

סטנדרטים לתפקיד הפיזיותרפיסט בפגייה: סקירת מקורות רשמיים בעולם המערבי ובישראל

דפנה קדר BPT, M.Sc,¹ אסנת עטון-עיני BPT, PhD²

¹ מחלקת הפיזיותרפיה, מרכז רפואי "העמק", שירותי בריאות כללית

² מרצה בכירה, החוג לפיזיותרפיה, הפקולטה למדעי הרווחה והבריאות, אוניברסיטת חיפה

תקציר

הפגייה היא סביבת עבודה מורכבת בעלת אוכלוסייה רגישה שהטיפול בה דורש מיומנות, הכשרה מתקדמת ושיתוף פעולה רב-מקצועי. הפיזיותרפיסט הוא חלק מן הצוות הרב-מקצועי בפגייה. מקצוע הפיזיותרפיה בפגייה מכיל מרכיבי תפקיד שונים. הפיזיותרפיסט עוסק במתן טיפול התפתחותי כוללני ובטיפול נשימתי תוך התייחסות למערכות הגוף השונות, כולל המערכת האוטונומית, המוטורית-תחושתית, מערכות הוויסות העצמי והקשב. הטיפול הפיזיותרפי בפגייה מתבסס על ידע מעמיק בתחום המחקר הרפואי וההתפתחותי, לרבות הגישה ההתפתחותית, שיישומה דורש הגדרות תפקיד, אמות-מידה מקצועיות והכשרות ייעודיות שמתוארות בנהלים ובניירות עמדה.

מטרת המאמר שלפנינו היא לסקור את תפקיד הפיזיותרפיסט בפגיות בישראל בהתייחס לסטנדרטים בינלאומיים, כפי שהם באים לידי ביטוי במסמכים רשמיים. הסקירה משווה את הנוהל הישראלי למול נהלים וניירות עמדה הקיימים בארה"ב, בבריטניה, באוסטרליה ובניו-זילנד, לפי הגדרות התפקיד, תחומי הידע, ההכשרה, הניסיון הקליני והשימוש בכלי אבחון והערכה.

כל הנהלים שנסקרו מתארים את תחומי האחריות של הפיזיותרפיסט בפגייה בהיבט ההתפתחותי, בטיפול האורתופדי

ובהערכה - קצתם משיקים וקצתם ייחודיים לעבודת אנשי צוות נוספים בפגייה.¹⁰ הנהלים שונים ממדינה למדינה בדרגת הפירוט של המרכיבים ובדגשים שלהם. נמצאו הבדלים בין המדינות גם בהיקפן של דרישות ההכשרה הייעודית וגם בתהליך הכניסה לפגייה ובתהליך הקבלה של הכשרה זו. דרישות ההכשרה כוללים ידע מקדים בקורסים ייעודיים, התנסות קלינית והדרכה צמודה בהכשרה הניתנת On Site, וכן הדרגתיות בכניסה לעבודה בפגייה. באשר להמלצות לכלי הערכה בפגייה, הנוהל הישראלי נבדל מן הנהלים האחרים בכך שציין בכלליות, ללא פירוט, את הצורך בהם. לעומתו, במקורות שכללו התייחסות לכלי הערכה מתאימים לשלב הפגייה פורטו כלי הערכה רבים, הנבדלים זה מזה בטווח הגילאים לביצוע ההערכה, בסוגי הכלי ובדרישות ההכשרה. במקורות שנסקרו אין התייחסות מספקת לתהליכי הפיקוח על יישומם של הנהלים.

ממצאי הסקירה יכולים לסייע בהמשך פיתוח הנהלים בהקשר המקומי, ולהניע מהלכים מקצועיים להמשך פיתוח וקידום תפקיד הפיזיותרפיה בתחום הטיפול בפגייה. מחקרים עתידיים העוסקים במיפוי של תפקיד הפיזיותרפיסט בפגיות יכולים לתת מבט רחב יותר על נושא זה.

מילות מפתח: סטנדרטים, נהלים, ניירות עמדה, הנחיות קליניות, תפקיד הפיזיותרפיסט, תחומי ידע, הכשרה, מעורבות רב-מקצועית, כלי אבחון והערכה בפגייה

תודות

ברצוננו להודות לפרופסור יוכבד (יוכי) לויפר מן הפקולטה למדעי הרווחה והבריאות באוניברסיטת חיפה על עזרתה בגיבוש ובקידום המאמר לפרסום, וכן לגברת איימי שפירא, מידענית, שירותי הייעוץ של ספריית אוניברסיטת חיפה, על תרומתה לסקירה.

1. מבוא

הפגייה היא סביבה ייחודית עבור הפיזיותרפיסט שכן היא מצריכה ידע וכישורים ייחודיים החורגים מדרישות המקצוע הבסיסיות בטיפול בילדים.¹ בפגייה מאושפזים תינוקות שנולדו בשלבים המוקדמים של ההיריון, תינוקות במשקל לידה נמוך ותינוקות שנולדו במועד, אך הזקוקים לטיפול מיוחד.² תינוקות פגים נאלצים להתמודד עם המעבר החד אל הסביבה החוץ-רחמית, וזאת כאשר מערכות הגוף שלהם אינן בשלות דיין. אי-בשלות זו יכולה לגרום למכלול רב ומורכב של בעיות רפואיות, לתחלואה ארוכת-טווח ולחוסר ארגון פיזיולוגי והתנהגותי ניכר.³ הורים לפגים מתמודדים אף הם עם היריון שהסתיים טרם זמנו ועם סביבה זרה, קדחתנית וטכנולוגית, שבה נשלט הטיפול בתינוקם על ידי צוות הפגייה.⁴ תינוקות פגים הם בין המטופלים המורכבים ביותר בין הילדים, וזאת בשל מצבם הפיזיולוגי השברירי והמורכב בעת שהותם בסביבת הדחק של הפגייה. מצב זה מחייב שהמטפל העובד בפגייה יהיה בעל מיומנויות וידע מקדים נרחב בתחומי הנאונטולוגיה והתפתחות הילד, זאת כדי להבין לעומק את השלכות הפגות וסיבוכיה על התינוק הפג ועל בני משפחתו, ולהתאים את ההתערבות ההתפתחותית לתינוק.⁵⁻⁷

התערבות התפתחותית בפגייה מבוססת על התיאוריה הסינאקטיבית (synactive theory) שממנה התפתחה הגישה ההתפתחותית התומכת בפגייה (developmental care).^{8,3} גישה זו מיועדת לקדם מסלול התפתחות מיטבי של התינוק הפג, להפחית את שיעורי התחלואה ואת ההשפעות ארוכות-הטווח על התינוקות הפגים באמצעות הערכה נזירה-התפתחותית אינדיבידואלית של התינוק הפג והתאמה של טיפול אינדיבידואלי-התפתחותי, הכולל שילוב טכניקות התפתחותיות, בקרת הסביבה וטיפול על פי גישת "המשפחה במרכז" (family-centered care).⁴⁻⁶ הטיפול ההתפתחותי בתינוק הפג ובמשפחתו בשלב הפגייה מושתת על עבודה של צוות רב-מקצועי מיומן ובעל הכשרה ייעודית. כמה מחקרים השוואתיים הראו כי מעורבות צוות רב-מקצועי רחב בפגייה, בתיאום ובשיתוף פעולה בין המקצועות, מקדמת את יישום הגישה ההתפתחותית.⁹⁻¹¹ הפיזיותרפיסט שייך לצוות הרב-מקצועי שכולל את הצוות הרפואי, הצוות הסיעודי וצוות מקצועי נוסף, שכולל את מקצועות הבריאות ואת הצוות הפסיכו-סוציאלי.^{10,12}

לפיזיותרפיסט העובד בפגייה ישנם תפקידים ייחודיים המצריכים היכרות עם מצבו הרפואי והנוירו-התפתחותי של התינוק הפג בשלבים השונים של האשפוז, במצבים הרפואיים השונים וכן ידע ומיומנויות קליניות עדכניות המבוססות על ראיות מחקריות (evidence based practice). תרומתה הייחודית של הפיזיותרפיה בפגייה נובעת מתחומי מומחיותה הקלינית. בטיפול הפיזיותרפיה בפגייה ניתן דגש להיבט התנועתי והפיזי (לדוגמה, אופטימיזציה של מנחים וקידום של יכולות התנועה תוך התייחסות לטונוס ולטווחי התנועה) נוסף על תפקודי הנשימה של התינוק הפג.^{10,13} הטיפול הנשימתי בפגייה עוסק בהערכה, במניעה ובטיפול בפג במצבים רפואיים קריטיים מסכני-חיים אשר קשורים למערכת הנשימה.¹⁴ תפקיד הפיזיותרפיסט בפגייה כולל בדיקה והערכה התפתחותית, זיהוי תינוקות מורכבים הזקוקים לטיפול פיזיותרפי מיוחד, בנייה ויישום של תוכניות טיפול אישיות, הדרכת הורים אישית וקבוצתית, הדרכת הצוות, סיכום טיפול והערכה לקראת השחרור מן הפגייה, השתתפות בישיבות צוות, תפקידי הדרכה ומחקר.⁵

תהליכי הבדיקה וההערכה ההתפתחותית בפגייה משלבים בין היתר כלי אבחון והערכה שונים וספציפיים לתינוקות הפגים בשלבי האשפוז השונים. כלי האבחון מעריכים בין היתר את מצבו הנוירו-התפתחותי של התינוק הפג, תנועתיות, רמת הכאב, תפקוד האכילה הפומית ורמות מצבי הדחק של התינוק הפג. התוצאות המתקבלות על ידי כלי אבחון אלו משמשות למתן הערכה אובייקטיבית לגבי ההתקדמות במצבו התפקודי של התינוק לאורך זמן, להצדקת ההתערבות ההתפתחותית בפגייה, להערכת תוצאות ההתערבות ולזיהוי הצורך בהפנייתו של התינוק הפג להמשך טיפול בקהילה לאחר שחרורו.⁶ ביצוע הערכות אלו דורש מעקב רציף אחר מצבו הפיזיולוגי של התינוק הפג והתאמת תהליך ההערכה למצב התינוק הפג.⁵ חשוב להתייחס למרכיב זה במיוחד בהגדרת תפקיד הפיזיותרפיסטים בפגייה כדי להנחות את הפיזיותרפיסט בבחירת כלי הערכה המתאים לאוכלוסייה זו.

לסיכום, הפיזיותרפיסט בפגייה עובד בסביבה מורכבת עם אוכלוסייה רגישה שהטיפול בה דורש מיומנות והכשרה ייחודית וייעודית, ושיתוף פעולה רב-מקצועי.⁵⁵ לפיזיותרפיסט תפקידים ייחודיים בעבודה בפגייה, הדורשים הגדרות תפקיד מדויקות, קביעת אמות-מידה מקצועיות

הנוהל הישראלי, פותחו קורסי הכשרה ייעודיים לטיפול בפגים אשר מתקיימים אחת לכמה שנים.

בתקופה שחלפה מאז פרסום נוהל הפיזיותרפיה, חלו שינויים משמעותיים בתחום הנאונטולוגיה בישראל. בשנת 2012 הוקמה קבוצת עניין מקצועית לפיזיותרפיסטים בפגייה. בשנת 2013 פרסם משרד הבריאות המלצות לניהול כוח האדם והתשתיות בפגיות, אשר מגדירות את הצורך בשילוב מוסדר של פיזיותרפיסטים ואנשי מקצועות בריאות נוספים בסביבת הפגייה.²¹ באותה השנה הוכרה גם הפגייה של בית החולים "מאיר" על ידי ארגון (The Newborn) NIDCAP Individualized Developmental Care and Assessment Program) העולמי כפגייה-תומכת-ההתפתחות הראשונה בישראל.²² בשנת 2016 פרסם משרד הבריאות את נוהל - "המעקב והטיפול בילודים מורכבים ובפגים עם שחרורם מאשפוז לקהילה". הנוהל מפנה באופן ישיר יותר תיגונות פגים למכונים להתפתחות הילד.²³ משנת 2017 ואילך חלה התקדמות בהעסקה סדירה של פיזיותרפיסטים בפגיות שבבתי החולים ברחבי הארץ - כ-26 פיזיותרפיסטים, לעומת 15 פיזיותרפיסטים שהועסקו על בסיס קבוע, חמישה פיזיותרפיסטים שהועסקו רק לפי קריאה (בדרך כלל כקריאה דחופה לטיפול הנשימתי) והיעדר פיזיותרפיסט כלל בארבע פגיות - בשנת 2002.²⁴

מאז עדכון נוהל הפיזיותרפיה בשנת 2012, חלה התפתחות משמעותית במחקר בנושא השפעת הטיפול ההתפתחותי התומך ויישומו בפגיות. בין היתר, ניכר יישום נרחב יותר של הגישה ההתפתחותית בפגיות²⁵ וקיימות עדויות נוספות להשפעות החיוביות של הטיפול ההתפתחותי התומך על התיגונות הפגים ובני משפחותיהם^{11,26,27} נוסף על כך, חלו התפתחויות משמעותיות בהבנת החסמים והמקדמים לעבודה רב-צוותית וליישום הגישה ההתפתחותית התומכת בפגיות.^{28,29,31}

לאור ההתפתחויות שחלו במחקר על השפעת הטיפול ההתפתחותי התומך ויישומו בפגיות ועל השימוש בכלי הערכה מקובלים, ולאור ההתפתחויות שחלו בשילוב המוסדר של פיזיותרפיסטים בפגיות ובשימוש בנהלים רשמיים ברמה הארצית, חשוב לבחון את תפקיד הפיזיותרפיסט כחלק מהטיפול השגרתי היום-יומי הניתן בפגיות. זיהוי המאפיינים

לתחומי הידע הספציפיים, למיומנויות הספציפיות ולכלי הערכה מתאימים בפגיות.¹⁰ מרכיבים אלו חשובים בהבטחת טיפול פיזיותרפי הולם לכל אוכלוסייה, אך קריטיים לטיפול בתינוק הפג ובבני משפחתו בשל שבריריות האוכלוסייה, התחלואה המרובה והסיכון המוגבר לסיבוכים רפואיים.^{14,5}

נהלים וניירות עמדה הם הדרך הרשמית והמקצועית כדי לבסס סטנדרטים לטיפול הולם וליישם הנחיות קליניות. "נייר עמדה" מוגדר כ"דין וחשבון מפורט הממליץ על דרכי פעולה בנושא מסוים", בעוד "נוהל" מוגדר כ"סדרת פעולות שנועדה לקיים משימה מסוימת, לפתור בעיה או להשיג מטרה", או לחילופין: "סדרת הנחיות, המוצאת מטעם ארגון לגבי שלבים ודרך טיפול בנושאים מסוימים".¹⁵ בעולם המקצועי, האקדמי והציבורי ניירות עמדה ונהלי עבודה משמשים לצורך תיאור עמדות, דעות, הנחיות ופעולות לגבי מדיניות או נושא מסוים. מסמכים אלו לרוב ישקפו בבהירות ובאופן מובנה את עיקרי הדעות או העמדות בנוגע להוכחה והצדקה של נושא או מדיניות מסוימת בתחום, יופנו לקהל יעד העוסק בתחום ויגובו לרוב במתן הנחיות והסברים מפורטים לגבי דרכי הפעולה ואופן יישום המדיניות. ניירות עמדה ונהלים רשמיים הם בעלי השלכות ציבוריות ותוקף משפטי מחייב.¹⁶

בעולם המערבי ובישראל תפקידי המקצועות הרפואיים ומקצועות הבריאות בסביבת הפגייה מוגדרים בנהלים ובניירות עמדה, וניתן למצוא בין הדיסציפלינות חפיפה וייחוד באופן הפעולה המומלץ. שותפות וחפיפה בין כל הדיסציפלינות נתפסים כיתרון ואף כהכרח מנקודת המבט של הגישה ההתפתחותית, והן חשובות לקידום הטיפול בתינוק הפג.^{10,17} נהלים וניירות עמדה חיוניים להגדרה של תחומי האחריות, המעורבות הרב-מקצועית, הידע וההכשרות הקליניות והמקצועיות הנדרשות; עקרונות הטיפול ההתפתחותי התומך מעוגנים בהגדרות התפקידים בנהלים הללו, והם הבסיס התיאורטי והמעשי לטיפול.^{10,12,18}

בשנת 2007¹⁹ פרסם משרד הבריאות "נוהל מעורבות פיזיותרפיה ביחידת אשפוז פגים" להגדרת תפקיד הפיזיותרפיה בפגייה, כתוצר של פעילות ועדת משרד הבריאות בנושא פיזיותרפיה בפגייה, וזאת בהתאם לשאיפה להגדיר את תחומי האחריות, המעורבות ודרכי פעולה אחידות של פיזיותרפיסטים בפגיות בישראל;¹⁹ הנוהל הזה עודכן בשנת 2012.²⁰ בעקבות פרסום

של תפקיד הפיזיותרפיסט יסייע להעמיק ולהשלים את תמונת המצב בנוגע לתחומי האחריות ולמטרות הטיפול הפיזיותרפי בתיווך הפג ובבני משפחתו.

מטרת המאמר הזה היא לסקור את תפקיד הפיזיותרפיסט בפגייה בהתייחס לסטנדרטים הנהוגים בעולם המערבי, כפי שנקבעו בנהלים רשמיים. מאחר שהתחום הנשימתי בפגייה הוא נפרד ונכלל במקורות מידע אחרים, נדרשת העמקה נוספת שהיא מעבר למסגרת המאמר הזה; לפיכך תחום זה לא נידון בסקירה שלפנינו.

מטרות הסקירה הן לאתר, להעריך ולבחון נהלים רשמיים וניירות עמדה המגדירים את תפקיד הפיזיותרפיסט בפגייה בעולם המערבי. נוסף על כך, הסקירה עוסקת בכלי הערכה המתאימים לשלב הפגייה. "נוהל מעורבות פיזיותרפיה ביחידת אשפוז פגים" של משרד הבריאות משמש מסגרת ייחוס לסטנדרטים בינלאומיים אחרים. כמו כן, נעשית השוואה של כלי האבחון וההערכה שבשימוש בין המקורות שנסקרו. ממצאי הסקירה עשויים לשמש בסיס לדיון מקצועי על קידום תפקיד הפיזיותרפיה בפגייה.

2. שיטות

2.1 הליך החיפוש

איתור מקורות המגדירים את תפקיד הפיזיותרפיסט בפגייה בעולם המערבי כלל פיתוח אסטרטגיית חיפוש. אסטרטגיית החיפוש התבססה על מטרות המחקר ועל הקריטריונים להכללת המקורות, ונבנתה בידי המחברת הראשונה של המאמר, בשיתוף המחברת השנייה, ובעזרתה של מידענית מספריית אוניברסיטת חיפה. הסקירה עסקה בשנים 2004 עד 2020 כדי לבחון את 16 השנים האחרונות, תקופת זמן ממושכת המאופיינת בשינויים משמעותיים בתחום המחקר.

הקריטריונים להכללה:

1. הנהלים הרשמיים וניירות העמדה העדכניים ביותר עבור כל מדינה;
2. מאמרים שעוסקים בהנחיות קליניות או בתיאור כולל של הגדרת תפקיד הפיזיותרפיה בפגייה;
3. מאמרים הסוקרים את תפקידי הפיזיותרפיה בפגייה ברמה הלאומית;

4. מאמרים שעוסקים בסקירת כלי ההערכה המקובלים בפגייה ברמה הלאומית;
5. נהלים אשר פורסמו בשפה העברית או האנגלית.

הקריטריונים לאי-הכללה:

- א. מאמרים שאינם בשפה האנגלית או העברית;
- ב. מחקרים קליניים ונהלים רשמיים מקומיים שהם ספציפיים למחוז או לבית חולים;
- ג. פרקים הלקוחים מספרות מקצועית אשר עוסקת בנושא.

מאגרי המידע שנכללו בחיפוש היו: "מפתח חיפה" של אוניברסיטת חיפה, PubMed, PeDro, Web of Science ו-Google Scholar.

מילות המפתח של החיפוש הכילו מילות חיפוש שהתייחסו לשלושה היבטים:

1. היבט המסגרת הטיפולית, ה-Setting של הפגייה: ['Neonatal Care' OR 'Neonatal Intensive Care Unit' OR 'Pediatric Intensive Care Unit' OR 'NICU' OR 'PICU' OR 'Developmental Care']
2. היבט אוכלוסיית הטיפול: ['Neonates' OR 'Preterm infants']
3. היבט המקצועי: ['Physical Therapy' OR 'Physiotherapy']
4. היבט סוג המקורות (נהלים, ניירות עמדה ומאמרים): ['Guidelines' OR 'Protocols' OR 'Procedures' OR 'Standards' OR 'Role' OR 'Education' OR 'Training' OR 'Service' OR 'Clinical Practice' OR 'Delivery']

כדי להרחיב את החיפוש מעבר למנועי החיפוש שצוינו ולאחר נהלים רשמיים שאינם מפורסמים רק במאגרי מידע אקדמיים, נערך חיפוש "אפור" באתרי אינטרנט ארציים רשמיים של משרדי הבריאות ובעמותות הפיזיותרפיה הרשמיות בעולם. בין המדינות שנבדקו: ארה"ב, בריטניה, אירלנד, קנדה, אוסטרליה, ניו-זילנד, צרפת, גרמניה, דרום אפריקה, הודו, ברזיל, נורבגיה, שבדיה, הולנד, איטליה ותאילנד. במדינות שבהן לא נמצאו נהלים רשמיים, נעשתה פנייה אישית לחוקרים אשר פרסמו מאמרים רלוונטיים בתחום בבקשה לאתר את הנהלים של אותה המדינה.

2.2 ניתוח המידע והצגתו

קריאה מעמיקה של הנהלים שנמצאו הביאה לחלוקת התכנים, סיכומם וסיווגם לשלושה תחומים עיקריים: א. הגדרת תפקידים ותחומי אחריות ב. פירוט תחומי הידע, ההכשרה והניסיון הקליני הדרוש ו-ג. כלי אבחון והערכה בפגייה.

הערכה נכלל מאמר מאוסטרליה וניו-זילנד⁴⁰ העוסק במיפוי השימוש בכלי אבחון והערכה, ונכלל בפרק העוסק בנושא זה. המסמכים פורסמו בשנים 2009-2017. לוח 1 מסכם את פרטי המקורות ואת הנושא העיקרי שבו המסמך עוסק.

3.1 מרכיבי תפקיד הפיזיותרפיסט

כל המקורות שאותרו מפרטים בהרחבה את תפקיד הפיזיותרפיסט בפגייה תוך כדי התייחסות למגוון תחומי תפקיד. לוח 2 מסכם את מרכיבי התפקיד של הפיזיותרפיסט בסיווג לפי תחום התפקיד - הערכה התפתחותית, הטיפול האורתופדי, מרכיבי ההדרכה, המעורבות הרב-מקצועית וקשרי הקהילה בתהליכי השחרור מן הפגייה. בשל ההבדלים בין נוהל לנוהל במידת הפירוט של הנושא, מצוינת רמת הפירוט של מרכיב הטיפול - אזכור, פירוט חלקי או הסבר מקיף (ראו המקרא ללוח). במקורות שאותרו לסקירה זו לא צוין תחום הפיזיותרפיה הנשימתית בפגייה. בנוהל הישראלי צוין תחום הפיזיותרפיה הנשימתית: "ביצוע טיפול נשימתי על פי הנחיית הרופא ומדיניות המחלקה." ובהוראות הביצוע: "תפקודי נשימה - שמירה על דרכי נשימה פתוחים ומאווררים"²⁰.

המידע שנאסף רוכז בכמה לוחות. תחילה נבנו לוחות ראשוניים כדי להנחות את תהליך מיצוי הנתונים, ובהמשך - את מבנה הלוחות. לאחר השלב הראשון של מיצוי הנתונים בלוחות, הוקצו הלוחות כדי להתאימם לתוצאות נוספות ולהגביר את המודעות לתוכן המקורות. המידע שמוצג בלוחות הוא זה: לוח 1 מסכם את המידע על המאמרים, על ניירות העמדה ועל הנהלים הרשמיים שנכללו בסקירה. לוח 2 משווה את המרכיבים השונים של תפקיד הפיזיותרפיסט בפגייה, בציון רמת הפירוט של כל מרכיב בכל אחד מן המקורות. בשל ההבדלים בין הנהלים בהיקף הפירוט של כל נושא, צוינה רמת הפירוט של כל נושא - מרמת פירוט נמוכה - אזכור בלבד של הנושא במשפט יחיד או הצגת מושג, דרך רמת פירוט בינונית - הכוללת פירוט רחב יותר של שורות מספר, והתייחסות ספציפית קצרה לנושא, ועד רמת פירוט גבוהה, שבה ניתן הסבר מקיף ורחב של הנושא, כפסקה עד עמוד. לשם השוואת הפירוט של כל מרכיב, פורטו תתי-הסעיפים של מרכיב זה. לוח 3 משווה את ההכשרה הנדרשת לעבודה בפגייה, ולוח 4 מפרט את כלי האבחון השונים בפגיות, לפי תחומי ההערכה.

3. תוצאות

בתהליך החיפוש אותרו תשעה מקורות, מהם שני נהלים שעוסקים בהגדרת תפקיד הפיזיותרפיסט בפגייה מהולנד³² ומנורבגיה,³³ וכן מאמר מתאילנד, שמיפה את תפקיד הפיזיותרפיסט בפגיות.³⁴ מסמכים אלו אינם זמינים בשפה האנגלית, ולכן לא נכללו בסקירה זו. חיפוש "אפור" ושליחת דוא"ל לחוקרים אשר פרסמו מאמרים רלוונטיים במדינות שבהן לא נמצאו נהלים רשמיים, לא הניב תוצאות נוספות.

בסקירה נכללו שישה מקורות שעמדו בקריטריונים להכללה (ראו פירוט בלוח 1): הנוהל הישראלי,²⁰ נוהל בריטי רשמי,³⁵ שני ניירות עמדה - בריטי ואמריקאי,³⁶⁻³⁷ והנחיות קליניות מארה"ב,^{38,39} אשר עוסקים בהגדרות של תפקיד הפיזיותרפיסט בפגיות. כמו כן, כדי לענות על שאלת המחקר העוסקת בכלי

לוח 1: סיכום הנהלים, ניירות העמדה והמאמרים שנכללו בסקירת הספרות

מספר סידורי	מדינה, מחברים, שנה	סוג המסמך	הנושא העיקרי שבו המסמך עוסק
1	ישראל, טטולר (2012) ²⁰	נוהל רשמי	הנוהל עוסק בהגדרת תחומי האחריות והמעורבות של הפיזיותרפיסט בפגייה, בהגדרת עקרונות מנחים לטיפול בתינוקות הפגים ובדרכי הפעולה של הפיזיותרפיסט.
2	בריטניה, הארגון הבריטי לרפואת היילוד (2010) ³⁵	נוהל רשמי	הנוהל עוסק בהגדרת תפקיד הפיזיותרפיה בפגייה בחפיפה ובמקביל לתפקיד הריפוי בעיסוק, תוך הדגשת ההיבט ההתפתחותי בטיפול בפגים. כמו כן, הנוהל מפרט המלצות לדרישות מקדימות להכשרה של הפיזיותרפיסטים בפגיות.
3	בריטניה, Brady & Smith (2011) ³⁶	נייר עמדה	נייר העמדה של ארגון הפיזיותרפיסטים הפדיאטריים בבריטניה עוסק בהגדרת תחום המומחיות של הפיזיותרפיה בפגייה כענף נפרד בתחום הפיזיותרפיה הפדיאטרית. הוא כולל הגדרת הכישורים, הניסיון הקליני ותחומי הידע הדרושים עבור פיזיותרפיסטים הרוצים לעסוק בתחום, ועבור מנהלים ומחנכים העוסקים בהכשרה. ³⁶
4	ארה"ב, הארגון האמריקאי לפיזיותרפיה פדיאטרית (2013) ³⁷	נייר עמדה	נייר העמדה האמריקאי ³⁷ עוסק במתן הנחיות קליניות להכשרה וכניסה הדרגתית ומובנית לסביבת הפגייה, בהנחייתו של פיזיותרפיסט בכיר - "מנטור" ובעלי מקצועות נוספים בפגייה. הוא מפרט את תחומי האחריות והסמכות של הפיזיותרפיסט בפגייה, תחומי הידע והכישורים הדרושים, הבסיס התיאורטי להתערבות והתייחסות לעבודה הרב-מקצועית בפגייה.
5	ארה"ב, Sweeney ועמיתה (2010,2009) ^{39,38}	מאמר הנחיות קליניות ו-EPB של American Physical Therapy Association - APTA	מאמרים הממוקדים בהצגת תפקיד הפיזיותרפיה בפגייה של Sweeney ועמיתה ^{39,38} (בחסות ארגון הפיזיותרפיה האמריקאי - American Physical Therapy Association - APTA) עוסקים בתיאור מודלים מפורטים להכשרה קלינית ובקבלת החלטות עבור פיזיותרפיסטים העובדים בסביבת הפגייה, מתארים גישות תיאוריות שעל פיהן מתנהלת העבודה הקלינית בסביבת הפגייה, וסוקרים ספרות עכשווית בשילוב המלצות והנחיות מבוססות-עדות (EBP) התומכות בטיפול הפיזיותרפי הניתן בפגיות.
6	אוסטרליה וניו זילנד, Allinson ועמיתה (2017) ⁴⁰	מאמר	מאמר סקר שנערך בקרב 117 פגיות באוסטרליה וניו-זילנד אשר לבדיקת יישומו של כלי הערכה המקובלים בבדיקות הנייר-התנהגותיות והנירולוגיות של פגים. הסקירה כללה את כל מקצועות הבריאות בפגייה: פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק וקלינאות תקשורת. המאמר נכלל בפרק התוצאות העוסק בשימוש בכלי האבחון בפגיות.

סקירת ספרות

לוח 2: סיכום של הנהלים, ניירות העמדה ומאמרים רלוונטיים בקשר לתפקיד הפיזיותרפיה בפגיות, במדינות נבחרות (נכון לשנת 2020)

תחום התפקיד	מרכיבי התפקיד	פירוט ודגשים של מרכיבי התפקיד	ישראל ²⁰	ארה"ב ³⁷	ארה"ב ^{39,38}	בריטניה ³⁵	בריטניה ³⁶
תפקיד התפתחותי	הערכה התפתחותית	רמת הפירוט	✓	✓✓✓	✓✓✓	✓	✓✓✓
		הערכה התפתחותית ראשונית	+	+	+		+
		הערכה התפתחותית לקראת שחרור	+	+	+		+
		שימוש בכלי הערכה מקובלים***	+	+	+		+
		מודיפיקציה ותזמון ההערכה בהתאם למצבו הנוירו-התנהגותי והפיזיולוגי של התינוק הפג		+		+	
		תזמון ביצוע ההערכה בהתאם לעבודת הסייעוד במחלקה					+
		התחשבות בדאגות ובסדרי העדיפויות של משפחת התינוק הפג		+			+
		התחשבות בעקרון ה-"minimal contact" בעת ההערכה		+			
		רמת הפירוט	✓✓✓	✓	✓✓✓		✓✓✓
		תפקוד חושי	+				+
תפקיד התפתחותי	קידום התפקוד והוויסות החושי	זיהוי סימני הדחק אצל התינוק הפג			+		+
		ויסות עצמי (Self-regulation)			+		+
		בקרה סביבתית (שליטה על רמות האור, רעש, גירויים חיצוניים)***		+	+		+
		רמת הפירוט	✓✓✓	✓✓	✓✓✓		✓✓✓
		עידוד בליעה ומציצה (nonnutritive sucking)	+		+		+
		גריית הפה כהתערבות לפני האכלה		+			+
		מעקב אחר מדדים חיוניים בהאכלה			+		+
		התייחסות לאינטראקציה ההורית בזמן האכלה			+		+
		הדרכה וייעוץ להנקה			+		
		שימוש בכלי הערכה מקובלים להערכת יכולות האכילה		+	+		
התייחסות למנח התינוק בעת האכלה***					+		

בריטניה ³⁶	בריטניה ³⁵	ארה"ב ^{39,38}	ארה"ב ³⁷	ישראל ²⁰		
✓✓✓		✓✓✓	✓	✓	רמת הפירוט	טיפול תנוחתי (positioning)
+		+			טיפול מניעתי למצבים מולדים (לדוגמה טורטיקוליס)	
		+			"swaddling containment or "nest יצירת "קן", מנח עטוף	
+					הדרכה למגע עור לעור- Skin to skin (Kangaroo Care)	
		+			טיפול תנוחתי לעידוד מציצה והבאת יד לכיוון הפה	
+			+	+	הדרכה למנח התינוק הפג בעריסה ובעת פעילות***	
+					התייחסות למנח התינוק בעת ההאכלה***	
✓✓✓		✓✓✓	✓	✓	רמת הפירוט	
+		+	+	+	עידוד תנועה ותפקוד על פי עקרונות ההתפתחות (facilitate head and trunk control, antigravity movement, and midline orientation)	
				+	הדרכה להחזקת התינוק על הידיים	
		+			שימוש ב- Handling להערכת מוכנות התינוק להערכה התפתחותית	
✓✓✓		✓✓✓	✓✓		רמת הפירוט	בקרה סביבתית***
+		+	+		שליטה על גירויים חיצוניים רמות אור, רעש, טמפרטורה	
✓✓✓		✓✓✓	✓✓	✓✓✓	רמת הפירוט	הכנה לקראת שחרור
+		+		+	הערכה התפתחותית חוזרת לקראת שחרור	
+		+	+	+	הדרכה והנחיית הורים***	
+				+	מרפאת מעקב פגים***	
+			+	+	הפנייה להמשך טיפול***	
+		+		+	סיכום והמלצות	
✓✓✓	✓	✓✓✓	✓✓✓		רמת הפירוט	התבססות על גישות תיאורטיות*
✓✓✓		✓✓✓	✓	✓		מעורבות משפחתית מובנית (family centered care)

תפקיד התפתחותי

סקירת ספרות

בריטניה ³⁶	בריטניה ³⁵	ארה"ב ^{39,38}	ארה"ב ³⁷	ישראל ²⁰			
✓✓✓	✓	✓✓		✓✓		טיפול במצבים אורתופדיים מולדים	טיפול אורתופדי
✓✓✓			✓✓			splinting	
✓✓✓		✓✓	✓✓	✓✓✓	רמת הפירוט	הדרכת הורים***	הדרכה
		+		+	מידע אודות תהליכי התפתחות		
		+	+	+	הכוונה לעידוד תנועתיות		
		+		+	הכוונה להחזקה על הידיים בתנוחות שונות		
				+	הכוונה למקורות מידע רלוונטיים		
+					הדרכה למגע עור לעור - Skin to skin (Kangaroo Care)		
+			+		התחשבות במערכת האמונות וסדרי העדיפויות של המשפחה		
✓✓✓		✓✓✓	✓✓	✓✓✓	רמת הפירוט	הדרכת צוות רב-מקצועי	
+				+	הדרכה למנח התינוק הפג בעריסה ובעת פעילות***		
		+	+	+	התאמת Handling לסוגי הפעילות		
+		+	+		עידוד לפעילות ותפקוד על פי עקרונות ההתפתחות		
+		+			ייעוץ והדרכה במצבים מולדים		
✓✓✓		✓✓✓	✓✓	✓		העשרה מקצועית	מעורבות רב-מקצועית
✓✓		✓✓✓	✓	✓		השתתפות בישיבות צוות	
✓✓✓		✓✓✓	✓	✓		השתלבות במחקר EBP	
✓✓✓		✓✓✓	✓✓	✓		קידום והבטחת איכות הטיפול***	
✓✓✓		✓✓✓	✓			תוכנית לניהול סיכונים	
✓✓✓		✓✓	✓	✓✓		תיעוד ברשומה הרפואית	
✓✓✓	✓	✓✓✓	✓✓✓	✓		ייעוץ ושיתופי פעולה	

בריטניה ³⁶	בריטניה ³⁵	ארה"ב ^{39,38}	ארה"ב ³⁷	ישראל ²⁰			
✓✓✓		✓✓✓	✓	✓		שימוש בכלי הערכה מקובלים***	מעורבות רב-מקצועית
✓✓✓	✓	✓✓✓	✓✓	✓		בניית תוכניות טיפול	
✓✓✓	✓	✓✓	✓	✓		מרפאת מעקב פגים***	קשרי קהילה
✓✓✓		✓✓✓	✓✓	✓		הפנייה להמשך טיפול***	
✓✓✓		✓✓✓	✓✓			התאמת ציוד	
✓✓✓		✓✓✓	✓✓			קידום מעורבות מקצוע הפיזיותרפיה בטיפול הניתן לפגים ובני משפחותיהם	

* התבססות על גישות תיאוריות: אזכור גישות טיפול התפתחותיות מקובלות, כגון גישת "המשפחה במרכז", התיאוריה הסינאקטיבית ותיאוריית המערכות הדינמיות.

** קידום והבטחת איכות הטיפול: מעורבות רב-מקצועית שמטרתה ניטור מדדי איכות קליניים, הבטחה של בטיחות הטיפול, שיפור חוויית התינוק הפג ובני משפחתו והבטחת רצף הטיפול.

*** חפיפה בין המרכיבים בתפקידים השונים: מופיעים כתחומי התפקיד וכחלק מההתערבויות וההדרכות הניתנות בפגייה.

מקרא: ✓ - רמת פירוט נמוכה, אזכור של מרכיב התפקיד, ✓✓ - רמת פירוט בינונית, פירוט חלקי של מרכיב התפקיד, ✓✓✓ - רמת פירוט גבוהה, הסבר מקיף של מרכיב התפקיד בפגייה (להרחבה על פרטי המסמכים, ראו לוח 1)

מהשוואת הנהלים וניירות העמדה עולה כי באמריקה ובבריטניה קיימים הנהלים המפורטים ביותר. בנוהל הבריטי³⁵ מפורטים שישה מרכיבי תפקיד, בנייר העמדה הבריטי³⁶ מפורטים 26 מרכיבי תפקיד. בנייר העמדה האמריקאי³⁷ מפורטים 25 מרכיבי תפקיד, בהנחיות הקליניות באמריקה^{39,38} מפורטים 25 מרכיבי תפקיד; בנוהל הישראלי²⁰ מפורטים 20 מרכיבי תפקיד.

בנוהל הישראלי ניתנת רמת פירוט גבוהה לתחום ההדרכה בפגייה, שכולל הדרכת הורים והדרכה של הצוות הרב-מקצועי, ולתחום ההכנה לקראת שחרור התינוק מן הפגייה.

בניתוח המסמכים הוגדרו בסך הכול 26 מרכיבים שונים של תפקיד הפיזיותרפיסט בפגייה. הטיפול ההתפתחותי מכיל תשעה מרכיבים; הטיפול האורתופדי מכיל שני מרכיבים; ההדרכה מכילה שני מרכיבים; המעורבות הרב-מקצועית מכילה תשעה מרכיבים, וטיפול בקשרי הקהילה מכיל ארבעה מרכיבים. כל הנהלים מתייחסים לתחומי האחריות והסמכות של הפיזיותרפיסט בפגייה. מן המקורות שנסקרו עולה כי הפיזיותרפיסט מנהל את התהליך הטיפולי בתחומו על כל מרכיבו. הנהלים נבדלו זה מזה ברמת הפירוט שניתנה לכל מרכיב. בתחומים שבהם פורטו נהלים ברמה גבוהה צוינו תתי-התחומים שפורטו והם הושוו בין כל הנהלים.

סקירת ספרות

האמריקאים והבריטים. הראשון - האחריות של הפיזיותרפיסט לבניית תוכניות לניהול סיכונים, השני - התאמת הציוד לתינוק הפג בעת השחרור מהפגייה, והשלישי נוגע לקידום הטיפול הפיזיותרפי בקהילה.^{37,36}

3.2 ההכשרה הדרושה מן הפיזיותרפיסט לשם עבודה בפגייה
 בלוח 3 מוצגת ההכשרה הדרושה מן הפיזיותרפיסט כדי לטפל באוכלוסייה שבפגייה. הקריטריונים הם: תחומי ידע נדרשים, הכשרה מקצועית ייעודית ותהליך הכשרה מעשית בהקשר המקומי On Site.

שכולל הערכה התפתחותית חוזרת לקראת השחרור, הדרכה והנחייה של ההורים, הפנייה למרפאת פגים, המשך טיפול בקהילה וסיכום והמלצות שפורטו בכל המקורות.

על פי מסמכים אלו,^{37,36} הפיזיותרפיסט עוסק בטיפול התפתחותי תומך על פי גישות תיאורטיות מקובלות, כגון גישת "המשפחה במרכז", התיאוריה הסינאקטיבית, תיאוריית המערכות הדינמיות, מודל ה-ICF, ועוד. שלושה מרכיבי תפקיד אחרים, הכלולים בתחום המעורבות הרב-מקצועית ובחלק מתחום קשרי הקהילה, הם ספציפיים לניירות העמדה

לוח 3: השוואה בין דרישות ההכשרה המקצועית, הידע והניסיון הקליני של הפיזיותרפיה בפגיות, במדינות נבחרות

קריטריונים	ישראל ²⁰	ארה"ב ³⁷	ארה"ב ^{39,38}	בריטניה ³⁵	בריטניה ³⁶	
הכשרה מקצועית וניסיון קליני	הנחיית פיזיותרפיסט בכיר	✓	✓✓	✓✓✓	✓✓✓	
	קורס ייעודי להכשרה בתחום	✓	✓✓	✓✓✓	✓✓✓	
	העשרה רב-מקצועית	✓		✓✓✓	✓✓✓	
	כניסה הדרגתית לפגייה		✓✓	✓✓✓	✓✓✓	
	ייעוץ ושיתופי פעולה	✓	✓✓✓	✓✓✓	✓	
	תקופת התמחות בפגייה	✓		✓✓✓	✓✓✓	
	בקרה תקופתית				✓✓	✓✓✓
	למידה עצמאית			✓✓✓		
גופי ידע נדרשים	הסתמכות על EBP	✓	✓	✓✓✓	✓✓✓	
	התבססות על גישות תיאורטיות		✓✓✓	✓✓✓	✓	
	ידע מקדים בהתפתחות הילד	✓	✓✓	✓✓✓	✓✓✓	
	ידע מקדים במדעי הרפואה		✓✓	✓✓✓	✓	
	התמודדות עם מצבי משבר				✓✓✓	
	חשיבה קלינית וקבלת החלטות	✓		✓✓✓	✓	
	תואר מאסטר מחקרי				✓✓	✓✓✓

מקרא: ✓ - רמת פירוט נמוכה, אזכור של מרכיב התפקיד, ✓✓ - רמת פירוט בינונית, פירוט חלקי של מרכיב התפקיד, ✓✓✓ - רמת פירוט גבוהה, הסבר מקיף של מרכיב התפקיד בפגייה (להרחבה על פרטי המסמכים, ראו לוח 1).

3.3 שימוש בכלי הערכה ואבחון בפגייה

בחלק זה נסקרו מקורות אשר עוסקים בכלי הערכה ואבחון לשלב הפגייה. כלים אלו כללו הערכות התפתחותיות נוירו-התנהגותיות, הערכות של היכולות האוראליות הדרושות לאכילה, הערכות נוירולוגיות, הערכות של רמת הכאב, הערכת תסמיני גמילה בפגים והערכת מצב הדחק של התינוק הפג.

לוח 4 מפרט את כלי האבחון השונים בפגיות בארה"ב, בבריטניה ובאוסטרליה. מספר כלי האבחון המומלצים בכל מקור נעים בין שבע ל-14 כלי אבחון שונים, והם מקיפים שבע הערכות נוירו-התנהגותיות, שתי הערכות לאיתור בעיות נוירו-מוטוריות, שתי הערכות תנועה, הערכה של מצב הדחק של התינוק הפג, שלוש הערכות של רמת היכולות האוראליות הנדרשות לאכילה, הערכה נוירולוגית, שתי הערכות לרמת הכאב והערכה אחת נוספת לתסמיני הגמילה בתינוקות הפגים. מכיוון שלפי הנוהל בישראל צריך להשתמש בכלי הערכה מקובלים ("ביצוע הערכה התפתחותית פיזיקלית ראשונית לכל תינוק פג תוך שימוש בכלי הערכה מקובלים"),²⁰ אך אין פירוט באילו כלי אבחון והערכה ספציפיים מקובל להשתמש, לא נכלל הנוהל בלוח זה.

המקורות שאותרו לצורך הסקירה מציינים את הצורך בבחירה ובהתאמה של מספר קטן של כלי אבחון והערכה מתוך מגוון הכלים המקובלים, ולהתאים את השימוש בהם למצבו הנוירו-התפתחותי והפיזיולוגי של התינוק הפג. כמו כן, בחינה מדוקדקת של הכלים מעידה שקיימת חפיפה בין הכלים הנזכרים כאן, ומקצת הכלים גם נגזרים זה מזה.

בנוהל הבריטי³⁵ מפורטות שבע דרישות הכשרה וידע, בנייר העמדה הבריטי³⁶ מפורטות 14 דרישות הכשרה וידע. בנייר העמדה האמריקאי³⁷ מפורטות שמונה דרישות הכשרה וידע, בהנחיות הקליניות האמריקאיות^{39,38} מפורטות 12 דרישות הכשרה וידע. בנוהל הישראלי²⁰ מפורטות שבע דרישות הכשרה וידע.

כל הנהלים הנכללים בסקירה^{39-35,20} מתייחסים להכשרה הדרושה, אך ברמת פירוט שונה. הנוהל הישראלי מפרט בכליות את דרישות ההכשרה, ומתאר את הצורך בהנחיית פיזיותרפיסט בכיר, בקורס ייעודי בתחום, בהעשרה רב-מקצועית ובייעוץ ושיתופי פעולה בין שותפי הטיפול בפגייה. ברמת הידע, נדרשים מן הפיזיותרפיסט ידע מקדים בהתפתחות הילד וחשיבה קלינית וכן יכולת קבלת החלטות בטיפול הפיזיותרפי המבוססת על מחקרים מבוססי-עדות (EBP).²⁰ ניירות העמדה האמריקאים והבריטים מפרטים מאוד את דרישות ההכשרה השונות. בנהלים הבריטים והאמריקאים ניתן דגש לתהליכי כניסה הדרגתיים לסביבת הפגייה ולצורך בתקופת התמחות בפגייה. הנוהל הבריטי ממליץ על תואר מאסטר מחקרי, על ידע בהתמודדות במצבי משבר ועל הצורך בבקרה תקופתית על עבודת הפיזיותרפיסט בפגייה. המסמכים מפרטים את השתלבות הפיזיותרפיסט במחקר מבוסס עדות (EBP) על פי גישות תיאורטיות מקובלות וההמלצות הקיימות בתחום.⁴⁰⁻³⁷ במחקריהם של Sweeney ועמיתיה^{39,38} מציגים אלגוריתמים מובנים לתהליכי קבלת ההחלטות, לבדיקה, להערכה, להתערבות ומודיפיקציה להתערבות בעת הטיפול בתינוק הפג ובבני משפחתו.

לוח 4: כלי אבחון והערכה בפגיות בארה"ב, באוסטרליה ובבריטניה

ארה"ב ^{39,38}	בריטניה ³⁶	אוסטרליה ⁴⁰	כלי אבחון והערכה	שימוש בכלי אבחון והערכה לפני השחרור
		✓	Assessment of Preterm Infant Behavior - Als, Lester, Tronick, Brazelton	הערכה התפתחותית נזיר-התנהגותית
	✓	✓	Neurobehavioral Assessment of Premature Infants (NAPI) - Korner, Brown, Thom	
		✓	Neuromotor Behavioral Assessment - Brazelton, Nugent	
✓	✓	✓	Neonatal Behavioral Assessment Scale (NBAS) - Brazelton, Nugent	
✓			Newborn Behavioral Observation (NBO) - Nugent, Keefer, Minear, Johnson, Blanchard	
✓		✓	NICU Network Neurobehavioral Scale (NNNS) - Lester, Tronick	
✓	✓	✓	Hammersmith Neonatal Neurological Examination (Dubowitz) - Dubowitz, Dubowitz, Mercuri	
✓	✓	✓	General Movement Assessment (Prechtl) - Prechtl	הערכה לאיתור בעיות נזיר-מוטורית
	✓	✓	Lacey Assessment of Preterm Infants (LAPI) - Lacey, Henderson-Smart	
✓	✓	✓	Test of Infant Motor Performance (TIMP) - Campbell, Osten, et al	הערכת תנועה
✓			Test of Infant Motor Performance Screening Inventory (TIMPSI) - Campbell, Osten, et al	
✓	✓		Newborn Individualized Care and Assessment Program (NIDCAP) - Als	הערכת מצבי הדחק של התינוק הפג
✓			Early Feeding Skill (EFS) Assessment - Thoyre, Shaker, Pridham	הערכת היכולות האוראליות הדרושות לאכילה
✓			Neonatal Oral-Motor Assessment Scale (NOMAS) - Braun, Palmer	
✓			Nursing Child Assessment Feeding (NCAF) Scale - Sumner, Spietz	
		✓	Premie-neuro - Daily, Ellinson	הערכה נזירולוגית
✓			Neonatal Infant Pain Scale (NIPS) - Lawrence, Alcock, McGrath, Kay, MacMurray, Dulberg.	הערכת רמת הכאב
✓			Premature Infant Pain Profile (PIPP) - Steven, Johnson, Petryshen, Taddio	
✓			Finnegan Neonatal Abstinence Scale - Finnegan	
				הערכת תסמיני גמילה בתינוקות פגים

(גיל מתוקן). זהו כלי תצפיתי שאורכו כ-30 דקות, המשמש גם ככלי התערבותי בפגים. הכלי כולל תצפית על תגובות התינוק הפג ל-"Handling" ולמיפולציה שמתבצעת על ידי המטפל במטרה לזהות לקות תפקודית ולחזות פרוגנוזה התפתחותית. הכלי כולל 46 פריטים, לרבות שבעה פריטים נספחים, ובודק מדדים שונים, כגון תגובות המערכת האוטונומית, רפלקסים, תשומת לב ואינטראקציה. יישום הכלי דורש הכשרה ייעודית עם צורך ב-90% הסכמה במהימנות בין שופטים.^{46,45}

4. דיון

המאמר שלפנינו סוקר את תפקיד הפיזיותרפיסט בפגיות כפי שמפורטים בנהלים רשמיים, בניירות עמדה ובהנחיות קליניות עדכניות בעולם המערבי, מבחינת הגדרות התפקיד, דרישות ההכשרה והשימוש בכלי אבחון והערכה מקובלים. השוואה של מקורות רשמיים בראייה בינלאומית מרחיבה את נקודת המבט על תפקיד הפיזיותרפיסט בפגייה תוך זיהוי אינדיקטורים מקצועיים רלוונטיים לדיון מקצועי בנושא פיתוח הנהלים הקיימים.

4.1 מרכיבי תפקיד הפיזיותרפיסט

מסקירת הנהלים^{39-35,20} עולה כי תחומי האחריות של הפיזיותרפיסט בפגייה מכילים מרכיבים רבים - קצתם משיקים וקצתם ייחודיים לעבודת אנשי צוות אחרים בפגייה.¹⁰ המקורות מחדדים את הערך המוסף הייחודי של מקצוע הפיזיותרפיה בפגייה, אשר נובע מתחום המומחיות של המקצוע ומן הראייה הרב-צוותית, שהיא אחד מעמודי התווך של העבודה בפגייה. בתחום ההתפתחותי, כל הנהלים מציגים את תפקיד הפיזיותרפיסט בהערכה ההתפתחותית, בקידום הוויסות החושי, בעידוד לאכילה פומית, ב-Handling, בטיפול תנוחתי ובקידום המעורבות הרב-מקצועית. מרכיבי התפקיד שפורטו נגזרים ברובם מעקרונות הטיפול ההתפתחותי התומך (developmental care), שעליו מתבסס הטיפול ההתפתחותי בפגייה.⁵

אחד העקרונות של הטיפול ההתפתחותי התומך בפגייה הוא העבודה הרב-צוותית. לפי גישה זו, אנשי צוות מיומנים עובדים בשיתוף פעולה, תורמים את תרומתה הייחודית של כל דיסציפלינה, ונושאים באחריות משותפת, כתנאי מקדים ובסיסי ליישום הטיפול ההתפתחותי התומך.^{48,47,26,18,17,10}

מבין 19 כלי ההערכה המפורטים, ארבעה כלי הערכה הומלצו על ידי שלושה מקורות, ובהם גם כלי ההערכה TIMP ו-LAPI אשר מיועדים לתחום המוטורי ושפותחו על ידי פיזיותרפיסטים, ולכן יש להתייחס אליהם ביתר פירוט.

Test of Infant Motor Performance (TIMP)⁴¹ - מיועד לפגים בני 32 שבועות עד 4 חודשים (גיל מתוקן). הכלי נועד להעריך את התחום המוטורי בלבד, ומשמש להערכת התפקוד המוטורי, לאיתור והערכת שינוי ולקביעת מטרות ההתערבות. הכלי כולל 28 פריטי תצפית ו-31 פריטים הנבדקים על ידי הבודק. ההערכה בודקת שליטה יציבתית (postural control) בתנועות תפקודיות, וזמן העברתו נע בין 45 ל-25 דקות. כמו כן ההערכה דורשת הכשרה ייעודית. הכלי מהימן ותקף עם רגישות 92%, וספציפיות 76%.⁴¹

General Movement Assessment (Prechtl)⁴² - מיועד לתינוקות פגים מגיל הלידה (36 שבועות) עד גיל 4 חודשים. זהו כלי תצפיתני העוסק ברפרטואר התנועתי של התינוק הפג כביטוי לתקינות ההתפתחות של מערכת העצבים המרכזית. התצפית כוללת צילום התינוק הפג במנח שכיבה על הגב במהלך 30-60 דקות. הכלי הוא בעל תוקף ומהימנות גבוהים מאוד. ההערכה נעשית על ידי פיזיותרפיסטים ורופאים הפועלים בפגייה, אשר עברו הכשרה ייעודית של כ-4-5 ימים בתחום.⁴²

Lacey Assessment of Preterm Infants (LAPI)^{44,43} - מיועד לתינוקות שנולדו החל מהשבוע ה-33, ומטרתו להעריך את התפתחות התינוק הפג לאורך זמן באמצעות תצפית. הכלי עוסק בזיהוי תסמינים נוירולוגיים אבנורמליים. באופן אידיאלי, ההערכה נעשית לפחות פעמיים במהלך שהות התינוק בפגייה כאשר פעם אחת לפחות מתבצעת במהלך ההכנה לשחרור. תוצאות ההערכה האפשריות נחלקות לקטגוריות: תקין, חשוב וחריג, כבסיס לתהליך החשיבה הקליני בתכנון התערבות. הכלי בעל רגישות נמוכה אך בעל ספציפיות גבוהה לניבוי עיכוב התפתחותי עתידי ולאיתור פגים בעלי גורמי סיכון, כך שהוא מסייע בביסוס הצורך במעקב התפתחותי לאחר השחרור מן הפגייה.^{44,43}

Neonatal Behavioral Assessment Scale (NBAS)^{46,45} - מיועד לפגים מגיל הלידה (36 שבועות) ועד לגיל 6 שבועות

טיפול בקהילה,^{39-36,20} השתתפות במרפאת מעקב לתינוקות הפגים^{39-35,20} והתאמת ציוד לבית לפני השחרור.³⁹⁻³⁶ מרכיבים נוספים בהקשר הזה הם קידום המעורבות של מקצוע הפיזיותרפיה בטיפול הניתן לתינוקות פגים ובני משפחותיהם דרך חברות בעמותות הורים, השתתפות בכנסים ופורומים ייחודיים לתחום זה.³⁹⁻³⁶ הדגש הרב שניתן ליישום של תפקידים אלו משקף את התבססותה של גישת "המשפחה במרכז" כחלק אינטגרלי מן הטיפול הפיזיותרפי בפגייה.^{38,35,20} הפיזיותרפיסט עוסק ביצירת ממשקים בין הצוות המקצועי בפגיות ובין המשפחות וארגונים בקהילה המקדמים את רווחת התינוק הפג ובני משפחתו. שיתופי פעולה אלו מגבירים את מעורבות המשפחות בתהליכי קבלת ההחלטות הנוגעות לטיפול בתינוק הפג, מעצימים את תפקיד המשפחה ומשפיעים באופן חיובי על הרווחה הגופנית, הנפשית והחברתית של המשפחות.⁵⁵

4.2 הדרישות להכשרת הפיזיותרפיסט לעבודה בפגייה

ההכרה בצורך בהגדרת תהליכי הכשרה ייחודיים וייעודיים עבור הפיזיותרפיסט המטפל באוכלוסיית התינוקות הפגים בעת שהותם בסביבת הפגייה הייתה משותפת לכל המקורות שנסקרו. יחד עם זאת, היקף ההכשרה הנדרשת, ואף מידת הפירוט שלה, היו שונים מאוד ממקור למקור. דרישות ההכשרה כללו רכישת ידע מקדים בקורסים ייעודיים, התנסות קלינית והדרכה צמודה בהכשרה הניתנת On Site והדרגתיות בכניסה לעבודה בפגייה. הדרישות המוקדמות הרחבות ביותר לשם הכשרה ייעודית הוצגו בנייר העמדה האמריקאי.³⁷ לפי הנוהל הזה, מדובר בתת-התמחות ספציפית בתוך התמחות הפיזיותרפיה הפדיאטרית המצריכה מיומנויות מתקדמות והכשרה מתמשכת תחת בקרה ופיקוח. ההנחיות הקליניות האמריקאיות^{39,38} מרחיבות ומציגות את דרישות ההכשרה הייעודית כדי לקבל את תת-ההתמחות בתחום מידי ארגון הפיזיותרפיה האמריקאי (American Physical Therapy Association). ההתנסות הקלינית במסגרת הכשרה זו ניתנת בכמה מרכזים רפואיים נבחרים, או, לחילופין, בהכשרות קליניות מתקדמות במסגרות לימוד אוניברסיטאיות או כחלק מלימודי דוקטורט. נייר העמדה הבריטי³⁶ מגדיר דרישות סף אקדמאיות לפיזיותרפיסטים המעוניינים לעבוד בסביבת הפגייה. על פי שיטת הדירוג הבריטית (The Banding System), פיזיותרפיסט המעוניין לעבוד בסביבת הפגייה חייב בהכשרה השווה בהיקפה לתואר אקדמאי מתקדם. ארגון

העיקרון של השתלבות הפיזיותרפיסט בצוות הרב-מקצועי בפגייה היה אחד הדגשים המשותפים לכל המקורות שנסקרו. השתלבות זו כוללת בין היתר ייעוץ ושיתופי פעולה, השתתפות בישיבות צוות, בניית תוכנית טיפול משותפת, הדרכה הדדית והעשרה מקצועית. דגש זה הוא בהתאמה לממצאי המחקר המראים כי מעורבות הצוות הרב-מקצועי בפגייה חשובה לקידום מדדי איכות וטיפול התפתחותי תומך, ואילו היעדר תיאום בין אנשי הצוות ותקשורת בלתי אפקטיבית היוו מחסום להטמעת הגישה.^{51-49,10,6}

כל המקורות מדגישים את הצורך להעניק הדרכה למשפחה בפגייה. בספרות נושא זה נחשב לאחד הדגשים החשובים בטיפול ההתפתחותי בפגייה. במיוחד מודגשת החשיבות הטמונה בהדרכה רצופה והמשכית לגבי מאפייניו הייחודיים של התינוק הפג, בזיהוי ובפירוש הסימנים ההתנהגותיים של התינוק כבסיס לטיפול בו ובשיתוף ההורים בטיפול בתינוק משלב מוקדם. גישת ההתערבות של "המשפחה במרכז" בפגייה מתבססת על כך שאין די בתמיכה רגשית בהורים, אלא יש צורך להדריכם באופן רצוף ומתמשך לגבי מאפייניו הייחודיים של תינוקם, לשתפם בטיפול בו משלב מוקדם ולהכינם לקראת השחרור.⁵² במחקרים אשר בדקו את ההשפעה של הדרכת ההורים בתצפית ובפירוש סימנים התנהגותיים של התינוקות הפגים, תועדו הפחתה של דחק הורי⁵³ ושיפור בהיבטים הרגשיים-נפשיים אצל ההורים.⁵⁴ שיתוף מוקדם של ההורים בטיפול בתינוקם השפיע לטובה על תהליך ההתקשרות ועל התפתחות מיומנויות הוריות. הודגמה ירידה ברמת המצוקה המשפחתית, ובעקבות זאת חל שיפור ברווחתו הגופנית והנפשית (well being) ארוכת הטווח של התינוק.⁵⁴

מרכיב נוסף בעל חשיבות רבה הוא תפקידו של הפיזיותרפיסט בשמירה על רצף טיפולי המשכי משלב קדם-השחרור ועד המעבר לבית והשתלבות בשירותים הניתנים בקהילה. רצף זה הוא בעל חשיבות ייחודית בהקשר של פיזיותרפיה, משום שהוא אחד ממקצועות הבריאות הראשונים שאליו מופנים תינוקות פגים המוגדרים כאוכלוסייה בסיכון התפתחותי בשלבים שלאחר השחרור מן הפגייה.²³ הבטחת רצף זה מבוססת על מרכיבי תפקיד, כגון עיסוק בפיתוח וביישום של תוכניות שחרור מן הפגייה בשיתוף פעולה והתייעצות עם המשפחה והצוות הרב-מקצועי,³⁸ קידום קשרים עם הקהילה, יצירת קשר טרם השחרור, הפגייה של הפיזיותרפיסט להמשך

בהקשר זה חשוב להתייחס להבדלים באופיו של המקצוע בין המדינות שנסקרו, המשפיעים על הזרישות בהכשרת המקצוע. בישראל מקצוע הפיזיותרפיה אינו כולל התמחויות. בארה"ב, קיימת התמחות פדיאטרית ותת-התמחות נוספת ספציפית לטיפול הניאונטולוגי. גם בבריטניה, פיזיותרפיה בפגייה מוגדרת רשמית כענף נפרד בתחום הפיזיותרפיה הפדיאטרית.^{37,36} ההנחיות הקליניות האמריקאיות³⁹ מציינות שסביבת הפגייה אינה מתאימה לעבודתם של פיזיותרפיסטים מתחומים אחרים, גם לא של אלה המטפלים בילדים שאינם פגים.

עיגון הגדרת תנאי ההכשרה המקצועית בנהלים המקצועיים חשוב להבטחת רמת הטיפול הנאותה בכל מטופל, אך הוא קריטי לטיפול בתינוקות הפגים בשלב הפגייה. מדובר בטיפול באחת האוכלוסיות הפגיעות ביותר מבחינה מבנית, פיזיולוגית והתנהגותית, במיוחד בדרגות פגות עמוקה וקיצונית.⁵⁶ היעדר היכרות עם ההתוויות והתוויות-הנגד לטיפול בהם עלול לסכן את יציבותם הפיזיולוגית ולהגדיל את הסיכון לסיבוכים רפואיים.^{28,2} הדבר מחייב יכולות מתקדמות בזיהוי מצבו הנירו-התנהגותי המשתנה של התינוק הפג אשר דורש הכשרה מתקדמת בתחום. לפיכך, חיוני להבטיח את שילובם של אנשי מקצוע מיומנים בטיפול בפגים בשלב הפגייה אשר יספקו מענה טיפולי מבוסס-ראיות המותאם לצרכים ולמאפיינים המיוחדים של אוכלוסייה זו.

הצורך בהכשרה מתקדמת בזיהוי המצב הנירו-התנהגותי הוא קריטי בטיפול בתינוק הפג בשלב הפגייה. אחת הדוגמאות להכשרה מתקדמת המתמקדת במיומנויות אלה היא ה-The Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program - NIDCAP. זאת מסגרת של הערכה והתערבות לשם יישום מלא ושיטתי של הטיפול ההתפתחותי שפותחה על פי התיאוריה הסינאקטיבית. ההכשרה הייעודית והמקיפה אורכת כשנה להסמכה כ-NIDCAP Professional מטעם איחוד ה-NFI הבינלאומי. בעולם קיימים כ-23 מרכזי הכשרה, בארה"ב, בקנדה, באירופה, בדרום אפריקה, באוסטרליה, ומרכז אחד בישראל.²² המרכז להכשרת NIDCAP בישראל הוקם בשנת 2018, והוא מסונף לפגייה במרכז הרפואי "מאיר". המרכז מציע מערך קורסים למטפלים כחלק מתהליך רישוי ובקרה נרחב של הארגון הבינלאומי בפגיות שאורך לרוב כחמש שנים.²² כך לדוגמה - קורס המבוא

הפיזיותרפיסטים הפדיאטריים (Association of Paediatric Chartered Physiotherapists Neonatal Group- The Role of the "Therapist in Neonatal Care Lacey Assessment of the Preterm Infant") והכשרה לביצוע ההערכה ההתפתחותית (LAPI). בהקשר של ההכשרה הייעודית הספציפית, הנוהל הישראלי²⁰ ציין בכלליות כי יש צורך ב-"הכשרה ייעודית בטיפול בתינוקות פגים ובהתפתחות הילד" ללא פירוט של סוג ההכשרה או היקפה. הגדרת הכשרה ייעודית מאפשרת קביעת תנאי סף ואמות-מידה מקצועיות לפיזיותרפיסטים המבקשים לעבוד בסביבת הפגייה, ובכך מונעת סיכון מיותר לתינוקות הפגים בשל טיפול שאינו הולם.

היו הבדלים משמעותיים בין המקורות בהיקף ההתנסות הקלינית המפוקחת. על פי הנוהל הישראלי,²⁰ יש צורך בהתנסות קלינית בהנחיית פיזיותרפיסט בכיר בתחום בהיקף של 20 שעות לפחות במהלך השנה הראשונה לטיפול בתינוקות הפגים, ולא נדרש ניסיון קודם בתחום. לעומת זאת, על פי הנוהל האמריקאי,³⁹ נדרשים מינימום של שנתיים ניסיון כפיזיותרפיסט ושישה חודשי הדרכה צמודה (mentorship) בפגייה, הכוללת הכשרות ספציפיות ותהליכי פיקוח ובקרה מתמשכים. על פי הנוהל הבריטי,³⁵ פיזיותרפיסטים מתחום הילדים, בעלי ניסיון של כמה שנים בטיפול בתינוקות ויילודים, נדרשים גם הם לעבור הכשרה ייעודית על ידי פיזיותרפיסט בכיר המלווה בפיקוח מקצועי.

בנוהל ובהנחיות הקליניות האמריקאיות^{39,37} וגם בנייר העמדה הבריטי³⁶ קיים דגש לכניסה מובנית והדרגתית לסביבת הפגייה. היבט זה אינו בא לידי ביטוי בנוהל הישראלי. ההדרגתיות באה לידי ביטוי בטיפול בתינוקות פגים לאחר שחרורם מן הפגייה, ובהמשך הטיפול בתינוקות פגים יציבים רפואית שנולדו בדרגת פגות מתונה מאוד עד לטיפול בתינוקות פגים במצבים רפואיים קריטיים.³⁷⁻³⁵ ההדרגתיות מקדמת רכישה של ידע ומיומנויות נצברות, המכינות את הפיזיותרפיסט להתמודדות עם מצבים מורכבים יותר, הדורשים ידע מתקדם בזיהויים של מצבי דחק אצל התינוק הפג ויציבות המודינמית, בהתמודדות עם ההיבט הנשימתי המורכב, בביסוס תהליכי חשיבה קלינית מורכבים ובקידום מיומנויות התפעול הידניות בטיפול בתינוקות זעירים ושבריריים.^{39,36}

הקליני, הוכחו כתקפים ומהימנים ולכן הומלצו במשותף גם בספרות.⁵ השימוש בכלי הערכה סטנדרטיים תקפים ומהימנים הוא הבסיס לבדיקה, להערכה ולבחירת מטרות והתערבויות טיפוליות מדויקות ואובייקטיביות עבור התינוק הפג ובני משפחתו. כמו כן, לבדוק ניתנת האפשרות לפתח מיומנויות טובות יותר בביצוע ההערכה ובפירוש התוצאות באמצעות הכשרות מוסדרות ולמידת עמיתים של מטפלים בעלי ניסיון קליני נרכש.⁵⁷ קיימת חפיפה בין כלי הערכה שפורטו.

ההערכות הנורולוגיות והניירו-התנהגויות דומות זו לזו בצורך להתחשב במצבו הרפואי של התינוק הפג, במידת היציבות ההמודינמית והנשימתית, במידת העוררות שלו, בסימני הדחק ובמידת הבשלות והמוכנות הפיזיולוגית של התינוק הפג לסוגי מגע ו-Handling עוד בטרם עריכת הבדיקה.⁵⁷ בעת הבדיקה, פעמים רבות התינוק הפג אינו יציב דיו להשלמת ההערכה, ולכן המטפל יבחר לעצור או לעשות הערכה חלקית מאוד. כך שלעיתים קרובות השלמת ההערכה המלאה נמשכת על פני זמן ונעשית במקטעים קצרים.⁵ הערכות שאינן מתאימות למצבו של התינוק הפג עלולות לגרום נזק רב לאוכלוסייה רגישה ופגיעה זו, ולכן על הבודק להיות מיומן ובעל ניסיון.⁵⁷ בסקירה בא לידי ביטוי הצורך בהפחתת סיכון כזה באמצעות ההנחיה לערוך מודיפיקציה להערכה ותזמונה בהתאם למצבו הניירו-התפתחותי והפיזיולוגי של התינוק הפג כחלק מפירוט מרכיבי תפקיד הפיזיותרפיסט בהערכה ההתפתחותית.³⁷⁻³⁵

שימוש נכון בכלי אבחון והערכה על ידי בודק מיומן נועד לצורכי זיהוי, קלסיפיקציה, תכנון התערבות והערכת יעילות התערבות בטיפול הפיזיותרפי בתינוק הפג ובבני משפחתו. הנהלים שנסקרו מדגישים גם את מרכיב ההערכה ההתפתחותית לקראת השחרור מהפגיה.^{38,36,20} הערכה לפני השחרור היא בעלת חשיבות רבה, שכן תוצאות ההערכה ישמשו מסגרת התייחסות בהערכות הבאות שיתקיימו בקהילה או במרפאות פגים; הן חשובות לקביעת הצורך בהמשך התערבות שלעיתים תדרוש הפגיה כבר משלב טרום השחרור לפיזיותרפיה התפתחותית בקהילה.⁵⁸ הדבר חשוב במיוחד לאור מגמה שנצפית בחלק מהפגיות לשחרר פגים לקהילה אף לפני שהגיעו לגיל המועד (term), לעיתים כבר לאחר 33 שבועות.⁵⁹ כתוצאה מכך, הספרות מציינת את הצורך בכלי אבחון וההערכה רבים יותר, שנועדו לתינוקות פגים בשלבי

(25 שעות) כולל ההתייחסות תיאורטית ומחקרית כולל למאפייני התפקוד של התינוק הפג ועקרונות המנחים לטיפול בגישת "המשפחה במרכז". קורס ההכשרה המתקדמת (25 שעות) מקנה יכולות לזהות ביטויים של ארגון התנהגותי כמקור מידע בהבניית הטיפול, ביחסי הגומלין בין המטפל לתינוק ובזיהוי הזדמנויות לשיפור המעורבות ההתפתחותית בפגיות. בהנחיות הקליניות האמריקאיות ובנייר העמדה הבריטי קיימת התייחסות לכלי האבחון וההערכה של NIDCAP לזיהוי מצבי דחק של התינוק הפג כאחד הכלים המומלצים במסגרת כלי ההערכה המקובלים לשימוש בפגיות.^{39,36}

4.3 שימוש בכלי הערכה ואבחון בפגיה

אחד מתפקידי הפיזיותרפיסט בפגיה הוא הערכה התפתחותית המשלבת בחירת כלי הערכה נאותים, מהימנים ותקפים שניתן להתאימם למצבו המשתנה של התינוק הפג במטרה להעריכו בצורה מדויקת ובטוחה ככל הניתן. בהקשר של המלצות לכלי אבחון, הנוהל הישראלי כולל אזכור של הצורך בשימוש בכלי אבחון והערכה מקובלים אך אינו מפרט את סוג כלי האבחון.²⁰ תוצאות הסקירה הדגימו מגוון רחב של כלי אבחון והערכה פורמליים ומקובלים המומלצים לשימוש על ידי פיזיותרפיסטים בפגיות. כלים אלו כללו הערכות התפתחותיות ניירו-התנהגויות, הערכות של היכולות האוראליות הדרושות לאכילה, הערכות נורולוגיות, הערכות של רמת הכאב, הערכת תסמיני גמילה בפגים והערכת מצב הדחק של התינוק הפג. בדומה למתואר בספרות,^{57,5} מבין 19 כלי ההערכה המפורטים בסקירה, ארבעה כלי הערכה הומלצו במשותף לכולם. כלי האבחון: Dubowitz, Precht, NBAS ו-TIMP הומלצו במשותף בארה"ב ובבריטניה^{39,38,36} ובמאמר מאוסטרליה וניו-זילנד.⁴⁰ ה-LAPI, כלי ההערכה אחר שמיועד לתחום המוטורי - שכמו ה-TIMP פותח גם הוא על ידי פיזיותרפיסטית מתחום הילדים - פורט במקורות מאוסטרליה ומבריטניה,^{40,36} במדינות אלה גם ההכשרה לשימוש בכלי זה מומלצת ומוסדרת מטעמו של הארגון הבריטי לפיזיותרפיסטים בפגיות - ה-APCP.

כלי האבחון והערכה שנזכרו בסקירה נבדלים זה מזה בכמה היבטים. מלבד מטרותיהם השונות, הם נבדלים ביניהם בטווח הגילאים להערכה, בסוגי הכלי (תצפית או בדיקה), בדרישות ההכשרה לשימוש בכלי ובנתונים המחקריים בקשר למידת התוקף, למהימנות, לספציפיות ולרגישות של כל כלי. כל הכלים שהומלצו דומים זה לזה בהיותם מוכרים במחקר ובשדה

בעולם המערבי. הסקירה לא כללה מאמרים שקדמו לתקופה הנסקרת, ובכך לא נבחנה בצורה השוואתית ההתפתחות של הנהלים בציר הזמן. כך לדוגמה, ההנחיות הקליניות האמריקאיות^{39,38} שהתפרסמו בשנים 2009 ו-2010 התבססו על הנחיות קליניות מוקדמות יותר, משנת 1999.⁶⁴

4.5 השלכות וכיווני פעולה רלוונטיים בהקשר הישראלי

התבוננות בממצאי הסקירה בהקשר הישראלי חשובה בשל העובדה שהנוהל הישראלי עודכן לאחרונה בשנת 2012, לאחר שפותח בשנת 2007. בעשור שחלף מאז העדכון חלו התפתחויות רבות בתחום ההתערבות בפגייה.⁶⁵ בהשוואה לשאר מקצועות הבריאות בפגייה, נוהל הפיזיותרפיה הישראלי משקף התקדמות משמעותית בעיגון הגדרת תפקיד הפיזיותרפיסט בפגיות בישראל, ואת העובדה שמבין מקצועות הבריאות נוכחות מקצוע הפיזיותרפיה בפגייה בישראל היא הגדולה ביותר.²⁴ ממצאי הסקירה עולה שלמרות הדמיון של הנוהל הישראלי לנהלים האחרים בהגדרת תחומי התפקיד ומרכיביהם, ובקשר שלהם ליישום הגישה ההתפתחותית, וכן בדרישה להכשרה מקצועית ייעודית ולניסיון קליני ספציפי, הנוהל נוטה להיות תמציתי וכללי.

בהקשר של כלי הערכה, הנוהל הישראלי כולל אזכור של הצורך בשימוש בכלי אבחון והערכה מקובלים אך אינו מפרט כלל המלצות ספציפיות.²⁰ לפיכך, ראוי להעמיק ולהרחיב את הנוהל הישראלי הקיים ולהתאימו לסטנדרטים בינלאומיים אחרים. אחד ממוקדי ההבדל בין הנוהל הישראלי לדרישות ארגוני הפיזיותרפיה האמריקאים והבריטים הוא דרישות ההכשרה המקצועית לשם כניסה לעבודה בפגייה. יש לפתח דיון בנושא זה, ובמיוחד לשקול להגדיר את ההיבט של כניסה הדרגתית לפגייה וקבלת הדרכה מוסדרת מן הצוות הרב-מקצועי הפועל בסביבת הפגייה. נקודה חשובה נוספת היא הצורך לפרט את כלי האבחון המומלצים לצורך פיתוח מיזמוניות הערכה אחידות בקרב הפיזיותרפיסטים. חשוב לפרט עוד יותר את ההתייחסות למעורבות בצוות הרב-מקצועי בפגייה, דרך מתן ייעוץ, פיתוח ויישום תוכניות טיפול משותפות, הגדלת המעורבות בקשרי הקהילה והשתתפות במחקרים מבוססי עדות (EBP). היבט נוסף, שלא זכה לביטוי במקורות, הוא הגדרת תהליכי הפיקוח על הפיזיותרפיסטים הפועלים בפגיות בישראל. תהליכי פיקוח אלו חיוניים להבטחת סטנדרטים אחידים לאיכות הטיפול הפיזיותרפי הניתן בפגיות לאורך זמן ולמול שינויים פרסונליים

התערבות מוקדמים, אשר ניתן לבצעם באופן נגיש יחסית בסביבת הפגייה החל מהלידה.⁵⁷ מכאן שעל הפיזיותרפיסט לדאוג לפיתוח מתמיד של יכולותיו ומיומנותו בהערכות ההתפתחותיות גם בשלבי התערבות ובשלוח מוקדמים יותר, בתנאים מורכבים יותר, וזאת כדי להבטיח את רצף הטיפול של התינוק הפג ובני משפחתו בין השחרור מהפגייה לקהילה.

בהקשר זה חשוב לציין כי בפגיות רבות בעולם ובארץ משתמשים פעמים רבות בכלי הערכה שאינם פורמליים ושפותחו בהקשר המקומי, וזאת כפי שעלה בסקר של המרפאים בעיסוק בפגייה.⁶⁰ כלי הערכה בלתי פורמליים נוצרים כדי לתת מענה מקומי לצורך בהערכה. ואולם, לרוב, הם מתבססים על הידע והניסיון הקליני של הבודק, ואינם עוברים תהליכי תיקוף ומהימנות. תהליכים אלה קריטיים לתיעוד אובייקטיבי ומדויק, שהוא חיוני להגדרת מטרות טיפוליות ולהמשך הערכה ובחירת התערבויות מתאימות.^{61,5} חשוב להרחיב את המחקר ההשוואתי העוסק בכלי הערכה בפגיות, וכן להדגיש את הצורך בהדרכה על חשיבות השימוש בכלי הערכה הסטנדרטיים. פיתוח חשיבה קלינית ומיומנויות בתהליך בחירת כלי הערכה המתאים יסייע בקידום יכולות אחידות בקרב הפיזיותרפיסטים הפועלים בפגיות באמצעות שימוש בכלי הערכה סטנדרטיים פורמליים ובתהליכי הכשרה נרחבים כחלק מתהליך העברת הידע (knowledge translation) בין המחקר לשדה הקליני.⁶²

4.4 מגבלות המחקר

מגבלות סקירה זו נובעות בעיקר מכך שהחיפוש כלל רק נהלים רשמיים ומאמרים רלוונטיים שהם בשפה האנגלית או העברית. לא מן הנמנע שקיימים נהלים רשמיים נוספים שלא תורגמו במדינות המערב ששפתן הרשמית אינה אנגלית או נהלים בשפה האנגלית שלא היו נגישים דיים באתרים הרשמיים. כך לדוגמה - הנוהל הנורבגי אשר יכול להדגים את הבולטות של ארצות סקנדינביות באימוץ הגישה ההתפתחותית בפגיות לא היה זמין בשפה האנגלית.⁶³ ראוי להקדיש מאמץ מחקרי אשר יקדם את התרגום של נהלים נוספים בשפות אחרות כדי לאפשר השוואה בינלאומית רחבה ככל הניתן. כמו כן, הסקירה לא כללה פרקים הלקוחים מן הספרות המקצועית שעוסקת בנושא זה. פרקים אלו אינם מייצגים נוהל רשמי או מיפוי של המתרחש, אך מסכמים את הידוע בספרות עד כה. נהלים ופרקים אלו יכולים להציג תמונה מלאה יותר על המתרחש

9. Atun-Einy O, Scher A. Measuring developmentally appropriate practice in neonatal intensive care units. *J Perinatol.* 2008;28(3):218-225. doi:10.1038/sj.jp.7211908
10. Barbosa VM. Teamwork in the neonatal intensive care unit. *Phys Occup Ther Pediatr.* 2013;33(1):5-26. doi:10.3109/01942638.2012.729556
11. Craig JW, Smith CR. Risk-adjusted/neuroprotective care services in the NICU: the elemental role of the neonatal therapist (OT, PT, SLP). *J Perinatol.* 2020;40(4):549-559. doi:10.1038/s41372-020-0597-1
12. Hall P. Interprofessional teamwork: Professional cultures as barriers. *J Interprof Care.* 2005;19(SUPPL. 1):188-196. doi:10.1080/13561820500081745
13. Morrow JR, Tucker JS, Jackson AW, Martin SB, Greenleaf CA, Petrie TA. Meeting physical activity guidelines and health-related fitness in youth. *Am J Prev Med.* 2013;44(5):439-444. doi:10.1016/j.amepre.2013.01.008
14. Johnston C, Zanetti NM, Comaru T, Dos Santos Ribeiro SN, De Andrade LB, Dos Santos SLL. I Brazilian guidelines for respiratory physiotherapy in pediatric and neonatal intensive care units. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2012;24(2):119-129. doi:10.1590/S0103-507X2012000200005
15. אוריין, י'. מילון ספיר החדש: מילון עברי-עברי בשיטת ההווה (מהדורה ב). ירושלים: איתאב 2007.
16. Donahue C, Castelló M. University writing: selves and texts in academic societies. Castelló M, Donahue C, eds. 2012.
17. Als H, Duffy FH, McAnulty G, et al. NIDCAP improves brain function and structure in preterm infants with severe intrauterine growth restriction. *J Perinatol.* 2012;32(10):797-803. doi:10.1038/jp.2011.201
18. McGrath JM, Samra HA, Kenner C. Family-centered developmental care practices and research: What will the next century bring? *J Perinat Neonatal Nurs.* 2011;25(2):165-170. doi:10.1097/JPN.0b013e31821a6706
19. רצון, מ'. שירותי הפיזיותרפיה במכונים וביחידות להתפתחות הילד. א' (1-5). ירושלים: משרד הבריאות - היחידה לפיזיותרפיה, 2007. אוחזר מתוך: www.health.gov.il
20. סטולר, מ'. נוהל מעורבות פיזיותרפיה ביחידת אשפוז פגים. ירושלים: משרד הבריאות - היחידה לפיזיותרפיה, 2012. אוחזר מתוך: http://www.health.gov.il/hozer/Physio_Premature.pdf
21. אפק, א'. המלצה לניהול כוח אדם ותשתיות במחלקות לטיפול נמרץ ומיוחד בילוד ופג (פגיות). ירושלים: משרד הבריאות - חוזר מינהל הרפואה, 2013. אוחזר מתוך: www.health.gov.il

החלים בפגיות. הרחבה של הנוהל יכולה לתרום לשילוב טוב יותר של הפיזיותרפיסט בטיפול השגרתי היום-יומי הניתן בפגיות, בהתאם לסטנדרטים בינלאומיים המקובלים בעולם המערבי.

ממצאי סקירה זו עשויים לשמש מנוף להנעת מהלכים, להמשך פיתוחו וקידומו של תפקיד הפיזיותרפיסט בפגיה, תוך כדי בחינת דרכי פעולה בראייה בינלאומית, בהשתתפות כל בעלי העניין. צעד נוסף בקידום הפיזיותרפיה הוא שילוב של מחקרי שדה הבוחנים את שילוב הפיזיותרפיסט בפגיות בישראל ושל מחקרים הבוחנים פיתוחים בתחומי ההכשרה הייעודית ותהליכי אבחון.

מקורות

1. Sturdivant C. A Collaborative Approach to Defining Neonatal Therapy. *Newborn Infant Nurs Rev.* 2013;13(1):23-26. doi:10.1053/j.nainr.2012.12.010
2. Byrne E, Garber J. Physical therapy intervention in the neonatal intensive care unit. *Phys Occup Ther Pediatr.* 2013;33(1):75-110. doi:10.3109/01942638.2012.750870
3. Als H. Newborn individualized developmental care and assessment program (NIDCAP): New frontier for neonatal and perinatal medicine. *J Neonatal Perinatal Med.* 2009. doi:10.3233/NPM-2009-0061
4. Galarza-Winton ME, Dicky T, O'Leary L, Lee SK, O'Brien K. Implementing family-integrated care in the NICU: Educating nurses. *Adv Neonatal Care.* 2013;13(5):335-340. doi:10.1097/ANC.0b013e3182a14cde
5. Palisano R, Orlin M, Schreiber J. Campbell's Physical Therapy for Children. In: *Campbell's Physical Therapy for Children.* ; 2017.
6. Byrne E, Campbell SK. Physical therapy observation and assessment in the neonatal intensive care unit. *Phys Occup Ther Pediatr.* 2013;33(1):39-74. doi:10.3109/01942638.2012.754827
7. Spittle A, Orton J, Anderson PJ, Boyd R, Doyle LW. Early developmental intervention programmes provided post hospital discharge to prevent motor and cognitive impairment in preterm infants. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;2015(11). doi:10.1002/14651858.CD005495.pub4
8. Gibbins S, Hoath SB, Coughlin M, Gibbins A, Franck L. The universe of developmental care: a new conceptual model for application in the neonatal intensive care unit. *Adv Neonatal Care.* 2008;8(3):141-147. doi:10.1097/01.ANC.0000324337.01970.76

22. NIDCAP Federation International. (2016). NFI NIDCAP certified nurseries. Retrieved from <http://nidcap.org/en/programs-and-certifications/nidcap-nursery-assessment-and-certification/nidcap-certified-nurseries/>
23. עזרא, ו'. המעקב והטיפול בילודים מורכבים ובפגים עם שחרורם מאשפוז לקהילה (No. 20/2016). ירושלים: משרד הבריאות - חוזר מינהל הרפואה, 2016. אוחזר מתוך: www.health.gov.il
24. עטון-עיני, א'. היבטים התפתחותיים ופיסיים בגישות ההתערבות המוקדמת בסביבת הפגיות בישראל (עבודת גמר המוגשת כמילוי חלק מהדרישות לקבלת התואר "מוסמך"). אוניברסיטת חיפה, 2002.
25. Pierrat V, Coquelin A, Cuttini M, et al. Translating Neurodevelopmental Care Policies into Practice: The Experience of Neonatal ICUs in France - The EPIPAGE-2 Cohort Study. *Pediatr Crit Care Med*. 2016;17(10):957-967. doi:10.1097/PCC.0000000000000914
26. Borges Nery P, Snider L, Camelo JS, et al. The Role of Rehabilitation Specialists in Canadian NICUs: A 21st Century Perspective. *Phys Occup Ther Pediatr*. 2019;39(1):33-47. doi:10.1080/01942638.2018.1490846
27. Montirosso R, Fedeli C, Del Prete A, et al. Maternal stress and depressive symptoms associated with quality of developmental care in 25 Italian Neonatal Intensive Care Units: A cross sectional observational study. *Int J Nurs Stud*. 2014;51(7):994-1002. doi:10.1016/j.ijnurstu.2013.11.001
28. Macho P. Individualized Developmental Care in the NICU: A Concept Analysis. *Adv neonatal care Off J Natl Assoc Neonatal Nurses*. 2017;17(3):162-174. doi:10.1097/ANC.0000000000000374
29. Himuro N, Miyagishima S, Kozuka N, Tsutsumi H, Mori M. Measurement of family-centered care in the neonatal intensive care unit and professional background. *J Perinatol*. 2015;35(4):284-289. doi:10.1038/jp.2014.204
30. Griffiths N, Spence K, Loughran-Fowlds A, Westrup B. Individualised developmental care for babies and parents in the NICU: Evidence-based best practice guideline recommendations. *Early Hum Dev*. 2019;139:104840. doi:10.1016/j.earlhumdev.2019.104840
31. Moody C, Callahan TJ, Aldrich H, Gance-Cleveland B, Sables-Baus S. Early Initiation of Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP) Reduces Length of Stay: A Quality Improvement Project. *J Pediatr Nurs*. 2017;32:59-63. doi:10.1016/j.pedn.2016.11.001
32. de Laat MWM, Wiegerinck MM, Walther FJ, et al. Richtlijn "Perinataal beleid bij extreme vroeggeboorte". *Ned Tijdschr Geneesk*. 2010;154.
33. Markestad T, Halvorsen B. Faglige retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn. 2007:55.
34. Bennett S, G Sornwongkeaw G, Pomsuwan N, Jenjaiwit P. Role of physical therapists in the neonatal intensive care units : a case study at provincial hospitals in the North East of Thailand. *J Med Tech Phy Ther*. 2016;28(2):177-186.
35. Infirmiry LR. British Association of Perinatal Medicine Service Standards for Hospitals. August 2010 The British Association of Perinatal Medicine. 2010;(August).
36. Association of Paediatric Chartered Physiotherapists-Neonatal Group. (2011). A competence framework and evidenced-based practice guidance for the physiotherapist working in the neonatal intensive care and special care unit in the United Kingdom Retrieved from: <http://apcp.csp.org.uk/publications/competence-framework-evidence-based-practice-guidance-physiotherapists-providing-r>
37. Practice Committee of the Section on Pediatrics, American Physical Therapy Association. (2013). Neonatal physical therapy practice: roles and training, Retrieved from <https://pediatricapta.org/fact-sheets/>
38. Sweeney JK, Heriza CB, Blanchard Y, Dusing SC. Neonatal physical therapy. Part II: Practice frameworks and evidence-based practice guidelines. *Pediatr Phys Ther*. 2010;22(1):2-16. doi:10.1097/PEP.0b013e3181cdba43
39. Sweeney JK, Heriza CB, Blanchard Y. Neonatal physical therapy. Part I: Clinical competencies and neonatal intensive care unit clinical training models. *Pediatr Phys Ther*. 2009;21(4):296-307. doi:10.1097/PEP.0b013e3181bf75ee
40. Allinson LG, Doyle LW, Denehy L, Spittle AJ. Survey of neurodevelopmental allied health teams in Australian and New Zealand neonatal nurseries: Staff profile and standardised neurobehavioural/neurological assessment. *J Paediatr Child Health*. 2017;53(6):578-584. doi:10.1111/jpc.13484
41. Campbell SK, Osten ET, Kolobe THA, Fisher AG. Development of the Test of Infant Motor Performance. *Phys Med Rehabil Clin N Am*. 1993;4(3):541-550. doi:10.1016/s1047-9651(18)30569-2
42. Ferrari F, Einspieler C, Prechtel H, Bos A, Cioni G. Prechtel's Method on the Qualitative Assessment of General Movements in Preterm, Term and Young Infants. Mac Keith Press; 2004.
43. James PW, Basu A, Marcroft C. Lacey Assessment of Preterm Infants. *J Physiother*. 2017;63(4):267. doi:10.1016/j.jphys.2017.08.003
44. Lukens A, Winfield N, Xanthidis C, Arichi T. Predictive validity of the Lacey Assessment of Preterm

- Infants for motor outcome at 2 years corrected age. *Early Hum Dev.* 2021;155:105334. doi:10.1016/j.earlhumdev.2021.105334
45. Bartram SC, Barlow J, Wolke D. The Neonatal Behavioral Assessment Scale (NBAS) and Newborn Behavioral Observations system (NBO) for supporting caregivers and improving outcomes in caregivers and their infants. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(6). doi:10.1002/14651858.CD011754
 46. Brazelton TB, Nugent JK. Neonatal behavioral assessment scale. 1995. <https://archive.org/details/neonatalbehavior0000ed3unse>.
 47. Arakaki V da SNM, Oliveira AM de, Bogossian T, Almeida VS de, Silva GD da, Ferreira HC. Importance of physiotherapy/nursing multidisciplinary integration about update newborn position in the neonatal intensive care unit. *Fisioter em Mov.* 2015;28(3):437-445. doi:10.1590/0103-5150.028.003.ao02
 48. Treyvaud K, Spittle A, Anderson PJ, O'Brien K. A multilayered approach is needed in the NICU to support parents after the preterm birth of their infant. *Early Hum Dev.* 2019;139. doi:10.1016/j.earlhumdev.2019.104838
 49. Hamilton KES, Redshaw ME. Developmental care in the UK: A developing initiative. *Acta Paediatr Int J Paediatr.* 2009;98(11):1738-1743. doi:10.1111/j.1651-2227.2009.01431.x
 50. Mosqueda R, Castilla Y, Perapoch J, Lora D, López-Maestro M, Pallás C. Necessary resources and barriers perceived by professionals in the implementation of the NIDCAP. *Early Hum Dev.* 2013;89(9):649-653. doi:10.1016/j.earlhumdev.2013.04.011
 51. Hendricks-Muñoz KD, Prendergast CC. Barriers to provision of developmental care in the neonatal intensive care unit: Neonatal nursing perceptions. *Am J Perinatol.* 2007;24(2):71-77. doi:10.1055/s-2006-958156
 52. Gómez-Cantarino S, García-Valdivieso I, Moncunill-Martínez E, Yáñez-Araque B, Ugarte Gurrutxaga MI. Developing a Family-Centered Care Model in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU): A New Vision to Manage Healthcare. *Int J Environ Res Public Heal.* 2020;17(19). doi:10.3390/ijerph1719197
 53. Kaarsen PI, Rønning JA, Ulvund SE, Dahl LB. A Randomized, Controlled Trial of the Effectiveness of an Early-Intervention Program in Reducing Parenting Stress After Preterm Birth. *Pediatrics.* 2006;118(1):e9 LP-e19. doi:10.1542/peds.2005-1491
 54. Melnyk BM, Feinstein NF, Alpert-Gillis L, et al. Reducing Premature Infants' Length of Stay and Improving Parents' Mental Health Outcomes With the Creating Opportunities for Parent Empowerment (COPE) Neonatal Intensive Care Unit Program: A Randomized, Controlled Trial. *Pediatrics.* 2006;118(5):e1414 LP-e1427. doi:10.1542/peds.2005-2580
 55. Van Riper M. Family-provider relationships and well-being in families with preterm infants in the NICU. *Hear Lung J Acute Crit Care.* 2001;30(1):74-84. doi:10.1067/mhl.2001.110625
 56. Hack M, Fanaroff AA. Outcomes of children of extremely low birthweight and gestational age in the 1990s. *Semin Neonatol.* 2000;5(2):89-106. doi:10.1053/siny.1999.0001
 57. Brown N, Spittle A. Neurobehavioral Evaluation in the Preterm and Term Infant. *Curr Pediatr Rev.* 2014;10(1):65-72. doi:10.2174/157339631001140408121310
 58. Lean RE, Smyser CD, Rogers CE. Assessment: The Newborn. *Child Adolesc Psychiatr Clin.* 2017;26(3):427-440. doi:10.1016/j.chc.2017.02.002
 59. developmental-follow-up-of-children-and-young-people-born-preterm_-summary-of-nice-guidance.
 60. McPharlin N, Stewart H, Gibbs D, Bowen-Salter H, Boshoff K. Neonatal Occupational Therapy in Australia: A Survey and Recommendations for Developing Guidelines for Clinical Practice. *Allied Heal Sch.* 2020;1(1):1-28. doi:10.21913/tahs.v1i1.1558
 61. Seeberger C. Measures for Children With Developmental Disabilities: An ICF-CY Approach. *Can J Occup Ther.* 2014;81(1):28.
 62. Brown SE, Dusing SC. Knowledge Translation Lecture: Providing Best Practice in Neonatal Intensive Care and Follow-up: A Clinician-Researcher Collaboration. *Pediatr Phys Ther.* 2019;31(4). https://journals.lww.com/pedpt/Fulltext/2019/10000/Knowledge_Translation_Lecture_Providing_Best.2.aspx.
 63. Miljeteig I, Markestad T, Norheim OF. Physicians' use of guidelines and attitudes to withholding and withdrawing treatment for extremely premature neonates in Norway. *Acta Paediatr.* 2007;96(6):825-829. doi:https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2007.00309.x
 64. Sweeney JK, Heriza CB, Reilly MA, Smith C, VanSant AF. Practice Guidelines for the Physical Therapist in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU). *Pediatr Phys Ther.* 1999;11(3). https://journals.lww.com/pedpt/Fulltext/1999/01130/Practice_Guidelines_for_the_Physical_Therapist_in.2.aspx.
 65. Wiley F, Raphael R, Ghanouni P. NICU positioning strategies to reduce stress in preterm infants: a scoping review. *Early Child Dev Care.* January 2020:1-18. doi:10.1080/03004430.2019.1707815

Standards of the Physical Therapy Role in the NICU: Reviewing Official Sources in the Western World and in Israel

Daphna Kedar BPT, M.Sc¹, Osnat Atun-Einy BPT, PhD²

¹ Physical Therapist, Emek Medical Center, Clalit Health Services, Israel

² Senior lecturer, Department of Physical Therapy, Faculty of Social Welfare Health Sciences, University of Haifa, Haifa, Israel

Abstract

The NICU is a complex work environment containing a sensitive population whose treatment requires specific skills and competencies, advanced clinical training, and multi-disciplinary collaboration. The physical therapist is part of the multi-disciplinary team in the NICU. Involvement of the physical therapy profession in the NICU includes unique roles; the physical therapist provides developmental and respiratory therapy with reference to the various body systems including the autonomic system, as well as the sensory-motor, self-regulation, and attention systems. Physiotherapy in the NICU is based on in-depth medical and developmental knowledge and research integrating the developmental care approach. This requires role definitions, professional criteria, and advanced clinical training, as described in official clinical practice guidelines and position papers. This review examines the roles of the neonatal physical therapist in Israel, comparing them to international standards in the western world, considering role definitions, required skills and competencies for clinical training, and evaluation tools used.

The results compared the Israeli Standardized Practice to official sources dealing with physical therapists' role definitions in the NICU in the US, UK, Australia, and

New Zealand. Official sources reviewed described the physical therapist's responsibilities in applying developmental care, orthopedic treatment, and assessment, with some tangential and some unique to role delineation among different disciplines.¹⁰ Guidelines differ from each other in the level of detail and emphases given to various aspects of role responsibilities. They also differ in the scope and manner of specific training requirements, clinical "on site" guidance, and gradual entry to the NICU. When comparing recommendations for evaluation tools, the Israeli Standardized Practice differs from the other sources in indicating the need for using them without specifying the tests and measures. Sources that do include references for appropriate evaluation tools for the NICU phase mention different tools that vary in type, age range for implementation, and training requirements. The sources reviewed did not adequately define recommendations for procedures regulating requirements for the involvement of physical therapists.

The research recommendations include the development of standardized practice guidelines in the local context and may encourage professional endeavors to further develop and promote the physical therapy field in preterm care. As a way of broadening the scope even further, future studies should focus on mapping the physical therapist's roles in NICUs in Israel.

Keywords: Guidelines, Standards, Position papers, Clinical practice, Physical therapist role, training, Areas of knowledge, Multi-disciplinary collaboration, evaluation tools for the NICU