

# תגובה למאמרו של אלון רבין "השימוש במדדי אבחנה לצורך קבלת החלטות קליניות בפיזיותרפיה"

כתב עת לפיזיותרפיה, כרך 10, גיליון מס' 3, 25-30

ישראל זבולון, BPT, MAppSc (Phy), MPA

פיזיותרפיסט עצמאי

מורה ללימודים על-בסיסיים בפיזיותרפיה מוסקולוסקלטלית

בכתף, אזור זה ישפיע מבחינה תפקודית על הצוואר (וגם על אזורים רבים אחרים). לכן, בכל מקרה צריכה להיות התייחסות לשלל המרכיבים של בעיות מוסקולוסקלטליות. חשיבה רפואית מסורתית רואה "מחלות" או "בעיות" הנובעות מדבר אחד או לכל היותר משני דברים. חשיבה כזו לפיזיותרפיסטים אינה משקפת ראייה שיקומית אשר אמורה להתייחס אל המכלול והשלם ולא לחלקים ממנו. מיותר לציין את חשיבותם של היבטים נפשיים/רגשיים וקוגניטיביים הקשורים בליקויים תפקודיים וכאב שהם אגב, בין השאר, חלק אינטגרלי ובלתי נפרד מה'אבחנה'.

5. ציטוט: "Delitto מציע להפוך את שאלת האבחנה משאלה בפורמט פתוח לשאלה בפורמט סגור". על מנת להגיע ל"מיקוד" ההשערות הסבירות ביותר.

אחת הסיבות שהרפואה הפכה להיות רובוטית, טכנית ו"לא אנושית" הנה תקשורת לקויה. המטופל הפך להיות הכלי ולא המטרה שלשמה קיימת מערכת הבריאות כולה. מפגש עם המטופל הנו מפגש בין שני אנשים אשר לאחד מהם יש ידע ומיומנויות בתחום מסוים ולשני יש בעיה שאיתה הוא מגיע על מנת להיעזר בו, כדי לקדם את מצבו הבריאותי/תפקודי וכן הלאה. על כן, במפגש בין מטפל למטופל מתנהלת שיחה (ולא בהכרח ראיין). שיחה אינה יכולה להתנהל עם שאלות סגורות בלבד וזה לא מסייע בימיקוד ההשערות. על הקלינאי להיות מסוגל לנהל שיחה עם המטופל ולהטמיע את תוכן השיחה באופן שיאפשר הגדרה של מרכיבי הבעיה השונים והמגוונים ולהציע פיתרון או דרך נאותה ומתאימה להתמודד איתה.

6. צריך להוסיף את החשיבות של תקיפות (face validity) של בדיקות. אין משמעות למהימנות של בדיקה אם היא אינה תקיפה, כלומר, בודקת באמת את מה שהיא אמורה לבדוק.

לסיכום, קשה מאוד במציאות הקלינית האינטנסיבית, המורכבת והמעורפלת ועם הגבלת המשאבים ההולכת וגדלה לבסס את העבודה על הסתברות, הערכות מספריות של סבירות השערות קליניות וחישובים מתמאטיים בדרך ליאבחנה. לעומת זאת, מידע אודות הערך האבחנתי של בדיקות הוא בעל ערך לקלינאי בתנאי שלא שוכחים את הממדים הרבים הקיימים בבעיות מטופלים ואת מורכבותם של תהליכי חשיבה קליניים.

## מקורות

Higgs J et al. Clinical reasoning in the health professions. Amsterdam: Butterworth-Heinemann 2008.

תחילה, מן הראוי לציין את המחבר על העבודה היסודית והמעמיקה בנושא הנ"ל ואת חשיבות הנושא לקלינאים. ההתייחסות שלי למאמר של אלון רבין הנה ברמה הפילוסופית הקלינית ומנקודת מבט של קלינאי-איש שטח, לחלק מהמסרים המועברים 'בין השורות'.

1. ציטוט: מאמר זה יסקור את תהליך האבחנה בכללותו תוך שימת דגש על מדדי האבחנה העיקריים: רגישות וכו'.

המאמר אינו מתאר את תהליך האבחנה בכללותו, אלא מסביר אודות מדדים סטטיסטיים הקשורים לבדיקות פיזיקליות בבעיות מוסקולוסקלטליות ומביא מספר דוגמאות. תהליך הערכת המטופל/התהליך האבחנתי הנו מורכב מעבר לאבחנה מבנית וכולל בנוסף ל-diagnostic reasoning גם narrative reasoning שמהווה תהליך קוגניטיבי הקשור להבנה כיצד חווה המטופל את מחלתו או מוגבלותו. גם diagnostic reasoning קשור לא רק לליקויים פיזיים (כמו אלו המצוינים במאמר), אלא גם למגבלות תפקודיות בהקשר הרחב של מנגנוני כאב, תהליכים פתולוגיים ברקמות וגורמים תורמים (Higgs ושות' 2008 עמ' 251).

2. אחת הבעיות המרכזיות בפיזיותרפיה קלינית הנה הדומיננטיות של המודל הביורפואי. למרות היות המודל הביורפואי מודל חשוב ברפואה, בפיזיותרפיה הוא מהווה מודל בעייתי כאשר הוא עומד בפני עצמו. אין ויכוח לגבי החשיבות והצורך בבדיקות אבחנתיות תקיפות, מהימנות, רגישות, ספציפיות וכד' אשר יזהו את הגורם/מקור לבעיית המטופל, אולם, לאבחנות רפואיות משמעות חלקית לתהליך הקליני בפיזיותרפיה.

3. דבר נוסף אשר בולט במאמר הנו הדיכוטומיה בהקשר לבעיות מוסקולוסקלטליות. המחבר מציין:

"בין אם מדובר בצורך להחליט אם לטפל במטופל או להפנותו לגורם אחר, ובין אם להתרכז בבדיקת כתף או עמוד שדרה צווארי, על הפיזיותרפיסט לאסוף מספיק מידע בעל ערך אבחנתי שיאפשר מענה על אותן שאלות".

וכן:

"לחילופין, אם נכיר בדיקה אבחנתית ל-subacromial impingement שכאשר נבצע אותה ונקבל תוצאה שלילית נוכל לשלול במידת ודאות גדולה את הכתף כמקור לסימפטומים, נוכל להמשיך להתרכז בבדיקת הצוואר."

כפיזיותרפיסטים אנחנו יודעים שלא קיים דבר כזה 'בעיות כתף' ללא 'בעיות צוואר' ואפילו ללא 'בעיות בחגורת האגן' ואזורים אחרים ולהיפך לגבי כל אחת מהבעיות הללו. גם כאשר אין כאב