

## תוכן העניינים

### מאמר מערכת

מתווה המומחיות בפיזיותרפיה: סיכום תגובות הקוראים

פרופ' יוכבד (יוכי) לויפר D.Sc ..... 2

### מבט על מנקודת ראות מקצועית

גישה ישירה לפיזיותרפיה בתחום רפואת השלד-שריר - מודל שירות מועדף

גב' אילה פרג PT, MPA, ד"ר נועה בן עמי BPT, PhD ..... 13

### פרויקט בקהילה

שותפות אקדמיה-קהילה: קורס אקדמי בפיזיותרפיה המקדם בריאות והמשלב עשייה עם הקהילה

באדרה נעאמנה-אבו אלהיג'ה BPT, MPH ..... 19

### מאמר מחקר

בחינת הקשרים בין דימוי הגוף ובין ייצוגי מחלה בקרב אנשים עם לימפאדמה - מחקר תצפיתי

דבורה דדי BPT, PhD, פרלה וורנר PhD ..... 29

### ניירות עמדה בפיזיותרפיה

היבטים אתיים ייחודיים לטיפול ברצפת אגן

נואית ענבר BPT, PhD, ירון טילינגר BPT, MA ..... 43

### מדור כלי מדידה והערכה

שאלון NECPAL CCOMS-ICO© - כלי לזיהוי מטופלים הזקוקים לטיפול פליאטיבי

ענת וולדמן BPT, MSc, ד"ר מיכל אלבוים-גביזון BPT, PhD ..... 55

### רואים עולם

עורכת המדור: ד"ר סמדר פלג BPT, PhD ..... 58

### סוגיות אתיות

סיכום עמדות הציבור המקצועי בדילמות בין האקדמיה לשטח - לספר או לשתוק

זהבה דוידוב BPT, MA ..... 62

כרך 23, גליון מס' 2

אוגוסט 2021

ISSN 2518-9646

בשער: © priscilla-du-preez-unsplash

העמותה לקידום

הפיזיותרפיה בישראל

עמותה מס' 580199511

www.ipts.org.il

כתב העת מתפרסם באופן קבוע שלוש פעמים בשנה

בחוודשים: 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

כתובת לשליחת מאמרים לפרסום

yochy.laufer@gmail.com

עיצוב ועימוד סטודיו נאווה מוסקו

navamos@gmail.com ; 052-3247808

www.navamosko.com

כתובת העמותה לקידום הפיזיותרפיה בישראל

iptsoffice@gmail.com

טל': 03-6888104, פקס: 03-6888107

## דבר העורכת,

מתווה המומחיות בפיזיותרפיה: סיכום תגובות הקוראים

### פיזיותרפיסטים וקוראים יקרים,

בגיליון הקודם של כתב העת (אפריל 2021) פרסמו גב' אילה פרג וד"ר סמדר פלג מאמר ובו תיאור טיוטת המתווה של תוכנית להכשרת מומחים בפיזיותרפיה. התוכנית הוכנה על ידי ועדה מטעם המועצה העליונה לפיזיותרפיה, והיא כללה נציגים ממשרד הבריאות, מן המוסדות האקדמיים המקנים תארים בפיזיותרפיה, מן הארגונים המקצועיים של הפיזיותרפיה ומקופות החולים. המתווה הוגש לאישור המחלקה המשפטית של משרד הבריאות לפני כארבע שנים ביחד עם יתר מקצועות הבריאות הכלולים בחוק (ריפוי בעיסוק, קלינאות תקשורת ותזונה). ראוי לציין, שהמתווה המתואר במאמר נמצא עדיין בדיון עם גורמים מקצועיים שונים. המאמר הזה הציג את עיקרי המתווה אבל נעשתה בו גם השוואה לתהליכים מקבילים בעולם להכרה במומחיות. כדי לעורר דיון בנושא בקרב אנשי המקצוע, צורף קישור לסקר אנונימי בקרב קהל הקוראים שכלל שמונה שאלות רבות-ברירה ("שאלות אמריקאיות") הקשורות לתוכנית המתווה. כמו כן, ניתנה לקוראים האפשרות להגיב בכתיבה חופשית על ההיבטים השונים של המתווה. כל זאת כדי להציף סוגיות שרצוי לדון בהן לפני סיום התהליך במשרד הבריאות.

לשמחת חברי המערכת וכותבות המאמר שלעיל, עד לתאריך סגירת השאלון ב-30.6.21, השיבו לשאלון הסגור 330 פיזיותרפיסטים\*, רבים מהם הוסיפו גם הערות במגוון תחומים הקשורים למתווה המוצע. בכתבה זו אציג את תשובות הכותבים לשאלון הסגור וכן ניתוח תוכן של הנושאים העיקריים שהעלו הקוראים. אשמח אם סיכום זה יעודד את המשך הדיון בנושא.

בפרוס השנה החדשה  
קבלו ברכותי בשם חברי המערכת,

תבוא עלינו ועל כל בני ביתנו,  
שנה טובה ומתוקה,  
שנה של שלום ושלוה,  
בריאות איתנה, אושר ושמחה.

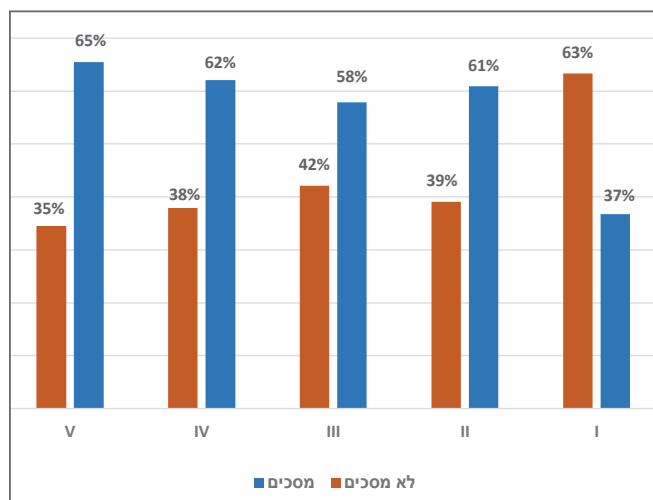
בברכה,



יוכבד (יוכי) לויפר

עורכת כתב העת לקידום הפיזיותרפיה  
פרופ' (אמריטוס), החוג לפיזיותרפיה, אוניברסיטת חיפה  
[yochoy.laufer@gmail.com](mailto:yochoy.laufer@gmail.com)

**גרף 2:** מידת ההסכמה עם חמישה היגדים (1-5) לתנאי מתווה המומחיות (באחוזים)



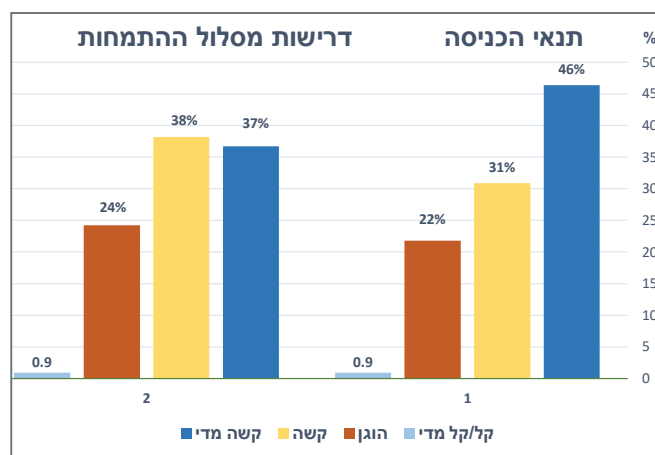
1. האם תואר שני חייב להיות תנאי מקדים לכניסה להכשרה כמומחה?
2. האם יש לחייב במתווה התנסות נוספת בתחום תחת פיקוח מומחה?
3. האם הרחבת פעולות, כגון ניקוז תוך-קני או הפניה לדימות, צריכה להיות מותנית בהכרה כמומחה?
4. האם הרחבת סמכויות, כגון רישום תרופות וגישת ישירה לפיזיותרפיה, צריכה להיות מותנת בהכרה כמומחה?
5. האם הכללת קורסים רלוונטיים למומחיות בתוכנית הלימודים לתואר שני תדרבן לימודים לתואר שני?

בשאלה האחרונה התבקשו המשיבים לציין איזו מבין התוכניות בחו"ל עדיפה בעיניהם. שיעורי המשיבים מוצגים (באחוזים) בגרף 3. 27% מן המשיבים הצביעו בעד הגישה הנהוגה בארה"ב, שבה 25% מהפיזיותרפיסטים כבר מוגדרים כמומחים לפחות בתחום אחד. מעניין לציין ששיעור דומה (23%) בחרו בגישה הקנדית, שהיא מחמירה יחסית ומיועדת ליחידים סגולה בלבד. רק 44 מבין 25,294 הפיזיותרפיסטים בקנדה מוגדרים כמומחים, מה שמעיד שהתואר "מומחה" מיועד בקנדה רק למתי מעט המובילים את מקצוע הפיזיותרפיה. זאת לעומת ארה"ב ואוסטרליה ששם המומחיות נגישה עבור פלח נכבד מקרב הפיזיותרפיסטים.

## 1. סיכום התשובות לשאלון הסגור

בשתי שאלות התבקשו המשיבים לדרג את תנאי הכניסה לתוכנית ההתמחות ואת התוכנית עצמה בסולם שבין 1 (קל מדי) ל-5 (קשה מדי). ממוצע המשיבים שענו בחיוב בכל דרגה מוצג בגרף 1.

**גרף 1:** שיעור התשובות לשאלות הנוגעות למידת הקושי של תנאי הכניסה למסלול ההתמחות ושל דרישות מסלול ההתמחות, בדירוג שבין 1 (קל מדי) ל-5 (קשה מדי) (באחוזים)



ניתן לראות מן הגרף כי בשאלות אלו מרבית המשיבים סברו שתנאי הכניסה ותוכנית ההכשרה הם קשים/קשים מדי (77%-75%, בהתאמה); פחות מאחוז אחד חשבו שתנאי הכניסה והתוכנית בכללותה קלים.

בחמש שאלות התבקשו המשיבים לציין את הסכמתם או אי-הסכמתם עם היגדים שונים המתייחסים למתווה והשלכותיו. ממוצע המשיבים שענו בחיוב או בשלילה לכל היגד מוצג בגרף 2.

## 2.1 המטרות של תהליך ההתמחות בפיזיותרפיה והשלכותיו על הפרט ועל מערכת הבריאות

במאמר הנזכר לעיל צוין כי המטרה של הקמת מסלול ההתמחות היא: "ליצור תשתית להתפתחות מקצועית אישית של הפיזיותרפיסט/ית ולקדם את מעמד המקצוע בקהילה הרפואית הרב-מקצועית וכלפי מקבלי השירות".<sup>1</sup> הערות המשתתפים התייחסו לנושאים שונים המתייחסים למטרות והשלכות תהליך ההתמחות על הפרט ועל מערכת הבריאות. בסעיף זה מוצגים הנושאים העיקריים שעלו בהקשר זה. סיכום הנושאים מופיע בתרשים זרימה 2.1.

### 2.1.1 תמיכה בפיתוח מסלול ההתמחות בפיזיותרפיה א. הערות תמיכה כלליות

הובעה תמיכה כללית במסלול ההתמחות, שבאה לידי ביטוי בהערות חיוביות כלליות, ללא פירוט מהות ההשפעה, למשל:  
 "חשוב ביותר וצריך לצאת לפועל בטווח הזמן המידי!"

### ב. השלכות חיוביות ספציפיות

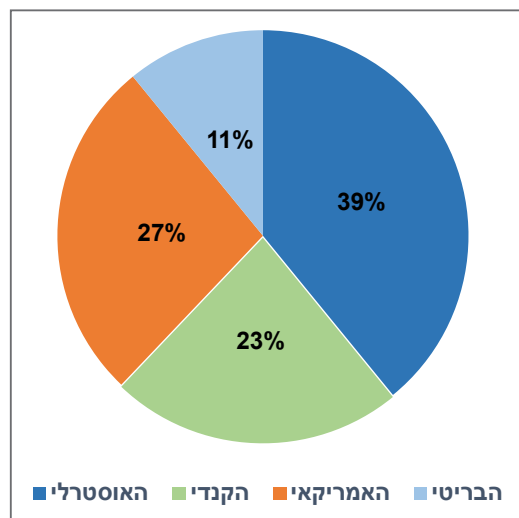
הודגשו שלושה היבטים ספציפיים של המתווה שיביאו תועלת לציבור הכללי ולציבור הפיזיותרפיסטים, כמפורט להלן:

♦ הגנה על בריאות הציבור  
 "ל... להגן על בריאות הציבור, כדי למנוע מהקהל קבלת טיפול בתחומים ספציפיים... ממי שאין להם כל הבנה בנושא."

♦ שמירה על אופי מקצוע הפיזיותרפיה  
 "ללא זה, המקצוע שלנו ייעלם בשלל "המומחים" שיש בארץ לכל מיני שיטות, שלחלקן אין בסיס."

♦ התפתחות אישית של הפיזיותרפיסט  
 "תואר מומחה הוא מעולה כאשר מהווה בסיס לקידום תפקידים בכירים במחקר וכדומה, בדיוק כמו בסיעוד וברפואה"  
 "צעד מבורך וחשוב ע"מ לקדם את המקצוע שלנו וכדי לנסות לדחוף אותנו, הפיזיותרפיסטים, לשאוף להתמקצע יותר"

גרף 3: מסלול ההתמחות המועדף בעיני המשיבים (באחוזים)

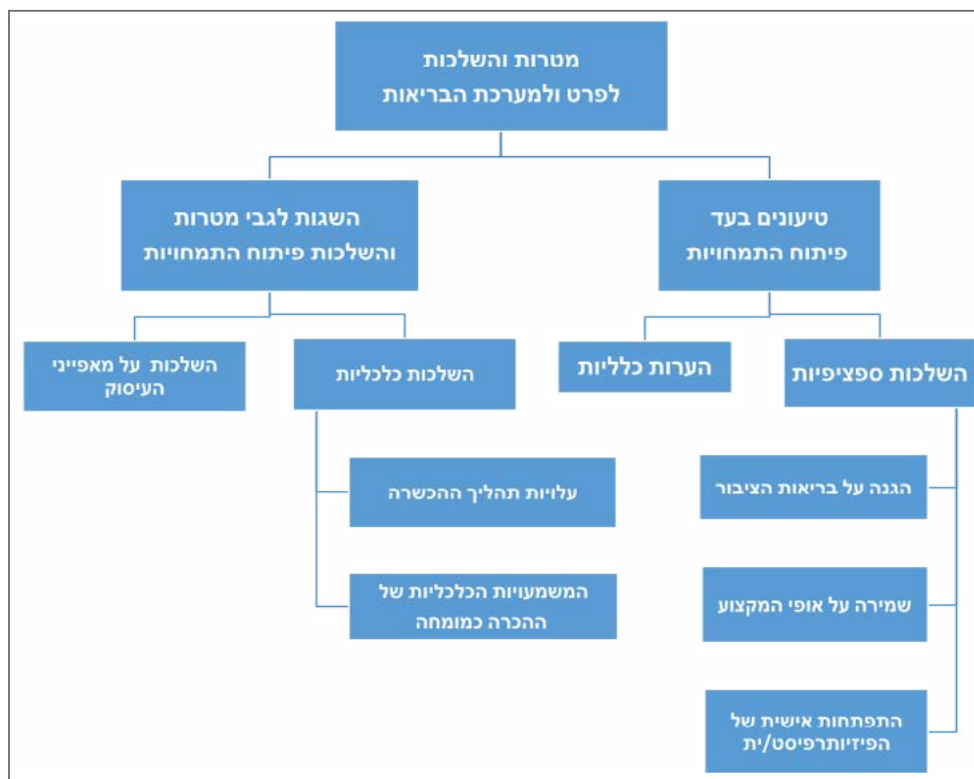


## 2. ניתוח התוכן של הערות המשתתפים

כאמור, רבים מן המשיבים לשאלון הוסיפו תגובות למאמר, קצתם הוסיפו הערה אחת וקצתם הוסיפו כמה הערות (סה"כ יותר מ-200 הערות).<sup>\*</sup> לקראת ניתוח התוכן של תשובות המשתתפים, ריכזתי את כל ההערות. לאחר קריאה מעמיקה, זוהו הנושאים (תמות) המרכזיים, ונעשה סיווג נוסף לתתי-נושאים. מקצת הנושאים שהועלו התקשרו ישירות לשאלות הסגורות שהופיעו בשאלון, עם שונות רבה במידת ההתייחסות לכל אחת מן השאלות. כך למשל, תגובות רבות עסקו במידת הקושי של תנאי הכניסה למסלול ההתמחות ובמידת הקושי של המסלול עצמו. לעומת זאת, חלק קטן של התגובות עסקו בהשוואה בין התוכניות השונות בעולם, או בתרומת המומחיות להרחבת הפעולות והסמכויות של הפיזיותרפיסט. מצד שני, היו תגובות רבות על נושאים שלא הוצגו כלל בשאלון, כגון ההשלכות הכלכליות של תהליך ההכרה במומחיות.

בפרק זה אציג את ניתוח ההערות לגבי הנושאים המרכזיים שהעלו המשיבים ואלוהו אותו בציטוטים מייצגים מדבריהם.

**תרשים זרימה 2.1:** הנושאים העיקריים שעלו בנוגע למטרות תהליך ההתמחות והשלכותיו על הפרט ועל מערכת הבריאות



## ♦ העלות הכלכלית של ההכשרה במסלול ההתמחות

מרבית ההערות בנושא זה הדגישו את העלויות הגבוהות של המסלול. הן הדגישו במיוחד את הפיזיותרפיסטים הוותיקים שכבר השקיעו מכספם על התמקצעות בתחומים שונים, אם על ידי עבודה ואם על ידי קורסי-המשך, אך אינם עומדים בתנאים להיחשב למומחים. להלן כמה ציטוטים:

♦ "נראה לי מאוד מוזר ליצור מסלול כל כך ארוך, מסובך ויקר מאוד! וכל זה בזמן שבשוק יש המוני 'מומחים' מטעם עצמם (מלוות התפתחותיות, ספורט-תרפיסטים).

♦ "...תגרום לפחות אנשים ללכת לפיזיותרפיה שתדרוש יותר ויותר זמן והשקעה כלכלית, ולבחור בתחומים אחרים (ספורט-תרפיה, ליווי התפתחותי) שדורשים הכשרה קצרה יותר, זולה יותר ותשלום גבוה יותר."

## 2.1.2 השגות לגבי המטרות וההשלכות של מסלול ההתמחות

לעומת התמיכה בפיתוח מומחיות בפיזיותרפיה, שהייתה מעטה למדי, הערות רבות הביעו תמיכה ו/או התנגדות להצעה ליצור מסלול התמחות. עמדות אלה משקפות פרשנויות שונות של המשיבים לגבי מהות המסלול, מטרותיו והשלכותיו. בסעיף זה אפרט את תתי-הנושאים העיקריים שבהם עסקו ההערות הללו.

### א. השלכות כלכליות

הערות רבות מאוד עסקו בהשלכות הכלכליות של תהליך ההתמחות. את רוב רובן של ההערות ניתן לחלק לשני סוגים - הערות הנוגעות לעלות המסלול והערות הנוגעות לצורך בתגמול של המומחה ולדרך שבה יחושב תגמול זה.

◇ "מי יממן את ההתמחות, את התואר ואת שעות העבודה.... מי יממן את שעות ההדרכה?"

◇ "רוב הקורסים שרובנו עשינו שולמו על ידי הפיזיותרפיסט. כל שנות הניסיון שעברו לא תועדו ונשמרו. עוול נוראי לאלפי ותיקים. נדרשת הוצאה כספית מטורפת ובזבוז זמן לא סביר."

◇ "... כמעט ולא רלוונטי לפיזיו עצמאיים, ידרוש השקעה כספית מטורפת בנוסף לכל עוד ועוד ההשתלמויות שאנחנו מממנים."

## ◆ המשמעות הכלכלית של הכרה כמומחה

נושא זה הוא עובר כחוט השני בדברי המשתתפים. אף שנטען שמגזרים מסוימים (עצמאיים, או דור המייסדים) אכן עשויים להרוויח מיהותם 'מומחים', רוב המשיבים הדגישו את הצורך בתגמול הולם על התהליך. להלן ציטוטים:

◇ "סביר להניח שפיזיותרפיסט עצמאי ישמח להתהדר בתואר מומחה, שהרי מדובר בתגמול כספי משמעותי עבורו בהכרה רשמית של המדינה בייחוד פעולותיו."

◇ "...דור מייסדים שאולי יתוגמלו משמעותית בשכר.."

◇ "בסיעוד ורפואה ההתמחות מעניקה מספר יתרונות מובהקים: כלכליים: העלאה במשכורת, העלאה בתעריף פר מטופל, ... מהווה בסיס לקידום תפקידים בכירים..."

◇ "חלק מן היוקרה המקצועית היא גם בסופו של דבר מתבטאת ביוקרה כלכלית. זהו סעיף שאי אפשר להתעלם ממנו."

◇ "כל נושא המומחיות יישאר ריק מתוכן אם לא יוכר ממלכתית כולל משרות ייעודיות למומחים והטבות כלכליות."

◇ "לא יכול להיות שתהיה התייחסות כל כך רצינית ומפורטת לדרישות המומחיות ללא הגדרת תגמול מקביל לפחות במגזר ציבורי."

◇ "לפי המתווה הקיים רק אלו העובדים במערכת הבריאות הממשלתית/ קופ"ח ייהנו מעליית השכר ושאר העוסקים במקצוע, כולל עצמאיים, לא."

◇ "... והתוצאה תהיה התרת העומס על כנו במערכת הבריאות הציבורית והפניית מטופלים לעיסוקים אחרים זולים יותר כפי שנעשה כיום ברפואה משלימה בקופ"ח."

## ב. ההשלכות על מאפייני העיסוק בפיזיותרפיה

ההערות בהיבט זה הצביעו על חוסר בהירות לגבי ההשלכות של ההכרה במומחיות על מהות הטיפול הניתן על ידי פיזיותרפיסט "מומחה", לעומת פיזיותרפיסט שאינו "מומחה", וחוסר בהירות לגבי האופן שבו ישפיע מתווה המומחיות על מעמד הפיזיותרפיסט ועל מעמד שירותי הפיזיותרפיה. להלן כמה ציטוטים:

◇ "מעבר ליוקרה של כתיבת תואר 'מומחה' בכרטיס הביקור. מהם המהלכים המתוכננים לקידום הפיזיו-תרפיסטים שייבחרו במסלול זה?"

◇ "השאלה המכרעת נעוצה במשמעות המשפטית של השימוש בתואר 'מומחה'."

◇ "ההצדקה היחידה שיכולה להיות לפיאסקו הזה היא רק אם יוכיחו שיש כאן באמת עניין לבריאות הציבור... שיביאו נתונים שבמדינות בהן יש מומחיות... יש משמעותית פחות תביעות רשלנות רפואית."

◇ "מייצרים כאן הבדלה בינארית בין פיזיו מומחים לבין פיזיו 'סתם'."

◇ "מה האינטרס של מקום עבודה להכשיר מומחים או לעודד את העובדים להיות מומחים?"

◇ "ייתכן שזה יגרור העברת סמכויות של הפיזיו-תרפיסטים לעיסוקים אחרים במדרגות שכר נמוכות יותר.."

◇ "מי שאינו מומחה מה המשמעות של כך מבחינת העסקה?"

◇ "יש תחומים מסוימים (טיפול נמרץ למשל) שבהם צריכים הכשרות נקודתיות וקצרות כדי לייעל את העבודה, לא צריך להקשות עלינו ולהתנות את ההכשרות הנקודתיות בתואר שני או הכשרה גבוהה. מתווה לא רלוונטי ולא מחובר למציאות בעיניי."

◇ "מתווה המוצע רלוונטי בעיקר לפיזיו'הפריטיים שיוכלו להציג לראווה את 'מומחיותם'.... נראה שיש פה איזשהו רצון ליצור מסגרת אליטיסטית לפיזיו 'נבחרים'."

## 2.2 מתווה ההכשרה למומחיות בפיזיותרפיה

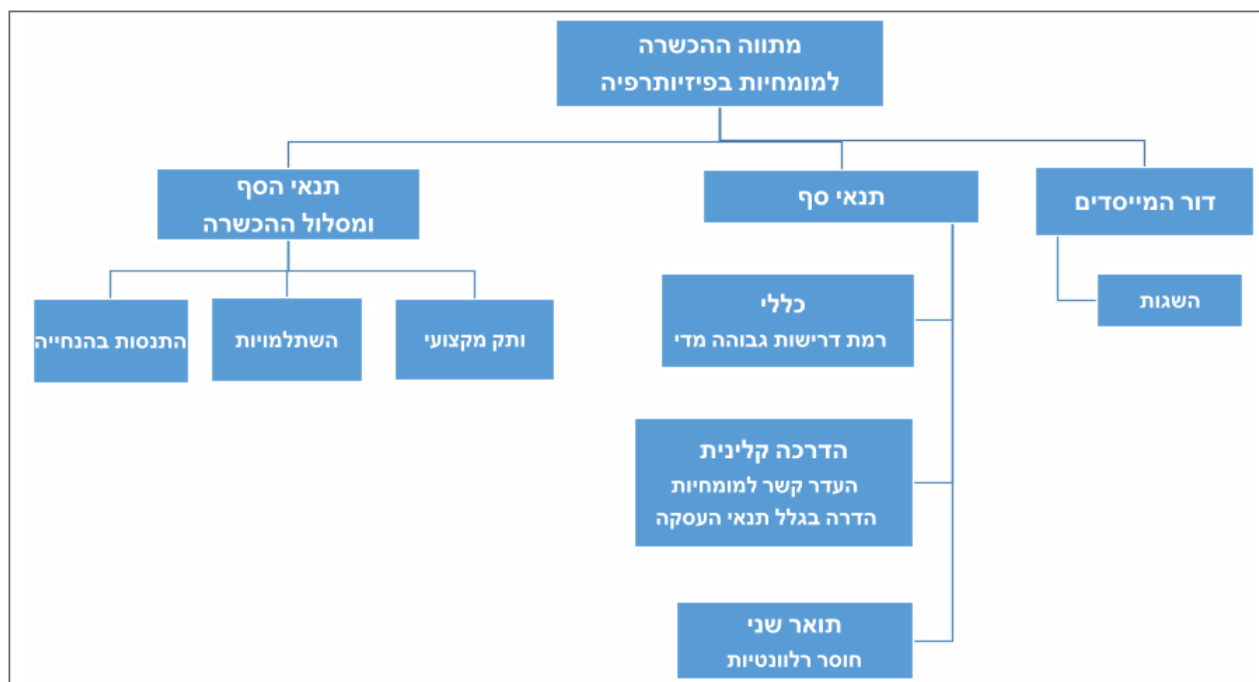
המאמר שפורסם בגיליון אפריל 2021 כלל תיאור מפורט של טיוטת המתווה להכשרת מומחים בפיזיותרפיה. הערות המשיבים התייחסו להיבטים שונים של מתווה זה. בסעיף זה מוצגים הנושאים העיקריים שעלו בהקשר זה. סיכום הנושאים מופיע בתרשים זרימה 2.2.

◇ "התכנית אמורה לפגוע בהמון פיזיותרפיסטים שהמעמד שלהם ירד."

◇ "חברות ביטוח יכולות לומר... יש מומחים ויש סתם. מומחה בטח טוב יותר ויכול לקצר את זמן הטיפול ולחסוך לנו כסף אז ניתן החזרים רק למי שהולך למומחה... ואז תיווצר רשימת המתנה אינסופית למומחים.."

◇ "צרכי המערכת הם הגדלת סמכויות ופעולות בכדי להפחית עומס מגורמים אחרים (רופאים לדוגמה) ולפזר את העומס בתוך מערכת הבריאות הציבורית.... כיוון שהמתווה המוצע הינו עמוס, ממושך, ולא מתגמל כלכלית אלא רק מעמיס יותר עבודה, המוטיבציה בקרב הפיזיותרפיסטים להתמקצע בו תהיה נמוכה. והתוצאה תהיה התרת העומס על כנו במערכת הבריאות."

**תרשים זרימה 2.2:** הנושאים העיקריים אליהם התייחסו המשיבים ביחס למתווה המוצע להכשרת מומחים בפיזיותרפיה



## 2.2.2 תנאי הסף של מסלול ההכשרה ודרישות ההכשרה מכלל הפיזיותרפיסטים

מתווה המומחיות כולל ארבעה תנאים מקדימים/ תנאי סף לכניסה למסלול ההתמחות בפיזיותרפיה לפיזיו-תרפיסטים שאינם מדור המייסדים. תנאים אלו כוללים: תואר שני בפיזיותרפיה (או בתחום משיק), הדרכה של 3 מחזורים של סטודנטים, 4,000 שעות עבודה קליניות (מהן 2,000 בתחום ההתמחות) ו-120 שעות השתלמות בתחום. לאחר עמידה בתנאי הסף הוצגו דרישות הכשרה לקבלת תואר "מומחה", ובהן 200-240 שעות קורסי השתלמות נוספות, 96 שעות התנסות בהנחיית מומחה מוכר, מבחן עיוני ומעשי והגשת תיאורי מקרה (במתווה צוין שתהיה גמישות מסוימת בדרישות אלו בהתאם לתחום המומחיות).

בשאלון הסגור 22%-24% מן המשיבים ציינו שתנאי הסף ותנאי מסלול ההתמחות הוגנים, אבל 75%-77% ציינו שהם קשים עד קשים מאוד. עם זאת, רוב המשיבים מתחו ביקורת על תנאים אלו.

מרבית המשיבים התייחסו בנפרד לשתיים מדרישות הסף (תואר שני והדרכת סטודנטים), כמו גם לדרישה להתנסות קלינית בהנחיית מומחה במהלך ההכשרה למומחיות. לכן אעסוק בנושאים אלו גם כן בנפרד.

לעומת זאת, רבים התייחסו לדרישות הוותק המקצועי ולמספר שעות ההשתלמות המקצועיות הנדרש בתנאי הסף ובמסלול ההתמחות כמכלול, ולכן אתיחס אליהם כמקשה אחת.

### א. תנאי הסף

#### ♦ רמת הדרישות באופן כללי

ההערות הכלליות התייחסו בעיקר לקשיים של פיזיותרפיסטים רבים לעמוד בדרישות המחמירות מאוד בהתייחס למציאות בישראל. להלן ציטוטים:

♦ "המערכת שלנו לא בנויה כרגע באופן בו תוכל להכיל וליישם את המתווה המוצע... חובה קודם לעשות עבודה מקדימה, להכין את השטח, להסדיר את ההדרכות הקליניות, את השוק הפרטי, לחזק את

## 2.2.1 התנאים למעמד "מומחה" עבור "דור המייסדים"

מתווה המומחיות קובע שלצורך התנעת פיתוח מסלולי ההכשרה למומחיות יש צורך בפיזיותרפיסטים שכבר הוכרו כמומחים. בהתאם, המתווה כולל הגדרת תנאי הכרה כ"מומחה" עבור "דור המייסדים". התנאים העיקריים להכרה זו כוללים: ותק של לפחות 10 שנים (או מקבילה) מתוכם 7 בתחום ההתמחות, תואר שני בפיזיותרפיה (או בתחום רלוונטי), "תרומה" משמעותית למקצוע ולתחום. המתווה הגדיר בקווים כלליים את מהות התרומה, שמרכיביה קשורים ברובם לפעילויות אקדמיות בתחום המומחיות.

תגובות המשיבים מעידות על ההכרה בצורך להגדיר תנאי כניסה שונים ל"דור המייסדים". במרבית ההערות בנושא זה נשמעת ביקורת על המשמעות של התנאים הללו לגבי פיזיותרפיסטים ותיקים, בעלי ניסיון מקצועי נרחב ומומחים בתחומם, אשר אינם עונים על הקריטריונים האקדמיים של המתווה. להלן כמה ציטוטים:

♦ "לשים לב לדור הביניים... הרושם הוא שהוותיקים בכל תחום יקבלו את התואר מומחה, הצעירים מאד יכנסו לזה בקלות, ואילו אנשים עם וותק של 10-15 שנה בתחום מסוים יתקלו בקשיים."

♦ "מסלול דור המייסדים תלוי יותר מדי בחיבור לאקדמיה ולמחקר."

♦ "אני עוסקת בתחום ההתמחות שלי 27 שנה, מרבה להדריך וללמד בתחום והייתי מדריכה קלינית 15 שנה. אני בעלת לימודי תעודה בלבד ולא תואר שני."

♦ " .. רק אנשים מקושרים ממרכזים גדולים (שקיימים בעיקר במרכז הארץ) ייחשבו למומחים..."

♦ "מורכב מידי וניתן למניפולציות על ידי בעלי שררה, אינטרסנטים שונים במוסדות הרבים המנוטים בפיזיותרפיסטים: אוניברסיטה, בתי חולים, ממונים במשרד הבריאות, מרצים, מנהלי מכונים, ראשי עמותה, בכירי הסתדרות..."



דרישה כזאת מונעת מראש את מסלול ההתמחות מן הפיזיותרפיסטים שעובדים במגזר הפרטי. להלן כמה ציטוטים:

◇ "תנאי המפלה את הסקטור הפרטי... יתרה מכך, גם במגזר הציבורי, כמו למשל בקליניקות קטנות בפריפריה, אין בהכרח לכל פיזיותרפיסט נגישות לסטודנטים. כפי שסיכם אחד המגיבים: לא ניתן להציב דרישות סף המנותקות משוק העבודה שלנו."

◇ "המגזר הפרטי תופס יותר ויותר מקום בעולם בפיזיותרפיה בארץ. המודל המוצע נותן יתרון ברור לעובדים במגזר הציבורי."

◇ **הדרישה לתואר שני בפיזיותרפיה או במקצוע רלוונטי**  
בדומה להדרכה הקלינית, הדרישה לתואר שני בפיזיותרפיה (או בתחום קרוב) כתנאי מקדים למסלול ההתמחות עוררה ביקורת רבה. הטענה להיעדר קשר בין לימודי תואר שני בישראל, שבדרך כלל מדגישים מחקר ואינם תורמים להתמקצעות הקלינית, הציפה אצל משיבים רבים את התסכול מן התוכניות לתואר שני בארץ. להלן כמה ציטוטים:

◇ "לא רואה שום קשר ישיר בין תואר אוניברסיטאי למומחה קליני. אולי נהפוך הוא, רבים מחוקרי האוניברסיטה לא ראו מטופלים שנים רבות.. הדרישה... משרתת בעיקר את האוניברסיטאות שיש להן אינטרס, בטח לא את המטופל, ורק לעיתים את הפיזיותרפיסט..."

◇ "הצורך בהתמקצעות בתחום המומחיות הנו צורך קליני, ולכן המסלול לא צריך להיות קשור באקדמיה או מותנה בה."

◇ ".... חבל שאנשים שמשקיעים את אותו הזמן (או יותר) שאנשים בתואר שני משקיעים, דווקא בהתמחות והתקדמות בתחום ספציפי, לא יקבלו על כך את ההכרה."

הציבורי מבחינת שכר ותנאים, להסדיר את קורסי ה-graduate post."

◇ "צריך לחשוב איך להנגיש את זה לפיזיותרפיסטים. זה צריך להיות מאתגר מקצועי, אך לא מאתגר כלכלי או מאתגר מבחינת טרזור."

◇ "כרגע דרישות הסף הן דרקוניות מאד ומנותקות לגמרי מהשטח."

◇ "אובר רגולציה שמטרתה להיטיב רק עם ההגמוניה של הפיזיותרפיסטים הוותיקים בדגש על המגזר הציבורי."

◇ "אם המטרה שלנו היא להעלות את המקצועיות שלנו, השאיפה שלנו אמורה להיות שיהיו כמה שיותר מומחים ולא רק יחידי סגולה."

◇ **הדרישה להדרכת סטודנטים (או פיזיותרפיסטים צעירים)**

דרישה זו עוררה תגובות רבות וכולן שללו אותה לחלוטין. מרבית התגובות התייחסו לשני טיעונים: 1. העדר קשר בין יכולת הדרכה ובין מומחיות, 2. הדרת פיזיותרפיסטים ללא נגישות לסטודנטים. להלן דוגמאות לטיעונים שהושמעו:

◇ **היעדר קשר בין יכולת ההדרכה ובין מומחיות**  
"... הדרכה קלינית לא משקפת יכולות במקצוע, היא משקפת יכולת בהדרכה קלינית. יש הרבה מדריכים לא מוצלחים שהם פיזיותרפיסטים מעולים."

◇ "כיוון שאין קשר מקצועי בין השניים (התמחות והדרכת סטודנטים) אלא קשר חינוכי, לטעמי, מסלול המומחיות לא אמור לחנך אלא להצביע מי פיזיותרפיסט שבאמת מתמחה בתחום."

◇ **הדרת פיזיותרפיסטים ממסלול ההתמחות בגלל ההשתייכות המגזרית של המעסיק**

לטענת המשיבים הדרכה קלינית אפשרית רק לפיזיותרפיסטים העובדים בשירות הציבורי, ולכן

◇ "... ישנם תחומים שאין להם קורסים בהיקף שעות של 200-240 שעות."

◇ "מאיפה אני אביא עכשיו אסמכתאות על כל הקורסים שעשיתי?... אלו קורסים שעשיתי להעשרת הידע שלי, לא בשביל שיכסו לי את הקיר ואין דרך לשחזרם."

◇ **הדרישה להתנסות קלינית (96 שעות) בהנחיית מומחה כחלק מתנאי מסלול ההתמחות**  
מספר המגיבים לדרישה בהתנסות קלינית כחלק ממסלול ההתמחות היה קטן יחסית. כמה משיבים קיבלו דרישה זאת בהבנה רבה למדי. יחד עם זאת, הופנתה ביקורת כלפי מידת הישימות של הדרישה הזו.

◇ "המספר הרב של שעות הלימודים הנדרשות לשעות הסטאז' יקשו מאוד על פיזיותרפיסטים מהפריפריה להצליח להשלים מסלול התמחות עקב הקושי במציאת מדריך מתאים והריחוק ממקומות הלימוד."

◇ "התניית כמות גדולה כל כך של הדרכה חייבת להיות מוסדרת עם חובת מעביד לממן הדרכה זו. הפלת עול כלכלי גדול מאוד על המתמחה ללא תמורה ראויה לכספו היא עוול לאנשי המקצוע."

◇ "חשוב לדאוג למספיק מקומות הכשרה לפני שמוציאים לפועל את המתווה ולא אחרי. לראות שבכל תחום מומחיות יש מספיק מומחים שיכולים להכשיר, פרוסים בכמה שיותר מקומות בארץ ובשורה התחתונה לעשות את זה חכם."

◇ "זה מטורף שפיזיותרפיסטית עם ניסיון של 10 שנים, שלל קורסים אבל בלי תואר שני לא יכולה לקרוא לעצמה מומחית, בעוד כל אחד אחרי קורס של מספר חודשים יכול להיות 'מומחה לשיקום ספורט' או 'מומחית באבחון תינוקות' ולהציע טיפולים לכל דורש. משרד הבריאות הרי לא אוכף או מטפל ב'מטפלים' האלה בשום צורה, במהלך כזה אנחנו פשוט יורים לעצמנו ברגליים."

◇ "בתור 'דור ביניים' שעבר מספר דו ספרתי של קורסים מקצועיים (בהערכה גסה קרוב ל 1,500 שעות) ובעל ניסיון קליני שהמסלול האקדמי המחקרי פחות מדבר אליו, רמת המקצועיות הקלינית שלי אינה מוטלת בספק ואינה תלויה בתואר אקדמאי נוסף."

## ב. תנאי הסף ותנאי מסלול ההכשרה

כאמור, מרבית המשיבים לא הפרידו בין דרישות הוותק המקצועי והדרישה להשתלמויות מקצועיות שנקבעו כתנאי סף או כתנאי מסלול ההתמחות. לכן ההתייחסות כאן לתנאים אילו מוצגת כמקשה אחת.

## ◇ הדרישה לוותק מקצועי

הטיעון המרכזי שהועלה הוא שתנאי זה הוא חמור בהרבה לעומת המקובל בעולם, ומתאים במיוחד לפיזיותרפיסטים ותיקים מאוד העובדים בתחומי התמחותם בעיקר בשירות הציבורי. להלן כמה ציטוטים:

◇ "למה בדיוק בישראל רוצים פי 2 מינימום שעות מארה"ב ופי חמש יותר בתחום?"

◇ "לא הגיוני שכל פיזיו שכבר עובדים שנים על גבי שנים בקליניקות פרטיות לא יוכלו להמשיך במומחיות הספציפית שלהם, בלי לחזור למערכת ציבורית להשלמת שעות..."

## ◇ הדרישה למספר שעות השתלמות מקצועית

באשר לכך נטען שלא רק שרמת הדרישות גבוהה מדי אלא שבמציאות הקיימת בארץ קשה עד בלתי אפשרי לעמוד בהן. להלן כמה ציטוטים:

## 3. דיון

במאמר זה הוצג סיכום של דעות הפיזיותרפיסטים בתגובה למאמר על מתווה המומחיות בפיזיותרפיה.<sup>1</sup> תשובות הקוראים לשאלון הסגור מעידות שהרוב המכריע סוברים שתנאי הכניסה למסלול ההתמחות וגם מסלול ההתמחות עצמו קשים עד קשים מאוד, רק 22%-25% סוברים שהם הוגנים, ופחות מ-1% סוברים שהם קלים. במקביל, רק 37% ציינו שהתואר השני חייב לדעתם להיות תנאי מקדים לכניסה למסלול ההתמחות. לעומת זאת, כ-58%-61% היו בדעה שיש צורך בהתנסות קלינית תחת פיקוח מומחה במהלך ההכשרה למומחיות וגם במשמעות המומחיות ביחס להרחבת פעולות וסמכויות הפיזיותרפיסט. הסכמה דומה (65%) הייתה לכך ששילוב קורסים קליניים בתוכניות התואר השני יעודד פיזיותרפיסטים ללמוד תואר מתקדם בפיזיותרפיה. התשובות לגבי מסלול ההתמחות הבינלאומי המועדף היו מגוונות עם נטייה ברורה לתוכניות המקלות יותר שקיימות באוסטרליה ובארה"ב.

נערך ניתוח תוכן אינדוקטיבי לגבי ההערות שהוסיפו המשיבים לתשובותיהם בשאלון הסגור. ניתוח זה כלל סיכום הנושאים העיקריים שהעלו המשתתפים והצגת הקשרים ביניהם, כדי לשקף את הדעות, הניסיון והפרספקטיבה של המשתתפים. יחד עם זאת, כמקובל בניתוח תוכן אינדוקטיבי, אין בניתוח זה כדי לספק הוכחה לתוקף ולמהימנות הקשרים.<sup>2</sup> ניתוח התוכן הצביע על שני נושאים עיקריים: 1. מטרות והשלכות תהליך התמחות לפרט ולמערכת הבריאות, 2. הערכת מתווה המומחיות, כולל תנאי המתווה ל"דור המייסדים", תנאי הכניסה למסלול ההתמחות ודרישות המסלול עצמו.

באשר לנושא הראשון - ההערות שתמכו ברעיון לפתח מסלול התמחות בפיזיותרפיה הדגישו השפעה פוטנציאלית חיובית על מעמד המקצוע, על מעמד המומחה וגם על איכות הטיפול שיינתן לציבור. בדרך כלל הערות אילו לא כללו פירוט כיצד ימומשו תוצאות אלו. לעומת ההערות החיוביות, ההערות הביקורתיות לגבי המטרות וההשלכות של התהליך ביטאו קשת רחבה מאוד של דעות מנומקות, קצתן סותרות. כך למשל, מצד אחד היו שהביעו חשש שהתמחויות בפיזיותרפיה יגרמו לכך שמטופלים, בעיקר במסגרות הציבוריות, יפנו לאנשי

מקצוע אחרים, שהם זולים יותר עבור המערכת, ובכך ייפגעו המטופלים ותיפגע גם עבודת הפיזיותרפיסטים. לעומת זאת, הובעה טענה ולפיה העדפה (למשל על ידי חברות הביטוח) להפנות מטופלים למספר מצומצם של מומחים לא רק שתגרום ליצירת רשימות המתנה ולעיכוב במתן טיפול נחוץ, אלא גם לפגיעה בפיזיותרפיסטים רבים בעלי יכולות טיפול מוכחות, שלא עמדו בתנאי ההכשרה המחמירים של המתווה. כמו כן נמתחה ביקורת נגד ההשלכות הכלכליות הצפויות. חלק מתגובות אלו התייחסו לעלות הגדולה של התהליך (בגין השתלמויות, לימודים אקדמיים, שעות העבודה והדרכת המומחים), אבל מרביתן התמקדו בכך שתהליך ההתמחות אינו מלווה, ככל הנראה, בעיגון תגמול הולם בשכר או בקידום בתנאי העבודה לפיזיותרפיסטים שיוגדרו כמומחים, ואינה מלווה בדיון לגבי אופן יישום התהליך. כל זאת בניגוד למקובל במקצועות רפואיים אחרים, לרבות רפואה וסיעוד.

ההתייחסות לתנאי המתווה עולות בקנה אחד עם תשובות הקוראים לשאלון הסגור. דהיינו, הנחיצות במסלול התמחות למעמד "מומחה" זכתה לתמיכה כללית, אבל נכתבו הערות חריפות נגד מרבית מרכיבי המתווה. שניים מתנאי הסף למסלול ההתמחות, דהיינו הדרכת סטודנטים ותואר שני, הוגדרו על ידי כל המשיבים כבלתי ראויים ובלתי רלוונטיים. זאת במיוחד ביחס לפיזיותרפיסטים הוותיקים אשר התמקדו כל השנים בתחומים קליניים ספציפיים, והשתתפו לשם כך בקורסי השתלמות מקצועיים. מקצת המשיבים אף העירו כי נראה שתנאים אילו הוצבו מתוך הרצון להיענות לצרכים שאינם רלוונטיים לנושא המומחיות (למשל הרצון להגדיל את מספר המשתלמים לתואר שני במוסדות האקדמיה ואת מספר המדריכים הקליניים). העובדה שתוכניות התואר השני בפיזיותרפיה בישראל ממוקדות בעיקר במחקר, ולא ביישום קליני, מהווה טיעון חשוב נוסף נגד התניית תואר שני כדרישה מקדימה להתקבל למסלול ההתמחות. כמו כן צוין כי הדרישה לניסיון בהדרכה גורמת לאפליה לא הוגנת כלפי פיזיותרפיסטים שאין להם נגישות להדרכה (או משום שהם עובדים בפריפריה או משום שהם שייכים למגזר הפרטי).

המרכיבים הנוספים של תנאי הסף ומסלול ההתמחות - ניסיון קודם ושעות השתלמות - זכו לביקורת בגלל הקושי ליישם. אך עיקר הביקורת הייתה על כך שהם מחמירים פי כמה וכמה לעומת מרבית תוכניות ההתמחות בעולם. האספקט

ידי דיון ציבורי רחב. כמו כן, רצוי לעשות עבודת הכנה שתגדיר את ההיערכות הנחוצה כדי להטמיע את מתווה המומחיות לתועלת המטפלים והמטופלים כאחד.

## מקורות

1. פרג, א' ופלג, ס' (2021). הכה את המומחה: הצגה של מתווה המומחיות בפיזיותרפיה בישראל והזמנה לדיון. כתב עת לפיזיותרפיה, 23(1):18-4.
2. Kyngäs, H., Mikkonen, K., & Kääriäinen, M. (2020). The Application of Content Analysis in Nursing Science Research. Springer Nature Switzerland, Ebook. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-30199>

\* התשובות לשאלון זה מובאות בלשון זכר, אך אין בכך כדי להעיד על מין המשיבים, שכן השאלון היה אנונימי.

היחידי במתווה שבו הביקורת הייתה מתונה יותר (ותאמה את התשובות לשאלון הסגור), הוא התועלת הגלומה בהתנסות תחת פיקוח פיזיותרפיסט מומחה במהלך מסלול ההתמחות. יחד עם זאת, המשיבים ציינו שתנאי זה עשוי להיות קשה למימוש בשל כמה גורמים, כגון היעדר פיזיותרפיסטים שיוכרו כמומחים בתחומים מסוימים, הטיה של תנאי זה לטובת פיזיותרפיסטים שאינם עובדים בפריפריה וכן אי-התייחסות לאופן שבו דרישה זו תמומן.

במאמר זה כמה מגבלות הקשורות בשיטת איסוף הנתונים וניתוחם. ראשית, השאלון היה אנונימי ולא כלל שאלות דמוגרפיות המתייחסות לגיל, למין, לתחום העיסוק, לוותק המקצועי, למסגרות העבודה, או לדרגה האקדמית של המשיבים. לפיכך לא ניתן היה לבחון באיזו מידה מגוון הדעות לגבי השלכות המתווה, או הקושי ליישם אותו, קשורות למאפיינים הדמוגרפיים של המשיבים. הבנת קשרים אלו היא חיונית להבנת הרקע לתמיכה או לביקורת.

לאור ריבוי הערות המשיבים, התמקד ניתוח התוכן הזה רק בשני נושאים עיקריים. יש לציין שהסיכום הזה אינו עוסק בהערות על נושאים חשובים אחרים. לכן, ראוי להרחיב את הסיכום גם לנושאים הנוספים שבהם עסקו המשיבים. בעוד ההערות הביקורתיות עולות בקנה אחד עם התשובות לשאלון הסגור, יש להיזהר ממסקנות גורפות כי רוב הציבור מתנגד למתווה המוצע, בעיקר משום שאיסוף הנתונים לא נערך באופן אקראי ושיטתי. לא מן הנמנע שהמשיבים הביקורתיים היו חדורי מוטיבציה להביע את דעתם, ולעומתם קיים ציבור "דומם" בעל גישה חיובית יותר שלא מצא לנכון להקדיש מזמנו כדי להשיב על השאלון ו/או להוסיף הערות.

הסתירות המהותיות בביקורות המשיבים מצביעות על כך שמטרות ומסלול ההתמחויות אינם ברורים מספיק לפיזיותרפיסטים רבים. כך למשל, לא ברור לרבים כיצד מתווה כזה אמור לקדם את המקצוע, את העוסקים בו ואת ציבור המטופלים. לא ברור אם הכוונה לפתח מסלול ליחידי סגולה או לציבור מקצועי רחב ככל האפשר, ואם התוכנית מעוגנת בתוכנית כוללת שתסייע ליישומה ולתגמול הולם למי שישלים אותה. ממצאי ניתוח זה מצביעים על הצורך בעבודת שטח מקדימה, שבה ייבחנו הנושאים השנויים במחלוקת על

## גישה ישירה לפיזיותרפיה בתחום רפואת השלד-שריר - מודל שירות מועדף

גב' אילה פרג PT, MPA<sup>1</sup>, ד"ר נועה בן עמי BPT, PhD<sup>2</sup>

<sup>1</sup> כיהנה כפיזיותרפיסטית ראשית במשרד הבריאות בשנים 2004-2020

<sup>2</sup> מרצה בכירה במחלקה לפיזיותרפיה, אוניברסיטת אריאל

### תקציר

בישראל, כמו בעולם המערבי כולו, מערכת הבריאות מתמודדת עם אתגרים מורכבים, ובכללם תמורות במאפייני האוכלוסייה, צריכה גוברת של שירותים ומשאבים אנושיים וכלכליים מוגבלים, אשר גברו ביתר שאת בתקופת מגפת הקורונה. כדי שהמערכת תמשיך לספק לציבור שירותי בריאות מיטביים וזמינים, קיים הצורך לנצל באופן מושכל את כלל המשאבים העומדים לרשותה. בשני העשורים האחרונים מדינות שונות בעולם קראו לשימוש נבון יותר בכל אנשי מקצועות הבריאות, לרבות פיזיותרפיה, על ידי הרחבת סמכויותיהם ותחומי פעילותיהם, כדי להגדיל את היצע המטפלים והשירותים במערכת. מאמר זה נועד להדגיש את הצורך בהרחבת הגישה הישירה לפיזיותרפיה בקהילה בישראל בתחום רפואת השלד-שריר, ומציג ממצאים מהספרות המדעית התומכת בגישה זו. לתפיסת כותבות המאמר, גישה ישירה לפיזיותרפיה וגם הרחבת סמכויות הפיזיותרפיסט, יטיבו עם המטופלים, ישפרו את מערך שירות הרפואה בקהילה, ויקדמו את מעמד מקצוע הפיזיותרפיה בישראל. מטרת המאמר לעורר שיח בקרב הפיזיותרפיסטים בישראל בנושאים אלו כדי לבחון באיזו מידה ובאיזו דרך ניתן לקדםם.

**מילות מפתח:** פיזיותרפיה, גישה ישירה, מעמד המקצוע, רפואה ראשונית, רפואת שלד-שריר

### נחיצות מיטוב השירות ברפואת השלד-שריר

בישראל, כמו בעולם המערבי כולו, מערכת הבריאות מתמודדת עם אתגרים מורכבים, ובכללם תמורות במאפייני האוכלוסייה, צריכה גוברת של שירותים ומשאבים אנושיים וכלכליים מוגבלים, שהתעצמו בתקופת מגפת הקורונה. יצירת מערכת המסוגלת להעניק לציבור שירותי בריאות מיטביים ובני-קיימא מחייבת שימוש מושכל בכלל המשאבים העומדים לרשותה.

כאב ממקור שלד-שריר שכיח ביותר בגיל המבוגר. הוא פוגע באחד מכל שלושה מבוגרים בעולם, ונחשב לאחת מן הסיבות הנפוצות ביותר לפנייה למערכת הרפואית.<sup>1</sup> הצפי הוא כי עם הזדקנות האוכלוסייה והעלייה בתוחלת החיים, העומס על מערכת הבריאות מפגיעות במערכת השלד-שריר יעלה באופן משמעותי. בעבודה שפורסמה ב-2016 נבדקו הוצאות הבריאות של 155 מחלות לפי גיל, מין וסוג הטיפול. נמצא כי ההוצאות עקב כאבי גב תחתון וצוואר מדורגות במקום השלישי, וסך ההוצאות מבעיות שלד-שריר אחרות (כגון דלקת פרקים ניוונית) ממוקמות במקום ה-15.<sup>2</sup> יתרה מכך, ההוצאות כתוצאה מכאבי גב וצוואר עלו במהירות הגדולה ביותר מבין כלל ההוצאות למחלות שנבחנו. בהשוואה לכלל המחלות הלא מדבקות, כאב גב תחתון הוא הסיבה המובילה לשנות חיים עם מוגבלות (YLD- years lived with disability), לכאב ולאובדן תפקוד, אשר משפיעה על היכולת לנהל חיים פעילים, עצמאיים ופוריים.<sup>3</sup> עוד התברר כי עצם הירידה ביכולת להיות פעיל משפיעה על הבריאות הכללית ומגבירה את הסיכון להחמרה של מחלות רקע כמו מחלות לב, ריאה וסוכרת. במילים אחרות, כאבים ממקור שלד-שריר, ובייחוד כאבי גב, גורמים, ישירות ובעקיפין, סבל רב ליחיד, עלויות כבדות למערכת הבריאות ולחברה ומאיימים על האפשרות להזדקנות בריאה.<sup>4-2</sup>

לאור מצב זה, הצטרפה ההסתדרות הרפואית בישראל (הר"י) למיזם "בוחרים בתבונה" - "Choosing Wisely". זהו מיזם רופאים עולמי למען בריאות המטופלים, שהחל בארצות הברית בשנת 2012 ואומץ במדינות רבות, כגון קנדה, אוסטרליה, ובריטניה<sup>14</sup>. מטרת היוזמה היא להפחית בדיקות וטיפולים שלא לצורך, אשר לעתים הם אף מזיקים לבריאות, ובכך לקדם את בריאות הציבור.

## רפואת קו ראשון ופיזיותרפיה

במדינות שונות הוקמו בתחילת שנות ה-2000 ועדות ממלכתיות שנועדו לבחון פתרונות לאתגרי העתיד במערכות הבריאות. דוחות הסיכום של הוועדות האלה המליצו להרחיב את תפקידי מקצועות הבריאות בהתאם לידע ולמיומנויות של כל מקצוע<sup>15-19</sup>. ההמלצה נועדה לשפר את השירות המקצועי לציבור, להבטיח מתן טיפול מקצועי, זמין ומותאם לקוח, על ידי ניצול מיטבי של כלל המשאבים האנושיים העומדים לרשות מערכת הבריאות. כפי שנאמר על ידי Saxon et al: "מקצועות הבריאות זוהו כבעלי מיומנויות מפתח קליניות, והם יכולים לגשר על הפער בין הדרישות הגוברות לשירות זמין ובין ההיצע המוגבל בשירותי מומחים. מקצועות הבריאות מתאימים לשמש כמטפלים ראשוניים במסע המטופל"<sup>20</sup>.

משרד הבריאות בבריטניה הגדיר עשרה תפקידי מפתח שיש לשקול להעביר למקצועות הבריאות, ביניהם הפנייה לדימות, לבדיקות מעבדה וליועצים, וכן מתן מרשם לתרופות. המשרד ראה בשילוב פיזיותרפיסטים אסטרטגיה למתן שירותי בריאות מקצועיים ויעילים לציבור<sup>15</sup>. בהמשך למסמך זה, פורסמה עבודה מעמיקה ורחבת היקף שהוקדשה ליישום ההמלצות בנוגע למיצוי ופיתוח היכולות המקצועיות של מקצועות הבריאות, ובהם פיזיותרפיה<sup>16</sup>. בעבודה זו הודגש כי פיזיותרפיסטים הם בעלי המקצוע המתאימים ביותר לטיפול במטופל עם בעיות במערכת השלד-שריר ולהרחבת מרחב הפעילות של המקצוע (extended scope of practice). נוסף על כך, שיפור הזמינות של שירותי הפיזיותרפיה והגדלת מספר הפיזיותרפיסטים המיומנים ברפואה הראשונית הן חיוניות ויכולות להפחית באופן משמעותי את העומס מן הרופאים וממערכת הבריאות<sup>20-22</sup>.

באשר לנושא הרחבת תפקידים ו/או הפעולות, יש להבהיר כי מרחב הפעולה (scope of practice) מוגדר כמרחב או טווח

בשנים האחרונות מתקיים דיון נרחב בספרות המקצועית בתופעה המכונה "רפואה עודפת" - too much medicine. בתחום רפואת שלד-שריר, מדובר בשימוש שגרתי בבדיקות הדמיה, בביצוע ניתוחים לא הכרחיים, בשימוש יתר באופיואידים ובהיעדר הדרכה וחינוך לניהול חיים עם מחלה כרונית<sup>6,5</sup>. השימוש השגרתי במרשם לאופיואידים לשיכון הכאב הוא גורם משמעותי לסכנת התמכרות ואף למוות משימוש-יתר. סכנה זאת הביאה את המרכז לבקרת מחלות האמריקאי (Center for Disease Control) ואת ארגון הרופאים האמריקאים (American College of Physicians) לקרוא לניהול כאב באמצעים שאינם תרופתיים<sup>7</sup>. תוצאות שליליות עקב טיפול עודף קיבלו משנה תוקף במסמך שפרסם ארגון הבריאות העולמי (WHO) בשנת 2018 ובו קריאה לקבוע מדיניות ברורה להורדת הנטל הגלובלי - global burden of disease (GBD) מפגיעות במערכת השלד-שריר<sup>8</sup>. בחודש יוני 2018 פרסם העיתון Lancet סדרת מאמרים בעניין האתגר העולמי הטמון בהתמודדות עם כאבי גב תחתון והשלכותיו<sup>9-12</sup>. צוין כי על אף קווים מנחים (guidelines) מקצועיים ברורים בנושא, קיימים פערים משמעותיים בינם ובין ההתנהלות (practice) הלכה למעשה. על כן, המחברים חוזרים ומדגישים את עיקרי ההנחיות: אין להשתמש באופן שגרתי בבדיקות מעבדה ובהדמיה אלא רק כאשר מבחינים ב-"דגלים אדומים", יש לנקוט גישה אקטיבית לטיפול, הכוללת הנחיה לניהול עצמי ולשמירה על חיים פעילים ככל הניתן, ויש להפסיק לאלתר את השימוש באמצעים מזיקים, כמו אופיואידים וגישות טיפוליות סבילות.

דוגמה לנעשה בישראל בנושא זה הוצגה בעבודתם של פיינסטון ושותפיו המתארים את מצב הרפואה האורתופדית בארץ<sup>13</sup>. במאמר הזה מועלות סוגיות שונות בנוגע לתפקידו של האורתופד ברפואה הראשונית, והממצא הבולט בו הוא שקרוב ל-80% מן הבעיות במערכת השלד-שריר שמציגים המטופלים בקהילה דורשות טיפול שמרני, בעוד שעיקר מומחיותו של האורתופד היא בפתרונות פולשניים, לרבות ניתוחיים. לדברי המחברים, מצב זה מוביל לנקיטת פעולות שאינן בהכרח תורמות לקידום בריאותם של המטופלים, כמו שימוש בתרופות (לרבות אופיואידים), הפניה להדמיה ונקיטת פעולות פולשניות שלא לצורך. נוסף על כך, פנייה לאורתופד ברפואה הראשונית דוחה את תחילת הטיפול המומלץ כקו הראשון, קרי, טיפול הכולל תרגול, פעילות והדרכה לניהול עצמי.



הכאב ממקור השלד-שריר וירידה בשימוש ממושך בהם.<sup>25</sup>

לאור זאת, על פי המלצות איגוד רופאי המשפחה בישראל, טיפולי פיזיותרפיה, לבעיות במערכת השלד-שריר מהווים קו טיפולי ראשוני.<sup>26</sup> יתרה מכך, מן הספרות המקצועית עולה כי בקהילה, גישה ישירה לפיזיותרפיה בתחום זה מביאה לשיפור בעלות-תועלת במערכת הבריאות ואף לחסכון במשאבים.<sup>27-29</sup>

## גישה ישירה לפיזיותרפיה בישראל

בשנת 2014 פרסם מנהל הרפואה במשרד הבריאות את החוזר "גישה ישירה לפיזיותרפיה למטופלים במכונים בקהילה".<sup>30</sup> מטרת החוזר היא קביעת תנאי בסיס והדרישות ליישום גישה ישירה לשירותי הפיזיותרפיה במכונים בקהילה. החוזר קבע את אחריות המוסד במימון פיזיותרפיסטים בגישה הישירה, את הדרישות המקצועיות מן הפיזיותרפיסט, את תהליך מתן השירות ואת אופן העברת המידע לרופא המטפל.

צה"ל, ככל הנראה, הוא הגוף הציבורי הראשון שקבע נוהל של גישה ישירה לפיזיותרפיה על בסיס חוזר משרד הבריאות משנת 2014. נכון להיום, חיילים בקבע וחיילים בסדיר המשרתים ביחידות שיש בהן מכוני פיזיותרפיה (כיום קיימות כ-70 יחידות כאלה) רשאים לפנות ישירות לטיפול פיזיותרפיה מבלי לקבל הפנייה מרופא. אף על פי שעדיין אין נתונים רשמיים לגבי אחוז הפונים לפיזיותרפיה באופן זה, ההתרשמות של מערך הפיזיותרפיה בצה"ל היא שהגישה הוטמעה היטב, וכ-90% מן החיילים הזכאים לגישה ישירה אכן עושים זאת. חיילים בסדיר שמגיעים למכון פיזיותרפיה מחוץ ליחידת האם עדיין נדרשים לקבל הפנייה מרופא צבאי. מכיוון שעדיין מקובל שהרופא הצבאי מפנה חיילים עם בעיות שלד-שריר לאורתופד, נערך בימים אילו ניסיון ראשוני שבוחן את האפשרות שמיון החיילים בשירות סדיר ייעשה על ידי פיזיותרפיסטים מנוסים במרפאת שריר-שלד ייחודית, במקום על ידי הרופא האורתופד. במיון זה יחליט הפיזיותרפיסט אם להפנות את החייל לפיזיותרפיה או לאורתופד.

בהמשך, בשנת 2015 הוחלט על יישום ראשוני מצומצם בגישה ישירה לשירותי פיזיותרפיה במכבי שירותי בריאות בכמה מכונים במחוז הצפון ובמחוז הדרום שנמשך שנתיים. הנהלת שירות הפיזיותרפיה במכבי נקטה משנה זהירות וטרם היישום הוכשר צוות נבחר בזיהוי "דגלים אדומים".

הפעולה, או המיומנויות והפעולות של מקצוע הבריאות.<sup>23</sup>

במאמרם של Dower et al. מוסברת ההבחנה בין מרחב פעולה מקצועי (professional scope of practice) - הפעולות שבעל המקצוע מוכשר לבצען, ובין מרחב פעולה חוקי (legal scope of practice) - הפעולות שהחוק מתיר לבעל המקצוע לבצען.<sup>23</sup> בדיון מעמיק בנושא מיצוי ידע ומיומנויות מקצועיים ותרגומם ליכולת פעולה, ציינו המחברים כי מסיבות שונות, כמו שיקולים פוליטיים ואף חוקתיים, מרחב הפעולה המעשי של המקצוע לא בהכרח משקף נאמנה את המסוגלות המקצועית, וכי ייתכן פער בין הפעולות שבעל מקצוע הוכשר להן ובין ביצוען בפועל. היעדר ההלימה בין השניים עלול לפגוע ביעילות המערכת באספקת שירותי בריאות לציבור. על כן, למען שימוש מושכל בהון האנושי ויצירת מערכת בריאות יעילה יותר, קראו המחברים להורדת חסמים שאינם חיוניים. יש להדגיש כי מיצוי מרחב הפעולה של מקצוע מושתת על שני עקרונות: האחד, הפעילות הינה בתחום גוף הידע של המקצוע, והשני, צורך אמיתי להגברת השירות - עקב זמינות נמוכה, מחסור בכוח אדם רפואי ועומסים גדולים על משאבים קיימים. כלומר, בעת זיהוי צורך, אם נשכיל לצמצם את הפער בין הפעילות שפיזיותרפיסט הוכשר לבצעה ובין הפעילות שהוא מבצע בפועל, נוכל להרחיב את היצע המטפלים ולהסב תועלת למטופלים ולמערכת כולה.

מקצוע הפיזיותרפיה הוסדר בישראל בשנת 2008 (תשס"ח) בחוק הסדרת העיסוק במקצועות הבריאות, הקובע רף להשכלה והכשרה אקדמיים, תנאים להכרה וחובת פיקוח ובקרה של משרד הבריאות על בעלי התעודות.<sup>24</sup> החוק אינו מגדיר את מרחב הפעולה (scope of practice) של הפיזיותרפיסט.

טיפול בכאב ממקור שלד-שריר הוא בליבת העיסוק של הפיזיותרפיסט, אשר באופן שוטף עוסק באבחון, בהערכה ובטיפול בליקויים וכאבים במערכת התנועה, בשיקום וקידום תפקוד ובהנחייה לניהול עצמי למטופלים עם בעיות כרוניות. טיפול פיזיותרפיה במהותו הוא טיפול בלתי פולשני, נסמך-ראיות מן הספרות המדעית המקצועית ומאופיין בגישה אקטיבית התואמת את ההמלצות העדכניות לגבי הטיפול המיטבי בחולה עם ליקויים במערכת השלד-שריר.<sup>2</sup> במחקר שפורסם בשנת 2018 נמצא קשר בין טיפול פיזיותרפיה מוקדם ובין שימוש במנה מופחתת באופיואידים לכל אזורי

בקהילה. עם זאת, באופן חריג החוזר לא חייב יישום.<sup>30</sup> יתכן שזאת הסיבה לכך שבחלוף שבע שנים מפרסום החוזר לא כל קופות החולים מיישמות גישה ישירה לפיזיותרפיה למבוטחיה. בשעה זו חשוב לבחון מהם המחסומים האמיתיים להטמעה גורפת יותר של גישה ישירה לפיזיותרפיה.

במקומות שונים בעולם גישה ישירה לפיזיותרפיה משולבת גם בהרחבת פעולות וסמכויות, כגון אישור להפניה לרופא מומחה, הפנייה לדימות ואף אפשרות למרשם תרופות מרשימה מוגבלת.<sup>22,21</sup> מידה מסוימת של הרחבת סמכויות מסוג זה כבר מיושמות במרפאת שלד-שריר בצה"ל ובמכבי שירותי בריאות. כמובן שצעדים אלה מחייבים הכשרה מתאימה. נוסף על כך, נראה כי יש מקום לחזק את המיומנויות בתחום הפסיכו-סוציאלי.<sup>34</sup>

יודגש כי שינוי תפיסתי כמתואר כאן מחייב התייחסות מכוונת לחסמים שונים אשר יכולים לעכב את יישום המודל, ובהם התנגדויות מצד הפיזיותרפיסטים שיחששו מהכבדת העומס בעבודה ומהגדלת נטל האחריות, או מצד בעלי עניין בתחום הבריאות, כגון הרופאים והאחיות. כמו כן, יש לבחון חסמים בקרב כלל הציבור הנובעים מתפיסות תרבותיות, חברתיות והרגלי צריכה. יש לבנות אסטרטגיה שתכלול, בין השאר, הסברה כדי לעודד את הנהלת הקופות ליישם את המודל, גיוס שותפויות בין-מקצועיות, מסע פרסום מכוון בקרב הציבור הרחב והכשרה המשכית ייעודית לפיזיותרפיסטים. כמו כן, ליווי מחקרי לפעילות האמורה הוא חיוני להערכת עוצמת ההשפעה של יישום המודל על כל אחד ממרכיבי השירות - הזמינות, איכות הטיפול, תוצאות הטיפול, בטיחות וחיסכון בעלויות.

## סיכום

המצוקות והאתגרים של מערכת הבריאות ידועים לכל פיזיותרפיסט העובד במגזר הציבורי. יתרה מזאת, הפיזיותרפיסטים שעוסקים בתחום השלד-שריר מכירים היטב את עולם התוכן - גוף הידע והמיומנויות המקצועיים, היתרונות והתרומות של המקצוע למטופלים, הספרות המדעית והקווים המנחים (guidelines) בתחום. נראה כי הראיות ליתרונות ולתועלות הטמונים במודל המציב שירותי פיזיותרפיה בגישה ישירה המלווה בהרחבת סמכויות הן מוצקות דיין. מקצוע

יישום זה לווה במדידה מדוקדקת של תוצאות, והמדדים התייחסו להיבטים שונים, לרבות היבטים טיפוליים, שירותיים, כלכליים ובטיחותיים. לאור הצלחתו ולאחר הכשרה של כ-600 פיזיותרפיסטים בזיהוי "דגלים אדומים", החליטה הנהלת מכבי בינואר 2018 לאמץ גישה ישירה לפיזיותרפיה בתחום השלד-שריר בכל שירותי מכבי. במהלך שנת 2019 נבנו לומדות להכשרת מטפלים לזיהוי "דגלים אדומים" בתחומי טיפול נוספים. בינואר 2021, לאחר ההכשרות, הורחבה הגישה הישירה גם בתחומי טיפול של רצפת האגן, סחרחורת, לימפאדמה, יציבה, גריאטריה ופעילות גופנית לטרם-סוכרתיים. חשוב לציין כי לאורך התקופה כולה נערכו פעולות הסברה מעמיקות לגיוס הנהלת הקופה ולהורדת חסמים בקרב הרופאים והמנהלים. נוסף על כך, הקופה ממשיכה ללוות את כל העשייה במדידה ובמחקר, ונראה כי לאחר פרסום הממצאים והמסקנות ניתן יהיה ללמוד רבות על היתרונות והתרומות של מודל זה למבוטחים ולקופה כאחד. כמו כן, ניתן יהיה ללמוד באיזו מידה הגישה הישירה הוטמעה בקרב הרופאים ובקרב המטופלים.

## דיון

במאמר זה מובאות ראיות מבוססות-מחקר מן הספרות העולמית להכרח בשינוי ההתנהגות במערכת הבריאות בכל הנוגע לטיפול בליקויים, במגבלות ובכאב ממקור שלד-שריר. נחיצות השינוי נובעת מסיבות רפואיות, מסיבות בריאותיות ומסיבות כלכליות כאחד. מהותו - אימוץ ההנחיות הקליניות העדכניות, וביניהם: טיפול מכוון-מטופל, איתור "דגלים אדומים", הערכה פסיכו-סוציאלית, שימוש בהדמיה רק כאשר קיימים "דגלים אדומים", נקיטת גישה אקטיבית לטיפול, לרבות הדרכה ניהול חיים פעילים, שימוש במדדים להערכת התקדמות בטיפול ומזעור גישות טיפוליות סבילות.<sup>31</sup>

המאמר שלפנינו מדגיש את התאמת מקצוע הפיזיותרפיה לשמש דרך מושכלת להרחבת היצע המטפלים והשירותים בתחום זה. נוסף על כך, המועצה העליונה לפיזיותרפיה בישראל חרטה על דגלה "לזהות ולהגדיר כיווני התפתחות עתידיים ולהתוות אסטרטגיה כדי לקדם את המקצוע ולחזק את מעמדו".<sup>33,32</sup> פרסום החוזר של מנהל הרפואה במשרד הבריאות בשנת 2014 הכשיר את הקרקע ליישום המודל של פיזיותרפיה ברפואה הראשונית עבור מטופלים במכונים



12. Buchbinder R, et al., Viewpoint: Low back pain: a call for action, Lancet low back pain series working group, Lancet 2018. Jun 9;391(10137):2384-88.
13. Finestone AS, et al., The case for orthopedic medicine in Israel, Isr J Health Policy Res 2013. 2:42.
14. Born KB, Levinson W. Choosing Wisely campaigns globally: a shared approach to tackling the problem of overuse in healthcare. Journal of general and family medicine. 2019 Jan;20(1):9-12.
15. The chief health professions officer's ten key roles for allied health professionals; Department of health; Gateway reference 1769.  
[https://www.acprc.org.uk/Data/ResourceDownloads/10\\_key\\_roles.pdf](https://www.acprc.org.uk/Data/ResourceDownloads/10_key_roles.pdf)
16. Allied health professionals into action: using allied health professionals to transform health, care and well-being 2016/17-2020/21; NHS Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century, the Institute of medicine, National academy press; 2001.
17. Changes in healthcare professions scope of practice: legislative considerations, May 2006; revised 10/09 NCSBN. [https://www.ncsbn.org/ScopeofPractice\\_09.pdf](https://www.ncsbn.org/ScopeofPractice_09.pdf)
18. Australia's health workforce 2005, productivity commission research report, Dec 2005; Commonwealth of Australia. <https://www.pc.gov.au/inquiries/completed/health-workforce/report/healthworkforce.pdf>
19. Allied Health Professions into Action. Using Allied Health Professionals to transform health, care and wellbeing. 2016/17 - 2020/21. <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2017/01/ahp-action-transform-hlth.pdf>
20. Saxon RL, et al., Extended roles for health professionals: an updated systematic review of the evidence, J Multidiscip Health 2014. 7:479-88.
21. Thompson J, Yoward S, Dawson P. The Role of Physiotherapy Extended Scope Practitioners in Musculoskeletal care with Focus on Decision Making and Clinical Outcomes: A Systematic Review of Quantitative and Qualitative Research. Musculoskeletal Care. 2017 Jun;15(2):91-103. doi: 10.1002/msc.1152.
22. Bastiaens, F., Barten, DJ. & Veenhof, C. Identifying goals, roles and tasks of extended scope physiotherapy in Dutch primary care- an exploratory, qualitative multi-step study. BMC Health Serv Res 21, 19 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05986-w>
23. Dower C, et al. It is time to restructure health professions scope of practice regulations to remove barriers to care. Health Aff 2013. 32(11): 1971-6.

הפיזיותרפיה שואף לייצב ולהעצים את מעמדו זה שנים רבות. יש הזדמנות להנהיג שינוי בשירותי הפיזיותרפיה בקהילה, באומץ וביצירתיות, וכך לשפר את השירות לציבור המטופלים ובה בעת, לקדם את מעמד המקצוע בישראל.

## מקורות

1. Blyth FM, Briggs AM, Schneider CH, Hoy DG, March LM. The Global Burden of Musculoskeletal Pain-Where to From Here? Am J Public Health. 2019 Jan;109(1):35-40. doi: 10.2105/AJPH.2018.304747.
2. Dieleman JL, et al., US spending on personal health care and public health, 1996-2013. JAMA 2016. 316(24):2627-46.
3. Stornheim K, Zwart J-A, Musculoskeletal disorders and the global burden of disease study, Ann Rheum Dis 2014. 73(6):949-50.
4. Hoy DG, et al., Reflecting on the global burden of musculoskeletal conditions: lessons learnt from the Global Burden of Disease 2010 Study and the next steps forward, Ann Rheum Dis 2015. 74(1):4-7.
5. Maher CG, O'Keefe M, Buchbinder R, Harris IA. Musculoskeletal healthcare: Have we over-egged the pudding? Int J Rheum Dis. 2019 Nov;22(11):1957-1960. doi: 10.1111/1756-185X.13710. PMID: 31722450.
6. Lewis JS, Cook CE, Hoffmann TC, O'Sullivan P. The Elephant in the Room: Too Much Medicine in Musculoskeletal Practice. J Orthop Sports Phys Ther. 2020 Jan;50(1):1-4. doi: 10.2519/jospt.2020.0601. PMID: 31892292.
7. Qaseem A, Wilt TJ, McLean RM, Forciea MA. Noninvasive treatments for acute, subacute, and chronic low back pain: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. Annals of internal medicine. 2017 Apr 4;166(7):514-30.
8. Briggs AM, Woolf AD, Dreinhöfer K, et al. Reducing the global burden of musculoskeletal conditions. Bull World Health Organ. 2018;96(5):366-368. doi:10.2471/BLT.17.204891.
9. Clark S, Horton R, Comment: Low back pain: a major global challenge, Lancet low back pain series working group, Lancet 2018. Jun 9;391(10137):2302.
10. Hartvigsen J, et al., What low back pain is and why we need to pay attention, Lancet low back pain series working group, Lancet 2018. Jun 9;391(10137):2356-67.
11. Foster NE, et al., Prevention and treatment of low back pain: evidence, challenges and promising directions, Lancet low back pain series working group, Lancet 2018. Jun 9;391(10137):2368-83.

## Direct access to physical therapy in the community - preferred model of care

Ayala Parag, PT, MPA<sup>1</sup>, Noa Ben Ami, BPT, Ph.D.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Former Chief Physical Therapist at the Israeli Ministry of Health (2004 and 2020)

<sup>2</sup> Lecturer at the Physical Therapy Department, Ariel University

### Abstract

In Israel, as in many western countries, the health care system is facing many complex challenges, including demographic changes, increased demand for services, and limited human and economic resources, which were highlighted during the Covid-19 pandemic. To enable the system to continue to provide optimal and timely services to the public, it must optimize use of all resources. In the last two decades, several countries called for judicious use of all health care professions, as well as extending their scope of practice, in order to increase the number of service providers and expand the services available to the public. This article emphasizes the need to expand the use of physical therapists as first-contact practitioners in the field of musculoskeletal medicine in the community and presents supportive evidence from the scientific literature. In the authors' opinion, direct access to physical therapy, as well as an extended scope of practice of physical therapists, will benefit everyone - the patients, the community health care services, and the profession. The intention of the article is to stimulate discussion of these issues among physical therapists and leaders of the profession in Israel, and to examine to what extent they should be promoted and by which means.

**Keywords:** physical therapy, direct access, professional status, first contact practitioner, musculoskeletal medicine

24. חוק הסדרת העיסוק במקצועות הבריאות (2008). חוק העיסוק בהסדרת מקצועות הבריאות - התשס"ח - 2008, ס"ח 2172. אוצר מתוך:

[https://www.health.gov.il/legislationlibrary/mikzoha\\_01.pdf](https://www.health.gov.il/legislationlibrary/mikzoha_01.pdf)

25. Sun Eric, et al. Association of early physical therapy with long-term opioid use among opioid-naive patients with musculoskeletal pain. JAMA network open, 2018, 1.8: e185909-e185909.

26. ההסתדרות הרפואית בישראל, איגוד רופאי המשפחה בישראל, חמישה דברים שרופאים ומטופלים צריכים לשאול.

<https://www.ima.org.il/userfiles/image/FamilyRecommChoosingWisely.pdf>

27. Demont A, Bourmaud A, Kechichian A, Desmeules F; The impact of direct access physiotherapy compared to primary care physician led usual care for patients with musculoskeletal disorders: a systematic review of the literature, Disability and Rehabilitation, Oct 2019. DOI : 10.1080/09638288.2019.1674388.

28. Patel N; Payers: Embrace the value of physical therapy to reduce costs, Alliance for physical therapy quality & innovation, Aug 2019.

<https://www.ajmc.com/view/payers-embrace-the-value-of-physical-therapy-to-reduce-costs>

29. Parag A, Afek A, Yaacobson A; Direct access in physiotherapy; Harefuah, July 2014. 153, 7:415-417.

30. משרד הבריאות (10 ביולי 2014) חוזר מינהל הרפואה, גישה ישירה לפיזיותרפיה, חוזר מס' 27/2014.

[https://www.health.gov.il/hozer/mr27\\_2014.pdf](https://www.health.gov.il/hozer/mr27_2014.pdf)

31. Lin I, Wiles L, Waller R, Goucke R, Nagree Y, Gibberd M, Straker L, Maher CG, O'Sullivan PPB. What does best practice care for musculoskeletal pain look like? Eleven consistent recommendations from high-quality clinical practice guidelines: systematic review. Br J Sports Med. 2020 Jan;54(2):79-86. doi: 10.1136/bjsports-2018-099878.

32. Parag A, Peleg S, Framework for specialization in physical therapy. JIPTS, 2021, 23.1: 4-18.

33. המועצה העליונה לפיזיותרפיה בישראל [http://www.ipts.org.il/\\_Uploads/dbsAttachedFiles/bikur.pdf](http://www.ipts.org.il/_Uploads/dbsAttachedFiles/bikur.pdf)

34. Holopainen R, Simpson P, Piirainen A, Karppinen J, Schütze R, Smith A, O'Sullivan P, Kent P. Physiotherapists' perceptions of learning and implementing a biopsychosocial intervention to treat musculoskeletal pain conditions: a systematic review and metasynthesis of qualitative studies. Pain. 2020 Jun;161(6):1150-1168. doi: 10.1097/j.pain.0000000000001809. PMID: 31977935.

## שותפות אקדמיה-קהילה: קורס אקדמי בפיזיותרפיה המקדם בריאות והמשלב עשייה עם הקהילה

באדרה נעאמנה-אבו אלהיג'ה BPT, MPH

דוקטורנטית ומרצה בחוג לפיזיותרפיה, הפקולטה למדעי הרווחה והבריאות, אוניברסיטת חיפה

### תקציר

**רקע:** בשנים האחרונות ניכרת עלייה משמעותית במודעות לתחום קידום הבריאות בקרב הציבור ובקרב מקבלי ההחלטות בעולם ובארץ. קידום הבריאות במסגרת האוניברסיטה בא לידי ביטוי בפעולות הנעשות כדי לשפר את בריאות הסטודנטים והצוות האקדמי והמינהלי.

בעידוד המועצה להשכלה גבוהה, פיתחה אוניברסיטת חיפה תוכניות שונות שמטרתן קידום פעילות חברתית בקרב הסטודנטים וסגל האוניברסיטה. בהקשר זה פיתחה האוניברסיטה את "תוכנית הדגל" שמטרתה עידוד סולידריות חברתית בד בבד עם חיבור בין קהילות מוזרות לידע אקדמי על ידי מעורבות פעילה של סטודנטים וסגל אקדמי.

מאמר זה מציג את הקורס האקדמי "סוגיות בקידום בריאות ומניעת סיכונים" שנלמד בחוג לפיזיותרפיה. בשנת תשפ"א שובץ הקורס לראשונה ב"תוכנית הדגל" של האוניברסיטה. בהתאם למטרותיה של "תוכנית הדגל", מטרות הקורס הזה הן להמחיש לסטודנט ולציבור את התפקיד המשמעותי של הפיזיותרפיה בקידום הבריאות ובעשייה החברתית. לצורך זה נדרשו הסטודנטים ליישם את עקרונות קידום הבריאות בפעילות חברתית בקרב קהילות מודרות ומוחלשות.

**תיאור הקורס:** הקורס הועבר לסטודנטים לפיזיותרפיה בשנה הרביעית ללימודים. החלק התיאורטי של הקורס כלל הרצאות, דיונים, סימולציות אנושיות, וכן עבודה בקבוצות קטנות, שנועדה לניתוח תיאורי מקרה ולפתרון בעיות קליניות. עקב מגפת הקורונה כל המפגשים היו מקוונים ונעשו באמצעות הזום. צוות תוכנית הדגל סייע למרצה לגייס קהילות באזור חיפה והסביבה המעוניינות בשיתוף פעולה. מטלת הסטודנטים בקורס הייתה הכנה ויישום של תוכנית קידום בריאות עם קהילות שונות. היישום כלל שני מפגשים בין הסטודנטים ובין

הקהילה והצגת התוכנית לכל הכיתה, למרצה ולצוות "תוכנית הדגל".

**סיכום:** למידה במקביל לעשייה בשטח היא כלי עוצמתי, שבאמצעותו נלמדים ומיושמים כישורים אישיים וחברתיים חשובים, כגון מחויבות, דאגה לאחר, אמפתיה ועבודת צוות, שלרוב אינם באים לידי ביטוי בלימוד אקדמי בלבד. השותפות בין אקדמיה ובין הקהילה אפשרה לסטודנטים להכיר מקרוב קהילות מודרות ולהמחיש את החשיבות של פיתוח תוכניות קידום בריאות לאוכלוסיות מגוונות. יש צורך במחקרים כדי לבחון את ההשפעה של קורסים המשלבים עשייה בשיפור רמת טיפולי הפיזיותרפיה והמחויבות לקידום בריאות בקהילה, ולבדוק את השפעתם גם בתחומים נוספים בתוכנית הלימודים בפיזיותרפיה.

**מילות מפתח:** שותפות אקדמיה-קהילה, קידום בריאות, קורס משלב עשייה, מעורבות חברתית, אורח חיים פעיל, החוג לפיזיותרפיה

### תודות

ברצוני להודות לדר' גלי דר, ראש החוג לפיזיותרפיה, הפקולטה למדעי הרווחה והבריאות, אוניברסיטת חיפה, על עזרתה ותמיכתה בשילוב הקורס במסגרת "תוכנית הדגל". תודה לצוות "תוכנית הדגל", ובראשו פרופ' ישראל איסי דורון, הממונה האקדמי על "תוכנית הדגל". הקורס נתמך במענק מ"תוכנית הדגל" של אוניברסיטת חיפה.

## רקע

בשנים האחרונות ניכרת עלייה משמעותית במודעות לתחום קידום בריאות בקרב הציבור ובמדיניות בריאות הציבור בארץ ובעולם. ארגון הבריאות העולמי (World Health Organization) הגדיר, בשנת 1986, את המושג "קידום בריאות" כך: "תהליך המאפשר לבני האדם להגביר את בקרתם על בריאותם ולשפר אותה".<sup>1</sup>

הגורם הראשוני להגדרת המונח "קידום בריאות" הוא הזינוק בתחלואה במחלות כרוניות והגידול בשכיחותם של גורמי הסיכון למחלות אלו. בהתאם לכך, ארגון הבריאות העולמי קבע חמישה שטחי פעילות עיקריים לקידום הבריאות, כפי שנוסחו באמנת אוטווה בשנת 1986: 1. מדיניות ציבורית בריאה; 2. יצירת סביבה תומכת בבריאות; 3. חיזוק הפעילות הקהילתית; 4. פיתוח מיומנויות אישיות; 5. ארגון מחודש של שירותי הבריאות.<sup>2</sup> אחת הדרכים היעילות לקידום בריאות היא פעילות במסגרת המקום, המרחב או ההקשר החברתי שבו מבליט אנשים בפעילויות יומיומיות שונות, אשר למאפייניו יש השפעה על בריאות הפרט ורווחתו. דוגמאות למסגרות השונות הן: ערים, קיבוצים, מקומות עבודה, בתי חולים, בתי ספר ומוסדות להשכלה גבוהה.<sup>3</sup>

למוסדות להשכלה גבוהה תפקידים מרכזיים בהקניית ידע ובהכשרה מקצועית והם יכולים להוות מסגרת לקידום בריאות הציבור עקב השפעותיהם רחבות ההיקף לא רק על האוכלוסייה השווה בהם אלא גם על החברה כולה.

תפקידו של מוסד להשכלה גבוהה בקידום בריאות הציבור יכול לבוא לידי ביטוי בכמה דרכים:

1. חינוך לבריאות תורם לחיזוק מיומנויות הפרט לקבל החלטות מושכלות ולאמץ באופן רצוני אורח חיים בריא; 2. פיתוח מדיניות בריאה וסביבה התומכת בבריאות הסטודנטים, הסגל, העובדים והקהילה, מדיניות המאפשרת לבחירה הבריאה להיות הבחירה הקלה. דוגמאות למדיניות בריאה במסגרת האקדמית הן למשל: נגישות וזמינות חדרי כושר וקבוצות פעילות גופנית, עידוד השתתפות בקורסי פעילות גופנית תמורת נקודת זכות; 3. חיזוק הפעילות הקהילתית ופיתוח שותפויות בקידום הבריאות עם הקהילה.

בשנים האחרונות רוב המוסדות האקדמיים, בעידוד המועצה להשכלה גבוהה בישראל, החלו להדגיש את פיתוח התוכניות החברתיות והאחריות החברתית בקרב הסטודנטים והסגל. זאת כדי ליצור שינוי משמעותי בחברה ולקדם סולידריות חברתית.

התפתחות זו היא חלק ממגמה בין לאומית לחיזוק המעורבות החברתית של המוסדות להשכלה גבוהה. לדוגמה, בארצות הברית, משנת 2000 חתמו כ-1,200 נשיאים של אוניברסיטאות ומכללות על אמנה למחויבות חברתית, שעל פיה נשיאי המכללות והאוניברסיטאות מתחייבים לעודד התנדבות של סטודנטים בקהילה באמצעות קורסים ותוכניות המשלבים בין ידע אקדמי לפעילות עם קהילות מודרות.<sup>4</sup> המושג "שותפות אקדמיה-קהילה" נועד להדגיש את חשיבותם של יחסי הגומלין ההדדיים והשוויוניים בין האקדמיה לקהילה. הכוונה לשותפויות משמעותיות בין השותפים לתהליך: סטודנטים, מרצים, מוסדות להשכלה גבוהה, ארגונים קהילתיים ואנשים החיים בקהילות המודרות.<sup>4</sup>

מחקרים מראים כי להשתתפות הסטודנטים בפעילות חברתית במהלך הלימודים הייתה השפעה חיובית על ההישגים האקדמיים, על המנהיגות ועל הביטחון העצמי שלהם.<sup>5-6</sup> הפעילות החברתית בקהילה הגדילה אף את הסיכוי של הסטודנטים לבחור במקצוע המערב שירות לקהילה בעתיד.<sup>4</sup> מחקרים הדגימו כי קורסים משלבי עשייה תורמים ליישום ידע שנצבר בכיתה לתרגול בעולם האמיתי.<sup>7</sup> מחקרם של Shek ועמיתיו (2020) מספק נתונים אמפיריים לכך ששותפות אקדמיה-קהילה מקדמת מעורבות בקהילה, תחושה של אמפתיה, כבוד ודאגה לאחרים, ומשפרת מנהיגות, כישורים חברתיים, עבודת צוות ויכולות קוגניטיביות בקרב הסטודנטים.<sup>8-7</sup> אלה הן תכונות שהחברה בישראל זקוקה להן משום שהיא מתמודדת עם תופעה מדאיגה של קיטוב, שסעים בין האוכלוסיות, הדרה ואי-שוויון חברתי.

יתרה מכך, מחקרים ארוכי טווח שעקבו אחרי הסטודנטים הראו כי הסטודנטים שהשתתפו בקורסים המשלבים עשייה במהלך הלימודים לתואר הראשון המשיכו ללימודים לתארים מתקדמים. כלומר, ההשפעה על הסטודנטים היא ארוכת טווח והיא נשמרת לכל חייהם.<sup>9</sup> הפעילויות עם הקהילה מאפשרות לסטודנטים לפגוש אוכלוסיות מודרות בתוך החברה. מפגשים

בו כי "... הפיזיותרפיסט ישאף לקדם תחומים חדשים לשיפור בריאות הציבור ורווחתו ... יקדם ויטמיע את חשיבות הפעילות הגופנית ותנועה למטופלים ולציבור הרחב".<sup>2</sup>

הסטודנטים רוכשים במהלך לימודיהם ידע ומיומנויות תיאורטיים בלבד בקידום בריאות. הדגש ניתן בעיקר לזיהוי צרכים בריאותיים ולשיפור בעיות בריאות ספציפיות ברמת המטופל, ופחות לזיהוי צרכים חברתיים וסביבתיים של אוכלוסיות שונות, ובמיוחד של קבוצות מיעוט וקבוצות מודרות בחברה. לפיכך, השותפות אקדמיה-קהילה מאפשרת לסטודנטים לפיזיותרפיה להכיר קהילות שונות ולנתח מקרוב את הגורמים האישיים, החברתיים, הסביבתיים והמדיניים המשפיעים על נקיטת התנהגויות בריאותיות. כמו כן, הקורס מאפשר לסטודנטים לפיזיותרפיה לפגוש אוכלוסיות מיוחדות בחברה שלולא הפעילות עם הקהילה לא היו נפגשים אתם במהלך הלימודים.

הקורס "סוגיות בקידום בריאות ומניעת סיכונים" קיים בחוג לפיזיותרפיה במסגרת התואר הראשון, משנת 2011, אך עד כה היה קורס תיאורטי בלבד. הסטודנטים הכינו תוכניות תיאורטיות לקידום בריאות, על פי מודלים בקידום בריאות, ולא יישמו אותן הלכה למעשה. יחד עם זאת, שלא במסגרת הקורס, חלק מן הסטודנטים הוציאו אל הפועל את התוכניות שהכינו במסגרת עבודת סמינריון או במקומות העבודה שלהם לאחר סיום התואר.

במשך השנים עלו הצעות להוציא אל הפועל את התוכניות שהכינו הסטודנטים במסגרת הקורס כדי שלא יצטמצם לקורס תיאורטי בלבד. בשנת 2020, הגשנו, ד"ר גלי דר, ראש החוג לפיזיותרפיה, ואנוכי, לראשונה, בקשה ל"תוכנית הדגל" של אוניברסיטת חיפה לקורס משלב עשייה עם הקהילה שייכלל במסגרת הקורס "סוגיות בקידום בריאות ומניעת סיכונים". בשנת תשפ"א (2020-2021), זכה הקורס להכרה כקורס המשלב עשייה חברתית במסגרת "תוכנית הדגל" של האוניברסיטה. בהתאם לכך, הותאם הקורס ונערכו בו שינויים משמעותיים, כולל הוספת החלק היישומי של תוכניות קידום הבריאות עם הקהילה.

אלו מעוררים את הדעות הקדומות והסטראוטיפיות שהיו לסטודנטים על אותן אוכלוסיות, כך שהדיונים בכיתה והשיקופים (reflection) של הסטודנטים מאפשרים התמודדות טובה יותר עם הדעות הללו.<sup>10</sup> כדי לממש יעדים אלו, הפעילות עם הקהילה חייבת להיות רלוונטית לתוכן האקדמי של הקורס. נוסף על כך, פעילות הסטודנטים עם הקהילה חייבת להיות מרכיב מרכזי בקורס כדי לאפשר לסטודנטים להיות מעורבים בקהילה ובכך להעצים את עצמם.<sup>10</sup>

"תוכנית הדגל" באוניברסיטת חיפה היא תוכנית לשותפות אקדמיה-קהילה, הפועלת לעידוד סולידריות חברתית ולחיבור בין הסטודנטים, הסגל האקדמי, הסגל המנהלי ואוכלוסיות מודרות ומוחלשות. מטרת "תוכנית הדגל" היא לצמצם את רמת הקיטוב החברתי, המעמדי, התרבותי והלאומי בחברה, לקדם סולידריות ולעודד את השתלבותן של קבוצות מודרות בזרם המרכזי של החברה הישראלית. התוכנית פועלת באוניברסיטה זו השנה התשיעית, ומערבת עשרות חברי סגל אקדמי ממגוון פקולטות וחוגים, חברי סגל מינהלי ויותר מ-200 סטודנטים בשנה.

התוכנית עוסקת בפיתוח של פרויקטים חברתיים מובילים ושל קורסים משלבי-עשייה בקהילה. קורסים אקדמיים אלה משלבים מרכיב של עשייה חברתית (סטודנטים ו/או סגל) בפעילותם לשינוי חברתי מחוץ לקמפוס. קורסים משלבי עשייה במוסדות האקדמיים בישראל נבנו במגוון רחב מאוד של תחומים, ובהם עבודה סוציאלית, אומנות, משפטים, אדריכלות, חינוך, תרגום, סוציולוגיה ואנתרופולוגיה. למרות התרומה הידועה של השותפות אקדמיה-קהילה הן לסטודנטים והן לקהילה, לא ידוע לנו על שילובם של קורסים משלבי-עשייה בתוכניות הלימודים בפיזיותרפיה בישראל.

מקצוע הפיזיותרפיה נחשב למקצוע עיקרי לשם מינוף נושא קידום הבריאות בקהילה. לפיזיותרפיסטים יש תפקיד מכריע באימוץ אורח חיים בריא ופעיל בקרב המטופלים. על פי הקוד האתי של הפיזיותרפיסטים בישראל, לפיזיותרפיסטים מחויבות אתית מקצועית לקידום בריאותם של כלל המטופלים. בפרק "יחסי פיזיותרפיה-קהילה" מוצגים העקרונות לשמירה על תדמית המקצוע בעיני החברה, ונאמר בו כי "הפיזיותרפיסט ישאף לקדם ערכי בריאות בקרב האוכלוסייה ויתרום מן הידע שלו בתחום בריאות הציבור הקשור למקצועו".<sup>2</sup> כמו כן מודגש



## לוח 1: תוכנית מפורטת של נושאי הקורס

| נושאי ההרצאות                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>האם יש לנו תפקיד בקידום בריאות המטופלים שלנו? מהו קידום בריאות? התפתחות היסטורית ומושגי יסוד</li> <li>מודל תכנון תוכניות קידום בריאות Precede-Proceed הצגת דוגמה לתוכנית קידום בריאות בפיזיותרפיה נושאים לפעילויות עם הקהילה וחלוקה לקבוצות עבודה</li> <li>מהי התנהגות בריאותית? איך נוכל לקדם שינוי התנהגותי בטיפול הפיזיותרפיה? מודלים בקידום בריאות: מודל האמונות הבריאותיות (The Health Belief Model), המודל הסוציו-אקולוגי (The Socioecological Model), מודל שלבי השינוי (The Trans theoretical Model)</li> <li>קידום אורח חיים פעיל ובריא בקרב אוכלוסיות הסובלות ממחלות כרוניות כגון: סוכרת, מחלות לב וכלי דם, השמנה, סיסטיק פיברוזיס ועוד תיאור מקרה</li> <li>גישת הניהול העצמי (self-management) Patient Activation</li> <li>הריאיון המוטיבציוני התמודדות עם התנגדויות מטופלים לשינוי באורח חיים איך נוכל לשפר היענות ודבקות בטיפול? (באמצעות סימולציות אנושיות)</li> </ul> |

## תיאור קורס המשלב עשייה חברתית בסוגיות בקידום בריאות ומניעת סיכונים בפיזיותרפיה

תיאור כללי של הקורס: הקורס הוא קורס חובה לסטודנטים לתואר ראשון בפיזיותרפיה, בשנה הרביעית והאחרונה ללימודים. הקורס מקנה שתי נקודות זכות. כיוון שהקורס ניתן בסמסטר של 7 שבועות, הוא כלל מפגש אחד של ארבע שעות פעם בשבוע.

מטרות הקורס הן להציג את חשיבותו של נושא קידום בריאות בתחום הבריאות, בכלל, בטיפול הפיזיותרפיה, בפרט, ולהכיר את היבטי קידום הבריאות בעבודתו של הפיזיותרפיסט. בסימו של הקורס הסטודנטים רוכשים כלים: א. ליישום העקרונות של קידום בריאות בעבודתם כפיזיותרפיסטים. יישום זה כולל התייחסות לכלל הגורמים המשפיעים על הפרט ועל ניהול מחלתו, כגון החברה, הסביבה והמדיניות הציבורית; ב. להעצמה של הפרט והקהילה; ג. לקידום שינוי התנהגותי; ד. לחינוך לבריאות (health-education and patient-education); ה. לעידוד ניהול עצמי של מחלה כרונית (self-management); ו. ליצירת סביבה המאפשרת בריאות מרבית לקהילה, להתאמה ולהנגשה תרבותית של תוכניות קידום בריאות וליישומן בקהילה.

## החלק התיאורטי של הקורס

החלק התיאורטי של הקורס כלל הרצאות, דיונים, סימולציות אנושיות, ועבודה בקבוצות קטנות לשם ניתוח תיאורי מקרה ולפתרון בעיות קליניות. דוגמה טיפוסית לנושא לדיון היא מקרה של מטופל בעל עודף משקל המגיע למכון פיזיותרפיה עם תלונה של כאבי ברכיים. בניתוח המקרה היו הסטודנטים צריכים לבחון את גורמי הסיכון לתלונתו (למשל, BMI, איזון הסוכרת על פי המוגלובין A1C), לקבוע את מטרות הטיפול, ולהתאים תוכנית טיפול הכוללת אימון גופני בהתאם לעקרונות תורת האימון. החלק האקדמי כלל 12 הרצאות של שעתיים עם מרצת הקורס. מתוך מפגשים אלו, מפגש אחד כלל הרצאה עם פסיכולוגית קלינית ויועצת ארגונית בנושא התמודדות עם התנגדויות מטופלים לשינוי באורח חיים. נערך מפגש נוסף של שעתיים עם שחקן שבו תרגלו הסטודנטים סימולציות של מצבים שבהם מטופלים מגלים התנגדות לשינוי באורח חייהם. במפגש האחרון (בן שעתיים) הציגו קבוצות הסטודנטים את תוכניות קידום הבריאות שהכינו. עקב מגפת הקורונה כל המפגשים היו מפגשים מקוונים בזום. לוח 1 מציג את הנושאים שנלמדו בהרצאות במהלך הסמסטר.

שהיו מעוניינות בשיתוף פעולה עם "תוכנית הדגל". בהמשך פנתה המרצה לאנשי מפתח באותן קהילות, הציגה בפניהם כמה נושאים שיחד עם הסטודנטים לפיזיותרפיה יכולים לקדם אותם. בהתאם לכך, חולקה הכיתה לשש קבוצות עבודה. כל קבוצה בחרה נושא בהתאם להצעות ולעדיפויות של הקהילה שאתה עבדו. במהלך הסמסטר ולפי בקשת הסטודנטים נקבעו מפגשי עבודה עם המרצה כדי שתנחה אותם בהכנת התוכנית הספציפית. לוח 2 מסכם את תוכניות קידום הבריאות שהופעלו במהלך סמסטר א', שנת הלימודים תשפ"א.

## יישום תוכניות קידום בריאות עם הקהילה בחלק המעשי של הקורס

מטלת הסטודנטים בקורס הייתה להכין וליישם תוכנית לקידום בריאות עם הקהילה, בהסתמך על הידע התיאורטי שנרכש במהלך הקורס. שעות הפעילות עם הקהילה היו מעבר לשעות הקורס. כל סטודנט היה חייב להשתתף בשני מפגשים עם הקהילה, כל מפגש היה למשך שעתיים (סה"כ 4 שעות פעילות חובה). לקראת הקורס, המרצה פנתה לצוות "תוכנית הדגל" כדי לקבל את רשימת הקהילות באזור חיפה והסביבה

לוח 2: תוכניות קידום הבריאות שהכינו הסטודנטים לפיזיותרפיה במהלך הקורס

| שם התוכנית                                   | הקהילה                                                                                          | יישום התוכנית                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | מספר המפגשים                                       |
|----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| "קידום אורח חיים פעיל"                       | המרחב ליזמות +60-<br>המרחב נועד<br>לאזרחים ותיקים בני<br>הגיל השלישי                            | המפגש ראשון כלל הרצאה בנושא "השפעת אימוני התנגדות על בריאות העצם בגיל השלישי בתקופת הקורונה" ופעילות אקטיבית משותפת בזום בין האזרחים הוותיקים לבין הסטודנטים.<br><br>המפגש השני כלל הרצאה בנושא "מניעת נפילות בקרב מבוגרים" ופעילות אקטיבית.                                                                                                                                                                 | שניים בזום                                         |
| "ניהול אורח חיים פעיל בקרב צעירים עם אוטיזם" | עמותת כיוונים:<br>עמותה לקידום<br>צעירים, בני 18<br>עד 30 עם צרכים<br>מיוחדים, לחיים<br>עצמאיים | הפעילות הייתה בנושא "קידום אורח חיים פעיל בקרב אנשים עם אוטיזם".<br><br>הקהילה כללה צעירים על הרצף האוטיסטי בתפקוד גבוה הגרים בדירות בקהילה - בכל דירה שלושה דיירים.<br><br>במפגש הראשון, הסטודנטים לפיזיותרפיה נכנסו לכמה דירות והתאמנו עם הדיירים למשך כשעה. המפגש השני כלל הרצאה בזום לכל המשתתפים בנושא: "ניהול אורח חיים פעיל בקרב צעירים עם אוטיזם" ופעילות אקטיבית. בכל דירה ישבו יחד המחנך והצעירים. | פגישה אחת פנים אל פנים במרכז העמותה, מפגש שני בזום |



| שם התוכנית                          | הקהילה                                                                                                                                                   | יישום התוכנית                                                                                                                                                                                                                                                                                 | מספר המפגשים                     |
|-------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| "בואו נירגע - התמודדות עם מצבי לחץ" | <b>המרכז לחיים עצמאיים:</b> הוא שירות קהילתי לקידום אנשים בני 21 ויותר, עם מוגבלות, בחיפה והסביבה. האנשים מגיעים למרכז אחר הצהריים לפעילות הנמשכת שעתיים | המפגשים כללו הרצאה ודיון בנושא "התמודדות עם מצבי לחץ".<br><br>בשני המפגשים שולבה פעילות אקטיבית ושימוש בשיטות שונות להורדת לחץ, כגון כיווץ והרפיה (שיטת ג'יקובסון), נשימות עמוקות, טאי צ'י ותרגול מדיטציה.                                                                                    | שניים בזום                       |
| "עבודה נכונה עם הגוף"               | <b>אלווין ישראל:</b> העמותה נותנת שירות ליותר מ-5,200 אנשים עם מוגבלות, ביניהם פעוטות, ילדים, בני נוער, צעירים, מבוגרים ומזדקנים                         | הפעילות החברתית הייתה בקרב המטפלים שעובדים עם מטופלים סיעודיים. מפגש אחד כלל הרצאה בנושא "ביו-מכניקה ועבודה נכונה עם הגוף ושמירה הגב".<br><br>המפגש השני הדגים את המעברים מן המיטה לאנשים במצב סיעודי - מעברים מן המיטה לכיסא, קימה מישיבה ועזרה בקימה מן הרצפה לעמידה.                       | שניים בזום                       |
| "קידום אורח חיים בריא"              | <b>נשים יהודיות חרדיות בהדר, חיפה</b>                                                                                                                    | הפעילות החברתית נועדה לפתח שיח משותף בנושא "קידום אורח חיים בריא".<br><br>המפגש הראשון כלל הרצאה על החשיבות שיש באורח חיים פעיל ובעיסוק בפעילות גופנית, הרמה נכונה במהלך עבודות משק הבית והרמת התינוקות. המפגש השני כלל הרצאה בנושא "שינה וחשיבותה לבריאות, פעילות קבוצתית, דיונים ומדיטציה". | שניים בזום                       |
| "מניעת נפילות בגיל השלישי"          | <b>מתנ"ס ליאו באק - מרכז קלור, חיפה</b>                                                                                                                  | פעילות חברתית אקטיבית במתנ"ס משותפת לסטודנטיות ולמשתתפים בגילים השונים. כללה הרצאות בנושא מניעת נפילות בגיל השלישי והשלכות הנפילות.<br><br>המפגש השני כלל תרגול אקטיבי לשיפור שיווי המשקל.                                                                                                    | מפגש אחד פנים אל פנים, ואחד בזום |

## ◆ חשיפה לתכנים חדשים

"הפעילות הועילה לי בכך שחשפה אותי לתכנים עליהם העברנו את ההרצאה, במיוחד לתכנים שאותם העבירו שאר הסטודנטים מכיוון שאת התחום שאני העברתי הכרתי קצת יותר".

"קודם כל זה הקנה לי ידע בפעילות שהכנו עבור המשתתפים שגם אני לא ידעתי קודם וזה עזר לי בחיים האישיים שלי, חוץ מזה הפעילות נתנה לי את ההרגשה שאני תורמת מעולם הידע שלי לאנשים עם צרכים מיוחדים".

## ◆ התרומה של קורס משלב-עשייה ברמה האישית

"בעיניי קורסים משלבי עשייה חשובים מאוד וגם תורמים לנו קודם כל כבני אדם. תרומה לקהילה בעיניי היא דבר משמעותי וחשוב שרצוי לעודד בקרב האוכלוסיות השונות. אני מאמינה שבזכות התרומה והפעילות הצלחנו לעזור לפחות לאישה אחת וזה מבחינתי עולם ומלואו".

## ◆ חשיבות למידה דרך העשייה

"ניתן לתת יותר משקל לביצוע הפעילות עם האוכלוסייה, להעלות מ-2 מפגשים ליותר על מנת לייצר תוכנית קידום בריאות ולא רק פרויקט. ניתן לראות אם ניתן לשלב תוכנית זו לאורך שנה שלמה ולייצר מפגש דו חודשי או חד חודשי מתמשך".

"הפעילות עם הקהילה הייתה הכי משמעותית שעשיתי במסגרת התואר יחד עם ההתנסויות, מאוד חשוב!"

"הייתי ממליצה שיהיה יותר מקורס אחד, ושהקורסים כבר יתחילו בשנים הראשונות, על מנת לחשוף את הסטודנטים בתחילת הקורס לקהילות שצריכות אותנו יותר".

"אני אישית לומד הרבה יותר טוב בעשייה מאשר בתיאוריה. אז כן, חד משמעית, הייתי מעדיף וממליץ על קורסים פרקטיים".

## ◆ תגובות המשתתפים מהקהילה

"היה מאוד משמעותי כי זה פעם ראשונה שהפרויקט מתקיים. הסטודנטים מקסימים והגיעו עם המון רצון וסובלנות... בסוף שיתפתי גם את באדרה בהארות שהיו לי לשנה הבאה".

## ההערכה בקורס

מרכיבי הציון בקורס היו: 60% עבור יישום תוכנית קידום הבריאות בקהילה, 30% עבור הצגת תוכנית קידום הבריאות במהלך השיעור האחרון לכלל הכיתה, ו-10% עבור העבודה בקבוצות ועבור השתתפות פעילה בדיונים ובסימולציות האנושיות.

## שיקוף הרגשות והחוויית של הסטודנטיות והסטודנטים לפיזיותרפיה

בסיום הקורס נשלח לסטודנטים סקר שביעות רצון מן הקורס וענו עליו 63% מן המשתתפים. הערות הסטודנטים מתייחסות לכמה היבטים מרכזיים. להלן מוצגות חלק מן התגובות של הסטודנטים:

## ◆ היכרות עם אוכלוסיות מגוונות והנגשה תרבותית של קידום בריאות

"תוכנית קידום בריאות הייתה עבורנו התנסות מעניינת ולימודית עם הקהילה. שמחנו להכיר אוכלוסייה שפחות מוכרת לנו מהסביבה החברתית. למדנו על האוכלוסייה (נשים יהודיות חרדיות) ומאפייניה ובכך הצלחנו להתאים במידה המיטבית תוכנית לקידום בריאות עבורה. הנושא בו בחרנו "שינה ובריאות" היה עבורנו נושא מעניין לחקור וללמוד עליו ולקחנו את ההמלצות שמצאנו גם לחיינו האישיים. התנסינו בהעברת מצגת מול קהל שאנו לא מכירות ורכשנו כלים להמשך דרכנו כפיזיותרפיסטיות. נשמח לציין כי התוכנית בעינינו חשובה ומלמדת וכי ניתן לשלב קורסים משלבי עשייה בדרכים שונות שיתאימו לתוכנית הלימודית. תודה על ההזדמנות להיות חלק, ללמוד, לתרום ולהביא הלכה למעשה".

"הפעילות עם הקהילה הועילה לי ותרמה להעשרתי בנושא בו בחרתי עם קבוצתי להתמקד. בנוסף, הכרת אוכלוסייה שאינה קרובה לאנשים איתם אני מסתובבת בחיי עזרה לי להכיר עוד עולם ועוד השקפת חיים. הבנתי לעומק סוגיות איתם מתמודדת האוכלוסייה והבנתי גם דרך הפרויקט כיצד אוכל להנגיש בתור פיזיותרפיסטית בהמשך את הטיפולים לאוכלוסייה שכזו".

"הפעילות מאוד משפיעה עליי כפיזיותרפיסטית גם כיום כאשר אני נמצאת בהתנסות שיקום ונתקלת באוכלוסייה של דתיים, אני מבינה את החשיבות של הכרת מאפייני האוכלוסייה".

"היה מפגש מקסים ומעולה עם הסטודנטים לפיזיותרפיה, משהו שאפשר לפתח בהמשך הדרך".

"המידע שהועבר מהסטודנטים לפיזיותרפיה הוא חיוני מאוד עבורנו".

## דיון

ההבנה כי תוכניות קידום בריאות הן חשובות מאוד כאמצעי ליצירת שינוי התנהגותי בבריאות היא במוקד הרפואה הציבורית בישראל. במקביל, מערכת ההשכלה הגבוהה בישראל שמה לה למטרה לקדם מחויבות חברתית. לשם כך, "תוכנית הדגל" באוניברסיטת חיפה מפתחת תוכניות חדשות לעידוד המעורבות החברתית של הסטודנטים על ידי שילוב של הקניית ידע אקדמי ויישומי הלכה למעשה.

במהלך הקורס "סוגיות בקידום בריאות ומניעת סיכונים", שהתקיים בחוג לפיזיותרפיה באוניברסיטת חיפה, נבנו יחסי גומלין בין החוג, ובין קהילות חברתיות שונות. הפעילויות במהלך הקורס חידדו את היתרונות של שיתוף הפעולה בין הקהילה ובין האקדמיה. הארגונים החברתיים שהשתתפו בתוכנית הוקירו מאוד את פועלם של הסטודנטים לפיזיותרפיה, ולמדו להכיר בתרומה הייחודית של מקצוע הפיזיותרפיה בכל הקשור לקידום אורח חיים פעיל ובריא. במהלך הקורס נוצרה היכרות בין הסטודנטים, בין המרצה ובין הארגונים השונים, ואלה ביקשו המשך שותפות עם החוג לפיזיותרפיה. הקורס הנכיח את הצורך העצום להנגיש ידע על קידום הבריאות לאוכלוסייה, ובמקביל אפשר לסטודנטים להכיר אוכלוסיות מיוחדות שללא הפעילות החברתית לא היו נפגשים איתן. בהתאם לכך, הן הסטודנטים והן הנציגים בקהילה בירכו על התרומה המשמעותית של השותפות אקדמיה-קהילה.

נוסף על כך, הקורס תרם לחוויה רגשית משותפת חזקה בין הסטודנטים ובין המשתתפים בפעילויות ולרצון הדדי ללמידה משותפת. הערות הסטודנטים מעידות כי רבים מהם סבורים כי ההשתתפות בפעילות עם הקהילה תרמה להם לא רק להבנת הנושאים שנלמדו באופן תיאורטי, אלא גם בהענקת כלים חשובים נוספים לעבודתם בעתיד כאנשי מקצוע.

פעילויות עם הקהילה מעודדות את הסטודנטים לפיזיותרפיה להרחיב אופקים, לחשוב מחוץ לקופסה ולמקם את הדילמות המקצועיות בהקשרים חברתיים, סביבתיים ואתיים. בהתאמה למטרות ארגון הבריאות העולמי ולמדיניות הבריאות בארץ ובעולם, ההשתתפות הפעילה בתוכניות שונות, כגון אלו שהתנסו בהם הסטודנטים שלנו, מעודדות את הסטודנטים לשמש מגדלור של סובלנות, שיוויון ואמפתיה.

יש לציין כמה קשיים שהתמודדו איתם בפיתוח הקורס. קושי אחד נבע מן המגבלות שהוטלו עקב מגפת הקורונה ואילצו אותנו לקיים מפגשים מקוונים בזום במקום מפגשים פנים אל פנים. נוסף על כך, קידום בריאות הוא תהליך שאנשים צריכים להתנסות בו שוב ושוב. כפי שצינו סטודנטים, אחד העקרונות המרכזיים בקידום בריאות הוא ההמשכיות (sustainability) של התוכניות, לכן, אגב, אין משתמשים כאן במונח "פרויקט" שיש בו רכיב של סיום. אין ספק שקיום הקורס במהלך סמסטר אחד בלבד אינו מאפשר להשיג שינוי קבוע בהתנהגות האוכלוסייה.

מגבלה נוספת קשורה לתוכנית הלימודים העמוסה של הסטודנטים לפיזיותרפיה. זאת במיוחד לאור העובדה שבאוניברסיטת חיפה בשנת הלימודים הרביעית, שבה התקיים הקורס, הסמסטר קצר (כי הסטודנטים יוצאים ללימודים קליניים במחצית השנייה של הסמסטר). כמו כן, הסטודנטים בסמסטר זה מרוכזים בהכנת עבודת הגמר, מה שמכביד עוד יותר את העומס המוטל עליהם.

החוג לפיזיותרפיה באוניברסיטת חיפה שם לו למטרה להפוך את קידום הבריאות של אוכלוסיות מגוונות וקידום סולידריות חברתית לחלק אינטגרלי מתוכנית הלימודים. בקורסים משלבי עשייה טמונה גישה כוללת של מחויבות לחברה, צדק ואכפתיות.

לאור המשוב של הסטודנטים והיתרון הגלום בלמידה בדרך זו על פי הספרות, יש לערוך מחקר-המשך כדי לבדוק את ההשפעה שיש לקורסים משלבי עשייה בשיפור רמת הטיפול של בוגרי החוג וגם על רמת המחויבות שלהם לקידום בריאות הציבור.

## מקורות

- א. גולן, ד' ורזנפלד, י' (2015). למידה מהצלחות של קורסים משלבי עשייה באקדמיה בישראל. גיליון 7 (אביב), 13-36.
- ב. ועדת האתיקה של הפיזיותרפיסטים בישראל, 2018. הקוד האתי של הפיזיותרפיסטים בישראל - קישור לקוד המלא:  
[http://www.ipts.org.il/\\_Uplouds/dpsAttachedFiles/Kod\\_Eti\\_2018.pdf](http://www.ipts.org.il/_Uplouds/dpsAttachedFiles/Kod_Eti_2018.pdf)
1. Tannahill, A. (1958). What is health promotion ?, 44(4), 167-168.
2. World Health Organization. (1978). Declaration of Alma-Ata 1978. Retrieved, May 21, 2021 from: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0009/113877/E93944.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/113877/E93944.pdf)
3. Dooris, M., & Martin, E. (2002). Developing a health promoting university initiative within the context of inter-sectoral action for sustainable public health: reflections from the University of Central Lancashire. *Promotion & Education*, 9(1\_suppl), 16-19. <https://doi.org/10.1177/10253823020090010111>
4. Golan, D., Rosenfeld, J., & Orr, Z. (2017). Bridges of Knowledge: Campus-Community Partnerships in Israel. Mofet.
5. Astin, A. W., & Sax, L. J. (1998). How Undergraduates Are Affected by Service Participation How Undergraduates Are Affected by Service. *Journal of College Student Development*, 39(3), 251-263.
6. Vardi, M., Orr, Z., & Finkelstein, A. (2019). Civic Engagement of Students from Minority Groups: The Case of Ultra- Orthodox Students and Communities in Jerusalem. In *Understanding Campus-Community Partnerships in Conflict Zones* (pp. 261-292). <https://doi.org/10.1007/978-3-030-13781-6>
7. Shek, D., Ma, C. M. S., & Yang, Z. (2020). Transformation and Development of University Students through Service-Learning : a Corporate-Community-University Partnership Initiative in Hong Kong ( Project WeCan ). *Applied Research in Quality of Life*, 15, 1375-1393.
8. Ma, C. M. S., Shek, D. T. L., & Li, P. P. K. (2019). Service Leadership Through Serving Socially Deprived Students: Experience Gained from Corporate-Community-University Partnership (Project WeCan). In *Service-Learning for Youth Leadership* (pp. 83-112). Springer US.
9. Jacoby, B. (2009). Civic engagement in higher education: Concepts and practices. San Francisco: Jossey-Bass.
10. Butin, D. W. (2010). Service learning in theory and practice: The future of community engagement in higher education. New York: Palgrave Macmillan.

## Academia-community partnership: An academic physical therapy course promoting health within the community

**Badera Naamneh-Abuelhija BPT, MPH**

Doctoral student and Lecturer, Department of Physical Therapy, Faculty of Social Welfare Health Sciences, University of Haifa

### Abstract

**Introduction:** Awareness of the importance of health promotion is increasing publicly as well as among policy makers in Israel and worldwide. Health promotion within the university is reflected in actions taken to improve the health of students and of the academic and administrative staff.

With the support of the Council for Higher Education, the University of Haifa has developed a variety of programs aimed at promoting social activism among its students and faculty. In this context, the university developed a “flagship project” intended to promote social solidarity and create links between underprivileged communities and academic knowledge through active student and faculty involvement.

This article describes and discusses an academic course taught at the Department of Physical Therapy, called “Issues in health promotion and risk prevention”. In the 2020/21 academic year this course was integrated in the university’s “flagship program”. The objective of this course is to demonstrate to the students and public the contribution of physical therapy to health promotion and social action. To this end, physical therapy students were required to implement health promotion principles while engaging in social activities among marginalized and underprivileged communities.

**Description of the course:** The course was taught to fourth-year physical therapy students. The theoretical part of the course included lectures, discussions, simulations, as well as work in small groups to analyze case descriptions and resolve clinical problems. The meetings were all conducted online through Zoom due to the COVID-19 pandemic. The faculty and administrative staff of the “flagship program” assisted the lecturer in recruiting communities interested in cooperating in this endeavor from Haifa and the surrounding area. Students in the course had to develop and implement a health promotion program with one community. Students and community members met twice during the implementation stage, and the programs were presented to the class, the lecturer, and the “flagship program” team.

**Summary:** Action-based learning is a powerful tool for promoting among students important personal and social skills such as commitment, empathy, and teamwork, which are not always addressed in academic teaching. The academic-community partnership in the course presented here exposed students to underprivileged communities and stressed the importance of developing health promotion programs for diverse populations. Further research is needed to evaluate the effect of action-based courses on improving the level of physical therapy care and commitment to promoting community health, as well as its effect in other fields within the physical therapy curriculum.

**Keywords:** Academic-Community Partnership, Health Promotion, Physical Therapy, Service Learning, Social Activism, Active Lifestyle

## בחינת הקשרים בין דימוי הגוף ובין ייצוגי מחלה בקרב אנשים עם לימפאדמה - מחקר תצפיתי

דבורה דדי BPT, PhD<sup>1</sup>, פרלה וורנר PhD<sup>2</sup>

<sup>1</sup> פיזיותרפיסטית מנהלת מכון לפיזיותרפיה נהריה, שירותי בריאות כללית מחוז חיפה וגליל מערבי  
<sup>2</sup> פרופ' מן המניין, החוג לבריאות נפש קהילתית, הפקולטה למדעי הרווחה והבריאות, אוניברסיטת חיפה

### תקציר

**רקע:** לימפאדמה היא מחלה קשה ובעלת השלכות משמעותיות על אנשים שסובלים ממנה, כגון קשיים בתפקוד, התמודדות עם המראה החיצוני והשפעות פסיכולוגיות שליליות בקרב מבוגרים. ייתכן שהדרך שבה אנשים מתמודדים עם השלכות אלה קשורה לאופן שבו הם תופסים את מחלתם (כלומר ייצוגי המחלה - Illness Representations) ולדימוי גופם.

### מטרות המחקר וייחודו: המטרות העיקריות היו:

1. לתאר את דימוי הגוף ואת ייצוגי המחלה הקוגניטיביים והרגשיים בקרב מדגם של אנשים עם לימפאדמה הנגרמת מסיבות שונות.
2. לבחון את הקשרים בין דימוי הגוף ובין מאפייני הרקע של אנשים עם לימפאדמה.
3. לבחון את הקשרים בין דימוי גוף לייצוגי המחלה בקרב אנשים עם לימפאדמה.

ייחודו של המחקר במדגם המאופיין באנשים עם לימפאדמה הנגרמת מסיבות שונות (לאו דווקא סרטן).

**שיטה:** נערך מחקר חתך-רוחבי בקרב מדגם נוחות שכלל 201 מבוגרים (בני 50 ויותר) עם לימפאדמה הנגרמת מסיבות שונות, דוברי עברית, שרואיינו פנים-אל-פנים באמצעות שאלונים מובנים לדימוי הגוף (BIRS), ולהערכת ממדי המחלה (IPQ-R).

**ממצאים:** דימוי הגוף בקרב המשתתפים היה שלילי ברמה בינונית. מרבית המשתתפים תפסו את מחלתם כמושכת (68%) ומדאיגה (58%). נמצאו קשרים חיוביים מובהקים סטטיסטית בין ייצוגי מחלה שליליים ובין דימוי גוף שלילי. בבדיקת רגרסיה מרובה נמצא כי ייצוגי המחלה: זיהוי (תסמיני המחלה), השלכות המחלה וייצוג רגשי של המחלה הסבירו 55% מן השונות של ממדי דימוי הגוף.

**מסקנות:** המחקר הראה שדימוי הגוף בקרב אנשים עם לימפאדמה קשור בתפיסת מחלתם. המחקר הראה שיש חשיבות רבה להתייחסותם של אנשי המקצוע לדימוי הגוף ולתפיסות המחלה בזמן הטיפול באנשים עם לימפאדמה כדי לעודדם להתמודד טוב יותר עם המחלה ועם הטיפול בה.

**מילות מפתח:** לימפאדמה, דימוי גוף, ייצוגי מחלה

**אתיקה:** המחקר אושר על ידי ועדת הלסינקי של שירותי בריאות כללית בקהילה - בית חולים "מאיר".

**מקורות מימון:** לא היו מקורות מימון חיצוניים לעבודה.

## מבוא

## לימפאדמה - הגדרה, שכיחות והשלכות

בצקת לימפטית (לימפאדמה) הינה מחלה כרונית, אשר פוגעת במערכת הלימפטית עקב הפרעה בתפקודה בשל פגם מבני ראשוני בלידה או פגם משני בתהליכים פתולוגיים המערבים את דרכי הלימפה, כגון זיהומים, הקרנות או כריתת קשריות לימפה אזוריות.<sup>1</sup> המחלה מתבטאת בהצטברות נוזל לימפטי (נוזל שקוף עתיר חלבונים) ברקמת העור וגורמת לבצקת באזורים שונים בגוף.<sup>2</sup>

במדינות המערב, ובכללן ישראל, לימפאדמה נפוצה בעיקר על רקע ממאירות, במיוחד בצקת בגפה העליונה על רקע סרטן השד. בשל העלייה בשיעור המחלימים מסרטן, קיימת גם עלייה במספר החולים בלימפאדמה,<sup>3</sup> ומעריכים שאחת מכל חמש נשים המחלימות מסרטן השד סובלת מבצקת לימפטית.<sup>4</sup> כמו כן, אי-ספיקה ורידית כרונית הינה הסיבה העיקרית למחלה בגפה התחתונה. בארצות-הברית ישנם כ-4 מיליון אנשים עם לימפאדמה על רקע סרטן, לעומת כ-16 מיליון אנשים עם אי-ספיקה ורידית כרונית הסובלים מבצקת בגפה התחתונה.<sup>5</sup>

ללימפאדמה ישנן השלכות שליליות רבות הן ברמת הפרט והסובבים אותו והן ברמת החברה. ברמת הפרט, המחלה משפיעה על התפקוד היומיומי (כגון, קושי בלבישת בגדים, שמירת על ההיגיינה ועוד) ועל איכות החיים הפיזית והנפשית, וכן על סביבתו הקרובה של הפרט (המשפחה והחברים). המחלה משפיעה גם על החברה כולה, במיוחד בשל העלויות הגבוהות לטיפול במחלה, שמוטלות על מערכת הבריאות.<sup>6-9</sup> אחת ההשלכות הפסיכו-סוציאליות של המחלה היא ההתמודדות עם פגיעה חמורה בדימוי הגוף.<sup>10-11</sup>

## לימפאדמה ודימוי הגוף

דימוי הגוף מוגדר כייצוג מנטלי שיש לכל אדם לגבי גופו, והוא מהווה מרכיב מרכזי וחשוב בדימוי העצמי של הפרט.<sup>12</sup> דימוי גוף הוא דינמי, משתנה במהלך החיים ומושפע הן מגורמים פנימיים, כמו הערכה עצמית,<sup>13</sup> והן מסביבתו החיצונית של האדם.<sup>14</sup>

הספרות המחקרית שבדקה את דימוי הגוף אצל אנשים עם לימפאדמה התמקדה בעיקר במחלימות ממחלת סרטן השד,

והוכיחה כי נשים הסובלות מבצקת לימפטית רגישות במיוחד למראן החיצוני. מתברר כי הפיכת הגוף לבצקתי וכבד גורמת לנשים אלה סבל רב ומשפיעה על הערכתן העצמית ועל יחסיהן עם האחרים.<sup>15-16</sup> יתרה מזו, במחקר שבחן את הקשר בין לימפאדמה ובין איכות חיים בקרב 1287 נשים, בנות 55-69, החולות בסרטן השד עם לימפאדמה, נמצא כי דימוי הגוף והערכה עצמית ירודים גרמו לדיכאון ולחרדה ואף לתחושת ניכור אשר הביאו להימנעות מפעילות חברתית וגופנית.<sup>17</sup> נוסף על כך, דימוי גוף ירוד נמצא כגורם משפיע על חיי המין בקרב נשים עם לימפאדמה.<sup>18</sup>

יש לציין כי למרות חשיבותם של ממצאים אלה, הנתונים שמספקים המחקרים שנערכו עד היום מוגבלים משתי סיבות עיקריות. ראשית, כל המחקרים התבססו על מדגמים של אנשים עם לימפאדמה על רקע ממאירות; דימוי הגוף בקרב אנשים עם לימפאדמה מסיבות אחרות (מולד, אי-ספיקה ורידית כרונית) לא נחקר לעומק, ועדיין אינו מובן דיו. שנית, רוב המחקרים לא העריכו את הקשרים בין דימוי הגוף לאופן שבו אנשים עם לימפאדמה תופסים את מחלתם - קרי, לייצוגי מחלתם (Illness Representations). למעשה, רק במחקר אחד, שנערך בקרב 166 נשים בנות 58 בממוצע, המחלימות מסרטן השד עם לימפאדמה, נבחן נושא זה. תוצאות המחקר הראו כי בקרב נשים המחלימות מסרטן השד, ככל שדימוי הגוף היה ירוד יותר, כך תפיסת המחלה הייתה שלילית יותר.<sup>19</sup>

## ייצוגי המחלה

ייצוגי המחלה הם מרכיב מרכזי במודל הוויסות העצמי שפיתחו לוונטל ועמיתיו, אשר נועד לקשור בין התנהגויות הקשורות בבריאות ובין התפיסות הקוגניטיביות והרגשיות את המחלה.<sup>20,21</sup> ייצוגי המחלה משקפים את התפיסות הסובייקטיביות של החולה את מחלתו בחמישה ממדים קוגניטיביים: **הממד הראשון:** זיהוי/תווית (identity/label) - תפיסתו של החולה את התסמינים המיוחסים למחלה מסוימת והמאפשרים לזהותה. **הממד השני:** קו הזמן (duration/time) - תפיסתו של החולה את משך המחלה והתפתחותה (כרונית, אקוטית). **הממד השלישי:** סיבה (cause) - תפיסתו של החולה את המקור להתפתחות המחלה, לדוגמה, גנטי, מקרי או אורח חיים. **הממד הרביעי:** השלכות (consequences) - תפיסתו של החולה את התוצאות האפשריות של המחלה בצד הפיזי, בצד הפסיכולוגי/סומאטי, בצד החברתי ובצד



## שיטה

**מערך המחקר:** נערך מחקר תצפיתי בקרב מדגם נוחות של אנשים עם לימפאדמה מסיבות שונות.

**משתתפים:** הקריטריונים להכללה במחקר היו: אנשים עם לימפאדמה, בני 50 ומעלה, המתקשרים בעברית. הקריטריונים להוצאה היו: מצב קוגניטיבי ירוד על פי התיק הרפואי. נעשתה פנייה ל-290 משתתפים פוטנציאליים; 89 מהם סירבו להשתתף במחקר מטעמים שונים, כגון אי-רצון להיחשף, אי-רצון להתחיל בתהליך הטיפול בניקוז לימפטי, החמרת המחלה (הישנות הסרטן) והפסקת הטיפול הלימפטי. על כן, שיעור ההיענות היה 69%.

**הליך:** המשתתפים הפוטנציאליים היו חברי שירותי בריאות כללית במחוז חיפה והגליל המערבי. מנהלת שירותי הפיזיותרפיה המחוזית אישרה לגייס משתתפים למחקר במכוני הפיזיותרפיה שבהם נעשו בדיקות ובקורות לאנשים עם לימפאדמה. מטרות המחקר וחשיבותו הוצגו בפני פיזיותרפיסטים המתמחים בניקוז לימפטי במכונים של הקופה ובמכונים פרטיים באזור כדי שיפנו משתתפים פוטנציאליים להשתתף במחקר. אחת החוקרות הציגה את עצמה בפני המשתתפים הפוטנציאליים, הסבירה להם את מטרות המחקר, וביקשה את הסכמתם להשתתף בו באמצעות חתימתם על טופס הסכמה מדעת. לאחר ההסכמה והחתימה בכתב רואיינו המשתתפים פנים-אל-פנים באמצעות שאלון מובנה, במקום ובזמן הנוחים להם. הנתונים נאספו מדצמבר 2014 עד ינואר 2016. המחקר אושר בידי ועדת הלסינקי של שירותי בריאות כללית למחקרים בקהילה בבית חולים "מאיר" - אישור מס' 0862014.

## משתני המחקר וכלים להערכתם

**דימוי הגוף:** דימוי הגוף הוערך באמצעות שאלון להערכת דימוי הגוף (Body Image and Relationship Scale - BIRS)<sup>32</sup> בגרסה המותאמת למחקר, שכלל 18 מבין 32 פריטים מקוריים שהיו רלוונטיים ללימפאדמה. תרגום השאלון נעשה בכמה שלבים: 1. תרגום מאנגלית לעברית בידי אחת החוקרות; 2. תרגום חוזר מעברית לאנגלית בידי מתרגמת מקצועית; 3. תרגום חוזר לעברית בידי החוקרות.<sup>33</sup> דוגמה לפריט: "אני

ההתנהגותי.<sup>24</sup> **הממד החמישי:** ריפוי/שליטה (cure/control) - תפיסתו של החולה את יכולתו למנוע את המחלה, לעכב את התפתחותה ולצמצם את תסמיניה ואף להירפא ממנה.<sup>25</sup> חמשת הממדים האלה בונים תפיסות רגשיות שמשקפות את התגובות הרגשיות של החולים כלפי מחלתם.<sup>27,26</sup> תהליך הבנייה של ייצוגי המחלה, הקוגניטיביים והרגשיים, הינו מחזורי, דינמי ומשתנה בהתאם למידע על הסימפטומים של המחלה ועל החוויה האישית של היחיד.<sup>24</sup>

מודל הוויסות העצמי יושם במחלות רבות, כגון מחלות לב, דיכאון, אי-ספיקה כלייתית וסוכרת,<sup>30-28</sup> אבל בלימפאדמה הוא יושם מעט מאוד.<sup>31,19</sup> מיעוט המחקרים שבחנו את היחסים בין ייצוגי המחלה ובין דימוי הגוף הוא מפתיע, במיוחד לאור העובדה שבסקירת ספרות אשר כללה 45 מחקרים שבדקו את מודל הוויסות העצמי לגבי ייצוגי מחלה במחלות כרוניות, נמצא שלייצוגי מחלה שליליים יש השפעה משמעותית על הרווחה הפסיכולוגית במצבים כרוניים רבים.<sup>20</sup> יתר על כן, אחד המרכיבים העיקריים של רווחה פסיכולוגית ואיכות חיים הוא דימוי הגוף.<sup>21</sup> לפיכך, המחקר שלפנינו נועד להרחיב את הידע בנושא זה.

למחקר היו שלושה יעדים ספציפיים: 1. לתאר את תפיסת דימוי הגוף וייצוגי המחלה - קרי, ייצוגים קוגניטיביים ורגשיים של המחלה בקרב מדגם של אנשים עם לימפאדמה מסיבות שונות. בהסתמך על המאפיינים הפיזיים והנפשיים של המחלה, שתוארו לעיל, שיערנו שיימצאו רמות שליליות של דימוי הגוף וייצוגי מחלה בקרב המשתתפים. 2. לבחון את הקשרים בין דימוי הגוף ומאפייני הרקע באנשים עם לימפאדמה. על בסיס הספרות הקיימת, שיערנו כי דימוי גוף יהיה ירוד יותר בקרב נשים לעומת גברים, בקרב משתתפים עם לימפאדמה על בסיס ממאירות לעומת משתתפים שמחלתם נובעת ממקורות אחרים, בקרב משתתפים הנמצאים בשלב טיפול אינטנסיבי בהשוואה למשתתפים הנמצאים בשלב הטיפול המשמר. כמו כן, שוער שיימצא קשר חיובי בין גיל המשתתף לדימוי הגוף שלו. 3. לבחון את הקשרים בין דימוי הגוף וייצוגי המחלה בקרב אנשים עם לימפאדמה. שיערנו כי יימצא קשר חיובי בין כל ממדי דימוי גוף ובין כל ממדי ייצוגי המחלה בקרב אנשים עם לימפאדמה.

היגדים אלה. חושב אינדקס על-ידי מיצוע של תשובות הפריטים של כל גורם, והמהימנות הפנימית של סיבות התנהגותיות-נפשיות ( $\alpha$  קרונברך 0.69) ושל סיבות חיצוניות-רפואיות ( $r = 0.40, p < 0.001$ ).

**ד. ממד ההשלכות** - המשתתפים התבקשו לדרג בסולם ליקרט את מידת הסכמתם עם 7 היגדים שעוסקים בחומרת מחלתם ובאמונה שלהם לגבי השפעת המחלה על חייהם (1) - "כלל לא מסכים", (5) - "מסכים במידה רבה", לדוגמה: "למחלתי יש השלכות ניכרות על חיי". לאחר הפיכת שני פריטים, חושב אינדקס כללי, על-ידי מיצוע של התשובות על כל הפריטים, אשר בו ניתן ניקוד גבוה יותר לאמונה שלמחלה ישנן השלכות חמורות.

**ה. ממד השליטה/ריפוי** - המשתתפים התבקשו לדרג בסולם ליקרט את מידת הסכמתם עם 6 היגדים העוסקים באמונתם בנוגע למידת השליטה במחלה (1) - "כלל לא מסכים", (5) - "מסכים במידה רבה", לדוגמה: "יש דברים שביכולתי לעשות כדי לשלוט על הסימפטומים שלי". לאחר הפיכת שני פריטים, חושב אינדקס כללי, על-ידי מיצוע של התשובות על הפריטים, אשר בו ניתן ניקוד גבוה למידה גדולה של אמונה שהמחלה ניתנת לשליטה או לריפוי. המהימנות הפנימית של האינדקס הייתה נמוכה יחסית ( $\alpha = 0.54$ ), אך השתפרה אחרי הסרת פריט אחד ("בלימת המחלה היא בעיקר עניין של מזל/גורל").

**ו. ממד רגשי** - המשתתפים התבקשו לדרג בסולם ליקרט את מידת הסכמתם עם 6 היגדים העוסקים ברגשותיהם כלפי המחלה (1) - "כלל לא מסכים", (5) - "מסכים במידה רבה", לדוגמה: "המחלה שלי גורמת לי לחוש כעס". לאחר הפיכת פריט אחד, חושב אינדקס כללי על-ידי מיצוע הפריטים, וניתן ניקוד גבוה יותר לעוצמה גדולה יותר של רגשות שליליים כלפי המחלה.

**מאפייני הרקע כללי:** מאפיינים סוציו-דמוגרפיים: גיל, מין ומספר שנות לימוד, ומאפיינים קליניים: הרקע למחלה (סרטן, בעיות כלי דם, פגם מולד, אחר), מספר השנים שחלפו מאז האבחון (פחות משנה, שנה ועד 5 שנים, מעל 5 שנים ועד 10 שנים, מעל 10 שנים), ושלב הטיפול (משמר, אינטנסיבי).

מרגיש חוסר נוחות או מבוכה מצורת גופי". כל פריט דורג בסולם ליקרט (מ-1) - "כלל לא מסכים" ועד (5) - "מסכים במידה רבה". כמו במחקרים קודמים שהשתמשו בסולם המקורי,<sup>34</sup> נערך ניתוח גורמים עם רוטציה מסוג varimax ל-18 פריטי דימוי גוף, וזוהו 4 גורמים. המהימנות הפנימית של 4 האינדקסים שנבנו לגורמים הייתה בינונית עד טובה מאוד ( $\alpha$  קרונברך מ-0.64 עד 0.91).

**ייצוגי מחלת הלימפאדמה:** אלה הוערכו באמצעות שאלון המותאם לייצוגי מחלה (Illness Perception Questionnaire - Revised - IPQ-R)<sup>35</sup> הכלי קיים בעברית, ונמצא בשימוש עבור מחלת הסרטן; לצורך המחקר הנוכחי הוחלף שם המחלה בלימפאדמה.<sup>36</sup> מקדם המהימנות הפנימית  $\alpha$  קרונברך נע בין 0.68 ל-0.92.

**א. ממד הזיהוי** - המשתתפים התבקשו לדרג בסולם ליקרט את השכיחות שבה הם חוו כל אחד מ-7 סימפטומי המחלה (מ-1) - "אף פעם", עד (4) - "כל הזמן". למשל, לגבי ההיגד: "כאבים בגפה החולה" - התשובה "אף פעם" נוקדה -0, וכל תשובה אחרת נוקדה 1. לאחר מכן, חושב אינדקס כללי על-ידי סכום התשובות על כל הפריטים, וניקוד גבוה בו הצביע על נוכחות גדולה יותר של תסמיני לימפאדמה.

**ב. ממד הזמן** - המשתתפים התבקשו לדרג בסולם ליקרט את מידת הסכמתם עם 3 היגדים שקשורים במשכה הצפוי של המחלה (1) - "כלל לא מסכים", (5) - "מסכים במידה רבה", למשל: "מרבית הסיכויים שמחלתי תהיה קבועה ולא זמנית". לאחר הפיכת פריט אחד, חושב אינדקס כללי על-ידי מיצוע של התשובות על כל הפריטים, שבו ניתן ניקוד גבוה לתשובה שלפיה המחלה תימשך זמן רב יותר.

**ג. ממד הסיבות** - המשתתפים התבקשו לדרג בסולם ליקרט באיזו מידה קשור כל אחד מ-12 היגדים (סיבות) להתפתחות מחלתם (מ-1) - "כלל לא מסכים", עד (5) - "מסכים במידה רבה". למשל: "מחלתי נגרמה בשל טיפול רפואי לקוי שקיבלתי בעבר". כמו במחקרים קודמים,<sup>38,37</sup> נערך ניתוח גורמים עם רוטציה מסוג varimax לפריטי ממד הסיבות, וזוהו שני גורמים - סיבות התנהגותיות-נפשיות וסיבות חיצוניות רפואיות. שני פריטים (היגדים) שהתייחסו לסיבות סביבתיות-זיהומיות) הוסרו כיוון שיותר מ-90% מן המשתתפים שללו

**לוח 1:** מאפייני המשתתפים - הממוצע (סטיית תקן) של המשתתפים הרציפים והשכיחות (אחוז) של המשתתפים הקטגוריאליים של כלל המשתתפים (n=201)

| משתנה       | ממוצע (סטיית תקן) | טווח          |
|-------------|-------------------|---------------|
| גיל (שנים)  | 66.8 (9.8)        | 90-50         |
| שנות השכלה  | 14.8 (4.1)        | 22-8          |
| משתנה       | קטגוריה           | שכיחות (אחוז) |
| מין         | נקבה              | 166 (82.6)    |
|             | זכר               | 34 (16.9)     |
| רקע למחלה   | סרטן              | 120 (59.7)    |
|             | כלי דם            | 57 (28.4)     |
|             | מולד              | 1 (0.5)       |
|             | אחר               | 23 (11.4)     |
| שלב הטיפול  | אינטנסיבי         | 101 (50.2)    |
|             | משמר              | 100 (49.8)    |
| זמן הנפיחות | פחות משנה         | 41 (20.5)     |
|             | שנה עד 5 שנים     | 84 (42.0)     |
|             | מעל 5 עד 10 שנים  | 34 (17.0)     |
|             | מעל 10 שנים       | 41 (20.5)     |

## דימוי הגוף

בניתוח הגורמים לדימוי הגוף, נמצאו ארבעה גורמים שהסבירו 55% מן השונות. הגורם הראשון כלל 10 פריטים שהתייחסו להופעה; הגורם השני כלל שני פריטים שהתייחסו לשליטה; הגורם השלישי כלל ארבעה פריטים שהתייחסו לחוסן הבריאותי, והגורם הרביעי כלל 2 פריטים שהתייחסו למיניות. נמצאו קשרים מובהקים מבחינה סטטיסטית בין כל הממדים של דימוי הגוף: הופעה ושליטה  $r_p = 0.46$ ; הופעה וחוסן בריאותי  $r_p = 0.45$ ; הופעה ומיניות  $r_p = 0.26$  ( $p < 0.000$ ); מיניות ושליטה  $r_p = 0.25$ ; מיניות וחוסן בריאותי  $r_p = 0.28$  ( $p < 0.001$ ); שליטה וחוסן בריאותי  $r_p = 0.40$  ( $p = 0.001$ ).

כפי שניתן לראות באיור 1, דימוי הגוף דורג בינוני בכל ממדיו; הדירוג השלילי ביותר היה בממד פעילות מינית, והחיובי ביותר - בממד הופעה.

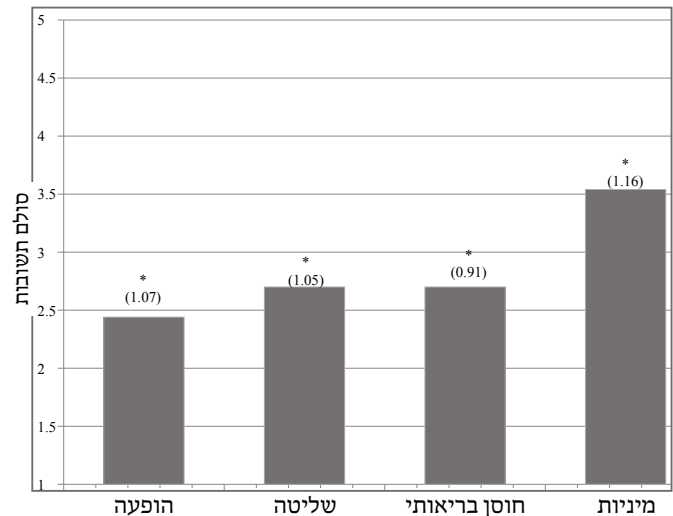
**ניתוח הנתונים:** המאפיינים הסוציו-דמוגרפיים, הקליניים והמשתנים העיקריים של המחקר הוצגו באמצעות סטטיסטיקה תיאורית, כגון ממוצעים וסטיות תקן למשתנים כמותיים ושכיחויות ואחוזים למשתנים קטגוריאליים. כמו כן, כדי לזהות את הגורמים/ממדים בכלי להערכת דימוי הגוף ובפריטים הבוחנים את ממד הסיבות בייצוג המחלה, נערך ניתוח גורמים עם רוטציה מסוג varimax - שכלל רק פריטים עם ערכי טעינה של 0.40 ומעלה וגורמים בעלי Eigenvalue 1. לשם בחינת הקשרים הדו-משתניים, חושבו מתאמי פירסון. בדיקת ההבדלים במשתני המחקר דימוי גוף וייצוג המחלה בשלבי הטיפול (אינטנסיבי ומשמר) נעשתה באמצעות מבחני t. אחרון, כדי לבחון את התרומה הייחודית של ייצוג המחלה לדימוי הגוף בקרב אנשים עם לימפדומה, נערכו רגרסיות היררכיות על ארבעה ממדי דימוי הגוף. בשלב הראשון הוכנסו לכל רגרסיה משתני הרקע שנמצאו מובהקים מבחינה סטטיסטית בניתוח הדו-משתני. בשלב השני הוכנסו ממדי ייצוג המחלה, שנמצאו מובהקים מבחינה סטטיסטית בניתוחים הדו-משתניים. ניתוח הנתונים נערך באמצעות תוכנת SPSS, גרסה 22.

## ממצאים

### תיאור המשתתפים

בלוח 1 מוצגים המאפיינים הסוציו-דמוגרפיים של המשתתפים. גילם הממוצע של המשתתפים הוא 67 שנים, ורובם נשים שהשכלתן הממוצעת כ-15 שנות לימוד. באשר למאפיינים הקליניים, רוב המשתתפים (60%) פיתחו בצקת לימפטית על רקע מחלת הסרטן. מרבית המשתתפים (62%) סובלים מנפיחות מכמה חודשים ועד חמש שנים. כמחצית מבין המשתתפים הם בשלב הטיפול האינטנסיבי, והיתר - בשלב הטיפול המשמר.

**איור 1:** הערכת ארבעת ממדי דימוי הגוף<sup>1</sup> (BIRS), ממוצע (סטטית תקן) (n=201)



סולם תשובות: (1) - כלל לא מסכים, (5) - מסכים במידה רבה  
BIRS - Body Image and Relationship Scale<sup>1</sup>;  $p < 0.0001^*$

### ייצוגי המחלה

נערך ניתוח לבחינת הגורמים לתפיסות לגבי סיבת המחלה. זוהו שני גורמים שהסבירו 58% מן השונות בממד הסיבות. הגורם הראשון הסביר 38.6% מן השונות, וכלל ארבעה פריטים שהתייחסו לסיבות התנהגותיות-נפשיות. הגורם השני הסביר 19.4% מן השונות, וכלל שני פריטים שהתייחסו לסיבות חיצוניות-רפואיות. פחות מרבע מן המשתתפים דיווחו שמחלתם נגרמה מסיבות התנהגותיות-פסיכולוגיות, כגון לחץ, חוסר תרגול וסיבות רפואיות אחרות (טיפול רפואי כושל בעבר).

התוצאות לגבי ייצוגי המחלה מראות שככלל, תפיסות המשתתפים בנוגע למחלתם נעו בין דרגות 2-3 בסולם ליקרט בעל 5 דרגות - כלומר, דורגו ברמה בינונית (לוח 2). באשר לממד הזיהוי, נמצא כי מרבית המשתתפים דיווחו על נפיחות בגפה ועל כאבים כסימפטומים עיקריים לזיהוי מחלתם. כמו כן, מרבית המשתתפים ציינו שמחלתם היא כרונית ובעלת השלכות משמעותיות על חייהם, וגם הצהירו על רמה גבוהה של אמונה ביעילות הטיפול, כלומר, על יכולת גבוהה לשלוט במחלה.

באשר לממד הרגשי, כשני-שלישים מן המשתתפים דיווחו שהם מודאגים ממחלתם; כרבע מהם דיווחו על רגשות קשים, כגון פחד, חרדה ו/או מצב רוח רע.

### קשרים דו-משתניים בין ממדי דימוי הגוף למאפייני הרקע

הקשרים בין ממדי דימוי הגוף ובין אפיוני הרקע של המשתתפים נמצאו מובהקים רק עם ממד המיניות, ונמצא קשר חיובי בינוני בין ממד זה ובין גיל המשתתפים ( $r_p = -0.26, p < .000$ ), וקשר שלילי חלש בינו ובין רמת ההשכלה ( $r_p = -0.17, p < 0.05$ ). כלומר, ככל שגיל המשתתפים היה גבוה יותר ורמת השכלתם נמוכה יותר, כך התייחסותם למיניות הייתה שלילית יותר.

באשר לקשרים בין המאפיינים הקליניים לממדי דימוי הגוף, נמצאו קשרים חיוביים בינוניים ומובהקים מבחינה סטטיסטית בין ממד השליטה ובין משך הנפיחות ( $r_p = 0.19, p < 0.005$ ). במילים אחרות, ככל שהשליטה של הפרט על גופו נתפסה פחותה יותר, כך משך הנפיחות נתפס כארוך יותר. אחרון, במבחן  $t$  נמצאו הבדלים מובהקים מבחינה סטטיסטית בין שלבי הטיפול האינטנסיבי והמשמר בממדי השליטה ( $t_{(199)} = 2.76, p < 0.005$ ) ובממד המיניות ( $t_{(198)} = 2.47, p < 0.05$ ). באופן ספציפי המשתתפים בשלב האינטנסיבי חשו שהשליטה על בריאותם ו"הסקס אפיל" שלהם ירוד יותר לעומת המשתתפים בשלב המשמר.

### קשרים דו-משתניים בין ייצוגי המחלה לממדי דימוי הגוף

כפי שניתן לראות בלוח 3, ריבוי (זיהוי) תסמיני המחלה והשלכות חמורות יותר היו קשורים באופן מובהק סטטיסטית לדימוי גוף שלילי יותר בכל ממדיו. כלומר, ככל שהמשתתפים תפסו את מחלתם כחמורה יותר מבחינת התסמינים והשלכות המחלה, כך דימוי הגוף שלהם היה שלילי יותר. כמו כן, נמצאו קשרים מובהקים חלשים בין תפיסת השליטה במחלה ובין דימוי גוף בממדים שליטה וחוסן בריאותי. במילים אחרות, ככל שהשליטה במחלה הייתה נמוכה יותר, כך השליטה ותחושת החוסן הבריאותי בדימוי הגוף היו נמוכות יותר. נוסף על כך, נמצאו קשרים מובהקים בינוניים עד חזקים וחיוביים בין הממד הרגשי ובין ממדי דימוי הגוף, למשל ההופעה, השליטה והחוסן הבריאותי.

**לוח 2:** ממדי ייצוג המחלה בלימפאדמה - ממוצע (סטיית תקן) ומספר המשיבים שענו 4-5 (%)

| ממדי ייצוג המחלה                                                                                                                                                                                                         | רווח בר סמך 95% | ממוצע (סטיית תקן) | מספר (%)                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------|-------------------------------------------------------------------|
| <b>זיהוי</b><br>גפה נפוחה<br>כאב<br>חולשה ומגבלה בתנועה<br>אודם<br>הפרעות בשינה<br>גירוי                                                                                                                                 | 2.2-2.26        | (0.68)<br>2.23    | 141 (70)<br>102 (51)<br>96 (48)<br>44 (22)<br>60 (30)<br>53 (26)  |
| <b>משך הזמן</b><br>זמן ממושך/קבוע                                                                                                                                                                                        | 3.88-3.94       | (1.33)<br>3.91    | 137 (68)                                                          |
| <b>סיבות התנהגותיות-נפשיות</b><br>לחץ היה הגורם העיקרי למחלתי<br>מחלתי נגרמה עקב התנהגותי                                                                                                                                | 1.51-1.59       | (0.82)<br>1.55    | 26 (13)<br>22 (11)                                                |
| <b>סיבות חיצוניות-רפואיות</b><br>טיפול רפואי לקוי שקיבלתי בעבר<br>אנשים אחרים מילאו תפקיד עיקרי בגרימת המחלה                                                                                                             | 1.46-1.6        | (0.97)<br>1.53    | 28 (14)<br>16 (8)                                                 |
| <b>השלכות</b><br>השפעות ניכרות על חיי<br>המחלה השפיעה על האופן שבו אנשים אחרים רואים אותי<br>מחלתי השפיעה על האופן שבו אני רואה את עצמי כאדם<br>השלכות כלכליות חמורות<br>עכשיו, קל לי יותר לחיות עם המחלה<br>מחלתי חמורה | 2.8-2.86        | (0.90)<br>2.83    | 104 (52)<br>113 (56)<br>106 (53)<br>64 (32)<br>90 (45)<br>48 (24) |
| <b>שליטה</b><br>הטיפול יעזור לבלום את מחלתי<br>פעולותיי יכולים להשפיע על הטבה או הרעה במצבי<br>הטיפול שאני מקבל יעיל בדיכוי המחלה<br>יש דברים שביכולתי לעשות כדי לשלוט בסימפטומים שלי                                    | 2.49-2.57       | (0.83)<br>3.52    | 133 (66)<br>133 (66)<br>80 (40)<br>88 (44)                        |
| ממד רגשי<br>דאגה<br>פחד<br>חרדה<br>מצב רוח רע                                                                                                                                                                            | 3.48-3.56       | (1.29)<br>2.53    | 117 (58)<br>44 (22)<br>48 (24)<br>48 (24)                         |

**מקרא:** (4) - מסכים, (5) - מסכים במידה רבה, רווח בר סמך בביטחון של 95%

**לוח 3:** מתאמי פירסון בין ממדי דימוי הגוף<sup>1</sup> (BIRS) ובין ממדי ייצוג המחלה<sup>2</sup> (IPQ-R) (n=201)

| ממדי ייצוג המחלה               | דימוי הגוף - הופעה | דימוי הגוף - שליטה | דימוי הגוף - חוסן בריאותי | דימוי הגוף - מיניות |
|--------------------------------|--------------------|--------------------|---------------------------|---------------------|
| זיהוי                          | 0.50***            | 0.58***            | 0.41***                   | 0.15*               |
| משך הזמן                       | 0.10               | 0.08               | 0.02                      | 0.13                |
| סיבות התנהגותיות - פסיכולוגיות | 0.08               | 0.08               | 0.03                      | 0.01                |
| השלכות                         | 0.69***            | 0.48***            | 0.48***                   | 0.25***             |
| שליטה                          | -0.04              | -0.20**            | -0.17*                    | -0.07               |
| ממד רגשי                       | 0.58***            | 0.26***            | 0.38***                   | 0.10                |

רמת מובהקות: \*\*\* $p < 0.0001$ , \*\* $p < 0.005$ , \* $p < 0.05$ ;

שאלון<sup>1</sup> BIRS - Body Image and Relationship Scale<sup>2</sup>, IPQ-R Illness Perception Questionnaire Revised

**לוח 4:** ניתוח רגרסיה היררכית בין ממדי ייצוג המחלה (IPQ-R)<sup>1</sup> לאינדקס ארבעת ממדי דימוי הגוף<sup>2</sup> (BIRS) (n=201)

| ממד ראשון של דימוי הגוף - הופעה | ממד שני של דימוי הגוף - שליטה | ממד שלישי של דימוי הגוף - חוסן בריאותי | ממד רביעי של דימוי הגוף - מיניות |            |
|---------------------------------|-------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------|------------|
| $R^2=0.02$                      | $R^2=0.05$                    | $R^2=0.11$                             |                                  | שלב ראשון  |
| B                               | B                             | B                                      | T                                | גיל        |
| -                               | -                             | -                                      | 3.71***                          | השכלה      |
| -                               | -                             | -                                      | -1.77                            | שלב טיפול  |
| -0.29                           | -0.12                         | -0.17                                  | -2.41*                           | זמן נפיחות |
| -0.13                           | -0.25                         | -                                      | -                                |            |
| -1.92                           | -1.45                         | -                                      | -                                |            |
| -                               | -1.81                         | -                                      | -                                |            |
| $R^2=0.55$                      | $R^2=0.27$                    | $R^2=0.28$                             | $R^2=0.16$                       | שלב שני    |
| B                               | B                             | B                                      | T                                | גיל        |
| -                               | -                             | -                                      | 3.86***                          | השכלה      |
| -                               | -                             | -                                      | -1.41                            | שלב טיפול  |
| 0.02                            | -0.16                         | -0.28                                  | -1.73                            | זמן נפיחות |
| 0.04                            | -0.07                         | -                                      | --                               | זיהוי      |
| 0.40                            | -1.04                         | 0.26                                   | 0.43                             | השלכות     |
| -                               | -1.64                         | 0.19                                   | 2.61*                            | ייצוג רגשי |
| -                               | -                             | 0.25                                   | 2.38*                            | שליטה      |
| -                               | -                             | 0.12                                   | -                                |            |
| -                               | -                             | -0.10                                  | -                                |            |
| -                               | -2.68**                       | -1.68                                  | -                                |            |
| -                               | 0.26                          | 0.25                                   | -                                |            |
| 0.16                            | -0.03                         | 0.18                                   | -                                |            |
| 2.80**                          | -0.47                         | 2.39*                                  | -                                |            |
| 6.47***                         | 4.81***                       | 2.94**                                 | -                                |            |
| 4.97***                         | 0.18                          | 0.01                                   | -                                |            |
| -                               | -                             | -0.22                                  | -                                |            |

רמת מובהקות: <sup>1</sup>Illness Perception Questionnaire Revised<sup>2</sup>; Body Image and Relationship Scale<sup>2</sup>

\*\*\* $p < 0.0001$ , \*\* $p < 0.005$ , \* $p < 0.05$ ;

ייתכן שנושאים אלה עוררו בקרב המשתתפים תחושות מבוכה ואי-נוחות שהשפיעו על תשובותיהם. מומלץ כי מחקרים עתידיים ישתמשו גם בשיטות מחקר אחרות או נוספות (כמו ראיונות עומק או קבוצות מיקוד) כדי לבחון נושא רגיש זה. שנית, הראיונות נערכו על-ידי איש מקצוע בעל מומחיות וותק רבים בנושא, וייתכן שסמכותיותו הקשתה על המשתתפים לחלוק נושאים אישיים. שלישית, ייתכן שאנשים עם דימוי גוף שלילי יותר הם אלה שהתקשו לחלוק את תחושותיהם.

למרות הסברים אלה, נמצא כי התפיסות השליליות ביותר היו לגבי ממד המיניות. ממצא זה תואם ממצאי מחקרים אחרים, שבחנו את הנושא בקרב נשים המחלימות מסרטן עם לימפאדמה, אשר הצביעו על תפיסות מיניות שליליות וקשיים בתפקוד המיני.<sup>44,43</sup> עם זאת, במחקר זה נמצא כי בממד ההופעה דווחו דווקא תפיסות חיוביות, לעומת מחקרים קודמים אשר דיווחו על תפיסות שליליות ברמה גבוהה.<sup>48-46,45,32</sup> ייתכן שההבדל הזה נעוץ בהרכב המדגם של המחקר, שכלל משתתפים שמחלתם נובעת ממגוון סיבות, כגון בעיות בכלי דם, פגם מולד ואחרות, לעומת המדגם של המחקרים הקודמים, שכלל אנשים עם לימפאדמה על רקע סרטן בלבד. הסבר לשוני בתפיסת ההופעה נשען על ממצאי מחקר אחר שדווח בו על הסממנים החיצוניים (כגון: נשירת שיער, כריתת שד וכו') המופיעים בעקבות טיפול בסרטן והגורמים להפרעה חמורה בדימוי גוף, במיוחד בממד ההופעה.<sup>49</sup> ייתכן שהופעת הבצקת תורמת לדימוי גוף שלילי יותר בקרב המחלימים מסרטן עם לימפאדמה.

באשר לחוסן הבריאותי ולשליטה - תפיסות המשתתפים דורגו ברמה בינונית. יש לציין שאין עקביות בספרות בנוגע לממדים אלה. מצד אחד, ישנם מחקרים המצביעים על שליטה נמוכה בגוף ועל הימנעות מפעילות גופנית מחשש להחמרת הנפיחות.<sup>51,50</sup> מצד שני, מחקרים אחרים דיווחו על רמה גבוהה בממדים אלה.<sup>53,52</sup> ייתכן שחוסר האחידות בממצאים נובע ממאפייני הנחקרים ומרמת פעילותם, שכן רוב המחקרים שהצביעו על דירוג גבוה בממדים אלה היו מחקרי התערבות, שבדקו פעילות גופנית שהתקיימה במסגרת אימון גופני מובנה בקרב המחלימות מסרטן השד.<sup>54,34</sup> במחקרנו לא נאספו נתונים לגבי רמת הפעילות הגופנית של המשתתפים, ועל כן אין באפשרותנו לאמת אמפירית הסבר זה. מומלץ כי נושא זה ייבחן לעומק במחקרים בעתיד.

## תרומתן הייחודית של ייצוגי המחלה לממדי דימוי הגוף

ממצאי הרגרסיות ההיררכיות מוצגים בלוח 4. נמצא כי תרומתם לשונות המוסברת של המשתנים שהוכנסו לרגרסיה היא רבה (בין 16% ל-55%) בכל אחד מארבעת ממדי דימוי הגוף. נמצא כי ממד ההשלכות הוא המשתנה העיקרי בכל ממדי דימוי הגוף. ממצא זה מסביר את החשיבות של תפיסת השלכות המחלה על דימוי הגוף של המשתתפים. כמו כן, נמצא כי ייצוגי מחלה נוספים, כגון זיהוי וממד רגשי, תורמים להופעה ולחוסן הבריאותי. כלומר, תסמיני המחלה והרגשות מסבירים את דימוי הגוף בממדים הללו.

## דיון

בפרק זה נדון בממצאי המחקר המתמייחים לדימוי הגוף ולייצוגי מחלה אצל אנשים עם לימפאדמה, ובקשרים שבין דימוי גוף ומאפייני הרקע ובין ייצוגי מחלה אצל אנשים עם לימפאדמה.

## דימוי הגוף

המטרה הראשונה של המחקר הזה הייתה לבחון את דימוי הגוף בקרב אנשים עם לימפאדמה מסיבות שונות. מטרה זו חשובה, מכיוון שלימפאדמה היא מחלה המלווה בשינויים גופניים ושליליים אשר משפיעים על איכות החיים ועל חוויותיהם של המטופלים.<sup>41-39,13</sup>

באופן כללי, דימוי הגוף דורג ברמה בינונית בכל הממדים. ממצא זה מפתיע במקצת שכן מצופה היה שלמשתתפים יהיה דימוי גוף שלילי יותר לאור העובדה שרובם דיווחו על נפיחות בולטת בגפה עם הבצקת. הממצא יכול לנבוע מן המאפיינים הקליניים של המשתתפים במחקר, שבהם שני שלישים כמעט דווחו על נפיחות ממושכת. ייתכן שאחרי תקופה ארוכה זו הם הסתגלו למצב והשלימו עם צורת הגפה הנפוחה ועם גופם בכלל.

הממצא יכול להיות מוסבר בסיבות מתודולוגיות. כידוע, דימוי הגוף הוא נושא אישי ורגיש במיוחד, ולכן הדיווח עליו יכול להיות מושפע מהטיות רבות. הטיה אפשרית עיקרית היא רצייה חברתית<sup>42</sup> אשר יכלה למנוע מן המשתתפים לחלוק עם המראיין תחושות שליליות בנוגע לגופם. יש יסוד להניח שבמחקר הנוכחי ההטיות אלה היו חזקות במיוחד, משלוש סיבות. ראשית, הכלי ששימש להערכת דימוי גוף כלל פריטים רבים המתמייחים לנושאים אינטימיים, כולל התפקוד המיני.



## ייצוגי המחלה

המחקר נועד גם לבדוק את התפיסה של אנשים עם לימפאדמה את מחלתם. באופן כללי נמצא כי המשתתפים דירגו ברמה בינונית את כל הממדים. ליתר פירוט, הם תפסו את מחלתם כגורמת לנפיחות ולהגבלות בתנועה וכבעלת השלכות שליליות על חייהם ברמה בינונית. כמו כן, המחלה עוררה רגשות שלילים מתונים, ותחושת השליטה בה דורגה ברמה בינונית. ממצאים אלה יכולים להיות קשורים במאפיינים הקליניים של משתתפי המדגם. כאמור, כל המשתתפים כבר קיבלו טיפול אינטנסיבי או משמר, שכנראה הפחית את עוצמת הסימפטומים של המחלה. אכן, במחקרים קודמים נמצא כי תפיסות האנשים את מחלתם משתנות במהלך המחלה<sup>56,55</sup> ובעיקר כאשר מתרחשת התנסות או חוויה חדשה, כמו מתן טיפול.<sup>57</sup>

## הקשר בין דימוי גוף ובין מאפייני הרקע

מטרתו המרכזית השנייה של המחקר הייתה לבחון את הקשרים בין דימוי הגוף ובין משתני הרקע של המשתתפים. נמצאו קשרים בין הממד מיניות ובין הגיל, והמבוגרים יותר מבין משתתפי המחקר דיווחו על קשיים רבים בתפקוד המיני. ממצא זה נתמך במחקרים קודמים שדווח בהם על ירידה במשיכה המינית ועל קשיים בתפקוד המיני.<sup>59,58</sup> כלומר, עם העלייה בגיל ישנה ירידה במשיכה המינית. כמו כן, ייתכן שבקרב המבוגרים מקרב משתתפי המחקר הייתה פתיחות רבה יותר בדיווח על קשיים בתפקוד המיני לעומת בקרב הצעירים.

נוסף על כך, נמצא שדימוי הגוף אצל מטופלים בתקופה הטיפול הראשוני, האינטנסיבי, שלילית יותר בהשוואה לדימוי הגוף בקרב מטופלים בשלב הטיפול המשמר (הכרוני). הסבר אפשרי לכך הוא שהמשתתפים הנמצאים בשלב הטיפול המשמר מתמודדים עם המחלה זמן רב יחסית, סממני המחלה פחתו והטיפול העצמי בבית הינו חלק משגרת היומיום. מכאן אפשר להבין את הדיווחים על דימוי גוף ירוד יותר בהשוואה למשתתפים בשלב הטיפול המשמר.

## הקשר בין דימוי הגוף ובין ייצוג המחלה

אשר למטרה השלישית – בחינת הקשר בין דימוי גוף לממד ייצוג מחלה – נמצא קשר מובהק בין ארבעה ממדי דימוי הגוף ובין ממדי ייצוג המחלה – זיהוי, השלכות, שליטה וממד רגשי, כמו במחקרים המעטים שבחנו נושא זה.<sup>60,19</sup> משמע, ריבוי תסמיני המחלה, השלכות רבות, רגשות שליליים ויכולת שליטה מועטה במחלה קשורים בדימוי גוף שלילי. על כן, אנשים עם לימפאדמה חווים קשיים מבחינה פיזית ונפשית כפי שדווח בספרות.<sup>62,61</sup>

נוסף על כך, נמצאו קשרים מובהקים חיוביים בין הממד הופעה שבדימוי הגוף ובין הממדים זיהוי, השלכות וממד רגשי של המחלה, והמשתנים של ייצוגי מחלה הסבירו חלק ניכר מן השונות לגבי דימוי הגוף. ממצא זה אינו מפתיע כיוון שלימפאדמה היא מחלה המאופיינת בשינויים גופניים בולטים, ויש להניח שהדבר תורם לאי-נוחות מן ההופעה החיצונית ולדימוי גוף שלילי כפי שנמצא במחקרים קודמים.<sup>60,13</sup> הסבר זה מקבל תימוכין בקשר שנמצא בין דימוי הגוף ובין שלב הטיפול. כלומר, בתקופת הטיפול האינטנסיבי, כאשר הגוף הנפוח חבוש בחבישת לחץ ונתפס כ"גוף מעוות" – דימוי הגוף בקרב המשתתפים היה שלילי יותר מאשר בקרב המשתתפים הנמצאים בשלב הטיפול המשמר שחוו שיפור בסממני המחלה והסתגלו לחיות עמה.

## מגבלות המחקר

למחקר הזה ישנן כמה מגבלות. ראשית, השתמשנו במדגם נוחות, והתשובות דורגו ברמה בינונית המעוררת ספקות לגבי הייצוגיות. לפיכך, ממצאי המחקר לא יצגו בהכרח את כל אוכלוסיית החולים בלימפאדמה ברחבי הארץ. שנית, המחקר נערך במסגרת מכונים פרטיים ומכוני הפיזיותרפיה של שירותי בריאות כללית באזור הצפון. לכן, לא ניתן להסיק מממצאי המחקר זה לגבי אנשים עם לימפאדמה המטופלים במסגרות טיפול אחרות. שלישית, השימוש במערך המחקר מסוג חתך-רוחבי אינו מאפשר להסיק מסקנות לגבי הקשר הסיבתי בין משתני המחקר. רביעית, שיטת הדיווח העצמי עלולה שלא לשקף את עמדותיהם של המשתתפים בצורה אובייקטיבית. למרות זאת, שיטת הדיווח העצמי נפוצה ביותר והיא מדד מקובל במחקרים כגון זה.

7. Deng, J, Murphy, BA, Dietrich, MS, et al. Impact of secondary lymphedema after head and neck cancer treatment on symptoms, functional status, and quality of life. *Head & Neck* 2013; 35: 1026-1035. <https://doi.org/10.1002/hed.23084>
8. Ridner, SH. The psycho-social impact of lymphedema. *Lymph Res Bio* 2009; 7: 109-112. <https://doi.org/10.1089/lrb.2009.0004>
9. Rockson, SG. Causes and consequences of lymphatic disease. *Annals NY Acad Scie* 2010; 1207: E2-E6. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2010.05804.x>
10. Carver, CS., Pozo-Kaderman, C, Price, AA, et al. Concern about aspects of body image and adjustment to early stage breast cancer. *Psychoso Med* 1998; 60: 168-174. [doi: 10.1097/00006842-199803000-00010](https://doi.org/10.1097/00006842-199803000-00010)
11. Stollendorf, DP, Dietrich, MS, & Ridner, SH. Symptom frequency, intensity, and distress in patients with lower limb lymphedema. *Lymph Res Bio* 2016; 14: 78-87. <https://doi.org/10.1089/lrb.2015.0027>
12. Herbozo, S, & Thompson, JK. Appearance-related commentary, body image, and self-esteem: Does the distress associated with the commentary matter? *Body Image* 2006; 3: 255-262. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2006.04.001>
13. Fu, MR, Ridner, SH, Hu, SH, et al. Psychosocial impact of lymphedema: A systematic review of literature from 2004 to 2011. *Psycho-Oncology* 2013; 22: 1466-1484. <https://doi.org/10.1002/pon.3201>
14. Przewdzicki, A, Alcorso, J, & Sherman, KA. My Changed Body: Background, development and acceptability of a self-compassion based writing activity for female survivors of breast cancer. *Patient edu counseling* 2016; 99: 870-874. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.12.011>
15. Chachaj, A, Małyszczak, K, Pyszel, K, et al. Physical and psychological impairments of women with upper limb lymphedema following breast cancer treatment. *Psycho-Oncology: J Psycho Social Behav Dimensions Cancer* 2010; 19: 299-305. <https://doi.org/10.1002/pon.1573>
16. Nesvold, IL, Dahl, AA, Løkkevik, E, et al. Arm and shoulder morbidity in breast cancer patients after breast-conserving therapy versus mastectomy. *Acta oncologica* 2008; 47: 835-842. <https://doi.org/10.1080/02841860801961257>
17. Ahmed, RL, Prizment, A, Lazovich, D, et al. Lymphedema and quality of life in breast cancer survivors: The Iowa women's health study. *J Clin Oncology* 2008; 26: 5689-5696. [doi: 10.1200/JCO.2008.16.4731](https://doi.org/10.1200/JCO.2008.16.4731)
18. Radina, E, Watson, W, & Faubert, K. Lymphoedema and sexual relationships in mid/late life. *J Lymph* 2008; 3: 21-30.

## מסקנות

ממצאי מחקרנו מראים שמודל הוויסות העצמי הוא מסגרת תיאורטית הולמת לבחינת הגורמים הקשורים לדימוי הגוף בקרב אנשים עם לימפדמה. ישנה חשיבות להכרת הקשרים בין ייצוגי המחלה ובין דימוי גוף בלימפדמה וההשלכות על הבנת המחלה והטיפול בה. לכן, לאור הממצאים, יש צורך מעשי להגביר את המודעות של המטפלים הלימפטיים לגבי גורמים אלו. יש חשיבות רבה להעמקת הידע וההיכרות של אנשי מקצוע עם אנשים עם לימפדמה על-ידי מתן האפשרות לשתף את מחשבותיהם ורגשותיהם ולהביע את פחדיהם. אנשי המקצוע צריכים לספק תמיכה רבה, אמינות ומידע רלוונטי על המחלה כדי לעודד את המטופלים להתמודד בצורה טובה יותר עם המחלה.

## מקורות

1. Norman, SA, Localio, AR, Potashnik, SL, et al. Lymphedema in breast cancer survivors: Incidence, degree, time course, treatment, and symptoms. *J Clin Oncology* 2009; 27: 390-397. <https://dx.doi.org/10.1200/JCO.2008.17.9291>
2. Kerchner, K, Fleischer, A, & Yosipovitch, G. Lower extremity lymphedema update: Pathophysiology, diagnosis, and treatment guidelines. *J American Academy Dermatology* 2008; 59: 324-331. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2008.04.013>
3. Balci, FL, DeGore, L, & Soran, A. Breast cancer-related lymphedema in elderly patients. *Topics Geria Reh* 2012; 28: 243-253. [https://journals.lww.com/topicsingeriatricrehabilitation/Abstract/2012/10000/Breast\\_Cancer\\_Related\\_Lymphedema\\_in\\_Elderly.3.aspx](https://journals.lww.com/topicsingeriatricrehabilitation/Abstract/2012/10000/Breast_Cancer_Related_Lymphedema_in_Elderly.3.aspx)
4. Rupp, J., Hadamitzky, C., Henkenberens, C., et al. Frequency and risk factors for arm lymphedema after multimodal breast-conserving treatment of nodal positive breast cancer-A long-term observation. *Radi Oncolo* 2019; 14: 1-8. <https://doi.org/10.1186/s13014-019-1243-y>
5. Dean, SM., Valenti, E., Hock, K., et al. The clinical characteristics of lower extremity lymphedema in 440 patients. *J Vasc Sur: Ven and Lymph Dis* 2020; 8: 851-859. <https://doi.org/10.1016/j.jvsv.2019.11.014>
6. Cemal, Y, Jewell, S, Albornoz, CR, et al. Systematic review of quality of life and patient reported outcomes in patients with oncologic related lower extremity lymphedema. *Lymphatic Res Bio* 2013; 11: 14-19. [doi: 10.1089/lrb.2012.0015](https://doi.org/10.1089/lrb.2012.0015)

31. Sherman, KA, & Koelmeyer, L. Psychosocial predictors of adherence to lymphedema risk minimization guidelines among women with breast cancer. *Psycho-Oncology* 2013; 22: 1120-1126. <https://doi.org/10.1002/pon.3111>
32. Hormes, JM, Lytle, LA, Gross, CR, et al. The body image and relationships scale: Development and validation of a measure of body image in female breast cancer survivors. *J Clin Oncol* 2008; 26: 1269-1274. <https://www.researchgate.net/deref/http%3A%2F%2Fdx.doi.org%2F10.1200%2FJCO.2007.14.2661>
33. Deddy, D. Factors related to physiotherapy treatment adherence among adult persons with lymphedema: Examining an integrative model combining the extended Self-Regulation Model and the Self-Stigma Model. Doctoral dissertation, University of Haifa 2018
34. Speck, RM, Gross, CR, Hormes, JM, et al. Changes in the body image and relationship scale following a one-year strength training trial for breast cancer survivors with or at risk for lymphedema. *Breast Cancer Res Treat* 2010; 121: 421-430. <https://doi.org/10.1007/s10549-009-0550-7>
35. Moss-Morris, R, Weinman, J, Petrie, K, et al. The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psycho & Health* 2002; 17: 1-16. <https://doi.org/10.1080/08870440290001494>
36. Benyamini, Y, Konichezky, A, Jacoby, R. Illness perception questionnaire revised (IPO-R) translation to Hebrew 2004; Retrieved from <http://www.uib.no/ipg/pdf/IPO-R-Hebrew.doc>
37. Chilcot, J, Wellsted, D, Davenport, A, et al. Illness representations and concurrent depression symptoms in hemodialysis patients. *J Health Psycho* 2011; 16: 1127-1137. <https://doi.org/10.1177%2F1359105311401672>
38. Edelstein, OE, Werner, P, Dresner-Pollak, R, et al. Illness perceptions among osteoporotic men and women: correlates and gender differences. *J Men's Health* 2012; 9: 168-175. <https://doi.org/10.1016/j.jomh.2012.03.012>
39. Collins-Bohler, D. The lived experience of African American women with breast cancer-related lymphedema. Wayne State University dissertations 2012; paper 644. Retrieved in [http://digitalcommons.wayne.edu/oa\\_dissertations?utm\\_source=digitalcommons.wayne.edu%2Foa\\_dissertations%2F644&utm\\_medium=PDF&utm\\_campaign=PDFCoverPages](http://digitalcommons.wayne.edu/oa_dissertations?utm_source=digitalcommons.wayne.edu%2Foa_dissertations%2F644&utm_medium=PDF&utm_campaign=PDFCoverPages)
40. Fingeret, MC, Teo, I, & Epner, DE. Managing body image difficulties of adult cancer patients: lessons from available research. *Cancer* 2014; 120: 633-641. <https://doi.org/10.1002/cncr.28469>
19. Alcorso, J, & Sherman, KA. Factors associated with psychological distress in women with breast cancer-related lymphoedema. *Psycho-Oncology* 2016; 25: 865-872. [doi: 10.1002/pon.4021](https://doi.org/10.1002/pon.4021)
20. Hagger, MS, & Orbell, S. A meta-analytic review of the common-sense model of illness representations. *Psycho health* 2003; 18: 141-184. <https://doi.org/10.1080/088704403100081321>
21. Tylka, TL. No harm in looking, right? Men's pornography consumption, body image, and well-being. *Psycho Men & Masculinity* 2015; 16: 97-107. <https://doi.apa.org/doi/10.1037/a0035774>
22. Leventhal, H, Meyer, D, & Nerenz, D. The common-sense representations of illness and danger. In: Rachman S (Ed.) *Contribution to medical psychology* 1980. NewYork: Pargamon, pp. 7-30.
23. Leventhal, H, Brissette, I, & Leventhal, EA. The common-sense model of self-regulation of health and illness. In: Cameron, LD, & Leventhal H (Eds.), *The self-regulation of health and illness behavior* 2003. London: Routledge, pp. 42-65.
24. Lobban, F, Barrowclough, C, & Jones, SA review of the role of illness models in severe mental illness. *Clin Psychology Review* 2003; 23: 171-196. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(02\)00230-1](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(02)00230-1)
25. Lau, RR., & Hartman, KA. Common sense representations of common illnesses. *Health Psychology* 1983; 2: 167-185. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0278-6133.2.2.167>
26. Diefenbach, MA., & Leventhal, H. The common-sense model of illness representation: Theoretical and practical considerations. *J Social Distress Homeless* 1996; 5: 11-38. <https://doi.org/10.1007/BF02090456>
27. Leventhal, H, Leventhal, EA., & Contrada, RJ. Self-regulation, health, and behavior: A perceptual-cognitive approach. *Psychology & Health* 1998; 13: 717-733. <https://doi.org/10.1080/08870449808407425>
28. Nguyen, AT. Self-management of type 2 diabetes: Perspectives of Vietnamese Americans. *J Transcultural Nurs* 2014; 25: 357-363. <https://doi.org/10.1177%2F1043659614523470>
29. Norton, S, Hughes, LD, Chilcot, J, et al. Negative and positive illness representations of rheumatoid arthritis: A latent profile analysis. *J Behav Med* 2014; 37: 524-532. <https://doi.org/10.1007/s10865-013-9506-9>
30. Petrie, KJ, & Weinman, J. Patients' perceptions of their illness, the dynamo of volition in health care. *Current Directions Psycho Scie* 2012; 21: 60-65. <https://doi.org/10.1177%2F0963721411429456>

52. Lee, TS, Kilbreath, SL, Sullivan, G, et al. Factors that affect intention to avoid strenuous arm activity after breast cancer surgery. *Oncology Nur Forum* 2009; 36: 454-462. <https://doi.org/10.1188/09.onf.454-462>
53. Sander, AP, Wilson, J, Izzo, N, et al. Factors that affect decisions about physical activity and exercise in survivors of breast cancer: a qualitative study. *Phys Therapy* 2012; 92: 525-536. <https://doi.org/10.2522/ptj.20110115>
54. Morone, G, Iosa, M, Fusco, A, et al. Effects of a multidisciplinary educational rehabilitative intervention in breast cancer survivors: the role of body image on quality of life outcomes. *Scientific World J* 2014. <https://doi.org/10.1155/2014/451935>
55. Korpershoek, YJ, Bos-Touwen, ID, De Man-Van Ginkel, JM, et al. Determinants of activation for self-management in patients with COPD. *Int j chronic obstr pulmo dis* 2016; 11: 1757-1766. <https://dx.doi.org/10.2147%2FCOPD.S109016>
56. Petrie, KJ, Perry, K, Broadbent, E, et al. A text message programme designed to modify patients' illness and treatment beliefs improves self-reported adherence to asthma preventer medication. *British j health psychology* 2012; 17: 74-84. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8287.2011.02033.x>
57. Lowe, R, & Norman, P. Information processing in illness representation: Implications from an associative-learning framework. *Health Psychology* 2017; 36: 280-290. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/hea0000457>
58. Ussher, J. M., Perz, J., & Gilbert, E. Changes to sexual well-being and intimacy after breast cancer. *Cancer nursing* (2012); 35:456-465. doi: 10.1097/NCC.0b013e3182395401
59. Winch, C. J., Sherman, K. A., Smith, K. M., Koelmeyer, L. A., Mackie, H., & Boyages, J. (2016). "You're naked, you're vulnerable": Sexual well-being and body image of women with lower limb lymphedema. *Body image*, 18, 123-134. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.06.002>
60. Auru, 298 Alcorso, J, Sherman, KA, Koelmeyer, L, et al. Psychosocial factors associated with adherence for self-management behaviors in women with breast cancer-related lymphedema. *Supportive Care in Cancer* 2016; 24: 139-146. doi: 10.1007/s00520-015-2766-x
61. Greene, A, & Meskel, P. The impact of lower limb chronic oedema on patients' quality of life. *Int Wound J* 2017;14: 561-568. <https://doi.org/10.1111/iwj.12648>
62. Taghian, NR, Miller, CL, Jammallo, LS, et al. Lymphedema following breast cancer treatment and impact on quality of life: A review. *Critical Rev Oncology/Hemato* 2014; 92: 227-234. <https://doi.org/10.1016/j.critrevonc.2014.06.004>
41. Pusic, AL, Cemal, Y, Alborno, C, et al. Quality of life among breast cancer patients with lymphedema: a systematic review of patient-reported outcome instruments and outcomes. *J Cancer Surviv* 2013; 7: 83-92. <https://doi.org/10.1007/s11764-012-0247-5>
42. Carey, RN, Donaghue, N, & Broderick, P. Body image concern among Australian adolescent girls: The role of body comparisons with models and peers. *Body Image* 2014; 11: 81-84. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2013.09.006>
43. Barlow, EL, Hacker, NF, Hussain, R, et al. Sexuality and body image following treatment for early-stage vulvar cancer: a qualitative study. *J Advance Nur* 2014; 70: 1856-66. <https://doi.org/10.1111/jan.12346>
44. Panjari, M, Bell, RJ, & Davis, SR. Sexual Function after Breast Cancer. *J Sexual Med* 2011; 8: 294-302. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.02034.x>
45. Chigurupati, R, Aloor, N, Salas, R, et al. Quality of life after maxillectomy and prosthetic obturator rehabilitation. *J oral and maxillofacial surg* 2013; 71: 1471-1478. <https://doi.org/10.1016/j.joms.2013.02.002>
46. Ridner, SH, Bonner, CM, Deng, J, et al. Voices from the shadows: living with lymphedema. *Cancer Nur* 2012; 35: E18-E26. <https://dx.doi.org/10.1097%2FNCC.0b013e31821404c0>
47. Watts, TE, & Davies, RE. A qualitative national focus group study of the experience of living with lymphoedema and accessing local multiprofessional lymphoedema clinics. *J Advan Nur* 2016; 72: 3147-3159. <https://doi.org/10.1111/jan.13071>
48. Zhu, J, Xiao, Y, Liu, F, et al. Measures of health-related quality of life and socio-cultural aspects in young patients who after mandible primary reconstruction with free fibula flap. *World J Surg Oncology* 2013; 11: 250. <https://doi.org/10.1186/1477-7819-11-250>
49. Bakht, S, Najafi, S. Body image and sexual dysfunctions: comparison between breast cancer patients and healthy women. *Procedia - Social and Behavioral Sci.* 2010;5:1493-1497. doi: 10.1016/j.sbspro.2010.07.314.
50. Ridner, SH., Sinclair, V, Deng, J, et al. Breast cancer survivors with lymphedema: glimpses of their daily lives. *Clin J Oncology Nur* 2012; 16: 609-614. <https://doi.org/10.1188/12.CJON.609-614>
51. Rosedale, M, & Fu, MR. Confronting the unexpected: temporal, situational, and attributive dimensions of distressing symptom experience for breast cancer survivors. *Oncology Nur Forum* 2010; 37: E28-E33. <https://doi.org/10.1188/10.onf.e28-e33>

## Examining body image and illness representations among persons with lymphedema - observational study

Dvora Deddy, BPT, PhD<sup>1</sup>, Perla Werner, Ph.D<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Physiotherapy Department, Nahariya, Clalit Health Services, Haifa and Western Galilee region, Israel

<sup>2</sup> Full Professor, Department of Community Mental Health, Faculty of Social Welfare Health Sciences, University of Haifa, Israel

### Abstract

**Purpose:** Lymphedema is a serious illness with dire consequences, which include functional dysfunction, unattractive physical appearance, and negative psychological effects. How people cope with these consequences might be associated with the way they perceive their disease (i.e., illness representations), as well as with their own body image.

**The main aims were:** 1. To describe body image perceptions and the cognitive and emotional illness representations of adults with lymphedema with various backgrounds, 2. To examine the associations between body image perceptions and background variables in adults with lymphedema, and 3. To examine the relationship between body image and illness representations in adults with lymphedema. The study is unique as it examines adults with lymphedema resulting from various causes and not necessarily cancer.

**Methods:** A cross-sectional study with 201 participants was conducted among a convenience sample of Hebrew speaking adults (older than 50 years) with lymphedema. Face-to-face interviews were conducted using structured questionnaires that included questions about illness representations (IPQ-R) and body image (BIRS).

**Results:** Participants' assessment of their body image was moderately negative, and they perceived their illness as a long term (68%) and concerning condition (58%). Statistically significant positive correlations were found between negative illness representations and negative body image. A multiple regression analysis revealed that perceptions related to identification of the disease, its consequences, and its emotional representations explained 55% of the variance in body image.

**Conclusions:** Body image perceptions of persons with lymphedema is linked to their illness perception. The study shows that healthcare staff's attention to body image perceptions and illness representations during treatment is very important for their ability to encourage persons with lymphedema to deal better with their disease and its treatment.

**Keywords:** Lymphedema, body image, illness representations



### היבטים אתיים ייחודיים לטיפול ברצפת אגן – מבוא לנייר העמדה

נואית ענבר<sup>1</sup>BPT, Ph.D, ירון טלינגר<sup>2</sup>BPT, MA<sup>3</sup>

1. ועדת האתיקה של הפיזיותרפיסטים בישראל

2. היחידה להפרעות תנועה, המרכז הרפואי תל אביב (איכילוב)

3. מכב"י שירותי בריאות, רכז אתיקה ארצי בפיזיותרפיה

בשלהי שנת 2019, נענתה ועדת האתיקה לבקשתם של נציגי קבוצת העניין בפיזיותרפיה לבריאות האישה, וגיבשה את נייר העמדה המובא לפניכם. נייר העמדה הזה עוסק בדילמות אתיות המתעוררות בקרב אנשי המקצוע המטפלים בגברים ובנשים המתמודדים עם שינויים בתפקוד רצפת האגן.

בניית המסמך נעשתה בתהליך מובנה: ראשית, נערכה סקירת ספרות נרחבת שנועדה למפות ולבחון את הדילמות האתיות של מטפלים העובדים במסגרת מרפאות ומכונים לטיפול ברצפת אגן, הן בארץ והן במדינות שקיימת בהן שגרת טיפולי רצפת אגן ומחקר ביו-אתי בנושא. במקביל, נאספו מגוון דילמות מן ה"שטח", בעזרת נציגי קבוצת העניין ובשיתוף נרחב עם מטפלים ומטפלות מתחומי טיפול שונים, כולל טיפול בנשים, בגברים, בבני נוער ובילדים, תחת הכותרת "טיפול ברצפת האגן". לאחר מכן, נערכה השוואה בין הספרות ובין הדילמות שנאספו, כדי להבהיר, להמשיג, ולמצוא את המשותף לדילמות האלה ואת הייחודי להן. לבסוף, נשקלו לעומק ההמלצות שניתן לאמץ מן הספרות וההמלצות שאפשר להפיק מן הדילמות השכיחות שנאספו.

נייר העמדה מבהיר את חשיבות העיסוק בהיבטים האתיים בטיפול רצפת האגן, ומקנה ידע בסיסי לגבי ערכים ביו-אתיים אוניברסליים רלוונטיים. בעזרת מקבץ תיאורי מקרה, מתאפשר תרגול של רציונליזציה-אתית (Ethical Reasoning) שנועד להעמקת ההבנה ולהפקת תובנות לגבי עשייתכם המקצועית. תקוותנו היא שנייר העמדה יוסיף לארגז הכלים המקצועי שלכם גם המלצות יישומיות.

אם תרצו לשתף את חברי ועדת האתיקה במחשבות, בתהיות, בהסגות ובחוויות שלכם – אתם מוזמנים לכתוב לנו: ptethicsil@gmail.com

נייר עמדה זה נכתב על-ידי קבוצת עבודה מתוך ועדת האתיקה, בהובלתם של ד"ר נואית ענבר וירון טלינגר, ביחד עם רחלי ארד וליהי צור ובשיתוף נציגי קבוצת העניין בפיזיותרפיה לבריאות האישה – נורית זבולון, נטע ביאר, תמר שרון-סבן, נירה כהן-צוברי וליאת שיק-נווה. קראו ותרמו לדיון: יגאל לברן, דיצה גוטליב, שני אלגזי, רוני בורשטיין ממנן וטסה מרכוס.



המועצה העליונה של הפיזיותרפיה בישראל  
ועדת האתיקה של הפיזיותרפיסטים בישראל

## היבטים אתיים ייחודיים לטיפול ברצפת אגן

נייר עמדה

נובמבר 2020

### רקע

הטיפול הפיזיותרפי ברצפת אגן קיים בארץ כשלושים שנה, אך בעשור האחרון התקדם, נחקר בהרחבה ובמקביל, הפך לנדרש יותר. נכון למועד כתיבת מסמך זה, כ-400 פיזיותרפיסטים בארץ הוכשרו לטפל ברצפת אגן (הכשרה בתר-מקצועית), ומספר זה עולה משנה לשנה. מרביתם מטפלים בנשים ומקצתם מטפלים בגברים, בבני נוער ובילדים. במערכת הבריאות, הטיפול מוצע לכל המבוטחים והפך לחלק אינטגרלי ממערך שירותי הפיזיותרפיה.

הניסיון המצטבר בתחום, יחד עם הספרות העוסקת בנושא, מצביעים על היבטים אתיים-מקצועיים ייחודיים לטיפול ברצפת אגן. לדוגמה, הריאיון מתמקד בתפקודי רצפת האגן כולל תשאול לגבי שליטה על סוגרים, תפקוד מיני, ועוד. מלכתחילה, אלה נושאים מדוברים פחות, שעשויים לעורר תחושות של בושה או מבוכה; הבדיקה והטיפול מתמקדים באזורים אנטומיים "אינטימיים" וכוללים מגע באיברים גניטליים ואנו-רקטליים; ארגון הכלים המקצועי הוא ייחודי לתחום זה, ולא פעם כולל אמצעי טיפול שאינם מוכרים למטופלים (בדיקה ידנית, ביופידבק פנימי, משקולות וגינליות, בלון אנאלי, ועוד), ועלולים לעורר אי-נוחות או חוסר בהירות לגבי הטיפול.

בנוסף, לעיתים קרובות ישנו פער בין תפיסת המטופל/ת את הטיפול לפני תחילתו, ובין המוסבר והמתרחש במפגש הראשון ובמפגשים הטיפוליים שאחריו. מטופלים רבים מגיעים לטיפול בציפייה לתרחיש טיפולי מסוים, ובפועל, לומדים שמדובר במהלך טיפולי אחר לחלוטין שלא ציפו לו. לצד אלה, יש מקרים בהם גם אצל המטפלים מתעוררת מבוכה, ונדרשת מהם מודעות אתית-מקצועית גבוהה לתגובותיהם. אופיו הרגיש של הטיפול מציב בפני הפיזיותרפיסט/ית דילמות אתיות מורכבות, יומיומיות, שיש בהן כדי לעוררת מועקה מוסרית (Moral distress), בעלות השלכות משמעותיות על הקשר עם המטופלות/ים ועל איכות הטיפול. נייר עמדה זה נכתב מתוך הכרה בהיבטים ייחודיים אלה, ולאור בקשה של העוסקים בתחום לכוון את המטפלים בתהליכי חשיבה אתית (Ethical reasoning).



לצורך כתיבת מסמך זה, נאספה ספרות רלוונטית והתקיימו מפגשי חשיבה וכתיבה של נציגי ועדת האתיקה עם ועדת היגוי מתוך קבוצת העניין בפיזיותרפיה לבריאות האישה, מטעם העמותה לקידום הפיזיותרפיה, יחד עם מטפלים ומטפלות נוספים העוסקים בתחום.

### מבנה נייר העמדה

ראשית, תוצג רשימת ערכים ביו-אתיים אוניברסליים שיש להכיר על מנת לקיים תהליכי חשיבה אתיים ולנהל דילמות אתיות-מקצועיות בתחום הטיפול ברצפת אגן. בהמשך, יוצגו דילמות אתיות-מקצועיות שכיחות בתחום טיפול זה, מנוסחות כתיאורי מקרה קצרצרים, מלווים ב"פתרון" יישומי לכל דילמה. בחלק האחרון תמצאו רשימה של המלצות פרקטיות המנוסחות על פי עקרונות של "אתיקה יישומית" (ethics Practical), ומטרתן לסייע למטפלים ולמטפלות להיערך מראש למצבי דילמה אתית-מקצועית, לחדד את היכולת לזהות דילמות אתיות בעת התרחשותן ולהתמודד איתן.

### ערכים ביו-אתיים אוניברסליים הבאים לידי ביטוי באופן מודגש בטיפול ברצפת אגן

ככלל, בכל טיפול פיזיותרפי יש להביא בחשבון את כלל הערכים האתיים האוניברסליים, המפורטים בקוד האתי של הפיזיותרפיסטים בישראל (2018). בדברים הבאים, נציג רשימה מצומצמת של ערכים – הרלוונטיים ביותר לטיפול ברצפת אגן.

**כבוד האדם (Human Dignity):** לכל אדם זכויות וחירויות בסיסיות. מערך זה נובעים כיבוד האוטונומיה (Respect for Autonomy) של האדם, החובה לקבל הסכמה מדעת או סירוב מדעת והחובה לשמור על פרטיות וסודיות.

**הטבה (Beneficence):** מטפל מחויב להשתמש בכל הידע ולנקוט בכל האמצעים העומדים לרשותו בכדי להביא לכך שההשלכות של מעשיו והתערבותו הקלינית תהיינה למען טובתו המרבית של המטופל.

**מניעת נזק (Non maleficence):** מטפל צריך לפעול למניעת נזק כלשהו למטופל, בין אם הדבר נעשה מתוך כוונה, מתוך הזנחה או מתוך חוסר ידע ומיומנות.

**יושר, יושרה, אמון, אמינות ואמירת אמת (Integrity, Honesty, Trustworthiness, Reliability and Truth Telling):** אלה הם חלק ממונחי היסוד של הגישה האתית המודרנית, כערך בסיסי ביחסים בין בני האדם ובשמירה על מרקם חברתי הרמוני. אדם ישר הוא זה הדובר אמת ופועל בתום לב. אדם שנוהג ביושרה מתקיימת אצלו הלימה בין מחשבותיו, אמירותיו ומעשיו. אלה משרים אמינות ומעוררים אמון בלב הסובבים.

**מקצוענות (Professionalism):** מיומנויות, שיפוט נכון והתנהגות אתית, המצופים מאדם שאומן להיות בעל מקצוע טוב השואף ללמוד ולחקור. מתוך ערך זה, נובעת גם ההכרה והשמירה על גבולות המקצוע. על המטפל לבחון בכל עת האם הוא פועל בתוך מסגרת הידע של מקצוע הפיזיותרפיה ובאילו מצבים נדרש שיתוף פעולה רב-מקצועי.

## תיאורי מקרה – דילמות אתיות שכיחות בטיפול ברצפת אגן

להלן מקבץ תיאורי מקרה אמיתיים שנאספו בתהליך עבודה משותף עם נציגות מקבוצת העניין "בריאות האשה" ועם פיזיותרפיסטים/יות מרחבי הארץ שעיקר עיסוקם טיפול ברצפת אגן והכשרת מטפלים חדשים. המקרים משקפים דילמות שהתעוררו בתחומי טיפול מגוונים ברצפת אגן: טיפול בתפקוד מיני, טיפול בתפקוד מערכת הסוגרים, טיפול מקוון ברצפת אגן (טלמדיסין). בכל מקרה, ישנה התנגשות בין ערכים אוניברסליים או עקרונות אתיים-מקצועיים.

### דוגמה 1 – שמירה על גבולות המקצוע וחשיבה רב-מקצועית

מטופלת פנתה בשל כאבים בעת קיום יחסי מין. הפיזיותרפיסטית חשה שהכאבים המתוארים נובעים במידה רבה ממורכבות רגשית ומציעה סדרת טיפולים לתרגול הרפייה, טיפול פנימי המכוון להפחתת הרגישות למגע, ועוד. השתיים נפגשות במשך שבעה שבועות, אחת לשבוע. בטיפול מתקיימות שיחות ארוכות על מצבה הרגשית של המטופלת. במהלך הזמן, הפיזיותרפיסטית מבחינה שאין הטבה של ממש ומציעה למטופלת לחזור לרופאת הנשים. המטופלת פנתה לוועדת האתיקה של הפיזיותרפיסטים, בטענה שטופלה במשך שבועות ארוכים "לשואא".

במפגש הראשון, ראוי היה שהפיזיותרפיסטית תציף את האפשרות שיידרש טיפול רב-מקצועי. בהמשך, לאור חוסר ההתקדמות, נכון היה להמליץ למטופלת על טיפול משולב הכולל בירור רפואי וטיפול רגשי על ידי איש מקצוע (פסיכולוגית, למשל), ולהסביר שטיפול רגשי נמצא מחוץ לגבולות הפיזיותרפיה. טיפול ברצפת אגן בכלל, ובתחום התפקוד המיני בפרט, מייצר שיח אינטימי ובהכרח רגשי. על הפיזיותרפיסטים המטפלים לשמור על גבולות המקצוע ולדעת לצייר את הקו שבין הקשבה ובין התערבות רגשית.

**העקרונות הביו-אתיים המעורבים במקרה:** מקצוענות וזיהוי גבולות המקצוע, ענווה מקצועית ותמלול תהליכי קבלת ההחלטות האתיים-מקצועיים.

### דוגמה 2 – ניהול מקצועי של מצבי מבוכה

מטופל פנה לטיפול לאחר ניתוח פרוסטטה וקשיים בשליטה על שתן. במהלך הבדיקה, מופיעה זיקפה אצל המטופל. המטופל נבוך מאוד ומנסה ל"הקליל" את הסיטואציה בבדיחה שמסיימת בשאלה "זה היה גס מדי?". הפיזיותרפיסטית, שטרם נתקלה במצב דומה, נבוכה מאוד בעצמה. היא עוצרת את הטיפול ושואלת אם היה מעדיף בשלב הזה לסיים את המפגש ולתאם מועד חדש. אותו מטופל, לא תיאם תור נוסף.

במפגש הראשון, ראוי היה להסביר למטופל שהמגע בבדיקה עשוי להוביל לזקפה, שלא מדובר בעירור מיני, שזו תופעה שאיננה שכיחה ואם מתרחשת – ניתן יחד להתגבר על המבוכה ולהשלים את הבדיקה הנדרשת. בנוסף, הפיזיותרפיסטית יכולה להעיר בנימוס שאין צורך בבדיחות אלא ניתן, גם בטיפול רגיש מסוג זה, לשמור על אווירה מקצועית ונעימה.

**העקרונות האתיים המעורבים במקרה:** הטבה, ביסוס אמון, יצירת מרחב טיפולי בטוח באקלים מקצועי.

### דוגמה 3 – השגת הסכמה מדעת לכל שלבי הטיפול

מטופלת לאחר לידה, פנתה לטיפול בשל בריחת שתן במאמצים קלים. בנוסף, היא מתארת כאב בזמן ביצוע התרוקנות ונטייה לעצירות. לאחר ראיון והסבר נרחב, המטופלת מסכימה לבדיקה פנימית. הפיזיותרפיסטית מבצעת את הבדיקה, שכוללת גם מישוש סביב פי הטבעת. ברגע הזה, המטופלת "קופצת", כשהיא מופתעת ומביעה אי נוחות משמעותית.

מקרה זה בא להדגיש את הצורך בקבלת הסכמה עבור כל שלב בבדיקה ובטיפול. בשיחה עם המטופלת התברר, שהיא ציפתה לבדיקה וגינלית בלבד והופתעה מאוד מהמגע באזורים אחרים. הפיזיותרפיסטית, הרגישה שהיא נתנה הסבר מלא לפני הבדיקה. למעשה, כדי לצמצם את הפער בחוויה שלהן, ראוי היה להסביר תוך כדי בדיקה מה נעשה, ולשאול לגבי השלב הבא: "סיימתי את הבדיקה הנרתיקית, וכעת, אמשש את הרקמות שסביב פי הטבעת. זה בסדר מבחינתך? תהיה לך תחושה של מגע סביב פי הטבעת. תגידי לי מה את מרגישה".

**העקרונות האתיים המעורבים במקרה:** הסכמה מדעת, תיאום ציפיות, הטבה, אי-גרימת נזק.

### דוגמה 4 – הצורך בהכרת התחומים האתי והחוקי המעורבים בטיפול: התפר שבין קטין ובוגר

נערה בת 16 הגיעה לטיפול באופן עצמאי בשל כאבים ברצפת האגן בעת נסיון לשימוש בטמפון. הפיזיותרפיסטית מנסה לברר האם מותר לטפל בנערה: האם היא נחשבת קטינה? האם נדרשת נוכחות של ההורים? הנערה מעדיפה להגיע לבדה לבדיקה ולטיפול, ומאשרת שהיא מבינה את מלוא המשמעות

של טיפול ברצפת אגן. היא מציינת שהיא לומדת בפנימייה מרוחקת ממקום מגוריהם של ההורים, ויש לה בן זוג ללא ידיעתם.

לצורך דיון במקרה זה, יש לתת את הדעת לחוזר מנהל הרפואה שמשפרו 4/2004 תחת הכותרת "ביקורי קטינים במרפאה ראשונית ללא מלווה": "מטפל ראשי לבצע בדיקה או טיפול רפואי שגרתי בקטין שמלאו לו 14 שנה גם ללא קבלת הסכמה מפורשת של הורה או נוכחות מלווה מטעמו, בכפוף לכך שהקטין עצמו נתן הסכמה מדעת לבדיקה או לטיפול" (סעיף 8.1).

עולה השאלה, האם טיפול ברצפת אגן עונה על ההגדרה של "טיפול שגרתי"? בחוזר הנ"ל ישנה הבהרה בעניין זה: "לפני בדיקות או טיפולים נוספים שאינם שגרתיים, וכן במקרה שיש חשד לבעיה רפואית חמורה או כזו המצריכה מעקב וטיפול נוסף, יש לזמן את ההורים או לשוחח עמם טלפונית, לתת להם את המידע ולקבל את הסכמתם.... במקרים בהם המטפל מתרשם כי פניה להורים עלולה לגרום לפגיעה בקטין, לפגוע בהיענותו לטיפול או לסכן את שלומו, או שהקטין מתנגד נחרצות למעורבות הוריו בטיפול... ניתן להיעזר בעובד הסוציאלי של קופת החולים" (סעיפים 8.3, 8.4) [ראו: [https://www.health.gov.il/hozer/mr04\\_2004.pdf](https://www.health.gov.il/hozer/mr04_2004.pdf)].

עמדת ועדת האתיקה היא, שבדיקה או טיפול פנימי אינם שגרתיים ולכן אין לבצעם במטופלים/ות מתחת לגיל 18 ללא הסכמת ההורים. עם זאת, ניתן להדריך את הנערה, להסביר לה מדוע נדרשת נוכחות ההורים, לצייד אותה בדפי מידע ובדרכי התקשרות. בצמתים בהם מתעוררת התלבטות, יש להיוועץ במנהל/ת או קולגה, ובמקרה הצורך לשלב ייעוץ סוציאלי (עו"ס).

**העקרונות האתיים המעורבים במקרה:** מקצוענות – הכרת התחומים האתיים והחוקיים הרלוונטיים לטיפול, איזון בין כיבוד האוטונומיה ובין הטבה ואי-גרימת נזק.

## דוגמה 5 – שיתוף של צילומים/הודעות כתובות/מכתבים רפואיים וכיוב'

אישה לאחר לידה פנתה לייעוץ בעקבות מקרים תכופים של בריחת שתן במאמץ קל. הייעוץ בוצע בטלמדיסין (שיחת וידאו), והתמקד בהדרכה לחיזוק השרירים. כחלק מתהליך ההערכה, המטופלת שלחה לפיזיותרפיסטית תמונות – אולטרסאונד המעיד על צניחת רחם ותמונות של רצפת האגן שלה (צילמה עצמאית בזמן עמידה). הפיזיותרפיסטית ביקשה את הסכמתה של המטופלת להתייעץ עם קולגות לגבי מצבה, והמטופלת הסכימה. לשם כך, הפיזיותרפיסטית שיתפה את התמונות בקבוצת וואטסאפ של מטפלים ומטפלות ברצפת אגן. הפיזיותרפיסטית דאגה לטשטש פרטים מזהים (כמו שם ומספר ת.ז. על גבי האולטרסאונד). יום למחרת, קולגה מתוך אותה קבוצת וואטסאפ פתחה את המחשב

האישי בבית ומצאה את התמונות ב google drive שלה, ושאלה בעמוד הפייסבוק שלה אם תרצה לפרסם אותן.

עולה השאלה, האם שיתוף מידע כמתואר עומד בהלימה עם עקרונות האתיקה המקצועית? על פי חוק, כל טיפול מחייב את אנשי המקצוע לשמירה על פרטיות וסודיות. עם התרחבות העשייה הטיפולית באמצעים מקוונים, ישנה עלייה בתדירות העברת צילומים בין מטופלים ואנשי מקצוע. במפגש מקצועי באמצעות טלמדיסין, הצילומים מחליפים - עד כמה שניתן - את הבדיקה הקלינית בחדר הטיפולים. מתוך ההבנה שכל מידע שעובר ברשת יכול להיות מסונוכרן עם הרשת החברתית, מאגרי תמונות אישיים ועוד, ועדת האתיקה ממליצה להימנע משיתוף צילומים של רצפת אגן, אברי מין ועוד – בקבוצות וואטסאפ, ברשתות החברתיות, בהודעות פרטיות, בדוא"ל וכיוצא באלה, גם אם ניתנה לכך הסכמה על-ידי המטופל/ת.

למעשה, בטיפול פנים-אל-פנים עיקר ההסכמה לטיפול נגזרת מעקרון כיבוד האוטונומיה יחד עם עקרון ההסכמה. בטיפול מקוון, עיקר ההסכמה לטיפול נגזרת מההבטחה לשמירה על פרטיות המידע ברשת ומניעת זליגתו מחוץ לגבולות הטיפול. אנא ראו חוזר המנהל הכללי בנושא "אמות מידה להפעלת שירות בריאות מרחוק טלה-בריאות/טלה-רפואה (Telemedicine)/חוזר מספר 6/2019, סעיפים 5.4.3 ו-5.4.4. [ראו: [https://www.health.gov.il/hozer/mk06\\_2019.pdf](https://www.health.gov.il/hozer/mk06_2019.pdf)]

**העקרונות האתיים המעורבים במקרה:** איזון בין שמירת סודיות ובין שכלול ידע והרחבת מיומנויות מקצועיות, כיבוד אוטונומיה, איזון בין הטבה ואי-גרימת נזק.

### דוגמה 6 – טיפול ברצפת אגן בילדים: תיאום ציפיות עם ההורים ואמירת אמת

פיזיותרפיסטית העובדת בבית ספר שבו משולבים ילדים עם צרכים מיוחדים, נתבקשה על-ידי הוריה של ילדה עם שיתוק מוחין לטפל בבריחת שתן המופיעה לעיתים כשהילדה צוחקת או משתעלת, ולגמול אותה משימוש בחיתול. הטיפול הראשון כלל בירור של התנהגויות – תשאול נרחב לגבי תכיפות, אופן ההתרוקנות, האמצעים לשמירה על הגיינה, ועוד. הילדה שיתפה פעולה בשיחה והשיבה לכל השאלות, והפיזיותרפיסטית זיהתה שנדרש שינוי התנהגותי מהותי בכל הקשור להרגלי התרוקנות, תזונה ושמירה על מאזן נוזלים.

יום למחרת, האם צלצלה נסערת לבית הספר ותיארה שהילדה נשאלה לגבי היכולת שלה להתנקות לבד, שנשאלה מי עוזר לה בבית, כמה היא שותה, מה היא אוכלת במשך היום, וכו'. היא הביעה תרעומת גדולה מכך שבטיפול הפיזיותרפי לא בוצעו תרגילי חיזוק, שלתפיסתה הם שויבילו לגמילה מחיתולים, אלא, ניתנו עצות המשנות את ההתנהלות היומיומית בבית. בנוסף, האם כתבה מכתב לוועדת האתיקה של

הפיזיותרפיסטים, שבו תיארה שהפיזיותרפיסטית לא מילאה את תפקידה ואף גרמה לה ולביתה להרגיש שהתנהלותן בבית ומחוצה לו אינן מיטיבות.

לתפיסתה של הפיזיותרפיסטית, השינויים ההתנהגותיים שהציעה הם בלתי נפרדים מעשייתה המקצועית – הכרחיים, נדרשים ומהווים חלק מההכשרה שלה בתחום טיפול זה: "שינוי התנהגותי אולי יוביל גם לשלב שבו ניתן יהיה לעבוד על חיזוק שרירים, אם כי לא תמיד זה נדרש בטיפול בילדים. לא פעם השינוי ההתנהגותי הוא העיקר בטיפול שלנו". בנוסף, הפיזיותרפיסטית ציינה את הקושי באמירת האמת להורים: "לא יכולתי להגיד להם שאני רואה איך הילדים בכיתה מעירים לה על ריחות לא נעימים, לפעמים גם לועגים לה, אבל אין מה לעשות, היא לא בשלה כרגע לגמילה".

אחד המאפיינים המרכזיים בטיפול בילדים הוא, שהוריהם (האפטרופסים הטבעיים) הם נותני ההסכמה לטיפול ולמעשה הם ה"קול" של הילד. מקרה זה משקף פער בין ציפיות ההורים ובין העשייה המקצועית של הפיזיותרפיסטית. אמנם הילדה שיתפה פעולה בטיפול, אך קולה של האם הוא הקול בעל המשקל המכריע. במקרה זה, נכון היה לעשות אחד משניים\*: להזמין את ההורים למפגש הטיפול הראשון, או, לשוחח איתם לפני הטיפול – להסביר מה הוא כולל, ואחריו – לשתף בממצאי התשאול ובהמלצות הנדרשות ("Shared" "decision making"), ובכך לצמצם את הפתעתה מהפער בין הציפיות שהיו לה, ובין הנעשה בפועל (נציין, שמטפלים העובדים במסגרת משרד החינוך מחויבים לשיתוף ההורים בתהליכי קבלת ההחלטות הטיפוליות, בהתאם למופיע בחוברת "קווים מנחים לעבודת מטפלים ממקצועות הבריאות ולמטפלים באמצעות אמוניות במערכת החינוך", עמוד 20, סעיף 2.11).

באשר לאמירת האמת, מדובר בעקרון ביו-אתי אוניברסלי שהשמירה עליו מעוררת מגוון רחב של שאלות ותהיות: האם אמירת אמת תשיג הטבה? האם יש בה כדי לגרום נזק? האם זהו עקרון אבסולוטי שיש לבטא בכל טיפול מול כל מטופל/ת? מהם הכלים שיש לאיש/אשת המקצוע כדי להחליט מה לספר, עד כמה לפרט וכיצד לבחור את התזמון המתאים? במקרה המתואר, נכון היה לקיים התייעצות עם צוות בית הספר (הצוות החינוכי וצוות מקצועות הבריאות) ולייצר שיחה עם הורי הילדה, שיש בה אמירת אמת יחד עם תיאור של תוכנית טיפולית שיש בה אופק לשינוי תפקודי (למשל, "בשלב זה, יש להכין את היסודות להשגת גמילה אפקטיבית בהמשך, על-ידי..... יחד עם..... כך שבהמשך נוכל.....").

**העקרונות האתיים המעורבים במקרה:** עשיית הטוב, אוטונומיה – השגת הסכמה מודעת, מקצוענות, אי-גרימת נזק ואמירת אמת.

## המלצות

הטיפול ברצפת האגן הינו בעל מאפיינים ייחודיים המהווים כר נרחב לדילמות אתיות לפיזיותרפיסט/ית המטפל/ת: האזור האנטומי שבו מתרכז הטיפול הינו אינטימי, התחושות המעורבות בטיפול אינן מוגבלות לכאב או להתמודדות עם מגבלה תפקודית. ולא פעם מתעוררות מגוון תחושות ורגשות כמו בוש, מבוכה, תסכול, ועוד. להלן מספר המלצות שמטרתן לסייע לפיזיותרפיסטים במתן טיפול אתי-מקצועי, שיש בו קשב וסובלנות מיוחדים לצרכי המטופלים/ות:

### תקשורת עם המטופל/ת, הורה/אפוטרופוס

- יש לתת הסבר ברור ומפורט, ולאחריו לוודא הבנה של המטופל/ת ולקבל את הסכמתו/ה לכל פעולה טיפולית הכוללת מגע וחשיפת אברי-גוף. הסכמה נדרשת לכל שלבי הבדיקה והטיפול ויש לקבלה מחדש עם כל שינוי בפעולה הטיפולית (ולא רק בתחילת הטיפול). בהסבר לגבי מהות הטיפול יש לשלב מרכיב של תיאום ציפיות. להנגשת ההסבר המילולי, מומלץ להיעזר בדגמים, תמונות, סכמות וכיוצא באלה.
- על הפיזיותרפיסט/ית ליידע את המטופל/ת כי זכותו/ה להיכנס לטיפול בנוכחות מלווה (ע"פ חוק זכויות החולה).
- יש לציין בפני המטופל/ת, שחדר הטיפול מאפשר נעילה של הדלת.
- במהלך הטיפול, לכשנדרש לחשוף איברי-גוף ולהתארגן בתנוחה מסוימת, מומלץ לבקש מהמטופל/ת לבצע זאת באופן עצמאי ככל האפשר. במילים אחרות, יש להימנע מהסרת בגדים של המטופל/ת על-ידי הפיזיותרפיסט/ית, עד כמה שהמצב התפקודי מאפשר זאת. במידה ואין למטופל/ת את היכולת לבצע שינוי תנוחה או להסיר בגדים באופן עצמאי, יש לשאול: "האם תרצה/תראי שאני או המלווה שלך נעזור לך"? בכל שלב, יש לאפשר פרטיות ולהציע כיסוי (סדין/גייר ייעודי).
- באופן גורף, יש להימנע משימוש בביטויים גסים, בדיחות או מלל שיש בו רמיזה לתכנים מיניים. זאת, גם כשהאווירה היא של יחסים "חבריים", וגם כשהמטופל/ת מציג בעצמו בדיחות או אמירות בעלות תוכן מיני.
- יש לשמור על המרחב האישי של המטופל ולהימנע מקרבה פיזית וממגע כשאינם נדרשים לטיפול.
- לעיתים בטיפול ברצפת אגן מתרחשות בריחת שתן, דליפת צואה, זיקפה וכיוצא באלה. כהכנה, יש ליידע מראש לגבי האפשרות שיתכן מצב כזה ולהתכוון אליו ולטפל בו בעדינות (להכין מגבת



מראש, לנקות אלקטרודות מבלי להתייחס לנושא באופן מילולי, ועוד). במילים אחרות, במקרה שאירוע כזה מתרחש, יש לשמור על אווירה שתקל ככול שניתן על תחושת הבושה של המטופל/ת ולהמשיך להתקדם בטיפול.

### גבולות המקצוע

- על הפיזיותרפיסט/ית המטפל/ת להבחין בין תלונות או קשיים שהטיפול בהם נמצא בגבולות מקצוע הפיזיותרפיה, ובין אלה המצריכים מעורבות של מקצועות טיפול אחרים (רופאים מתחום הגניקולוגיה, אורולוגיה, פלסטיקה, אורתופדיה, וכו'; ומטפלים מתחומי הפסיכולוגיה, הטיפול המיני, ועוד). במקרים בהם יש צורך במעורבות של מקצוע טיפולי נוסף יש להדריך את המטופל/ת כיצד לממש את הטיפול הנדרש. רצוי, לעמוד בקשר עם המטפל/ת, בידיעה ובהסכמה של המטופל/ת.
- פיזיותרפיסטים שעברו הכשרה גם בטיפול רגשי, יפעלו מתוך אחריות אתית-מקצועית ויבחנו את גבולות המקצוע ביתר שאת. יש להסביר מהי הכשרתו המלאה של המטפל/ת, ולאפשר למטופל/ת לבחור האם הוא מעוניין בטיפול משולב של הפיזיותרפיסט, או שיעדיף להפריד ולקבל את הטיפול מאנשי מקצוע שונים. יש לזכור שטיפול רגשי, גם אם יש לפיזיותרפיסט הכשרה לבצעו, איננו חלק אינטגרלי מהטיפול הפיזיותרפי.

### קידום המקצוע

- ישנן הערכות לפיהן גברים ונשים שטיפול ברצפת אגן יכול לסייע להם, אינם נחשפים לאפשרות טיפול זו. יש לחתור להעלאת המודעות לטיפול ברצפת אגן בציבור ובקרב מקצועות טיפול נוספים, על מנת להגיע לקהלים גדולים יותר. זאת, מתוך הדגשת המקצועיות והיכולת של פיזיותרפיסטים בעלי הכשרה ייחודית זו, לסייע בקשיי תפקוד שונים.
- ליצירת סטנדרטיזציה בידע המצטבר בתחום, מומלץ להסתייע בחוברת ההנחיות לשיקום רצפת האגן, שהוכנה על-ידי קבוצת העניין לבריאות האישה.

### סיכום

חשיבה אתית (כאמור, Ethical reasoning), היא בסיס לפעולה קלינית ראויה ומהווה חלק אינטגרלי בטיפול פיזיותרפי בכלל, ובטיפול ברצפת אגן, בפרט. בנייר זה תיארנו את הייחודיות של תחום טיפול זה, מתוך ראיית הרגישות האתית הנדרשת למטפלים בתחום, יחד עם הצגת הערכים האתיים הרלוונטיים.

לצורך המחשה, ניתחנו מספר דילמות אתיות אופייניות לתחום, שעלו מתוך העשייה הקלינית ב"שטח".  
דיון בתיאורי המקרה מאפשר דיון ולמידה של הנושא (Moral deliberation), ואנו מזמינים אתכם להיעזר בנייר זה בישיבות צוות ובתהליכי חידוד חשיבה והטמעה של חשיבה אתית.  
נבקש להודות לחברות קבוצת העניין "בריאות האשה" שתמכו תרומה משמעותית לנייר העמדה, והיו שותפות בתהליך הכתיבה. ככלל, שיתוף פעולה בין מטפלים, רכזי תחום/רכזים מקצועיים ובין ועדת האתיקה מסייע בהרחבת השיח האתי והעמקת הלמידה בתחום, ואנו מעודדים תהליכי חשיבה ועבודה אלה.

אם נתקלת בדילמה אתית-מקצועית בתחום הטיפול ברצפת אגן וישנה התלבטות כיצד להתמודד

איתה, ניתן לפנות לוועדת האתיקה בדואר אלקטרוני: [ptethicsil@gmail.com](mailto:ptethicsil@gmail.com).

### מקורות

Berghmans, B. (2018). Physiotherapy for pelvic pain and female sexual dysfunction: an untapped resource. *International urogynecology journal*, 29(5), 631-638. Retrieved 27.8.20, from: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00192-017-3536-8.pdf>

Davis, K., & Kumar, D. (2003). Pelvic floor dysfunction: a conceptual framework for collaborative patient- centred care. *Journal of advanced nursing*, 43(6), 555-568.

Delany C. (2008). Making a difference: incorporating theories of autonomy into models of informed consent. *Journal of Medical Ethics*, e3:1.

Delany, C., & Frawley, H. (2012). A process of informed consent for student learning through peer physical examination in pelvic floor physiotherapy practice. *Physiotherapy*, 98(1), 33-39.

Dufour, S., Fedorkow, D., Kun, J., Deng, S. X., & Fang, Q. (2019). Exploring the Impact of a Mobile Health Solution for Postpartum Pelvic Floor Muscle Training: Pilot Randomized Controlled Feasibility Study. *JMIR mHealth and uHealth*, 7(7), e12587.

Frawley, H. C., Neumann, P., & Delany, C. (2019). An argument for competency-based training in pelvic floor physiotherapy practice. *Physiotherapy theory and practice*, 35(12), 1117-1130.

Kinder, J., Davenport, T., & Lee, A. C. W. (2019). Telerehabilitation for Treating Pelvic Floor Dysfunction: A Case Series of 3 Patients' Experiences. *Journal of Women's Health Physical Therapy*, 43(1), 44-50.

Mateus-Vasconcelos, E. C. L., Ribeiro, A. M., Antônio, F. I., Brito, L. G. D. O., & Ferreira, C. H. J. (2018). Physiotherapy methods to facilitate pelvic floor muscle contraction: A systematic review. *Physiotherapy theory and practice*, 34(6), 420-432.

Reed, P., Whittall, C. M., Osborne, L. A., & Emery, S. (2020). Impact of Strength and Nature of Patient Health Values on Compliance and Outcomes for Physiotherapy Treatment for Pelvic Floor Dysfunction. *Urology*, 136, 95-99.

Rosenbaum, T. Y. (2018). Limits of Pelvic Floor Physical Therapy in the Treatment of GPPD. *Current Sexual Health Reports*, 10(2), 35-37.

Slade, S. C., Hay-Smith, J., Mastwyk, S., Morris, M. E., & Frawley, H. (2018). Strategies to assist uptake of pelvic floor muscle training for people with urinary incontinence: a clinician viewpoint. *Neurourology and urodynamics*, 37(8), 2658-2668.

Slade, S. C., Hay-Smith, J., Mastwyk, S., Morris, M. E., & Frawley, H. (2020). Attributes of physiotherapy continence clinicians: a qualitative perspective. *Physiotherapy*, 106, 119-127.

Tinetti, A., Weir, N., Tangyotkajohn, U., Jacques, A., Thompson, J., & Briffa, K. (2018). Help-seeking behaviour for pelvic floor dysfunction in women over 55: drivers and barriers. *International urogynecology journal*, 29(11), 1645-1653.

Verhoeks, C., Teunissen, D., van der Stelt-Steenbergen, A., & Lagro-Janssen, A. (2019). Women's expectations and experiences regarding e-health treatment: A systematic review. *Health informatics journal*, 25(3), 771-787.

Wall L.L. (2008). Ethical Principles in Pelvic Floor Physiotherapy. In: Haslam J., Laycock J. (eds) *Therapeutic Management of Incontinence and Pelvic Pain*, (pp. 269-272). Springer, London

### שאלון ©NECPAL CCOMS-ICO - כלי לזיהוי מטופלים הזקוקים לטיפול פליאטיבי

ענת וולדמן<sup>1</sup>, ד"ר מיכל אלבוים-גביזון<sup>2</sup> BPT, PhD

<sup>1</sup> מכבי שירותי בריאות

<sup>2</sup> החוג לפיזיותרפיה, הפקולטה למדעי הרווחה והבריאות, אוניברסיטת חיפה

מחקרים מצאו שהפניה מוקדמת לטיפול פליאטיבי מותאם תורמת לניהול אפקטיבי של התסמינים אצל החולה, מסייעת בהבאתו לכדי תפקוד מיטבי, ותורמת לרווחתו הפסיכולוגית, הנפשית ואף החברתית.<sup>3</sup> בפועל, לאנשי מקצוע רבים חסרים הידע והכלים הדרושים כדי לזהות את העיתוי המיטבי להפניית מטופלים לשירות הפליאטיבי.<sup>3</sup> בהתאם, חשוב מאוד שאנשי צוות מתחום הבריאות, לרבות פיזיותרפיסטים, הבאים במגע עם אותו חולה, יוכלו לערוך סקירה וזיהוי ראשוניים של מטופלים המיועדים לטיפול פליאטיבי רב-מקצועי.<sup>6</sup> לשם כך, יש צורך בכלי סינון לצורך הפניה של מטופלים לטיפול פליאטיבי רב-צוותי שאינה מבוססת על השאלות הפשטניות: "באיזה שלב נמצא המטופל?" או: "האם החולה סופני?"<sup>8</sup>

לאור זאת, אנו רואות לנכון להציג שאלון אשר פותח (בשפות ספרדית ואנגלית) במכון לאונקולוגיה בקטלוגיה: Palliative Needs World Health Organization Collaborating Centre - Catalan Institute of Oncology.<sup>2</sup> השאלון מכונה: ©NECPAL CCOMS-ICO Tool (ראשי תיבות של שם השאלון בספרדית)

השאלון פשוט לשימוש, ישנים, תקף ומהימן לצורך זיהוי מוקדם של מטופלים עם מחלות כרוניות מתקדמות וקשישים שבריריים הזקוקים לטיפול פליאטיבי.<sup>5</sup> כלי זה יכול גם לסייע במעקב אחר מטופלים במצבים כרוניים מתקדמים וכן לשמש ככלי הערכה תחזיתי (פרוגנוסטי) לסיכוי תמותה.<sup>2</sup> גרסה בעברית של השאלון נמצאת בשימוש בחלק מקופות החולים בארץ ובכמה מסגרות פרטיות הנותנות שירותי הוספיס ביתי. אין בספרות מידע על תהליך התרגום לעברית של השאלון. כמו כן, חסרים נתונים על התקפות והמהימנות של הגרסה העברית.

העלייה בתוחלת החיים והזדקנות האוכלוסייה בעולם ובישראל, ביחד עם התקדמות הטכנולוגיה, הביאו לשינוי תפיסה בקשר למחלות מגבילות חיים.<sup>1</sup> מחלות שנחשבו בעבר למחלות סופניות, נתפסות היום כמחלות כרוניות עם תוחלת חיים מוגבלת.<sup>2</sup> השינוי הזה הביא גם לעלייה בשכיחות הטיפול הפיזיותרפי בקרב מטופלים עם מחלות כרוניות במצב מתקדם ואף סופני. נמנים בהם אנשים הלוקים במחלות כגון אי-ספיקת לב, אי-ספיקת כליות, מחלת ריאות חסימתית כרונית, מחלות עצביות ניווניות ומחלת הסרטן. סביר להניח שפיזיותרפיסטים העובדים במסגרות אשפוז אקוטיות וסב-אקוטיות, במרכזי שיקום, בבתי אבות ובטיפול בית ייפגשו עם מטופלים אלו לעיתים קרובות.<sup>1\*</sup>

אצל חולים במחלה כרונית, וגם בתהליך ההזדקנות, קיימות שתי נקודות מעבר משמעותיות הדורשות זיהוי: 1. מעבר ממחלה כרונית למחלה כרונית מתקדמת עם תוחלת חיים מוגבלת וצורך בטיפול פליאטיבי לניהול התסמינים, 2. מעבר ממצב של מחלה כרונית מתקדמת למצב סופני.<sup>3</sup>

בעולם ובישראל צפוי שבשנים הבאות תהיה עלייה ניכרת במספר האנשים שיזדקקו לטיפול פליאטיבי, בכל טווח הגילאים.<sup>4</sup> מטרת הטיפול הפליאטיבי היא הקלת סבלם של המטופלים ושיפור איכות חייהם ואיכות החיים של בני משפחתם תוך התייחסות למכלול ההיבטים הפיזיקליים והפסיכולוגיים.<sup>5</sup> בשנים האחרונות חלו כמה שינויים משמעותיים בתחום הטיפול הפליאטיבי, כגון טיפול בחולים עם מחלות כרוניות נוספות המגבילות חיים, ולא רק התמקדות בחולי סרטן<sup>2</sup> ומתן טיפול פליאטיבי במגוון מסגרות טיפוליות, כולל בסביבה הביתית של המטופל.<sup>4</sup> שינוי נוסף הוא מעבר הדרגתי למתן הפניות מוקדמות לטיפול פליאטיבי.<sup>6</sup>

## תיאור הכלי

בשאלון ה-NECPAL שני חלקים:

I. חלק א' ובו שאלת הפתעה (The surprise question). בחלק הזה המטפל אמור לציין את התרשמותו הכללית ממצבו הכללי של המטופל באמצעות מענה "כן/לא" על השאלה: "האם תהיה מופתע אם החולה ימות בשנה הקרובה?". אם התשובה חיובית - אין לעבור לחלק ב' של השאלון משום שהמטופל אינו מתאים לקבלת טיפול פליאטיבי. אם התשובה היא שלילית, כלומר שהמטפל לא יהיה מופתע אם המטופל ימות בשנה הקרובה, יש לעבור לחלק השני של השאלון.

II. חלק ב' של ה-NECPAL כולל שלושה סעיפים מרכזיים, וכל סעיף מכיל כמה שאלות. התשובה על כל אחת מהשאלות היא "כן/לא".

1. סעיף 1 מתייחס לבקשה או לצורך בטיפול פליאטיבי וכולל שתי תתי-שאלות:

- i. האם המטופל או בני משפחתו ביקשו במפורש או במשתמע טיפול פליאטיבי או שמא דחו קבלת טיפולים המכוונים לריפוי המחלה?
- ii. האם המטפל חושב שהמטופל זקוק לטיפול פליאטיבי במצבו הנוכחי?

2. סעיף 2 מתייחס להתוויות קליניות כלליות של חומרת המחלה ומידת התקדמותה בששת החודשים האחרונים. סעיף זה כולל 6 תתי-שאלות המתייחסות למצבו התזונתי של החולה, למצב התפקודי בששת החודשים האחרונים, לנוכחות של לפחות 2 מתוך 6 סממנים של שבריריות (כגון מעל 2 נפילות, נוכחות של פצעי לחץ בדרגה 3-5), לנוכחות של מצוקה רגשית עם תסמינים פסיכולוגיים מתמשכים ברמת חומרה גבוהה, למידת השימוש במשאבים רפואיים ותחלואה נלווית (מעל 2 מחלות נוספות מלבד המחלה הכרונית העיקרית).

3. סעיף 3 מתייחס לחומרת המחלה הספציפית שממנה המטופל סובל ולמידת התקדמותה בששת החודשים האחרונים. סעיף זה מתייחס לקיומם של קריטריונים המעידים על פרוגנוזה גרועה של המחלה. רשימת הקריטריונים היא ייחודית עבור המחלה שממנה סובל המטופל, והיא מתייחסת למחלות האלה: סרטן, מחלות ריאות חסימתיות כרוניות (COPD), מחלות לב כרוניות, מחלות נוירולוגיות כרוניות מסוג ALS / Motor CVA /

Neuron Disease / טרשת נפוצה / פרקינסון, מחלת כבד כרונית חמורה, מחלת כליות כרונית חמורה ודמנציה.<sup>8</sup>

להלן קישור לגרסה המלאה של השאלון בשפה האנגלית:  
[http://ico.gencat.cat/web/.content/minisite/ico/professionals/documents/qualy/arxius/necpal\\_tool\\_eng\\_vf.pdf](http://ico.gencat.cat/web/.content/minisite/ico/professionals/documents/qualy/arxius/necpal_tool_eng_vf.pdf)

## טווח ציונים

התוויה להפניה של הנבדק לטיפול פליאטיבי מתרחשת אם התקבלה תשובה שלילית בחלק א' של השאלון (על שאלת ההפתעה) ותשובה חיובית בכל אחד משלושת הסעיפים של חלק ב' של השאלון (אם כי לא נדרשת תשובה חיובית בכל תתי-הסעיפים). שאלון זה יכול לשמש גם למעקב אחרי מצבו של החולה הפליאטיבי עם תחילת הטיפול הפליאטיבי.

## תכונות פסיכומטריות

שני חלקי השאלון בגרסתו באנגלית נמצאו בעלי רמת רגישות גבוהה. כמו כן נמצא ששני חלקי השאלון הם בעלי ערכי ניבוי שליליים גבוהים. יחד עם זאת, נמצא שרמת הספציפיות של שני חלקי השאלון היא נמוכה, וכי יש אחוז גבוה של "false positives". רמת הדיוק הפרוגנוסטי של חלק א' - 52.9%, ושל חלק ב' - 55.2%.<sup>5</sup>

נמצא שיכולת הניבוי הגבוהה ביותר של שאלון ה-NECPAL מתקבלת עבור מחלת הסרטן, ויכולת הניבוי הגרועה ביותר היא עבור מחלת הדמנציה.<sup>7</sup>

## סיכום

שאלון ה-NECPAL יכול לשמש כלי מדויק ויעיל לשם זיהוי והפניה מוקדמת לטיפול פליאטיבי של מטופלים עם מחלות כרוניות ולקשישים שבריריים במסגרות קליניות שונות של שירותי הבריאות והרווחה. שימוש בכלי זה בקבוצות סיכון יכול לאפשר קביעת מדיניות של הקצאת משאבים ותכנון נכון ומותאם של שירותים פליאטיביים בהתאם לצורכי הפרט והאוכלוסייה. שימוש נרחב בשאלון זה על-ידי כל אנשי צוות הרפואה, כולל צוותי הפיזיותרפיה, יכול לשפר את היקף הטיפול הפליאטיבי ורמתו במדינת ישראל. נדרשים מחקרי-המשך כדי להעלות את רמת הספציפיות של השאלון ולהורדת אחוז ה-"false positives".<sup>9</sup>

### מקורות

א. משרד הבריאות - טיפול פליאטיבי (טיפול תומך) לחולים עם מחלות חשוכות מרפא- טיפול פליאטיבי (טיפול תומך) לחולים עם מחלות חשוכות מרפא, משרד הבריאות (www.gov.il). מאוחר מתוך:

<https://www.health.gov.il/Subjects/Geriatrics/Pages/palliativeCare.aspx>

1. Pivodic, L., et al., Quality of dying and quality of end-of-life care of nursing home residents in six countries: an epidemiological study. *Palliative medicine*, 2018. 32(10): p. 1584-1595.
2. Gómez-Batiste, X., et al., Identifying patients with chronic conditions in need of palliative care in the general population: development of the NECPAL tool and preliminary prevalence rates in Catalonia. *BMJ supportive & palliative care*, 2013. 3(3): p. 300-308.
3. Esteban-Burgos, A.A., et al., A New Approach to the Identification of Palliative Care Needs and Advanced Chronic Patients among Nursing Home Residents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2021. 18(6): p. 3171.
4. Finucane, A.M., et al., How many people will need palliative care in Scotland by 2040? A mixed-method study of projected palliative care need and recommendations for service delivery. *BMJ open*, 2021. 11(2): p. e041317.
5. Gómez-Batiste, X., et al., Utility of the NECPAL CCOMS-ICO© tool and the Surprise Question as screening tools for early palliative care and to predict mortality in patients with advanced chronic conditions: a cohort study. *Palliative medicine*, 2017. 31(8): p. 754-763.
6. Leysen, B., B. Van den Eynden, and J. Wens, Where do GPs find patients with possible palliative care needs? A cross-sectional descriptive study. *BJGP Open*, 2021. 5(2).
7. Turrillas, P., et al., NECPAL prognostic tool: a palliative medicine retrospective cohort study. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 2021.
8. Gómez-Batiste, X., et al., Comprehensive and integrated palliative care for people with advanced chronic conditions: an update from several European initiatives and recommendations for policy. *Journal of pain and symptom management*, 2017. 53(3): p. 509-517.
9. Turrillas, P., et al., NECPAL prognostic tool: a palliative medicine retrospective cohort study. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 2021.

## עורכת המדור: ד"ר סמדר פלג BPT, PhD

במדור זה מובאים תקצירים בעברית של מאמרים שפורסמו בספרות העולמית. על פי חוזי זכויות היוצרים של כתבי העת הפועלים בשיטת הגישה הפתוחה (open access), אין צורך בהסכמת מערכות כתבי עת אילו לתרגום ופרסום התקצירים בעברית. במקרה של תקצירי מחקרים שהופיעו בכתבי עת שאינם פועלים בשיטת הגישה הפתוחה, מערכת כתב העת של העמותה לקידום הפיזיותרפיה בישראל קיבלה מעורכי כתבי העת הרלוונטיים אישור רשמי לפרסום בתרגום לעברית. יש לציין כי מערכת כתב העת שלנו אחראית על תרגום התקצירים ועל כל שגיאה או שינוי במהות התכנים הנובעים מתהליך התרגום מאנגלית לעברית.

במדור הנוכחי מובאים תקצירים של שני מאמרים שמבוססים על מחקר שהובילו עמיתות מישראל (פרופ' תמר יעקב וד"ר דבורה אלפרוביץ-נחנזון).

**קול קורא:** נשמח אם קוראי כתב העת ו/או עמיתים/ות שהיו שותפים לאחרונה לפרסום מאמרים בספרות העולמית, יפנו את תשומת ליבנו למאמרים עדכניים אשר הופיעו בספרות העולמית ואשר יכולים לעניין את ציבור הקוראים שלנו.

**מקורות הנתונים:** MEDLINE, CINAHL, PEDro, AMED, PubMed, Cochrane Central Cochrane Database of Reviews Systematic, מבוקרים, SportsDiscuss ו-PROSPERO.

**קריטריונים להכללה:** בסקירה זו נכללו מחקרים שבדקו תרגילים של שרשרת קינטית (Kinetic Chain-KC) רב-אזורית ותרגילים מקומיים שאינם חלק משרשרת קינטית (non-Kinetic Chain - nKC) לחגורת הכתפיים בקרב נבדקים בריאים ובתנאי מחקר דומים.

**תוצאות:** תרגילי KC הניבו רמות פעילות EMG גבוהות יותר בשריר הטרפז התחתון (lower trapezius) בחמישה מבין 11 מחקרים. בחמישה מבין יתר המחקרים האחרים לא נמצא הבדל בין סוגי התרגילים, ובמחקר אחד דווח על העדפה לתרגילים מסוג nKC. תרגילי KC הניבו רמות פעילות EMG גבוהות יותר בשריר המסור הקדמי (serratus anterior) בחמישה מבין 11 מחקרים. בשלושה מבין יתר המחקרים דיווחו על ההיפך, ובשלושה לא נמצא הבדל משמעותי בין סוגי התרגילים. תרגילי nKC יגרמו ליתר פעילות של EMG בשריר ה-infraspinatus בהשוואה לתרגילי KC בשלושה מבין ארבעה מחקרים. תרגילי KC הניבו את היחס הנמוך ביותר של גיוס שריר הטרפז בכל המחקרים. נוסף על כך, במחקרים שהשוו את יחס הפעילות החשמלית בין קבוצות השרירים האלה: the upper

## Role of the kinetic chain in shoulder rehabilitation: does incorporating the trunk and lower limb into shoulder exercise regimes influence shoulder muscle recruitment patterns? Systematic review of electromyography studies

Eleanor Richardson, Jeremy S Lewis, Jo Gibson, Chris Morgan, Mark Halaki, Karen Ginn, Gillian Yeowell  
*BMJ Open Sport Exerc Med* 2020 6(1): e000683

### תקציר

**תפקידה של השרשרת הקינטית בשיקום חגורת הכתפיים: האם שילוב שרירי הגו והגפה התחתונה במערך התרגילים לכתף ישפיע על תבניות גיוס שרירי חגורת הכתפיים? סקירה שיטתית של מחקרי אלקטרומיוגרפיה**

**מטרה:** לחקור את ההשפעה של תנועת הגו והגפיים התחתונות על תבניות גיוס השרירים הפועלים סביב חגורת הכתפיים באמצעות קריאת הפעילות החשמלית (Electromyography-EMG)

**שיטת המחקר:** סקירה שיטתית.



## eLearning in Physical Therapy: Lessons Learned From Transitioning a Professional Education Program to Full eLearning During the COVID-19 Pandemic

Leo Ng, PT, Kuang Cheng Seow, Laetitia MacDonald, Christina Correia, Alan Reubenson, Peter Gardner, Angela L. Spence, Samantha Bunzli, Beatriz Ito Ramos De Oliveira

*Physical Therapy (2021) 101 (4): 1-9*

### תקציר

**למידה-מרחוק בפיזיותרפיה: לקחים ממעבר של תוכנית חינוך מקצועית ללמידה מלאה מרחוק במהלך מגפת הקורונה**

**מטרות:** מחקר הרוחב האיכותני הזה נועד לבדוק את נקודות המבט של סטודנטים שלקחו חלק בתוכנית אחת לתואר ראשון בפיזיותרפיה באוסטרליה, לבחון את חוויית הלימודים שלהם עקב המעבר לתוכנית לימודים מלאה מרחוק ואת המלצותיהם לשיפור חוויית הלמידה.

**שיטות:** שבע קבוצות מיקוד, שהשתתפו בהן 28 סטודנטים לתואר ראשון בפיזיותרפיה, נעשו בעקבות המעבר ללמידה-מרחוק בשל דרישות הריחוק הגופני הקפדני על רקע מגפת הקורונה. השאלות בקבוצת המיקוד עסקו בחוויות התלמידים מן המעבר מגישת פנים-אל-פנים (face-to-face) לגישת הלמידה-מרחוק (eLearning). נוסף על כך, הסטודנטים התבקשו להמליץ על דרכים לשיפור חוויית הלמידה-מרחוק. התוצאות נותחו בשיטת ניתוחי נושא אינדוקטיביים (inductive thematic analysis).

**תוצאות:** שלושת הנושאים שזוהו היו: (1) סטודנטים מציגים תחושות שליליות מוגברות כמו חרדה, לחץ והפחתת מוטיבציה ללמוד; (2) סטודנטים ממשיכים להעריך את חשיבותה של הלמידה פנים-אל-פנים מכיוון שהיא סיפקה תמיכה חברתית ואפשרה לקבל משוב מצד עמיתים ומורים; (3) בין המלצות הסטודנטים ללימוד אלקטרוני / ללימוד-מרחוק נמנו הרצאות

trapezius, middle trapezius, supraspinatus, subscapularis, biceps brachii, latissimus dorsi, pectoralis major, deltoid, and trapezius and serratus anterior. לא נמצאה עקביות.

**מסקנה:** בסקירה זו נמצאו ראיות לכך ששילוב תרגילים מסוג KC בתהליך שיקום חגורת הכתפיים יכול להגדיל את גיוס השרירים המחוברים בין השכמה לשלד הציר (axioscapular muscles), לייצר יחסי שריר-טרפז עליון לעומת תחתון, נמוכים יותר ולהפחית את העומס על שרירי השרוול (rotator cuff). בשיתוף הגפיים התחתונות. דריכה (stepping) נראית עדיפה על פני כריעה (squatting).

**מילות מפתח:** סקירה מבוססת-ראיות, תרגילי שיקום, שיקום, חגורת הכתפיים, תוכניות לשיקום ספורטאים.

**Keywords:** evidence based review, exercise rehabilitation, rehabilitation, shoulder, sports rehabilitation programs.

## Sliding Sheet Use in Nursing Practice: An Intervention Study

Alperovitch-Najenson D., Weiner D., Ribak J.,  
Kalichman L.

Workplace Health Saf. 2020 68 (4): 171-181

### תקציר

#### שימוש בסדיני החלקה בעבודת הסיעוד: מחקר התערבות

**רקע:** מחקרים מצביעים על כך שלשימוש בסדיני החלקה יש ערך בטיפול בחולים המרותקים למיטה, בהשוואה לסדיני כותנה מסורתיים או מנשאים. מטרתנו הייתה לבחון את ההשפעות של שימוש בסדיני החלקה על כאבים בשרירים ובשלד ומוגבלות הקשורים לעבודה, על תחושת העומס בעבודה, על שחיקה ושביעות רצון בעבודה בקרב אחיות וסייעות.

**שיטה:** מחקר מדידות חוזרות, שכלל 41 אחיות וסייעות משלוש מחלקות פנימיות אשר טיפלו ישירות בחולים. המשתתפות מילאו שאלון בן שמונה חלקים [דמוגרפיה, מדד מוגבלות הצוואר (Neck Disability Index), שאלון מקוצר של מוגבלות הזרועות, הכתפיים והידיים (Quick Disability), שאלון מותאם של כאבי גב תחתון ומוגבלות (of the Arms, shoulder and Hand Questionnaire Modified), מדד כאבי גב תחתון ומוגבלות (Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire), מדד כאבי גב תחתון ומוגבלות (BackAche Disability Index), ושאלון עומס, שחיקה ושביעות רצון בעבודה] ארבע פעמים במהלך תקופת המחקר: שלושה חודשים לפני ההתערבות, ביום הראשון להתערבות, ו-3 ו-6 חודשים לאחר תחילת ההתערבות.

**ממצאים:** לאחר 3 ו-6 חודשים של שימוש בסדיני החלקה, פחתו כאבים ומוגבלות בצוואר ( $p < .001$ ); בזרועות, כתפיים וידיים ( $p = .041$ ); ובגב תחתון ( $p < .001$ ), וחלה עלייה בשביעות הרצון בעבודה ( $p < .001$ ).

**דיון / יישום:** ממצאי המחקר מצביעים על השפעה ברורה של הפחתה בכאבים בשרירים ובשלד ובמוגבלות הקשורים

מקוונות וסרטונים משלימים, שיעורים מעשיים בשיטת פנים-אל-פנים וקביעת לוחות זמנים, ללמידה, לתרגול ולפעילויות אחרות המווסתות את רמת הלחץ.

**מסקנות:** המעבר לגישה מלאה של הוראה מרחוק / eLearning בתוכנית לתואר ראשון בפיזיותרפיה במהלך מגפת הקורונה הגביר את הרגשות השליליים שנבעו מן המגפה. סטודנטים מעריכים שיעורים מעשיים בגישת פנים-אל-פנים, שבהם הם זוכים לתמיכה חברתית ומקצועית מעמיתים וממדריכים / מרצים. המלצות הסטודנטים ללמידה בעתיד כללו שינוי של מבנה תוכנית הלימודים כדי להרחיב את השימוש בגישה משלבת ללמידה. גישה כזאת תכלול יותר הרצאות מקוונות (online lectures) במקום הרצאות פנים-אל-פנים והוספת מקורות מידע מקוונים תומכי-למידה בנושאים מעשיים (practical skills).

**השפעה/השלכות לעתיד:** ככל שההשכלה הגבוהה עוברת לגישה משולבת יותר בהוראה כך הלקחים שנלמדו ממחקר זה יכולים לעזור למחנכים לתכנן תוכניות חינוך עתידיות לפיזיותרפיה. הממצאים יכולים לסייע למתכנני התוכניות להשתמש בשיטת eLearning מלאה כל עוד נמשכת מגפת הקורונה.

**מילות מפתח:** קורונה, חינוך, סטודנטים לפיזיותרפיה, סגל

לוואי לאחר ניתוח לסרטן שד, ועל תוכן טופסי הנחיות הקיימים בבתי החולים בארץ. גרסאות מתאימות הוכנו לחולים עם סיכון גבוה ועם סיכון נמוך לפתח תופעות לוואי לאחר הניתוח. הטיטות הראשונות אומתו על ידי ארבעה פיזיותרפיסטים מנוסים שהוסמכו לטיפול לימפאדמה. לאחר מכן צורפו תמונות הממחישות את התרגילים. דפי ההנחיות פורסמו באתרי העמותה לקידום הפיזיותרפיה בישראל ובאתר העמותה ללימפאדמה.

**תוצאות:** המידע כולל את זכותו של כל מטופל לקבל הדרכה לאחר ניתוח לסרטן שד ואחריו בשלושה סעיפים: 1. פעילות גופנית והפחתת סיכונים מוקדמת ביומיים הראשונים שלאחר הניתוח; 2. הנחיות לתרגילים מתקדמים מהיום השלישי לאחר הניתוח עד להסרת נקז ולהחלמת הצלקת הניתוחית; 3. המלצות להפחתת סיכונים לתופעות לוואי לכל החיים.

**מסקנות:** פיתוח דפי הנחיות סטנדרטיים המעודכנים לפי ספרות מקצועית והנגשתם לחולים לאחר ניתוח לסרטן שד עונים על צורך של מטופלות ושל פיזיותרפיסטים העובדים בתחום. הרלוונטיות של פרסום דפי ההנחיות הודגשה בעת מגפת הקורונה.

**מילות מפתח:** סרטן שד, תופעות לוואי, מטופלות, הנחיות, פיזיותרפיה

**הערה:** דפי ההנחיות פותחו בשתי גרסאות - האחת לנשים עם סיכון גבוה יותר לפתח תופעות לוואי אחרי ניתוח לסרטן שד (עברו ניתוח עם הוצאת בלוטות לימפה), והשנייה - לנשים עם סיכון נמוך יותר (עברו ניתוח ללא הוצאת בלוטות לימפה). ההנחיות נכתבו במקור בעברית ותורגמו לאנגלית, לרוסית ולערבית. ניתן להוריד את דפי ההנחיות, בכל הגרסאות, מאתר העמותה לקידום הפיזיותרפיה בישראל. (<http://www.ipts.org.il/?CategoryID=180&ArticleID=1843>).

לעבודה ועלייה בשביעות רצון כאשר נעשה שימוש בסדיני החלקה בעבודה הסיעודית. אחיות העוסקות בבריאות תעסוקתיות צריכות להתייחס לסוג זה של התערבות בעלות נמוכה כשיטה להפחתה בפגיעות בשרירים ובשלד בקרב נותני טיפול ישיר בחולים.

**מילות מפתח:** פגיעות שריר-שלד הקשורות לעבודה, סדיני החלקה, יישום, אמן/תרגול בסיס, מניעת מחלות, קידום בריאות, סיכונים תעסוקתיים, תוכניות בריאות ובטיחות בתעסוקה, פגיעות בתעסוקה

## Importance of standardized and on-line instructions for women after breast cancer surgery was emphasized by the lockdown during the Covid-19 crisis - A clinical letter

Jacob T., Silman Cohen H., Bracha J., Peleg R.  
*Int J Physiother.* 2020;7 (5): 216-225

### תקציר

**חשיבותן של הוראות סטנדרטיות ומקוונות לנשים לאחר ניתוח סרטן שד הודגשה במהלך משבר הקורונה - מכתב קליני**

**רקע:** מטופלות לאחר ניתוח סרטן השד הביעו את הצורך בטיפול והדרכה טובים יותר. כיום, הצורך הזה ברור מאי פעם, כאשר האשפוז לאחר הניתוח התקצר למינימום בגלל מגפת קורונה. הדרכה מקוונת עשויה לשפר את הטיפול בנשים אלה.

**מטרה:** לפתח דפי הנחיות פיזיותרפיה סטנדרטיים לנשים לאחר ניתוח לסרטן שד ולהנגישם באופן מקוון.

**שיטות:** מכתב קליני זה מציג הנחיות המבוססות על סקירת ספרות, על המלצות מעודכנות להפחתת הסיכון לתופעות

## סיכום עמדות הציבור המקצועי בדילמות בין האקדמיה לשטח - לספר או לשתוק

זהבה דוידוב BPT, MA

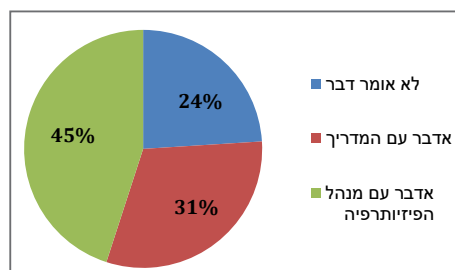
<sup>1</sup> יו"ר ועדת האתיקה של הפיזיותרפיסטים בישראל וראש היחידה ללימודים קליניים ומרצה בחוג לפיזיותרפיה, אוניברסיטת חיפה

**הדילמה של ראש היחידה ללימודים קליניים באוניברסיטה:**  
האם לכבד את רצונה של הסטודנטית ולא לומר דבר או לדבר עם המדריך או עם מנהל הפיזיותרפיה?

### סיכום תשובות הקוראים

**גרף 2:** ההתפלגות של עמדות המשיבים לגבי

**מקרה 1:** "תעשי לי מסג"



1. לכבד את רצונה של הסטודנטית ולא לומר דבר המצדדים בעמדה זו ביססו אותה על הערך **כיבוד האוטונומיה** (Respect for Autonomy), אשר נגזר מערך **כבוד האדם** (Human Dignity), וגם על הערך **רעות** (Collegiality).

להלן דוגמאות לתשובות המשיבים:

- ♦ יש לכבד את רצונה של הסטודנטית ולא לומר דבר: "מכיוון שהסטודנטית היא זו אשר חוותה הטרדה מצד המדריך, רק היא תחליט מה לעשות" (מדריכה).
- ♦ "זו סיטואציה שבה מדובר בבעל סמכות שאמור לתת לסטודנטית ציון, לכן ההחלטה היא של הסטודנטית" (מדריכה).
- ♦ "גם אם ההשלכות בלהחליט לא לספר הן קשות, ערך כבוד האדם ושמידה על האוטונומיה שלו הוא הערך הכי עליון לדעתי" (מדריכה).

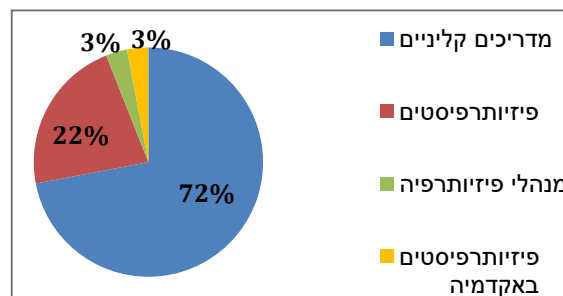
**הקדמה:** בגיליון הקודם של כתב העת לפיזיותרפיה (אפריל 2021) הוצגו שני מקרים שמהם עולות דילמות הקשורות בהדרכה של הסטודנטים, והנוגעות לקשר שבין האקדמיה ובין מקומות ההתנסות.

ביקשנו לשמוע את דעתכם על כל אחד מן המקרים. בגיליון זה יוצג סיכום של עמדות הקוראים בהתייחסות לערכים המופיעים בקוד האתי של הפיזיותרפיסטים בישראל:

[http://www.ipts.org.il/Uploads/dbsAttachedFiles/Kod\\_Eti\\_2018.pdf](http://www.ipts.org.il/Uploads/dbsAttachedFiles/Kod_Eti_2018.pdf)

בגרף 1 מוצגת התפלגות מאפייני המשיבים. 47 קוראים השיבו על השאלון הסגור. רוב המשיבים שענו על שאלון זה ענו גם על השאלות הפתוחות, וציינו את הערכים האתיים הרלוונטיים למקרה.

**גרף 1:** התפלגות מאפייני המשיבים לשאלון



### תמצית תיאור מקרה 1: "תעשי לי מסג' בבקשה"

במהלך התנסות, המדריך ביקש מסטודנטית לעשות לו מסג'. הסטודנטית חשה אי-נוחות, אך נענתה לבקשתו. בביקור האמצעי, דיווחה הסטודנטית על המקרה לראש היחידה ללימודים קליניים באוניברסיטה, אך ביקשה ממנה שלא לדבר על כך עם המדריך או עם כל אדם אחר.

ההתנסות שלה. יתרה מכך, הוא פגע בכבוד המקצוע ובשמו הטוב של מקום ההתנסות.

ההחלטה לשוחח עם המדריך התבססה על הערכים האתיים האלה: **אמירת אמת, מקצועיות ואחריות אישית וחברתית.** האחריות לכלל הסטודנטים גוברת על הערך **אוטונומיה** של הסטודנטית. כמו כן, האחריות של ראש היחידה ללימודים קליניים היא גם לוודא שהמדריך הזה לא יבקש מן הסטודנטית דברים נוספים אשר אינם ראויים.

## תמצות תיאור מקרה 2: "מתן מידע על סטודנט לפני התנסות חוזרת"

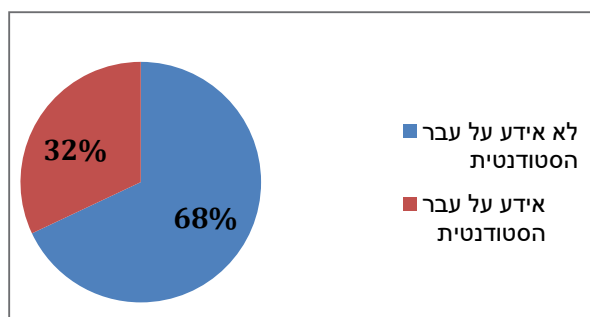
בהתנסות הראשונה של סטודנטית היא עברה חמש עברות בטיחות וזאת על אף התראות המדריך. באירוע החמישי, הסטודנטית עמדה רחוק מדי ממטופלת בזמן שזו הלכה, והמטופלת נפלה. המדריך החליט, בתיאום עם רכזת ההדרכה ועם האוניברסיטה, להפסיק מיד את ההתנסות של הסטודנטית. הסטודנטית עומדת עכשיו להגיע להתנסות חוזרת.

**הדילמה של ראש היחידה ללימודים קליניים באוניברסיטה:** האם לידע את מקום ההתנסות החדש של הסטודנטית על עברות הבטיחות הקודמות שלה או לא לידע אותם?

## סיכום תשובות הקוראים

**גרף 3:** ההתפלגות של עמדות המשיבים לגבי

**מקרה 2:** "מתן מידע על סטודנט לפני התנסות חוזרת"



1. לידע את מקום ההתנסות החדש על עבירות הבטיחות הקודמות של הסטודנטית

המצדדים בעמדה זו התבססו על הערכים האלה: **ישר, יושרה, אמון, אמינות ואמירת אמת** (Integrity, Honesty,

מתפקידה של ראש היחידה ללימודים קליניים לעודד את הסטודנטית לדבר עם המדריך:  
 "הייתי מנסה לשכנע את הסטודנטית לדבר עם המדריך והייתי מציעה להיות איתה בשיחה כדי לתמוך בה. ... אך לא הייתי לוחצת עליה" (מדריכה).  
 " ... למען הסטודנטים/יות הבאים" (מדריכה).

2. לדבר עם המדריך או עם מנהל הפיזיותרפיה המצדדים בעמדה זו התבססו על הערכים האלה: **ישר, יושרה, אמון, אמינות ואמירת אמת** (Integrity, Honesty, Trustworthiness, Reliability and Truth Telling (Professionalism) וגם על הערך **אחריות אישית וחברתית** (Individual and Social Accountability).

להלן דוגמאות לתשובות המשיבים:

♦ התנהגות המדריך היא ניצול יחסי מרות וניצול סמכותו:  
 "לדעתי מדובר פה בהטרדה מינית לכל דבר. שימוש בסמכות וניצול" (מדריך).  
 "אשאל (את המדריך) אם הוא חושב שבקשה כזו אתית כשהסטודנטית תלויה בו ואינה בעמדה שמעיזה לסרב" (פיזיותרפיסט).

♦ לפי הערך "אחריות אישית וחברתית" - על ראש היחידה ללימודים קליניים לדווח על המקרה מתוך אחריות לסטודנטים אשר יודרכו בעתיד אצל אותו מדריך:  
 "אין כאן מקום לעבור על זה בשתיקה. ייתכן שדיווח ימנע מקרים דומים או אף חמורים יותר" (מדריך).

♦ לפי הערך "אמירת אמת" - יש לדווח על אשר התרחש:  
 "חשוב לומר את האמת, וגם לדאוג לשלום הסטודנטית שלי" (מדריך).  
 "כששוקלים לשמור את המקרה בדלתיים סגורות, ישנה תחושת בטן לא טובה. זהו מצב שנעשה עוול לסטודנטית וממשיכים על סדר היום" (מדריך).

## החלטת ראש היחידה ללימודים קליניים באוניברסיטה:

ראש היחידה ללימודים קליניים באוניברסיטה בחרה לשוחח עם המדריך. בשיחה היא הבהירה למדריך שבקשתו מן הסטודנטית אינה אתית או מקצועית. הוא ניצל את סמכותו לשם הנאה אישית, ופגע ברגשותיה של הסטודנטית ובחוויות

להלן דוגמאות לתשובות המשיבים:  
 ♦ שמירת הערך "פרטיות" לגבי הסטודנטית:  
 ♦ "צריך לתת לסטודנטית את הכבוד הראוי" (מדריך).  
 ♦ "מאוד קל ליצר דעות קדומות וסטיגמות, הייתי מנסה  
 שהמידע על סיבות הכישלון יבוא מהסטודנטית" (מדריך).

להלן דוגמאות לתשובות המשיבים:  
 ♦ לפי הערך "אי-גרימת נזק" למטופלים בעת ההתנסות  
 החוזרת - מקום ההתנסות החדש צריך לקבל מידע על  
 המקרה אשר ימנע סיכון מן המטופלים שיבואו בעתיד:  
 ♦ "...על המדריכים בהתנסות החוזרת לדעת מידע כל כך  
 חשוב זה על מנת להבטיח את בטיחות מטופליהם. אין  
 זה סותר פתיחת "דף חדש" או גורם לדעות קדומות על  
 הסטודנטית, להיפך - במידה ותשפר את נושא השמירה  
 על הבטיחות, התקדמותה בנושא זה תהיה מוערכת עוד  
 יותר בעקבות המידע המקדים" (מדריך).

♦ לפי הערך "אחריות אישית וחברתית" - האוניברסיטה  
 חייבת לדווח על המקרה למקומות ההתנסות כדי לאפשר  
 להם להיערך לחיזוק נושא הבטיחות טרם מתן מטופלים  
 לסטודנטית:

♦ "מסירת מידע מוקדם זה למקום ההתנסות על  
 הסטודנטית יכול להוביל את מקום ההתנסות לחידוד  
 נהלים על בטיחות בצורה אופטימלית מהרגע הראשון,  
 לדוגמא: להעביר את שיעור ההסבר על בטיחות  
 מטופלים ושמירה עליהם ליום הראשון של ההתנסות.  
 בנוסף, לבחור עבור אותה סטודנטית מדריך ותיק יותר  
 או יותר סמכותי וברור שאולי יוכל לצמצם מפגן כזה של  
 עבירות בטיחות" (מדריך).

♦ "בניגוד לכישלון על חוסר ידע שאז לא נמסר מידע  
 על הסטודנטית למקום ההתנסות הבא, כאן יש מקום  
 למסור את המידע, ואף להבהיר לסטודנטית את הסיבות  
 לכך" (פיזיותרפיסטית).

2. לא לידע על כך את מקום ההתנסות החדש על פי הנוהג  
 הרווח באוניברסיטאות

המצדדים בעמדה זו התבססו על הערך **כבוד האדם** (Human  
 Dignity), הכולל בתוכו את החובה לשמור על **פרטיות**  
**וסודיות** וכן על **שוויון וצדק** (Equality and Justice).

להלן דוגמאות לתשובות המשיבים:  
 ♦ שמירת הערך "פרטיות" לגבי הסטודנטית:  
 ♦ "צריך לתת לסטודנטית את הכבוד הראוי" (מדריך).  
 ♦ "מאוד קל ליצר דעות קדומות וסטיגמות, הייתי מנסה  
 שהמידע על סיבות הכישלון יבוא מהסטודנטית" (מדריך).  
 ♦ לפי הערך "שוויון" בין הסטודנטים - יש להימנע ממסירת  
 מידע מקדים על סטודנט מסוים:  
 ♦ "יש לתת לה את ההזדמנות להתחיל התנסות חדשה  
 כשווה בין שווים" (מדריך).  
 ♦ "אם האוניברסיטה החליטה לתת לסטודנטית הזדמנות  
 נוספת היא צריכה להיות שווה" (מדריך).  
 ♦ "יש לאפשר לסטודנטית לפתוח "דף חדש"" (מדריך).  
 ♦ כל מדריך צריך לדאוג לכך שהסטודנטים יקפידו על  
 בטיחות המטופלים. לכן אין צורך למסור מידע זה על  
 סטודנט מסוים:  
 ♦ "בכל מקום התנסות המדריכים צריכים להקפיד על  
 בטיחות ולכן זה נעשה ממילא. הנזק במקרה זה שיכול  
 להיגרם לסטודנט גדול מהתועלת" (פיזיותרפיסט).  
 ♦ "כמו בכל התנסות שהמדריך לא מקבל מידע קודם, אם  
 שמירה על בטיחות זו בעיה היא תעלה גם בהתנסות  
 הבאה" (מדריך).

## החלטת ראש היחידה ללימודים קליניים באוניברסיטה:

בניגוד לרוב המשיבים, ראש היחידה ללימודים קליניים  
 באוניברסיטה בחרה לידע מראש את רכז ההדרכה במקום  
 ההתנסות החדש על עבירות הבטיחות אשר עברה הסטודנטית  
 בעת ההתנסות הקודמת שלה. שיחה זו התקיימה לאחר שיחה  
 עם הסטודנטית, שבה הובהרה לה החשיבות הקיימת ביידוע  
 בכך את מקום ההתנסות החדש.

הערך העיקרי שהנחה את ראש היחידה ללימודים קליניים  
 בשיקוליה היה הערך **אי-גרימת נזק** למטופלים במקום  
 ההתנסות החדש שלה. על יסוד הערך **אחריות חברתית** - סברה  
 ראש היחידה שבאחריות האוניברסיטה לידע את הנוגעים  
 בדבר במקרה של סכנה בטיחותית חמורה, כפי שאירע כאן.  
 נוסף על כך, על יסוד הערכים **אמירת אמת** ו**יושרה** סברה  
 ראש היחידה המקיימת קשרי עבודה הדדיים לאורך שנים עם  
 השטח שחינוי לא להסתיר מידע חשוב ורלוונטי.

# Table of Content

## Editorial

|                                                                                                                                           |   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| Summary of physical therapists' views regarding proposed specialization framework<br>Prof. (Emeritus) Yocheved (Yochy) Laufer, D.Sc ..... | 2 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|

## A Professional Overview

|                                                                                                                                    |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Direct access to physical therapy in the community - preferred model of care<br>Ayala Parag, PT, MPA, Noa Ben Ami, BPT, Ph.D. .... | 13 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|

## Community Project

|                                                                                                                                                         |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Academia-community partnership: An academic physical therapy course promoting health<br>within the community<br>Badera Naamneh-Abuelhija BPT, MPH ..... | 19 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|

## Research Article

|                                                                                                                                                            |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Examining body image and illness representations among persons with lymphedema -<br>observational study<br>Dvora Deddy, BPT, PhD, Perla Werner, Ph.D ..... | 29 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|

## Position Statements

|                                                                                                                       |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Pelvic floor treatment: Practical ethics for physical therapists<br>Noit Inbar BPT, PhD, Yaron Tilinger BPT, MA ..... | 43 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|

## Measurement and Assessment Scales

|                                                                                                                                                  |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| The NECPAL CCOMS-ICO©: A tool to Identify individuals in need of palliative care<br>Anat Woldman BPT, MSc, Michal Elboim-Gabyzon BPT, Ph.D ..... | 55 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|

## Abstracts from the Literature

|                                     |    |
|-------------------------------------|----|
| Editor: Smadar Peleg BPT, PhD ..... | 58 |
|-------------------------------------|----|

## Ethical Dilemma

|                                                                                                                      |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Reader's views regarding the cases: To report or not to report that is the question<br>Zahava Davidow, BPT, MA ..... | 62 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|

**The Journal  
of the Israeli  
Physiotherapy  
Society**

**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 23, Issue 2**  
August 2021  
ISSN 2518-9646  
**Cover:** © priscilla-du-preez-  
unsplash

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

Address of the Israeli Physiotherapy Society  
iptsoffice@gmail.com  
Tel: 03-6888104, Fax: 03-6888107

**Design and layout:**  
**Studio Nava Mosko**  
052-3247808; www.navamosko.com  
Email: navamos@gmail.com

Article submission to:  
yochy.laufer@gmail.com