חוברת תקצירים

הכנס השנתי ה-17

של העמותה לקידום הפיזיותרפיה בישראל

9-10/5/2017 אווניו, קריית שדה התעופה

תרגום ותיקוף של שאלון ה Activity Scale for Kids -ASK לעברית והקשר בין תוצאות השאלון למבחנים תקפים אחרים

מחברים: צופית זמורה, סימונה בר-חיים
המעבדה לבקרה מוטורית ולשיקום הליכה, אוניברסיטת בן גוריון
המחלקה לפיזיותרפיה, אוניברסיטת בן גיוריון
מרכז שיקום ילדים מש"י, ירושלים
tzofitzmora@gmail.com

מטרות וצידוק לביצוע המחקר: שאלון הASK-activity scale for kids הינו כלי מדידה המבוסס על דיווח עצמי שפותח ע"י ננסי יאנג בשנת 1995 ועבר הגהה ותיקון בשנת 2007. השאלון נמצא תקף ומהימן לשימוש בקרב ילדים ומתבגרים עם לקויות שונות בגילאים 5-15. לASK שני חלקים:

1. חלק ה"יכולת"- הילד נשאל האם הוא חושב שהיה יכול לבצע תפקודים שונים ובאיזה דרגת קושי
2. חלק ה"ביצוע"- הילד נשאל האם ובאיזה תדירות ביצע תפקודים שונים.

מטרת המחקר הנוכחי היא לתרגם את שני חלקי השאלון לעברית ע"פ הקריטריונים המקובלים ולתקף את הגירסא העברית ע"י השוואת תוצאות השאלון לתוצאות של כלי מדידה תקפים אחרים.

אוכלוסיה: 30 ילדים ומתבגרים עם אבחנה של שיתוק מוחי בגילאים 5-15 בדרגות תפקוד 1-3 שמסוגלים לענות על השאלונים.

שיטות: הנבדקים יענו על 2 חלקי שאלון הASK המתורגם ועל שאלון הPEDICAT. בנוסף ילבשו מדי תאוצה למשך 4 ימים ופעילותם היומיומית תנוטר.

ניתוח הנתונים:

לתיקוף השאלון תיבדקנה קורלציות:

1. בין תוצאות שאלון היכולת לשאלון ה הPEDICAT
2. בין תוצאות שאלון הביצוע לתוצאות שיתקבלו ממדי התאוצה- מספר הצעדים ליום, משך זמן העמידה ביום ומספר המעברים.

מבחן one-way ancova יפלח את התוצאות לפי דרגות התפקוד תוך התייחסות לגיל כco-varient.

תוצאות: קיים קשר בין תוצאות שאלון היכולת לתוצאות אבחון הPEDICAT ($r=0.78$, $p<0.001$).

קיים קשר בין תוצאות שאלון הביצוע למספר הצעדים הממוצע ביום ($r=0.65$, $p=0.05$).

נמצא הבדל מובהק בתוצאות שאלוני הביצוע בין דרגת התפקוד 1-3 GMFCS ($MD=26.77$, $p=0.05$)

דיון ומסקנות: הגרסה העברית של אבחון הASK נמצאה תקפה וניתן להשתמש בגרסה זו ע"מ להעריך מצב נוכחי של ילדים ומתבגרים עם נכויות ולקויות שונות. ניתן להשתמש בגרסא זו גם על מנת לעקוב אחר שינויים תפקודיים.

יישומים קליניים בפיזיותרפיה: שאלון הASK הינו כלי זמין, קל ליישום ומתאים לשימוש בשדה הקליני ובמחקרים. הוא יכול להצביע על הבדלים בין דרגות הGMFCS השונות ולתת כיוון לחשיבה על מטרות טיפול.

המלצות למחקרי המשך: בדיקת הגורמים לפער בין היכולת והביצוע, האם טיפול מכוון מטרה יכול לצמצם את הפערים בין היכולת לביצוע.

מילות מפתח: שיתוק מוחי, שאלון, דרגות תפקוד, יכולת, ביצוע

מקורות מימון ודברי תודה: Helmsley Charitable Trust through the Agricultural, Biological and Cognitive Robotics Center of Ben-Gurion University of the Negev. וקרן מחקרים בענייני ביטוח ליד אגוד חברות הביטוח בישראל

אישור ועדת אתיקה: המחקר אושר ע"י ועדת הלסינקי של בית החולים אסף הרופא

תמצית ביוגרפיה של מציג העבודה: צופית זמורה, סיימה את לימודי התואר הראשון באוניברסיטת ת"א בשנת 2001. עובדת בגן שיקומי מש"י בירושלים בתחום הילדים מינקות ועד בגרות בעלי לקויות ונכויות שונות. מדריכה סטודנטים משנת 2005.

סטודנטית לתואר שני במחלקה לפיזיותרפיה באוניברסיטת בן גוריון בבאר שבע. המחקר מתבצע במעבדה לבקרה מוטורית ושיקום הליכה בראשות ד"ר סימונה בר-חיים.

תרומת הברית הטיפולית על פי תפיסתם של מטופלים עם כאב גב תחתון להסבר השונות בתוצאות התפקודיות והיעלמות מטיפול במכוני פיזיותרפיה בקהילה

יואל לדין- *מכבי שירותי בריאות-אחוזה 124 רעננה*

דוא"ל- aladdin1702@gmail.com

ד"ר מיכל כץ- לוירר- החוג לפיזיותרפיה הפקולטה לרפואה

ד"ר דניאל דויטשר- מכבי שירותי בריאות

גב' סיגל גפני פרינטי- מנהלת פיזיותרפיה מחוזית מחוז השרון

ד"ר דוד דביר- סגן מנהל מרכז רפואי שיקומי רעות

רקע מערך הקשרים בין תהליכי טיפול לתוצאות טיפול, נמצא מסביר 39% מהשונות בתוצאות התפקודיות של המטופלים. הברית הטיפולית בין המטפל למטופל נמצאה בעלת תרומה בינונית להסבר תוצאות הטיפול בפסיכותרפיה. הקשר בפיזיותרפיה בין הברית לתוצאות תפקודיות בטיפולי פיזיותרפיה בכאבי גב תחתון, והקשר בין הברית להיעלמות מטיפול, טרם נבדקו בתנאים קליניים שגרתיים.

מטרות 1. לבחון את הקשר בין תפיסת המטופל את עוצמת הברית, לבין תוצאות תפקודיות בטיפול פיזיותרפיה לכאב גב תחתון, תוך שקלול משתני הרקע של המטופלים במכוני הפיזיותרפיה בקהילה; 2. לבחון את הקשר בין עוצמת הברית בסיום הטיפול הראשון, לבין היעלמות מטיפול; 3. לבדוק את השפעת תפיסת המטופל את סמיות השאלון לפיזיותרפיסט, על הקשר בין עוצמת הברית לתוצאות; 4. לבדוק היבטי היענות לשימוש בשאלון לאמידת הברית, בשגרת העבודה במכון.

שיטות מחקר מעקב, תצפיתי, דו-שלבי. אומדני הברית נאספו ממטופלים בתשעה מכוני פיזיותרפיה במכבי שירותי בריאות במחוז השרון. הברית נאמדה בסיום הביקור הראשון, על ידי שאלון ה- Working Alliance Inventory-short (WAI-s). הציון התפקודי נקבע על ידי שאלון ממוחשב Lumbar Computerized Adaptive Testing (LCAT).

תוצאות מתוך 1830 מטופלים בכאב גב תחתון, 626 ענו על שאלון הברית, 591 ענו על כללי ההכללה לבחינת הקשר בין הברית להיעלמות מטיפול ו- 275 מילאו אחר התנאים להכללה לבחינת הקשר בין הברית לתוצאות. נמצא אפקט תקרה של אומדני הברית, כאשר 13.4% מהמשיבים דרגו את הברית בציון הגבוה ביותר. בהמשך לכך נמצא שהברית, אינה תורמת לניבוי תוצאת תפקודיות. בין המשתנים שנבדקו נמצא שרק הציון התפקודי בכניסה ומשך הטיפול היו קשורים לתוצאות הטיפול. כמו כן, נמצא כי הברית אינה מנבאת היעלמות מטיפול.

לא נמצא הבדל מובהק באומדני הברית על-פי סמיות השאלון לפיזיותרפיסט. ההיענות לשימוש בשאלון הייתה נמוכה מהצפוי (34.1%) אך בקרב העונים, שיעור המענה על ההיגדים היה גבוה מאוד (100%-94.5%).

מסקנות שאלון הברית כפי שהוא בנוי ומנוסח, נמצא בעל אפקט תקרה, וייתכן שבשל כך הוא אינו תורם לניבוי שינוי תפקודי והיעלמות של המטופלים בבעיות גב תחתון בפיזיותרפיה.

תמצית ביוגרפיה- סיימתי לימודי תואר ראשון בשנת 1995. מאז עובד במכבי שירותי בריאות בעיקר במכונים ובטיפולי בית. מנהל מכון 1998-2002 ורכז מחקר ופיתוח מאז 2009.

תאור מקרה של שימוש בסולם GAS-Goal Attainment Scaling בשיקום לאחר ניתוח של נערה עם שיתוק מוחין.

מאת חגית חפץ, פיזיותרפיסטית. MSc PT.

משרד החינוך, בית הספר מעיין-שרה אשקלון.

חגית חפץ, Haga400@gmail.com

תקציר: שימוש בסולם GAS-Goal Attainment Scaling נמצא תקף בהערכת ההתקדמות בשיקום של מטופלים עם שיתוק מוחין. כחלק מתהליך תרגום הידע בתחום זה לטיפול הפיזיותרפי פותח מודל ליישום הסולם להערכת המטופלים בפיזיותרפיה. המטרה של תיאור המקרה הזה היא להדגים את השימוש בGAS בטיפול בגפן, נערה בת 17 עם שיתוק מוחין מסוג דיפלגיה ספסטית ברמת תפקוד GMFCS 2 לאחר ניתוח בשתי רגליה. תיאור המקרה מציג את תהליך היישום של הערכה וההתקדמות בטיפול על פי סולם GAS. הטיפולים תועדו בעזרת צילומי וידאו וניתן לראות את ההתקדמות בטיפול על פי טבלת המטרות שנקבעה למטופלת.

מטרות: הכרות עם סולם GAS והטמעת השימוש בו בטיפול הפיזיותרפי בילדים ומתבגרים עם שיתוק מוחין.

תוצאות: גפן השיגה את כל המטרות שנקבעו לה בתחילת הטיפול, ובעזרת סולם GAS, יכולנו להעריך את ההתקדמות שלה ולקבוע מטרות חדשות בהתאם לבקשתה.

סיכום: הGAS הינו כלי מעשי שעוזר לכמת באופן מדיד את ההתקדמות בטיפול באופן אישי לכל מטופל על פי המטרות שנקבעו יחד איתו. הGAS הינו כלי מדעי תקף ומהימן שעלינו כפיזיותרפיסטים להכיר אותו, להעזר בו ולהטמיע אותו בטיפול בכלל ובילדים בפרט.

הערה: פרסום תאור המקרה והסרטונים המוצגים בו אושרו ע"י המטופלת והוריה בכתב.

מילות מפתח: GAS, שיתוק מוחין.

על המחברת:

סיימה תואר ראשון בפיזיותרפיה ב2012 באונ' תל אביב

סיימה תואר שני בפיזיותרפיה בהצטיינות ב2016 באונ' בן גוריון עם התמקדות בטיפול בילדים ופגיעות נוירולוגיות.

עובדת במשרד החינוך בבתי ספר לילדים עם שיתוק מוחין ותסמונות שונות, ובקליניקה של ד"ר עוז צור לטיפול בבעיות שיווי משקל וסחרחורות בילדים.

כרוניקה לא ידועה מראש

תוצאות אימון עצים במטופל בשלב הכרוני עשור לאחר אירוע מוחי - תיאור מקרה

גליה קופלס-בייטנר

המכון לשיקום נוירולוגי בקריית ביאליק, שירותי בריאות כללית

baitner@gmail.com

רקע: אירוע מוחי הוא אחד הגורמים הבולטים למגבלה פיזית ברחבי העולם. פעמים רבות המגבלה הפיזית עלולה לגרום לירידה בתפקוד ובהשתתפות בחיי הקהילה. הספרות מתארת, כי רמת הפעילות של אנשים לאחר אירוע מוחי הינה נמוכה, בהשוואה לאוכלוסייה בריאה תואמת גיל, ובהשוואה לאוכלוסיות הסובלות ממחלות כרוניות. כמו כן מתואר כי קיים קשר בין חוסר פעילות גופנית לעלייה בגורמי סיכון לאירועים מוחיים חוזרים.

בספרות קיימות הנחיות והמלצות לאימון גופני לאחר אירוע מוחי, וניתן דגש על שילוב תרגול אירובי ואימון כוח ברמת עצימות גבוהה, כחלק מתכנית השיקום. יחד עם זאת, מהתבוננות בשטח הקליני, ניכר כי קיים קושי ביישום ההמלצות. יתכן וקושי זה נובע מחוסר ניסיון ומחוסר הדרכה של אנשי המקצוע בתחום. מחקרים שבחנו את רמת הפעילות לאחר אירוע מוחי מתארים, כי כבר בשלב השיקום הראשוני, רמת עצימות התרגול אינה מספקת כדי לגרום להשפעה לבבית. כמו כן, פרק הזמן בטיפול המוקדש לרמת תפקוד גבוהה, הינו נמוך משמעותית מהמומלץ.

כל זאת מקבל משנה תוקף בשלב הכרוני לאחר אירוע מוחי, בו פזיותרפיסטים רבים עומדים בפני אתגר הענקת טיפול יעיל ומקדם.

מטרת תיאור מקרה זה היא הצגת תוצאות טיפול באדם שעבר אירוע מוחי לפני עשר שנים, אשר נמצא בשלב הכרוני. הטיפול התבצע פעם אחת בשבוע למשך 45 דקות, ונפרס לאורך 12 שבועות. הטיפול כלל אימון אירובי וכוח, העולים ברמת העצימות בהתאם ליכולתו של המטופל, תוך מתן דגש לאימון מאתגר.

מדדים נלקחו לפני, במהלך ואחרי תקופת האימון. בוצעה הערכה של מסוגלות עצמית (שאלון ABC), יכולת תפקודית וסבולת (6 דקות הליכה, מבחן berg להערכת שווי משקל, TUG) ומדד BORG להערכת קושי האימון.

תוצאות ומסקנות: ניכר שיפור הדרגתי במדדי התפקוד והסבולת, במקביל לירידה ברמת הקושי שחווה המשתתף במהלך הטיפול.

תוצאות אלה יכולות להעיד על הפוטנציאל הגלום בטיפול המבוסס על פעילות ברמת עצימות גבוהה, גם שנים רבות לאחר האירוע המוחי.

התוצאות פותחות בפני ציבור המטפלים נקודת מבט נוספת לגבי אפשרויות טיפול, המביאות לשיפור היכולת התפקודית באדם בשלב הכרוני לאחר שבץ מוחי.

מילות מפתח: אירוע מוחי, שבץ, כרוני, אימון אירובי, אימון עצים

תודות: לצוות המרצים באוניברסיטת חיפה על השיפור בתפיסה הטיפולית ועל החשיבה הנכונה שתמיד צריך לדרוש יותר.

לצוות הפזיותרפיסטים העובדים לצידי על ההשראה והתמיכה.

תמצית ביוגרפית:

גליה קופלס- בייטנר, נ+4, מתגוררת בהושעיה

סטודנטית לתאר שני בפיזיותרפיה באוניברסיטת חיפה

2005- סיום תאר ראשון בפזיותרפיה באוניברסיטת בן גוריון בנגב.

2005-2012- פזיותרפיסטית במרכז השיקום בבית לוינשטיין ,רעננה, שירותי בריאות כללית.

2013-2017- פזיותרפיסטית במכון לשיקום נוירולוגי בקרית ביאליק, ובמכון מקצועית בעכו, שירותי בריאות כללית.

<u>תיאור מקרה: תהליך השיקום התפקודי לאחר פגיעה מוטורית לא אופיינית בעקבות שלבקת חוגרת</u>

מחברים: <u>אלכסנדר פרוצנקו</u>, *<u>מחלקה לגריאטריה שיקומית, בית חולים מאיר</u>*

כתובת דוא"ל: alex.protsenko@clalit.org.il

הקדמה: שלבקת חוגרת היא מחלה זיהומית ויראלית שתוקפת את סיבי העצבים והעור שמסביבם וגורם לפריחה חריפה. לרוב אין מעורבות מוטורית במחלה זו אך קיימות עדויות מעטות בספרות על נוירופתיה ופגיעה בתפקוד השרירים. תהליך השיקום התפקודי בפיזיותרפיה במקרה זה מורכב בשל העדר פרוגנוזה וקווים מנחים.

תהליך קבלת ההחלטות ובחירת הטכניקות הטיפוליות היה מאתגר מבחינה מקצועית ותרם לפיתוח החשיבה הקלינית של כלל הצוות.

מטרות: להציג תהליך חשיבה קלינית ובחירת טכניקות טיפוליות בשיקום אישה בת 79 לאחר שלבקת חוגרת עם סיבוך מוטורי - נוירופטיה בעצב הפמורלי.

תוצאות: ז.צ., בת 79, א+3. טרם המחלה עצמאית. ב - 9.2016 טופלה בקהילה עם חשד לשלבקת חוגרת. לאחר הופעת חולשת רגל ימין וחוסר יכולת הליכה הופנתה למיון בבי"ח "בלינסון" ואושפזה במחלקה נוירולוגית. בהערכה: חולשה פרוקסימלית ברגל ימין והחזרים ירודים.

EMG: Rt. Axonal femoral neuropathy.

ב 20.10.16 התקבלה להמשך שיקום במחלקתנו.

ברגל ימין – כוח quadriceps – 0/5. FIM – ניידות ומעברים – 4, הליכה – 2, מדרגות – 1.

המטופלת טופלה בטכניקות טיפוליות מגוונות.

לאחר 76 ימי אשפוז חל שיפור משמעותי בתפקוד המטופלת: FIM – מעברים – 6, הליכה – 6 למרחקי בית, מדרגות – 5. כוח quadriceps – 4/5.

סיכום ומסקנות:

במהלך שיקום ממושך של אישה שנפגעה משלבקת חוגרת עם סיבוך מוטורי בגפה תחתונה ימנית עלה קושי בניבוי התוצאות ובבחירת הטכניקות הטיפוליות המתאימות. הודות לתהליך חשיבה מעמיקה וניטור מדדים אובייקטיביים התאפשר תהליך מוצלח של עבודה רב מקצועית עם תוצאות חיוביות שבסופו המטופלת הצליחה לחזור לביתה ללא עזרה פורמאלית.

השלכות לעשייה הקלינית בפיזיותרפיה:

דוגמא לטיפול באדם משתקם עם פגיעה מוטורית לאחר שלבקת חוגרת שלא ידועה הפרוגנוזה הטיפולית ולעורר חשיבה ודיון על שימוש בטכניקות טיפוליות המתאימות.

מילות מפתח: שלבקת חוגרת, חסר מוטורי.

מציג העבודה: אלכס פרוצנקו BPT משנת 2008 אוניברסיטת אריאל.

אחראי שרות פיזיותרפי במחלקה לגריאטריה שיקומית, בית חולים "מאיר"

"לכו על זה" תכנית להגברת פעילות גופנית והפחתת התנהגות יושבנית בקרב מתבגרים ובוגרים צעירים עם שיתוק מוחי- תוצרי קבוצת מיקוד

אבירם רונית[1,2], קובורוסטיאנוב נטליה[3], נטע הריז[4], בר-חיים סימונה[1]

1המחלקה לפיזיותרפיה והמעבדה לבקרה מוטורית ושיקום הליכה, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב ת.ד 653 באר-שבע

2. מרכז שיקום מש"י שמואל הנביא 69 ירושלים

3. המחלקה לתקשורת, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב ת.ד 653 באר-שבע

4. המעבדה לניתוח תנועה , מרכז רפואי אסף הרופא, צריפין

אבירם ר. aviramhr@gmail.com

שעות רבות של ישיבה ביום והיעדר פעילות גופנית (פ"ג), מהווים גורמי סיכון לתחלואה ותמותה. למתבגרים עם שיתוק מוחי (CP), כושר גופני ירוד והם מנהלים אורך חיים יושבני, דבר המעמיד אותם בסיכון גבוה לתחלואה. בנוסף, חוסר פעילות עשוי להוביל לירידה במדדי הכושר הגופני מתחת לסף המינימלי הנדרש לתפקוד. במטרה לבנות תכנית התערבות לקידום אורח חיים פעיל, הוחלט לבחון את החוויות, עמדות ותפיסות של צעירים עם CP בעזרת קבוצות מיקוד.

מטרות: לזהות חסמים, מאיצים מתווכי שינוי וגורמי מוטיבציה להפחתת התנהגות יושבנית והגברת פ"ג בקרב צעירים עם CP.

אוכלוסייה: 11 צעירים עם CP, 6 בנים ו 5 בנות. גילאים 13.58-21.83 ש' GMFCS I-III עם יכולת שיתוף וניהול שיחה.

שיטות-

ההליך: המשתתפים או הוריהם חתמו על טופס הסכמה מדעת במפגש שהתקיים בביתם כשבוע לפני מפגש הקבוצתי.

התקיימו 2 קבוצות מיקוד נפרדות לבנים ולבנות במרכז השיקומי מש"י בירושלים. כל מפגש ערך כשעתיים. הקבוצות הונחו על ידי החוקרות, עו"ס ופיזיותרפיסטית. במהלך המפגש המשתתפים התבקשו לתאר את הפעילות יומית שלהם, לדון בגורמים לאורח חיים פעיל ויושבני עבורם, לפתח רעיונות לקיום אורח חיים פעיל ולהציע רעיונות להתערבות.

עיבוד הנתונים: הראיונות תמללו ונותחו איכותנית באמצעות תוכנת ATLAS. הקטגוריות לניתוח פותחו בדיון בין החוקרות.

תוצאות- כל המשתתפים הביעו רצון להיות פעילים יותר. יחד עם זאת, רוב המשתתפים לא ידעו מה הן ההמלצות ובאיזה אופן יוכלו לבצע שינוי. המשתתפים שיתפו בחוויית התנועה שלהם, חלקם תיארו מעגל שהוביל לירידה בתפקודם. עוד עלו נושאים של תפיסת הפ"ג כחובה מול הנאה, דימוי גופני, תפיסת מסוגלות עצמית לביצוע השינוי, סדרי העדיפויות בחייהם והמקום של הפ"ג כמדרבן וכמכשול לשילובם במצבי חיים. אחריות אישית מול האחריות של גורמים קהילתיים ורפואיים, מקומם של הפיזיותרפיסטים

וההורים בתהליך זה. החסמים והמדרבנים לשינוי באורח חיים כללו גורמים אישיים, גופניים וסביבתיים. כמו כן, נאספו גורמי מוטיבציה ורעיונות של המשתתפים לתכנית התערבות.

מסקנות ויישומים: תוצרי החקר סייעו בבניה של תכנית התערבות לשינוי אורח חיים שלוקח בחשבון את תפיסותיהם ועמדותיהם של הצעירים עם CP. מומלץ לקיים קבוצות מיקוד נוספות.

מילות מפתח: שיתוק מוחי (CP), אורח חיים פעיל, אורח חיים יושבני, קבוצות מיקוד, החסמים, מדרבנים, מתווכי שינוי, גורמי מוטיבציה.

מקורות מימון: מלגה של אוניברסיטת באר-שבע, יד הנדיב.

תודות: תודה לצעירים על שיתוף הפעולה

אישור וועדת אתיקה: מחקר זה אושר על ידי ועדת האתיקה בבית חולים אסף הרופא.

ביוגרפיה- רונית אבירם: סימה לימודי תואר ראשון בפיזיותרפיה באוניברסיטת תל אביב בשנת 1990 ולימוד תואר מוסמך עם תזה במדעי החינוך הגופני במכללת וינגייט בשנת 2009. השלימה תזה נוספת במעבדה לבקרה מוטורית ושיקום הליכה באוניברסיטת בן גוריון ב-2015. מומחית בהתפתחות ושיקום ילדים ונוער ובשילוב תכניות אימון וספורט בשיקום. משמשת אחראית על תחום הפיזיותרפיה בגנים ומעונות של משי בירושלים. מרצה וחוקרת במחלקה לפיזיותרפיה באוניברסיטת בן גוריון בנגב.

תכנית רב–תחומית אינטנסיבית לחולי פרקינסון במצב מתקדם: עקרונות הפעלה ונתונים ראשוניים

בדיחי, ע., רוזיצקי, ר., לוין, י., וטורי, ה., שטיין ש., קיסרי נ., שלמוני, נ., חיות, ע., שיפר,א.

מרכז שיקום "עזרה למרפא"

גורביץ', ט., מנור, י., ענבר, נ., הלל, א., עזרא, ע., ג'ריאני, נ., נאור, ס., שפירא, י., גלעדי, נ.

המערך הנוירולוגי, היחידה להפרעות תנועה, המרכז הרפואי תל-אביב (איכילוב)

רקע: בעשור האחרון, התרחב הבסיס המדעי ליעילותן של תוכניות טיפול רב-תחומיות לשיפור מדדי תפקוד ואיכות חיים בקרב אנשים עם מחלת פרקינסון. מרבית התוכניות שנחקרו באופן מעמיק בחנו את השפעותיו של טיפול אינטנסיבי במסגרות אשפוז – טיפול קצר-טווח, יקר, המחייב את המשתתפים להתנתק מסביבת חייהם בקהילה. לפיכך, עלה הצורך בתכנון, הפעלה ובחינה של תוכנית התערבות רב-תחומית אינטנסיבית המופעלת במסגרת אמבולטורית.

מטרה: בהרצאה זו, נציג תוכנית רב-תחומית מרוכזת המיועדת לאנשים עם פרקינסון – מבנה התוכנית, מדדי התפקוד הנאספים במסגרתה ותוצאות ראשוניות.

שיטה: התוכנית הרב-תחומית פועלת במרכז השיקום "עזרה למרפא" בשיתוף עם היחידה להפרעות תנועה והמערך הנוירולוגי במרכז הרפואי תל-אביב, ומוצעת למשתתפים ללא עלות מצידם. במסגרת התוכנית, מתקיימים כמה מחזורי טיפול אינטנסיביים במהלך השנה. כל מחזור נמשך חודשיים, בו עשרים משתתפים מוזמנים למרכז שלוש פעמים בשבוע, למשך חמש שעות בכל פעם (כלומר, לכל משתתף 15 שעות טיפול בשבוע, במשך 8 שבועות). מדובר בתוכנית רב-תחומית מותאמת אישית, שיש בה טיפולים פרטניים לצד קבוצתיים, וכוללת – פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק, תקשורת (שפה ובליעה), הידרותרפיה, והערכת צרכים סוציאליים. למשתתפים ולבני משפחתם ניתנת אפשרות לקחת חלק גם בקבוצת תמיכה ובמגוון חוגים, דוגמת איגרוף, טיפול בתנועה וריקוד וברידג'.

תוצאות: התוכנית הושקה במאי 2016. עד כה, 53 אנשים עם מחלת פרקינסון מתקדמת ($H\&Y\geq3$) השלימו השתתפותם בכל המפגשים, ו-3 מטופלים השתתפו רק בחלקה. בכל מחזור, נאספו נתונים אובייקטיביים ייחודיים לכל סקטור מטפל. הנתונים יוצגו, ויש בהם כדי לבסס את יעילותה של התוכנית. מבחינה סובייקטיבית, המשתתפים ובני משפחותיהם הביעו שביעות רצון רבה ומרביתם דיווחו על שיפור תפקודי שניתן לשייכו לטיפול האינטנסיבי.

מסקנות: בהסתמך על נתונים והתרשמויות שנאספו במהלך שישה חודשים משלוש קבוצות של משתתפים, ניתן להסיק שיש יעילות בתוכנית מסוג זה, ומכאן, מתחדדת חשיבות היידוע והשיתוף של מקבלי ההחלטות במערכת הבריאות באפשרות לטיפול אינטנסיבי במסגרת אמבולטורית. זאת, על מנת לבחון אפשרויות להטמעת תכניות דומות עבור אנשים המתמודדים עם מחלות נוירו-דגנרטיביות בפרט, ומחלות כרוניות בכלל.

תרגול עצמי כתהליך שיקומי המערב את הצוות הרפואי והסיעודי במחלקות הפנימיות במרכז הרפואי

אורלי וקסלר ינאי, תמי ורשבסקי

שירותי הפיזיותרפיה, מרכז רפואי תל אביב על שם סוראסקי ptdepartment@tlvmc.gov.il

תקציר

רקע

מאושפזים במחלקות הפנימיות משתהים באשפוז מסיבות שונות, בין אם בהמתנה למסגרת מתאימה לשחרור, או בשל העברה למחלקה פנימית בשל סיבוך רפואי (לאחר החלפת מפרק או החלפת מסתם).

הרצון לספק למטופל יותר כלים כדי לשפר תפקוד ולהביא לעצמאות, החלמה ושחרור מהיר יותר, כמו גם מגבלת המשאבים לטיפולים במחלקות הפנימיות, הביאו ליצירת דפי תרגילים ודפי דיווח תרגול עצמי.

מטרות

תרגול עצמי של מטופלים, בעידוד הצוות הרב מקצועי המטפל, מאפשר התקדמות תפקודית עצמאית בזמן האשפוז ושחרור מהיר יותר של המאושפזים למסגרת מתאימה.

שיטות

תפקיד הפיזיותרפיסט כמנחה לפעילות גופנית, במיוחד לאוכלוסייה עם מוגבלויות, הביאה אותנו ליצר תהליך בו הוכנו דפי תרגילים יעודים למאושפזי הפנימיות, לתרגול בעמידה, שכיבה וישיבה. הוכן דף לדיווח תרגול עצמי, עליו המטופל מדווח ביצוע.

נבנתה תוכנית לשיתוף צוות הסיעוד והרופאים, כדי להגדיל את מוטיבציית המטופל לתרגל באם ישאל על ידי הרופא או האחות, כמו גם לשתף את הצוות כולו בתהליך לשיפור התפקוד ועצמאותו של המטופל. ההמלצה היא הנחת דפי התרגול על גיליון המיטה וכך יתאפשר השיח בנושא בעת הביקור.

בתוכנית, יציג הפיזיותרפיסט המשויך לכל מחלקה את הנושא כחלק ממצגת מקצועית המשקפת לצוות הרפואי והסיעודי מהו תפקידו במחלקה.

תוצאות

נערכה פגישה עם אחות בכירה בהנהלת הסיעוד לשם הפיכת התהליך לפרויקט איכות משותף. הנושא הוצג לסמנכ״ל תפעול של המרכז הרפואי. יתקיים דיאלוג מול מנהלי המחלקות הפנימיות. הוכנו דפי התרגילים בדפוס, והתהליך הוצג לצוות הניהול בפיזיותרפיה, כמו גם לצוות הפיזיותרפיה בישיבת צוות. הוגדרה אחריות של פיזיותרפיסטית לסיוע בהובלת התהליך ולקיום מפגשים מחלקתיים בתשע המחלקות הפנימיות במרכז הרפואי. במשך השנה ייבדק דיווח עצמי של פיזיותרפיסטים בפנימיות על הגדלת הענות המטופלים לתרגול עצמי, תוך מעורבות של צוותי סיעוד ורפואי בעידודם לכך.

סיכום ומסקנות

טרם ניתן להשיג מסקנות

מילות מפתח

דפי תרגול, דיווח תרגול עצמי, מחלקות פנימיות

תמצית ביוגרפית

אורלי וקסלר ינאי, Wachsler Yannai Orly, ptdepartment@tlvmc.gov.il

מנהלת שירותי הפיזיותרפיה במרכז הרפואי תל אביב, תואר ראשון בפיזיותרפיה (B.PT), אוניברסיטת ת״א 1988, תואר שני בפקולטה למנהל עסקים, התמחות במערכות בריאות (M.H.A.), אוניברסיטת ת״א 2001.

תרגול קינמטי ביתי לכאבי צוואר כרוניים

Cervical kinematic home training for chronic neck pain

Sarig Bahat, H., Treleaven, J. et al

- כל הקיצורים מפורטים מטה בתקציר האנגלי

מטרות: להעריך את האפקט התרפויטי של תרגול קינמטי ביתי בעזרת ציין לייזר או מערכת מציאות מדומה.

שיטות: המחקר תוכנן כ**RCT**- מחקר קליני רנדומלי עם הקצאה סמויה לשלוש קבוצות- שתי קבוצות התערבות, וקבוצת ביקורת, וכמו כן הערכה עיוורת.

המשתתפים היו 92 בוגרים עם כאבי צוואר כרוניים (>3 חודשים).

שתי קבוצות ההתערבות השלימו 4 שבועות של תרגול ביתי בעזרת ציוד שקיבלו וכלל תנועתיות אקטיבית מכוונת מטרה, לשיפור מהירות התנועה ודיוקה. תכניות האימון תוכננו ככל הניתן להיות מקבילות אך מערכת המציאות המדומה סיפרה חוויה אינטראקטיבית יותר עשירה מציין הלייזר.

קבוצת הבקרה המתינה 4 שבועות ללא קבלת טיפול, ואח"כ שויכה רנדומלית לאחת מקבוצות הטיפול.

מדדי התוצאה הסובייקטיביים היו כאב **VAS**, תפקוד **NDI**, פחד מתנועה **TAMPA**, ואיכות חיים **EQ5D**.

המדדים האובייקטיבים כללו טווחים, מהירות, חלקות ודיוק תנועה צווארית.

המחקר מומן על ידי קרן מחקר ממשרד הבריאות של מדינת **Queensland**.

תוצאות: קבוצת הביקורת לא הדגימה שום שינוי במהלך תקופת ההמתנה, בעוד שתי קבוצות האימון השתפרו משמעותית, עם מספר יתרונות מובהקים לקבוצת ה **VR** במיוחד בתפקוד **NDI**, ובמהירות התנועה הצווארית. לא הודגמו שיפורים בפחד מתנועה ע"פי **TAMPA** ובטווחי תנועה.

לאחר סיום תקופת המחקר, הוחזר הציוד, ולמרות זאת נשתמרו חלק ניכר התוצאות 3 חודשים וחלקן אף התגברו.

מסקנות: תרגול קינמטי בבית, עם תמיכה מרחוק בלבד, יעיל לשיפור מצבם של מטופלים עם כאבי צוואר כרוניים. שתי קבוצות התרגול השתפרו ברוב המדדים, עם הבדלים ספציפיים בינהן לטובת קבוצת ה **VR**. לפיכך ניתן להמליץ על תרגול זה לבעיות צוואר כרוניות ויש להתאים את התרגול הספציפי לכל מטופל לפי ליקוייו.

המחקר נרשם במאגר המחקרים הקליניים אוסטרליה ניו-זינלנד, וקיבל אישורי אתיקה מאוניברסיטת קווינסלנד שם נערך.

מילות מפתח מופיעות מטה באנגלית.

תודות והוקרה למעבדת חקר הצוואר באונ' קווינסלנד שארחה אותי באופן חם ותומך. במיוחד תודות לד"ר ג'וליה טרליבן שותפתי היקרה על הדלת הגדולה שפתחה לי ועל העשייה המשותפת שנראה שיש לה עתיד מבטיח.
תודות לאליוט שפרכר על הייעוץ הסטטיסטי, דניאל גרנטשטיין על פיתוח התכנה ופתרון הבאגים, משרד הבריאות של קווינסלנד שהחליט להעניק לנו תמיכה, וכמובן המשפחה המדהימה שלי על שתמכה בי.

על המרצה: ד"ר הילה שריג בהט היא חברת סגל בחוג לפיזיותרפיה אונ' חיפה וכן קלינאית עצמאית בתחום המוסקולוסקלטלי. סיימה תואר שני בUniversity of South Australia, ושלישי באונ' חיפה בהנחיית פרופ' יוכי לויפר ותמר וייס בתחום הצוואר. המשיכה לפוסט באונ' קווינסלנד בהנחייתה של שותפתה האוסטרלית ד"ר טרליבן, איתה זכו במענק מחקר של משרד הבריאות להמשך מחקר בתחום תרגול הצוואר באוסטרליה.

Key words: Neck pain, kinematics, velocity, virtual reality, home exercise
Acknowledgments: My gratitude to the excellent team lead by Julia Treleaven in UQ for their warm hospitality and wonderful cooperation in making this complex clinical trial a success.
Lastly to my most patient developer, Daniel Grantstein, who does a marvellous job in making it all feasible, and Dr. Elliot Sprecher for his statistical advice- great as always!

Hilla Sarig Bahat is a part-time academic in the School of physiotherapy, University of Haifa, and an independent clinician in Haifa. Hilla specialises in the musculoskeletal physiotherapy and focus her research on neck pain and neck motion analysis. This paper described the RCT she conducted in UQ which will is currently under revision for publication in Manual Therapy. Recently Julia and Hilla have won a grant from the Queensland's health ministry to study the application of their exercising regimes for patients in a home setup.

<u>הערכת אימון לחולי אי ספיקת לב בעצימות הנקבעת על פי מבחן 6 דקות הליכה- מחקר ייתכנות</u>

מחברים: <u>יואב סיון</u>[1,2] , דר' בן **בן** אברהם[2], בהנחיית דר' עינת קודש[1].

[1] אוניברסיטת חיפה החוג לפיזיותרפיה [2] מרכז רפואי רבין, בית חולים בלינסון.

דואר אלקטורני: yoavi.sivan@gmail.com

רקע: אימון גופני מהווה חלק אינטגרלי מטיפול בחולי אי ספיקת הלב. על מנת לקבוע את עצימות האימון ודופק המטרה נהוג להשתמש בבדיקת מאמץ מרבית לניטור מדדי לב-ריאה באמצעות מערכת מטבולית (CPET). במרכז שיקום הלב במרכז רבין נהוגה שיטת אימון השונה מהמקובל. דופק החולים אינו מנוטר ועצימות האימון נקבעת על פי ההישג במבחן 6 דקות הליכה (6MWT).

מטרות: 1) ניטור דופק האימון והשוואה עם יעדי אימון ליעדי הדופק המתוארים בספרות. 2) בחינת השיטה והשוואתה לתגובות האימון המתוארים בספרות.

שיטות: 9 חולי ספיקת לב גויסו וסיימו 3 חודשי אימון במרכז לשיקום לב. טרם תחילת המחקר ובסיומו המטופלים בצעו בדיקת CPET ובדיקת 6MWT. יעדי האימון נקבעו על פי ההישג במבחן 6MWT. במהלך כל האימונים נוטר דופק המתאמנים באמצעות מערכת אלחוטית. רמת קושי האימון נבחנה באמצעות סולם סובייקטיבי להערכת מידת המאמץ על פי סולם בורג. להערכת השינוי בביצוע בעקבות השתתפות בתוכנית השיקום השוו הביצועים לפני ואחרי התוכנית, במבחן t למדגמים תלויים.

תוצאות: הנבדקים התאמנו בדופק ממוצע של 81.26% מהדופק המרבי אשר נמדד במבחן המאמץ ודרגו את רמת הקושי באימון כ- 11.71 על פי סולם בורג. בעקבות השתתפות בתוכנית האימון השתפרו תוצאת מבחן 6MWT בכ- 27.6% (P=.000). לא נימצא שיפור מובהק בצריכת החמצן המרבית אולם נמצאה מגמה לשיפור (P=.062) של כ- 25.5% בהספק העבודה המרבי אליו הגיעו הנבדקים. לא נימצא קשר בין שיפור בצריכת החמצן במבחן ה-CPET לשיפור שהושג במבחן ההליכה.

דיון ומסקנות: תוצאות המחקר מדגימות שיפור לאחר תוכנית אימון גופני לחולי אי ספיקת לב אשר עצימותו נקבעת על פי מבחן 6MWT בתחילת תהליך השיקום. ההבדל שנימצא באחוזי השיפור במבחן ה-6MWT גדולים מהמדווח במחקרים קודמים, בעוד אחוזי השיפור בצריכת חמצן דומים למדווח בספרות.
לאור מציאת תוכנית האימון המוצגת במחקר ייתכנות זה כמשפרת ביצועי, יש לקיים מחקר עתידי רחב יותר במטרה לשקול אימוץ של שיטת אימון זו במכוני השיקום השונים.

מילות תודה: תודות למרפאת שיקום הלב בבית החולים בלינסון, לדר טוביה בן גל ודר בן בן אברהם שתמכו ואפשרו לי לבצע את המחקר במרפאה. תודה לצוות הפיזיותרפיסטים בבית החולים ובמכון השיקום אשר תמכו ועזרו בביצוע המחקר. תודה לנירה צוברי מנהלת שירותי הפיזיותרפיה בבית החולים בלינסון שתמכה ועודדה את ביצוע המחקר וכמובן תודה רבה לדר' עינת קודש מאוניברסיטת חיפה על ההנחייה המסורה.

אישור ועדת אתיקה: המחקר עבר ועדת הלסינקי בבית חולים בלינסון.

תמצית ביוגרפית: יואב סיון- בוגר תואר ראשון בפיזיותרפיה מאוניברסטית אריאל 2006-2010, בוגר תואר שני בפיזיותרפיה באוניברסיטת חיפה 2014-2016, במסלול "פעילות גופנית מאמץ ובריאות". עובד בבית החולים בלינסון מאז 2010, מטפל במסגרת מחלקה אורטופדית, עוסק בשיקום חולי אי ספיקת לב וחולי ריאות

The prevalence of myofascial trigger points in patients suffering from anterior knee pain compared with healthy subjects

הערכת הימצאות נקודות הדק מיופציאליות בקרב מטופלים הסובלים מכאב ברך קדמי לעומת נבדקים בריאים

יבגני רוזנפלד, פרופ׳ אהרון פיינסטון, אלעד דמרי, אוריה מורן, ד״ר לאוניד קליחמן

צבא ההגנה לישראל- חיל הרפואה

המחלקה לפיזיותרפיה, בית הספר למקצועות הבריאות הקהילתיים ע״ש רקנאטי, הפקולטה למדעי הבריאות, אוניברסיטת בן גוריון בנגב, באר שבע, ישראל

אימייל: Geniarus@gmail.com

תקציר

רקע: כאב בקדמת הברך (AKP) הוא בעיה נפוצה בקרב מתבגרים, ספורטאים צעירים וחיילים. ישנן תאוריות רבות המנסות להסביר את הגורמים לבעיה אך קיימת התייחסות מועטה בלבד לנקודות הדק מיופציאליות (MTrPs) כגורם אפשרי לבעיה.

מטרה: להעריך את הקשר בין המצאותן של MTrPs פעילות וסמויות בשרירי הירך והעכוז בחיילים הסובלים מכאב בקדמת הברך.

מבנה המחקר: Observational exploratory - case control study

שיטות: המחקר גוייסו 65 חיילים וקצינים (42 גברים ו 23 נשים) מבין המטופלים שהגיעו לצורך קבלת טיפול במכון הפיזיותרפיה במרפ״א דרום. כמחצית (N=33) מהנבדקים הופנו עקב AKP והאחרים (N=33) הופנו עם תלונות של הגף העליון. כל נבדק מילא שאלון דמוגרפי ומספר שאלונים תפקודיים ועבר בדיקה גופנית ע״י בודק אשר היה סמוי למצבו הרפואי. התוצאות נרשמו על פי סולם דיכוטומי עבור Taut band, כאב, כאב מושלך ורלוונטיות של הכאב המושלך לתלונות המטופל. בהתבסס על ממצאים אלו בוצעה אבחנה של MTrP פעיל או MTrP סמוי. ההערכה בוצעה בשתי הרגליים בשרירים הבאים: rectus femoris (proximal), vastus medialis (middle and distal), vastus lateralis (middle and distal) ו- gluteus medius (anterior, posterior and distal).

תוצאות: בשישה מתוך שמונה אזורים נצפתה שכיחות גבוהה יותר של סכום MTrPs פעילות וסמויות בקבוצת המחקר לעומת קבוצת הביקורת. כאשר סוכמים על פי שרירים, בכל שריר היו יותר MTrPs בקבוצת המחקר לעומת קבוצת הביקורת באופן מובהק. ההבדל המשמעותי ביותר נצפה ב VMO ו-VL, לכמחצית מהנבדקים

בקבוצת המחקר נמצאו MTrPs בשרירים אלו. כאשר סוכמים לפי גפיים ל- 78.8% מהנבדקים בקבוצת המחקר נמצאה לפחות MTrP אחת ברגל עם תלונה לעומת 6.3% מהנבדקים בקבוצת הביקורת.

מסקנות: בנבדקים עם AKP קיימת שכיחות גבוהה יותר של MTrPs בשרירי הירך מבנבדקים בריאים. דבר המצביע על קשר בין MTrPs ל AKP.

המלצות למחקרי המשך: מחקרים נוספים נדרשים על מנת לקבוע האם MTrPs הן הגורם או התוצאה של AKP.

המחקר אושר ע"י ועדת העתיקה של צה"ל: מס' אישור ועדת הלסינקי- 1427-2014

מילות מפתח: נקודות הדק מיופציאליות, הימצאות, כאב בקדמת הברך.

תודות: ברצוננו להודות לכלל הנבדקים שהשתתפו במחקר וכן לקולגות במכון (גיורא חאיוטין, רותם קדוש, דניאלה ליוור ונביל ח'יר) על עזרתם הרבה.

ביוגרפיה: בוגר תואר ראשון בפיזיותרפיה מאוניברסיטת בן גוריון בשנת 2007 וסטודנט לתואר שני באוניברסיטת בן גוריון. עוסק בטיפולים אורטופדיים במסגרת צה"ל.

Palliative Care: Rehabilitation in Reverse

תאור טפול בבית בחולת סרטן סופני

נטע ברזילי

netta.barzilai@gmail.com

מכבי שרותי בריאות נהריה

מחלת הסרטן היא אחד מגורמי המוות העיקריים כיום, ובשנים האחרונות הפכה יותר ויותר למחלה כרונית המלווה חולים במשך שנים. בלימודי הפיזיותרפיה, וגם בטפול בקהילה, טפול בחולי סרטן אינו תופס מקום מרכזי, ובמיוחד לא טפול בשלביה הסופיים של המחלה.

מחקרים מראים כי ישנה תועלת רבה בפיזיותרפיה לחולי סרטן, הן מבחינה תפקודית והן בשיפור QOL, לאורך כל שלבי המחלה. בפועל, רוב הטיפולים ניתנים בשלב האבחון/טפול הראשוני, ו/או ל cancer survivors, עם סיום הטיפולים.

תאור מקרה זה הוא של מהלך הטפול ב א' בת 55 לאחר שאובחנה ונותחה עקב סרקומה בירך בשריר ה QUAD. הטיפולים התקיימו בביתה והחלו עקב קשיי הליכה ורצון שלה בהדרכה לתרגול. הם נמשכו לאורך תקופה של .....בתדירות משתנה.

בספרות מתואר המעבר מטפול שיקומי באופיו לטפול תומך/מלווה בשלביה האחרונים של המחלה. הדגשי הטפול התומך שונים מהפיזיותרפיה ה"רגילה", זהו שלב בו יש יותר הדרכה והקשבה מ"עשיה", כפי שעולה ממחקרים איכותניים שנערכו עם מטפלים ועם חולי הוספיס.

לאור מהלך הטיפול יתואר תפקיד הפיזיותרפיה והשתנותו לאורך שלבי המחלה תוך התייחסות לשונות הגדולה הקיימת בין החולים והעדפותיהם.

במחקרים מודגשת היות הפיזיותרפיסט חלק מצוות רב מקצועי שמטפל בחולה. רוב המחקרים נערכים בהוספיס מוסדי. בטפול פיזיותרפיה בבית, פעמים רבות המטפל אינו חלק מצוות והוא מתמודד עם קשיי הטפול לבדו.

מטרת תיאור המקרה היא להעלות את המודעות לחשיבות הפיזיותרפיה בחולי הוספיס בית, ולדון במאפייני טפול זה.

מלות מפתח: טפול פליאטיבי (תומך); טפול בית; סרטן; פיזיותרפיה

המרצה:

בוגרת BPT אוניברסיטת ת"א; MA גרונטולוגיה אוניברסיטת חיפה

עובדת במכבי שרותי בריאות במכון בקהילה, טיפולי בית והתאמת אביזרים

מרצה בחוג לפיזיותרפיה באוניברסיטת חיפה (מ 2003)

Bibliography

1. Alappattu. M.J. et al., **Clinical characteristics of Patients with cancer referred to outpatient physical therapy**; (2015); Phys. Ther. Apr. 94(4) 526-538.
2. Bancroft, M.I.; **Physiotherapy in cancer rehabilitation,** (2003), Physiotherapy, vol. 89, no. 12, 729-733.
3. Blaney, J. et al,; (2010), **The cancer rehabilitation journey: Barriers to and facilitators of exercise among patients with cancer related fatigue.** Phys. Ther.90 (8), 1135-1147).
4. Dahlin, Y. (2009). **Patient's experiences of Physical Therapy within palliative cancer care.** J. of Palliative Care, 25(1), 12-20.
5. Eyigor, S. & Akdeniz, S.; (2014**), Is exercise ignored in palliative cancer patients?** World Clinical Oncology, Aug. 5(3); 554-559.
6. Eyigor, S,; (2010); **Physical activity and rehabilitation programs should be recommended on Palliative Care for patients with cancer.**; J. of Palliative Medicine**,** (ed.)13(10).
7. Gilchrist, L.S. et al, (2009), **A framework for assessment in Oncology Rehabilitation.** Phys. Ther. 89(3), 286-300).
8. Gomez, P. & Morcuende, J.;(2004), **High grade sarcomas mimicking traumatic Intramuscular hematomas.** Iowa Orth. J., vol. 24, 106-110.
9. Javier, N.S. & Montagnini, M.L.,(2011). **Rehabilitation of hospice and palliative care patients.** J. of Palliative medicine, 14(5), 638-648.
10. Lowe, et al. (2016). **Physical activity in advanced cancer patients: A systematic review protocol**. Systematic Reviews, 5(43.)
11. McCord Mackey, K. & Sparling, J.W. (2000), **Experiences of older women with cancer receiving hospice care: Significance for Physical Therapy.** Phys. Ther. 80(5), 459-468
12. Mendelsohn, J. & Kelly D. (2013). **The role of physical and occupational therapy in palliative care.** Lecture at Memorial Sloan-Kettering Cancer Center.
13. Pop T. & Adamek, J.; (2010). **The dynamics of physical activity in palliative care patients**. Orthopedic Traumatology Rehabilitation, 1(6), vol. 12. 80-89.
14. Rashleigh, L.; (1996), **Physiotherapy in Palliative Oncology.** Aust. Phys. 42(4), 307-312.

15. Steen, Sh. & Stephenson, G. (2008), **Current treatment of Soft Tissue Sarcomas**. Proc. (Bal. Univ.Med.Cen), 21(4), 392-396.
16. Wilson, C.M. et al, (2015). **The role of Physical Therapists within hospice and palliative care in the United States and Canada.** American J. of Hospice and Palliative medicine, pp. 1-8.
17. **Physical Therapy and other rehabilitation therapies for patients with cancer and bone involvement** (2010), A publication of the Bone and Cancer Foundation. www.**boneandcancerfoundation.org**
18. קן-דרור עמירה,(2005), **פעילות גופנית לחולי סרטן ולמחלימים**, אתר האגודה למלחמה בסרטן.

אופניים +טלוויזיה- מכשיר חדש ומצויין לשפור הכושר אצל אנשים עם מגבלת ניידות בעלי אורח חיים יושבני– תיאור קליני

מאיר לוטן[1,2]

[1]החוג לפיזיותרפיה, הפקולטה למדעי הבריאות, אוניברסיטת אריאל בשומרון
[2] מעון נווה מנשה – מרכז פנימייתי לאנשים עם מש"ה

מייל מגיש התקציר: ml_pt_rs@netvision.net.il

תקציר

רקע: אנשים עם מגבלה שכלית התפתחותית (מש"ה) מאופיינים באורח חיים יושבני. לאור שתוף הפעולה הירוד של אוכלוסיה זו בתוכניות הפעלה גופנית חשוב לאתר שיטות להגברת המוטיבציה באוכלוסייה זו. אחת האפשרויות הנה שימוש במערכת חדשנית בעלת חבור של הפעלת אופני כושר עם צפיה בסרטים בעלי מקדם מוטיבציה גבוה בטלוויזיה. מחקרי עבר מעלים כי תוכניות בעלות מקדמי מוטיבציה גבוהים שיפרו את היכולת הפיזית, שיווי המשקל והכושר הגופני של אנשים עם מש"ה

מטרת המחקר: לשפר כושר גופני אצל אנשים עם מש"ה, על-ידי שימוש במערכת אופני כושר וטלוויזיה חדשה שפותחה על ידי עמותת מילבת.

שיטת המחקר: הנושא מציג התערבות קלינית עם מספר דיירים.

אוכלוסיית ומקום המחקר: קבוצת ההתערבות (N=10) וקבוצת הביקורת (N=10), אנשים בעלי מש"ה בדרגה בינונית,המתגוררים במעון פנימייתי, בשתי הקבוצות אנשים המשתמשים בכסא גלגלים ובעלי יכולת ניידות עצמאית אשר מקיימים אורח חיים יושבני. קבוצת המחקר הופעלה על ידי הצות המטפל בהפעלה יומית באופני הכושר למשך 20 דקות ביום. לא היה שינוי באורח החיים של קבוצת הביקורת.

תוצאות: במדידות דופק במנוחה נמצאה הפחתה משמעותית בקבוצת ההתערבות עצמה בהשוואה לפני-אחרי ההתערבות ($P<0.05$). לא נמצא כל שינוי במדדי הדופק במנוחה אצל קבוצת הביקורת.

מסקנות: למרות כמות הנבדקים הקטנה (20 סה"כ בקבוצת ההתערבות והביקורת) הנבדקים בקבוצת ההתערבות הראו שיפור משמעותי בכושרם הגופני בהסתמך על מדידות דופק המנוחה שלהם לאחר השתתפות בתכנית הפעלה יומית באמצעות אופני כושר+טלויזיה בהפעלת הצוות המטפל. התוצאות מראות כיצד מערכת אופני כושר המחוברים לפלט טלוויזיוני מוטיבציוני מהווה כלי יעיל לשפור הכושר הגופני אצל אנשים עם מש"ה החווים אורח חיים יושבני. החוקר סבור כי אוכלוסיות נוספות במצב דומה יכולות להרוויח משימוש במערכת מסוג זה.

מילות מפתח: מוגבלות שכלית התפתחותית, כושר גופני, מוטיבציה, טלוויזיה+אופני כושר.

אימון בעזרת נעלי-בינה: האם הליכה בסביבה משתנה ללא משוב חזותי תשנה את פעילות האונה הקדם-מצחית? מחקר מקדים

יוגב קורן, סימונה בר-חיים

המעבדה לשיקום ובקרה מוטורית של הליכה

המחלקה לפיזיותרפיה, הפקולטה למדעי הבריאות, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב

ליצירת קשר: yogevk@post.bgu.ac.il

פעילות יום-יומית, כולל הליכה, מתבצעת לרוב בסביבה משתנה, המאלצת את מערכת הבקרה המוטורית לבצע התאמות ולהסתגל באופן תדיר. פגיעה מוחית וגיל מבוגר מאופיינים בהתנהגות מוטורית נוקשה, שאינה מאפשרת את הגמישות הנדרשת לביצוע התאמות אלו. תהליכי התאמה והסתגלות אלו עדיין אינם מובנים דיים, אולם מידע מחקרי מרמז למעורבות האונה הקדם-מצחית.

טכנולוגיה חדשה בתחום ההדמיה המוחית, מאפשרת כיום לחוקרים לנתר פעילות מוחית בזמן הליכה. Near infrared spectroscopy (NIRS) היא טכנולוגיה אופטית המאפשרת מדידה של שינוי בריכוזי המוגלובין באזורי מוח שטחיים, כולל האונה הקדם-מצחית, המבטא שינוי בפעילות.
"נעלי-בינה" (Step of Mind. Israel) היא מערכת דמוית נעל ותכנת מחשב שפותחה לשיקום הליכה במטופלים עם נזק מוחי. המערכת מסוגלת ליצר "הפרעות" בלתי-צפויות בצורה רציפה וללא מידע חזותי, דבר "המכריח" את מערכת הבקרה לחפש פתרונות למורכבות הסביבה. תוצאות מחקר מקדים שערכנו (תרם פורסם) הראו עליה בשונות זמן הצעד בעת שימוש במערכת. לפיכך, אנו טוענים שהמערכת מסוגלת לייצר תנאי הליכה מורכבים ולכן מהווה מודל חדשני וייחודי לבחינת מערכת הבקרה בזמן הליכה.

מטרת מחקר מקדים זה היא לבחון שינויים בפעילות האונה הקדם-מצחית בעת שימוש במערכת נעלי-בינה בהשוואה להליכה בנעלי הליכה בקרב צעירים בריאים.

אוכלוסייה: עשרים נבדקים בני 18 עד 30 ללא בעיות בריאות.

מהלך הניסוי: הנבדקים הלכו 6 פעמים עם נעליהם ו 6 פעמים עם נעלי-בינה. בין ההליכות הנבדקים עמדו 30 שניות ע"מ ליצור נקודת ייחוס. סדר ההליכה היה אקראי.

מדידות: שינוי בריכוז ההמוגלובין המחומצן באונה הקדם-מצחית נבדק בעזרת מערכת NIRS באופן רציף. המדידה נעשתה בעזרת שני מכשירים המכילים 3 ערוצים כ"א בשני אורכי גל.

ניתוח סטטיסטי: לבחינת ההבדלים נעשה ניתוח שונות חד-גורמי עם נבדקים כבלוק אקראי.

תוצאות: נמצאה ירידה בפעילות האונה הקדם-מצחית בעת הליכה עם נעלי הליכה בעוד שהליכה עם נעלי-בינה גרמה לעליה בפעילות באזור זה ביחס לעמידה. הבדל זה נמצא מובהק ($F=59.6$, $p<0.001$) עם הבדל ממוצע של 0.35 מיקרומול לליטר.

מסקנות: שימוש במערכת נעלי-בינה גורם לעליה בפעילות האונה הקדם-מצחית בצעירים בריאים ביחס להליכה עם נעלי הליכה.

אישורים-

לצורך ביצוע המחקר התקבל אישור ועדת אתיקה מוסדית באוניברסיטת בן-גוריון.

מקורות מימון-

ביצוע המחקר התאפשר תודות לתמיכת הגופים הבאים:

קרן מחקרים בענייני ביטוח ליד, אגוד חברות הביטוח בישראל.

Helmsley Charitable Trust through the Agricultural, Biological and Cognitive Robotics Center of Ben-Gurion University of the Negev

גילוי נאות-

דר' סימונה בר-חיים היא היזמית ושותפה בחברת Step of Mind

אימון תחושתי גורם לירידה בכאב מרכזי לאחר אירוע מוחי:

תוצאות ראשוניות של מחקר רנדומלי מבוקר

הדס אופק[1], מרדכי אלפרין[2], ציפי קנול[2], דפנה ליבנה[2], יוכבד לויפר[1]

אוניברסיטת חיפה[1], שירותי בריאות כללית מחוז חיפה וגליל מערבי[2]

hadasbarkolofek@gmail.com

רקע: כאב לאחר אירוע מוחי מתואר ב 11%-55% מהאנשים לאחר אירוע מוחי, בתלות בגורם המדווח. פגיעה בתפקודי תחושה סומטוסנסורית בעקבות פגיעה במערכת העצבים המרכזית, עשויה להוביל לתסמונת כאב מרכזי, המתבטא בכאב באזורי החסר התחושתי. כאב זה מהווה חסם משמעותי ביכולת השיקום ובחזרת האדם לתפקוד מיטבי. עד היום הטיפול בכאב ברובו פרמקולוגי. הוצע טיפול אימון זיהוי תחושה, כפי שהוכח מחקרית בתסמונות כאב פריפריות.

מטרת המחקר: לבדוק יעילות טיפול אימון תחושתי בהפחתת כאב מרכזי לאחר אירוע מוחי.

שיטות: במחקר רנדומלי בעל סמיות כפולה (הבודק והמשתתפים) לבדיקת יעילות טיפול תחושתי שישה חודשים ויותר לאחר אירוע מוחי, נאספו 19 משתתפים הסובלים מכאב כרוני בפלג הגוף הקונטרלטרלי לאירוע המוחי. המחקר אושר על ידי ועדת הלסינקי בשירותי בריאות כללית ועל ידי ועדת האתיקה באוניברסיטת חיפה וכל המשתתפים חתמו על הסכמה מדעת. המשתתפים טופלו 10 טיפולים בני 45 דקות במכוני פיזיותרפיה בקהילה, בקבוצת מחקר (n=10) – אימון תחושתי וקבוצת ביקורת (n=9) – חשיפה לגירוי תחושתי מתמשך. הערכת עוצמת ומאפייני כאב נערכה על ידי סרגל VAS, על ידי שאלון מקגיל ועל ידי איסוף תיאורים איכותניים של הכאב ושל השינויים התחושתיים האבנורמליים הנלווים. ניתוח סטטיסטי נערך על ידי t-test וניתוח שונות. מובהקות נקבעה ב $p<0.05$.

תוצאות: בקבוצת המחקר ירד הכאב על פי ה- VAS באופן מובהק (p=0.018). בקבוצת הביקורת לא נרשם שינוי בכאב (p=0.78). כמו כן ניצפו שינויים במאפיינים האיכותניים של תחושה וכאב.

דיון ומסקנות: נראה כי טיפול אימון תחושתי יכול להקל על כאב מרכזי לאחר אירוע מוחי, ולספק אמצעי טיפול בנוסף לטיפול תרופתי המוצע כיום. יש צורך במחקרי המשך באוכלוסיה גדולה יותר.

מילות מפתח: אירוע מוחי, כאב מרכזי, טיפול תחושתי, מחקר רנדומלי מבוקר

הדס אופק היא פיזיותרפיסטית בתחום השיקום הנוירולוגי, בעלת תואר ראשון ושני מאוניברסיטת תל אביב, המחקר שלה בתואר השני עסק בכאב מרכזי באנשים אחרי פגיעת ראש טראומטית. כיום דוקטורנטית בחוג לפיזיותרפיה באוניברסיטת חיפה בהנחיית פרופ' יוכבד לויפר וממשיכה במקביל לעבוד כקלינאית. נושא הדוקטורט הוא "טיפול תחושתי לאחר אירוע מוחי".

'אני חוזר הביתה' – טיפולי בית בפיזיותרפיה

גילה שחר

מחלקה ארצית לפיזיותרפיה משרד הבריאות

Gila.shahar@moh.health.gov.il

רקע: הטיפול בחולה בביתו (להלן טיפולי בית) מעוגן בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, מהווה מרכיב משמעותי בשירותי הבריאות בישראל בכלל ובפיזיותרפיה בפרט. טיפולי בית ניתנים כחלק מהרצף הטיפולי במגוון מצבים רפואיים, בהתאם למגמות במערכות בריאות בארץ ובעולם המחזקות את הגישה של 'הזדקנות במקום' (Aging in Place). הפיזיותרפיסט הוא איש מקצוע אינטגרלי בצוות הרב-מקצועי בטיפולי הבית.

מטרות: א. לתאר את מערך טיפולי הבית בפיזיותרפיה. ב. לבחון את התאמת מערך טיפולי הבית בפיזיותרפיה לצרכי האוכלוסייה בעתיד.

שיטות: א. איסוף נתונים מהקופות על טיפולי הבית בפיזיותרפיה בשנים 2014-2015 בהתייחס למסגרות ארגוניות, כוח האדם, מאפייני המטופלים והיקף הטיפולים. ב. סקירת הנחיות מקצועיות קיימות בארץ והביסוס המחקרי הרלוונטי.

ממצאים: טיפולי בית בפיזיותרפיה ניתנים למבוטחים בכל קופות החולים, לכל קבוצות המטופלים המרותקים לביתם - כרוניים, סעודיים, בתחליף אשפוז, הוספיס בית ושיקום, מרביתם מעל גיל 65. בכל קופה נערכו התאמות להגדרת האוכלוסייה, הגדרת המצבים הרפואיים המתאימים והקריטריונים לטיפול.

טיפולי בית בפיזיותרפיה ניתנים במספר מסלולים ארגוניים: (א) מטופלים המשויכים ליחידות ייעודיות לטיפולי בית בפרישה מחוזית ואזורית, (ב) מטופלים המשויכים לשירותי הפיזיותרפיה בקהילה הזקוקים לשיקום לפרק זמן מוגבל ("זמניים"), בהם הטיפול העיקרי הוא הפיזיותרפיה, (ג) תכנית רב מקצועית לשיקום בית, המתפתחת לאחרונה ומוצעת כחלופה לאשפוז שיקומי.

מרבית טיפולי הבית ניתנים ללא תקנים ייעודיים, על ידי פיזיותרפיסטים עובדי הקופה שעיקר הידע והמיומנות שלהם בתחום הטיפול במערכת שלד-שריר. שיעור הפיזיותרפיסטים העוסקים בטיפולי בית משתנה בין הקופות (טווח 36%-70%), כמו-גם היקף השימוש במיקור חוץ.

סיכום והמלצות ליישום: עם הזדקנות האוכלוסייה צפויה הרחבה בתחומי הטיפול וגידול בהיקף טיפולי הבית בפיזיותרפיה. יש להגדיר קריטריונים של המרותקים לביתם לפי מצבם הרפואי, לבחון את היתרונות והקשיים שנמצאו בכל אחד מהמסלולים הארגוניים ולהתאימם לאוכלוסיות היעד שיוגדרו. בכדי לענות על תקנות רצף הטיפול ולהבטיח מענה מקצועי מיטבי לכל אוכלוסיית מטופלי הבית, יש לקדם מערך רב-מקצועי מובנה, אחיד, כוללני ומקיף הכולל הקצאת כוח אדם ייעודי, בעל הכשרה מתאימה.

מילות מפתח: טיפולי בית פיזיותרפיה

תמצית ביוגרפיה של מציג העבודה:

טלפון: 0506-242214 ד"א: gila.shahar@moh.health.gov.il

פיזיותרפיסטית תעודת מקצוע מספר 10-88808

פיזיותרפיסטית מוסמכת, בית הספר לפיזיותרפיה ביה"ח "אסף הרופא" 1975 - 1978.

בעלת תואר BPT בחוג לפיזיותרפיה אוניברסיטת תל-אביב משנת 1990.

בעלת תואר MA בחוג לסוציולוגיה, המגמה לסוציולוגיה של הבריאות, אוניברסיטת בר-אילן (2000).

בעלת תואר Ph.D במחלקה לניהול מערכות בריאות באוניברסיטת בן-גוריון בנגב (2015).

סגנית מנהלת בית הספר לפיזיותרפיה אסף הרופא 1993- 2013

מורה בחוג לפיזיותרפיה, אוניברסיטת תל-אביב משנת 1999

רכזת הדרכה קלינית בחוג לפיזיותרפיה, אוניברסיטת תל-אביב בשנים 2000 – 2011

רכזת תחום מידע ופיתוח, מחלקה לפיזיותרפיה, משרד הבריאות משנת 2011

סגנית מנהלת המחלקה הארצית לפיזיותרפיה, משרד הבריאות משנת 2013

מרכזת ומנחה קורסים להכשרת מדריכים קליניים בפיזיותרפיה משנת 2000.

מחקר

בדיקת תקפות ומהימנות מבדק "סיבוב 180 מעלות" לזיהוי קשישים מועדים לנפילה.

<u>גמרמן יוליה</u>

פרופ' יצחק מלצר

ז'אנה אלתר

לוזית חדד

דר' משה חושן

פרופ' כהן הרמן אבנר

<u>המגישה</u>:

גמרמן יוליה

אוניברסיטת בן-גוריון, ב"ש

Gamerman.y@gmail.com

רקע:

מניעת נפילות בקשישים וזיהוי האוכלוסייה עם סיכון לנפילה הינה בעלת משמעות בריאותית וסוציואקונומית רחבה. הסיכון לשבר בירך כתוצאה מנפילה עולה פי 7.9 כאשר הנפילה מתרחשת בזמן סיבוב לעומת נפילה בזמן הליכה רגילה. היכולת לבצע סיבוב ירודה אצל מבוגרים עם קושי בשיווי משקל.

מבדק TURN 180, מעריך את הפרמטרים הבאים של הסיבוב:

- אסטרטגיית הסיבוב
- מספר הצעדים שהנבדק עשה כדי להשלים את הסיבוב
- משך הזמן של ביצוע הסיבוב
- יציבות בזמן הסיבוב

מטרות התוכנית ויעדיה:

בדיקת מהימנות ותקפות של מבדק סיבוב 180 מעלות ויכולת המבדק לזהות קשישים בסיכון נפילה.

תהליך העבודה והמתודולוגיה:

גויסו למחקר 78 משתתפים בגיל ממוצע של $\pm$6.5 76 שנה.

הנבדקים חולקו ל-3 קבוצות:

1. 27 ללא נפילה
2. 26 עם 1-2 נפילות
3. 25 עם 3 ויותר נפילות בשנה האחרונה

כל הנבדקים עברו מבדקי שיווי-המשקל המקובלים: **BBS ,Tinetti ,TUG**.
ביצוע **TUG** צולם לצורך הערכת המדדים של הסיבוב. איסוף הנתונים של הסיבוב התבצע בעזרת טיימר תוך צפייה בהקרנה איטית של הווידאו.

תוצאות:
מבחן הסיבוב נמצא תקף ביכולתו להבדיל בצורה מובהקת בין קשישים עם מספר נפילות שונה (קבוצות המחקר) ($p<0.04$).

נמצא קשר חיובי חזק בין כל מדדי הסיבוב, למבדק TUG ($p<0.001$) ומבדק BBS ($p<0.0001$), וקשר בינוני למבדק Tinetti ($p<0.0001$).

נמצא כי סיכוי של האדם להיות בקבוצת ה-"לא נופלים" המבצע הסיבוב **<u>בפחות מ-4 צעדים</u>** הוא 96.3%.

מהימנות המבחן עבור כל בודק (ICC 0.79-0.83, $p<0.0001$) ובין שני הבודקים(ICC 0.91-0.96, $p<0.0001$) הייתה מעולה.

מסכנות והמלצות:
מבדק סיבוב 180 מעלות נמצא כבעל מהימנות גבוהה ויכול להוות אמצעי יעיל לזיהוי קשישים עם פוטנציאל לנפילה.

תרומת המחקר:
מבדק סיבוב 180 מעלות הינו קצר מאוד בהשוואה למבדקים האחרים, ומפחית משמעותית את הזמן שלוקח לפיזיותרפיסט להעריך סיכון לנפילות. כך ניתן לסקור אוכלוסיה גדולה יותר ולאתר קשישים עם פוטנציאל לנפילה ולהדריכם למניעת נפילות. הדבר יגרום לעלייה באיכות החיים, עשוי למנוע/להפחית תחלואה, ועלויות כספיות של ניתוח/שיקום מטופלים.

בחינת ההבדלים בהליכה, בשיווי המשקל ובתפקוד הקוגניטיבי בתתי-הקבוצות במחלת פרקינסון: מחקר מעקב פרוספקטיבי

לירז אריה[1,2], טליה הרמן[1] , שירלי שמע-שירצקי[1], ניר גלעדי[1,3,4], ג'ף הוסדורף[1-3]

lirazarie@gmail.com

1) המרכז לחקר הליכה וניידות, המרכז הרפואי תל אביב ע"ש סוראסקי
2) המחלקה לפיזיותרפיה, הפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר, אוניברסיטת תל אביב
3) סגול, בית הספר למדעי המוח, אוניברסיטת תל אביב
4) המחלקה הנוירולוגית, הפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר, אוניברסיטת תל אביב

רקע: מחלת פרקינסון (Parkinson's disease - PD) היא מחלה נוירו-דגנרטיבית הבאה לידי ביטוי בספקטרום רחב של הפרעות מוטוריות ולא מוטוריות. באופן מסורתי קיימת חלוקה לשתי תתי-קבוצות על פי אבחנה קלינית של הסימפטומים המוטוריים הבולטים: חוסר יציבות וקושי בהליכה (Postural Instability Gait Difficulty- PIGD), ורעד כמרכיב מרכזי (Tremor Dominant-TD). בספרות קיימות עדויות בדבר ההבדלים באופן התקדמות המחלה בין שתי תתי-הקבוצות PIGD ו-TD אולם אין אחידות בממצאי המחקרים השונים.

מטרת המחקר: לבחון כיצד המהלך הטבעי של מחלת פרקינסון משפיע על התפקוד המוטורי והקוגניטיבי בקרב חולי PIGD בהשוואה לחולי TD לאחר כ-5 שנים בממוצע מהערכת הבסיס.

שיטות: נבדקו 63 חולי PD שסווגו ל- PIGD (n=34) ול- TD (n=29). ההערכה המוטורית כללה מבדקי שיווי משקל וחומרת מחלה (UPDRS , DGI , TUG , BBS) וכן הליכה עם וללא מטלה נוספת. בהערכת התפקוד הקוגניטיבי נכללו מינימנטל, MoCA ומבדק ממוחשב להערכת מדדי קשב, ריכוז, ותפקודים ניהוליים.

תוצאות: נמצא כי כל המדדים האובייקטיביים הכוללים ניידות, שיווי משקל והליכה הוחמרו בצורה שווה בשתי הקבוצות PIGD ו- TD (לדוגמא, BBS: p=0.227). לעומת זאת, ציוני ההערכה הקוגניטיבית הממוחשבת ירדו בצורה משמעותית (כלומר, התדרדרות קוגניטיבית) רק בקבוצת ה-PIGD (ממוצע ± SD: 13.76 ±83.91, p<0.001) לעומת קבוצת ה- TD (14.20± 92.21, p=0.145) עם אינטראקציה מובהקת לקבוצה X זמן בשלושה מדדים (לדוגמא, GCS: p=0.045). בנוסף לכך, רק 11 חולים (38%) מקבוצת ה- TD המקורית עדיין נחשבו TD בהערכה החוזרת, כאשר 18 (62%) מהנבדקים הפכו להיות מסווגים כ- PIGD. לעומתם, אף אחד מנבדקי ה- PIGD לא עבר "המרה" לקבוצת ה- TD בהערכה החוזרת.

סיכום: בניגוד לציפיותינו, לאחר חמש שנים, הייתה החמרה דומה בניידות, שיווי משקל והליכה בשתי תתי-הקבוצות: PIGD ו- TD. בהתאם להשערותינו, תת-קבוצת ה-PIGD הציגה ירידה קוגניטיבית משמעותית לאורך הזמן לעומת ה-TD שלא הדגימו החמרה קוגניטיבית. רוב

הנבדקים שסווגו במחקר ההתחלתי כ- TD "הפכו" ל-PIGD . מאידך, מיעוט קטן, אך משמעותי של חולי TD, היה "מוגן" מפני ההתפתחות של חוסר יציבות וירידה קוגניטיבית.

מילות מפתח: תת קבוצה PIGD, תת קבוצה TD, חומרת המחלה, תפקוד קוגניטיבי, הערכת הליכה.

בקרת שיווי משקל בתגובה להפרעה בלתי צפויה לשיווי המשקל בקרב שורדי שבץ מוחי: ממחקר חתך למחקר אקראי מבוקר

שירלי הנדלזלץ[1,2], פלביה שטיינברג-חן[1,2],נחום סורוקר[2], יצחק מלצר[1]

[1]המחלקה לפיזיותרפיה,בית ספר רקנאטי, אוניברסיטת בן גוריון.

[2]בית חולים לוינשטיין, רעננה.

peregshir@gmail.com

רקע: תגובות צעד מפצה (קומפנסטורי) מהוות גורם חשוב במניעת נפילות במצב בו מתרחש איבוד שיווי משקל פתאומי. עם זאת, למרות שיעור הנפילות הגבוה בקרב שורדי שבץ מוחי, תגובות אלה נחקרו ואומנו מעט מאוד בקרב אוכלוסייה זו.

מטרות המחקר: לאפיין את תגובות שיווי המשקל המפצות בתגובה להפרעה (פרטורבציה) פתאומית לשיווי המשקל בעמידה בקרב שורדי שבץ מוחי, ולבחון את השפעת תכנית אימון הכוללת הפרעות בלתי צפויות לשיווי המשקל על מאפייני תגובות שיווי משקל מפצות בקרב שורדי שבץ מוחי.

שיטות: שלב 1, מחקר חתך: 15 נבדקים לאחר שבץ מוחי ו 15 נבדקים בריאים נחשפו להפרעה אקראית בלתי צפויה לשיווי המשקל בכיוון קדימה, אחורה ולצדדים במהלך עמידה על מסילה נעה (BalanceTutor, *MediTouch*). הפרעות לשיווי המשקל (פרטרבציות) ניתנו בשש דרגות קושי העולות בעוצמתן. סף הנפילה, מספר הצעדים להשגת יציבות, הזמן עד להשגת יציבות ותזוזת מרכז המסה של הנבדקים נאספו באמצעות מערכת לניתוח תנועה ונותחו בתוכנה ייעודית. שלב 2, מחקר אקראי מבוקר כפול סמיות: 32 שורדי שבץ יחולקו באופן אקראי לשתי קבוצות (12 מפגשים, 5 פעמים בשבוע): 1) אימון הכולל הפרעות פתאומיות לשיווי המשקל בעמידה ובהליכה. 2) אימון שיווי משקל בעמידה ובהליכה ללא פרטורבציות. בדיקות כבשלב 1 יבוצעו לפני ולאחר ההתערבות.

תוצאות: בהשוואה לנבדקים בריאים, שורדי שבץ הדגימו ליקויים בתגובות להפרעות פתאומיות לשיווי המשקל: 10 נבדקים לא הצליחו לשמור על יציבות ונפלו אל תוך רתמת הבטיחות לפני תום הניסוי. מרבית הנפילות היו בעת חשיפה לדרגות בינוניות של פרטורבציות, 64% מהנפילות התרחשו בתגובה להפרעות צדיות; כ-70.5% וכ-59.1% מתגובות הצעד כללו צעדים מרובים בתגובה לתזוזת המשטח בכיוון קדמי ואחורי בהתאמה. כמו כן, שורדי שבץ הדגימו תזוזה גדולה יותר של מרכז הכובד בהשוואה לבריאים ($p<0.05$). פרוטוקול ההתערבות הייחודי שנבנה באופן שיתאים ליכולתו האישית של הנבדק יוצג.

מסקנות: שורדי שבץ הדגימו ליקויים בתגובות שיווי המשקל בתגובה להפרעות לא צפויות לשיווי המשקל בעמידה. לתוכנית אימון ספציפית שכוללת פרטורבציות בעמידה ובהליכה יש פוטנציאל לשפר תגובות אלה ולסייע במניעת נפילות באוכלוסייה זו.

בריאות על גלגלים

תכנית של פעילות גופנית ותזונה בריאה

פאטמה אלג׳ואברה, פהים אבו כפיף, עפאף אבו כף, אחמד סביחאת, בקר אבו שולדום ובאדרה זריק

הקריה החינוכית שיקומית- תל שבע

algoabra@post.bgu.ac.il

ילדים ומתבגרים עם צרכים מיוחדים פחות פעילים בהשוואה לבני גילם. בדרך כלל משתתפים בפעילות גופנית עם עצימות נמוכה, ובנוסף בוחרים בפעילויות יותר פסיביות ופחות מגוונות. כתוצאה מכך יש עליה בעודף משקל והשמנת יתר בקרב אוכלוסייה זאת. המתבגרים הופכים לפחות פעילים, דבר המגביר את הבעיות הבריאותיות ואת הסיבוכים והתחלואה המשנית. לסגנון חיים פעיל וחינוך לבריאות יש חשיבות מאוד גדולה מילדות, למניעת התפתחות בעיות אחרות וסיבוכים משניים.

אוכלוסיית היעד: קבוצת מתבגרים המשתמשים בכיסאות גלגלים הלומדים בקריה החינוכית השיקומית תל שבע. המתבגרים לוקים בשיתוק מוחי GMFCS IV, V או פראפלגים (MMC) כולם משתמשים בכיסא גלגלים לצורך הניידות שלהם. רובם עם נטייה להשמנת יתר BMI מעל 25.

רציונל ומטרות הפעילות: העלאת מודעות לחשיבות פעילות גופנית ותזונה בריאה ונכונה בקרב המתבגרים עם הצרכים המיוחדים בכלל, ואוכלוסייה זאת בפרט, העלאת רמת פעילות גופנית כללית וסבולת לב ריאה אצלם, הכנסת פעילות גופנית באופן סדיר אצלם, ואפילו שמירת משקל או הורה לפי צורך.

תוכנית התערבות: פעילות גופנית מובנת לפי פרוטוקול שבנינו עבור הקבוצה. תועבר פעמיים ביום ע״י פיזיותרפיסטים העובדים במסגרת, פעילות בוקר 45 ד׳, ופעילות צהריים 45 ד׳. הפעילות כוללת, חימום בהתחלה, עבודה אירובית, אימון אינטרוולים 7 תחנות 3 ד׳ לתחנה כולל זמן מעבר מתחנה לתחנה, התחנות נבנו לפי קבוצות שרירים וגם כוללות תחנות באימון אירובי ותחנות באימון אנארובי. בסוף הפעילות מתיחות, הרפיה וסיכום. מעבר לתוכנית של הפעילות הגופנית, המתבגרים וההורים שלהם נפגשים עם מדריכת תזונה בריאה אחת לחודשיים בקבוצה, ואחת לשבוע באופן אישי של הורה ומתבגר, ולכל אחד מהם נבנית תוכנית דיאטה ספציפית לכל הארוחות שלו.

בדיקות עזר: כל הילדים עברו בתחילת התהליך, בדיקות דם מקיפות, לחץ דם, BMI, ומבחן מרחק הגלגול ב 12 ד׳ (The 12-minute wheel distance test)בכל פעילות מודדים דופק לפני ואחרי. אחת לשלושה חודשים מודדים BMI(משקל וגובה) בשל הועבדה שכולם בגיל שהם גובהים.

מילות מפתח: פעילות גופנית, MMC, GMFCS, BMI, מתבגרים עם צרכים מיוחדים, תזונה בריאה.

תמצית ביוגרפית של מציג העבודה:

פאטמה אלג׳ואברה, פיזיותרפיסטית התפתחותית, MPT, הראשונה אשר התקבלה ללימודי פיזיותרפיה בנגב. סיימה שני תארים בפיזיותרפיה בהתמחות נוירולוגיה פדיאטריה. כיום פאטמה עובדת במשרד חינוך מומחית תחום פיזיותרפיה ומוגבלות פיזית, ורכזת מקצועות הבריאות מתי״א חורה. מדריכה בכירה ורכזת הכשרות ופיתוח מקצועי הקריה החינוכית השיקומית תל שבע מטעם הרשות לפיתוח הנגב.

גישה טיפולית לעידוד תנועה וקשר במטופלים במצב הכרה UWS

מחברת: קופפרמן נקש יעל

בית הדר אשדוד, רחוב אורט 3

Yaelkn18@gmail.com

הקדמה:

חולים במצב UWS מהווים אתגר לצוות רב מקצועי בתחום הפקת תקשורת וקביעת מטרות טיפול. הקושי המרכזי הוא להעריך האם המטופל שומע, מבין, מגיב בזמן המפגש עם המטפל. בחלק גדול מהמקרים קיימת נטייה להעריך כי המטופל אינו מבין ואינו משתף פעולה וכפועל יוצא אינו מטופל על ידינו.

בשנים האחרונות מתפרסמים מאמרים רבים העוסקים בממצאי FMRI ו-EEG אשר חקרו יכולות קוגניטיביות בחולים שבעבר הוגדרו במצב VS- Vegetative State והיום-UWS Unresponsive Wakefulness Syndrome. המאמרים מתייחסים לאוכלוסיית מטופלים לאחר אירוע מוחי נרחב בעל רקע ווסקולרי, אנוקסי או טראומתי, המקיימים מעגל ערות/שינה, מודעים ברמה זו או אחרת לסביבתם אך כלואים בגופם ומנועים מלהציג יכולות קוגניטיביות ובראש ובראשונה הפקת קשר, פונקציונאלי עם יקיריהם והסביבה הקרובה.

המאמר המרכזי פורסם ב-2010 על ידי M. Monti et al ב- New England Journal of Medicine- והצביע על כך ש- 40% מאותם חולים שאובחנו בטעות כ-VS הינם בעצם בהכרה, מבינים אך מנועים מלהגיב מוטורית לסביבתם. מאמר זה ואחרים עוררו שאלות רבות לגבי אופן האבחון והטיפול באוכלוסיה זו. כמו כן הועלה הצורך במתן מענה אבחוני וטיפולי הולם יותר לצד מיטת המטופל (S.Laurey, M.Boly 2012)

מטרה: הצגת גישה לעידוד מטופלים במצב UWS לתגובה והצגת סימנים ראשונים של הבנה ויכולת הפקת קשר פונקציונאלי עם הסביבה.

המלצות: את עקרונות הגישה (מפגש הכולל התבוננות, מלל, הפעלה, דרישה לנוכחות פעילה של המטופל וזיהוי תבניות תגובה) אציג באמצעות תיעוד מטופלים שטופלו על פי גישה זו. מטופלים אשר עברו תהליך אשפוז במחלקה להנשמה ממושכת בעקבות חבלת ראש טראומטית, אירוע מוחי, הוערכו על ידי צוות רב מקצועי כחולים ללא פרוגנוזה לשיפור במצבם אך בעקבות עבודה לפי גישה זו חלקם הדגימו שיפור ניכר במצבם.

מילות מפתח: VS- Vegetative State

UWS-Unresponsive Wakefulness Syndrome

תמצית ביוגרפית:

שמי: קופפרמן נקש יעל פיזיותרפיסטית(B.P.T, M. Sc .P.T), מתגוררת במושב לכיש.

בעלת ניסיון של למעלה מ-20 שנה בטיפול ושיקום חולים נוירולוגים מורכבים במסגרת בית הדר אשדוד(2004 ועד כעת) ובית לוינשטיין רעננה (1999-2003)בעת עבודתי במוסדות

אלו הייתי אחראית מחלקת נפגעי ראש אקוטיים ומדריכה קלינית בבית לוינשטיין, אחראית מחלקה להנשמה ממושכת בית הדר ומדריכה קלינית.

פיזיותרפיסטית ביחידה לטיפולי בית קירית גת וסביבתה(1999-2002), פיזיותרפיסטית ביחידה לטיפולי בית דרום תל אביב(1993-1996).

מדריכת רכיבה טיפולית למטופלים בעלי רקע נוירולוגי מורכב(1984-1986).

בוגרת ההשתלמויות :מיטלנד מרכזי ופריפרי ואורתופדיה שיקומית בהדרכת ג׳רמי לואיס, בובט בסיסי ומתקדם בהדרכת אליה פנטורין ז״ל, קורס הדרכה קלינית בהדרכת שולה וורנר, קורס מקנזי שלב A+B, קורס בקינזיולוגיה יישומית, קורס קרניו-סאקרל, קורס נשימתי מקיף בהדרכת דניה חופי, קורס פרקינסון מקיף.

מורשית הושבה מטעם משרד הבריאות, מורשית שאיבת כיח מדרכי נשימה עליונות לחולה המונשם מטעם משרד הבריאות.

טופס נלווה להגשת תקציר להרצאה

יש למלא ולשלוח טופס זה עם התקציר לכתובת : abstract@ipts.org.il עד לתאריך 01.2.2015

פרטי מגיש התקציר:

שם משפחה: קופפרמן נקש שם פרטי:יעל

תואר: [ ]פרופ' [ ]דר' [ ]מר [V]גב' [ ]אחר

מקום עבודה: בית הדר אשדוד תפקיד/תחום: פיזיותרפיסטית אחראית מחלקה להנשמה ממושכת ומדריכה קלינית.

כתובת למשלוח דואר: [V] בית,

רחוב: אשכול מספר: _18_____

עיר/ישוב: מושב לכיש מיקוד: 79360

טל. בעבודה: 08-8518843 טל. בבית / טל. נייד 050-5282884

כתובת דואר אלקטרוני :yaelkn18@gmail.com

כותרת התקציר: גישה טיפולית לעידוד תנועה וקשר במטופלים במצב הכרה UWS

עדיפות בהגשת העבודה: [V] הרצאה

ציוד טכני: [V] מחשב + ברקו למחשב

- איני מעוניין לקחת חלק בסקירה

לתשומת לבכם – הוועדה המדעית שומרת לעצמה את הזכות לדחות תקציר.

דיאסטזיס רקטי (DRA) בנשים לאחר לידה טראומטית לרצפת האגן

לי סלע, ורד אייזנברג, יוסף משהראוי

leesela.pt@gmail.com

(אוניברסיטת תל אביב ומרכז הרפואי "שיבא" בתל השומר)

שאלה המחקר:

האם יש הבדל קליני או מורפולוגי בין נשים עם ובלי DRA בקרב נשים שעברו טראומה לרצפת האגן בלידה?

מטרות:

להשוות מאפיינים קליניים ומורפולוגיים בנשים עם ובלי DRA בקרב נשים לאחר לידה טראומטית לרצפת האגן.

רציונל:

DRA היא הפרדות פתולוגית של שרירי הישר בטני.

DRA לא נבדק בקרב נשים שעברו טראומה לרצפת האגן בלידה.

אפיון של נשים אלו יכול לסייע להבהיר את אופי הפתולוגיה והיבטים הקשורים אליה.

שיטות:

36 נשים, 4.9 חודשים לאחר לידה, שהופנו למרפאת US במרכז הרפואי "שיבא".

בוצעו מבדקים של מכופפי הבטן, הערכת כאב, שאלוני תפקוד (PFDI20, OSWESTRY), היקף הבטן, לורדוזה לומברית, US למדידת DRA, US רצפת האגן במנוחה, ולסלבה וכיווץ, מוביליות ומורפולוגיה של רצפת האגן.

DRA נבדק ב3 מיקומים לאורך הלינאה אלבה והוגדר בהתאם לערכים נורמליים.

ניתוח סטטיסטי:

בוצע באמצעות תוכנת R

למשתני היחס השתמשנו במבחן T ולמשתני הסדר במבחן ווילקוקסון.

תוצאות:

DRA פתולוגי ב ≤2 מיקומים נמצא ב 36%

מבדק סיבולת דינמית של מכופפי הבטן (ממוצע חזרות) היה 13.4 (ס.ת=11.8) בקבוצה ללא DRA ו6.46 (ס.ת=4.59) בקבוצה עם DRA (p-value 0.02)

מבדק סיבולת סטטית של מכופפי הבטן (ממוצע שניות) היה 20.48 (ס.ת=14.46) בקבוצה ללא DRA ו10.62 (ס.ת=10.6) בקבוצה עם DRA (p-value 0.03)

מבדקי מכופפי הבטן הידני MMT החציוני היה 4 בקבוצה ללא DRA ו3 בקבוצה עם DRA.

מסקנות:

DRA שכיח בקרב נשים לאחר לידה טראומטית לרצפת האגן.

התפקוד של מכופפי הבטן היה ירוד באופן מובהק בקבוצת הDRA כאשר הוגדר כ≤2 מיקומים לאורך הלינאה אלבה.

אפליקציה קלינית :

יש לשקול בדיקה קלינית שגרתית לDRA (בעדיפות באמצעות אולטרה סאונד)

יש לשקול הגדרה חדשה לDRA פתולוגי כ≤ 2 מיקומים לאורך הלינאה אלבה.

<u>הדרכה ארגונומית מותאמת אישית ככלי להורדת תחלואה ופגיעות שריר שלד בקרב עובדי בית החולים השרון</u>

רחלי ימין ארביב, יעלה בן דב, ערי סדאי,

שירות הפיזיותרפיה, ביה"ח השרון - מרכז רפואי רבין, פתח תקווה, שירותי בריאות כללית

דוא"ל מגיש העבודה: rachelyam@clalit.org.il , ysrachel@inter.net.il .

הקדמה

במרכז הרפואי עובדים צוותים בעלי תפקידים מגוונים בסביבות עבודה שונות - עבודה משרדית, סביבה אשפוזית, טיפולים אמבולטוריים ייעודיים, ועוד. עם עליית הוותק בתפקיד, עובדים נוטים לסגל לעצמם הרגלי עבודה מקובעים. במידה והרגלי העבודה שגויים, עולה הסיכון להיחשף לפציעות על רקע שחיקה וטראומה מצטברת. בנוסף, קיים גם אתגר הקליטה של ציוד מקצועי חדש כגון מנוף להרמת מטופלים, עגלת קמיליון, ומכשור רפואי נוסף. בשנת 2015 60% מתאונות העבודה המדווחות היו קשורות להרמת ושינוע מטופלים.

העלאת המודעות לחשיבות הרגלי עבודה ארגונומיים נכונים, ושימוש נכון בציוד וסביבת העבודה, עשויים לסייע בצמצום ומניעת פציעות תעסוקתיות.

מטרות

- הורדת שיעור תאונות עבודה ופציעות תעסוקתיות הקשורות לפגיעות שריר שלד בקרב עובדי בית החולים, ע"י עריכת תצפיות למיפוי סיכונים ומתן הדרכה ארגונומית סקטוריאלית.

תוצאות

- פרוייקט הארגונומיה בוצע ע"י פיזיותרפיסטים מבית החולים השרון.
- בהדרכה השתתפו כ-16 מחלקות וכ-130 עובדים.
- שיעור ימי ההיעדרות מהעבודה של העובדים במהלך שנת 2016 ירד בכ- 40% (לעומת 2015).
- נרשמה ירידה במספר תאונות העבודה במהלך שנת 2016 בהשוואה לשנת 2015.
- הצוותים דיווחו על שביעות רצון גבוהה מההדרכה ועל יישום ההמלצות .
- התהליך יצר מנגנון של פניות יזומות מהמחלקות אל שירות הפיזיותרפיה עבור קבלת ייעוץ בנושאי ארגונומיה כגון בבחירת / קליטת ושימוש בציוד חדש.
- תוצאות הפרוייקט הוצגו בכנס השנתי לאיכות ברפואה - 2017.

סיכום ומסקנות.

התערבות ארגונומית ייעודית בבית החולים עשויה לתרום לצמצום פציעות תעסוקתיות וימי היעדרות של עובדים. חשוב להתאים את ההדרכות לסביבת העבודה הייחודית, ולבצע מעקב לטובת איתור קשיים ביישום ההמלצות הארגונומיות ואיתור פתרונות מתאימים.

מילות מפתח

- ארגונומיה.
- טראומה מצטברת.
- הדרכה.

תמצית ביוגרפית של מציג העבודה.

רחלי ימין: מנהלת שירותי הפיזיותרפיה בית חולים השרון, מלמדת ומרכזת קורס לימודי המשך באורטופדיה ע״ש שרי הלפרין לצד פרופ׳ הלפרין ונגה גל.

הדרכה קלינית בפיזיותרפיה בכללית- סטנדרטיזציה ארצית:

חניכת מדריך קליני חדש

גוני מירון, יגאל לברן

כללית, פארן 12 רמות אשכול ירושלים

Goni.meron@gmail.com

הקדמה: לפני כ-3 שנים הוגדר המדריך הקליני כאחד משלושת תפקידי המפתח החיוניים לקידום מקצוע הפיזיותרפיה בכללית. בעקבות הכרה זו הוקצו משאבים רבים לפיתוח ההדרכה הקלינית וליצירת סטנדרטיזציה ארצית בנהלים ובתכני ההדרכה.

מדי שנה בשנים האחרונות מודרכים בכללית כ-420 סטודנטים, מכל החוגים בארץ. ההדרכה נעשית ע"י כ - 150 מדריכים קליניים הפעילים בכל שנה. בשנתיים האחרונות חלה עליה במספר הפיזיותרפיסטים המעוניינים לקחת חלק בהדרכה קלינית ולשורות המדריכים הצטרפו מעל 40 מדריכים חדשים.

מתוך השאיפה לסטנדרטיזציה ארצית, עלה הצורך ליצור תהליך קליטה וחניכה מסודר למדריכים החדשים.

מטרות:

1. שיפור קליטת מדריכים חדשים.
2. הטמעת הנחיות העבודה ויעדי ההדרכה באמצעות המדריכים החדשים.

שיטות:

1. נוהל חניכת מדריך חדש- כחלק מהנחיות העבודה בתחום ההדרכה הקלינית מפורט תהליך חניכה למדריך חדש המאפשר כניסה הדרגתית לתפקיד באמצעות הקצאת זמן וליווי בהדרכות הראשונות.
2. יום אוריינטציה למדריכים חדשים- נועד להציג בפני המדריכים החדשים את המערכת בה פועלים, את הנחיות העבודה ומסמך המטרות על פיהם עליהם לתכנן את ההדרכה וכן את הכלים העומדים לרשותם ואת תפקידי רכז ההדרכה העומד לשירותם. בנוסף, נוצל היום להעשרה מקצועית במיומנויות תקשורת.
3. בקרת איכות ומשוב- כחלק מהסטנדרטיזציה הארצית, במהלך שנת ההדרכה עובר כל מדריך קליני בקרת איכות וכן תצפית ומשוב ע"י רכז ההדרכה. התהליך החל השנה ועדיפות ניתנה למדריכים חדשים.

תוצאות:

בתום יום האוריינטציה הועבר שאלון משוב שהדגים שביעות רצון גבוהה ביותר (ממוצע 4.75 מתוך 5). בנוסף, במהלך ינואר 2017 הועבר סקר בקרב המדריכים החדשים שבחן את תרומת יום האוריינטציה

לתפקודם ואת שביעות רצונם מתהליך החניכה שעברו. על הסקר ענו 21 מדריכים שהחלו זה מכבר להדריך. נמצאה שביעות רצון גבוהה (ממוצע 4 מתוך 5) מתרומת יום האוריינטציה, אך שביעות הרצון מתהליך החניכה שקיבלו (ממוצע 3.5 מתוך 5) מלמדת על צורך בשיפור התהליך.

סיכום ומסקנות:

תהליך קליטת וחניכת מדריך חדש מהווה אבן דרך חשובה עבור המדריך עצמו ועבור המערכת. יום האוריינטציה תורם לתהליך זה. יש לבחון ולשפר את תהליך החניכה הניתן למדריכים החדשים.

מילות מפתח: הדרכה קלינית, מדריך קליני חדש, פיזיותרפיה

תודות: יגאל לברן, עמוס קלוסקה, מיכל שליט-גורדון

תמצית ביוגרפיה- גוני מירון:

BPT אוניברסיטת תל אביב 2003

MPH האוניברסיטה העברית 2008

מדריכה קלינית החל מ- 2008

רכזת הדרכה של שירות הפיזיותרפיה בכללית מחוז ירושלים החל מ- 2009

רכזת הדרכה קלינית ארצית של שירות הפיזיותרפיה בכללית – החל מ-2015

סגנית מנהלת מכון רמות אשכול, ירושלים – החל מ 12/2016

ההשפעה של שינויים יציבתיים בישיבה על תוצאותיהם של מבדקים קליניים של הכתף במטופלים עם קרעים ניווניים של השרוול המסובב

אסף ויסמן[1] , ד"ר יוסף משהראוי[2]

[1] *"שירותי בריאות כללית" מחוז תל אביב-יפו, הסתדרות 39 חולון*

[2] *החוג לפיזיותרפיה, אוניברסיטת תל-אביב*

רקע: שינויים יציבתיים ברביע העליון כגון: מנח מרושל שמוט כתפיים ומנח ראש קדמי נמצאו כקשורים למחלות של השרוול המסובב של הכתף, שינויים בתבניות התנועה של השכם ושינויים במרחק בין האקרומיון להומרוס. שינויים במרחק בין האקרומיון להומרוס עלולים להשפיע על תוצאותיהם של מבדקים קליניים של הכתף אשר משמשים לאבחון מחלות של השרוול המסובב.

מטרות: לבדוק את ההשפעה של שינויי היציבה בישיבה על התוצאות של שלוש בדיקות קליניות של הכתף במטופלים עם קרעים ניווניים של השרוול המסובב.

מבנה: מחקר התבוננות מבוקר, Single blinded

שיטות: כשבעים נבדקים אשר הופנו למכוני פיזיותרפיה של "שירותי בריאות כללית" חולקו לשתי קבוצות על ידי בודקים פיזיותרפיסטים: 35 נבדקים אשר אובחנו עם קרעים ניווניים חד צדדיים של השרוול המסובב על ידי בדיקת אולטרה-סאונד, ו- 35 נבדקים אשר אינם סובלים כלל מכאבים ברביע העליון כקבוצת ביקורת. לאחר המיון לקבוצות כל הבדיקות בוצעו על ידי בודק אחד Single blinded. מבדקי מהימנות נערכו על עשרת הנבדקים הראשונים במרווח של שבוע. כל הנבדקים נבדקו עבור כוח שרירים בשתי הכתפיים, ותגובות הכאב על ידי סרגל VAS, בעת ביצוע שלושה מבדקים קליניים (Empty can, Neer, Hawkins-Kennedy) ובשלושה מנחים שונים של ישיבה בשתי הכתפיים.

תוצאות: לא נצפו הבדלים משמעותיים ברמת הכאב באף אחד מהמנחים. קבוצת הביקורת נמצאה עם כוח שרירים גדול יותר מאשר קבוצת הניסוי במבחן פחית ריקה ובכל מבדקי השרירים. לא נמצאו קורלציות בין: גיל, BMI, כתף כאובה, דומיננטיות, זמן הסימפטומים, חומרת וגודל הקרע. גברים נמצאו חזקים יותר מנשים בכל מדדי כוח השרירים ונמצאו קורלציות שליליות משמעותיות בין כוח השרירים לשאלון DASH.

מסקנות: אין השפעה של שינויי יציבה בישיבה על רמות הכאב בעת ביצוע מבדקים קליניים. אין השפעה של מנחי הישיבה על מהימנות, הדירות או יכולת השחזור של המבדקים הנבחרים. כוח שרירים ירוד משפיע לרעה על הפעילויות היומיומיות.

מילות מפתח: כתף, קרעים בגידי הכתף, קרעים ניווניים, מבדקים קליניים, יציבה, שינויים ביציבה.

דברי תודה: ברצון החוקרים להודות לד״ר שלמה בירקנפלד, מנהל מחוז תל אביב –יפו של ״שירותי בריאות כללית״ אשר היה הרופא האחראי על הניסוי. תודות חמות לצוותי המכונים והמנהלים של מכוני ״שירותי בריאות כללית״ בחולון, בת-ים ומגדל המאה שהתגייסו לעזרה במחקר, יישר כוח.

על המציג: אסף ויסמן B.Pt ,M.Sc.Pt , פיזיותרפיסט בוגר Hogeschool Van Amsterdam בהולנד. בעל ניסיון קליני של 13 שנים. עובד ב״שירותי בריאות כללית״ מחוז תל אביב-יפו במכון בחולון, ובמחוז שרון שומרון במכון בהרצליה. את המחקר הנ״ל ביצע במסגרת עבודת התיזה בתואר השני בהנחייתו של ד״ר יוסף משהראוי מהחוג לפיזיותרפיה באוניברסיטת תל אביב.

מקורות מימון: מימון עצמי

אתיקה: המחקר אושר על ידי ועדת הלסינקי המוסדית של ״שירותי בריאות כללית״ בבית החולים מאיר. המחקר נרשם כנדרש על ידי ועדת הלסינקי באתר ה-NIH ומספרו NCT02440477.

הטוב הרע והתקפות - [בדיקת ירידת מדרגה קדמית – Pelvic tilt או Genu valgus : השוואת זויות]

שמות החוקרים:

אורן נקדימון 1,2 , גדעון הרמן 1,2, יובל אלמוג3, ד"ר סמדר פלג3,

1.מכבי מכון מודיעין 2.מכון פרטי 3. החוג לפיזיותרפיה המכללה האקדמית צפת

רקע:

בקליניקה ישנו חוסר בכלי הערכה תקפים ומהימנים לשם איתור כשלים ביומכאניים .

אחת הבדיקות שיכולה לסייע - בדיקת ירידת מדרגה קידמית [FSDT] –נהוג גם לקרוא לה single leg squat (SLS).

בדיקה זאת היא בדיקת העמסה פונקציונלית היכולה לתת, גם מידע נוירו-מסקולרי. את המידע נקבל בעזרת מדדים קינטיים של זויות האגן/ירך/ברך.

במחקרים למהימנות שבוצעו לאחרונה - נמצאו תוצאות התומכות במבחן זה. כמו כן, מצאו שיש קורלציה בין איכות הביצוע במבחן - לבין כח ותזמון פעולת שרירי הליבה.

עד כה לא נעשה מחקר לבדיקת תקיפות FSDT עפ"י חישוב הזויות.

השערת המחקר:

אנו מניחים שעל פי צילומי ביצוע המטלה, נוכל לקבוע את משרעת הזויות במפרקי הגפה התחתונה ,לכל אחת מהקבוצות יהיה אפיון שונה של הזויות.

מטרות המחקר המוצע:

1.בדיקת תקיפות המבחן והתאמה לקבוצות הסיווג

2. בדיקת תוקף הבדיקה בין נבדקים עם וללא AKPS.

השלכות לעשייה הקלינית בפיזיותרפיה:

1. המחקר יתרום לביסוס תקיפות בדיקה פשוטה וזולה הניתנת לשימוש יומיומי בקלינקה

2. המחקר יעזור לזהות כשל בעת ביצוע המטלה ויתרום לזיהוי מקור הבעיה.

3. התוצאות תוכלנה לעזור בהטווית דרך הטיפול המיטבית למטופלים עם כאבי ברכים

אוכלוסיית המחקר:

נבדקים: -בגילאי 16-35.

קריטריון הכללה: בריאים/ות, ואלו בעלי אבחנה של AKPS.

קריטריונים לאי הכללה: בעלי רקע של פציעות/ניתוחי ברכים, בעיות גב פעילות, בעיה נוירולוגית.

בודקים: פיזיותרפיסטים/ות .

כלי ההערכה:

1. הבודקים יעריכו את ביצוע הפונקציה תוך שימוש במונחים good/poor/fair.

2. שימוש בתוכנת מחשב kinovea למדידת זויות .

הליך המחקר:

1. ביצוע ירידת מדרגה (FSDT] ע"י הנבדק תוך תיעוד במצלמת וידאו.

2. ניתוח הסרטונים והערכת הביצוע ע"י בודקים

3. מדידת זויות: אגן, ברך, בתוך קבוצות הביצוע ובין קבוצות אלו
4. השוואת צילומים בתוכנת מחשב ייעודית ובחינת תקיפות המבחן בין אלו עם וללא AKPS.
5. ניתוח סטטי של הנ"ל

מסקנות:
עם סיום המחקר נאשש/נסתור את ההנחה שעל פי צילומי ביצוע המטלה,לכל אחת מהקבוצות הסיווג יהיה אפיון שונה של הזויות.

מילות מפתח:ברך,תקיפות, ירידת מדרגה,סיווג, זוית, נוירו-מוסקולארי,

הטיפול הפיזיותרפי באוכלוסייה הטרוגנית במערכת מציאות מדומה

(CAREN) Computer Assisted Rehabilitation ENvironment

גב׳ הדר שרון, דסידריו קאנו, מר שרון חנניה, ד״ר יצחק זיו נר, ד״ר מאיר פלוטניק

מרכז טכנולוגיות מתקדמות במרכז הרפואי שיבא, תל השומר

hadar.sharon@sheba.health.gov.il

הקדמה: הטיפול באמצעות מערכות למציאות מדומה מאפשר התאמת תכנית טיפול אישית, מכוונת מטרה, רפטטיבית ומעוררת מוטיבציה. באמצעות גירוי רב חושי ואינטראקציה עם סביבה ממוחשבת בזמן אמת ניתן לאמן את מערכות שיווי המשקל, התנועה וההליכה.

מטרות: במסגרת פרויקט במרכז למציאות מדומה בתל השומר, נאסף מידע על מטופלים שעברו סדרת אימונים במערכת טכנולוגית מתקדמת CAREN Computer Assisted Rehabilitation ENvironment בכדי לבדוק את יעילות הטיפול הפיזיותרפי באוכלוסייה הטרוגנית. המערכת כוללת מרכיבי חומרה ותוכנה, מסך 360 מעלות ופלטפורמה עליה המטופל יכול לעמוד או ללכת.

תוצאות: מאה שבעים ושלושה מטופלים עברו סדרה של 12 אימונים במערכת הCAREN (36 בשנת 2015, 137 בשנת 2016). סדרת האימונים כללה הערכת שיווי משקל והליכה שבוצעה בתחילת ובסיום כל סדרה. תכנית האימונים הותאמה אישית וכללה 11 טיפולים בני חצי שעה שהתמקדו בעיקר בשיווי המשקל ובהליכה. מדדי שיווי המשקל שנבדקו: Mini Balance Evaluation Systems Test (miniBEST), Timed Up and Go (TUG) single task (ST) and dual task (DT), Four Step Square Test (FSST). מהירות הליכה נמדדה על פי Ten meter walk test (ST and DT) כמו כן נמדדה רמת הביטחון בשיווי המשקל בפעילויות היום יום לפי שאלון סובייקטיבי Activities-specific Balance Confidence (ABC).

תוצאות: שינוי משמעותי minimal detectable change (MDC) נמצא בכ-30% מכלל האוכלוסייה בממוצע בכלל המדדים. בכ- 40% מהאוכלוסייה לאחר שבץ נצפה שינוי משמעותי במהירות הליכה בminiBEST, TUG ST ובTUG DT. ב-54% מהאוכלוסייה עם הפרעה פרקינסונית נצפה שינוי משמעותי בminiBEST. כ-50% מהמטופלים עם טרשת נפוצה ופגועי ראש הראו שיפור בTUG-ST. בכ-40% מאוכלוסייה הטרוגנית הסובלת מהפרעות בשיווי המשקל נצפה שינוי משמעותי בFSST ו-TUG-DT.

סיכום ומסקנות: ניתן לומר בזהירות כי הטיפול במערכת הCAREN יכול לשמש ככלי יעיל לטיפול בהפרעות בשיווי משקל והליכה, לצד טיפולי הפיזיותרפיה הקיימים בקהילה, בקרב אוכלוסייה הטרוגנית.

מילות מפתח: מציאות מדומה, שיקום, שיווי משקל, הליכה

תודות: יוחאי נח, פארס אבו שקארה וגל רוט על הטיפול המסור והמקצועי במטופלים והעזרה באיסוף הנתונים. האני בראנסה, משה חוגי, ראובן ראובן על התפעול הטכני. שרון חנניה וד״ר יצחק זיו על הליווי המקצועי. דסידריו קאנו וד״ר מאיר פלוטניק על הליווי המדעי. תודה מיוחדת ליואב גימון ויותם בהט.

גב׳ הדר שרון סיימה את לימודיה לתואר ראשון בפיזיותרפיה ב2013 באוניברסיטת בן גוריון שבנגב, כעת לומדת לתואר לשני באותה מחלקה. מנהלת המרכז למציאות מדומה מזה כשנה. מתמחה וחוקרת תגובות שיווי משקל בעמידה והליכה.

"חליפה טיפולית" בפיזיותרפיה לחולי Duchenne ו- Becker

הטיפול והמעקב בחולי דושן ובקר בשלבי המחלה השונים

מחברים: תניה מוס BPT, תמי שניידרמן BPT, איילת קלר M.ScPT, פרופ' נבו MD
מציגת העבודה: תניה, תואר ראשון בפיזיותרפיה מאוניברסיטת תל אביב. עבודה בשניידר מזה כ-8 שנים, מחלקות אשפוז וטיפול נמרץ ובמרפאות נוירו-מוסקולרית, נוירולוגית וריאות
מרכז שניידר לרפואת ילדים בישראל, קפלן 14 פתח תקווה

<u>רציונל</u>: הכרת המחלה הנדירה על תסמיניה, אופן הטיפול והמעקב אחר התקדמותה.

<u>שיטה</u>: מחלות ניוון שרירים Duchenne ו-Becker הינן מחלות גנטיות, פרוגרסיביות אשר פוגעות ברקמת השריר וגורמות לשינוי במבנה הרקמה וכתוצאה מכך נפגע התפקוד המוטורי של הילד. עם התקדמות המחלה מופיעים חסרים במערכות שונות בגוף הבאות לידי ביטוי ברבדים תפקודיים שונים בחייו היומיומיים של הילד.
ילדים אלו זקוקים לפיזיותרפיה וטיפולים נוספים לכל אורך חייהם.
בשל אופייה הפרוגרסיבי של המחלה יש צורך בהתאמת "חליפה טיפולית" ההולמת ביותר עבור הילד בכל שלב.
הטיפול בפיזיותרפיה בחולים אלו מצריך מחד הימנעות מפעולות פיזיות קשות בונות כוח ומצד שני הפעלה לשמירת תפקוד ומניעת אטרופיה שרירית.
על כן, בהצגה זו נתאר את אופן הטיפול במחלה המורכבת בעלת הפרוגנוזה הקשה.
נציג את המרכיבים בהם חשוב להתמקד וכן ממה להימנע בטיפול.
נתאר את המעקב במסגרת המרפאה הנוירו-מוסקולרית הרב-צוותית בשניידר.

<u>סיכום ומסקנות</u>: הטיפול ב- Duchenne ו-Becker טומן בחובו מגבלות שונות, אך לא מן ההכרח שמגבלות אלו תצבנה מכשול מרתיע למתן טיפול מותאם בשלבים השונים של המחלות. נהפוך הוא, עידוד פעילות מותאמת חיוני לשמירה על תפקוד ואיכות חייהם של הלוקים במחלה.

מילות מפתח: Duchenne, Becker, מרפאה נוירו-מוסקולרית, פעילות גופנית
כתובת דוא"ל המגיש: tanyamo2@clalit.org.il

המודל הספירלי להתערבות באוכלוסיית הספקטרום האוטיסטי בגילאי 7-18

שרון רוזינר פרוכטר

המערך הטיפולי המשלים מיסודה של ה"עמותה לילדים בסיכון" sharonfru@gmail.com

הרצאה זו תציג את המודל הספירלי כחלק מתכנית ההתערבות הייחודית של המערך הטיפולי המשלים. מודל מעמיק וחדשני זה מהווה כלי ייחודי עבור הפיזיותרפיסט לקביעת מטרות ויעדים לילדים ובני נוער בני שבע עד שמונה-עשרה עם ASD ומסייע בניית תכנית טיפולית עבורם. המודל הספירלי הוא חלק ממערך טיפולי חדשני ופורץ דרך למתן טיפולים רב-מקצועיים לתלמידים המאובחנים על הספקטרום האוטיסטי. הטיפולים ניתנים בשעות צהריים בבית הספר ומתווספים לעבודה הנעשית בביה"ס כאשר מטפלי המערך וצוות ביה"ס יוצרים ביחד מענה טיפולי אינטגרטיבי השומר על רצף חינוכי וטיפולי.

כישורי החיים מהווים את לב המודל הספירלי כאשר ההישגים והציפיות בכל השלב תואמים את הגיל הכרונולוגי של הילד והנער ואת כישורי החיים המצופים מכל ילד בגיל זה. מטרות הטיפול והיעדים מותאמים לכישורי חיים אלו ומתייחסים לצרכים הייחודיים של ילדים ובני נוער עם ASD. המודל נבנה בהתאמה למודל ה ICF- International Classification of Functioning, Disability and Health תוך התייחסות להשתתפות ויכולת תפקודית, מבנה הגוף ותפקוד מערכות וגורמים סביבתיים. טיפולי הפיזיותרפיה ניתנים במסגרת פרטנית וקבוצתית כאשר דגש רב ניתן על קידום אורח חיים פעיל ובריא. הפיזיותרפיסט מדריך את הילד בתכנית פעילות וכושר גופני מותאמת אישית, מקנה לו ידע בתחום הבריאות, התנועה והכושר ומלווה אותו ואת והמשפחה בתהליך הטמעת הפעילות הגופנית ואורח החיים הבריא .

המודל הינו חלק ממאמץ לעודד את השתתפותו של הילד בכל תחומי חייו ומאגד משאבי ידע והתערבויות בין גורמי החינוך הטיפול וההורים. בהתאמה למודל נבנתה תכנית הכשרה תלת שנתית להתמקצעות באוטיזם ולהעמקה ופיתוח של גוף הידע על אוטיזם בגילאי 7-18 . בנוסף לטיפולי הפיזיותרפיה המערך מציע ריפוי בעיסוק, קלינאות תקשורת וטיפול פסיכולוגי. חיי ביה"ס וזמינות הילדים בקבוצות טבעיות מאפשרים שימת דגש על עבודה קבוצתית בתחום כישורי חיים, כישורים חברתיים, מיומנויות תקשורת ומיומנויות רגשיות.

מילות מפתח : מודל ספירלי, אוטיזם, ICF, מערך טיפולי משלים, ASD

פרטים ביוגרפים מגישה :

שרון רוזינר פרוכטר - פיזיותרפיסטית, מדריכה, יועצת ומרצה בתחום התפתחות הילד וצרכים מיוחדים. מרכזת תחום הפיזיותרפיה ומדריכה בכירה במערך טיפולי משלים מיסודה של העמותה לילדים בסיכון. אחראית פיזיותרפיה במרכז לגיל הרך ע"ש רחל חסיד רמת עמידר, רמת גן . פיזיותרפיסטית גני השחר, פתח תקווה . בעלת קליניקה פרטית . בעלת תואר שני בפיזיותרפיה

בטיפול בתחום הילדים והצרכים המיוחדים מאוניברסיטת ניו-יורק , ארה״ב ותואר ראשון הפיזיותרפיה מאוניברסיטת תל אביב . תחומי התמחות : התערבות טיפולית בתינוקות ,ילדים ובני נוער עם עיכוב התפתחותי, אוטיזם או אבחנות רפואיות . הדרכת הורים וצוותים רפואיים/חינוכיים. בניית מערכי טיפול, הדרכה והזמנות ציוד ברמה מערכתית ואירגונית . מתגוררת בגני תקווה ,אם לשניים.

מבדקים תפקודיים בנשיאת משקל לגפה העליונה בקרב ספורטאים צעירים

אור מיכאלי BPT, דליה נבות מינצר MD, אייל שרגל PhD, מיה קלה בנצור PT,PhD

מכון הפיזיותרפיה במרכז ריבשטיין לרפואת ספורט ומחקר במכון וינגייט,

רקע: מבדק תפקודי לגפיים עליונות, **Modified Upper-Extremity Closed Kinetic Chain Stability Test (UECKCST)** - הינו מבדק בעזרתו ניתן להעריך יציבות, מהירות וכוח מתפרץ של חגורת הכתפיים, בנוסף לשליטה וייצוב שרירי הליבה. מבדק זה מבוצע באקדמיה למצוינות בספורט במכון וינגייט כחלק מסקירה טרום עונתית. למיטב ידיעתנו לא פורסמו בעבר מחקרים בהם הוצגו נתונים ממבדקים דומים בבני נוער.

מטרות: הצגת מבדק תפקודי להערכת יכולת חגורת הכתפיים לטובת הערכת כשירות וסיכון לפציעות הגפיים העליונות בקרב אוכלוסייה של בני נוער ספורטאים, במגוון ענפי ספורט.

שיטות: מבדק UECKCST נערך כך שהספורטאי נמצא בעמידת סמיכה, ומצליב ידיים במהירות האפשרית במהלך 15 שניות. התוצאה במבדק הוא מספר החזרות שהושג. המבדק בוצע לספורטאים מחמישה ענפי ספורט במהלך 2016: כדורעף, כדורעף חופים, ג'ודו, כדורסל-בנות וכדוריד-בנים.

תוצאות: נבדקו 94 ספורטאים בגילאי 13-18(ממוצע 15.4), מתוכם 50 (53%) בנות. מספר החזרות הממוצע אצל כלל הנבדקים היה 22.36 (±3.78, טווח 10-30). התוצאה הממוצעת לבנות הייתה 21.4 (±3.82), והתוצאה הממוצעת לבנים 23.43 (±3.42).

קבוצת כדורעף בנים הדגימה את התוצאה הגבוהה ביותר (ממוצע 24.28). בקרב הבנות התוצאות הטובות ביותר הושגו בקבוצת כדורסל בנות (ממוצע 22.17). ואילו בקבוצת כדורעף בנות התוצאה הנמוכה ביותר 20.86.

דיון: בדומה למה שפורסם בעבר, בנים השיגו תוצאות טובות יותר מבנות, נראה שקיים קשר לחוזק חגורת הכתפיים. באופן כללי, התוצאות שהושגו מעט נמוכות מהמתואר בספרות, ככל הנראה בגלל גיל הנבדקים הצעיר. התרשמנו שספורטאי שהגיע לפחות מ20 חזרות, הינו בעל חגורת כתפיים חלשה יחסית.

מסקנות: המבדק שהוצג בעבודה זו לפלג הגוף העליון מתאים במיוחד לספורטאים הנושאים משקל או מפעילים כוח של חגורת הכתפיים. המבדק הינו פשוט לביצוע, ושימוש בו יוכל לסייע באיתור גורמי סיכון לפציעה של הגפיים העליונות, ובהערכת רמת תפקוד בסיסית של חגורת הכתפיים וליבת הגוף של הספורטאי. תוצאות המבדק באוכלוסייה זו המוצגות על פי חלוקה ענפית יוצרות בסיס נתונים ראשוני וחשוב לשימוש בעבודה עם ספורטאים בגילאים אלו, ויוכלו לקדם את הידע והמעקב אחר תהליכי אימון והכנה גופנית אופטימלית של הספורטאי הצעיר.

מילות מפתח: מבחנים תפקודיים, UECKCST, פלג גוף עליון, בני נוער.

מציג: אור מיכאלי, BPT , האקדמיה למצוינות בספורט ומכון הפיזיותרפיה במרכז לרפואת ספורט במכון וינגייט. פיזיותרפיסט בקופת חולים כללית עפולה ובעל קליניקה פרטית.

orrmic18@gmail.com

הפיזיותרפיסט כמנהל הטיפול במחלות נדירות

מגישים :יוסף סוננבליק : מנהל מכון פיזיותרפיה בית שמש מחוז ירושלים

ליטל אייזן -סטי : מנהלת שירות פיזיותרפיה מחוזית ירושלים

רקע - HNA- (Hereditary neurogenic amyotrophic) **:**מחלה משפחתית תורשתית אוטוזומלית דומיננטית הגורמת למראה פנים אופייני וקפלי עור בידיים ובצוואר ,בנוסף אירועי שיתוק זמניים) עד שנתיים (בגפיים ובמיתרי הקול .ולעיתים החולה נשאר עם נכויות.

עקב נדירותה של התסמונת אין ספרות תומכת בסוג טיפול מסוים אך מוסכם שטיפול מוקדם של סטרואידים ו intravenous immune globulin)) - IVIGבעת ההתקף וכן שילוב של טיפול תומך ומשקם על מנת לצמצם את רמת הנכות שעלולה להיות.

המטרה:הצגת מקרה ,נדיר ,מורכב ,ומאתגר ,וכן את מורכבות התהליך של טיפול משולב במקרים של מחלות נדירות ובנוסף להציע פתרונות מערכתיים למקרים נדירים.

השיטה :א.פ ילד בן 7 עם אבחנה של HNA הגיע לטיפול פיזיותרפיה -עד לפני האירוע הנ״ל ילד פעיל ותפקד כרגיל .הגיע עקב התקף ממושך של כאב חריף ביד שמאל חולשה פרוקסימאלית ודיסטאלית קשה .בהגעתו התברר שהמשפחה נודדת בין רופאים ובתי חולים ועד כה לא הותוותה תוכנית טיפול עקבית מוסכמת ושיטתית ,המשפחה הייתה נתונה בבלבול ומצוקה..

התהליך :

- **למידה** על המחלה באמצעות סקירה ספרותית במאגרי במידע .
- **התייעצות** עם רופאים רלוונטיים ,במקביל
- **מתן טיפול** אינטנסיבי במכון הפיזיותרפיה והדרכת המשפחה על התרגול הביתי היומיומי הנדרש.

פעולות שבוצעו

- אותרו מומחיות הרפואה הנדרשות בשיתוף רופא הילדים והנוירולוגית .) מומחה כף יד ,עו״ס ,רב״ע ורופא שיקום -הכוונה למרכז שיקום,(
- הוחל בטיפול מידי במכוני הקופה ,עד למעבר לטיפול מרכז באלי״ן .
- דיון מקצועי על ממצאי טיפול מטרות הטיפול והפרוגנוזה , מעקב הביצוע נעשה **ביוזמת הפיזיותרפיסט** אשר שמר על קשר רציף עם המשפחה.
- מעקב מסודר של הפיזיותרפיסט הבודק לבחינת התקדמות תפקודית ועדכון כל הדיסציפלינות.

מסקנות והמלצות:

- תפקיד הפיזיותרפיסט הוא **לקחת אחריות** מתכללת על מחלות נדירות **כחלק מתפקידו** כפיזיותרפיסט וע״י כך להעניק מענה רב מקצועי משולב למחלות נדירות.
- ניהול הטיפול יכול למנוע מהחולה ומשפחתו סבל מיותר ,מניעת תופעת״ העברת תפוח האדמה הלוהט ״בין הדסיפלינות לטייב את איכות הטיפול ולהשיג שביעות רצון גדולה יותר של המבוטחים.
- **הקמת פורום אינטרנטי** לקשר בין הפיזיותרפיסטים במחלות השונות ,כך שניתן יהיה ללמוד על מחלות נדירות ועל אופן הטיפול בהם .

הפעלת תוכנית שיקום גפה עליונה Graded Repetitive Arm Supplementary Program ע״י מתנדבים

מיכל סמוך אבל, יפתח רוסק, ליאת שיק-נווה, נירית רותם לרר

Micsam1311@gmail.com

בית החולים הר הצופים, המרכז הרפואי הדסה, שדרות צ׳רצ׳יל ירושלים

אחד האתגרים הקשים ביותר במהלך שיקום חולים לאחר פגיעה עצבית מרכזית הוא זמן טיפול בכלל, וזמן טיפול בגפה עליונה בפרט. דרכים שונות נבדקו כדי להעלות את זמן הטיפול בגפה עליונה במהלך השיקום. תוכנית Graded Repetitive Arm Supplementary Program (GRASP) שפותחה בפקולטה לרפואה של אוניברסיטת British Columbia ע״י ד״ר Janice Eng, הוכחה כמשפרת תפקוד זרוע ויד במטופלים שלקו בשבץ מוחי בעיקר בשלבי השיקום הראשוניים. התכנית נועדה לענות על צורך במתן טיפול אינטנסיבי, מבלי ליצור עומס נוסף על המטפלים, בזכות היותה מתאימה להפעלה ע״י כח עזר בלתי מקצועי.

במחלקת השיקום בהדסה הר הצופים התוכנית מופעלת מזה יותר משנה ע״י מתנדבים השייכים למסגרות שונות, וחלקם אף היו מטופלים בעבר בשיקום. המתנדבים המפעילים את התכנית עברו הדרכה על ידי איש צוות להתאמת התכנית למצב המטופלים והדרכה להמשך תרגול לאחר השחרור. רוב המטופלים נמצאים בשלב השיקום באשפוז, כשיש אפשרות במידת הצורך לצרף מטופלי שיקום יום .

בהרצאה נציג את נקודת המבט והחוויה של המטופלים והמתנדבים המשתתפים בתכנית. המטפלים ענו על שאלון סולם שמות תואר (Adjective Rating Scale) .המטופלים ענו בנוסף על שאלון ישימות וקבלה (Feasibility and Acceptability). עולה שהן המטופלים והן המתנדבים שבעי רצון מהתרגול. המטופלים חשים שהם מקבלים תוספת טיפול בעלת ערך, מאתגרת, ומתאימה למסגרת הטיפולית.

השפעת הפעלת התוכנית על תוצאות השיקום טרם נבדקה במסגרת הפעלתה בהדסה. למרות הערך שיש לתחושה הסובייקטיבית של המטופלים באשר להשתתפותם בתוכנית, יש מקום לבדוק גם את מידת ההשפעה על תוצאות הטיפול.

תוכנית GRASP פורסמה לאחר מערך מחקרים מובנה ומקיף. מהניסיון שלנו בהפעלת התוכנית ע״י מתנדבים, נראה שהתוכנית אכן עומדת בציפיות ומהווה תוספת טיפולית חשובה.

מילות מפתח: GRASP, שיקום גפה עליונה, מתנדבים

תודות: פאני בייצ׳ר , מדלן בריבי, דפנה מעוז, אדית פרנק

מיכל סמוך אבל B.Pt אוניברסיטת תל אביב, .M.Sc במדעי הרפואה של האוניברסיטה העברית, פזיותרפיסטית בהדסה הר הצופים, מחלקת שיקום יום ומרפאת תסמונת דאון.

הקשר בין פגיעה פיסית או מינית בילדות לבין כאב כרוני :

תוצאות מסקר בריאות לאומי

מאת : אלכס חסיק, בהנחיית ד״ר רז גרוס

alekhasik@gmail.com

מטרת המחקר: כאב כרוני גורם במרבית המקרים לסבל מתמשך, למגבלה תפקודית ופגיעה ניכרת באיכות החיים. למרות מחקר רב בתחום הכאב גורמי סיכון פוטנציאליים רבים, כגון אירועי חיים סטרסוגניים בילדות, טרם זכו להתייחסות מספקת. הנתונים העדכניים אודות התעללות ,לסוגיה, בילדים בישראל מציגים תמונה עגומה ומטלטלת. הספרות מדברת רבות על הקשר בין תקיפה מינית ופיסית בילדות לבין בעיות רגשיות ונפשיות בבגרות, אך הרבה פחות ידוע על הקשר בין אלו לבין תחלואה גופנית. מטרת מחקר זה היא לבדוק האם קיים קשר בין פגיעה מינית ו/או פיסית בילדות לבין כאב כרוני בחיים הבוגרים.

שיטות המחקר: הנתונים נלקחו מתוך סקר הבריאות הלאומי 2003-2004. אוכלוסיית המחקר כללה בוגרים בני 21 שנה ומעלה המתגוררים בקהילה ונבחרו על-פי כללי המדגם באופן אקראי מתוך מרשם האוכלוסין. איסוף הנתונים התבצע בראיון פנים אל פנים "נתמך-מחשב". המדגם הסופי כלל 3906 משיבים מהמגזר היהודי בלבד. ניתוח הנתונים התבצע ע״י שימוש במודלים רב-משתניים של רגסיה לוגיסטית.

תוצאות: 29.4% מאוכלוסית המחקר דיווחו על המצאות כאב כרוני. השכיחות של פגיעה מינית, פגיעה פיסית ופגיעה כלשהי בילדות היא (5.7%) N=218, (2.7%) N=105 ו- (8%) N=307, בהתאמה.

הסיכוי לכאב כרוני היה גבוה יותר בקרב משיבים שנחשפו לפגיעה כלשהי בילדותם בהשוואה למשיבים ללא היסטוריה של פגיעה ($p<.005$).

ניתוח הנתונים לפי סוג הפגיעה, פיסית או מינית, העלה שהסיכוי לכאב כרוני גבוה יותר בקרב משיבים שנחשפו לפגיעה פיסית בילדותם ($p<.005$). פגיעה מינית בילדות לא נמצאה קשורה לסיכוי לפתח כאב כרוני בבגרות ($p<.15$) . עם זאת, במשתתפים שנחשפו לפגיעה מינית מורכבת - לפחות שלושה ארועי פגיעה כלשהי ומתוכם שניים או יותר ארועי פגיעה מינית, נמצא קשר לסיכוי לפתח כאב כרוני בבגרות ($p<.03$). גיל המשיב בעת הפגיעה נמצא קשור לסיכוי לפתח כאב כרוני שנים מאוחר יותר. נשים שנחשפו להתעללות בילדותן נמצאו בסיכון מוגבר יותר לפתח כאב כרוני בבגרות, בהשוואה לגברים.

מסקנות: הממצא העיקרי של מחקר זה הוא שפגיעה פיסית בילדות ופגיעה מינית מורכבת בילדות קשורות לסיכוי לפתח כאב כרוני בבגרות.

מילות מפתח: childhood sexual abuse, childhood physical abuse, chronic pain ,mental health, survey

תמצית ביוגרפית:

פיזיותרפיסטית, BPT, בתהליכי סיום תואר שני בבריאות הציבור (MPH).

עובדת בבית החולים אסף הרופא במחלקות האשפוז.

חברה בהנלהת העמותה לקידום הפיזיותרפיה.

<u>הרשת (החברתית) המקצועית - המחקר והניסיון.</u>

נירית רותם לרר

המחלקה לפיזיותרפיה, המרכז הרפואי הדסה. niritr@hadassah.org.il

בעשור האחרון הרשתות החברתיות הפכו לחלק בלתי נפרד מחיינו ושינו, לעיתים לא הכר, תחומים רבים בחיינו. רבות נכתב ונאמר על תפקידם של הרשתות החברתיות בתקשורת האישית , יחסים בין אישיים , פוליטיקה , תרבות ועוד.
ההשפעה של הרשתות החברתיות לא פסחה על היבטים שונים בחיים מקצועיים ובמקצועות שונים, כולל הפיזיותרפיה.

פייסבוק הינה כיום הרשת החברתית הגדולה בעולם. בישראל בלבד 4.4 מיליון אנשים משתמשים בפייסבוק בכל חודש (נכון לשנת 2015), מהם 3.3 מיליון משתמשים בכל יום. גם לרשתות האחרות כגון יוטיוב, טוויטר, לינקדאין ועוד, מיליוני משתמשים. השימוש ברשתות החברתיות הוא מגוון ובהחלט חורג ממטרות חברתיות.

מחקרים שונים בדקו את השפעת הרשתות החברתיות על היבטים מקצועיים מגוונים : לימודים והוראה ; אתיקה ; קשרי לקוחות ; מיומנויות ; חסמים ; מגבלות ; ותרגום ידע (knowledge translation) , הנושא בו תעסוק עיקר ההרצאה.

הרשת החברתית תופסת מקום מרכזי וגדל בהפצת ידע מקצועי באמצעות פרסום של חוקרים , בלוגרים , כתבי עת , ארגונים וקבוצות מקצועיות. המחקר מצביע על כך שהם
הפכו להיות מקור מידע ראשי לאנשי מקצוע אולם גם
מצביע על כך שיש צורך בזהירות של המשתמשים בנוגע לתכנים המתפרסמים.

תופעה נוספת שהתפתחה היא התגבשותם של קהילות מקצועיות , פורמליות ולא פורמליות , המבוססות , בדרך כלל, על שייכות מקצועית ו/או תחום ידע או עניין .
קהילות אלו תופסות מקום גדל בשיח המקצועי ומהוות לעיתים את
מקום המפגש והדיון המקצועי העיקרי , גם בפיזיותרפיה. ישנן דוגמאות רבות לכך בישראל ובעולם.

המציאות והמחקר מצביעים על התבססות הרשתות החברתיות במרחב המקצועי.
מכאן עולות השאלות מה המשמעות של תופעה זאת ?מה עושים עם זה ? כיצד להפיק מכך את המירב או המיטב ? האם נוכחות שלנו ברשת החברתית, כפרטים או כקבוצה, היא הכרח ?

מילות מפתח: רשת חברתית,

השוואה בין מערך הפיזיותרפיה בישראל לפיזיותרפיה בעולם

BPT ,MHA, PHD- Candidate, **אמירה דאהר**[1,2,3]

1. המכללה האקדמית עמק יזרעאל – החוג לניהול מערכות בריאות

2. המכללה האקדמית אונו- הפקולטה למדעי הרווחה והבריאות, החוג לפיזיותרפיה

3. פיזיותרפיסטית, שירותי בריאות כללית, מחוז חיפה וגליל מערבי

e-mail- amiradaher99@gmail.com

הקדמה

מקצוע הפיזיותרפיה בישראל עבר מפנה גדול בשנים האחרונות. המפנה העיקר התבטא בחוק הסדרת העיסוק במקצועות הבריאות, תשס״ח 2008, הרשאת פיזיותרפיסטים ע״י משרד הבריאות והעמידה בבחינה מקצועית ממשלתית. כמוכן, נחתמו הסכמי שכר חדשים בעיקר של הפיזיותרפיסטים העובדים בשירותי בריאות כללית, הוקמו חוגי פיזיותרפיה חדשים באקדמית צפת והאקדמית אונו ולבסוף המשבר בהדרכה הקלינית. שינויים אלו עוררו בי סקרנות ועניין לגבי מקצוע הפיזיותרפיה בעולם והיכן ניצבת ישראל בתחום זה.

מטרות

ההרצאה תציג נתוני עבודת סמינריון שהתבצעה במסגרת לימודי תואר שני בניהול מערכות בריאות באוניברסיטת חיפה וכן תתמקד בהשוואה בין הפיזיותרפיה בישראל למדינות מערביות אחרות לרבות ארצות הברית, אנגליה ועוד. בהרצאה יוצגו נתונים מספריים ודמוגרפיים על הפיזיותרפיה והפיזיותרפיסטים בישראל ובעולם. תעשה השוואה במספר תחומים: כוח האדם, מספר פיזיותרפיסטים לאלף נפש, התפלגות פיזיותרפיסטים לפי גיל ומין, תעסוקה, שכר, הכשרה ולימודים, השכלה, מעמד המקצוע, איגוד הפיזיותרפיסטים ועוד. כמו כן, יוצגו היתרונות והדילמות של ״ הפניה ישירה לפיזיותרפיה״ וכיצד היא משפיעה על מעמד המקצוע.

מסקנות

הפיזיותרפיה כמקצוע טיפולי התקדמה בצעדי ענק ב-30 השנים האחרונות. בהשוואה בין ישראל לארצות מערביות אחרות כגון ארצות הברית ואנגליה ניכר פער בתחומים מהותיים במקצוע: כוח אדם, מעמד המקצוע, שכר, איגוד העובדים ועוד. בראיה כללית הפיזיותרפיסט בארצות מערביות כמו ארצות הברית ואנגליה הינו בעל מעמד וסמכויות גבוהים יותר ביחס לזה שבארץ; מורשה לטפל בחולים ללא הפניית רופא ושכרו גבוה בהרבה. ארגוני הפיזיותרפיה בארצות מערביות הם גדולים וחזקים בהשוואה לארגון בארץ אף על פי שמעמדו בארץ הלך והתחזק בשנים האחרונות. לגבי מעמד המקצוע וההפניה הישירה לפיזיותרפיה, מחקרים רבים מראים שגישה ישירה: מביאה לתוצאי בריאות טובים יותר, להקטנה משמעותית של מספר הביקורים החוזרים, לעליה בשביעות רצון המטופלים והפחתת עלויות למערכת הבריאות. חסרון משמעותי לגישה זו שמצב זה יכול להביא לחוסר תיאום במערכת שאינה מסודרת גם כך.

השלכות

לעורר חשיבה ודיון מחדש לגבי כוח האדם בפיזיותרפיה בישראל בהשוואה לעולם: האם הפניה לפיזיותרפיה צריכה להיות ישירה ? ועוד

מלות מפתח: פיזיותרפיה, הפניה בגישה ישירה, כוח האדם במערכת הבריאות, פיזיותרפיה בעולם

השפעת גירוי מוחי חיצוני על למידה והחלמה של גפה עליונה לאחר אירוע מוחי

ג'סטין רז[1,2], נחום סורוקר[1,2] , ג'ייסון פרידמן[3], דריו ליברמן[3]

justine.raz@gmail.com

הפקולטה לרפואה על שם סאקלר, אוניברסיטת תל- אביב[1]

המחלקה לשיקום נוירולוגי ב' בית חולים לווינשטיין [2]

המחלקה לפיזיותרפיה, בית ספר למקצועות הבריאות על שם שטייר, הפקולטה לרפואה על שם סאקלר, אוניברסיטת תל- אביב[3]

רקע: החלמת הגפה העליונה לאחר ארוע מוחי הינה חלקית ועל פי רב אינה מספיקה לתפקוד יומיומי. למרות התקדמות בשיטות הטיפול הפיזיקליות הן עדיין לא מביאות לתוצאות מספקות בתחום שיקום הגפה העליונה. מחקרים שהתבצעו בשנים האחרונות מצביעות על כך שגירוי מוחי חיצוני באמצעות transcranial direct current stimulation (tDCS) יכול לשנות עוררות קורטיקלית ועל ידי כך לגרום לתהליכים של פלסטיות מוחית המתבטאים בשיפור תפקודי. עם זאת ישנן שאלות תיאורטיות רבות הצריכות להיענות לפני הכנסת שיטה זו לקליניקה.

מטרות: בדיקת השפעת אופני גירוי שונים: גירוי אנודלי (מעורר), גירוי קתודלי (מעכב) וגירוי דמה על למידת תנועת הושטה בנבדקים בריאים ובחולים לאחר ארוע מוחי.

שיטות: 21 נבדקים בריאים ו-15 נבדקים לאחר ארוע מוחי השתתפו עד כה במחקר. הנבדקים ביצעו תנועות הושטה (על גבי טבלט גרפי) לפני ואחרי גירוי אנודלי, גירוי קתודלי וגירוי דמה בסדר רנדומלי (כל הנבדקים ביצעו את המטלה עם שלושת סוגי הגירוי). הגירוי ניתן דרך אלקטרודות חיצוניות המונחות על M1 בשתי ההמיספרות, פעם כשהאנודה מונחת על M1 קונטרה לטרלי ליד הנעה ופעם כשהקטודה מונחת על M1 קונטרה לטרלי ליד הנעה. מדדים קינמטיים ספטיוטמפורליים (המבוססים על תיאוריית ה-Minimum jerk) הושוו לפני הגירוי ולאחר מתן הגירוי בשילוב עם אימון מוטורי.

תוצאות: ניתוח קינמטי של תנועות ההושטה הראו שתחת גירוי אמיתי (אנודלי וקתודלי) תנועות flexion extension בוצעו במהירות גבוהה יותר, באופן מדוייק יותר (סטייה מופחתת מהישר) ובאופן חלק יותר (פחות האצות ותאוטות) ($p<0.05$) ממצאים אלו היו בולטים יותר בגירוי אנודלי.

מסקנות: תוצאות אלו מציעות שלגירוי אנודלי על ההמיספירה הקונטרה לטרלית ליד הנעה בשילוב עם אימון מוטורי השפעה חיובית על מדדים ספטיוטמפורליים המבטאים איכות תנועתית טובה יותר. מידע אודות אופן גירוי אופטימלי יענה על שאלות קריטיות החיוניות לשילוב שיטה זו יחד עם אימון מוטורי בשיקום.

השפעת גירויים חשמליים סנסוריים על עצמת כאב ועל תפקוד של נבדקים לאחר קיבוע ניתוחי מסוג Gamma nail של שבר בחלק המקורב של הירך: מחקר אקראי עם סמיות כפולה

1. סחר אנדראוס נג'אר, 2. פרופ' יוכבד לויפר, 3. ד"ר חיים יפים שטרקר, 4. גב' עדי טולדנו, 5.ד"ר מיכל אלבוים

1. אוניברסיטת חיפה, הפקולטה למדעי הרווחה , החוג לפיזיותרפיה, שד' אבא חושי 199, הר הכרמל חיפה

2. המרכז הרפואי לגליל, נהריה

כתובת דוא"ל: Sahar_andrawus@hotmail.com

רציונל ומטרות המחקר: שיכוך כאב אקוטי לאחר ניתוחי קיבוע שברים בירך הוא הכרחי בכדי למנוע את השפעתו השלילית על שיקום תפקוד המטופל. Transcutaneous Electircal Nerve Stimulation (TENS) נמצא יעיל לשיכוך כאבים אקוטיים וכרוניים במגוון פתולוגיות, ובהן כאב בתר ניתוח. השפעתו על כאב ועל תפקוד לאחר ניתוח קיבוע בירך מסוג Gamma nail טרם נבדקה. לאור זאת, מטרת המחקר הייתה בדיקת השפעת טיפול באמצעות TENS כתוספת לטיפול הפיזיותרפי המקובל על כאב ושיקום בשלב האקוטי לאחר קיבוע באמצעות Gamma nail .

אוכלוסייה: 45 נבדקים לאחר קיבוע שבר בירך באמצעות Gamma nail

שיטות המחקר: הנבדקים חולקו לשתי קבוצות באופן רנדומלי. קבוצת המחקר קיבלה טיפול ב- TENS סנסורי במהלך טיפול הפיזיותרפיה המקובל, וקבוצת הביקורת קיבלה טיפול ב- TENS פלצבו במהלך טיפול הפיזיותרפיה המקובל. ההתערבויות הטיפוליות החלו יום לאחר הניתוח, למשך חמישה ימים. סמיות הבודק נשמרה.

מדדי המחקר: 1. הערכת כאב באמצעות Visual Analogue Scale 2 FTSTS) Five Times Sit To Stand Test.), 3. מרחק הליכה במשך 2 דקות, 4. Functional Ambulation Classification, 5. בדיקת כוח מנואלית של השריר הארבע-ראשי , 6. כמות נטילת משככי כאבים,

עיבוד נתונים: סטטיסטיקה אנליטית כללה מבחני חי בריבוע, T TEST ומבחני Wilcoxon באמצעות SPSS 19.0. מובהקות נקבעה ל- $p \leq 0.05$.

תוצאות: טיפול ב- TENS בנוסף לטיפול הפיזיותרפיה המקובל במהלך חמישה ימים לאחר הניתוח גרמה לירידה מובהקת גדולה יותר בעצמות הכאב בלילה ובהליכה, בכמות צריכת משככי כאבים ביום החמישי, ועלייה מובהקת גדולה יותר ביכולת ההליכה התפקודית של המטופל ובכוח השריר הארבע-ראשי, בהשוואה לקבוצה שקיבלה טיפול פיזיותרפיה בלבד. עם זאת, הוספת ה- TENS לא השפיעה על עצמות הכאב במנוחה, על ביצועי מבחן FTSTS ועל כמות צריכת משככי כאבים בימים הראשונים של הטיפול.

מסקנות: גירוי סנסורי באמצעות TENS בשלב האקוטי לאחר ניתוח לקיבוע שבר בירך Gamma nail נמצא כיעיל לשיכוך כאבים ומשפר תפקוד.

ההשלכות לעשייה הקלינית בפיזיותרפיה: TENS הוא מכשיר קל לשימוש, זול ובטיחותי ויש לשקול השימוש בו כחלק מתהליך השיקום האקוטי לאחר ניתוחים לקיבוע שבר הירך.

מילות מפתח:

Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation, Gamma nail, Hip fracture, postoperative pain control, functional rehabilitation

תמצית ביוגרפיה:

סחר אנדראוס נגאר, פיזיותרפיסיטית, עובדת במרכז הרפואי לגליל , במחלקת אורתופדיה, ובבית אבות לוחמי הגטאות.

דברי תודה:

תודות למנחות שלי, לד״ר חיים יפים שטרקר, למחלקת ארוטופדיה א׳, וגב׳ עדי טולדנו מנהלת שירותי הפיזיותרפיה, המרכז הרפואי לגליל.

השפעת הגיל על סף תגובת הצעד הקומפנסטורי בעת אובדן פתאומי של שיווי משקל בעמידה בקרב קשישים

פרופ' יצחק מלצר, מר שני בציר, גב' הדר שרון, ד"ר יואב גימון.

המחלקה לפיזיותרפיה בית ספר רקנאטי, הפקולטה למדעי הבריאות באוניברסיטת בן גוריון בנגב.

רקע מדעי: איבוד שיווי משקל כתוצאה מהחלקה או התקלות בחפצים מהווים כ-60% מהסיבות לנפילות בקרב קשישים. לכן הערכת היכולת של קשישים להתמודד עם איבוד שיווי משקל פתאומי שנגרם מתזוזת הקרקע באופן פתאומי, הינו "תקף אקולוגית". מחקרים קודמים הראו שלוש תגובות שיווי משקל אופייניות: קרסול, ירך ותגובת צעד. תגובת הצעד נחשבת ליעילה מכל אסטרטגיות בקרת שיווי משקל היות ומרחיבה את בסיס התמיכה ומייצבת. נמצא גם שיש הבדלים בתגובות הקומפנסטוריות בין קשישים לצעירים: קשישים נזקקים ליותר צעדים על מנת לא ליפול, אינם מבצעים כמעט צעד סיכול, רגלייהם "מתנגשות" בזמן ביצוע הצעד, ואף נופלים בעת הניסוי. מטרת המחקר הנוכחי לבדוק את סף/עוצמת הפרטורבציה הנחוצה לתגובת צעד בקרב קשישים וצעירים, נושא שטרם נחקר. סף תגובת הצעד מוגדר כעוצמה הראשונה שגרמה לשימוש באסטרטגיה זו.

שיטות: עשרים-ושלושה צעירים ו-71 קשישים עצמאיים נחשפו ל-36 פרטורבציות מעוצמות נמוכות לעוצמות גבוהות. הנבדקים עמדו על פלטה שנעה באופן פתאומי ואקראי ימינה או שמאלה והונחו להגיב בצורה "טבעית". אסטרטגיות שמירה על שיווי משקל של הנבדקים תועדו כמו גם סף תגובת הצעד, זמן התגובה וזמן הביצוע של הצעד במילישניות, גודל הצעד הקומפנסטורי בס"מ ותזוזת מרכז הכובד.

תוצאות: שמונה אסטרטגיות שונות בתגובה לאיבוד שיווי משקל פתאומית ולהימנעות מנפילה זוהובקרב הנבדקים: 1) תגובות ידיים; 2) תגובת גו-עליון; 3) תגובת צעד צידית; 4) תגובת צעד סיכול; 5) צעדים מרובים; 6) התנגשות בין הרגליים; 7) אבדוקציה של רגל אחת (עמידה על רגל אחת); 8) נפילה. באופן כללי, צעירים הצליחו להימנע מנפילה בפרטורבציות בעוצמה נמוכה על ידי תגובות ידיים וגו עליון. יש הבדל מובהק בסף הצעד הקומפנסטורי בין קשישים לצעירים (6.9cm±3.0cm לעומת 15.3cm±2.7cm, בהתאמה). קשישים ביצעו צעדים מרובים ב-13% מהניסויים לעומת רק 1% בקרב צעירים. התנגשות בין הרגליים ונפילות לתוך ריתמת הבטיחות נצפתה רק בקרב קשישים.

מסקנות: סף ביצוע הצעד הקומפנסטורי הינו מדד אכותני פשוט יחסית להערכת היכולת של קשיש להתמודד עם פרטורבציה לא צפויה, ויכול לשמש כמדד למדידת אפקטיביות של תכנית טיפול למניעת נפילות בקרב קשישים.

השפעת פרטורבציות בלתי צפויות בעמידה ובהליכה על ביצוע מטלה קוגניטיבית המבוצעת בו-זמנית בקרב צעירים בריאים

ענבל פארן, הדס נחמני, יצחק מלצר

המחלקה לפיזיותרפיה, הפקולטה למקצועות הבריאות, אוניברסיטת בן-גוריון, באר-שבע

תקציר

רקע: ביצוע מטלה קוגניטיבית בעת הליכה עשוי להפריע ליציבות, שכן ידוע כי הליכה אינה משימה אוטומטית ומושפעת מתפקודים קוגניטיביים. ישנה השערה כי התגובות לאיבוד שיווי משקל פתאומי הן כמעין תגובות רפלקס. לפיכך, התגובה המוטורית והביצוע הקוגניטיבי יהיו זהים כאשר נבדק יאבד שיווי משקל באופן פתאומי במצבי משימה בודדת (ST) או במצב של משימה קוגנטיבית בו זמנית (DT).

מטרות: לחקור את השפעת איבוד שיווי משקל פתאומי בעמידה ובהליכה על הביצוע במטלה הקוגנטיבית ולהשוות את סף הצעד הקומפנסטורי בעמידה ובהליכה בתנאים של ST וב-DT.

שיטות: שלושה-עשר נבדקים צעירים נחשפו לפרטורבציות בלתי צפויות בעוצמות עולות בעמידה ובהליכה, בתנאי ST וב-DT. במסגרת המטלה הקוגנטיבית נדרשו הנבדקים לספור אחורה "בקפיצות" של 7, הנבדקים ביצעו את המטלה הקוגנטיבית גם בישיבה בתחילת הניסוי. המדדים היו: **במטלה הקוגנטיבית** - יחס מספר הטעויות חלקי המספרים שהצליח לבצע בדקה **ובמטלה המוטורית** - סף ביצוע הצעד הקומפנסטורי (ההפרעה המינימלית אשר הובילה לתגובת צעד באופן עקבי). הניתוח הסטטיסטי כלל מבחן אפרמטרי- Wilcoxon להשוואה (1) בין עמידה להליכה; (2) בין מצב שכלל פרטורבציה לעומת מצב ללא פרטורבציה בהליכה; (3) בין פרטורבציות צידיות לפרטורבציות קדמיות-אחוריות. הנתונים נותחו באמצעות תוכנת SPSS כשרמת המובהקות הסטטיסטית נקבעה ל-$p<0.05$.

תוצאות: לגבי המשימה הקוגנטיבית, יחס מספר הטעויות חלקי המספרים שהצליח לבצע בדקה בעמידה (5.88) היה גבוה באופן מובהק מישיבה (4.55). לעומת זאת, בעת הליכה עם פרטורבציות הביצוע במטלה הקוגנטיבית היה הטוב ביותר באופן מובהק (3.13) בהשוואה ליתר התנאים; ישיבה (4.55), עמידה (5.88) והליכה ללא פרטורבציות (4.55). לגבי המשימה המוטורית, סף ביצוע הצעד נמצא גבוה באופן מובהק עבור פרטורבציות קדמיות/אחוריות (12) בהשוואה לצידיות (9), הן ב-ST וב-DT. אין הבדל מובהק בסף הצעד בפרטורבציות צידיות בין ST ו-DT. בפרטורבציות קדמיות/אחוריות סף הצעד נמצא באופן מובהק בתנאי DT לעומת ST (12 לעומת 9 , בהתאמה).

מסקנות: עמידה דורשת יותר משאבים קוגנטיבים מאשר הליכה.

הערכה דומה בקרב קשישים תוכל לעזור בתכנון התערבות קלינית שתכלול אימון שיווי משקל בהליכה תוך שילוב מטלות קוגנטיביות.

מקורות מימון – אין.

מילות מפתח: שיווי משקל, הליכה, נפילות, מטלה קוגנטיבית

ענבל פארן BPT, סטודנטית לתואר שני בפיזיותרפיה באוניברסיטת בן- גוריון. עובדת כפיזיותרפיסטית בבית החולים שיבא, תל-השומר מזה כ-5 שנים במחלקות שיקום שונות. inbalparan@gmail.com

סקירת ספרות:

השפעת ריקוד על שיווי משקל וניידות בקרב אוכלוסיית מבוגרים וחולי פרקינסון.

גמרמן יוליה
פרופ׳ כהן הרמן אבנר
דר׳ אריה אשכנזי
דר׳ ענת מירלמן

המגיש:
גמרמן יוליה
אוניברסיטת בן-גוריון, ב״ש
Gamerman.y@gmail.com

רקע:
בקרב אנשים מבוגרים וחולים במחלות נוירודגנרטיביות, ירידה בשיווי משקל קשורה לירידה בתפקוד ועליה בסיכון לנפילות. פעילות גופנית ידוע כמקדמת בריאות אבל אחוזי השתתפות נמוכים.
ריקוד זאת דרך מהנה ופופולרית בכל רחבי העולם לביצוע פעילות גופנית וחברתית אשר דורשת קואורדינציה של כל חלקי הגוף. לריקוד יש פוטנציאל לעלות את רמת הפעילות הגופנית, לשפר שיווי משקל ותפקוד, להוריד את הסיכון לנפילות בקרב מבוגרים. כמו כן ריקוד יכול להתאים במיוחד לתחומי המפתח החשובים לחולי פרקינסון.
מטרה:
מטרת הסקירה היא להעריך את העדויות המחקריות הקיימות בספרות עד יום על הריקוד כהתערבות טיפולית לאנשים מבוגרים וחולי פרקינסון.
שיטות:
נערך חיפוש אחרי מחקרים התערבותים על הריקוד מסוגים שונים בקרב אוכלוסיה מעל גיל 65 בPubme, PEDro Google Sholar עד מאי 2015.
מילות המפתח: " balance", "dance", "elderly", "older adults", "fall risk", "Parkinson's Disease" .
תוצאות:
נמצאו 22 מחקרים מסוג RCT אשר בדקו את השפעת הריקוד בתור התערבות טיפולית בקרב במוגרים וחולי פרקינסון. ריקוד נמצא כדרך מתאימה ומהנה לביצוע פעילות גופנית עם אחוזי השתתפות גבוהים. המחקרים מהווים עדות ראשונית ליעילות הריקוד בצורה מובהקת בשיפור שיווי משקל, תפקוד, הליכה באוכלוסיות הנ״ל.
מסכנות:
ריקוד יכול לשפר את שיווי המשקל, תפקוד והליכה באוכלוסיית מבוגרים וחולי פרקינסון עם יתרון נוסף של אחוזי השתתפות גבוהים.
עקב מספר מצומצם של המחקרים ושונות גדולה בשיטות ומאפייני האוכלוסייה שנבדקו קשה להסיק מסכנות מבוססות, לכן נדרשים עבודות מחקר נוספות באיכות גבוה.

תיאור מקרה:

חיים עם מחלה כרונית – הדרך לשיפור קליני בחולה סיסטיק פיברוזיס

תומר ישראלי, B.P.T, איריס אייזנסטדט B.P.T, M.P.H, נירית רותם-לרר B.P.T, M.S.C

הדסה הר הצופים, שדרות צ'רצ'יל 1, ירושלים

sidhrta@gmail.com

הקדמה:

מחלת הסיסטיק פיברוזיס (CF) הינה מחלה גנטית פרוגרסיבית.

חומרת המחלה, נקבעת בין השאר, על פי בדיקת ספירומטריה כשהערך המרכזי הנבדק, Forced Expiratory Volume 1sec percent predicted (FEV1%), הוא המנבא החזק ביותר להישרדות. בספרות מתוארת ירידה חציונית וממוצעת של כ 1-2 נקודות בשנה בערך זה. במשך השנים צפויה הידרדרות במדד זה, וכן במצבם הקליני של החולים. כמו כן, לאחר החמרות נשימתיות, רבע מהחולים לא יחזרו לערך הבסיסי של FEV1% טרום ההחמרה.

טיפול רב תחומי במרכז מומחה, נחשב לטיפול המיטבי לעומת טיפול אצל רופא בקהילה, כאשר הפיזיותרפיה היא נדבך מרכזי במערך זה. מרכיבי הטיפול, בנוסף לניקוז ליחה, נוגעים בכלל התחומים הקשורים לחיים עם מחלה כרונית: חינוך לבריאות; הדרכה לפעילות גופנית ותרגול למערכת שריר שלד; ייעוץ בתזמון ותמהיל הטיפולים השונים.

ישראל, היא אחת המדינות היחידות בעולם, שבה טיפולי הפיזיותרפיה בבתי המטופלים מסובסדים על ידי המדינה. כך, הפיזיותרפיסטים המטפלים בחולי CF מעורבים באופן משמעותי וישיר בקידום הבריאות של חולים אלה.

מטרה:

תיאור מקרה, על פי עקרונות ה ICF, של חולה CF אשר שילב את הטיפול במחלה בהיבטים השונים בחייו והשיג שיפור קליני במצבו מעל למצופה, בהתחשב בגילו ובחומרת המחלה.

מדדים:

- בדיקות ספירומטריה

תוצאות:

ב', חולה CF בן 34, מטופל במרכזנו מזה כ 4 שנים. נשוי, עובד.

במהלך שנים אלו הקפיד על שגרת טיפוליו; אינהלציות יומיות, טיפולי פיזיותרפיה (4-5 בשבוע) וכן מזה כשנה וחצי הולך לחדר הכושר (3 פעמים בשבוע) ומבצע תרגילי התנגדות (בעצימות בינונית -גבוהה). יש לציין שעד הצטרפותו למרכז CF, לא בצע מעקב מסודר אצל רופא הריאות.

במהלך שנים אלו חלה עלייה משמעותית בערכי הספירומטריה של ב׳: FEV1% P<0.001, Effect Size = 1.62. הודגמה יכולת לחזור למצבו הבסיסי לאחר החמרות נשימתיות ואף להשיג שיפור.

דיון:

ניתן לראות שהכלה של המחלה בכלל תחומי החיים והקפדה על שגרת טיפולים במסגרת של מרכז מומחה משיגה שיפורים קליניים מעל למצופה בחולה CF.

מילות מפתח: סיסטיק פיברוזיס, פיזיותרפיה, מחלה כרונית, קידום בריאות.

תמצית ביוגרפית: תומר ישראלי הינו פיזיותרפיסט מזה שנתיים, עובד בהדסה הר הצופים במחלקות – שיקום יום, בבריכה טיפולית ובמרכז לטיפול במחלות כרוניות בילדים.

דברי תודה: נירית רותם, ליאת שיק נווה, איריס אייזנסטדט, נעמה קרניאל ומחלקת הפיזיותרפיה במרכז הרפואי הדסה. פרופ׳ כרם, ד״ר שוסיוב, ד״ר ברויאר וצוות המרכז למחלות כרוניות בילדים הדסה הר הצופים.

ביבליוגרפיה:

1. Kerem E, Reisman J, Corey M, et al. Prediction of mortality in patients with cystic fibrosis. NEngl JMed Apr 30 1992; 326(18): 1187–91.
2. Liou TG, Elkin EP, Pasta DJ, et al. Year-to-year changes in lung function in individuals with cystic fibrosis. J Cyst Fibro 9 (2010) 250–256.
3. Boeck DeK, Zolin A. Year to year change in FEV1 in patients with cystic fibrosis and different mutation classes. J Cyst Fibro. In Press
4. Sanders DB1, Bittner RC, Rosenfeld M et al. Failure to recover to baseline pulmonary function after cystic fibrosis pulmonary exacerbation. Am J Respir Crit Care Med. 2010 Sep 1; 182(5): 627-32.

חמצן כגורם מעודד פעילויות מוחיות; הערכת תפקוד בתנאים של סביבת אויר נורמאלית וסביבת על לחץ עשירה בחמצן במתנדבים בריאים

ואדאס דור [1]MPT, קליחמן לאוניד [2]PT, PhD, אפרתי שי [3]MD, PhD

1. המרכז הישראלי לשיקום נפגעי שבץ מוחי ופגיעות ראש. רח' אלי הורביץ 19 רחובות.
2. המחלקה לפזיותרפיה, בית הספר למקצועות הבריאות הקהילתיים ע"ש ליאון ומטילדה רקנאטי, הפקולטה למדעי הבריאות, אוניבריסטת בן גוריות שבנגב.
3. תא הלחץ, היחידה ההיפר-בארית ויחידת המחקר בית חולים אסף הרופא.

תקציר

מבוא: המוח הוא צרכן האנרגיה הגדול ביותר בגוף, מקבל כ20% מכלל אספקת החמצן של הגוף. למרות שהמוח משתמש כמעט בכל החמצן המועבר אליו מכלי הדם, פחות מ10% ממנו פעיל בכל נקודת זמן. מטרת המחקר היא להעריך האם כמות החמצן המועבר למוח היא גורם מגביל לפעילויות מוחיות מורכבות או מרובות.

שיטות: 22 משתתפים נבדקו בהצלבה (crossover) במחקר אקראי מבוקר. משימות קוגנטיביות ומוטוריות בוצעו בנפרד ואחר כך במקביל בשני מפגשים: מפגש אחד בתנאי סביבה של לחץ וחמצן נורמאלים (אטמוספירה אחת ו-21% חמצן) והמפגש השני תחת השפעה היפר-בארית (לחץ של שתי אטמוספרות ו-100% חמצן).
נבדקים צורפו באופן אקראי לקבוצה המתחילה בתנאים נורמאלים (פלסבו) או לקבוצת ההתערבות והוצלבו במפגש השני

תוצאות: בתנאי לחץ וחמצן היפר-בארים נראה שיפור משמעותי בכל הפעילויות בהשוואה לביצוען בתנאים נורמאלים. המשימה הקוגנטיבית בוצעה טוב יותר בתנאים אלו כמשימה בודדת ($p<0.001$) וכשנבדקה כחלק ממשימה משולבת ($p=0.006$). המשימה המוטורית גם כן בוצעה יותר טוב תחת תנאי לחץ וחמצן היפר-בארים כמשימה בודדת ($p<0.001$) וכחלק ממשימה משולבת ($p=0.029$) .

מסקנות: השיפור בביצוע פעילויות מורכבות שנגרם בהשפעת תנאי לחץ וחמצן היפר-בארים, תומך בהשערה כי כמות המחצן היא גורם מגביל לפעילויות מוחיות. אם כך, שימוש בתא לחץ יכול להמצא מועיל לשיפור למידה וביצועים קוגנטיבים, כולל למיד מוטורית אצל מגוון מטופלים. מחקרים נוספים נדרשים על מנת להעריך כמויות ויעילות.

טיפול קבוצתי על ידי צוות רב מקצועי בקרב אנשים החיים עם מחלת מג׳דו ג׳וזף - Machado Joseph Disease – (MJD), במרכז רפואי מאיר כפר סבא .

אחמד דקה[1] פיזיותרפיסט BPT , אורית ליף קמחי[1] מרפאה בעיסוק MAOT , רינה פרונר[1] עובדת סוציאלית MSW , מרים מוסרי[1] קלינאית תקשורת BSLP , דר רועי זלצמן [1] MD, רחל פורס[1] פיזיותרפיסטית MPT, פרופסור קרלוס גורדון MD[1]

מרכז רפואי מאיר כפר סבא[1]

במרכז רפואי מאיר כפר סבא מתקיימת מזה כ-5 שנים קבוצת תמיכה לאנשים החיים עם מחלת מג׳דו ג׳וזף (Machado Joseph Disease (MJD)-Spinocerebellar Ataxia Type 3(SCA 3).

היא החלה ביוזמת עמותת מג׳דו ג׳וזף הישראלית ובמסגרת המרפאה הארצית ל- MJD .

לתקציר זה שתי מטרות. האחת העשרת הידע אודות המחלה . השנייה תיאור ההתערבות הרב מקצועית לאור מכלול הסימפטומים והמגבלות עמם מתמודדים החולים ובני משפחתם .

MJD הינה מחלה נוירולוגית , פרוגרסיבית, תורשתית, רב מערכתית, חשוכת מרפא ונדירה. נובעת מפגיעה ומוות של תאים בצרבלום ובאזורים קורטיקלים וסב קורטיקלים. למחלה סימנים מוטוריים אקסטרה פירמידלים ופירמידלים, כאטקסיה, ליקויים בשיווי משקל, ביציבה, בניידות, בדיבור, בראיה , בתחושה ובבליעה. בנוסף ללא מוטוריים ככאבים, עייפות, דיכאון, קשיי שינה וחשיבה. הסימנים גורמים למוגבלות עד תלות תפקודית ולסבל רב לחולה ולסביבתו. הינה שכיחה בעולם בקרב אנשים ממוצא פורטוגזי ובארץ ממוצא תימני.

לצד הטיפול הרפואי מומלצים טיפול תמיכתי, שיקומי ופעילות גופנית כפי שנהוג במחלות נוירולוגיות פרוגרסיביות אחרות.

במרכז רפואי מאיר בנוסף לטיפולים הפרטניים פועלת קבוצת תמיכה המונחת על ידי צוות רב מקצועי מתחומי הפיזיותרפיה העבודה סוציאלית, הריפוי בעיסוק, והקלינאות תקשורת.

הקבוצה מונה כ-10 חברים (5 נשים ,5 גברים, טווח גילאים 35-72) הנמצאים בשלבי התקדמות שונים של המחלה (טווח מדד SARA 9.5-31) . המפגשים חד חודשיים , בני שעתיים ומונחים ע״י 2 אנשי מקצוע במקביל למפגש תמיכתי הנערך גם לבני המשפחה.

ההתערבות המקצועית מתבססת על הספרות המקצועית ומתמקדת בהפרעות תנועה, יציבה, תפקוד, שפה, בליעה, קוגניציה ותמיכה . בנוסף לאור הגישה הנהוגה בקבוצות התמיכה במאיר בקרב אנשים החיים עם פרקינסון שמטרתה שיפור התפקוד ואימוץ דפוסי התמודדות המקדמים איכות החיים. מסגרת התערבות זו בקרב MJD הינה ייחודית , בהשוואה לספרות המקצועית המדווחת על טיפולים פרטניים בלבד.

המלצות: 1. בדיקת יעילות ההתערבות ע״י מדדים אובייקטיביים .

2. הרחבת הקשת הטיפולית ע״י הגברת תדירות המפגשים ו/או שיקום מרחוק.

3. יצירת קשרים עם עמותות ואנשי מקצוע בעולם המטפלים באוכלוסייה זו.

מילות מפתח: MJD, טיפול קבוצתי, מחלות נוירולוגיות פרוגרסיביות

אחמד דקה, פיזיותרפיסט, BPT, (לקראת סיום תואר שני) עובד במחלקה לגריאטריה שיקומית מרכז רפואי מאיר כפר סבא. מדריך סטודנטים ומנחה בקבוצות תמיכה לאנשים החיים עם פרקינסון ועם מצ׳דו ג׳וזף.

כיצד חולי לימפאדמה המטופלים ע"י פיזיותרפיה לימפתית ידנית תופסים את מחלתם? בחינת ייצוגי מחלה וייצוגי טיפול

מאת: דדי דבורה

בהנחיית פרופסור פרלה ורנר

אוניברסיטת חיפה

הפקולטה למדעי הרווחה והבריאות

כתובת דוא"ל dvoradedy@gmail.com

רקע: לימפאדמה (בצקת לימפתית) הינה מחלה קשה בעלת השלכות משמעותיות בקרב האוכלוסייה המבוגרת. ניתן לצמצם השלכות שליליות אלו ע"י קבלת טיפול פיזיותרפיה כוללני הנקרא ניקוז לימפתי ידני [Complete Decongestive Physiotherapy- (CDP)]. אך, הצלחת הטיפול תלויה במידה בה החולה דבק בטיפול קרי, ההיענות לטיפול. ספרות ענפה במחלות אחרות מוכיחה שהיענות לטיפול קשורה לאמונות החולים בנוגע למחלתם – קרי ייצוגי מחלה. המחקר הנוכחי שם לו למטרה לבחון את ייצוגי המחלה וייצוגי טיפול בנוגע ללימפאדמה בקרב מבוגרים עם לימפאדמה.

משתתפים והליך: במחקר השתתפו 201 מבוגרים עם לימפאדמה (גיל ממוצע =68; 68% נשים). לאחר אישור של המנהל הרפואי בשירותי בריאות כללית ובכפוף לאישורה של ועדת הלסינקי, נעשתה פניה לחולים הסובלים מלימפאדמה, דוברי עברית, מעל גיל 50 ומטופלים בניקוז לימפתי ידני. המשתתפים רואיינו פנים אל פנים באמצעות שאלון מובנה ובו שאלות המבוססות על ממדי ייצוגי מחלה וייצוגי טיפול בלימפאדמה.

הנתונים קודדו ונותחו באמצעות תוכנת SPSS לתיאור המדגם והמשתנים העיקריים נעשה שימוש בסטטיסטיקה תיאורית . הקשרים הדו משתנים בין המשתנים העיקריים במודל חושבו באמצעות מתאמי פירסון.

ממצאים: באופן כללי המשתתפים תפסו את מחלתם כמדאיגה, כאשר נמצאו קשרים חיוביים מובהקים מבחינה סטטיסטית בין ייצוגי מחלה לייצוגי טיפול. כלומר, ריבוי תסמיני המחלה והאמונה של המשתתפים בהשלכות החמורות של המחלה הגבירו את הדאגות הספציפיות מההשפעה ארוכת הטווח של הטיפול. כמו כן, נמצא קשר מובהק וחיובי בין ממד נחיצות ספציפית לבין ייצוג רגשי והשלכות. כלומר, ככל שהמשתתפים האמינו בנחיצות הטיפול כך, הייצוגים הרגשיים היו רבים יותר ואמונתם לגבי השלכות הטיפול על חייהם הייתה גבוהה יותר.

מסקנות: המחקר הראה שלייצוגי מחלה ולייצוגי טיפול ישנה חשיבות רבה בהבנת התפיסה של החולים את מחלתם (לימפאדמה) והטיפול בה אבל, הקשרים שנמצאו מסבירים זאת באופן חלקי

לכן, יש חשיבות רבה שמחקרים עתידיים ימשיכו לבחון גורמים נוספים שישפכו אור על ההתמודדות עם לימפאדמה והטיפול בה.

מילות מפתח: לימפאדמה, מודל הוויסות העצמי המורחב: ייצוגי מחלה, ייצוגי טיפול, טיפול פיזיותרפיה לימפתי ידני.

הכרת תודה: לפרופסור פרלה ורנר על ההנחיה המקצועית בכתיבת עבודה זו ונכונותה להתייחס לפניותיי בכל עת. על כל זאת אני מוקירה תודה מקרב לב.

לציפי קנול, מנהלת שירותי הפיזיותרפיה במחוז חיפה וגליל מערבי על האמון ומתן העזרה.

לדר׳ מילמן על הייצוג והעזרה בוועדת הלסינקי.

למטפלים הלימפתיים שתמכו ועזרו בגיוס המשתתפים למחקר .

אישור ועדת הלסינקי: הצעת המחקר הוגשה ע״י ד׳ר מילמן מחוז חיפה וגליל מערבי , שירותי בריאות כללית ואושרה ע״י ועדת הלסינקי בבי״ח מאיר.

תמצית ביוגרפיה:

2017 –דוקטורנטית באוניברסיטת חיפה החוג לגרונטולוגיה

2012 – לימודי תואר שני, אוניברסיטת חיפה החוג לגרונטולוגיה.

1996- מנהלת מכון לפיזיותרפיה נהריה בשירותי בריאות כללית.

1987 – מדריכה קלינית במכון, שירותי בריאות כללית.

1985- לימודי השלמה לתואר ראשון, אוניברסיטת בן גוריון החוג לפיזיותרפיה

1981-לימודי תעודה פיזיותרפיה אוניברסיטת בן גוריון.

כלל ניבוי קליני לזיהוי מטופלים עם כאב גב תחתון אשר יציגו מירכוז (Centralization) במהלך הערכה ראשונית.

מחברים: יניב שמושקביץ', דר' אלון רבין, דר' לאוניד קליחמן

מכון פיזיותרפיה קופ"ח מאוחדת. הרברט סמואל 71 חדרה

yaniv.shmush@gmail.com

מטרות ורציונל: ישנה חשיבות רבה לתופעת המירכוז (Centralization) בזמן הערכת מטופלים עם כאב גב תחתון עקב השפעתה על תוכנית הטיפול והפרוגנוזה. יחד עם זאת הליך הבדיקה לזיהוי התופעה עלול לגזול זמן רב. היכולת לזהות מבעוד מועד את הסבירות להתרחשות ה-Centralization עשויה לייעל את בדיקת הפיזיותרפיסט ולחסוך זמן יקר. אם כן, מטרת המחקר היא ליצור כלל ניבוי קליני זיהוי מידת הסבירות להתרחשות centralization בקרב מטופלים עם כאב גב תחתון במהלך הבדיקה הראשונית.

אוכלוסיה: מטופלים עם כאב גב תחתון עם וללא הקרנת סימפטומים לגפה התחתונה המופנים לטיפול פיזיותרפיה בקהילה.

שיטות: תשעים מטופלים עברו הערכה מקיפה על פי שיטת מקנזי אשר בסופה נקבע באופן דיכוטומי האם התרחשה תופעת המירכוז או לא.

עיבוד נתונים: נבדק קשר חד משתני בין הופעת המירכוז למגוון משתנים בעלי פוטנציאל לניבוי התופעה. משתנים שנמצאו קשורים לתופעה הוכנסו למודל רגרסיה לוגיסטית (forward stepwise), ואלה שנשארו במודל הרגרסיה האחרון שימשו לבניית כלל הניבוי.

תוצאות: שכיחות המירכוז בקרב המדגם כולו היתה 31%. שלושה משתנים נמצאו כמנבאים את התרחשות המירכוז: 1.) ציון נמוך מ-33% בשאלון modified Oswestry disability index, 2.) עוצמת כאב נמוכה מ-6/10 באזור מרוחק (distal) , ו-3.) דיווח על כאב גב החזק יותר מכאב רגל. קיום שלושת המנבאים העלה את הסבירות להתרחשות מירכוז מ-31% ל- 57%. קיום משתנה אחד מבין ה-3 או פחות הפחית את הסבירות להתרחשות מירכוז ל-0%.

מסקנות: תוצאות עבודה זו מרמזות כי בקיום אחד או פחות ממשתני הניבוי לתופעת המירכוז, יתכן וכדאי לוותר על בדיקה להפקת המירכוז ולשקול דרכי טיפול אחרות במטופלים עם כאב גב תחתון המופנים לטיפול פיזיותרפיה. בקיום שלושת המנבאים לעומת זאת, בדיקה להפקת מירכוז נראית כדאית במיוחד. נדרשת עבודה נוספת לתיקוף כלל הניבוי לפני יישום ממצאים אלה בשגרת העבודה הקלינית.

מילות מפתח: כאב גב תחתון, Mechanical diagnosis and therapy, מירכוז (centralization), כלל ניבוי

המחקר אושר על ידי ועדת אתיקה של קופת חולים מאוחדת.

מציג העבודה: יניב שמושקביץ', פיזיותרפיסט בקופ"ח מאוחדת חדרה. בוגר תואר ראשון מאוניברסיטת אריאל 2008, תואר שני מאוניברסיטת בן גוריון 2014.

לגעת בגופו של עניין

אירנה פאיוק

בית הספר לפיזיותרפיה, מרכז רפואי אסף הרופא

irinapai@post.tau.ac.il או irenapaiuk1@gmail.com

מגע הוא מרכיב משמעותי בתקשורת בלתי מילולית, ושילובו באופן מותאם במפגש הטיפולי משפיע ישירות על ההיענות לטיפול, ומעצב עמדות של מטופלים כלפי מטפליהם. מסגרות לימוד משקיעות משאבים בהקניית מיומנויות של מגע פרוצדורלי, לצד דלילות בהוראה על אודות מגע הבעתי. במקביל, האקדמיה והשדה הקליני עומדים בפני אתגר של התאמת שיטות הוראה לדרישות המאה ה-21.

מטרות המחקר:

1. לבחון את עמדות הסטודנטים לפיזיותרפיה בנוגע ללמידה גופנית כערוץ למידה עיקרי של התכנים הבאים: תקשורת בלתי מילולית, איכויות המגע, אמפטיה קינסטטית וארגון המרחב הבין אישי כתווך משמעותי במפגש טיפולי.
2. לבחון ישימות ויעילות של LBMS (Laban Bartenieff Movement System) כמתודולוגיה חינוכית לפיתוח מיומנויות תקשורת בלתי מילוליות ואמפתיה במהלך לימודי פיזיותרפיה.

שיטות:

מחקר התערבותי איכותני. סטודנטים מבה"ס לפיזיותרפיה באסה"ר השתתפו בקורס תנועה מבוסס LBMS. איסוף נתונים בוצע באמצעות שאלון עמדות שהתייחס לתפיסת הסטודנטים את חשיבותם של מודעות גופנית עצמית, מגע הבעתי ולמידה גופנית כאסטרטגיות לפיתוח רגישות בין אישית, אמפתיה ותקשורת בלתי מילולית במהלך המפגש הטיפולי.

תוצאות:

דירוג מידת החשיבות של התקשורת הבין אישית בתהליך טיפולי בפיזיותרפיה עלה בסיום הקורס מ- 60% ל- 84%. נצפה שינוי תודעתי לגבי מושג "מודעות גופנית עצמית" ממקום של התבוננות על אורח חיים בריא וגוף אסטטי למקום של התבוננות פנימית עמוקה, חשיבות לתחושות הגופניות כחומר בסיסי לחוויה, לפיהן מתארגנת תפיסת העצמי והאחר. 32% מהסטודנטים ציינו כי המודעות הגופנית העצמית שלהם עלתה בסיום הקורס. דירוג חשיבות המגע בתקשורת בלתי מילולית ובהקניית אמון ובטחון בטיפול עלה מ- 40% ל- 58%. בנוסף אמון, יכולת הקשבה, מגע ואמפתיה נמנו עם הפרמטרים העיקריים לביסוס הקשר בין מטפל למטופל. למידה גופנית חוויתית הוגדרה כערוץ ללמידה משמעותית (5%). 11% ציינו כי בקרב חלק מהסטודנטים קיימת חוסר פתיחות ללמידה חוויתית גופנית.

מסקנות:

למידה חוויתית גופנית מבוססת LBMS הנה ישימה ומשמעותית בלימודי פיזיותרפיה. היא מרחיבה את טווח ההתבוננות והמודעות של הלומד בהקשר לאספקטים רבים: מודעות גופנית עצמית, רגישות בין אישית, תקשורת בלתי מילולית ואמפתיה שהינם כישורים ומיומנויות הכרחיים למטפל.

מילות מפתח: תקשורת בלתי מילולית, אמפטיה, מגע, חינוך רפואי

תמצית ביוגרפיה: אירנה פאיוק (BPT, MscPT) פיזיותרפיסטית ומוסמכת בניתוח תנועה ע״ש לאבאן (CMA-Certified Movement Analyst), קלינאית וחברת סגל בחוג לפיזיותרפיה באוניברסיטת ת״א.

מאפייני בקרת שיווי משקל בדגש על תגובות גפיים עליונות בתגובה לאיבוד שיווי משקל פתאומי בעמידה בקרב שורדי שבץ מוחי

פלביה שטיינברג חן, שירלי הנדלזלץ, נחום סורוקר, יצחק מלצר

המחלקה לפיזיותרפיה בית חולים לוינשטיין, רעננה

המחלקה לפיזיותרפיה, הפקולטה למדעי הבריאות, בית ספר רקנאטי, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב

רקע מדעי: נפילות הן אחד הסיבוכים השכיחים בקרב שורדי שבץ מוחי. בעת איבוד שיווי משקל פתאומי תגובות שיווי המשקל המפצה כוללת תגובות ידיים, גו עליון, הרחבת בסיס התמיכה על ידי צעד מפצה ואו לאחיזה בעצם קרוב. מחקרים בודדים בדקו תגובות ידיים בעת איבוד שיווי משקל כאשר החוקרים מצאו שתגובת ידיים תלויה בכיוון הנפילה ונוכחות עצם שניתן לאחוז בו. למיטב ידיעתנו מעט מחקרים בדקו את תגובות ידיים בעת איבוד שיווי משקל בקרב שורדי שבץ מוחי כאשר אין עצם קרוב שניתן לאחיזה. מטרת המחקר הנוכחי היא לאפיין תגובות ידיים בהיבט איכותני וכמותי בתגובה לאיבוד שיווי משקל פתאומי בעמידה בקרב שורדי שבץ מוחי, כאשר אין עצם לאחוז בו

שיטות: במחקר מעבדתי , השתתפו 15 שורדי שבץ מוחי ו- 15 בריאים, שנחשפו להפרעה בלתי צפויה לשיווי משקל בעמידה, באמצעות משטח נע קדימה/אחורה/ימינה/שמאלה. הפרעות לשיווי המשקל (פרטורבציות) ניתנו בשש דרגות קושי עולות בעוצמתן. מדדים קינמטיים - זמן תגובה וזמן ביצוע תגובת הידיים במילי-שניות, מידת התגובה (הרמת הידיים לצדדים בס״מ) נאספו באמצעות מערכת לניתוח תנועה Ariel Performance Analysis System (APAS) ונותחו לאחר מכן באמצעות תוכנת מטלאב ייעודית.
תוצאות: במהלך הניסוי נצפו תגובות בשני הידיים או תגובה ביד אחת. שורדי שבץ הגיבו בדומה לבריאים עם 2 הידיים, אבל נצפו יותר תגובות של יד אחת בעיקר רק של היד הפגועה. זמן תגובת היד הפגועה הייתה זהה ליד הלא פגועה וזהה לזמן התגובה של הידיים של הנבדקים הבריאים. לעומת זאת מרחק התנועה וזמן הביצוע של תנועת הידיים של יד הפגועה, היה קטן יותר מהיד הלא פגועה ומנבדקים בריאים. כמו כן, תגובות הידיים היו לפני הרגליים ב-2 הקבוצות.

מסקנות: תנועות ידיים חשיבות עליונה למניעת נפילות. המחקר הוא הראשון שבודק את תגובות ידיים בקרב שורדי שבץ מוחי. להפתעתנו היד הפגועה הגיבה בדומה ליד לא פגועה בעת הניסוי. אימון שיכלול איבוד שיווי משקל פתאומי יכול לשמש כאמצעי טיפול לשורדי שבץ למניעת נפילות וגם לעידוד תנועה בגפה עליונה.

מילות מפתח: תגובות שיווי משקל, גפיים עליונות, נפילות, שבץ מוחי

מאפייני הניעה לשליטה בקרב פגים שנולדו לפני שבוע 32 לעומת ילדים שנולדו במועד בשנה השנייה לחייהם - נקודת מבט אקולוגית.

Mastery Motivation Characteristics among Preterm Infant vs. Full Term Infants – an Ecological Perspective.

אורלי נייגר[1], ד"ר איריס מורג[2], ד"ר אלה בין[3], ד"ר אסתר עדי יפה[1]

[1]אוניברסיטת בר אילן החוג לחינוך מגמת התפתחות הילד.

[2]בית חולים ע"ש ספרא לילדים, מרכז רפואי שיבא תל השומר,

[3]החוג לפיזיותרפיה הקריה האקדמית אונו.

orly.neiger@gmail.com

הקדמה:

"הניעה לשליטה" הינה כוח פסיכולוגי פנימי רב פנים, הממריץ את הפרט לנסות להשיג שליטה במיומנויות או במשימות שמאתגרות אותו. מקובל להפריד בין מרכיב אינסטרומנטלי הבודק את הכוח המניע לנסות באופן ממוקד ומתמשך לפתור בעיה או להשיג שליטה במיומנות/משימה מאתגרת, לבין המרכיב האקספרסיבי המתייחס לתגובות הרגשיות הנלוות להתמודדות במהלך ביצוע משימה ובהשלמתה.

מחקרים מצאו כי הניעה לשליטה משקפת את יכולותיו הקוגניטיביות, הרגשיות, החברתיות, המוטוריות והפסיכו-מוטוריות של הילד ומהווה אבן בוחן להתפתחות תקינה. הערכת הניעה לשליטה יכולה גם לשמש כתשתית לכל תוכנית התערבות טיפולית.

מטרת המחקר:

לחקור באיזה מידה הגורמים האינטרה והאינטר פרסונאליים משפיעים על הניעה לשליטה ובאיזה מידה ניתן לשלוט בהם ולצפות אותם.

השיטה:

30 פגים ו-20 ילדים במועד נבדקו במבחן Griffith (החלק הביצועי) במסגרת מרפאת פגים במשקל נמוך. ההערכה נעשתה באמצעות 5 שאלונים –כולל שאלון חוקרת ושאלון הורים להערכת "הניעה לשליטה".

המחקר מתבסס על הגישה האקולוגית המסבירה את יחסי הגומלין של הפרט עם הסביבה הקרובה והסביבות השונות, נעשה שימוש בשאלוני : טמפרמנט, וויסות חושי ושאלון דמוגרפי שהותאם למחקר זה.

תוצאות:

שאלון	אוכלוסייה	תוצאות
הניעה לשליטה / שאלון הורים	פגים	הערכה גבוהה מילדים במועד.
הניעה לשליטה חוקרת	פעוטות במועד	הערכה גבוהה מפגים/ מצופה גיל.
טמפרמנט	פעוטות במועד	נמצאה קורלציות בין מרכיבי טמפרמנט והתמודדות עם מטלה.

מסקנות:

הניעה לשליטה מהווה כלי הערכה לאבחון וטיפול.

במחקר נמצא הבדל בין הערכת הורי פגים לבין הערכת החוקרת את הפגים במרכיבי הניעה לשליטה, פעוטות במועד מראים יותר בשלות להתמודדות עם מטלות. לטמפרמנט יש השפעה על התמודדות עם מטלה, במרכיב מסוגלות, אצל פעוטות במועד. ממצאים אלה יכולים להוות מוקד התייחסות בטיפול ובהערכה.

הניעה לשליטה, כוללת את הרצון לשליטה על הסביבה החיצונית והפנימית והיא מלווה בהנאה מגילוי היכולת אך תלויה במשוב חיובי מהסביבה. היא בסיס להתפתחות תקינה (White, 1959) ולהתפתחות תחושת המסוגלות האישית ומקנה לפרט את החוויה שהוא "סוכן הנסיבות של ההתרחשויות". הוספת רכיבי הניעה לשליטה בהערכת הישגי הילד יוכלו לשמש כיוון להתערבות טיפולית בתחום טיפולי הפיזיותרפיה.

מאפייני זמן ומרחב בהליכה אחורה עם וללא נעלים בקרב קשישים

רוטשילד שירה, דר׳ מיכל אלבוים, פרופ׳ יוכבד לויפר

אוניברסיטת חיפה, שד׳ אבא חושי 199, הר הכרמל, חיפה

Shira.rotchild@gmail.com

רקע ומטרות: הליכה אחורה היא פעולה תפקודית המבוצעת בחיי היום יום, בעיקר במהלך פעילות בתוך הבית ומבוצעת לרוב כאשר האדם יחף. הליכה עם נעליים נמצאה כמשפיעה על מאפייני זמן-מרחב בהליכה קדימה, אך לא נבדקה בעת הליכה אחורה. מטרת המחקר הנוכחי היא לבדוק את ההבדלים במאפייני זמן מרחב של הליכה אחורה עם וללא נעליים בקרב אוכלוסיית הקשישים.

שיטות: הנבדקים היו 47 קשישים עצמאיים בקהילה, בממוצע גילאים 7.7+76.1 שנים. ניתוח מאפייני ההליכה נעשה ע״י הליכה על ״שטיח הליכה ״ ממוחשב (מערכת ה GAITRite). המשתתפים נתבקשו ללכת במהירות הנוחה להם בארבעה מצבים: הליכה קדימה ואחורה, עם וללא נעלי הליכה שטוחות. מדדים של מאפייני ההליכה: מהירות, קצב, אורך צעד ואחוז זמן השהייה ב- double limb support (%DLS) הוצאו מתוך המערכת הממוחשבת. לצורך בדיקת ההבדלים בין מצבי ההליכה השונים בוצע ניתוח שונות תוך נבדקי מסוג ANCOVA.

תוצאות:

הליכה אחורה עם וללא נעלים מאופיינית בירידה משמעותית במהירות הליכה, באורך צעד ובקצב הליכה ובעליה משמעותית ב-%DLS בהשוואה להליכה קדימה. הליכה אחורה יחפה הובילה לעליה משמעותית במהירות ההליכה ובקצב הליכה וירידה משמעותית ב-%DLS בהשוואה להליכה אחורה עם נעלים. אורך הצעד בהליכה אחורה לא נמצא מושפע מההנעלה. הליכה קדימה יחפה גרמה לעליה משמעותית בקצב ההליכה וירידה משמעותית באורך צעד וב- %DLS בהשוואה להליכה קדימה עם נעלים אך מהירות ההליכה לא הושפעה מההנעלה.

מסקנות:

הליכה עם וללא נעלים היא בעלת השפעה משמעותית על מדדי זמן-מרחב בהליכה אחורה וקדימה אך בצורה שונה בהתאם לכיוון ההליכה.

ההשלכה לעשייה קלינית בפיזיותרפיה:

הערכה פונקציונלית של הליכת קשישים צריכה לכלול בדיקת הליכה קדימה ואחורה עם ובלי נעלים.

מילות מפתח: הליכה אחורה, הליכה עם נעלים, הנעלה, הליכה יחפה.

המחקר אושר ע״י ועדת האתיקה של אוניברסיטת חיפה ביולי 2013.

ביוגרפיה: בוגרת תואר ראשון ושני מאוניברסיטת חיפה, מחקר הנוכחי זה הוא הינו עבודת התזה. עובדת כפיזיותרפיסטית במכון בקהילה של קופ״ח כללית וסגנית ראש היחידה ללימודים קליניים בחוג לפיזיותרפיה באוניברסיטת חיפה.

שילוב כלים מתחום הטיפול ההתנהגותי קוגניטיבי בטיפול פיזיותרפי- תיאור מקרה

מגישה: הדס קליא

שם המוסד: *מכבי שירותי בריאות.*

דוא"ל: kali_h@mac.org.il

<u>הקדמה:</u>

יישום תרפיה התנהגותית קוגניטיבית-C.B.T. , בטיפול בפיזיותרפיה יכול לתרום לשיפור ביכולת התפקודית הנתפסת של המטופלים .

<u>רקע תיאורטי- שילוב טכניקות מתחום ה.C.B.T בטיפול פיזיותרפי</u>

המודל הביו-פסיכוסוציאלי מקובל בפיזיותרפיה באופן תיאורטי, אך לרוב הפיזיותרפיסטים משתמשים בידע שלהם בתחום הביו- רפואי בלבד, תחום שאליו כוונה הכשרתם. במאמר, שהתפרסם ב *journal of physical therapy* , מוצעת גישה חדשה לטיפול פיזיותרפי, במקרה של כאבי גב תחתון, בשם [P.I.P] "Psychologically Informed Practice" .

הגישה מציעה, שתוכנית ההתערבות תותאם לאמונותיו ומחשבותיו של המטופל הסובל מכאב גב תחתון.

המטרה בהצגת תיאור המקרה היא להדגים כיצד טיפול פיזיותרפיה בשילוב טיפול התנהגותי קוגניטיבי יכול לשפר את תוצאות הטיפול והתפקוד של המטופלים ולסייע בשיקום, במקרים בהם הפחד מחזרה לפעילות גופנית גבוה וגורם להימנעות מחזרה לתפקוד.

יוצג תיאור מקרה בו נעשה שימוש בכלים מתחום הטיפול ההתנהגותי קוגניטיבי כמו- איתגור מחשבות, בניית סולם חשיפה התנהגותי , החץ היורד, שתילת רעיונות ועוד..

תוצאות:

יוצג השינוי שחל בשלושה מדדי תוצאה כולל יכולת תפקודית נתפסת, כאב ופחד מחזרה לפעילות גופנית.

<u>סיכום:</u>

תיאור המקרה הנ"ל תומך באפשרות, שטיפול פיזיותרפי בשילוב טיפול C.B.T., עשוי לעזור בשיפור תוצאות הטיפול של מטופלים, שגורמים פסיכו סוציאליים מעכבים את התקדמותם. השימוש בכלים מעולם ה C.B.T., בהיותם עוסקים בנפש האדם, שהיא תמיד המפתח לשיקום, מהווים תוספת מרתקת ואתגר מקצועי בעבודתי היומיומית.

מילות מפתח: טיפול התנהגותי קוגניטיבי, פיזיותרפיה.

דברי תודה: לדניאל דויטשר ואילנה אריאל ממכבי שירותי בריאות, לאודי גל פסיכולוג התנהגותי קוגניטיבי, לחנינא קליא.

מגישת העבודה: הדס קליא,BPT, מנהלת מכון פיזיותרפיה בכרמיאל ורכזת הדרכה בצפון, מכבי שירותי בריאות , מטפלת התנהגותית קוגניטיבית .

שיפור קליני ורדיולוגי במטופלת עם מחלת Scheuermann אחרי טיפולים בשיטת Schroth

תיאור מקרה

ד״ר לאוניד קליחמן, תומר בצלאל

מכבי שירותי בריאות מחוז מרכז, אוניברסיטת בן גוריון

עבודה זאת נכתבה כחלק מלימודי תואר שלישי

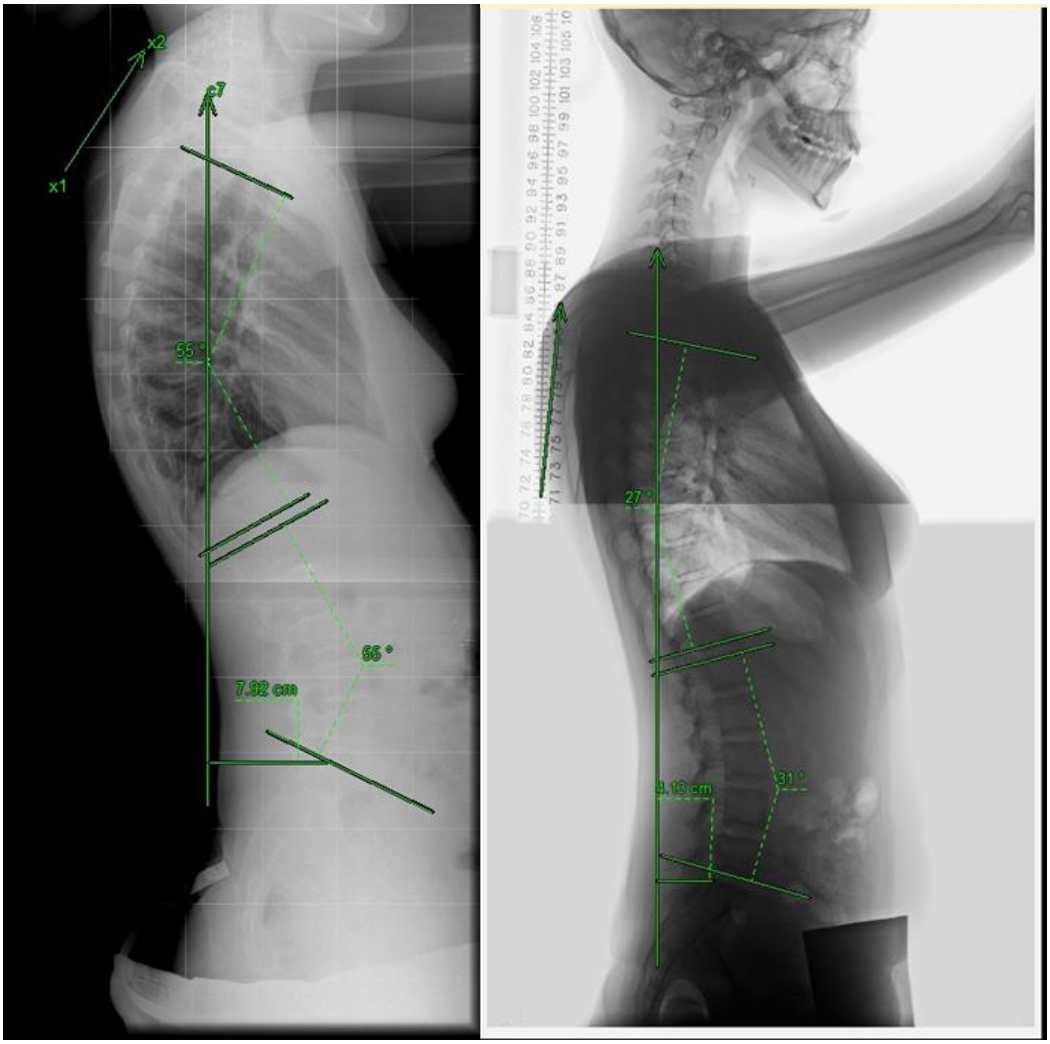
Tomerb75@bezeqint.net

מילות מפתח: *Exercises; Physical therapy; Schroth method; Scheuermann; Kyphosis*

רקע: מחלת Scheuermann היא הסיבה השכיחה ביותר להיפרקיפוזה טוראקלית / טוראקולומברית בקרב בני נוער. כמה תיאורי מקרה בספרות הרלוונטית המחישו את היעילות של שיטת Schroth בשיפור זוית הקיפוזה הטוראקלית במטופלי Scheuermann. למרות זאת, עבודה נוספת נדרשת בנושא זה.

תיאור המקרה: ילדה בת 14 שאובחנה עם מחלת Scheuermann, אובחנה בצילום רנטגן לטרלי עם קיפוזה טוראקלית של 55 מעלות, ולורדוזה מותנית של 55 מעלות. מידת ההפרעה הקוסמטית שלה כפי שהוגדרה על ידה בסקלה מספרית היתה 10/10. האנך מחוליה C7 היה רחוק מרחק של 7.92 ס״מ מעצם העצה. המטופלת עברה 7 מפגשים טיפוליים, בהם קיבלה 4 תרגילים ספציפיים שהותאמו אישית לדפורמציה שלה. את התרגילים נדרשה לתרגל בביתה מידי יום. בקורת מעקב 5 חודשים אחר כך הצביעה על זוית קיפוזה טוראקלית של 27 מעלות, ולורדוזה מותנית של 31 מעלות. המטופלת דירגה בבקורת המעקב את מידת ההפרעה הקוסמטית שלה 3/10. האנך מחוליה C7 היה רחוק מרחק של 4.13 ס״מ מעצם העצה.

מסקנה: שיטת Schroth יכולה להיות אפקטיבית בהקטנת זוית הקיפוזה הטוראקלית במטופלים עם מחלת Scheuermann. למרות זאת, יעילותה של השיטה צריך להיבחן לעומק במחקרי אורך עתידיים עם קבוצות בקורת.


x2
x1
55 °
66 °
7.92 cm
27 °
31 °

שיקום בצעדי ריקוד: שילוב קבוצת ריקוד במסגרת שיקום יום של קופת חולים מכבי

יבגניה צ'ורני

קופת חולים מכבי, שיקום יום "איתן" , מחוז צפון, רח' הרצל 73, חיפה

Zonis_g@mac.org.il

במחלקת שיקום יום "איתן" צוות רב מקצועי, נותן מענה לאוכלוסייה מגוונת . במסגרת זאת נעשה שימוש במגוון גדול של דרכי טיפול, ביניהם קבוצות , אשר מונחות על ידי צוות ריפוי בעיסוק, פיזיותרפיה ותזונאיות. מבנה ותוכן הקבוצות משתנה בהתאם למטרת הקבוצה ולמנחה. ידוע כי פעילות גופנית על גווניה משפרת את תפקודם של העוסקים בה (C.Chou 2015). פעילות זו הכרחית יותר כאשר מדובר באנשים עם חסרים פיזיקליים (E. Taraksi, 2013, A. Mehnert,2011).

בתהליך בניית הקבוצה משתמשים בהתוויות חדשות לשיפור הטיפול במחלות שונות: תרגול תפקודי, תרגול קרוב לפעילות ספציפית ומרכיבים המעודדים למידה מוטורית. במסגרת זו הוקמה קבוצת טיפול " **חוזרים לרקוד**". (U. Granacher, (2010 M.H.Thaut, 2014. K.Thornberg ,C.F.Berrol, 1997. J.Bradt, 2010 .2012).

מטרת הקבוצה: שיפור מדדי הליכה, שיווי משקל, מסוגלות עצמית, קואורדינציה וזיכרון והשתתפות בחיי היום יום ופנאי. כלים: שימוש במוזיקה כמרכיב ,המשפר את המצב הרוח, הקצב מעודד לשמירה על מהירות תנועה, צעדי ריקוד הדורשים שיווי משקל ומשך האימון- שיפור סיבולת קרדיווסקולרית הדרגתית. תרגול בפעילות מהנה, אשר מאפשרת התחברות עם הגוף החדש וחוות הצלחה, למרות השינויים, החלים לאחר הפגיעה. הקבוצה התקיימה 18 חודשים, פעם בשבוע. השתתפו בה 26 מטופלים.

מדדים: BERG, UNG, 10MW, LAWTON, FIM. המדדים נלקחו לפני , במהלך ובסיום הקבוצה. לכל המטופלים הייתה גם תכנית טיפול פרטנית ורב מקצועית. תוצאות: כמות המפגשים הממוצעת: 7.3 , חל שיפור בכל המדדים שנבדקו, אצל כל המטופלים.

סיכום ומסקנות: טיפול בקבוצות משתמש במרכיבים רבים לשיפור הליך השיקום: כוח התרגול בקבוצה, אופי הקבוצה והתוכן, עבודה משותפת של מספר אנשים באותו זמן (יעילות כלכלית) . בקבוצת "**חוזרים לרקוד**" המטופלים משיגים חווית הצלחה, שיפור מסוגלות עצמית, שיפור מדדים תפקודים ופיזיקליים, עבודה יחד עם קבוצת אנשים נוספת. בתיאור מקרה זה כל המטופלים השתפרו. שימוש בידע הקיים לגבי שיקום ושילובו בצורה אינטגרטיבית הן בתוכניות שיקום והן בקבוצות מאפשרות השגת מטרות עבור מטופלינו .

מילות מפתח: Dance movement therapy, exercise, group exercise, motor learning

מילות תודה: אני רוצה להודות לצוות הפיזיותרפיה בשיקום יום, לצוות הרב מקצועי ,ובפרט למחלקת הריפוי בעיסוק בשיקום יום "איתן", אשר מלווים אותי בעבודתי, משתתפים בעשייה ומאתגרים במקצועיותם. אני רוצה להודות להנהלה אדמיניסטרטיבית של השיקום, גב' דורית משה, אשר מעריכה ותומכת בכל התהליכים של המחלקה, הנהלת הסניף אשר מקדמת את הטיפול במטופלינו מתוך חשיבה על

טיפול איכותי ומקצועי למטופלי הקופה ולהנהלה מקצועית מחוזית , אילנה אריאל, אשר תומכת , מעודדת ומאירה את הדרך המקצועית על ידי דוגמא אישית, תמיכה מקצועית וניהולית.

ביוגרפיה: אני עובדת במכבי 11 שנה, בתחום השיקום והמכון. תפקודים: מנהלת מכון פיזיותרפיה בנשר ואחראית תחום פיזיותרפיה בשיקום יום "איתן". תחומי התמחותי: שיקום נירולוגי בדגש על תהליכי למידה וטיפול בהפרעות יציבה בשיטת "שרוט". אני מדריכה קלינית במכון ובשיקום. בשנה זו התחלתי את דרכי בלימודי תואר שני , באוניברסיטת חיפה. אני בת 36, אמא לשניים, מתגוררת בחיפה.

"עכשיו אני חושב יש לי רגל. קודם לא מרגיש":

תאור מקרה טיפול תחושתי לאחר אירוע מוחי

הדס אופק[1], מרדכי אלפרין[2], ציפי קנול[2], דפנה ליבנה[2], יוכבד לויפר[1]

אוניברסיטת חיפה[1], שירותי בריאות כללית מחוז חיפה וגליל מערבי[2]

hadasbarkolofek@gmail.com

רקע: אנשים לאחר אירוע מוחי מציגים חסרים מוטוריים ותחושתיים, ומטופלים בהתאם לצורך בשיקום רב מקצועי בחודשים הראשונים לאחר האירוע, כשהפלסטיות המוחית מירבית ולפיכך שיפור במדדים השונים צפוי.

מטרת המחקר: להציג יעילות של טיפול תחושתי ממוקד לגפה התחתונה באדם עם חסר תחושתי טהור כמעט בפלג גוף ימין, 4 שנים לאחר אירוע מוחי.

שיטות: ד.מ. בן 47, 4 שנים לאחר אירוע מוחי המורגי ב- Lentiform nucleus עם הרחבה משנית לחדר השמאלי. כיוון שמעמדו בעת האירוע היה של שוהה בלתי חוקי הוא לא עבר כל שיקום עד להתערבות הטיפולית המתוארת כאן. בקבלתו הלך עם קב, וסבל מהיפואסתזיה וכאב מרכזי עם היפראסתזיה פרדוקסלית ואלודיניה בפלג גופו הימני. מטרות הטיפול היו שיפור שיווי משקל והליכה והפחתת אלודיניה וכאב. הפרוטוקול הטיפולי התמקד בחסר התחושתי וכלל חשיפה מודרגת לגריה תחושתית באופנויות השונות. הטיפול כלל 10 טיפולים בני 45 דקות והדרכה לתרגול בבית. מדדי הערכה כללו: מדדי תחושה שונים, שאלון מקגיל וסולם VAS, מבחן הליכת 2 דקות, TUG. כל המדדים נאספו ב-4 נקודות זמן: פעמיים בהפרש שבוע לפני תחילת הטיפול, מיד בתום הטיפול ומעקב לאחר 3 חודשים.

תוצאות: בעקבות הטיפול נצפה שיפור ניכר במדדי תחושה באופנויות השונות. עוצמת כאב על פי VAS ללא שינוי, אבל האלודיניה וההיפראסתזיה הפרדוקסלית כמעט נעלמו. נרשמו שינויים משמעותיים במדדים השונים. לדוגמה: מבחן הליכה 2 דקות השתפר מ- 96 מטר ל- 132 מטר. מבחן TUG – single task השתפר מ- 38 ל- 16 שניות ומבחן TUG – dual task השתפר מ- 116 שניות ל- 20 שניות. בפעם הראשונה מזה שנים הרגיש ד.מ. בטוח מספיק ביכולות שיווי המשקל וה- ADL ונסע לבקר בארץ מולדתו. ובמילותיו שלו: " עכשיו רגל בסדר. לא היה ככה לפני. לפני זה חשבתי זהו, יקחו את זה (עושה תנועה של קטיעה). עכשיו בסדר. קודם לא מרגיש. עכשיו אני חושב יש לי רגל...".

דיון ומסקנות: טיפול תחושתי ממוקד שיפר מדדי body function ו- activities וכן את יכולת ההשתתפות ואת איכות חייו של המטופל.

מילות מפתח: אירוע מוחי, חסר תחושתי, טיפול תחושתי

הדס אופק היא פיזיותרפיסטית בתחום השיקום הנוירולוגי, בעלת תואר ראשון ושני מאוניברסיטת תל אביב, המחקר שלה בתואר השני עסק בכאב מרכזי באנשים אחרי פגיעת ראש טראומטית. כיום דוקטורנטית בחוג לפיזיותרפיה באוניברסיטת חיפה בהנחיית פרופ' יוכבד לויפר וממשיכה במקביל לעבוד כקלינאית. נושא הדוקטורט הוא "טיפול תחושתי לאחר אירוע מוחי".

מבחן כסא הגלגלים- ניקוד וציינון סטנדרטיים

מאיר לוטן

החוג לפיזיותרפיה, הפקולטה למדעי הבריאות, אוניברסיטת אריאל שבשומרון, אריאל.
דואר אלקטרוני: ml_pt_rs@netvision.net.il

רקע: סטודנטים לפיזיותרפיה לומדים את המיומנויות הדרושות לטיפול מיטבי במטופלים שונים. אחד התחומים הנילמדים הוא התאמת כסא הגלגלים למטופל והכשרת המטופל בשיקום, לשימוש יעיל ומיומן בכסא הגלגלים. לאחרונה נוסף לתוכנית הלימודים בחוג לפיזיותרפיה, במרכז האוניברסיטאי אריאל שבשומרון, כלי לימודי הקרוי "מבחן כסא הגלגלים".

"מבחן כסא הגלגלים" נדרש כחלק ממטלות החובה בקורס A.D.L המועבר לסטודנטים בשנה שנייה, ומחייב אותם להציג מיומנות בסיסית בשימוש בכסא גלגלים במצבים משתנים.

מטרות: הגברת מיומנות הסטודנט במיומנויות יום-יום של משתמשי כיסאות גלגלים.

הקניית מיומנויות שישפרו את יכולת הסטודנט ללמד מטופלים שימוש מיומן בכסא הגלגלים.

שיטות: מעבר של מבחן כסא הגלגלים בהתאם לקריטריונים שהוצגו מראש.

תוצאות: כל הסטודנטים תרגלו נימרצות במהלך הסמסטר על מנת לקבל ציונים גבוהים במבחן. ציוני הסטודנטים נעו בין (5.8 ± 76-104).

מסקנות והשלכות לעשייה קלינית בפיזיותרפיה: המבחן שיפר במידה רבה את מיומנויות הסטודנטים לפיזיותרפיה באוניברסיטת אריאל בשימוש בכסא גלגלים ידני במצבי יום-יום. נושאים נוספים שהתחדדו לאור ביצוע המטלה על ידי הסטודנטים היו: החשיבות של התאמה אישית של כסא גלגלים למשתמש, תוצאות השימוש בכסא שאינו מותאם, חשיבות מיקום ציר הגלגל הקידמי והאחורי ביכולת התמרון של כסא הגלגלים, הקושי באימון ולימוד מיומנויות כסא גלגלים לאנשים עם נכויות, אסימטריה בשימוש בכסא גלגלים, ועוד. מומלץ לשבץ מבחן דומה בכל תוכניות ההכשרה לפיזיותרפיה. לאור התפלגות הציונים הוחלט על סטנדרטים שונים לבנים ולבנות.

ההרצאה: בהרצאה יוצג הלך החשיבה שהביא ליצירת המבחן על קטעיו השונים, הקריטריונים על פיהם מנוקדים קטעי המבחן השונים, וכן יוצגו קטעי וידאו של המבחן כפי שבוצע על ידי הסטודנט המצטיין.

מילות מפתח: סטודנטים לפיזיותרפיה, כסא גלגלים, מבחן, מיומנות

מדד יציבות דינמית של הברך והקשר למאפייני כוח שרירי הברך - מבדק חדשני ליישום קליני

Kerith Aginsky, PhD, Senior Researcher, PhisiMax Technologies,

Maya Cale׳- Benzoor; Phd, PT

benzoor@gmail.com

רקע ומטרות המחקר: היכולת לבצע מטלה כגון single leg squat (SLS) לזוויות כיפוף עמוקות מושפעת בין השאר מהיציבות הדינמית בברך. תפקוד תקין של שריר ה Hamstrings, עשוי להשפיע על מדדי ביצוע SLS. ההשוואה בין מדדי ביצוע ביומכאניים ופרופיל כוח שריר Hamstrings יכולה לסייע בהגדרת פרופיל תקין, ובהתאמת תרגול משקם להפחתת סיכון לפציעות.

מטרת עבודה זו הייתה להשוות פרופיל איזוקינטי של שרירי Quadriceps ו- Hamstrings וניתוח תנועתי תלת מימדי של SLS, במטרה לבחון הקשר בין כוח שרירים ומרכיבי ביצוע ביומכאניים.

שיטות: עשרים ושישה ספורטאים בריאים השתתפו במחקר (גיל 24.6± 8.4 שנים). הרגל הדומיננטית (D) והלא דומיננטית(ND) נבדקו. כל הנבדקים קבלו הסבר מפורט וחתמו על הסכמה מדעת של הועדה המוסדית למחקר של מכון וינגייט. מבדק SLS נדגם במערכת טכנולוגית מבוססת ענן לניתוח קינמטיקה של תנועה (PhysiMax Technologies) . זווית הכיפוף בברך נדגמה בשני מצבים- ביצוע SLS עם תמיכת הרגל השנייה וללא תמיכה. היחס בין שני המבדקים הוגדר כמדד היציבות הדינמית. מבדק איזוקינטי לשרירי הברך בוצע במכשיר ה Biodex 4במהירות 60 מעלות בשנייה, וכלל מבדק קונצנטרי ואקסצנטרי. מאפיינים קינמטיים מבדיקת SLS הושוו לערכי מומנט מירבי קונצנטרי ואקסצנטרי של שרירי Quadriceps ו Hamstrings, וליחס בין קבוצות השרירים- (H/Q) קונצנטרי ואקסצנטרי.

תוצאות: בניתוח ריגרסייה לינארית נמצא כי מדד היציבות הדינמית של הברך הראה מתאם שלילי מובהק ליחס הקונצנטרי H/Q (p=0.030) ממצא המרמז על יכולת המדד הזה להצביע על קיום חולשה שרירית. הנבדקים שהראו יחס קונצנטרי H/Q נמוך (=ערכי כוח Hamstrings נמוכים יחסית לערכי Quadriceps), הדגימו יציבות ברך דינמית נמוכה יותר (p=0.0217). מכאן, ניתן להציע כי לנבדקים שהדגימו תהייה יציבות דינמית לקויה של הברך.

מסקנות: תוצאות מחקר ראשוני זה מצביעות על קשר אפשרי בין מדד ביצוע מטלה בקליניקה ובין חסר בשליטה שרירית. ניתן ליישם מדידה קלינית של זוויות הכיפוף במבדק SLS באמצעי מדידה יומיומיים העומדים לרשות הקלינאי. מדד זה עשוי לתרום לזיהוי חסרים בכח שרירי ולאפשר התאמת תרגול מונע פציעות.

מילות מפתח: SLS; Hamsrtring/Quadriceps ratio, Dynamic knee stability

על המרצה: פיזיותרפיסטית ומנהלת המחלקה לשיקום פצגיעות ספורט , מכון וינגייט. מרצה בחוג לפתיזותרפייה, אוניברסיטת חיפה

מה בין כאבי גב תחתון וסוכרת..

ענת שעשוע, יגאל לברן

כללית – תל אביב, AnatSh6@clalit.org.il

רקע

מדי שנה מגיעים כ- 300,000 מטופלים למכוני הפיזיותרפיה של כללית בקהילה עם אבחנות שונות הקשורות למערכת השריר-שלד. חלק גדול מהמטופלים המבוגרים שמגיעים למכוני הפיזיותרפיה סובלים ממחלה כרונית אחת או יותר כגון סוכרת, מחלות לב, מחלות ריאה ועוד. מחלות אלה משפיעות ומושפעות כאחד ממצבו התפקודי של המטופל. טיפול פיזיותרפיה, שבעיקרו תומך בהתערבות אקטיבית הכוללת תרגילים ארוביים ואנאירוביים והדרכה לפעילות גופנית, משפיע לא רק על הבעיה שבעטיה הופנה למכון אלא גם על המחלות הכרוניות האחרות ובראשן סוכרת מסוג 2.

מטרות

1.בניית מודל התערבות כוללני בפיזיותרפיה המשלב קידום וחינוך לבריאות אצל מטופלים עם בעיות שריר-שלד וסוכרת. 2.התוויות מדיניות, כולל הקצאת משאבים, למודל כזה.

שיטות ותוצאות

במחקר רטרוספקטיבי שכלל מבוטחים של כללית אשר ביצעו סדרת טיפולי פיזיותרפיה בעקבות כאבי גב תחתון (כג"ת) נמצא שתרגילים, פעילות גופנית וטיפול מנואלי משפרים תפקוד, מפחיתים כאב ומפחיתים צריכת משככי כאבים. בשנת 2016 טופלו במכוני הפיזיותרפיה של כללית בקהילה 59,956 מטופלים עם כג"ת המהווים כחמישית מכלל המטופלים. מתוכם נמצאו 7,399 מטופלים עם סוכרת מסוג 2. שאלוני דיווח תפקוד ואומדן כאב ממולאים כחלק משגרת הטיפול של כלל המטופלים. השיפור בתפקוד וברמת הכאב בתת הקבוצה של חולי הסוכרת היה דומה לכלל קבוצת המטופלים עם כג"ת. כ- 50% מהם דיווחו על שיפור מובהק בתפקוד וכ- 60% על ירידה מובהקת ברמת הכאב.

סיכום ומסקנות

טיפול פיזיותרפיה משפר תפקוד, מוריד כאב ומפחית צריכת משככי כאבים אצל מטופלים עם כג"ת . חולי הסוכרת מתוך אותה קבוצה נהנים גם הם מתוצאות אלו ומשיגים שיפור בתפקוד, בכאב ובאיכות החיים שלהם.

השלכות

מערכת הבריאות עסוקה בחיפוש ובנייה של תכניות התערבות בקרב חולי סוכרת לשיפור התפקוד שלהם ועידוד אורח חיים בריא, ונראה שבשירותי הפיזיותרפיה יש כבר היום את הידע, התשתית ומטופלים זמינים כדי להשיג מטרות אלה. הגדלת אוכלוסיית היעד לכלל המטופלים שמגיעים למכוני הפיזיותרפיה כולל דיווח ומדידה מכוונים, תביא לשיפור התפקוד ואיכות החיים של כ- 35,000 מטופלים חולי סוכרת.

מילות מפתח – כאבי גב תחתון , סוכרת מסוג 2 , מצב תפקודי

תמצית ביוגרפית – סגנית מנהל מכון פיזיותרפיה בת-ימון, רכזת איכות ומחקר ארצית, כללית

מחקר השוואתי בין פיזיותרפיה מסורתית ל FASCIAL MANIPULATION אצל מטופלים עם Trigger Finger

אורי פירסטטר, קובי פיזם וארנון רביד (ד"ר סורין יורדאש, ד"ר גלית נחום, ד"ר יעקב פעילן)
מקום העבודה – מכון גיורא, מחוז תל אביב, הכללית

arnonra@Clalit.org.il; arnonravid@gmail.com

רקע: באופן מסורתי, הפיזיותרפיה ל"אצבע הדק" כללה מוביליזציות, מתיחות, אולטראסאונד ותרגילי החלקה של הגיד. FASCIAL MANIPULATION הינה גישה ובה מניעים את הפסיה על ידי עיסוי מספר נקודות.

מטרות: השוואת יעילות הפיזיותרפיה מסורתית ו- FM .

שיטה: המחקר הוגש לועדת הלסינקי ואושר. נעשתה חלוקה רנדומלית של מטופלים לקבוצת FM וקבוצת "מסורתית". כל המטופלים נבדקו על ידי רופא כף יד, חתמו על הסכמה מדעת ונבדקו על ידי פיזיותרפיסט בודק (סמיות לחלוקה) בה נבדק קלסיפיקציית QUINELL, VAS, שאלון תפקודי QUICK DASH, מדידת כוח גריפ ו PINCH. מדידה שניה נערכה לאחר 8 טיפולים ונשלח טופס לאחר חצי שנה (האם חזר הכאב, האם טופל בנוסף, VAS, QUICK DASH).

תוצאות: 34 מטופלים חולקו רנדומלית לשתי קבוצות (19 FM, 15 מסורתית). ניתוח התוצאות העלה כי אין הבדל משמעותי וסטטיסטי בין שימוש בטכניקה של ה FMלבין הפיזיותרפיה המסורתית. על כן איחדנו את התוצאות ובדקנו סטטיסטית את שתי הקבוצות יחד. בשתי הקבוצות עלה כוח הגריפ וה PINCH($p<0.05$, $p<0.02$) . שאלון QUICK DASH השתפר באופן מובהק {קלינית וסטטיסטית (בשאלון הביקורת לאחר חצי שנה)} ה VAS השתפר באופן מובהק ($p<0.01$). לא היו תוצאות שונות בשתי צורות הטיפול. לאחר חצי שנה, 18 מטופלים היו ללא סימפטומים או מינימליים, ל 6 היו סימפטומים שלא דרשו התערבות נוספת ו- 9 קבלו טיפול נוסף (זריקה, תרופה).

סיכום ומסקנות: בניגוד למחקר בעבר שלא הראה יעילות גבוהה לטיפול הפיזיותרפי ב"אצבע הדק", מחקר זה מראה כי כ 73% מהמטופלים לא נזדקקו לטיפול נוסף מעבר לפיזיותרפיה שקבלו. מצאנו עוד כי FM יעיל באותה מידה כמו הפיזיותרפיה המסורתית. מומלץ לבצע מחקרים נוספים על מנת לחזק את תוצאות יעילות הפיזיותרפיה ולבדוק יעילות הטכניקות השונות.

<u>מכון קהילתי – חולון</u>

<u>CLALIT UNIVERSITY</u>

פזית לוינסקי אפרתי – מנהלת מכון חולון לפיזיותרפיה *מחוז תא יפו, שירותי בריאות כללית*

pazitle@clalit.org.il

רקע: בליבת הטיפול וניהולו במטופלים הכרוניים עומדת הקניית ידע למטופל / אוריינות בריאותית =Patient Education. השאיפה היא להטמיע זאת באופן שוטף במהלך הטיפול. אולם , לא כל הפיזיותרפיסטים יכולים לתת את המידע בצורה מעמיקה במהלך הטיפול, ולא לכולם יש את הידע המעמיק בכל הנושאים .

מטרות: שיפור ושיקום מיטבי של המטופלים במכון בהתאם ל guide lines הנהוגים כיום.
הקניית ידע בנושאים הקשורים לטיפול ושיקום בפיזיותרפיה בחולים כרוניים ולקידום בריאותם.
מתן מידע נרחב ומעמיק, הגעה לקהל נרחב ככל הניתן, גיוס המטופלים לשינוי אורח חיים ולהתמודדות נכונה עם כאב / מגבלה כרוניים, דבר שישפר את תוצאות הטיפול בפיזיותרפיה וישפר את התפקוד הכללי ואיכות חיי המטופלים.

תוצאות: הגדרת פרויקט מכון קהילתי clalit university – חולון הכולל העברת הרצאות ללא תשלום המיועדות לכלל המטופלים של המכון, בכל שלב של הטיפול, מועברות על ידי צוות הפיזיותרפיסטים של המכון. בהרצאות ניתן דגש על תחומים החשובים לשיקום תפקודי ולקידום בריאות. פרסום ההרצאות על ידי שלטים במכון, באולם ההתעמלות ומידע לפיזיותרפיסטים.
נערכו 11 הרצאות , כ 100 משתתפים, שביעות רצון גבוהה.

<u>השלכות לעשיה הקלינית בפיזיותרפיה:</u>

ההרצאות מאפשרות להשקיע זמן רב יותר במתן מידע חשוב למטופלים, לתת יותר במסגרת סל השירותים, מעבר לטיפול האישי/ קבוצתי, דבר שלדעתנו יתרום לשיפור ההיענות והמחויבות של המטופל לטיפול וכן את תוצאות הטיפול.
מסגרת ההרצאות מרחיבה את המעורבות של המטופל בטיפול, ואת מעורבות הפיזיותרפיה בחייו של המטופל, ונותנת מקום נרחב יותר לביצוע תהליך שינוי בריאותי.

סיכום ומסקנות:

המטופלים והפיזיותרפיסטים שהשתתפו בתהליך הביעו שביעות רצון גדולה.
לדברי המטופלים ההרצאות הרחיבו את הידע הכללי שלהם , ויתרמו לתהליך השיקום שלהם בפיזיותרפיה, דבר שלדעתנו ישפר את היענות המטופלים לתרגול סדיר וכן יעזור לקידום אורח חיים בריא.
בעולם הרפואה הציבורית שבו אנו מתמודדים עם משאבים מוגבלים, השימוש בהרצאות להעמקת הידע מאפשר לנו שימוש מושכל במשאבים תוך קידום הבריאות של המטופלים.

תמצית ביוגרפית :

פיזיותרפיסטית מאז 1988 B.P.T תואר שני במנהל מערכות בריאות M.H.A

pazitle@clalit.org.il

מנהלת מכון לפיזיותרפיה מאז 1994, מנחת קבוצות, מאמנת אישית בפרקטיקום – מכון אדלר.

מערך רב צוותי למניעת נפילות מאושפזים במחלקה לשיקום נוירולוגי

ענת אוקסמן, גיל ליזרוביץ , עינת פרבר, ד"ר גבריאל זיליג

המוסד: שיקום נוירולוגי, המרכז הרפואי ע"ש חיים שיבא - תל השומר

דואר אלקטרוני: gileizer@gmail.com

הקדמה: נפילות מאושפזים בבתי חולים הן שכיחות ויכולות להוביל לתוצאות שליליות כמו פגיעה פיזית או נפשית, מגבלות תפקודיות, אשפוזים ממושכים יותר ועלויות כלכליות גבוהות. שיעור הנפילות בבתי החולים השיקומיים גבוה מאשר בבתי החולים הכלליים. זאת מאחר ובמחלקות אלו המטופלים מאותגרים להגיע לרמת תפקוד גבוהה יותר מרמתם טרם קבלתם לשיקום, בכדי להשיג עצמאות תפקודית מירבית ומיטבית. כתוצאה מכך בתי החולים משקיעים משאבים רבים בתוכניות למניעת נפילות במחלקות השונות.

מטרות: הפחתת שיעור הנפילות במסגרת המחלקה לשיקום נוירולוגי בתל השומר באמצעות בניית תוכנית מחלקתית למניעת נפילות על ידי צוות רב מקצועי (אחות, מרפאה בעיסוק ופיזיוטרפיסט). במסגרת התוכנית, נבחנו הגורמים העיקריים לנפילה במחלקה והועברו דיווחים שוטפים על מפגעים בסביבת המחלקה ובציוד בבית החולים העלולים להגביר את הסיכון לנפילה לצורך התערבות מיידית. בנוסף, המטופלים השתתפו בסדנה בת שלושה מפגשים בהם הודרכו לבטיחות במחלקה ובבית, להבנת הקשרבין נפילות לתרופות ולשימוש באביזרים לניידות ובחיי היומיום. כמו כן תורגלו אסטרטגיות במצבים שונים המעלים את הסיכון לנפילה במסגרת קבוצתית. נערכו שני סוגי סדנאות המותאמות בתכנים ליכולת ההתניידות: בעלי יכולת הליכה ומתניידים בכסא גלגלים.

תוצאות: טרם הפעלת התוכנית, שיעור הנפילות במסגרת מחלקת השיקום הנוירולוגי בשנים 2014, 2015 עמד על 7.2 ו- 6.7 ל-1000 ימי אשפוז בהתאמה. לאחר הפעלת התוכנית שיעור הנפילות במחלקה עמד על 4.9 ל-1000 ימי אשפוז. בנוסף, המשתתפים בסדנאות דיווחו כי העלאת המודעות לנושא חשובה וחיונית, וכי ניתנה להם אפשרות ללמוד מחבריהם למחלקה.

סיכום ומסקנות: הטמעת תוכנית רב צוותית והפעלת סדנאות הכוללות התנסות מעשית ולמידה מניסיון מטופלים אחרים ואנשי הצוות מגבירות את המודעות ומובילות לירידה בשיעור הנפילות במחלקה.

השלכות על עולם הקליני בפיזיוטרפיה: קיים סיכון מוגבר לנפילה במסגרת האשפוז במחלקה השיקומית, על כן הטיפול במחלקות השיקומיות ובפרט בפיזיותרפיה צריך לכלול תוכניות מובנות למניעת נפילות. על המטפלים לבחון את גורמי הסיכון במחלקתם, להעלות את רמת המודעות של המטופלים ומשפחתם לכך ולהדריך לבטיחות במחלקה ובבית.

קשב - חשיבותו להחלמה משבץ ושיקום מוחי:

מערכת EEG יישומית להגברת יעילות הטיפול

גדי ברטור, כתרין ג'ובראן, שרה פלג- שני, ז'אן ז'ק וטין, גודד שחף

מרכז רפואי שיקומי 'רעות' שד' החי"ל 2, יד-אליהו, תל-אביב

bargad@hotmail.com

תקציר

רציונל ומטרות: מערכת פיזיוגייד EEG הינה מערכת חדשנית וקלה לשימוש, אשר מנטרת פעילות חשמלית מוחית בזמן אמת. המערכת מספקת במהלך התרגול מדד המבטא רמת קשב - Brain Engagement Index (BEI). מטרת המחקר היא לבחון את היעילות של מערכת הפיזיוגייד EEG ככלי שמכוון את הטיפול בשיקום המוחי- בקרב נפגעי מוח.

שיטות: המחקר כלל שתי שלבים. שלב א' - תיקפנו את המדד על-ידי ניטור מדד ה-BEI אצל 13 נבדקים בריאים בזמן ביצוע מטלה מוטורית שכללה מספר דרגות קושי. שלב ב'- ניטרנו את רמת הקשב (BEI) של 18 חולי שבץ בשלב התת- חריף בזמן טיפול בשני אופנים: פעם אחת תוך מתן משוב מידי לגבי רמת המדד ופעם נוספת ללא משוב כלל.

תוצאות: שלב א'- הדגמנו את הקשר בין מדד ה-BEI לבין רמת הקושי של התרגיל. שלב ב'- התקבלו תוצאות קליניות טובות יותר במטופלים שהדגימו מדד BEI גבוה יותר.

מסקנות: העבודה הנוכחית מדגימה, באופן ראשוני, שניתן להיעזר במערכת פיזיוגייד EEG ככלי להכוונת תהליך השיקום המוטורי הסטנדרטי ולקבל תוצאות קליניות משופרות, על-ידי חילוץ של סמן ביולוגי הקשור לקשב, באמצעות מערכת EEG ידידותית ונוחה לשימוש. יש צורך בהרחבה של מחקר ראשוני זה.

מילות מפתח:

Brain Engagement Index (BEI), EEG, שבץ,קשב, שיקום,

מקורות מימון: מענק מטעם משרד המדע

המחקר אושר ע"י ועדת הלסינקי של בית החולים, כל הנבדקים חתמו על טופס הסכמה מדעת

תמצית ביוגרפית: פיזיותרפיסט וחוקר, סטודנט לתואר שלישי באוניברסיטת חיפה בתחום השיקום וחקר המוח. עוסק בטיפול בחולים, ומוביל מחקרים קליניים בתחום השיקום. בעל ניסיון בעבודה עם מטופלים במגוון תחומים ובעיקר בתחום השיקום הנוירולוגי והכאב הכרוני, וכן בעבודה עם מגוון טיפולי ביופידבק, מכשירים רובוטיים שיקומיים כמו גם ב- EEG למטרות טיפול ומחקר.

מערכת אוקולוס למדידת אינטגרציה סנסורית לשיווי-משקל במטופלים עם לקות וסטיבולרית

ענת לובצקי, PT PhD (*אוניברסיטת ניו-יורק*, המחלקה לפיזיותרפיה), anat@nyu.edu
ברייאן הייזק, DPT, MSc (מרפאת ניו-יורק לעין ואוזן של ביה"ח הר סיני)
ארין קארי, SPT CSCS (אוניברסיטת ניו-יורק, המחלקה לפיזיותרפיה)
הלין דרמנין, SPT CSCS (אוניברסיטת ניו-יורק, המחלקה לפיזיותרפיה)
דפנה הראל, PhD (אוניברסיטת ניו-יורק, המרכז לקידום מחקר המערב שיטות סטטיסטיות חדשניות)
קן פרלין, PhD (אוניברסיטת ניו-יורק, המחלקה למדעי-המחשב)

מטרות ורציונל

פיתחנו מערכת לאבחון קליני של בעיות באינטגרציה סנסורית לשיווי-משקל, אשר מתמקדת בתגובות ויזיו-מוטוריות במגוון תרחישים. המערכת מבוססת על טכנולוגייה מתקדמת של מציאות מדומה (אוקולוס ריפט) ומייצרת כלי ניתוח פשוט אך מעמיק, הניתן לשילוב בקליניקות בעלות נמוכה. מטרת המחקר הייתה לבחון ישימות, תוקף מבנה ומהימנות מבחן חוזר של המערכת במטופלים עם לקות וסטיבולרית בהשוואה לנבדקים צעירים בריאים.

אוכלוסייה ושיטות

שבעה-עשר מטופלים עם אבחנה קלינית של לקות וסטיבולרית פריפרית ו-21 צעירים בריאים השתתפו בשני מבדקים בהפרש של 1-4 שבועות ביניהם. מדדנו את תנודות הגוף שלהם על-ידי פלטת כוח כאשר הם עומדים על משטח יציב או רך (compliant). המשתתפים הרכיבו משקפי אוקולוס וצפו במגוון סצינות. בשלוש סצינות שנועדו לבחון תלות ראייתית, הנבדק צופה בנקודות נעות פזורות אקראית על פני שלושה קירות. תנועת הנקודות הינה באמפליטודה ותדירות נמוכות בשתי סצינות ואמפליטודה גבוהה יותר בשלישית. סצינה נוספת הינה של רחוב עמוס ובה דמויות נעות סביב הנבדק בקצב מתגבר. בסצינה חמישית (פארק) המשתתפים התבקשו להתחמק מכדור בייסבול וירטואלי שנע לעבר ראשם תוך שסביבתם משתנה. חישבנו תזוזה, מהירות וחריגה מירבית (excursion) במישור הפרונטלי והסגיטלי והשווינו נתונים אלה בין שני המבדקים באמצעות intra-class correlations (ICC), ובין קבוצות באמצעות מבחן Wilcoxon.

תוצאות

תופעות לוואי היו על-פי רוב מינימליות, ובכל מקרה חלפו בתום המבדק. תנודות הגוף של קבוצת המטופלים היו גבוהות יותר באופן מובהק מקבוצת הצעירים הבריאים, בכל הסצינות, בשני המישורים ועל שני המשטחים ($P<0.001$). מהימנות טובה נמצאה לתזוזה ומהירות ($ICC>0.5$, $P<0.001$) בכל הסצינות לפחות על אחד המשטחים ולפחות באחד המישורים. מהימנות טובה לexcursion נמצאה רק במישור הפרונטלי בסצינת הפארק ($P<0.001$, $0.5<ICC<0.75$).

מסקנות

במחקר זה הדגמנו את הישימות, מהימנות מבחן-חוזר ותקפות ראשונית של מערכת האוקולוס החדשה שפיתחנו. אנו מאמינים שהמערכת יכולה להפוך לכלי חשוב לאבחון מקיף וספציפי של אינטגרציה חושית לשיווי-משקל.

המלצות למחקרי המשך

בעבודת המשך, אנו בודקים את אפשרויות הטיפול בלקות וסטיבולרית באמצעות המערכת, תוך שינוי הדרגתי של דרגות הקושי של סצינות, התאמת התכנים לאופי הלקות וכו׳.

מילות מפתח : מציאות מדומה, שיווי משקל, תלות ראייתית, אוקולוס ריפט.
מקור מימון : פרס לפיתוח מחקר, בית הספר סטיינהרדט לתרבות, חינוך ופיתוח אנושי, אוניברסיטת ניו יורק
דברי תודה: תודה לוונבו לן, סטודנט תואר שני במדעי המחשב, על כתיבת הסצינות לאוקולוס ולששנק גרג, סטודנט תואר שני בהנדסה, על כתיבת התוכנות לניתוח נתונים.
אישור וועדת אתיקה: עבודה זו אושרה על ידי וועדות האתיקה של אוניברסיטת ניו-יורק ושל ביה״ח הר-סיני.

תמצית ביוגרפיה: פרופסור ענת לובצקי היא מרצה בכירה (Assistant Professor) במחלקה לפיזיותרפיה באוניברסיטת ניו-יורק. היא בעלת תואר ראשון ושני בפיזיותרפיה (BPT, MScPT) מאוניברסיטת תל-אביב, ותואר שלישי (PhD) במדעי-השיקום מאוניבריסטת וושינגטון ב-2014. היא הצטרפה לסגל המחלקה לפיזיותרפיה של אוניברסיטת ניו-יורק ב-2015, לאחר שנה במשרת פרופסור-אורח במחלקה. במעבדה הבין-תחומית שהיא מובילה, פרופ׳ לובצקי חוקרת אינטגרציה סנסורית לשיווי-משקל תוך שימוש בטכנולוגיה חדשנית של מציאות מדומה.

סטנדרטיזציה ארצית של משובי הסטודנטים על ההדרכה הקלינית בפיזיותרפיה

שירה צייכנר כהן[1], איריס פישר[2], רוחה אוזנוביץ[3], מירב בר יואב[4], גלית גרינברג[5], זהבה דוידוב[6]

[1]המחלקה לפיזיותרפיה בית חולים לוינשטיין, שירותי בריאות כללית, [2] המחלקה לפיזיותרפיה אוניברסיטת אריאל, [3]החוג לפיזיותרפיה אסף הרופא, [4]החוג לפיזיותרפיה תל השומר, [5]החוג לפיזיותרפיה אוניברסיטת בן-גוריון, [6]החוג לפיזיותרפיה אוניברסיטת חיפה

בית חולים לוינשטיין, אחוזה 278, רעננה

imshira@gmail.com

רקע:

בסיום התנסות קלינית מתבקש הסטודנט למלא טופס משוב הניתן לו מטעם החוג לפיזיותרפיה בו הוא לומד. הטופס נועד להעריך את ההדרכה הקלינית במקום ההתנסות אליו הוא נשלח. צוות ההדרכה הקליני במחלקה לפיזיותרפיה בבי"ח לוינשטיין מצא שהשימוש במשובים הקיימים מקשה על איסוף נתונים ויישום לקחים מהסיבות הבאות:

1. חוסר אחידות בטפסי המשוב בין החוגים בנושאי ההערכה ובאופן ההערכה.
2. ניסוח לא ברור של השאלות.
3. אובייקטיביות חלקית הואיל והמשוב מועבר מהסטודנט לאוניברסיטה ע"י המדריך.

מטרה:

1. סטנדרטיזציה ארצית של משובי הסטודנטים על ההדרכה הקלינית בפיזיותרפיה

שיטות:

- נבנה טופס משוב אחיד, בתהליך עבודה משותף אקדמיה-שטח בפורום ועדת הדרכה ארצית, בשיתוף יחידת המחקר של הכללית. ועדת ההדרכה הארצית כללה נציגים מהשטח בכל התחומים ומכול המסגרות (בי"ח, כללית, מאוחדת, מכבי) ואת רכזות ההתנסויות הקליניות מחוגי הפיזיותרפיה באוניברסיטאות בישראל.
- סולם התשובות הומר מסולם של 4 ערכים לסולם 5 ערכים.
- נבדקה מהימנות פנימית, האם כל הפריטים בודקים את אותו תחום התוכן.
- בניית טופס ממוחשב.

תוצאות:

- בשאלון הישן רוב המשיבים בחרו בערכים 3 ו-4. בסולם החדש לרוב נעשה שימוש ב-3 ערכים 3, 4 ו-5.

- נמצאה התאמה בין ממוצעי השאלות הזהות בשאלון הישן והחדש (כששני הסולמות הומרו לסולם 10 דרגות).

- מבחן אלפא קרונבך הצביע על מהימנות גבוהה יותר בין הפריטים בשאלון החדש (0.695) לעומת השאלון הישן (0.527).

- כיום המשוב נשלח לקראת סוף ההתנסות כלינק מצורף למייל האישי של הסטודנט (אנונימית). המשובים נאספים ע״י החוגים בטבלת אקסל ונשלחים למדריך, רכז ההדרכה ומנהל השירות בתום ההתנסות.

סיכום ומסקנות:

תהליך הסנדרטיזציה ומחשוב הטופס מאפשרים בקרה על מילויו, משפרים את האובייקטיביות ומאפשרים קבלת מידע על שביעות רצון הסטודנטים מההדרכה הקלינית. המידע מהווה כלי בידי המדריך, רכז ההדרכה ומנהל השירות לשיפור ולשימור מערך ההדרכה, ללמידה ולצמיחה של המדריך ולהערכתו. בנוסף, מסייע לאוניברסיטאות להעריך את מקומות ההתנסות. אנו בלוינשטיין משתמשים במשובים ומאמינים כי תהליך הסטנדרטיזציה יכול להביא לשיפור וקידום ההדרכה הקלינית בארץ.

<u>מילות מפתח</u>: משוב, הדרכה קלינית

<u>שירה צייכנר כהן</u>

2011-2016 רכזת ההדרכה הקלינית, המחלקה לפיזיותרפיה, בית לוינשטיין.

2007-2011 מדריכה קלינית, המחלקה לפיזיותרפיה, בית לוינשטיין.

2003-2007 פיזיותרפיסטית, המחלקה לפיזיותרפיה, בית לוינשטיין.

1999-2003 תואר ראשון בפיזיותרפיה, אוניברסיטת בן גוריון, בהצטיינות.

סקירת ספרות שיטתית על יעילות אימון ההתנגדות בקרב חולי סוכרת מסוג 2 בהתאם לחומרת המחלה הראשונית

מיכל אלבוים-גביזון[1], חנה מנדלביץ'[2]

1.אוניברסיטת חיפה - שדרות אבא חושי 199, חיפה

2.שירותי בריאות כללית, מחוז חיפה וגליל מערבי, מכון הפיזיותרפיה טירת כרמל ,

Hanag78@gmail.com

הקדמה: אימון ההתנגדות, שהוא אימון אנאירובי, נמצא כגורם לשינויים מטבוליים ופיזיולוגיים חיוביים בקרב חולי סוכרת מסוג 2. אימון ההתנגדות יכול להתאים לחולים המתחילים בשינוי שגרת פעילותם הגופנית ואורח חייהם בעיקר משום שביצועו דורש מספר קטן של אימונים קצרים בשבוע. לא נערכה עד כה סקירה שיטתית על יעילות אימון ההתנגדות בהתאם לחומרה הראשונית של מחלת הסוכרת מסוג 2.

מטרות: סקירת הספרות על יעילות אימון ההתנגדות עבור חולה הסוכרת בהתאם לחומרת המחלה הראשונית (עפ"י רמת ההמוגלובין המסוכרר בדם (HbA1c). גיבוש קווים מנחים מבוססי ראיות לשם בניית תכנית אימון התנגדות עבור חולה הסוכרת המותאמת אישית .

שיטות: מאגרי המידע שנסקרו : PubMed, CINAHL, PEDro, Elsevier, Cochrane Library, Scholar Google ו -Medline. מילות החיפוש כללו: diabetes, diabetes mellitus ,type 2 diabetes, resistance training, resistance exercises and exercise. נכללו רק מחקרים אקראיים מבוקרים העוסקים באימון גופני מסוג אימון התנגדות לכוח שריר בקרב חולי סוכרת מסוג 2, בני 18 ומעלה, וברמה מתודולוגית גבוהה (ציון מעל ל- 6/10 בסולם PEDro).

תוצאות: עשרה מאמרים נמצאו כמתאימים. אימון ההתנגדות הוכח כיעיל בהורדת ערך ה- HbA1c אצל מטופלים בעלי רמת חומרה קלה ובינונית של המחלה (עד ערך HbA1c של 8.9%). התכנית המומלצת כוללת תרגול עם מכונות במכוני כושר במשך 35-50 דקות בעצימות של 70% עד 85% תחת השגחת מטפל, למשך 12 שבועות במינון של שלושה אימונים שבועיים (לא בימים רצופים). לא נמצאו ראיות לגבי יעילות האימון ההתנגדות בהתאם למין ולגיל.

סיכום ומסקנות: אימון התנגדות יעיל בהורדת ערך ה-HbA1c בחולים בני 60 שנה בממוצע, בעלי עודף משקל, ברמת חומרה קלה-בינונית וללא סיבוכים שניוניים למחלת הסוכרת עם היקף מותניים של כ- 100 ס״מ.

השלכות לעשייה הקלינית בפיזיותרפיה: המלצה לחולי סכרת סוג 2 עם ערך HbA1c עד 8.9% לבצע אימון התנגדות הכולל תרגול עם מכונות במכוני כושר במינון של 35-50 דקות ובעצימות של 70% עד 85% תחת השגחת מטפל, למשך 12 שבועות במינון של שלושה אימונים לא רציפים שבועיים.

מילות מפתח: אימון אנאירובי, אימון התנגדות, סוכרת מסוג 2, מדד ה- HbA1c.

תמצית ביוגרפית של מגישת העבודה – חנה מנדלביץ׳:

חנה מנדלביץ היא בוגרת תואר שני (M.Sc.) בפקולטה למדעי הבריאות, המחלקה לפיזיותרפיה, אוניברסיטת חיפה (משנת 2016). בעלת תואר ראשון בפיזיותרפיה (הפקולטה למדעי הבריאות, המחלקה לפיזיותרפיה, אוניברסיטת חיפה, משנת 2007) ותואר ראשון במנהל עסקים (בית הספר למנהל עסקים ע״ש רקנאטי, אוניברסיטת ירושלים, משנת 2003). כיום, עובדת כפיזיותרפיסטית בשירותי בריאות כללית, מחוז חיפה וגליל מערבי. עבודה זו שימשה בסיס להיתכנות ולהעברה של קבוצת פעילות גופנית כחלק מסדנת חינוך וקידום בריאות לחולי סוכרת מסוג 2 במרפאת טירת כרמל.

יחסי הגומלין בין Forward Head Posture לקינמטיקה של עמוד שדרה צווארי במטופלים עם כאב צווארי סב אקוטי עד כרוני ונבדקים ללא סימפטומים.

אנדריי לוי, ד״ר הילה שריג-בהט

החוג לפיזיותרפיה אוניברסיטת חיפה

תקציר

יציבה לקויה מקושרת לעיתים קרובות להתפתחות של הפרעות שלד-שריר שונות. בהקשר לכאבי צוואר, יציבה לקויה מתוארת בספרות מדעית כ- Forward Head Posture (FHP) וברוב המחקרים נמדדת על ידי Cranio Vertebral Angle (CVA). FHP נחשב כגורם התורם להתפתחות כאבי צוואר, למרות שקיימות עדויות סותרות לגבי הקשר בניהם.

תחום מחקר העוסק בחקר קינמטיקה צווארית בעזרת מערכת Virtual Reality (VR) , מציג ממצאים מובהקים המצביעים על תנועה איטית ופחות מדויקת במטופלים עם כאב צווארי. הממצאים מצביעים על מהימנות גבוהה, רגישות ויכולת איתור של ליקויים קינמטים.

נכון להיום, קיים פער בידע לגבי תפקידו של CVA בכאב צווארי והקשר האפשרי לליקוים קינמטים במטופלים עם כאב צווארי.

מטרת המחקר

לבחון את הקשר בין FHP, הנמדד על ידי CVA, וקינמטיקה צווארית במטופלים עם כאב צווארי בהשוואה לנבדקים אסימפטומטיים.

שיטות מחקר

מחקר זה הוא מסוג חתך רוחב. לצורך המחקר גויסו 22 מתנדבים עם כאב צווארי ו- 20 מתנדבים בריאים ללא כאב צווארי (נשים וגברים) בגילים 19-62. עוצמת הכאב נמדדה ע״י Visual Analog Scale, ומידת המוגבלות נבדקה בעזרת שאלון Neck Disability Index. הקבוצות צולמו להערכת יציבה צווארית. יכולת שליטה קינמטית נבחנה ע״י VR עם תוכנה ייעודית לשימוש במשקפיי VR וחיישני מעקב ראש מובנים. מדדי תוצאות כללו טווח תנועה צווארי (ROM), מהירות מרבית (V-peak) ומהירות ממוצעת (V-mean), חלקות תנועה (NVP) וסימטריה בתאוצה והאטה (TTPP). עיבוד נתונים כלל מבחנים א- פרמטרים כגון :-Wilcoxon Mann-Whitney tests או median test . רגרסיה ומתאם פירסון שמשו להערכת קשר בין CVA למדדים קינמטים.

תוצאות

לא נמצא קשר בין CVA וקינמטיקה צווארית בשתי הקבוצות. בקבוצת הכאב נצפתה תנועה איטית יותר במהירות מרבית וממוצעת. בנוסף, נצפה שינוי חיובי מובהק במנח יציבה צווארית בסיום הבדיקה בכל הקבוצות (mean=3.58°, SD=0.66°, p<0.01).

מסקנות

העדר הקשר בין FHP לבין מאפיינים קינמטים בנבדקים עם כאב צווארי ונבדקים בריאים, מצביע על כך שהערכת FHP על ידי תצפית, מוערכת יתר על המידה בשדה הקליני. בהתחשב בתוצאות המחקר, אין אנו ממליצים להשתמש ב- FHP כמטרה עיקרית לצורך הערכה וטיפול בחולים עם כאב צווארי כרוני.

מילות מפתח:

Forward Head Posture, Cranio Vertebral Angle, Neck/Cervical Kinematics, Virtual Reality.

דברי תודה:

ברצוני להודות למנחת עבודת התיזה שלי, ד״ר הילה שריג בהט, על הליווי המקצועי, היחס והתמיכה האישית והאנושית. על הרצון לעזור תמיד ולענות כל שאלה שעלתה ועל פיתוח החשיבה המחקרית והמדעית.
בנוסף, תודה להנהלת קופת חולים כללית, אשר סייעו לי בתנאי עבודה מתאימים לשילוב לימודיי בתואר שני עם עבודתי כפיזיותרפיסט.

ביוגרפיה:

בוגר תואר ראשון בחוג לפיזיותרפיה אוניברסיטת חיפה 2006, ומועמד לתואר שני 2017. בוגר שלושת הקורסי PNF 2012 , Vallejo,California. עובד בשרותי בריאות כללית, מרכז רפואי ״לין״, חיפה. מתמחה בשיקום נוירולוגי ואורתופדי.

andrey.levypt@gmail.com

מדד יציבות דינמית של הברך והקשר למאפייני כוח שרירי הברך - מבדק חדשני ליישום קליני

Kerith Aginsky, PhD, Senior Researcher, PhisiMax Technologies,

Maya Cale׳- Benzoor; Phd, PT

רקע ומטרות המחקר: היכולת לבצע מטלה כגון single leg squat (SLS) לזוויות כיפוף עמוקות מושפעת בין השאר מהיציבות הדינמית בברך. תפקוד תקין של שריר ה Hamstrings, עשוי להשפיע על מדדי ביצוע SLS. ההשוואה בין מדדי ביצוע ביומכאניים ופרופיל כוח שריר Hamstrings יכולה לסייע בהגדרת פרופיל תקין, ובהתאמת תרגול משקם להפחתת סיכון לפציעות.

מטרת עבודה זו הייתה להשוות פרופיל איזוקינטי של שרירי Quadriceps ו- Hamstrings וניתוח תנועתי תלת מימדי של SLS, במטרה לבחון הקשר בין כוח שרירים ומרכיבי ביצוע ביומכאניים.

שיטות: עשרים ושישה ספורטאים בריאים השתתפו במחקר (גיל 24.6± 8.4 שנים). הרגל הדומיננטית (D) והלא דומיננטית(ND) נבדקו. כל הנבדקים קבלו הסבר מפורט וחתמו על הסכמה מדעת של הועדה המוסדית למחקר של מכון וינגייט. מבדק SLS נדגם במערכת טכנולוגית מבוססת ענן לניתוח קינמטיקה של תנועה (PhysiMax Technologies) . זווית הכיפוף בברך נדגמה בשני מצבים- ביצוע SLS עם תמיכת הרגל השנייה וללא תמיכה. היחס בין שני המבדקים הוגדר כמדד היציבות הדינמית. מבדק איזוקינטי לשרירי הברך בוצע במכשיר ה Biodex 4במהירות 60 מעלות בשנייה, וכלל מבדק קונצנטרי ואקסצנטרי. מאפיינים קינמטיים מבדיקת SLS הושוו לערכי מומנט מירבי קונצנטרי ואקסצנטרי של שרירי Quadriceps ו Hamstrings, וליחס בין קבוצות השרירים- (H/Q) קונצנטרי ואקסצנטרי.

תוצאות: בניתוח ריגרסייה לינארית נמצא כי מדד היציבות הדינמית של הברך הראה מתאם שלילי מובהק ליחס הקונצנטרי H/Q (p=0.030) ממצא המרמז על יכולת המדד הזה להצביע על קיום חולשה שרירית. הנבדקים שהראו יחס קונצנטרי H/Q נמוך (=ערכי כוח Hamstrings נמוכים יחסית לערכי Quadriceps), הדגימו יציבות ברך דינמית נמוכה יותר (p=0.0217). מכאן, ניתן להציע כי לנבדקים שהדגימו תהייה יציבות דינמית לקויה של הברך.

מסקנות: תוצאות מחקר ראשוני זה מצביעות על קשר אפשרי בין מדד ביצוע מטלה בקליניקה ובין חסר בשליטה שרירית. ניתן ליישם מדידה קלינית של זוויות הכיפוף במבדק SLS באמצעי מדידה יומיומיים העומדים לרשות הקלינאי. מדד זה עשוי לתרום לזיהוי חסרים בכח שרירי ולאפשר התאמת תרגול מונע פציעות.

מילות מפתח: SLS; Hamsrtring/Quadriceps ratio, Dynamic knee stability

על המרצה: פיזיותרפיסטית ומנהלת המחלקה לשיקום פצגיעות ספורט , מכון וינגייט. מרצה בחוג לפתיזותרפייה, אוניברסיטת חיפה

פיזיותרפיה בתהליך הכנה פיזיולוגית לנשיאת משקלים כבדים במבצעים מיוחדים

בוסטין ירון, דר׳ אלכס סורקין, דר׳ מיכאל לביא, רס״ן גלעד שטיין. *צה״ל, חיל האוויר*.
Yabu73@yahoo.com

אחד האתגרים המשמעותיים בקרב צבאות, הוא הצורך בנשיאת ציוד לחימה במשקל גבוה מאוד. אתגר זה מציב בפני היחידות צורך בתכנון קפדני של תוכנית הכנה פיזיולוגית, הכוללת מרכיבים של מניעת פציעות וטיפול בכדי שמשימות אלו יבוצעו בהצלחה. ביחידת ״שלדג״ צוות התכנון כולל: רופא, פיזיותרפיסט וקצין אימון גופני. הכנת הכוח למבצע מיוחד טומנת בחובה מורכבויות מבצעיות. פירושו בתחום הפיזי/בריאותי- ייעוץ למפקדים בבחירת הלוחמים המתאימים לביצוע המשימה, בניית תוכנית אימון ייעודית, בהתאם לדרישות המבצע וטיפול בלוחמים במהלך ההכנות על מנת שיגיעו כשירים. מחקרים רבים נעשו בניסיון לחזות יכולות נשיאת משקלים בקרב חיילים בעולם ולאמנם דרך תוכניות אימון יעודיות. כחלק מתהליך שיפור צורת העבודה ומוכנות הלוחמים לביצוע המבצעים, הוחלט לבצע מספר בדיקות: 1. סקירת פציעות וסטטוס רפואי שכללו בדיקות דם לאנמיה וחסר ברזל (ע״י פיזיותרפיסט ורופא). 2. מבדקי כושר: בדיקת צריכת חמצן מרבית (VO2 MAX). 3. מבחן יכולת סחיבת משקלים מקסימאלי (MLCC- maximal load carry capacity). 4. בניית תוכנית אימונים פיזית, ייעודית, דיפרנציאלית, בשיתוף קצין אימון גופני ופיזיותרפיסט. 5. ייעוץ והמלצה למפקד המבצע בבחירת הלוחמים על פי היכרות של מצב רפואי ספציפי. 6. חלוקת שאלונים איכותניים לאחר המבצע, לשם בחינת התאמת תוכנית האימונים הפיזית למשימה. **תוצאות**: 15 לוחמים נבדקו במבחן VO2 MAX- ממוצע של 60.7. 20 לוחמים נבדקו במבחן MLCC- מממוצע של 81 ק״ג. המצאות אנמיה וחסר ברזל- 21% מתוך 56 נבדקים. ניתוח השאלונים העלה כי משך המשימה והקושי הטופוגרפי היוו את הקושי העיקרי בתחושת הלוחמים. בעקבות המלצת הצוות הרב מקצועי ומהיכרות פיזיותרפיסט עם הפרופיל הבריאותי של כל לוחם, נעשו התאמות לגבי בחירת המשתתפים במבצע. כל הלוחמים שנבחרו סיימו את תקופת האימונים הממושכת בריאים וכשירים לצאת למבצע. כ- 6% נזקקו לטיפולי פיזיותרפיה למשך מספר שבועות לאחר המבצע עקב כאבי גב תחתון וכאבי צוואר. תהליך זה יכול להוות דוגמא להתנהלות מקצועית ביחידות צבאיות מובחרות בהם מהווה הפיזיותרפיסט ציר מרכזי בטיפול פיזיותרפי שגרתי אך גם מוקד ידע מקצועי בבניית תוכניות אימון גופני ומניעה של פציעות.

מילות מפתח: VO2 MAX, Maximal load carry capacity.

תודות: לצוות הרפואי, לצוות האימון הגופני, למפקדי היחידה והלוחמים על האמון במקצוע הפיזיותרפיה.

תמצית ביוגרפית: פיזיותרפיסט מזה כ- 16 שנה. מעורב בטיפול בחיילים כ- 15 שנים במסגרות שונות וב-9 השנים האחרונות פיזיותרפיסט של יחידת ״שלדג״ בחיל האוויר. עוסק רבות ומרצה בנושא מניעת פציעות בקרב חיילים. עובד במקביל במכון פיזיותרפיה ב״קופת חולים מאוחדת״ ובקליניקה פרטית בבעלותי.

פעילות גופנית לטווח הארוך כמטרה שיקומית: קבוצות רכיבת אופנים וריצה

אורית ברטוב, רות ויצטום, נורית שטרן

בית חולים אל״ין , רח׳ שמריהו לווין 84 , ירושלים 91090

רקע: ילדים לאחר פגיעה גופנית נרחבת המציגים בסיום השיקום האינטנסיבי לקות גופנית, רגשית, או קוגניטיבית חשופים לסיכון לפתח תחלואה משנית. תחלואה משנית היא תוצאה של מצב מוגבלות ראשוני יסודי. מצב משני זה הוא מצב שאפשר למנוע אותו ומשקף את האינטראקציה של אדם-סביבה שבה המוגבלות הראשונית היא גורם הסיכון. קיימים גורמים נוספים המשפיעים על אופי והיקף התחלואה המשנית כגיל או פתולוגיה, תכונות אישיות של האדם עם המגבלה כגון מוטיבציה וגורמי סביבה כנגישות לשירותי בריאות. תחלואה משנית שכיחה היא יכולת אירובית נמוכה, הגוררת פגיעה תפקודית קשה. ההנחיה המקובלת בשנים האחרונות היא לשלב אימון גופני, אירובי, כחלק מתוכניות קידום הבריאות של ילדים אלו.

מטרת עבודה זו היא לתאר שתי תכניות לשילוב ילדים עם מוגבלות מוטורית בפעילות גופנית אתגרית, קבוצתית, עם מטרה מוגדרת, הישגית למסגרת האימון.

שיטות: כ 30 ילדים בנים ובנות עם מוגבלות בתנועה, אבחנות של שיתוק מוחין, פגיעה מוחית נרכשת, פגיעת עמוד שדרה-מולדת או נרכשת, ועוד, עם יכולת קוגניטיבית תקינה, שקיבלו אישור רופא ליכולתם להשתתף בתוכנית אימון נמרצת השתתפו בתוכנית אימון רכיבה או ריצה, בליווי מדריך מקצועי ופיזיותרפיסט מוסמך, ומלווה לכל ילד. התוכנית נמשכה כשלושה עד ארבעה חודשים, וכללה אימון לשבוע למשך כשעתיים. האימון כלל מרכיבי חימום, אימון ושחרור, ורמת המאמץ ואופן הביצוע הותאם על ידי הפיזיותרפיסט והמדריך המקצועי ליכולות הילד. עוצמת האימון ומורכבות המטלות הותאמו מידי שבוע באופן מדורג.

תוצאות: כל הילדים שהתחילו את התוכנית התמידו בה והגיעו למטרת העל השתתפות במרוץ אופניים של כ 45-20 ק״מ רצופים בשטח, או מרתון עירוני למרחק 5 ק״מ ריצה רצופה או הליכה וריצה לסירוגין. מעבר שיפור בולט בסבולת, הילדים דיווחו על שיפור בשיווי משקל סבולת ומהירות בהליכה. הילדים דיווחו על תחושת שייכות לקבוצה ומסוגלות אישית גבוהה.

סיכום ומסקנות: אימון סבולת קבוצתי לילדים עם מוגבלות גופנית אפשרית אך דורשת משאבים ויצירתיות רבה של אנשי המקצוע. אנחנו כאנשי מקצוע, באחריותנו, לחבר את הילדים למשאבים הקיימים בקהילה.

פרוייקט משותף של מרפאת פצעים מורכבים ושירות פיזיותרפיה להטמעת שימוש נכון ומושכל בחבישות לחץ במרפאות ראשוניות

דורית תדהר, ד״ר אלעד קרן, גילה ברנדין, מור יוגב

מכבי שירותי בריאות, מכון פיזיותרפיה, רחוב סמילו 10, נתיבות
Tidhar_d@mac.org.il

רקע ומטרות: כ 1% מהאוכלוסיה הבוגרת יסבול מכיב בגף התחתון בשלב מסויים לאורך החיים. רב הכיבים בגף התחתון מקורם בבעיה ורידית. כאשר הבעיה הורידית יוצרת בצקת, הבצקת מונעת גם היא את החלמת הכיב ויוצרת בעיות נוספות, תפקודיות, כגון קושי בהליכה ומעלה את הסיכון לפתח זיהום עורי.

הטיפול המומלץ לבצקת הינו חבישות לחץ אשר מייצרות לחץ עבודה גבוה על ידי קשיחות החבישה ולחץ מנוחה נמוך המגביר את ההיענות לטיפול. רמת הלחץ המומלצת סביב הכיב נעה בין 35-45 mmHg. במכבי שירותי בריאות קיים שיתוף פעולה בין אחיות הפצע לבין הפיזיותרפיסטים המטפלים בלימפאדמה, במטרה להביא לשיפור בתהליך ההחלמה של מטופלים הסובלים מכיבים וריידיים המלווים בבצקת. אחיות הפצע חובשות את הפצע ופוגשות את המטופל בתדירות גבוהה לצורך הטיפול. מחקרים הוכיחו שניתן בסדנה קצרה, ללמד חבישה יעילה ובטוחה.

לאור זאת, הוחלט, במסגרת תכניות העבודה לשנת 2015 לבצע פרוייקט משותף בו הפיזיותרפיסטים המטפלים בבצקת לימפתית ילמדו אחיות רכזות פצע לחבוש בחבישת לחץ.

שיטות: במהלך שנת 2015 בוצע הפרוייקט, במחוז הדרום, אשר כלל הרצאה על המערכת הלימפתית, סדנאות ללימוד טכניקת החבישה בשימוש במכשיר מד לחץ מסוג PicoPress® המודד לחץ תחת חבישה, לימוד התוויות נגד לחבישה, והערכת התקדמות ריפוי הפצע. המחקר אושר בוועדת האתיקה של מכבי שירותי בריאות.

תוצאות: 37 אחיות רכזות פצע השתתפו בפרוייקט המחקרי. חציון הלחץ, לפני הסדנה, עמד על 17 מ״מ כספית שהינו באופן משמעותי (p=0.001) נמוך מחציון הלחץ לאחר הסדנה, שעמד על 43 מ״מ כספית (ונמצא בתוך הגבול הרצוי שבין 35-45 מ״מ כספית). ממוצע אינדקס קשיחות החבישה (Stiffness index (SSI)) לפני הסדנה היה 3, שהינו נמוך משמעותית (p<0.001) מממוצע הקשיחות לאחר הסדנה - 10.6 אשר נמצא בתוך הטווח הרצוי (>10). במבדק שנערך חצי שנה לאחר הסדנה, ערכי הלחץ והקשיחות נמצאו דומים לאלו שלאחר הסדנה.

לסיכום, הכשרה קצרה בת 4 שעות יעילה ללימוד אחיות רכזות פצע לחבישה של כיב וריד המלווה בצקת אשר נשמרה גם לאחר חצי שנה.

מלות מפתח: חבישת לחץ, כיב כרוני, כיב וריד.

דברי תודה: אנו רוצים להודות לכל האחיות, רכזות הפצעים, במחוז דרום שהסכימו להשתתף בפרוייקט.

קבלת מתנות ממטופלים - הצגת נייר העמדה מטעם וועדת האתיקה

סיגל חיימוביץ', תמי אוגולניק, יעל אוחיון

וועדת האתיקה של הפיזיותרפיה בישראל, המועצה העליונה של הפיזיותרפיה בישראל

ogolnik_t@meuhedet.co.il

הקדמה: נושא קבלת מתנות ממטופלים והדילמות האתיות שהוא יוצר, עולה בעבודת הפיזיותרפיסט מידי יום. בפגישה של המועצה העליונה הביעו בפני הגב' זהבה דוידוב, יו"ר וועדת האתיקה, את הצורך והבקשה שייכתב נייר עמדה בנושא. בנוסף, פיזיותרפיסטים מהשטח פנו לחברי וועדת האתיקה בשאלות בנושא קבלת מתנות ודילמות שעלו בנדון. לאחר דיונים רבים בוועדת האתיקה של הפיזיותרפיה בישראל, הוחלט לכתוב נייר עמדה בנושא למרות הקושי והבעייתיות בכתיבתו.

מטרות: לעורר חשיבה ביקורתית ולסייע בקבלת החלטה מושכלת, בנושא קבלת מתנות או סירוב לקבלם, בהסתמך על הערכים והעקרונות הביו אתיים.

תוצאות: נכתב נייר עמדה המציג את המצב החוקי, הערכים הביו אתיים האוניברסליים הרלוונטיים וכיצד קבלת מתנה עלולה להשפיע על קיום הערכים: שוויון וצדק, כיבוד האוטונומיה, מקצוענות, ורעות. בנוסף הוצגו בנייר העמדה שאלות שראוי להרהר בהם בטרם קבלת המתנה.

סיכום והמלצות: בנושאים אתיים ישנם ערכי יסוד שראוי לפעול על פיהם. מומלץ להפעיל שיקול דעת בכל מקרה לגופו על פי הערכים הביו אתיים. בטרם קבלת מתנה ראוי להתייחס למועד נתינתה, ההקשר בו ניתנה, אופן נתינתה, ערכה, אופייה , איך קבלתה משפיע על המטפל והשפעת קבלת המתנה על תדמית המקצוע. על פי זה להחליט אם ראוי לקבלה.

השלכות לעשייה הקלינית בפיזיותרפיה: נייר העמדה נותן בידי הפיזיותרפיסטים כלים אתיים להתמודדות עם סיטואציות הנוגעות לקבלת מתנות ממטופלים ולקבלת החלטה מושכלת ואתית בנושא.

מילות מפתח: אתיקה, מתנה, דילמה, ערכים, קבלת החלטה.

דברי תודה: ליתר חברי וועדת האתיקה: זהבה דוידוב- יו"ר, ירון טילינגר, רחל ארד, באדרה נעמנה אבו-אלהיג'א, ליהי צור, נואית ענבר ורחל פורס שהעירו את הערותיהם על נייר העמדה.

תמי אוגולניק: MPA- health system, B.P.T. , פיזיותרפיסטית מחוזית מחוז מרכז במאוחדת.