיפצע". שחקן 3
	"יש למועדון מתקנים רבים שמעודדים התאוששות, כמו ג'קוזי, אמבט קרח, שרוולי לחץ. אין חובה להשתמש בהם, כי לכל אחד יש הרגלים משלו, זו בחירה של השחקן". שחקן 2
	"אנחנו מדברים פה על ילדים, בני 20 או 25 שמשחקים כל שבוע מול קהל של 30 אלף איש ואז נחשפים בתקשורת בכל דרך אפשרית. ראיתי אפילו שחקנים בני 30 שמתפרקים מנטלית". מאמן כושר 1
	"הרגשות הרבה יותר חזקים בכדורגל. זה בגלל הסכום העצום שהושקע, הקהל והחשיפה התקשורתית. אז אם השחקן נפצע, המועדון מפסיד כסף". פיזיותרפיסט
מאפייני הכדורגל	"משחק במהירויות מקסימליות חושף אותך ליותר פציעות. חוץ מזה, גם זה ספורט עם מגע, עבודה במהירות עם הרבה כיוונים משתנים, שילוב עם עומסים גורם לך להיות חשוף יותר לפציעה". מאמן כושר 1
	"ישנם אלמנטים אירוביים - משחק לאורך זמן, אבל גם הרבה אלמנטים אנאירוביים כמו תנועות חדות. אתה יכול לבצע אותם היטב אחרי 30 דקות, אבל זה נהיה מסוכן כשאתה עושה אותם כשאתה עייף". מאמן כושר 2
	"כשמשחקים כדורגל עם חברים, אף אחד לא עושה שום הכנות, ואף אחד לא נפצע, אז למה בכדורגל מקצועני אתה מבצע את כל האמצעים כדי להכין את עצמך ועדיין להיפצע? אני מייחס את זה לצד המנטלי והרגשי של הכדורגל". עוזר מאמן

לוח 4 המשך: גורמים התורמים לפציעה וציטוטים לדוגמה	
תרבות כדורגל מקומית	"בישראל יש יותר לחץ על השחקן לחזור לשחק אחרי פציעה. באירופה מעדיפים להחזיר את השחקן כשהוא ב-100% לזה שהוא היה חוזר מוקדם. פה זה רואה הישג לחזור אותו מהר". שחקן 5
	"יש חוסר הבנה מה זה לפתח ספורטאי, מה זה לפתח אדם. אפשר לומר שזה קשור למנטליות הישראלית". אנאליסט
	"שחקנים ילכו למאמן אישי אחרי שהם יסיימו את האימון במועדון, וזו בעיה כי אנחנו לא יודעים מה הוא עושה שם. שורש הבעיה הוא שהכדורגל הישראלי עובד אחרת ולא מספק עבור השחקן את כל החבילה". פיזיותרפיסט

מניעת פציעות

לאחר שדנו בהגדרת המושג "פציעה" כפי שהוא בא לידי ביטוי בקרב המשתתפים ובגורמים הקשורים לפציעה, שאלנו אותם אם ניתן למנוע את התרחשותן של פציעות וכיצד הם פועלים לשם כך. הרוב המכריע ענו שהם אינם יכולים למנוע פציעה לחלוטין. עם זאת, ניתן למזער את מספר הפציעות ואת חומרתן, ולחזות חלק מהן מראש. ככלל, אנשי הצוות והשחקנים הפגינו ידע ומודעות רבה לגבי מניעת פציעות. קיבלנו תשובות שונות על השאלה מהם האמצעים שהם נוקטים כדי למנוע פציעות. בין השחקנים והצוות המקצועי בלטה ההסכמה שתקשורת טובה בין כל הגורמים המעורבים

עשויה לתרום למניעת פציעות. כולם ציינו גם את הצורך ליישם גישת חשיבה המתמקדת בפרט - על התוכנית האישית להתאים לרמתו המקצועית של השחקן ולמצבו הנוכחי. תשובות השחקנים עסקו בעיקר בחשיבות הטמונה בהכרת גופם, ובהכרת יכולותיהם ומגבלותיהם. הצוות המקצועי ציין בעיקר את ניהול העומסים והתאוששות נכונה, ואת הסיכונים הכרוכים בהחזרת השחקן למגרש.

בלוח 5 מוצגים ההיבטים העיקריים הקשורים במניעת פציעות, וציטוטים לדוגמה מתוך דברי המשתתפים.

לוח 5: ההיבטים הקשורים במניעת פציעות וציטוטים לדוגמה		
גורמים מסייעים	תקשורת	"לא תמיד ניתן למנוע פציעות, אבל אפשר למזער את הנזקים והעומסים כדי למנוע פציעות בעתיד. אני חושב שהמועדון שלנו עושה זאת בצורה מאוד טובה באמצעות תקשורת טובה בין כל אנשי הצוות". שחקן 2
		"השיטה הטובה ביותר להפחית פציעות היא באמצעות תקשורת. הצלחה מובטחת אם הצוות מאמין אחד בשני". פיזיותרפיסט
גישת חשיבה המתמקדת בפרט		"אני מאמין שלכל שחקן צריכה להיות לפחות פעמיים בשבוע תוכנית למניעת פציעות המותאמת במיוחד לגופו ולבעיות שלו". שחקן 5
		"צריך לארגן ולנהל את האימונים לפי רמות שונות של שחקנים. העבודה צריכה להיות כיחידים ולא כצוות. שחקן בן 31 הוא לא כמו בן 22; אם אני נותן להם את אותו אימון, סביר יותר שאסכן את השחקן המבוגר יותר". עוזר מאמן
דעת השחקן	הכר את הגוף שלך	"היום אני מרגיש שאני צריך לדאוג לגוף שלי. אני צריך להבין שאני כבר לא בן 24. למדתי שצריך את הניסיון כדי להתמודד עם אירועים שונים ולהבין שהגוף הוא כלי שצריך טיפול נכון בכל זמן". שחקן 6
		"אתה צריך להקשיב לעצמך, לא יותר מדי לאנשים אחרים. הם יכולים לעזור לך, אבל בסופו של דבר, זה הגוף שלך ומה שאתה מרגיש". שחקן 3
צוות	ניהול עומסים	"אנחנו לא יכולים למנוע פציעות, אבל אנחנו יכולים להיות מאוד קשובים ולנסות להיות שם לפני שזה קורה. מניעת פציעות מנחה אותנו בבניית עומסים. הסיבה העיקרית שלנו לניהול עומסים באמצעות טכנולוגיה היא מניעת פציעות". מאמן כושר 2
		"יש לנו שפה המבוססת על המידע שאנו מקבלים מהשחקנים לאחר כל אימון, ובעזרתה בנינו אינדקס שמדרג את עומס האימונים. המדד הוא מ-1 עד 5, כאשר 1 הוא אימון התאוששות, ו-5 זה משחק. לפי המספרים האלה אנחנו מתכננים ומנהלים את ניהול העומס". מאמן כושר 1
סיכון	התאוששות הולמת	"הבנו שתהליך ההתאוששות שלנו לא מספיק טוב, ויש בעיה כשמשחקים משחק כל 3-4 ימים. החלטנו לשנות אותו וכדי להפוך את ההתאוששות הנכונה ליתרון שלנו. כששיפרנו את ההתאוששות, תוצאות המשחק השתפרו". מאמן כושר 1
		"אתה רוצה לעזור לשחקנים להעלות את הרמה, אז אתה נותן להם יותר אימונים, אבל אז יש סיכון שהגוף שלהם לא יעמוד בזה ויחשוף אותם לפציעה. אם הוא נפצע, הוא לא ישתתף במשחק ואז האימונים הנוספים הם חסרי טעם. זה יוצר סיכון, וזו הבעיה העיקרית שלנו". עוזר מאמן
		"אנחנו מבצעים ניהול סיכונים עם שחקנים שנמצאים בתהליך של חזרה לשחק. אם, למשל, השחקן לא מגיע לרמת מהירות מסוימת באימון, אז הוא לא כשיר למשחק". מאמן כושר 1

דיון

מחקר זה מתאר תהליך של זיהוי קווים מנחים לפיתוח תוכנית למניעת פציעות עבור קבוצת כדורגל מסוימת באמצעות ניתוח ועיבוד של הדעות, האמונות והתפיסות של השחקנים ואנשי המקצוע הקשורים לקבוצה. התוצאות העיקריות התקבלו מתוך התשובות על שאלות שעסקו בהגדרה של פציעה, בגורמים המשפיעים על פציעות ובמניעת פציעות. מעניין לציין נושא שעלה מבלי שנשאלו עליו ספציפית והוא ההשלכות הנפשיות של פציעה. השחקנים ציינו את הנושא הזה בעיקר כשתיארו כיצד הם חווים פציעה.

השגנו כמות עצומה של נתונים במסגרת המחקר הזה. כדי להסיק מסקנות מעשיות, יצרנו מודל (איור 4), הממחיש את הרעיונות העיקריים על פי סדר חשיבותם. החשיבות נקבעה על פי תדירות הופעתם של המושגים בתהליכים של קידוד הנתונים. המודל עוצב כצורת מעגל (דימוי של כדור-רגל), שהעיקרון המנחה בו הוא שככל שתדירות הופעתם של המושגים בדיווחי המשתתפים הייתה גבוהה כך הם מוקמו קרוב יותר למרכז.

איור 4: מודל תמות/רעיונות



כדור-רגל עשוי מבדים שתפורים יחד ליצירת צורה עגולה. דימוי זה מתאים לתיאור הדינמיקה בקבוצה ששימשה נושא המחקר; כל ההיבטים קשורים יחד ליצירת קבוצה אחת.

כדי להבין את המציאות בקבוצה הזו במלואה, יש צורך להתבונן בפרטים ובו בזמן לבחון את התמונה הכללית. מודל זה מציג את התמות השונות שעלו במחקר באופן נפרד וסכמתי, אבל יש לזכור כי במציאות כולם קשורים ושזורים זה בזה.

א. האזור הירוק: הגדרת פציעה

בספרות קיימות הגדרות שונות של פציעות ספורט, ולכן, לצורך מעקב ומתן טיפול לשחקן חשוב להגיע להגדרה אחידה ומוסכמת.^{24,23} נמצא כי קיים קונצנזוס בולט אחד בקרב המשתתפים והוא - **כאב אינו מעיד בהכרח על פציעה**. תפיסה זו מחזקת את ההבנה שמניעת פציעות אינה מונעת בהכרח כאב. לכן, הגישה המונעת שאותה נוקטת קבוצה זו צריכה להתרכז בביצועים ובהגברת ההשתתפות, ולא במניעת כאב. ביצועים והשתתפות הם מדדים כמותיים, ולכן מאפשרים ניטור ומעקב. עם זאת, איננו יכולים להתעלם מהתייחסותם של השחקנים להיבט המנטלי של הפציעה. אף על פי שציפינו

שציינו Ekstrand ועמיתים, אשר מצאו שקבוצות המאופיינות בתקשורת איכותית בין אנשי המקצוע מתמודדות עם פחות פציעות.¹⁹

מצד השחקנים, מצאנו שהם מיישמים שיטות למניעת פציעות כחלק מהאחריות שלהם בקבוצה. האופן שבו הם מיישמים את השיטות הללו תלוי מאוד במאפיינים וההתנהגות של השחקנים. לכן יש חשיבות רבה לידע בנושא מניעת פציעות שהצוות המקצועי מספק לשחקנים. הספרות עוסקת בעיקר בחינוך בנושא מניעת פציעות שניתן למאמנים,^{21,20} ואילו בקבוצה שבדקנו הצוות המקצועי **דוגל בגישה אקטיבית** מצד השחקן ומעודד אותו לקחת אחריות: "מצאנו דרך להעביר את האחריות לגבי ההחלמה לידי השחקן. הוא לא יכול ללכת ישר הביתה מיד אחרי המשחק; יש לו פרוטוקול התאוששות שהוא צריך להשלים". שחקנים אמרו שכאשר הם יודעים יותר, הם חשים יותר שליטה במצבם, והם תומכים בגישה זו: "אני אוהב לדעת ולהבין דברים שבמקרה הם יותר ביסודיות, לא רק להשאיר את זה בידיים של אחרים". Schieman & Plickert, שניתחו נתונים מסקר גדול של 1,800 אנשים בארה"ב, קבעו שידע והשכלה מספקים תחושת שליטה, ביטחון ואמון.²²

ג. האזור הסגול – ההשלכות הרגשיות של פציעה

מן הראיונות עלה כי חברי הצוות המקצועי משקיעים אנרגיה ומאמץ בשמירה על מצבם הגופני של השחקנים, באמצעות הקפדה על תזונה נכונה, על כושר גבוה ועל הרגלי חיים מתאימים. עם זאת, נראה שההשלכות הרגשיות הנובעות מפציעה אינן מטופלות במידה מספקת בקבוצה זו, למרות הידע הרב הקיים בנושא.^{25,15} לרגשות כמו פחד, חרדה וכעס עלולה להיות השפעה מכרעת על ביצועים, במיוחד לאחר פציעות. מממצאי המחקר אפשר להסיק שאף על פי שפציעה של שחקן כדורגל היא אירוע פיזי, יש לה ממד נפשי שדורש התייחסות מצד הגורמים המקצועיים. טענה זו מקבלת חיזוק על ידי Clement ועמיתים שציינו כי אף שלפציעה נלוות תגובות פסיכולוגיות ברורות, הצוות הרפואי נוטה להזניח אותן.²⁹

כשחשבנו על דרכים לפתח ולשפר את מניעת הפציעות של הקבוצה, הבחנו בשני תרחישים אפשריים (איור 5): הראשון נוגע לשחקן הבריא, והשני – לשחקן הפצוע. באשר לשחקן הבריא, יש להתמקד בהכנת הגוף והנפש על ידי פיתוח חוסן

שהתשובות לשאלת ההגדרה לפציעה יהיו אובייקטיביות לחלוטין, מצאנו שהן סובייקטיביות ביותר וקשורות בהתנסות אישית.

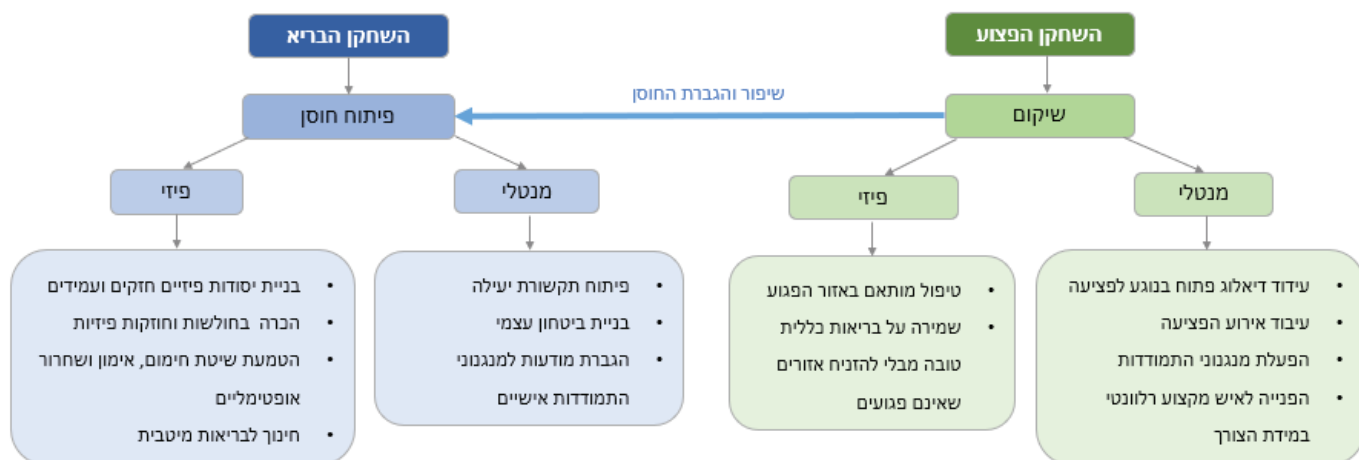
ב. האזור הכחול: דרישות גבוהות ואסטרטגיות של התמודדות איתן

מטבע הדברים, כאשר קבוצה משחקת בליגת העל ומתחרה על האליפות, הדרישות מכל הגורמים המעורבים בה הינן גבוהות. דרישות מסוימות מושפעות מתרבות הספורט המקומית. הקבוצה שאותה חקרנו משחקת בישראל, שבה כדורגל הוא ספורט דומיננטי, וזוכה לחשיפה תקשורתית נרחבת.¹⁴ עקב כך, הצוות המקצועי דיווח על תחושות של לחץ ומתח גבוהים: "בכדורגל הישראלי יש לחץ לא פרופורציונלי בהשוואה לרמת המשחק. הרמה נמוכה, והלחץ עצום, כי המנטליות שלנו כישראלים היא בדרך כלל חסרת סבלנות ומלחיצה. התקופות הכי יפות שלנו כקבוצה היו כשלא היה לחץ והיסטריה"; "אנחנו בעמדה כל כך רגישה שלהחלטות המקצועיות יש פחות משקל והן לא מאוזנות". אכן, רמות מתח מוגברות עלולות לפגוע בביצועים ולהשפיע לרעה על קבלת החלטות.^{16,15} כדי לעמוד בדרישות הגבוהות, הקבוצה זקוקה למקצועיות, להשקעת זמן, לאנרגיה ולמחויבות. ככל שדירוג הקבוצה גבוה יותר, כך גבוהים יותר המעמד והערך של השחקנים. מכאן הצורך המתמיד לשמור על בריאותם ועל רמת ביצועיהם, שכן כל פציעה יכולה להשפיע לא רק על השחקנים אלא גם על ההתנהלות הכלכלית של מועדון הכדורגל.⁶

מצאנו אסטרטגיות שונות של התמודדות עם הדרישות הגבוהות מצד אנשי הצוות והשחקנים: אחת האסטרטגיות של הצוות היא ליישם שיטות למניעת פציעות. ההנחיה המובילה היא ליישם חשיבה המתמקדת בפרט, כלומר לאמץ את התוכנית הנכונה עבור כל שחקן. זה עולה בקנה אחד עם המחקר של Kristiansen & Larsson, שמצא שהגישה האישית יכולה לקדם מניעת פציעות בקבוצת כדורגל.¹⁷

ברוח זו, יישמה הקבוצה את תפיסת **ניהול העומסים**. תפיסה זו מנוגדת לדעתם של Short & Tuttle, שטענו שניהול עומסים אינו מועיל לאוכלוסיית הספורט, ולעומתו שיטות של הפחתת סיכונים הן אסטרטגיה מציאותית יותר.¹⁸ אסטרטגיה נוספת שקבוצה זו נוקטת לקידום מניעת פציעות היא עידוד תקשורת בין אנשי הצוות המקצועי. אסטרטגיה זו מתייחסת לגישה

איור 5: שני תרחישים למניעת פציעות



המחשבה השנייה נוגעת למשמעות ארוכת-הטווח של פציעה כמשבר. שמנו לב, שלמרות שפציעה נתפסת לעתים קרובות כאירוע שלילי, עשויות להיות לה גם השפעות חיוביות שיתרמו למניעת פציעות עתידיות. נתון זה המחיש את הטענה שפציעה היא אירוע מורכב שניתן להתבונן בה מכמה נקודות מבט.³⁰ יתרה מכך, חלק מן המשתתפים ציינו כי פציעה חשובה לקריירה של שחקן הכדורגל: "אין לי בעיה אם שחקנים צעירים ייפצעו, ככה הם מביאים את הגוף שלהם לסף מסוים ואז כשהם מתאוששים וחוזרים למסלול, הגוף יהיה חזק יותר", "בסופו של דבר, אנחנו ספורטאים מקצועיים ופציעות הן חלק משמעותי מהקריירה שלנו". אף על פי שפציעה היא דבר שבשגרה בחייו של הספורטאי, היא עלולה להיחוו כנקודת משבר, כלומר רגע או תקופה המתאפיינים בקושי רב. בהקשר הזה, מעניין לציין שהמשמעות של המילה "משבר" שונה משפה לשפה. בתנ"ך, למשל, "משבר" פירושו תעלת הלידה, או "הכיסא שבו יולדת האישה ההרה" (כיסא לידה).³¹ כלומר - **משבר קשור ביצירת חיים חדשים**. ביוונית, המשמעות המילולית של κρίσις (קריסיס) היא "שלב מכריע או נקודת מפנה במהלך של משהו".³² כאן באה לידי ביטוי תפיסה שונה של המושג משבר, אשר תואמת את אחת התמות המרכזיות שלנו, אשר רואה בפציעה גם חוויה חיובית.

פיזי ונפשי למקרה של פציעה. בתרחיש השני, שבו השחקן כבר חווה פציעה, יש להתמקד בשיקום הפיזי והנפשי. מכיוון שפציעה קודמת מגדילה את הסיכון לפציעה חוזרת,²⁶ יש חשיבות לשיקום נכון של השחקן הפצוע. שיקום נכון בכל ההיבטים יכול לקדם את בריאותו המיטבית של השחקן, ולסייע בשיפור אסטרטגיות למניעת פציעות בעת שיחזור לאיתנו.²⁷ ההבחנה בין התרחישים היא משמעותית, שכן ניתן לנצל את תהליך השיקום והניסיון של השחקן הפצוע לשם מניעה יעילה של פציעות, או לפחות כדי להיערך נכון לפציעה אפשרית.

בעקבות הנתונים ופרשנותם עלו כמה מחשבות נוספות שחשוב לציין:

המחשבה הראשונה נוגעת למונח "מניעת פציעות" כפי שהוא מוצג בספרות. למרות שמו, המונח "מניעת פציעות" אינו עוסק בדרך כלל במניעה, אלא בצמצום ההשלכות ארוכות הטווח של הפציעה.²⁸ כפי שצינו כל המשתתפים, לא ניתן למנוע פציעות לחלוטין, וחיזוי פציעה הוא מאתגר מאוד, אם לא בלתי אפשרי. עם זאת, ניתן לחזות את ההשלכות הפוטנציאליות של פציעה בהסתמך על חוויות של פציעות קודמות של שחקנים. לכן, תכנון אסטרטגיה להתמודדות איתן חשוב לא פחות מאסטרטגיות המנסות למנוע אותן.

מקורות

1. Soligard T, Steffen K, Palmer D, Alonso JM, Bahr R, Lopes AD, et al. Sports injury and illness incidence in the Rio de Janeiro 2016 Olympic Summer Games: A prospective study of 11274 athletes from 207 countries. *Br J Sports Med.* 2017 Sep;51(17):1265-71.
2. Vallance E, Sutton-Charani N, Imoussaten A, Montmain J, Perrey S. Combining Internal- and External-Training-Loads to Predict Non-Contact Injuries in Soccer. *Appl Sci.* 2020 Jul 30;10(15):5261.
3. Ekstrand J. Epidemiology of football injuries. *Sci Sports.* 2008 Apr;23(2):73-7.
4. Ekstrand J, Spredo A, Bengtsson H, Bahr R. Injury rates decreased in men's professional football: an 18-year prospective cohort study of almost 12 000 injuries sustained during 1.8 million hours of play. *Br J Sports Med.* 2021 Oct;55(19):1084-92.
5. Lauersen JB, Bertelsen DM, Andersen LB. The effectiveness of exercise interventions to prevent sports injuries: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Br J Sports Med.* 2014 Jun;48(11):871-7.
6. Injury Prevention Strategies in Football: A Systematic Review. *Sport Mont [Internet].* 2020 Oct 1 [cited 2022 May 15];18(3). Available from: <http://www.sportmont.ucg.ac.me/?sekcija=article&artid=1800>
7. Jones A, Jones G, Greig N, Bower P, Brown J, Hind K, et al. Epidemiology of injury in English Professional Football players: A cohort study. *Phys Ther Sport.* 2019 Jan;35:18-22.
8. Bekker S, Clark AM. Bringing complexity to sports injury prevention research: from simplification to explanation. *Br J Sports Med.* 2016 Dec;50(24):1489-90.
9. Davids K, editor. Complex systems in sport. London: Routledge; 2014. 338 p. (Routledge research in sport and exercise science).
10. Curtis R, Benjamin C, Huggins R, Casa DJ. Elite Soccer Players: Maximizing Performance and Safety. Routledge; 2019. 443 p.
11. Bolling C, Mellette J, Pasman HR, van Mechelen W, Verhagen E. From the safety net to the injury prevention web: applying systems thinking to unravel injury prevention challenges and opportunities in Cirque du Soleil. *BMJ Open Sport Exerc Med.* 2019 Feb;5(1):e000492.

חוזקות ומגבלות של המחקר

למחקר הזה כמה חוזקות וכמה מגבלות. רבים מהמחקרים הקיימים בתחום מניעת פציעות הם כמותיים. אחת החוזקות של מחקר זה, בגישתו האיכותנית, היא העובדה שהתאפשר לנו לחקור את המורכבות של הנושא מכמה נקודות מבט ולהבינו לעומק. בעקבות זאת, נוכל להגיב באופן ספציפי לאתגרים שזיהינו, ולהציע המלצות בנוגע לשיפור מניעתן של פציעות בקבוצה זו. נוסף על כך, שילובם של אנשי מקצוע שונים במחקר שלנו מספק מגוון של תפיסות לגבי פציעה ומניעתה. יתרון משמעותי נוסף של מחקר זה הוא שאנו כחוקרים איננו חלק מן הקבוצה, ויכולנו להישאר אובייקטיביים ונייטרליים לאורך כל איסוף הנתונים וניתוחם. עובדה זו אפשרה לנו להבין את המציאות של הקבוצה מנקודת מבט חיצונית ורחבה. עם זאת, הסקנו מסקנות בהסתמך על תפיסתנו וניסיונו המקצועי, מה שמשפיע על תקפות מחקרנו.

אחת ממגבלות המחקר היא העובדה שהוא התמקד בקבוצה אחת בלבד ועם מספר משתתפים קטן יחסית. לא ניתן ליישם את המסקנות שלנו ישירות על קבוצה אחרת, שכן כאמור היבט חשוב שציינו הוא ההתייחסות לגורמי הקשר ומטבע הדברים כל קבוצה מתקיימת בהקשר ספציפי אחר. עם זאת, פציעה היא תופעה שכיחה בקרב ספורטאים והשיטה עצמה, ככלי להבנת נושא הפציעות ומניעתן, עשויה להיות מיושמת באופן דומה בקבוצות ספורט אחרות.

מסקנות

פציעה היא אירוע מורכב המאפשר שינוי חיובי ואף צמיחה. חוויית הפציעה עשויה לקדם ולשפר מניעת פציעות עתידית. על פי הנחה זו והתרחישים שהוצגו בדיון, אנו ממליצים לקבוצה להתמקד בפיתוח חוסן נפשי כחלק מן האסטרטגיה למניעת פציעות. דגש על בניית חוסן נפשי לפני הפציעה ובמהלך השיקום ממנה יספק לשחקן כלים להתמודדות טובה ויעילה יותר עם פציעה עתידית ולשיפור ביצועיו בהווה.

מכיוון שענפי ספורט קבוצתיים אחרים עשויים להפיק תועלת מן המתודולוגיה שבה השתמשנו במחקר זה, אנו ממליצים לערוך מחקר דומה בסביבות ספורט שונות כדי לבחון את היעילות והרלוונטיות שלו לתחומים אחרים.

12. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol.* 2006 Jan;3(2):77-101.
13. Maguire M, Delahunt B. Doing a Thematic Analysis: A Practical, Step-by-Step Guide for Learning and Teaching Scholars. 2017;8(3):14.
14. Bernstein, Galily. Games and Sets: Women, Media and Sport In Israel. *Nashim J Jew Womens Stud Gend Issues.* 2008;(15):175.
15. Nippert AH, Smith AM. Psychologic Stress Related to Injury and Impact on Sport Performance. *Phys Med Rehabil Clin N Am.* 2008 May;19(2):399-418.
16. Decision-making in Sport under Mental and Physical Stress. *Int J Kinesiol Sports Sci [Internet].* 2015 Oct 31 [cited 2022 Jun 2];3(4). Available from: <http://www.journals.aiac.org.au/index.php/IJKSS/article/view/2041/1837>
17. Kristiansen JB, Larsson I. Elite professional soccer players' experience of injury prevention. MacFarlane N, editor. *Cogent Med.* 2017 Jan 1;4(1):1389257.
18. Short S, Tuttle M. The gap between research and clinical practice for injury prevention in elite sport: a clinical commentary. *Int J Sports Phys Ther.* 2020 Dec;15(6):1229-34.
19. Ekstrand J, Lundqvist D, Davison M, D'Hooghe M, Pensgaard AM. Communication quality between the medical team and the head coach/manager is associated with injury burden and player availability in elite football clubs. *Br J Sports Med.* 2019 Mar;53(5):304-8.
20. Donaldson A, Lloyd DG, Gabbe BJ, Cook J, Finch CF. We have the programme, what next? Planning the implementation of an injury prevention programme. *Inj Prev.* 2017 Aug;23(4):273-80.
21. White PE, Otago L, Saunders N, Romiti M, Donaldson A, Ullah S, et al. Ensuring implementation success: how should coach injury prevention education be improved if we want coaches to deliver safety programmes during training sessions?: Table 1. *Br J Sports Med.* 2014 Mar;48(5):402-3.
22. Schieman S, Plickert G. How Knowledge is Power: Education and the Sense of Control. *Soc Forces.* 2008 Sep 1;87(1):153-83.
23. Timpka T, Jacobsson J, Bickenbach J, Finch CF, Ekberg J, Nordenfelt L. What is a Sports Injury? *Sports Med.* 2014 Apr;44(4):423-8.
24. Bahr R. No injuries, but plenty of pain? On the methodology for recording overuse symptoms in sports. *Br J Sports Med.* 2009 Dec 1;43(13):966-72.
25. Tracey J. The Emotional Response to the Injury and Rehabilitation Process. *J Appl Sport Psychol.* 2003 Oct;15(4):279-93.
26. Hägglund M, Waldén M, Ekstrand J. Previous injury as a risk factor for injury in elite football: a prospective study over two consecutive seasons. *Br J Sports Med.* 2006 Sep;40(9):767-72.
27. Kamphoff CS, Thomaes J, Hamson-Utley JJ. Integrating the psychological and physiological aspects of sport injury rehabilitation: rehabilitation profiling and phases of rehabilitation. In: *The Psychology of Sport Injury and Rehabilitation.* Routledge; 2013.
28. Emery CA, Pasanen K. Current trends in sport injury prevention. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2019 Feb;33(1):3-15.
29. Clement D, Arvinen-Barrow M, Fetty T. Psychosocial Responses During Different Phases of Sport-Injury Rehabilitation: A Qualitative Study. *J Athl Train.* 2015 Jan 1;50(1):95-104.
30. Fonseca ST, Souza TR, Verhagen E, van Emmerik R, Bittencourt NFN, Mendonça LDM, et al. Sports Injury Forecasting and Complexity: A Synergetic Approach. *Sports Med.* 2020 Oct;50(10):1757-70.
31. משרב. In: ויקימילון [Internet] 2021 [cited 2022 Jun 20]. Available from: <https://he.wiktionary.org/w/index.php?title=%D7%9E%D7%A9%D7%91%D7%A8&oldid=396870>
32. Crisis - Definition, Meaning & Synonyms [Internet]. *Vocabulary.com.* [cited 2022 Jun 20]. Available from: <https://www.vocabulary.com/dictionary/crisis>
33. Kristiansen, J. B., & Larsson, I. (2017). Elite professional soccer players' experience of injury prevention. *Cogent Medicine*, 4(1), 1389257. <https://doi.org/10.1080/2331205X.2017.1389257>
34. Donaldson, A., Lloyd, D. G., Gabbe, B. J., Cook, J., & Finch, C. F. (2017). We have the program, what next? Planning the implementation of an injury prevention program. *Injury Prevention*, 23(4), 273-280. <https://doi.org/10.1136/injuryprev-2015-041737>

An injured football player is like a bird that can't fly: Identifying facilitators and challenges in a professional football team for an injury prevention program

Maayan Bresler, BPT, MSc¹, Evert Verhagen PhD²

¹ Sport and Muscle-Skeleton Physiotherapist, Lecturer

² Co-director of Amsterdam Institute of Sport Science, Co-chair Amsterdam Collaboration on Health & Safety in Sports

Abstract

Background: Football is a high-intensity contact sport associated with a high incidence of injury. Despite the vast knowledge that exists today in the field of injury prevention, injury rates remain relatively high. This statistic raises the need to consider injuries and their prevention as a broad and complex phenomenon, while adopting a sophisticated and contextual approach, which includes additional factors besides the physical ones.

Objective: The article describes the process of identifying guidelines for developing an injury prevention program for a sports team. The program was adapted for a specific football team, considering the barriers and difficulties that characterize it, and was designed according to the beliefs, opinions and perceptions of all staff members and players in the team.

Methods: All data were collected from semi-structured individual interviews with 11 stakeholders working with a football team competing in the Israeli Premier League. Open-ended questions were asked about injuries, injury prevention, and various influencing factors on injuries. After coding all data, according to the thematic analysis approach, a model was designed visually representing the main themes.

Results: The main issues that emerge from the interviews are primarily related to the high demands the team players face. Stakeholders' challenges and the ways they cope with them were identified. It was found that while there is broad knowledge about injury prevention and the physical consequences of injury among the team and the players, insufficient attention is given to the mental consequences, which affect the players and their performance.

Conclusion: An optimal approach to injury prevention must consider both the physical and mental aspects. The appropriate development of mental resilience in players, before the injury and during the rehabilitation period, will provide the player with the means to better cope with an injury in the future and improve performance in the present.

Keywords: injury prevention, context, resilience, football

ערכה את המדור: ד"ר סמדר פלג BPT, PhD

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

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

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

שיטות: ארבעים ושבעה מטופלים - בהם 18 נשים - שפנו לבדיקה ביחידה לניתוחי כתף עברו בדיקת פנים-אל-פנים ובדיקה מבוססת וידאו בזו אחר זו על ידי מומחים (שונים) לניתוחי כתף. מידת ההסכמה בין המומחים באשר לאבחנה, לטיפול המומלץ ולצורך בבדיקות אבחנתיות נוספות נבדקו על ידי חישוב שיעור ההסכמה ומקדם Kappa (רווח בר-סמך 95%). ההבדלים בין תוכן הבדיקות (פנים-אל-פנים לעומת וידאו), משך הבדיקות ושביעות הרצון מהבדיקות נבחנו גם כן.

תוצאות: שיעור ההסכמה ומקדם kappa (רווח בר-סמך 95%) באשר לאבחנה היו 85.1% ו-0.82 (0.69, 0.94), בהתאמה. שיעור ההסכמה ומקדם kappa (רווח בר-סמך 95%) באשר לטיפול המומלץ ולצורך בבדיקות אבחנתיות נוספות היו 61.7% ו-0.43 (0.22, 0.63) ו-74.5% ו-0.49 (0.25, 0.74), בהתאמה. בדיקת הוידאו כללה איסוף של פחות נתונים בבדיקה הפיזיקלית, הבדיקה נמשכה זמן רב יותר ולוותה בשביעות רצון פחותה מצד הבודק ומצד הנבדק.

מסקנות: בדיקת וידאו של מטופלים עם תחלואת כתף מהווה חלופה תקפה לבדיקת פנים-אל-פנים. יחד עם זאת, ייתכן שתוכן הבדיקה צריך להשתנות כדי לאפשר איתור ברור יותר של התוויות להתערבויות או בבדיקות אבחנתיות ספציפיות.

מילות מפתח: טלרפואה; כתף; בדיקה פיזיקלית; ריחוק חברתי

Shoulder assessment by smartphone: a valid alternative for times of social distancing

Rabin A, Dolkart O, Kazum E, Wengier R, Goldstein Y, Maman E, Chechik O.

Archives of Orthopaedic and Trauma Surgery (2022) 142:979-985

<https://doi.org/10.1007/s00402-021-03762-X>

בדיקת הכתף דרך טלפון חכם - חלופה תקפה בזמנים של ריחוק חברתי

תקציר

רקע: טיפול אורתופדי בשירותי טלרפואה יכול לשפר את הנגישות ולהפחית את העלויות הכרוכות במתן שירותי רפואה תוך בקרה על הפצת מחלות מדבקות. מטרת המחקר הייתה להעריך את מידת ההסכמה על האבחנה, על הטיפול המומלץ ועל הצורך בבדיקות אבחנתיות נוספות בין בדיקה מבוססת וידאו באמצעות טלפון חכם לבדיקת פנים-אל-פנים של מטופלים עם תחלואת כתף.

הכתף. התערבות של 6 שבועות גרמה לשיפור ב-47% מקרב המשתתפים, ו-40% במעקב לאחר 6 חודשים. ההסתברות להצלחה של הטיפול בנוכחות של שלושה משתתפים או שני משתתפים הייתה 86% ו-71%, בהתאמה.

מסקנות: המשתתפים המנבאים הקליניים שפותרו במחקר זה עשויים לזהות מטופלים עם כאבי צוואר לא-ספציפיים שיפיקו תועלת מרבית מתרגילי מתיחה ותרגילי חיזוק שרירים בטווח הקצר והארוך.

מילות מפתח: כללי חיזוי קליני; כאב ראש ממקור צווארי; כאב צוואר כרוני ממקור לא ספציפי/מוסבר; תרגילי חיזוק שרירים; תרגילי מתיחה

Aerobic Upper-Limb Exercise-Induced Hypoalgesia: Does It Work?

Katz-Betzale N, Weissman-Fogel I, Kodesh E
Applied Sciences (2022) 12(22), 11391

<https://doi.org/10.3390/app122211391>

האם פעילות אירובית של הגפה העליונה יעילה להפחתת הרגישות לכאב?

תקציר

רקע: פעילות אירובית נמצאה יעילה בהפחתת הרגישות לכאב, תופעה המכונה Exercise-Induced Hypoalgesia (EIH). עם זאת, קיים רק מעט מידע לגבי EIH בתגובה למאמץ אירובי המבוצע באמצעות הגפיים העליונות. במחקר זה נחקרה ההשפעה המיידית של מאמץ אירובי יחיד בגפיים העליונות על סף כאב ועוצמת כאב בקרב נבדקים בריאים, בשני פרוטוקולים שונים לקביעת עצימות המאמץ.

שיטות: 31 נבדקים בריאים ביצעו שני מאמצים אירוביים בדיווש ידיים למשך 20 דקות כל אחד, בהפרש של שבוע ביניהם. סדר מפגשי התרגול נקבע באופן אקראי כאשר

Stretching and muscle-performance exercises for chronic nonspecific neck pain: who may benefit most?

Daher A. and Dar G.

Physiotherapy Theory and Practice (2023) Online ahead of print

doi: 10.1080/09593985.2023.2207103

תרגילי מתיחה ותרגילי חיזוק שרירים לכאבי צוואר כרוניים לא ספציפיים: למי הכי יעיל?

תקציר

רקע: למרות חשיבותם של תרגילים בטיפול בכאבי צוואר כרוניים, עדיין לא ברור מי עשוי להפיק את מרב התועלת מטיפול זה, במיוחד בטווח הארוך.

מטרה: לזהות תת-קבוצת מטופלים עם כאבי צוואר כרוניים לא-ספציפיים, שעשויים קרוב לוודאי להפיק תועלת מרבית מתרגילי מתיחות ומתרגילים לחיזוק השרירים.

שיטות: מאמר זה מתבסס על ניתוח משני של תוצאות הטיפול של 70 מטופלים (שמהם נשרו 10) עם תלונה ראשונית של כאבי צוואר כרוניים לא-ספציפיים. המחקר הינו מחקר פרוספקטיבי, אקראי ומבוקר עם קבוצה אחת. כל החולים ביצעו את התרגילים פעמיים בשבוע במשך 6 שבועות, וכן תוכנית אימונים ביתית. מדדי התוצאה נאספו בתחילת המחקר, לאחר 6 שבועות וכמעקב לאחר 6 חודשים. מדד התוצאה העיקרי היה דירוג מידת השיפור על ידי המטופלים בסולם של 15 נקודות (-7 ועד +7) של שינוי; דירוג של "מעט יותר טוב" (+5) ומעלה הוגדר כתוצאה מוצלחת. משתנים מנבאים קליניים פותחו באמצעות ניתוח רגרסיה לוגיסטית כדי לסווג חולים עם כאבי צוואר שעשויים להפיק תועלת מטיפול מבוסס-תרגילים.

תוצאות: המשתתפים שנמצאו כמנבאי הצלחה מן הטיפול היו אלה: משך כאבי הצוואר מאז תחילתם הוא פחות מ-6 חודשים, ללא כאבי ראש ממקור צווארי ופרוטרקציה (protraction) של

Development and implementation of a new model of care for patients with stroke, acute hospital rehabilitation intensive services: Leveraging a multidisciplinary rehabilitation team

Langton-Frost, N., Orient, S., Adeyemo, J., Bahouth, M. N., Daley, K., Ye, B., Lavezza A. & Pruski, A.
American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation, 2023: 102(2S), S13-S18.
 doi: 10.1097/PHM.0000000000002132

פיתוח ויישום מודל חדש של טיפול בחולים עם שבץ מוחי, שירותי שיקום דחופים במסגרת האשפוז בבית החולים: מינוף העבודה בצוות שיקום רב-מקצועי

תקציר:

העיתוי והעוצמה האופטימליים של שיקום מוקדם עדיין אינם ברורים. בספרות נטען כי ניידות מוקדמת מדי בעצימות גבוהה בתוך 24 שעות עלולה לגרום לתוצאות גרועות בהשוואה לניידות במהלך 24 עד 48 שעות לאחר שבץ (Stroke 2012;43:2389-94. Stroke 2004;35:1005-9) עם זאת, מחקרים אחדים הראו כי עידוד החולים לתנועה והליכה כמה פעמים ביום יכול להביא לתוצאות חיוביות (Stroke 2004;35:1005-9. Cerebrovasc Dis 2010;29:352-60). נוסף על הליקויים בניידות, חולים רבים לאחר שבץ סובלים מקשיים בבליעה, מאפזיה ומליקויים קוגניטיביים-לשוניים. עד כה, קיימת ספרות מעטה בנושא שיקום מוקדם של פגיעות אלה. במאמר זה אנו מתארים תוכנית של שיקום מוגבר במסגרת בית חולים אקוטי. במודל טיפול מוגבר זה, הצוות שלנו מעביר מדי יום עד שישה טיפולים המתמקדים בליקויים של המטופל. מטופל יכול לקבל מידי יום עד שני מפגשים בכל דיסציפלינה, הכוללים פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק ומפגש עם קלינאי תקשורת. המודל מדגיש שיתוף פעולה רב-מקצועי בין מקצועות השיקום ותחומים נוספים, כגון: פסיכיאטריה, סיעוד, נויורולוגיה. שיתוף הפעולה מושג באמצעות לוח זמנים יומי שמותאם לכל מטופל, ותקשורת ישירה לפני הטיפולים ולאחריהם. עם מודל זה, אנו שואפים לשפר את התיאום בין המטפלים, וכתוצאה מכך לשפר את שביעות הרצון של המטופלים, ובסופו של דבר - את החלמה.

מילות מפתח: החלמה מוקדמת; שיקום; טיפול בבית חולים

בתרגול אחד בוצע מאמץ בעצימות בינונית שנקבעה על פי 60% מעתודת הדופק, ובאחר - מאמץ בעצימות בינונית-גבוהה על פי דירוג מידת הקושי של - 7 מ-10 בסולם בורג. הערכת הרגישות לכאב בוצעה על שריר ה-Tibialis Anterior, המרוחק מהשרירים הפעילים, באמצעות מדידות סף כאב ללחץ, סף כאב לחום ועוצמת כאב בתגובה לגירוי חום מכאיב. המדידות נעשו בשלוש נקודות זמן: לפני ואחרי 20 דקות של מנוחה להערכת מצב הבסיס, ומיד לאחר סיום המאמץ. לבחינת השפעת המאמץ על הרגישות לכאב והשוואה בין הפרוטוקולים נעשה ניתוח שונות דו-כיווני למבחנים חוזרים. ההשוואה בין הפרוטוקולים במדדי הספק, דופק והערכה סובייקטיבית למידת הקושי של המאמץ - נעשתה באמצעות מבחן t למשתנים מזווגים.

תוצאות: בשני הפרוטוקולים, ללא הבדל ביניהם, לא נמצאה השפעה על מדדי הכאב: ספי כאב לגירוי לחץ ($p=0.67$), לגירוי חום ($p=0.56$) ועוצמת כאב בתגובה לגירוי חום מכאיב ($p=0.39$). על אף שלא נמצא הבדל בהערכה הסובייקטיבית של מידת הקושי בשני המאמצים שדורגו כ-7 מ-10, דופק והספק גבוה יותר נמדדו במאמץ שעצימותו נקבעה על פי דופק מטרה ($p < 0.004$).

מסקנות: מאמץ אירובי יחיד, המבוצע בגפיים עליונות בעצימות בינונית-גבוהה אינו משפיע על הרגישות לכאב ניסיוני בנבדקים בריאים. בנוסף, על אף תחושת מאמץ זהה, במטרה להגיע להספק גבוה יותר במאמץ אירובי של הגפיים העליונות יש לבחור בפרוטוקול המבוסס על דופק מטרה.

מילות מפתח: היפואלגזיה; מאמץ; רגישות לכאב; מאמץ אירובי; עצימות; דופק מטרה; תחושת מאמץ.

עקרונות לפרסום ושיווק ראויים בפיזיותרפיה

ד"ר נואית ענבר BPT, PhD¹, ירון טילינגר BPT, MA^{2,3}

¹ ועדת האתיקה של הפיזיותרפיסטים בישראל, ptethicsil@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

העמדות של הפיזיותרפיסטים בישראל, לצד ספרות עדכנית ורלוונטית. להלן השאלות:
א. מה פרסום ראוי בעיניך?
ב. מהו פרסום שאיננו ראוי בעיניך?
בשלב זה בקריאה, נסו להשיב על שאלות אלה תוך התייחסות למאפיינים הייחודיים של מקצוע הפיזיותרפיה.

נייר העמדה שלפניכם כולל שלושה פרקים קצרים: האחד, מציג את ערכי-העל האתיים והעקרונות לפרסום ושיווק ראויים; הפרק השני מתאר את תוצאות הסקר הכולל 60 תשובות שלהן מאפיינים משותפים ונבדלים; הפרק השלישי כולל את ההמלצות המעשיות שנוסחו בעקבות אינטגרציה של תשובות הפיזיותרפיסטים וספרות בנושא.

ועדת האתיקה תשמח לשמוע את מחשבותיכם ואת החוויות שלכם בנושא זה ולקבל את הצעותיכם לקראת עדכון נייר העמדה בסוף השנה הנוכחית: ptethicsil@gmail.com

מקורות

1. World Physiotherapy. Policy statement: Ethical principles and the responsibilities of physiotherapists and member organisations, 2022. https://world.physio/sites/default/files/2022-03/PS-2022-Ethical_responsibilities_principles_Eng.pdf
2. Simpson J K. At-risk advertising by Australian chiropractors and physiotherapists. Chiropractic & Manual Therapies. 2019;27(1): 1-14. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12998-019-0247>
3. הלשכה לאתיקה, הר"י (2009), איסור פרסום ברדיו או בטלוויזיה. אוחר מתוך: <https://www.ima.org.il/MainSiteNew/EditClinicalInstruction.aspx?ClinicalInstructionId=184>

נייר העמדה שלפניכם נכתב מתוך בקשה של הקהילה המקצועית להגדיר לעצמה קווים מנחים אתיים לפרסום ולשיווק בפיזיותרפיה. קיים צורך מתמיד בקווים מנחים ברורים ומתעדכנים כדי לשמור על הצביון המקצועי של העיסוק בפיזיותרפיה כפרופסיה מבוססת. העקרונות המנחים צריכים להיות ישימים, ולבוא לידי ביטוי בכל אחת מן הפלטפורמות השיווקיות הקיימות. זאת, לטובת שמירה על פרסום שיש בו יושרה ואמירת אמת, המשקף אחריותיות (accountability) ומקצוענות (professionalism). במילים אחרות, פרסום שאין בו מידע מטעה, שאיננו מייצר מצג-שווא ושאינו מעודד טיפולים מיותרים או המשמץ שיטות טיפול אחרות.^{2,1}

כיום, מטפלים ממקצועות הבריאות שהם עצמאיים ו/או עובדים במסגרת שירותי הבריאות, משרד החינוך וכדומה, עוסקים גם בשיווק ובפרסום של תחומים מגוונים: עסק עצמאי, פעילות בתוך הארגון, מסלולי הכשרה והתפתחות מקצועית, כנסים וימי עיון, קורסים, סדנאות, ציוד רפואי (דוגמת אביזרי שיקום וניידות, טכנולוגיה מסייעת, אביזרי טיפול), ועוד.

ב-2009, הלשכה לאתיקה של הר"י (ההסתדרות הרפואית בישראל) פרסמה נייר עמדה ובו שאלה מעניינת: "האם בתרבות הצרכנית הקיימת כיום נבחר ברופא שיטפל בנו כפי שאנחנו בוחרים באבקת כביסה או בטלפון סלולרי - בהשפעת פרסומת יקרה ויעילה שבה השקיע מכספו אותו הרופא? האם ראוי כי נתיר לשווק את הטיפול הרפואי כפי שאנו מתירים לשווק כל מוצר צריכה אחר?"³ מצאנו, שזו שאלה מרתקת ורלוונטית גם למקצועות הבריאות.

בהמשך לבקשה שצמחה מתוך "השטח", ועדת האתיקה של הפיזיותרפיסטים בישראל פנתה לקהילה המקצועית בבקשה להשיב לשתי שאלות פתוחות, כבסיס לנייר עמדה שישקף את

המועצה העליונה של הפיזיותרפיה בישראל

ועדת האתיקה של הפיזיותרפיה בישראל

נייר עמדה
אפריל 2016

עקרונות לפרסום ושיווק ראויים בפיזיותרפיה

רקע

בעשור האחרון, עם ביסוסו של מקצוע הפיזיותרפיה, פרסום ושיווק הפכו נפוצים, שימושיים והכרחיים לקידום מקצועי - הן של פיזיותרפיסטים עצמאיים והן של גופי בריאות ציבוריים המספקים שירותי פיזיותרפיה. האפשרויות לשיווק עסקי התרחבו מאוד, מהפצת כרטיסי ביקור, כתיבת מאמרים פרסומיים, מתן הרצאות עם תוכן פרסומי וכיוצא באלה, ועד שימוש בכל אחת ממגוון הפלטפורמות האינטרנטיות הקיימות היום.

ההתרחבות הדרמטית של המרשתת (האינטרנט) יצרה מציאות חדשה בכל הקשור לפרסום עסקי פורמלי (באתרים עסקיים, בפרסום בכתבי-עת דיגיטליים, בניהול דפי עסק, וכדומה), לצד פרסום בלתי פורמלי (כתיבה בבלוגים, ניהול אתרים אישיים, כתיבה בפורומים, פרסום ברשתות החברתיות ועוד). לאמצעי פרסום אלה יתרונות רבים, כמו הנגשת מידע ויצירת תקשורת מיידית עם הציבור הרחב, בניית מארג קשרים מקצועיים (*Networking*) וביסוס נוכחות מקצועית ברשת (*Online professional presence*). עם זאת, יש לזכור כי פיזיותרפיה היא מקצוע טיפולי ואיננה דומה לשירותים צרכניים אחרים שלא מתחום הטיפול. למשל, האם ראוי להשתמש בביטויים השגורים בפרסום מוצרים כמו אבקת כביסה ("תוצאות מובטחות") בפרסום טיפולי פיזיותרפיה?

לפי הספרות העוסקת בפרסום בתחומי הרפואה, אין בידי ה"צרכנים" כלים באמצעותם יוכלו להעריך או להשוות את ההכשרה, הניסיון, הידע והמיומנות המקצועית הנדרשים להשגת הטבה מרבית עבורם. יתרה מזו, התמודדות עם כאב או אובדן תפקודי עלולה לטשטש את היכולת לברור מידע באופן בהיר ושקול. בו-בזמן, לאנשי המקצוע חסרים הידע וההבנה לגבי ההשלכות האפשריות של פרסום, כך שפרסומים עשויים לייצר הטיות והטעויות (ראו, הר"י - כללי אתיקה רפואית להתקשרות דיגיטלית ומדיה חברתית).

לפיכך, מצאנו לנכון להגיש לקהילה המקצועית קווים מנחים ליצירת פרסום מקצועי ראוי, מתוך הבנה שלעוסקים בפיזיותרפיה, כמו לכל משלח-יד אחר, יש זכות בסיסית לקדם את פרנסתם.

א. ערכי-על אתיים אוניברסליים ועקרונות אתיים-מקצועיים לפרסום ושיווק ראויים

עקרונות לפרסום ראוי נגזרים מכמה ערכי-על אתיים אוניברסליים - אמירת אמת, יושרה, אמינות, ושמירה על כבוד המקצוע מתוך אחריות אישית וחברתית ומתוך קולגיאליות (ערכי-על נוספים תוכלו למצוא בקוד האתי של מקצוע הפיזיותרפיה, נובמבר 2014).

הכרת ערכי-העל מיועדת לעירור חשיבה ביקורתית על פרסומים קיימים ולהכוונת אנשי המקצוע בתהליך של ניסוח פרסום חדש. על כל מפרסם בפיזיותרפיה מוטלת אחריות לתוכן הפרסומי המשווק על-ידו, ברוח ערכים ועקרונות אלה.

אמירת אמת, יושרה ואמינות (Truth Telling, Honesty and Reliability): אמירת אמת היא מושג יסודי בביו-אתיקה. היא מרכיב בסיסי של יחסי אמון והוגנות בין בני אדם. מתוך ההבנה שקיים קשר הדוק בין אמירת אמת למטופל/ת ובין ההסכמה לטיפול, אמירת אמת הכרחית בביסוס יחסי מטפל-מטופל. יושרה ואמינות הם המניעים לאמירת אמת, והיעדרם בפרסום מייצר הטעיות והטיות, שומט את תקפותו של הפרסום, ואף עלול להיות הרסני בתפיסת המקצוע בציבור.

אחריות אישית וחברתית (Individual and Social Accountability): תנאי הכרחי לקיומה של פרופסיה היא מכובדות המקצוע ותדמיתו בעיני העוסקים בו ובעיני הציבור. אחריות אישית וחברתית מתייחסת למחויבות של איש המקצוע לקיים תהליכי קבלת החלטות תוך בחינת מרב התוצאות האפשריות. בפרסום שירותי פיזיותרפיה, המפרסם אחראי על יצירת תדמית מקצועית מדויקת, מתוך ידיעה שלפרסום השפעה משמעותית על תפיסת המקצוע בעיני מטופלים, עמיתים והחברה כולה. לפיכך, פרסום לא ראוי פוגע בכלל הקהילה המקצועית וביחס החברה כלפיה.

רעות (Collegiality): חוזקה של קהילה מקצועית מושתת על היחס המכבד בין החברים בה. קולגיאליות מאפשרת לקהילה להתבסס ולהתרחב כקהילה מקצועית לומדת, שיש בה שיתוף פעולה וקידום משותף של המקצוע. פרסום שמשמיץ מטפלים אחרים, פוגע בלכידות של הקהילה המקצועית.

ב. שאלות ועקרונות אשר עלו בסקר – "מהו פרסום ראוי בעיניך?"

בחודשים ינואר עד מרץ 2016, ועדת האתיקה של הפיזיותרפיה בישראל ערכה סקר בקרב קהילת הפיזיותרפיסטים שעסק בשאלה - "מהו פרסום ראוי בעיניך?". בסקר השתתפו כ-60 פיזיותרפיסטים מתחומי עיסוק שונים בישראל. מעניין לציין, שמתוך הסקר בלט ההבדל בין ההתייחסות לשאלה "מה פרסום ראוי בעיניך?", לבין ההתייחסות לשאלה "מהו פרסום שאיננו ראוי בעיניך?". בעוד שההתייחסות לשאלה "מהו פרסום ראוי" נענתה בהתלבטויות מגוונות, והעלתה יותר שאלות מאשר תשובות חד-משמעיות, השאלה "מהו פרסום שאיננו ראוי" זכתה להתייחסות מפורטת ורב-דוגמאות. בדברים הבאים, נביא דוגמאות לשאלות שהעלו משתתפי הסקר, בליווי ציטוטים מתוכו.

שאלות שהועלו על-ידי משתתפי הסקר:

• מהו היקף המידע ההכרחי לפרסום ראוי?

"לפעמים הפרסום אמורפי, לא מציג את המקצוע ואת העוסק בו באופן מקצועי ואז איננו ראו לטעמי"; "יש לפרט את הנעשה בבדיקה ובטיפול, אבל לא ברור עד כמה".

• אילו כותרות ותיאורים מתאימים לפרסום ראוי בפיזיותרפיה?

"האם מקובל לכתוב 'מטפל תנועתי'/'משקם תנועתי'"; "יש אתרים של פיזיותרפיסטים העוסקים בטיפול רגשי, עם כותרות כמו 'פיזיותרפיה אינטגרטיבית'. מה דעתה של ועדת האתיקה על כך?"; "מה לגבי פרסום שמציג פיזיותרפיסטית שמבצעת גם הדרכת הורים ללא ציון הסמכה מיוחדת".

• איזה מידע בפרסום עלול לייצר הטעיה?

"בטיפול בשיטה מסוימת, יש המציינים יתרונות בלבד מבלי לציין סיכונים או חסרונות אפשריים"; "... בפרסום מכשור האם מותר להציג יתרונות בלבד? האם זה באחריות המטופל לברר עוד?".

• מהו פרסום ששומר על כבוד המקצוע?

"האם מקובל לפרסם שירותי פיזיותרפיה באתר 'גרופון' שבו נמכרים שוברים לבדיקה וטיפול?"; "הייתה מי שפרסמה עצמה דרך אתר של חנות בגדים, תוך שהיא מדגמנת 'בטן שטוחה ורצפת אגן בריאה' - הגיוני?"; "מצאתי הנחות קבוצתיות לפיזיותרפיה, איך זה תורם למקצועיות של המפרסם".

מתשובותיהם של משתתפי הסקר, זיקקנו שלושה עקרונות לפרסום בפיזיותרפיה – כפי שנוסחו על ידי המשתתפים. עקרונות אלה, מצטרפים לרשימת העקרונות המוצגים בסעיף ג' בהמשך.

• יש לתת מידע מהימן ומדויק של זהות המטפל

"יש לציין מספר רישיון ממשדד הבריאות"; "יש לתת פרטים ברורים ליצירת קשר"; "מתן מידע מהימן ומדויק על זהות המטפל ותחומי המקצועיות שלו"; "פרסום מספר שנות ותק וציון השתתפות בקורסים מקצועיים".

• יש להימנע מהבטחות לריפוי מלא

"...יש המבטיחים "להעלים" את הבעיה תוך זמן קצר"; "הם מפרסמים הבטחה לריפוי מלא לכל פונה"; "יש המפרסמים הבטחות שווא שאין להן כיסוי מקצועי".

• ראוי להימנע מהמושג "מומחה"

"נושא המומחיות מפריע לי..."; "יש פיזיותרפיסטים מתחילים שמציגים עצמם כמומחים ל... או מתמחים ב..."; "מומחיות בפיזיותרפיה מאוד מבלבלת. למשל, ראיתי פרסום שבו כתוב - 'פיזיותרפיסט מומחה בטיפול בבעיות אורתופדיות ונירולוגיות, התמחות מיוחדת בבעיות ברכיים, ניסיון עשיר בטיפולים גריאטריים'. האם יכולה להיות מומחיות כל-כך רחבה? זה שונה מאוד מרפואה...".

ג. המלצות מעשיות

ההמלצות המעשיות המובאות בזה חלות על כל סוגי הפרסום (ברשת ומחוצה לה). ההמלצות מוצגות כתשובות לשאלות המרכזיות שעלו מן "השטח", על-ידי הפיזיותרפיסטים שהשתתפו בסקר.

היקף המידע ההכרחי בפרסום

- פרסום בפיזיותרפיה יכלול שם מלא, מספר רישיון מטעם משרד הבריאות, ציון התארים של הפיזיותרפיסט/ית ושנות הוותק.
- פרטים שניתן להוסיף לבחירת המפרסם - תחום עיסוק עיקרי (קרי: טיפולים אורתופדיים, נשימתיים, נירולוגיים, הידרותרפיה, טיפול בילדים, בריאות האישה וכיוצא באלה). הכשרות/קורסים (מוכרים לגמול השתלמות ואלה שאינם מוכרים לגמול השתלמות) ותחומי עניין מיוחדים (טיפול בסחרחורות, טיפול אורו-גינקולוגי, טיפול בלימפאדמה, וכיוצא באלה).
- המפרסם ימנע משימוש במושגים "מומחה" או "מומחיות" מאחר ותחום ההתמחות בפיזיותרפיה טרם הוסדר באופן פורמלי. לכשהסדר יפורסם, ועדת האתיקה תעדכן בהתאם את הקווים המנחים לפרסום.
- המפרסם המציג תארים/הכשרות שאינם בפיזיותרפיה, יציין את תחום התואר/הכשרה ויוסיף לקיצור המקובל באנגלית את כותרת התואר בעברית.

הגדרות ותיאורים ראויים לשירותי פיזיותרפיה בפרסום

- פרסום יכול לכלול מושגי מפתח, כגון "טיפול שיקומי", "טיפול המכוון לשיפור תפקודי", "טיפול המכוון להפחתת כאב", "טיפול לשיפור תפקודי נשימה", וכיוצא באלה.
- פיזיותרפיסט/ית המשלבים כלי תרגול/אימון אחרים יצינו את הכשרתם בנושא (למשל: "מדריך חדר כושר מוסמך מטעם..."), "משלב אימון פילאטיס, הוסמך על-ידי...".
- תחום העיסוק העיקרי יובדל מתחומי עניין או הכשרות נלוות ויופיע ראשון ומרכזי בפרסום. פרסום של שירות שאיננו פיזיותרפיה, שמתהדר במושג פיזיותרפיה בשל הכשרה של נותן השירות כפיזיותרפיסט, איננו ראוי.

מניעת הטעיה בפרסום שיטות טיפול וטכנולוגיות

- יתרונותיה של שיטת טיפול מסוימת/יתרונותיו של מכשור מסוים יפורטו לצד החסרונות והסיכונים האפשריים.
- לא תפורסם הבטחה או התחייבות לריפוי מלא ולא יצוין אחוז שיפור מובטח.
- בפרסום שיטת טיפול או מכשור, לא ייעשה שימוש באסטרטגיה של איום והפחדה מנכות, מחיים עם כאב וכדומה.
- בפרסום שיטת טיפול או מכשור לא יושמצו שיטות טיפול מסוגים אחרים (לדוגמה: "שיטה X היא השיטה היחידה שנמצאה יעילה").
- מאמרים פרסומיים ייכתבו על-פי הכללים המקובלים באקדמיה, יבוססו על ספרות עדכנית, ויסתיימו בפרטיו המלאים של המפרסם.
- בעת פנייה של מטופל/ת למפרסם, וקודם למתן הטיפול, יש להבהיר את עלויות הטיפול.

שמירה על כבוד המקצוע בפרסום

- בפרסום שירותי פיזיותרפיה יש להקפיד על סודיות רפואית, ואין לפרסם פרטים של מטופלים (למשל, "חנה מתל-אביב, מורה בבית ספר, מספרת עד כמה הטיפול עזר לה").
- בנוסף, אין לפרסם את תמונותיהם של המטופלים או את מכתבי התודה שכתבו ללא הסכמה כתובה וחתומה על-ידם. הסכמה כתובה תכלול פירוט של הפלטפורמות בהן התמונה תתפרסם.
- הימנעות מהשמצות: פרסום במגזר הפרטי לא יכלול השמצה של השירות הציבורי, ופרסום שירותים ציבוריים לא יכלול השמצה של טיפול במגזר הפרטי. פרסום שירות ציבורי לא יכלול השמצה של שירות ציבורי אחר וזאת, מתוך הבנה קולגיאלית שכל סוגי השירות בפיזיותרפיה מכוונים לעשיית הטוב ולקידום בריאות באוכלוסייה הרחבה. בנוסף, אנשי המקצוע ימנעו מדיונים משמיצים ברשתות החברתיות, ויחתרו לקיומו של שיח אישי וקולגיאלי מחוץ למרחב הציבורי.
- חל איסור לפרסם באתרים המכילים תכנים של אלימות, פורנוגרפיה, תוכן בלתי חוקי ובאתרים המכוונים לילדים ונוער (המוגדרים כקטינים על-פי חוק). בנוסף, אין להשתמש בתכנים פורנוגרפיים בפרסום.

סיכום

פרסום מהווה כלי חשוב בהנגשת שירותים לציבור, במתן מידע לגבי נותני שירות תוך הדגשת המקצועיות של תחום הפיזיותרפיה. ועדת האתיקה מצאה לנכון להעלות למודעות הקהילה המקצועית את החשיבות שביישום עקרונות אתיים-מקצועיים גם בתחום הפרסום. על הפיזיותרפיסטים למצוא את האיזון האחראי בין פרסום, קידום ושיווק עבודתם, ובין עשייה מקצועית שיש בה יושרה, אמינות ושמירה על כבוד המקצוע.

מקורות

Ahmed, O. H., Claydon, L. S., Ribeiro, D. C., Arumugam, A., Higgs, C., & David Baxter, G. (2013). Social media for physiotherapy clinics: considerations in creating a Facebook page. *Physical Therapy Reviews*, 18(1): 43-48.

Basevi, R., Reid, D., & Godbold, R. (2014). Ethical guidelines and the use of social media and text messaging in health care: a review of literature. *New Zealand J Physiotherapy*, 42(2): 68-80.

Chandra, A., Stroube, W. B., & Willis, W. K. (2014). Rehabilitation Centers: Marketing Analysis and Future Challenges. *Health marketing quarterly*, 31(4): 326-338.

Delany, C., Fryer, C., & van Kessel, G. (2016). An ethical approach to health promotion in physiotherapy practice. *Health Promotion Journal of Australia*, 26(3): 255-262.

Hudon, A., Drolet, M. J., & Williams-Jones, B. (2015). Ethical Issues Raised by Private Practice Physiotherapy Are More Diverse than First Meets the Eye: Recommendations from a Literature Review. *Physiotherapy Canada*, 67(2): 124-132.

Kash, B. A., & Deshmukh, A. A. (2013). Developing a strategic marketing plan for physical and occupational therapy services: A collaborative project between a critical access hospital and a graduate program in health care management. *Health marketing quarterly*, 30(3): 263-280.

Rawat, S. R., Bhatia, K., Hegde, M., Bhat, N., & Tewari, S. (2015). The Importance of Ethical Marketing Practices. *Journal of Business Management and Economics*, 3(2): 23-30.

Sheppard, L. (1994). Public perception of physiotherapy: implications for marketing. *Australian Journal of Physiotherapy*, 40(4): 265-271.

אנו מבקשים להודות לחברי קבוצת העניין "פיתוח אישי ושיווקי - שיח מקצועי אחר" שנטלו חלק בהכנת מסמך זה.

כלי להערכת המוכנות הקלינית, העמדות והידע הבסיסי של מטפלים בקשר למטופלים המשתייכים לקהילה הגאה

רועי קליין¹, ד"ר מיכל אלבוים-גביזון²BPT, PhD

¹ סטודנט לתואר שני, המחלקה לפיזיותרפיה, אוניברסיטת בן גוריון בנגב
² החוג לפיזיותרפיה, הפקולטה למדעי הרווחה והבריאות, אוניברסיטת חיפה

רקע

בין ערכי היסוד המרכיבים את הקוד האתי של הפיזיותרפיסטים בישראל נמנים השוויון והצדק ("מערך זה נובעת החובה שלא להפלות כל אדם באשר הוא, על רקע של מגדר ... והופעה חיצונית"), ומקצוענות ("מיומנויות, שיפוט נכון והתנהגות אתית, המצופים מאדם שהוכשר להיות בעל מקצוע טוב השואף ללמוד ולחקור").¹ בהתאם, קיים הצורך האתי למזער את ההטיות והסטיגמות בקרב הפיזיותרפיסטים והפיזיותרפיסטיות כדי לאפשר הענקת טיפול מיטבי לכל מטופל באשר הוא.

אחת האוכלוסיות שנמצאת בסיכון לאפליה היא הקהילה הגאה (להלן: "הקהילה"). אנשים המזדהים כהומואים, לסביות וכבי-סקסואליים מהווים בממוצע 2.7% - 3.7% במדינות הארגון לשיתוף פעולה ולפיתוח כלכלי (OECD)²⁻¹ ואנשים המזדהים כטרנסג'נדרים מהווים 0.6% - 1.5% במדינות אלו.² חברי הקהילה סובלים מקשיים ברמה האישית, ברמה הבינאישית וברמה המדינית. נוסף על כך, הקהילה סובלת מגורמי לחץ בשל היותה קבוצת מיעוט.³

אפליית הקהילה נחשבת לגורם דחק אשר פוגע בבריאות הפיזית והנפשית וברווחת חבריה.² אנשים המזדהים כחברי הקהילה מדווחים בשיעור גבוה יותר על בריאות גופנית ונפשית ירודה ועל הערכה עצמית נמוכה, וכן נוטים להתנהגות מינית מסוכנת (למשל אי-שימוש בקונדום) בקרב קהילה זו נמצא שיעור גבוה של שימוש בחומרים ממכרים ושיעורים גבוהים של ההתנהגות אובדנית והתאבדויות בהשוואה לאנשים המזדהים כהטרוסקסואליים.⁴⁻⁷ רבים מקרב הקהילה נמנעים מקבלת טיפול רפואי, או דוחים אותו, בין היתר בגלל

סטיגמה גלויה (perceived stigma) והומופובית של החברה, הטרדה, הפיכה לקורבן (victimization), הומופוביה מופנמת, בושה, דחייה מצד משפחה וחברים ועוד.⁴⁻⁶

עמדות שליליות כלפי אנשים המזדהים כחברי הקהילה דווחו בקרב אנשי מקצועות הבריאות ובקרב סטודנטים למקצועות הבריאות^{2, 7-10}. נמצא כי בקרב 20,000 איש העוסקים במקצועות הבריאות (בעיקר בארה"ב), קיימת העדפה לטיפול בהטרוסקסואלים לעומת טיפול בחברי הקהילה.² סטודנטים לרפואה ומתמחים היו בעלי עמדות שליליות יותר כלפי אוכלוסייה זו לעומת סטודנטיות ומתמחות, וכולם הפגינו חוסר ידע על הקהילה. אנשים המזדהים כחברי הקהילה דיווחו על חוסר אנשי מקצוע המכירים את צרכיה הייחודיים של הקהילה וחשש מאפליה מצד אנשי מקצועות הבריאות,¹¹⁻¹³ וכ-10% מהאנשים המזדהים כחברי הקהילה באיחוד האירופאי, חשו מופלים מצד איש צוות רפואי.²

באוסטרליה, Ross and Setchell (2019) התמקדו בחוויה שחוו 108 מטופלים מהקהילה במפגש הפיזיותרפויטי, וכמעט כולם דיווחו על לפחות אחד מאלה: הנחות מוטעות מצד הפיזיותרפיסט, תחושת אי-נוחות, חוסר ידע לגבי צרכים רפואיים ספציפיים, אפליה גלויה או סמויה.¹⁸ מחקר על פיזיותרפיסטים מוסמכים ומחקר על סטודנטים לפיזיותרפיה שנערכו בישראל הראו עמדות חיוביות כלפי הומואים, לסביות וביסקסואלים; נמצא בהם כי נשים וחילונים היו בעלי עמדות חיוביות יותר, וכי אצל כלל הנבדקים קיים חוסר מידע על רפואה המותאמת לקהילה. מחקרים אלו לא בדקו את העמדות ואת הידע על מטופלים טרנסג'נדרים.^{15, 16}

"אני מודע למחקר שמצביע על כך שלהט"ב חווים בעיות בריאות ובעיות בריאות הנפש ברמה לא מידתית בהשוואה להטרנסקסואליים".¹⁷

המהימנות הפנימית של השאלון המקורי הייתה גבוהה ($\alpha=0.86$) וכך גם של כל אחת משלוש תת-הקטגוריות - מוכנות קלינית ($\alpha=0.88$), עמדות ($\alpha=0.80$) וידע בסיסי ($\alpha=0.83$). השאלון הוא בעל מהימנות טובה של מבחן-מבחן חוזר לציון הכללי ($r=0.87$) וכן לציוני שלוש תת-הקטגוריות - מוכנות קלינית ($r=0.88$), עמדות ($r=0.85$) וידע בסיסי ($r=0.85$).¹⁷

ציון השאלון

הציון עבור כל היגד נע בסולם ליקרט, בטווח שבין 1 (לא מסכים במידה רבה) ל-7 (מסכים במידה רבה). הציון הכולל הוא הממוצע של סכימת כל התשובות. כמו כן ישנו ציון עבור כל אחת משלוש תת-הקטגוריות. ככל שהציון גבוה יותר כך ישתקפו רמות גבוהות יותר של מוכנות קלינית, ידע בסיסי ועמדות חיוביות.

השאלון בגרסה בעברית

הקדמה

השאלון שלפניכם כתוב בלשון זכר, אך כמובן פונה לשני המינים.

ההיגדים בשאלון שלפניך מכוונים לבדוק את המוכנות הקלינית, העמדות והידע הבסיסי שלך על אודות מטופלים שהם הומואים, לסביות, ביסקסואלים וטרנסג'נדרים (להט"ב).

אנא השתמש במדרג שלפניך כדי לדרג את מידת הסכמתך/אי הסכמתך עם כל היגד. שים לב, ההיגדים בשאלון ממוקדים בעיקר בנטייה המינית (להט"ב - לסביות, הומואים, ביסקסואלים) או בזהות המגדרית (טרנסג'נדרים). שני היגדים הם כוללניים ומתייחסים לכל המטופלים הלהט"ב.

איגוד המכללות הרפואיות באמריקה (AAMC), איגוד הפסיכולוגים האמריקאי (APA), איגוד הפסיכולוגים הבריטי (BSP),¹⁷ ארגון הפיזיותרפיה האמריקאי (APTA)¹⁸ פרסמו קווים מנחים לעבודה עם מטופלים מהקהילה. ואולם בישראל לא נחקרה רמת המוכנות הקלינית של פיזיותרפיסטים בטיפול בקהילה הגאה. למרות השוני במוכנות הקלינית הנדרשת מצד מקצועות הבריאות השונים, קיימות שלוש דרישות המשותפות לכולן, והן: פיתוח מודעות עצמאית על קיומן של דעות קדומות והטיות אישיות וחברתיות כלפי להט"בים; רכישת מיומנויות טיפול וניסיון קליני כדי לטפל ביעילות בלקוחות/מטופלים להט"בים, ורכישת ידע מעשי בסוגיות פסיכו-סוציאליות ובריאותיות להט"ביות.¹⁷ מודל משולש זה, שהינו שילוב של מודעות עצמאית של העמדות, המוכנות והידע, מבוסס במידה רבה על מחקרים קודמים שעסקו במוכנות הקלינית הרב-תרבותית בנוגע למטופלים השייכים לקבוצות מיעוט ממגוון אתני וגזעי.¹⁷

במדור זה נציג את הגרסה העברית של השאלון: The Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Development of Clinical Skills Scale (LGBT-DOCSS) שנועד לבדוק את המוכנות הקלינית של אנשי מקצועות הבריאות בבואם לטפל במטופלים השייכים לקהילה, כולל טרנסג'נדרים.

תיאור השאלון

שאלון זה חובר בידי Markus P. Bidell, ופורסם לראשונה באנגלית בשנת 2017.¹⁷ תרגום גרסתו העברית של השאלון אושרה על ידי מחבר השאלון, בהתאם להנחיות המקובלות של תרגום בשיטת "forward and backward translation",¹⁹ ועברה התאמה תרבותית בהתאם לכללים המקובלים. בימים אלו שוקדים מחברי מאמר זה על עיבוד נתוני המהימנות והתיקוף של השאלון בעברית.

השאלון כולל 18 היגדים המחולקים לשלוש קטגוריות: א. המוכנות הקלינית של המטופלים בעבודה עם הקהילה (למשל: "אני מרגיש שאין לי הכלים המקצועיים לדבר עם מטופל/ת להט"ב על נושאים הקשורים לנטייה המינית או הזהות המגדרית שלהם"), ב. העמדות של המטופלים כלפי הקהילה (למשל: "אני חושב שלהיות טרנסג'נדר זו הפרעה נפשית"), ג. הידע הבסיסי של מטופלים כלפי הקהילה (למשל:

מדור כלי מדידה והערכה

7	6	5	4	3	2	1	
מסכים במידה רבה			מסכים / לא מסכים במידה מסוימת			לא מסכים במידה רבה	
							1 אני מודע לחסמים מוסדיים שעשויים למנוע מטרנסג'נדרים להשתמש בשירותי הבריאות.
							2 אני מודע לחסמים מוסדיים שעשויים למנוע מלסביות, הומואים וביסקסואלים להשתמש בשירותי הבריאות.
							3 אני חושב שלהיות טרנסג'נדר זו הפרעה נפשית.
							4 אני מרגיש שאין לי את הכלים המקצועיים לדבר עם מטופל/ת להט"ב (לסבית, הומו, ביסקסואל, טרנסג'נדר) על נושאים הקשורים לנטייה המינית או הזהות המגדרית שלהם.
							5 זוגיות חד-מינית בין שני גברים או שתי נשים איננה חזקה ומחויבת כמו זוגיות בין גבר ואישה.
							6 אני מודע למחקר שמצביע על כך שלה"ב חווים בעיות בריאות ובעיות בריאות הנפש ברמה לא מידתית בהשוואה להטרוסקסואליים.
							7 לסביות, הומואים וביסקסואלים חייבים להיות דיסקרטיים בדבר נטייתם המינית בסביבת ילדים.
							8 אני מודע/ת למחקר המצביע על כך שטרנסג'נדרים חווים בעיות בריאות ובעיות נפשיות ברמה לא מידתית בהשוואה לסיסג'נדרים (אנשים שהמין הביולוגי והזהות המגדרית שלהם תואמים: זכר-גבר/ נקבה-אישה).
							9 כשמדובר בטרנסג'נדרים, אני מאמין שהם סוטים מבחינה מוסרית.
							10 קיבלתי הכשרה קלינית ופיקוח קליני הולם לעבודה עם מטופלים טרנסג'נדרים.
							11 קיבלתי הכשרה קלינית ופיקוח קליני הולם לעבודה עם מטופלים/ מטופלות לסביות, הומוסקסואלים וביסקסואלים.
							12 אורח חייהם של לסביות, הומואים וביסקסואלים אינו טבעי או אינו מוסרי.
							13 יש לי ניסיון בעבודה עם מטופלים/ מטופלות לסביות, הומואים וביסקסואלים.

מדור כלי מדידה והערכה

7 מסכים במידה רבה	6	5	4 מסכים / לא מסכים במידה מסוימת	3	2	1 לא מסכים במידה רבה	
							14 אני מרגיש שאני מסוגל לבדוק מטופל/ת לסבית, הומו או בסקסואל במסגרת טיפולית.
							15 אני מרגיש/ה שאני מסוגל לבדוק מטופל טרנסג'נדר במסגרת טיפולית.
							16 יש לי ניסיון בעבודה עם מטופלים טרנסג'נדרים.
							17 אנשים הלובשים בגדים שאינם של המין הביולוגי שלהם הם בעלי סטייה.
							18 ארגיש לא בנוח מבחינה מוסרית לטפל במטופל/ת להט"ב.

סיכום

השאלון LGBT-DOCSS יכול לשמש כל אחד ואחת מאתנו לבחינה עצמית (וכנה) של המוכנות הקלינית, הידע והעמדות שלנו כמטפלים ומטפלות ביחס למטופלים ומטופלות מהקהילה הגאה. לאחר תיקוף השאלון בעברית, ניתן יהיה להשתמש בו ככלי להערכת רמת המוכנות של סטודנטים למקצועות הבריאות, לרבות פיזיותרפיה, ולאפשר לנו ללמוד ולהעמיק את הידע שלנו על צורכי הקהילה ועל הפערים המשפיעים עליה.

יש לחשב הפוך (1=7, 2=6, 3=5, 4=4) את התשובות להיגדים האלה: 3-5, 7, 9, 12, 17-18.

אופן החישוב הוא כדלקמן:

הציון הכולל - סכימת סך התשובות (לאחר היפוך), וחלוקתו ב-18.

הציון עבור מוכנות קלינית - סכימת התשובות האלה: 4 (לאחר היפוך), 10, 11, 13, 14-16, וחלוקת התוצאה בשבע.

הציון עבור עמדות - סכימת התשובות האלה: 3, 5, 7, 9, 12, 17, 18 (לאחר היפוך של כולן), וחלוקת התוצאה בשבע.

הציון עבור ידע - סכימת התשובות האלה: 1, 2, 6, 8, וחלוקת התוצאה בארבע.

מקורות

- Lam, C. Y. Y., Liu, H. H. W., ... & Wong, W. C. (2009). Homophobia in medical students of the University of Hong Kong. *Sex Education*, 9(1), 65-80.
10. Chinnnasamy, L. & Muthukrishnan, A. Attitude of healthcare students towards HIV/AIDS and people living with HIV in selected dental and nursing colleges at Chennai, India. *HIV & AIDS Review*. 2020; 19: 43-48
11. Kuperman, T. M. Perceived and Experienced Stigma of the LGBTQ Community and its Relationship to Healthcare. *Perceived and Experienced Stigma of the LGBTQ Community and its Relationship to Healthcare*. 2015.
12. Strong, K. L. , Folse, V. N. Assessing undergraduate nursing students' knowledge, attitudes, and cultural competence in caring for lesbian, gay, bisexual, and transgender patients. *J. Nurs. Educ.* 2015; 54:45-49.
13. Traumer, L., Jacobsen, M. H. ,Laursen, B. S. Patients' experiences of sexuality as a taboo subject in the Danish healthcare system: a qualitative interview study. *Scand. J. Caring Sci.* 2019;33:57-66.
14. Ross, M. H. ,Setchell, J. People who identify as LGBTIQ+ can experience assumptions, discomfort, some discrimination, and a lack of knowledge while attending physiotherapy: a survey. *J. Physiother.* 2019;65:99-105.
15. Klein, R. , Elboim-Gabyzon, M. Attitudes of registered physiotherapists toward people identifying as lesbian, gay, and bisexual: A cross-sectional survey. *Res. Sq.* 2021. doi:10.21203/rs.3.rs-228262/v1.
16. Elboim-Gabyzon, M., Ofek, H. & Klein, R. Attitudes of Physical Therapy Students in Israel toward People Identifying as Lesbian, Gay, or Bisexual: A Cross-Sectional Survey. *Health Soc. Care Community*. 2023:1-9.
17. Bidell, M. P. The Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Development of Clinical Skills Scale (LGBT-DOCSS): Establishing a New Interdisciplinary Self-Assessment for Health Providers. *J. Homosex.* 1017;64:1432-1460.
18. Five Ways To Be an LGBTQ Patient Ally | APTA. Available from: <https://www.apta.org/article/2020/07/21/five-ways-to-be-an-lgbtq-patient-ally>.
19. Guillemin, F., Bombardier, C. , Beaton, D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *J. Clin. Epidemiol.* 1993;46:1417-1432.
- א. המועצה העליונה של הפיזיותרפיה בישראל. הקוד האתי של הפיזיותרפיסטית בישראל. מתוך: <https://www.health.gov.il/Subjects/MedicalAndHealthProfessions/Physiotherapy/Documents/kod280211.pdf> (2016).
- ב. מורגנשטרן, ע', לושינסקי, י' והראל, א' (2016). זכויות הקהילה הגאה בישראל: משפט, נטייה מינית וזהות מגדרית. צפרירים: נבו הוצאה לאור בע"מ.
- ג. שילה, ג. ומור, ז. (2014). מחקר התנהגות מינית בקרב בני נוער וצעירים הומואים, לסביות וביסקסואלים. תל אביב: איגי - ארגון נוער גאה.
- ד. אלעזר, א., נ' (2014). הטרוסקסיזם מופנם והתנהגות מינית מסתכנת: הגורמים המתווכים ביניהם בקרב צעירים הומוסקסואלים. עבודה לשם קבלת תואר מאסטר. חיפה: אוניברסיטת חיפה.
1. OECD (2019), *Society at a Glance 2019: OECD Social Indicators*, OECD Publishing, Paris. https://doi.org/10.1787/soc_glance-2019-en.
2. LGBTI in OECD countries: A review. 2017. doi:10.1787/d5d49711-en.
3. Binion, K. Gray, M. J. Minority Stress Theory and Internalized Homophobia among LGB Sexual Assault Survivors: Implications for Posttraumatic Adjustment. *Journal of Loss and Trauma*. 2020;25:454-471.
4. Bridge, L., Smith, P., Rimes, K. A. Sexual orientation differences in the self-esteem of men and women: A systematic review and meta-analysis. *Psychol. Sex. Orientat. Gend. Divers.* 2019 ;6 ;433-446.
5. Pitoňák, M. Mental health in non-heterosexuals: Minority stress theory and related explanation frameworks review. *Ment. Health Prev.* 2017;5: 63-73.
6. Fulginiti, A., Goldbach, J. T., Mamey, M. R., Rusow, J., Srivastava, A., Rhoades, H., ... & Marshal, M. P. (2020). Integrating minority stress theory and the interpersonal theory of suicide among sexual minority youth who engage crisis services. *Suicide and Life-Threatening Behavior*.
7. Banwari, G., Mistry, K., Soni, A., Parikh, N., Gandhi, H. Medical students and interns' knowledge about and attitude towards homosexuality. *J. Postgrad. Med.* 2015; 61: 95-100.
8. Matharu, K., Kravitz, R. L., McMahon, G. T., Wilson, M. D., & Fitzgerald, F. T. (2012). Medical students' attitudes toward gay men. *BMC Medical Education*, 12(1), 71.
9. Kan, R. W. M., Au, K. P., Chan, W. K., Cheung, L. W. M.,

מ"אורור" לגיטימי לאקלים אתי בעייתי - היכן עובר הגבול?

ליה צור דברת BPT, MHA^{2,1}

¹ חברת ועדת האתיקה של הפיזיותרפיסטים בישראל

² רכזת תחום אתיקה מקצועית של הפיזיותרפיסטים בכללית ומדריכה קלינית, בית חולים בילינסון

2. האם לדבר עם הסטודנטית על המקרה שהייתה עדה לו - ואם כן מה לומר - או לא לומר דבר?

דיון וניתוח הדילמה הראשונה: האם לפנות לרופאה ולומר לה את דעתו על דבריה - או לא לומר דבר?

הערכים האתיים העולים מתוך הדילמה הם:

כבוד האדם, אי-גרימת נזק, יושר יושרה אמון אמינות ואמירת אמת, שוויון וצדק, ומקצוענות

מול

רעות, כבוד האדם ומקצוענות

להלן יפורטו הנימוקים התומכים בכך שהפיזיותרפיסט יאמר לרופאה את דעתו, ולאחריהם הנימוקים התומכים בכך שלא יאמר לרופאה את דעתו.

ההחלטה שהפיזיותרפיסט יאמר לרופאה את דעתו מתבססת על הערכים והעקרונות האתיים האלה:²

♦ **כבוד האדם (Human Dignity)** - מערך זה נגזרת זכותו של אדם להגנה על שמו הטוב וליחס של כבוד מצד הזולת. במקרה המתואר כאן מדובר בזכותו של המטופל ליחס מכבד. על פי חוק יסוד: כבוד האדם וחירותו, הכפשת שמו של אדם כמזהא כאמרה: "כל המלבין פני חברו ברבים כאילו שופך דמים".³

♦ **אי-גרימת נזק (Non-maleficence)** - ערך ביו-אתי זה מחייב את הקלינאים לשאוף למנוע נזק מן החולה וגם לא ליחל לו נזק. אמירתה של הרופאה יוצרת בעקיפין אקלים אתי שעלול לאפשר גרימת נזק לחולה.

נתאר כאן מקרה שעולה מתוכו סוגיה אתית הקשורה ביחסים שבין עמיתים בצוות רב-מקצועי וגם בהדרכה קלינית. השאלות האתיות העולות מתוך המקרה הנדון נוגעות לכל מוסד, לכל מכון או ארגון שבו מעורבים בטיפול בחולה כמה מטפלים.

תיאור המקרה

במחלקה הכירורגית בבית חולים אקוטי עובד צוות רב-מקצועי גדול באינטראקציה מתמדת. רופאי המחלקה נמצאים בשלבים שונים של ההתמחות שלהם; הפיזיותרפיסט האחראי מכיר אותם זמן רב, ובנה איתם מערכת יחסים מקצועית וחברית.

בוקר אחד, כאשר פיזיותרפיסט המחלקה שוחח בחדר הרופאים עם הכירורגים לגבי מטופל, פצוע ירי, שהופנה לטיפולו, נכנסה לחדר רופאה מתמחה, כולה נסערת, אחרי ביקור בוקר שגרתי אצל המטופל הזה. הרופאה סיפרה שבמהלך הביקור היא שאלה אותו שאלות, תיארה את הממצאים, והסבירה לו את מהלך הטיפול באופן מקצועי וענייני. ואולם המטופל הגיב בהתנשאות, בקנטרנות ובאופן מעליב. היא סיימה את דבריה במילים: "... הוא היה בלתי נסבל ממש, חבל שלא ירו לו בראש".

אף על פי שהפיזיותרפיסט הבין את מצוקתה של המתמחה, הוא חש אי-נוחות מאמירתה. במשך האירוע ניצבה לידו סטודנטית שלו, שנראתה מזועזעת מאמירתה של הרופאה, ושניהם החליפו ביניהם מבטים שהראו שהם מבינים שמדובר באמירה חריגה.

הדילמות שעמדו בפני הפיזיותרפיסט היו:

1. האם לפנות לרופאה ולומר לה את דעתו על דבריה - או לא לומר דבר?

♦ **יושר, יושרה, אמון, אמינות ואמירת אמת (Integrity, Honesty, Trustworthiness, Reliability and Truth Telling)** - ערכים אלה מחייבים אומץ מוסרי שיניע את הפיזיותרפיסט לומר לרופאה מה שעל ליבו, ולבטא את תחושותיו הקשות עקב דבריה, וזאת כדי לנהוג ביושרה.

♦ **שוויון וצדק (Equality and Justice)** - ערך זה בא להגן מפני הנזק האפשרי שייגרם בעקבות האמירה של הרופאה. אמירה זו שיקפה גישה שלילית וטינה כלפי המטופל, וזו עלולה לגרום הטיה ואפליה מצד המטפלים כך שיתקשו לטפל בחולה באופן שוויוני (בלי לשנות את משכו או את איכותו של הטיפול).

♦ **מקצוענות (Professionalism)** - מערך זה נובע הצורך לשמור על המטרות הטיפוליות ועל ההתנהגות האתית של המטפל וכן על היכולת שלו לקבל החלטות הנובעות משיקולים מקצועיים גרידא. יכולת זו יכולה להיפגע בשל סגנון השיח הפוגעני שנקטה הרופאה.

יתרה מזאת, מתוך הקוד האתי של הפיזיותרפיסטים נגזר אחד העקרונות המנחים ביחסי פיזיותרפיסט-עמיתים וצוות רב-מקצועי: "הפיזיותרפיסט יפעל להשגת אקלים אתי מקצועי הולם במקום עבודתו, ויסב את תשומת ליבם של עמיתיו להתנהלות שאינה אתית מקצועית".²

מצד שני, ההחלטה שלא להעיר לרופאה מתבססת על הערכים והעקרונות האתיים האלה:

♦ **רעות (Collegiality)** - סולידריות אישית ומקצועית. מערך זה נובעת ההכרה של הפיזיותרפיסט בצורך של הרופאה לשתף במצוקותיה, ול"אוורר" (Ventilation) את רגשותיה כדי לשמור על בריאותה הנפשית,¹ וההבנה שאין לשפוט את דבריה אלא להטות אוזן קשבת למועקה שמתוכה הם נאמרו. יחד עם זאת, חשוב לציין את ההסתייגות אשר קיימת לגבי ערך "רעות" בקוד האתי. ערך זה מוגבל למקרים שבהם אין מפירים את הערכים יושר, אמינות ויושרה. לכן, במקרה זה יש לתת את הדעת באיזו מידה יש משקל לערך הרעות.

♦ **כבוד האדם (Human Dignity)** - על מנת לשמור על כבודה של הרופאה, ולא לגרום לה בשוגג עלבון והשפלה, על הפיזיותרפיסט להימנע להעיר לה מול עמיתיה.

♦ **מקצוענות (Professionalism)** - המקצוענות של הפיזיותרפיסט מגלמת בתוכה את הבנת החשיבות שיש בעבודת הצוות שבמחלקה וכן את ההבנה שאם יעיר לרופאה הוא עלול לפגוע בשיתוף הפעולה ובקשרים המקצועיים עמה.

נוסף על כך, על פי הקוד האתי, אחד העקרונות המנחים ביחסי פיזיותרפיסט-עמיתים וצוות רב-מקצועי הוא זה: "... באינטראקציה רשמית ובלתי רשמית, הפיזיותרפיסט יקפיד על תקשורת מכבדת ומקצועית מול עמיתים למקצוע ומול עמיתים ממקצועות אחרים..."²

כיצד נהג הפיזיותרפיסט?

הפיזיותרפיסט החליט לשוחח עם הרופאה בלי לפגוע בכבודה. על כן הוא תכנן לגשת אליה ולשוחח עמה בארבע עיניים.

ואשר לדילמה אם לשוחח עם הסטודנטית לפיזיותרפיה על המקרה - הפיזיותרפיסט החליט לנצל זאת כהזדמנות לשוחח עם הסטודנטית על ההיבטים האתיים של המקרה.

אך המציאות הייתה שונה ומפתיעה: הסטודנטית לא היססה לרגע והלכה לרופאה ונזפה בה על דבריה.

חשוב לציין שהתנהגותה של הסטודנטית אינה הולמת את מעמדה כסטודנטית (שאינה רשאית לנזוף ברופאים או בכל איש צוות אחר), והיא אינה תגובה הולמת גם עבור הפיזיותרפיסט. בשיחה שנערכה עם הסטודנטית לאחר מכן, ניתח הפיזיותרפיסט את האירוע, והדגיש בפני הסטודנטית את ההשפעה של מעשיה לא רק על התחושות של הרופאה אלא בעיקר על יחסי הרעות בצוות ועל האפשרות להמשיך בשיתופי פעולה פוריים. בשיחה הודגשה החשיבות שיש בניתוח ההיבטים השונים של המקרה על פי העקרונות והערכים האתיים. ניתוח המקרה הבהיר לסטודנטית את השיקולים המנחים בבחירת דרכי תגובה בונים שימנעו פגיעה ביחסי הצוות, וכן כי חשוב לשמור על הגבול הדק שבין "אוורור" לגיטימי לאקלים אתי שלילי.

מקורות

1. Rime B, Emotion Elicits the social Sharing of Emotion: Theory and Empirical Review. Emotion Review. 2009; 1(1):60-85.
2. הקוד האתי של הפיזיותרפיסטים בישראל. מתוך:
http://www.ipts.org.il/_Uploads/dbsAttachedFiles/Kod_Eti_2018.pdf
3. אריה אבנרי ואח' נ' אברהם שפירא, ערעור אזרחי 214/89 פ"ד מג(3) 856,840.

Table of Content

Editorial

Yocheved (Yochy) Laufer BSc, DSc 2

A professional overview

Feeding preterm babies in a semi-elevated side-lying position
Galia Aviram BPT, Yocheved Laufer, D.Sc 5

Research Article

An injured football player is like a bird that can't fly: Identifying facilitators and challenges
in a professional football team for an injury prevention program
Maayan Bresler BPT, MSc, Evert Verhagen PhD 13

Abstracts from The Literature

Editor: Smadar Peleg BPT, PhD 30

Position Statements

Appropriate advertising and marketing of physiotherapy services
Noit Inbar BPT, PhD, Yaron Tilinger BPT, MA 33

Measurement and Assessment Scales

Evaluating knowledge, skills, and attitudes of medical staff toward the LGBT community
Roei Klein, BPT, Michal Elboim-Gabyzon, BPT, Ph.D..... 44

Ethical Dilema

When airing grievances crosses the line
Lihi Tzur Dovrat, BPT, MHA 45



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

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

Volume 25, Issue 2
August 2023
ISSN 2518-9646
Cover:
unsplash.com/@jeffreyflin

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

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

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

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

© Copyright The Israeli Physiotherapy Society. The Editorial board is not responsible for the ads.

The JIPTS

Vol. 25 N° 2

AUGUST 2023

ISSN 2518-9646



The Journal
of the Israeli
Physiotherapy
Society