כתב עת לפיזיותרפיה

כתב עת
לפיזיותרפיה

כרך 27 גליון מס׳ 1 אפריל 2025

ISSN 2518-9646

כתב עת
העמותה לקידום הפיזיותרפיה

תוכן העניינים

מאמר מערכת

מקצוענות בפיזיותרפיה - לא רק ידע ומיומנויות! הזמנה להערכה עצמית

פרופ' יוכבד לויפר BSc, DSc, נילי ויסרברג BPT, PhD 2

חינוך בפיזיותרפיה

מבוא למקצוענות: עקרונות מנחים וכלים לפיזיותרפיסט המתחיל, בשנתיים הראשונות לעיסוקו בתחום

אסנת עטון-עיני, BPT, PhD 10

סקירת ספרות

פיזיותרפיה מודעת טראומה (Trauma-informed Physiotherapy)

נגה גל BPT, MSc, MBA 23

פרויקט בקהילה

להקדים תנועה לנפילה - התוכנית הלאומית למניעת נפילות

אסנת שמיר, BPT, MHA 30

מדור כלי מדידה והערכה

כלי הערכה למדידה של בצקת בגפה העליונה

Upper Quadrant Edema Patient-Reported Outcome Measure (UQE-PROM)

מיכל אלבוים-גביזון BPT, PhD, דניאל דויטשר, BPT, MScPT, PhD 36

רואים עולם

ערכה את המדור: סמדר פלג BPT, PhD 39

מדור אתיקה

השפעתה של תקשורת בין-תרבותית על היחסים עם המטופלים ועם העמיתים

באדרה נעאמנה-אבו אלהיג'ה BPT, MPH, PhD 43

כתב עת
העמותה לקידום הפיזיותרפיה

עורכת ראשית:
פרופ' (אמריטוס) יוכבד לויפר, D.Sc, אוניברסיטת חיפה

מו"ל:
העמותה לקידום הפיזיותרפיה

העמותה לקידום הפיזיותרפיה
עמותה מס' 580199511
www.ipts.org.il

כרך 27, גליון מס' 1
אפריל 2025
ISSN 2518-9646

בשער: © www.unsplash.com

כתב העת מתפרסם באופן קבוע שלוש פעמים בשנה בחודשים: אפריל, אוגוסט ודצמבר

כתובת המערכת:
משרדי העמותה לקידום הפיזיותרפיה
הפסגה 4 כפר האורנים
טל': 03-6888104, פקס: 03-6888107

עיצוב ועימוד סטודיו נאוה מוסקו
טל': 02-9991780, נייד: 052-3247808
navamos@gmail.com
www.navamosko.com

מחלקת מודעות:
העמותה לקידום הפיזיותרפיה
דוא"ל: info@ipts.org.il

© כל הזכויות שמורות לעמותה לקידום הפיזיותרפיה. אין המערכת אחראית לתוכן המודעות.

קוראים וקוראות יקרים,

מקצוענות בפיזיותרפיה – לא רק ידע ומיומניות!

הזמנה להערכה עצמית

בגיליון זה מובא מאמרה של ד"ר אסנת עטון-עיני שמחדד את ההבחנה בין שני מונחים מרכזיים בהקשר של הפיזיותרפיה - "מקצוע", המתאר כל משלח יד או תחום עבודה, לעומת "פרופסיה (profession)", המדגיש את הסטטוס המיוחד של המקצוע, אשר מקנה לעוסקים בו ייחודיות והכרה ממסדית, חברתית ומשפטית.[א] המאמר מתמקד בהתפתחותם המקצועית של בוגרי לימודי הפיזיותרפיה בישראל בשנים הראשונות להשתלבותם במקצוע, ומציג את התהליך הרפלקטיבי כמשאב חשוב שיכול לסייע לפיזיותרפיסט המתחיל בלמידה והתפתחות מקצועית מתמדת לקראת מקצוענות.[א]

מקצוענות (professionalism - המתורגם גם כ"מקצועיות"), היא בסיס החוזה שבין הפיזיותרפיסט ובין החברה.[1] והיא נרכשת בתהליך רפלקטיבי מתמשך המשלב תחושות, חשיבה ופעולה, ולכן קשה להנחילה.[2-4] המקצוענות נבנית בתהליך דינמי שתחילתו בהכשרה האקדמית ובהתנסויות קליניות, והמשכו בעבודת השדה ובפיתוח מקצועי המלווים בתמיכה שמספקים הארגונים והמעסיקים לאורך הקריירה. מונח זה חובק בתוכו לא רק את הידע והמיומנויות הנדרשות למילוי התפקידים הרבים של הפיזיותרפיסט, אלא גם את ההתנהגויות ותכונות הקשורות לערכי הליבה של מקצועיות. התנהגות הפיזיותרפיסטים על פי הערכים האלה מובילה לשירותי פיזיותרפיה בטוחים, נגישים, מבוססי ראיות ובאיכות הגבוהה ביותר.

כדי להבין לעומק את ערכי הליבה של מקצועיות, בחרנו להציג כלי להערכה עצמית שנועד לאפשר זיהוי ושימור של עקרונות אלו לאורך הקריירה המקצועית. הכלי פותח כבר לפני כעשרים שנה בארגון הפיזיותרפיה האמריקאי: Professionalism in Physical Therapy: Core Values Self-Assessment (PPTCV-SA).[5] (הגרסה הראשונה של השאלון הוצגה ב-2003 ועודכנה ב-2013; גרסה עדכנית נוספת פורסמה באוקטובר 2024). השאלון זכה לתיקוף ולבחינת מהימנות בכמה מחקרים.[7,6] עם זאת, יש לנקוט זהירות בפרשנות של ציוני תתי-הסולמות מאחר שמהימנותם אינה אחידה.[8] גרסת השאלון משנת 2013 עברה תהליך סטנדרטי של תרגום חוזר (תרגום מומחים מאנגלית לעברית וחזרה לאנגלית), והמהימנות הפנימית של השאלון המתורגם נמצאה גבוהה במיוחד (α = .94). השאלון המתורגם לעברית שימש במחקר משולב-שיטות שבחן את תפיסת המקצועיות של פיזיותרפיסטים העובדים עם ילדים עם מוגבלות פיזית; הממצאים תמכו במבנה התיאורטי של ערכי הליבה.[ג]

תרגום השאלון והצגתו בכתב עת זה אושרו על ידי ארגון הפיזיותרפיה האמריקאי (ראו השאלון בעברית בנספח 1). ההיגדים עבור ערכי הליבה השונים משקפים התנהגויות על פי ערך הליבה, והם מדורגים על סולם ליקרט בן 5 דרגות (1 - אף פעם, 5 - תמיד).

הגרסה הראשונה של השאלון הכילה שבעה ערכי ליבה:

- **אחריותיות** – קבלה פעילה של אחריות למגוון תפקידי הפיזיותרפיסט;
- **אלטרואיזם** – התמקדות ומסירות לאינטרסים של המטופלים, דהיינו הצבת צורכי המטופל לפני ענייניו של המטפל;
- **חמלה/אכפתיות** – השאיפה להזדהות עם היבט מסוים מניסיונו של האחר כשלב מקדים לגילוי אכפתיות הכוללת דאגה, אמפתיה והתחשבות בצרכים ובערכים של אחרים;
- **מצוינות** – שימוש עקבי בידע עדכני מתוך ההכרה במגבלות האישיות, שיפוט תוך התייחסות לנקודת המבט של המטופל ופעולות לפיתוח ידע חדש;
- **יושרה** – דבקות איתנה בעקרונות אתיים או בסטנדרטים מקצועיים, הכוללים אמינות, הוגנות וגילוי נאות של הפעולות הנעשות;
- **חובה מקצועית** – עמידה בחובה להעניק שירותי פיזיותרפיה יעילים למטופלים יחידים, לשרת את המקצוע ולהשפיע לטובה על בריאות החברה;
- **אחריות חברתית** – קידום האמון ההדדי בין המקצוע לציבור הרחב, המחייב מענה על צרכים חברתיים למען שלומות.

בגרסה שפורסמה בשנת 2024 נוספו שני ערכים:

- **שיתוף פעולה** (collaboration) – עם מטופלים ולקוחות, משפחות, קהילות ואנשי מקצוע משדה הבריאות ומתחומים אחרים. שיתוף הפעולה בין הפיזיותרפיסט ובין שותפי תפקידו מחייב שמירה על תפקידו הייחודי של כל שותף;
- **שילוב/הכלה** (inclusion) – הפיזיותרפיסט יוצר סביבה מכילה ושוויונית עבור כולם ומחויב לספק מרחב בטוח, להעצים קולות מגוונים וקולות מיעוטים, להכיר בהטיותיו האישיות שעלולות להשפיע על הטיפול במטופלים ולנקוט עמדה נגד אפליה.

מטרות השאלון ואופן השימוש בו

השאלון נועד ככלי להעלאת המודעות לערכי הליבה של המקצוע, ומשמש להערכה עצמית של תדירות ביטויים של ערכי הליבה בחייהם המקצועיים של פיזיותרפיסטים מוסמכים וגם סטודנטים לפיזיותרפיה. הוא מיועד לספק למשתמשים תובנות אישיות ולזהות תחומים של חוזק וצמיחה.[5] הספרות ממליצה להשתמש בשאלון ככלי רפלקטיבי ולא ככלי הערכה פורמלי או כמדד להישגים ולהשוואה בין-אישיים.[9]

להלן כמה הצעות לשימוש בשאלון:

- עבור מרצים ומורים בחוגים לפיזיותרפיה - השאלון יכול לשמש כלי פדגוגי, כלי לגיבוש אישי, ללמידה והפנמה של ערכים מקצועיים רצויים בשלבים השונים של ההכשרה כאשר הסטודנטים מתחילים לעצב את זהותם המקצועית;
- עבור סטודנטים לפיזיותרפיה - מענה על השאלון לפני התנסות קלינית ולאחריה יכול לסייע בזיהוי תהליכי צמיחה מקצועית ושינויים בתפיסות ועמדות, ולהעמיק את ההבנה של התנהלות מקצועית אתית;
- עבור מדריכים קליניים - דיון בשאלון במסגרת קורסי ההכשרה של מדריכים קליניים יכול להכווין את ההתנסות ללמידה של התנהגות מקצועית ולהטמעת ערכי הליבה של מקצועיות;
- עבור קלינאים - מענה על השאלון ודיון עליו יכולים לסייע לקלינאי לזהות פערים בין התפיסות ובין ההתנהגויות בפועל ולסמן מטרות אישיות להתפתחות מקצועית. מדובר במיוחד במטפלים הנמצאים בצמתים של שינוי - כגון תפקיד חדש, שחיקה מקצועית או מפגש עם אוכלוסיות חדשות;
- עבור מעסיקים/ארגונים - דיון באמצעות השאלון יכול לאפשר לבחון אם המערכת שבתוכה הפיזיותרפיסטים פועלים היא מאפשרת ותומכת במקצועיות, או שמא מקשה את מימושה;
- עבור המחקר - ניתוח התגובות על השאלון יכול לשמש ככלי יעיל לבחינת השפעותיהם של תהליכים חינוכיים על ההתפתחות המקצועית.

לסיכום

השאלון: "הערכה עצמית של מקצועיות בפיזיותרפיה - ערכי ליבה לפיזיותרפיסט/ית" מזמין התבוננות פנימית כנה, דיון מעמיק, ושיפור מתמשך של הזהות וההתנהגות המקצועית של הפיזיותרפיסט. הגרסה העברית של השאלון זמינה לשימוש, באישור ה-APTA, ואנו מזמינות פיזיותרפיסטים ופיזיותרפיסטיות, מרצים, מדריכים קליניים וחוקרים לשלבו במרחבים שונים, ולהפוך אותו לכלי-עזר במסע ההתמקצעות של התחום בישראל.

בימים קשים אלו, לא ניתן לסיים בלי תפילה חוזרת לשובם של כל החטופים והחטופות בשלום הביתה, להחלמתם המלאה של נפגעי המלחמה והחזרה לימים של אחדות ושגרה.

בברכה,

ד"ר נילי ויסרברג, BPT, Ph.D
החוג לפיזיותרפיה, בית הספר למקצועות הבריאות,
אוניברסיטת תל אביב.
אגף א' לחינוך מיוחד, משרד החינוך

יוכבד (יוכי) לויפר
עורכת כתב העת לקידום הפיזיותרפיה
פרופ' (אמריטוס), החוג לפיזיותרפיה, אוניברסיטת חיפה
yochy.laufer@gmail.com

מקורות

1. Cruess RL, Johnston S, Cruess SR. Professionalism for medicine: opportunities and obligations. Med J Aust. 2000;177(4):208-211.
2. Jensen GM, Hack LM, Nordstrom T, Gwyer J, Mostrom E. National study of excellence and innovation in physical therapist education: Part 2 - a call to reform. Phys Ther. 2017;97(9):875-888.
3. Jensen GM, Nordstrom T, Mostrom E, Hack LM, Gwyer J. National study of excellence and innovation in physical therapist education: part 1 - design, method, and results. Phys Ther. 2017;97(9):857-874.
4. Dutton LL, Sellheim DO. The informal and hidden curriculum in physical therapist education. J Phys Ther Educ. 2014;28(3):50-63.
5. American Physical Therapy Association. Professionalism in Physical Therapy: Core Values Self-Assessment (PPTCV-SA). https://www.apta.org/your-practice/ethics-and-professionalism/professionalism-in-physical-therapy-core-values-self-assessment. Published October 2024. Accessed March 24, 2025.
6. Anderson DK, Hall KD. Reliability, internal consistency, and minimal detectable change of the American Physical Therapy Association professionalism in physical therapy: Core values self-assessment. J Phys Ther Educ. 2018;32(2):145-150.
7. Denton J, Fike DS, Walk M, Jackson C. Test–retest reliability of the APTA professionalism in physical therapy: Core values self-assessment tool in DPT students. J Phys Ther Educ. 2017;31(4):2-7.
8. Anderson DK. A validation study of the APTA Professionalism in Physical Therapy: Core Values Self-Assessment [dissertation]. DeKalb, IL: Northern Illinois University; 2015
9. Guenther LA, McGinnis P, Romen M, Patel K. Self-assessment of professional core values among physical therapists. HPA Resource. 2014;14(3):J15.

א. עטון-עיני, א. מבוא למקצוענות: עקרונות מנחים וכלים לפיזיותרפיסט המתחיל, בשנתיים הראשונות לעיסוקו בתחום. כתב עת לפיזיותרפיה, 2025; 27(1): 6-18.

ב. ויסרברג נ'. מקצוע ומקצועיות בפיזיותרפיה: מקרה המבחן של הטיפול בילדים עם לקות מוטורית [עבודת גמר]. באר שבע: אוניברסיטת בן-גוריון בנגב; 11 בספטמבר 2022.

נספח 1:

Self-Assessment: Core Values for the Physical Therapist

שימוש בהערכה העצמית

השלמת ההערכה העצמית

עיינו בכל אחד מהמדדים לערכים המרכזיים וציינו את התדירות שבה אתם מפגינים כל מדד כזה בפרקטיקה היומיומית שלכם, בהתאם לסולם הדירוג שניתן (1-5). אין ציפייה שתקבלו דירוג של 5 (תמיד) או 1 (אף פעם) עבור כל פריט. היו כנים בתשובותיכם. תהליך זה הוא הערכה עצמית המספק הזדמנות ללמידה אישית, להבנה מעמיקה, לזיהוי תחומי חוזק וצמיחה, ולהערכת ההתפתחות שלכם בתהליך של הבשלת המקצועיות.

ניתוח ההערכה העצמית שהושלמה

לאחר שתסיימו את ההערכה העצמית, ייתכן שתרצו לשקול, באופן אישי או קבוצתי, את השאלות הבאות:

- באילו סימנים לדוגמה קיבלתם או הקבוצה קיבלה באופן עקבי דירוג של 4 או 5?
- מדוע הענקתם דירוג גבוה יותר בסימנים לדוגמה אלו?
- באילו סימנים לדוגמה קיבלתם או הקבוצה קיבלה דירוג של 3 ומטה?
- מדוע הענקתם דירוג נמוך יותר בסימנים לדוגמה אלו?

המלצות להמשך

- זיהוי, פיתוח ויישום גישות לחיזוק ולשילוב הערכים המרכזיים בסביבת הפרקטיקה שלכם.
- קביעת מטרות אישיות להגדלה של תדירות ההפגנה של התנהגויות מסוימות הקשורות לערך מרכזי מסוים.
- ביצוע הערכה חוזרת תקופתית של התנהגויות הערכים המרכזיים שלכם, כדי לקבוע את מידת השינוי בביצועים שלכם בתהליך הבשלת המקצועיות.

תרגום הגרסה העדכנית לתאריך: 22.10.2024

© 2024 American Physical Therapy Association. All rights reserved. Adapted with permission.
APTA is not responsible for the accuracy of the translation from English.

הערכה עצמית של מקצועיות בפיזיותרפיה: ערכי ליבה לפיזיותרפיסט

תרגום לעברית, תיקוף ועריכה- ד"ר נילי ויסרברג ופרופ' פאולה פדר-בוביס, באישור APTA

לצד כל ערך ליבה המופיע בטבלה מובאת הגדרה וכן קבוצת סימנים לדוגמה המתארים מה רואים אצל פיזיותרפיסט המפגין ערך ליבה זה בעשייה המקצועית היום-יומית שלו. לכל אחד מהסימנים לדוגמה ברשימה סמן מספר אחד בלבד המייצג בצורה הטובה ביותר את התדירות שבה אתה מפגין את ההתנהגות המתוארת.

מפתח לדירוג התדירות: 1 = לעולם לא, 2 = לעתים נדירות, 3 = מדי פעם, 4 = לעתים קרובות, 5 = תמיד

ערך ליבה	הגדרה	סימנים לדוגמה	הערכה עצמית
אחריותיות (Accountability)	אחריותיות היא הקבלה הפעילה של האחריות למגוון תפקידים, מחויבויות ופעולות של הפיזיותרפיסט. כולל: בקרה עצמית והתנהגויות אחרות המשפיעות לטובה על תוצאי המטופל, על המקצוע ועל צרכי הבריאות של החברה.	1. אני נענה למטרות ולצרכים של המטופל.	
		2. מחפש משוב (feedback) ממספר מקורות ומגיב למשוב זה.	
		3. מכיר בתוצאות פעולותי ומקבל אותן.	
		4. מקבל על עצמי אחריות ללמידה ולשינוי.	
		5. דבק בקוד האתי, בנוהלי עבודה, ובמדיניות/בהליכים המסדירים את ניהול הפעילויות המקצועיות.	
		6. מעביר במדויק לאחרים מידע על פעולות מקצועיות (לרבות מטופלים, ספקי שירותי בריאות אחרים, גופים משלמים).	
		7. משתתף בהשגת מטרות בריאות של מטופלים ושל החברה.	
		8. שואף באופן מתמיד לשיפור איכות הטיפול.	
		9. חבר קבוע בעמותה לקידום הפיזיותרפיה ובארגונים אחרים.	
		10. מחנך סטודנטים באופן המעודד רצון ועיסוק בלמידה.	
אלטרואיזם (Altruism)	אלטרואיזם משמעותו להתמקד או להיות מסור לאינטרסים של המטופלים, ובכך הפיזיותרפיסט לוקח על עצמו את האחריות הנובעת מהאמון שניתן לו בהצבת צרכי המטופל לפני ענייניו האישיים.	1. אני מציב את צורכי המטופל מעל לצרכי.	
		2. מעניק שירותים פרו-בונו (ללא תמורה).	
		3. מעניק שירותי פיזיותרפיה לאוכלוסיות שאינן מקבלות מספיק שירותים ושאינן מיוצגות מספיק.	
		4. מעניק למטופל שירות מעבר למצופה על-פי סטנדרטים מקצועיים.	

* טופס השאלון בלשון נקבה מצורף בנפרד

שיתוף פעולה (Collaboration)	שיתוף פעולה הוא עבודה משותפת עם מטופלים ולקוחות, משפחות, קהילות ואנשי מקצוע משדה הבריאות ומתחומים אחרים להשגת מטרות משותפות. שיתוף פעולה בין הפיזיותרפיסט לבין שותפי תפקיד הוא עבודה משותפת, תוך שמירה על תפקידו הייחודי של כל שותף, במטרה להעניק שירותי פיזיותרפיה מיטביים ולהשיג את התוצאים הטובים ביותר עבור המטופלים והלקוחות.	1. אני מבין ומתקשר בבירור את התפקידים, האחריות והשירות ההולם של הפיזיותרפיסט ושל שותפי התפקיד בצוות הבריאות.	
		2. מקדם קשרי עבודה חיוביים בצוות המורכב מהפיזיותרפיסט ושותפי התפקיד, על ידי הפגנת כבוד לתפקידים ולתרומה של כל אחד מאנשי הצוות להשגה של טיפול מיטבי במטופלים ובלקוחות. זאת, תוך הכרה באחריותו של הפיזיותרפיסט על ביצועי כפיפיו בטיפול ובמתן השירותים למטופלים וללקוחות.	
		3. מחפש הזדמנויות לקידום בונה של תפקוד צוות הפיזיותרפיה, במטרה לשפר את תוצאי הטיפול והשירותים הניתנים למטופלים וללקוחות.	
		4. מחפש הזדמנויות לשיתוף פעולה עם מטופלים-לקוחות, מטפלים ואנשי צוות מקצועי מתחומים שונים, במטרה לשפר את תוצאי הטיפול והשירותים הניתנים למטופלים וללקוחות.	
		5. מתרגל הקשבה פעילה כדי לעודד את הביטוי של רעיונותיהם ודעותיהם של אחרים.	
		6. משתמש בתקשורת מותאמת לקידום ולשיפור עבודת צוות.	
		7. מנטר את המודעות האישית והשימוש שלי בכוח ביחסים הבין-אישיים בשיתופי פעולה.	
חמלה ואכפתיות Compassion) (and Caring	חמלה היא השאיפה להזדהות עם היבט מסוים מניסיונו של האחר או לחוש היבט זה; שלב מקדים לאכפתיות. אכפתיות היא דאגה, אמפתיה והתחשבות בצרכים ובערכים של אחרים.	1. אני מבין את ההשפעות החברתיות-תרבותיות, הכלכליות והנפשיות על חיי האדם בסביבתו.	
		2. מבין את נקודת מבטו של האדם.	
		3. מסנגר על צורכי המטופל.	
		4. מקיים תקשורת יעילה מילולית ובלתי מילולית עם אחרים, ומביא בחשבון הבדלים אישיים בסגנון למידה, שפה, יכולות קוגניטיביות, וכדומה.	
		5. מעצב תוכניות התערבות למטופל העולות בקנה אחד עם צרכיו.	
		6. מעצים מטופלים להשגה של רמת התפקוד הגבוהה ביותר האפשרית ולקבלת החלטות עצמיות לגבי הטיפול בהם.	
		7. מתמקד בהשגת השלומות (well being) הגדולה ביותר והפוטנציאל הגבוה ביותר של המטופל.	
		8. מזהה את ההטיות החברתיות, התרבותיות, המגדריות והמיניות שלי ונמנע מלפעול לפיהן.	
		9. כולל את היבטי הטיפול הרגשיים והנפשיים של המטופל.	
		10. קשוב לצרכים האישיים ולנוחות של המטופל.	
		11. מפגין כבוד כלפי אחרים ומתייחס לאחרים כייחודיים ובעלי ערך.	

חובה (Duty)	חובה היא מחויבות הפיזיותרפיסט לעמוד בחובותיו, להעניק שירותי פיזיותרפיה יעילים למטופלים יחידים, לשרת את המקצוע ולהשפיע לטובה על בריאות החברה.	1. אני מציג תועלת על ידי מתן "טיפול מיטבי".	
		2. מאפשר לכל אחד השגת מטרות לתפקוד, בריאות ושלומות (wellness).	
		3. משמר את הבטיחות, הביטחון והסודיות של אנשים בכל ההקשרים המקצועיים.	
		4. מעורב בפעילויות מקצועיות מעבר למסגרת הפרקטיקה.	
		5. מקדם את מקצוע הפיזיותרפיה.	
		6. משמש מנטור לאחרים כדי לממש את הפוטנציאל שלהם.	
		7. מתגאה במקצוע שלי.	
		8. מציית לכל החוקים והתקנות הרלוונטיים ברמה המקומית והארצית.	
מצוינות (Excellence)	מצוינות היא פרקטיקה בפיזיותרפיה המשתמשת בעקביות בידע ובתיאוריה עדכניים תוך הבנה של מגבלות אישיות, משלבת שיפוט יחד עם נקודת המבט של המטופל, קוראת תיגר על הבינוניות ופועלת לפיתוח ידע חדש.	1. אני מפנים את חשיבות השימוש בראיות ממספר מקורות לתמיכה בעשייה המקצועית ובהחלטות המקצועיות.	
		2. משתתף בעשייה מקצועית משולבת ושיתופית לקידום תוצאי בריאות וחינוך באיכות גבוהה.	
		3. משדר ענווה אינטלקטואלית במצבים מקצועיים ואישיים.	
		4. מדגים רמות גבוהות של ידע ומיומנויות בכל היבטי המקצוע.	
		5. משתמש בעקביות בראיות לתמיכה בהחלטות מקצועיות.	
		6. מדגים סובלנות לאי-בהירות.	
		7. שואף למצוא ראיות חדשות להרחבת הידע.	
		8. מעורב ברכישת ידע חדש לאורך כל חיי-המקצועיים.	
		9. חולק את הידע שלי עם אחרים.	
		10. תורם לפיתוח ולעיצוב של מצוינות בכל תפקידי המקצועיים.	
שילוב/הכלה (Inclusion)	שילוב מתקיים כאשר הפיזיותרפיסט יוצר סביבה מכילה ושוויונית עבור כולם. פיזיותרפיסטים פועלים בגישה מכילה כאשר הם מתחייבים לספק מרחב בטוח, להעצים קולות מגוונים וקולות מיעוטים, להכיר בהטיות אישיות שעלולות להשפיע על הטיפול במטופלים, ולנקוט עמדה נגד אפליה.	1. אני משתף פעולה עם צוותים מגוונים ומעריך את התרומה הייחודית של כל חבר צוות.	
		2. מטפח תרבות של קבלה ושייכות.	
		3. ניגש לסיטואציות בסקרנות ובאמפתיה.	
		4. משקיע בלמידה עצמית על נושאים שאינם מוכרים לי לפני שמבקש מאחרים ללמד אותי.	
		5. משתמש בשפה מכילה, במונחים הולמים ובשיטות ובצורות תקשורת הולמות (מילולית, בלתי מילולית, כתובה וחזותית).	

		6. מחפש נקודות מבט שונות ומגלה פתיחות כלפיהן.	
		7. מאתגר התנהגויות או הערות מפלות באופן בונה.	
		8. מציע ברית ותמיכה באחרים בדרכים שונות, קטנות כגדולות.	
		9. מקדם סביבות עם מרחבים מכילים, כגון חדרי שירותים נגישים וחדרים ייעודיים לתפילה, הנקה וכדומה.	
		10. מקדם יותר הכלה באספקת שירותי בריאות, במערכות בריאות ובמחקר.	
יושרה (Integrity)	יושרה היא דבקות איתנה בעקרונות אתיים או בסטנדרטים מקצועיים; יושרה היא אמינות, הוגנות, לפעול בהתאם למה שאמרת שתעשה ולומר בגלוי את הסיבה למעשיך	1. אני מציית לכללים, לתקנות ולחוקים החלים על המקצוע.	
		2. נצמד לסטנדרטים המקצועיים ברמה הגבוהה ביותר (פרקטיקה מקצועית, אתיקה, תגמולים, ועדת אתיקה מוסדית, קוד התנהגות וכדומה).	
		3. מבטא בבירור ומפנים אידאלים מוצהרים וערכים מקצועיים.	
		4. מפעיל שיקול דעת בשימוש בכוח (לרבות הימנעות משימוש בזכויות יתר שאיני ראוי להן).	
		5. מיישב דילמות בהתחשב בערכי ליבה עקביים.	
		6. אני ראוי לאמון.	
		7. נוטל על עצמי אחריות להיות חלק בלתי נפרד מניהול הטיפול המתמשך במטופלים.	
		8. פועל כנגד הטרדות והטיות של אנשי מקצוע ואחרים.	
		9. מזהה את גבולות מומחיותי ומפנה בהתאם. מכיר במגבלותיי ופועל בהתאם.	
		10. בוחר בתעסוקה מקצועית העולה בקנה אחד עם ערכים וסטנדרטים אתים ומקצועיים.	
		11. פועל על סמך ערכים מקצועיים גם כאשר תוצאות ההתנהגות עלולות לסכן אותי.	
אחריות חברתית (Social Responsibility)	אחריות חברתית היא קידום האמון ההדדי בין המקצוע לציבור הרחב, המחייב מענה לצרכים חברתיים למען בריאות ושלומות (wellness).	1. אני מסנגר על צורכי בריאות ושלומות של החברה, לרבות גישה לטיפול רפואי ולשירותי פיזיותרפיה.	
		2. מקדם כשירות תרבותית במסגרת המקצוע ובציבור הרחב.	
		3. מקדם מדיניות חברתית המשפיעה על צרכי התפקוד, הבריאות והשלומות של מטופלים.	
		4. מוודא שהמדיניות החברתית הקיימת היא לטובתו האישית של המטופל.	
		5. מסנגר לטובת שינוי בחוקים, בתקנות ובתקנים המשפיעים על אספקת שירותי הפיזיותרפיה.	
		6. מקדם התנדבות בקהילה.	
		7. אני אקטיביסט פוליטי.	
		8. משתתף בהשגת יעדי בריאות של החברה.	
		9. מבין סוגיות עדכניות ברמת הקהילה, המדינה והעולם, ואת האופן בו הן משפיעות על בריאות ושלומות החברה ובמתן הטיפול הפיזיותרפי.	
		10. מעניק מנהיגות בקהילה.	
		11. משתף פעולה עם אנשי מקצועות בריאות ורפואה אחרים ועם הציבור בכלל.	
		12. מוודא שהשירותים ממזגים צדק חברתי ויעילות כלכלית.	

מבוא למקצוענות: עקרונות מנחים וכלים לפיזיותרפיסט המתחיל, בשנתיים הראשונות לעיסוקו בתחום

אסנת עטון-עיני, BPT, PhD

החוג לפיזיותרפיה, אוניברסיטת חיפה

תקציר

צמיחה מקצועית לעבר מקצוענות, הכוללת שאיפה למצוינות, היא עיקרון מרכזי בפיזיותרפיה, ויעד עבור פיזיותרפיסטים במהלך הקריירה המקצועית שלהם. עם זאת, הדרך להשגת מקצוענות, המשלבת ידע שיטתי, פיתוח אינטואיציה קלינית מבוססת-ניסיון והשתלבות בפרופסיה, אינה תמיד פשוטה או ברורה. התהליך הזה מאתגר במיוחד בשלב המוקדם של ההתפתחות המקצועית, הכולל את השנתיים הראשונות לעיסוק בתחום, שבהן הקלינאים מתחילים לעצב את זהותם המקצועית ולגבש דפוסי עבודה. שלב זה בהתפתחות המקצועית הוא נושאו של המאמר הזה.

במאמר נדון ברכיבי הליבה של ההתפתחות המקצועית ובדרכים לפיתוחם בשלב המוקדם, ונציג את הרפלקציה ככלי חיוני ללמידה מתוך התנסות. כלי הרפלקציה יוצג לאור הספרות ולאור התובנות האישיות מהתנסות ביישום האקדמי של הכלי בקרב סטודנטים בשנה האחרונה לתואר ראשון. דיון בסוגיות אלו הוא חשוב כבסיס לפיתוח שיח מקצועי עתידי.

מילות מפתח: פיזיותרפיה, התפתחות מקצועית, מקצוענות, מצוינות מקצועית, שלבי ההתפתחות המקצועית, רפלקציה, כתיבה רפלקטיבית

הקדמה

המאמר עוסק במקצוענות בפיזיותרפיה, ומתמקד בשנתיים הראשונות לעבודתו של הפיזיותרפיסט מסיום לימודיו ובתחילת דרכו המקצועית כפיזיותרפיסט מתחיל. נושא המקצוענות בהקשר הישראלי נידון בצורה מוגבלת יחסית, למעט מספר התייחסויות מחקריות ואחרות בתחום.[x] במאמר יתוארו רכיבי המקצוענות בדגש על המאפיינים הייחודיים לשנתיים הראשונות בקריירה. כלי הרפלקציה, בדגש על כתיבה רפלקטיבית, יוצג כמשאב חשוב שיסייע לפיזיותרפיסט המתחיל לבנות תהליך מתמשך של למידה והתפתחות מקצועיות. המאמר ישלב נקודות מבט מתוך גופי הידע של הפיזיותרפיה ומקצועות בריאות משיקים, וכן התייחסות לספרות מתחומים אחרים, כגון הסוציולוגיה של המקצועות, פסיכולוגיה ועוד.

מפת הדרכים לעבר אי שם: לאן אנו שואפים כאנשי מקצוע?

בחלק זה יידון תחילה המונח "פרופסיה" (profession); ייבחנו ההבדלים בין המונחים "מקצוע" ו"פרופסיה", יוצגו האתגרים הכרוכים בהגדרת המונח "מקצוענות" (professionalism) במקצוע הפיזיותרפיה ויסקרו רכיבי הליבה של מקצוענות.

פיזיותרפיה כפרופסיה

למרות חילוקי הדעות בין חוקרי הסוציולוגיה של המקצועות באשר למשמעות של המונח "פרופסיה", ישנם קריטריונים כלליים להגדרת המונח. פרופסיה היא תחום עיסוק מקצועי הדורש הכשרה מקצועית פורמלית ומעמיקה, המושתתת על ידע מקצועי ייחודי ומוגדר. המקצוע נתפס בעיני העוסקים בו ובעיני הציבור כשונה מהותית ממקצועות אחרים, והוא מוסדר

ומבוקר על פי חוק. העבודה בתחום מחייבת מסלול הכשרה מובנה וההתנסות מעשית. נוסף על כך, העוסקים בפרופסיה משתייכים לארגונים מקצועיים, ברמה הלאומית והבינלאומית, העוסקים בקביעה של סטנדרטים מקצועיים ואתיים למען פיתוחו וקידומו של המקצוע.[3,2,1] המונח "מקצוע" בא לתאר כל עיסוק או תחום עבודה באשר הוא, ואילו המונח "פרופסיה" בא להדגיש את מעמדו המיוחד של העיסוק המקנה לעוסקים בו סטטוס והכרה ממסדית, חברתית ומשפטית.[4,ב] לפיכך, כל פרופסיה היא מקצוע אך לא כל מקצוע הוא פרופסיה.

הפיזיותרפיה כמקצוע עברה כברת דרך ניכרת עד היום, והיא עומדת זה מכבר בכל הקריטריונים הדרושים להגדרת פרופסיה. הפיזיותרפיה - כתחום מקצועי כללי ובתחומיה השונים - נמצאת בתהליך פיתוח דינמי ומתמשך. הפיתוח כולל שילוב של גישות וכיווני פעולה חדשים בהיבטים מקצועיים, אתיים וחברתיים, ברמות המקומית, האזורית הארצית והעולמית. מפאת קוצר היריעה לא ייסקרו כאן במפורט התהליכים האלה, כולל המעורבות של כוחות מובילים בהקשר הישראלי, כמו העמותה לקידום הפיזיותרפיה, משרד הבריאות וגורמים נוספים. עם זאת, ישנן דוגמאות בולטות לשינויי הגישה שחלו במהלך השנים, כגון התייחסות מעמיקה ורחבה יותר להיבטים פסיכולוגיים, כמו מוטיבציה ומסוגלות עצמית, ותכלול של שינויים טכנולוגיים וחברתיים המאפשרים שילוב שירותים דיגיטליים, כמו הרפואה מרחוק.[6,5] הפיזיותרפיה מתמודדת עם אתגרים מקצועיים רבים. חלק מהם קשורים להגדרת תחום פעילותה, לגבולות המקצוע ולתחום העיסוק מול מקצועות אחרים, בין שהם מוכרים כפרופסיות (כגון ריפוי בעיסוק), ובין שלאו (כגון תחומי הרפואה המשלימה). ברמה הבינלאומית, תכניות הלימודים וההכשרה המקצועית התפתחו באופן שונה ממדינה למדינה, וקיימים הבדלים משמעותיים בהכשרה הבסיסית, בקיום מומחיות (clinical specialization) או בהיעדרה, ובמערכת הבריאות עצמה. ההבדלים האלה בולטים במיוחד בין המודלים האמריקאי, האירופי והישראלי. נוסף על כך, קיימים הבדלים בין מדינות בתגמולי השכר לפיזיותרפיסטים אשר מקשים את ההשוואה בין מודלים שונים של פיתוח המקצוע. לנוכח אתגרים אלו ואחרים, הפיזיותרפיה ממשיכה להתקדם תוך פיתוח מעמדה כפרופסיה מתוך מחויבות למצוינות מקצועית.

גובה הפסגה המקצועית: מהי מקצוענות בפיזיותרפיה?

ההתפתחות של פרופסיה כוללת הגדרה של הסטנדרטים המקצועיים והאתיים בצד קביעת ערכי הליבה למקצוענות ויעדים למצוינות מקצועית. המקצועיות מתייחסת ליישום המיומנויות הנדרשות למילוי התפקיד בהתאם לסטנדרטים; המקצוענות (professionalism), לעומתה, היא מונח מורכב ורב-ממדי שמתאר את הגישה המקצועית הכוללת של אדם לעיסוקו, אשר מקיימת התנהלות ברמה גבוהה של ידע, מיומנות, והתנהגויות ותכונות הקשורות בערכי הליבה של המקצוע. גישה זו מכילה, בין היתר, שאיפה מתמשכת למצוינות מקצועית (השגת ביצועים ברמה הגבוהה ביותר). אף על פי שהשאיפה למקצוענות ולמצוינות מקצועית משותפת לפרופסיות רבות לא תמיד היא ניתנת למדידה בדרך ברורה ומוסכמת. כזהו המצב גם בפיזיותרפיה, שלמרות הדיון הנרחב בנושא המקצוענות ובערכי הליבה,[7–13] המדדים להערכתם אינם תמיד ברורים או מוסכמים.[13]

חוסר בהירות זה מתייחס, בין היתר, לסוגיה האם יש למדוד מקצוענות רק על פי קריטריונים אובייקטיביים, כגון ניסיון, הסמכה ועמידה באמות מידה מקצועיות ואתיות, או שמא יש להוסיף מדדים סובייקטיביים, כגון יוקרה מקצועית ועמדות כוח במוסדות המקצוע ובתפקידי מפתח אקדמיים וניהוליים. הסוגיה הזו רלוונטית במיוחד בעידן של שינויים טכנולוגיים וחברתיים מואצים. כך, לדוגמה, עולה השאלה כיצד יש להתייחס לבולטות בתחום דרך נוכחות במדיה החברתית, שעשויה להשיג השפעה חברתית-מקצועית ניכרת. עבור פיזיותרפיסטים צעירים, השפעה במדיה החברתית עשויה להיתפס כמדד להצלחה מקצועית. עם זאת, חשוב להבין כי היא אינה משקפת תמיד תרומה מקצועית, ולעיתים התוכן שמושך תשומת לב במדיה החברתית אינו קשור בהכרח במצוינות מקצועית. השאלה המרכזית היא אפוא - האם, מעבר להתפתחות האינדיבידואלית של כל קלינאי, ניתן להגדיר את הערכים ורכיבי הליבה שעליהם מבוססת מקצוענות ומצוינות מקצועית?

רכיבי הליבה של מקצוענות בפיזיותרפיה

ישנן כמה גישות להגדרת מקצוענות, וכל אחת מהן מבטאת היבטים שונים של התנהלות מקצועית. נושא זה מעורר עניין בתחומים רבים, שכל אחד מהם תורם להבהרת המושג ולפיתוח ההבנה הרחבה והמעמיקה של מקצוענות. דוגמאות

בולטות לכך ניתן למצוא בתחומים כגון הוראה,[14] רפואה,[15] ריפוי בעיסוק[4] וגם בפיזיותרפיה.[9–13] עושר המידע הקיים בקשר לרבדים השונים של מקצוענות הוא הבסיס להתוויית מסגרת כללית עבור רכיבי הליבה בתחום שאותה אציג בהמשך.

בפיזיותרפיה פורסמו כמה מאמרים ומקורות מקצועיים אחרים (לדוגמה אתרי עמותות מקצועיות או ארגונים בתחום) אשר הציגו את ערכי הליבה המקצועיים למקצוענות (core values of professionalism) על פי סקרים, דעות מומחים ומחקר. כך לדוגמה פורטו ערכים כמו אחריות מקצועית, מצוינות, אלטרואיזם, יושרה, חמלה/אכפתיות, ועוד. כל אחד מן המקורות שיקף את ההקשר המדינתי הייחודי, למשל ארצות הברית,[16] קנדה[8] ואוסטרליה;[7] מהתבוננות ברשימת הערכים שמופיעים במקורות אלה אפשר להבחין הן בדמיון והן בהבדלים בין המדינות הללו. בארצות הברית ה-American Physical Therapy Association אף פיתחה כלי יישומי הכולל הערכה עצמית כמותית המאפשרת לקלינאים לבחון כיצד הם מיישמים את ערכי הליבה של המקצוענות בפיזיותרפיה (Self-Assessment: Core Values for the Physical Therapist and Physical Therapist Assistant).[17]

ניתן לחלק את הרכיבים והקטגוריות השונות הללו, כפי שמצוינים בגופי הידע השונים בתחום הפיזיותרפיה וגם בתחומים אחרים כמו ריפוי בעיסוק, רפואה והוראה, לשלושה רכיבי ליבה עיקריים של מקצוענות:

1. **ידע שיטתי, ספציפי ועדכני** במדעי הפיזיותרפיה. הרכיב הזה מתייחס לידע תיאורטי - ידע מחקרי ומבוסס ראיות (EBP); ידע המתייחס לטכניקות ומיומנויות קליניות להערכה והתערבות, כולל ידע על כלֵי אבחון עדכניים;

2. **אינטואיציה קלינית מבוססת-ניסיון** (experience-based practice), שיש המכנים אותה "החוכמה המעשית-קלינית" (practical wisdom). זהו רכיב העוסק ביכולת להפעיל ידע במצבים מעשיים, תוך התחשבות בהקשר ובניסיון קודם. יכולת זו כוללת חשיבה אינדוקטיבית, שבה המטפל לומד להסיק ממקרים בודדים לכלל. וחשיבה אינטואיטיבית, המתרחשת באופן בלתי מודע ואסוציאטיבי, על סמך תחושותיו וניסיונו, שבאמצעותם תופס המטפל את הפתרון הנכון בוודאות חזקה, גם כאשר אין לו הסבר רציונלי מילולי לכל פעולה.[1] דפוסי חשיבה משלימים אלה מבטאים את "אומנות" הטיפול - מציאת פתרונות גמישים ויצירתיים מותאמי-מטופל והקשר, בעיקר במצבי עמימות.

3. **השתלבות בפרופסיה:** רכיב זה עוסק במעורבותו של הפיזיותרפיסט במקצוע. בכלל זה נמנים הכרת אמות המידה המקצועיות והאתיות, הכרת ערכי הליבה של המקצוע, הכרה בתהליכי ההתפתחות בתחום ומחויבות לקידום הפרופסיה. מעורבותו יכולה לכלול לדוגמה חברות בעמותה המקצועית, הדרכת סטודנטים וקלינאים צעירים, השתתפות בקבוצות עניין ובוועדות מקצועיות, יצירת תוכן מקצועי, כמו ניירות עמדה ומאמרים, קידום קורסי המשך, השתתפות במחקר קליני ובכנסים מקצועיים. מעורבות כזו לא רק שהיא תורמת לפיתוח הפרופסיה, אלא שהיא גם תומכת בהתפתחות האישית של הקלינאי. היא מעמיקה את השתייכותו למקצוע, מפתחת ראייה רחבה של המקצוע ביחס לפרופסיות אחרות, תורמת להתעדכנות מקצועית, ומונעת התנהלות מבודדת. בכך היא מאפשרת המשך התפתחות והתאמה לתנאים החדשים בשדה המקצועי.

התפתחות של מקצוענות, לרבות השאיפה למצוינות קלינית, מבוססת על פיתוח ושילוב מתמשכים של יכולות בשלושת רכיבי הליבה יחד. בכך הקלינאי המקצוען מצד אחד סומך על האינטואיציה הקלינית שפיתח, ומצד אחר תמיד מעדכן, מבסס ומאשש אותה באמצעות ידע מקצועי עדכני וכלי הערכה מתאימים. הוא מבחין בפרטים אך גם רואה את התמונה הרחבה, יודע ליישם את התיאוריה והידע על המקרה הפרטי, אך גם מפתח יכולות היסק מן המקרה הפרטי לכלל. הוא מכיר לעומק את תחום העיסוק שלו, שומר על גבולות המקצוע ומבין מתי יש לשלב מקצועות אחרים ולשתף פעולה בעבודת צוות רב-מקצועית. בכך הוא מפגין גמישות ורגישות המאפשרות לו לפתח תהליך טיפולי אפקטיבי ומותאם אישית, שמניע את המטופל להתקדם ולהשיג את מטרות הטיפול.

השילוב בין הרכיבים הוא הכרחי לקידום מצוינות מקצועית ולהשגת תוצאה מיטבית עבור המטופל. ולכן כאשר אחד משלושת רכיבי הליבה מודגש מדי על חשבון שני הרכיבים האחרים, ההתפתחות המקצועית אינה מיטבית. דוגמה לכך היא מצב שבו יש הישענות מופרזת ביותר על אינטואיציה קלינית. בספרות נמצא כי לגישה האינטואיטיבית יש אחיזה חזקה בעבודת השטח במקצועות הבריאות, כולל.[18–20]

אינטואיציה קלינית אכן מאפשרת לקבל החלטות מהירות וממוקדות כמעט ללא מאמץ מנטלי, והיא משמעותית מאוד בתהליך הקליני בקרב קלינאים מנוסים. עם זאת, היא נושאת בחובה מגבלות מהותיות, כגון הטיות קוגניטיביות שעלולות להוביל לאינטואיציות שגויות בלתי תקפות. יעילותה תלויה בידע שיטתי מעמיק המתעדכן תדיר ובהחלטות המבוססות על ראיות מוצקות ועל כלים אבחוניים שיטתיים. כמו כן, היא תלויה בהתנסויות רבות ומגוונות וביכולת לבחון את ההחלטות מול המציאות, כולל על ידי קבלת משוב חיצוני לזיהוי טעויות ותחומים לשיפור.[7] דוגמה הפוכה היא מצב שבו קיימת נטייה חזקה במיוחד להתמקדות בידע, כך שהרכיב הזה מקבל את הדגש המשמעותי ביותר. במצב כזה, הקלינאי מתמקד בניסיונות להשגת הוכחות מדעיות לכל החלטה קלינית, מה שעשוי להוביל לקשיים מעשיים. למרות הידע הרב של הקלינאי, התמקדותו בהשגת הידע עלולה לפגום ביכולתו ליישם ידע זה באופן ממוקד ויעיל. מדובר במיוחד במקרים שבהם אין הוכחה מדעית זמינה או ברורה למצב הקליני הנתון. הידע עשוי שלא להיות מותאם להקשר הרחב של המטופל, הכולל את אמונותיו, ערכיו וציפיותיו. רכיב האינטואיציה מסייע להתאים את הידע להקשר הזה, וליישם התערבויות ביתר דיוק וגמישות. קידום שלושת הרכיבים יחדיו מאפשר לפתח ראייה כוללנית של המטופל, לקדם יכולות קליניות ולקבל החלטות מיטביות בנוגע להתאמה של ההערכה וההתערבות לצרכים המשתנים בפרקטיקה.

המקצוענות מתפתחת לאורך כל מסלול הקריירה - מההכשרה הראשונית, הכוללת את הלימודים הקליניים והתיאורטיים, דרך השלבים הראשונים של הכניסה למקצוע כפיזיותרפיסטים צעירים, ועד להמשך הקריירה, שבו צובר הפיזיותרפיסט ניסיון וידע מעשי, וצריך לפתח ולשמר את המקצוענות לאורך הזמן. במאמר הזה נתמקד בשנתיים הראשונות במקצוע.

הצעד הראשון למצוינות מקצועית: השנתיים הראשונות כתקופה רגישה

מסלול ההתפתחות המקצועית של כל פיזיותרפיסט הוא דינמי וייחודי, ותלוי ביעדיו, בשאיפותיו, בכישוריו, בהקשר האישי ובהזדמנויות הנקרות בדרכו. ההבדלים בין פיזיותרפיסטים יכולים להתבטא בקצב ההתפתחות, במהלכה וביעדים שאליהם הם מגיעים. לעיתים ישנן תקופות המאופיינות בצמיחה מואצת וב"קפיצות גדילה", בצד תקופות המאופיינות בהתפתחות מתונה יותר. מעבר להיבט האישי, קיימים שלבים שונים במסלול ההתפתחות המקצועית. כך, לדוגמה, יידרש לקלינאי כעשור של ניסיון קליני עד שיגיע לשלב שבו הוא ייחשב למיומן ומנוסה (proficient), ואילו בשנתיים הראשונות לעבודתו הקלינית הוא ייחשב ל"מתחיל" (novice). חלק זה יתמקד בבחינת מאפייניו של שלב המטפל המתחיל, ובפירוט מקצת הצעדים החשובים בפיתוח רכיבי הליבה של המקצוענות המתאימים לשלב הזה. בהמשך, נעמוד על תרומתו המכרעת של כלי הכתיבה הרפלקטיבית בקידום ההתפתחות המקצועית.

מאפייני שלב הפיזיותרפיסט המתחיל: הציפיות והאתגרים

השלב הראשון בהתפתחות המקצועית של הפיזיותרפיסט הוא תקופה מרגשת אך רגישה ומאתגרת משום שהוא מתחיל לפתח את כישוריו המקצועיים במצבים קליניים ממשיים. השנה הראשונה, שבה מתרחש המעבר משלב הלימודים לשדה הקליני, נתפסת כשלב מאתגר במיוחד,[21] שכן אף על פי שהקלינאי במקצועות הבריאות סיים לימודים אינטנסיביים שבהן רכש ידע עדכני ומקיף, הוא נתקל בקשיים בתרגום הידע שלו למצבים קליניים דינמיים ומורכבים.[22] הוא נדרש לקבל החלטות בזמן אמת, להתמודד עם עומס גדול של מטופלים ועם חוסר ודאות במצבים קליניים עמומים; אתגרים אלה מעמידים את יכולותיו המקצועיות למבחן.

בשלב הזה השדה הקליני מציב בפני הקלינאי אתגרים רגשיים, שמאלצים אותו להתמודד עם חוסר ביטחון, ולעיתים גם עם תחושת חוסר מסוגלות, שמאפיינת את ההתפתחות המוקדמת במקצוע.[23-25,21] מעסיקים של פיזיותרפיסטים שזה עתה החלו לעבוד ציינו כי אצל הפיזיותרפיסטים החדשים ניכרים קשיים בקבלת החלטות תחת לחץ, במיומנויות תקשורת, בפתרון בעיות, בניהול זמן ובניהול מצבים עם אוכלוסיות מורכבות.[26] שלב ה"מתחיל" אצל הפיזיותרפיסט כרוך גם בשינויים בזהותו המקצועית, ובכלל זה עדכון ציפיותיו מן המקצוע ומיכולותיו האישיות, בצד שאלות לגבי שייכותו והשתלבותו במקצוע.[23,25] מחקרים איכותניים העוסקים בשלב המוקדם מצביעים על תחושות חיוביות של עצמאות והתלהבות מהעשייה, אך גם על חוסר ביטחון, ספקות בנוגע למיומנויות האישיות וחוסר מוכנות, הכוללים לעיתים גם צורך "להעמיד פנים". ההתמודדות עם האתגרים הללו משתנה בין פיזיותרפיסט

לפיזיותרפיסט, והיא תלויה בהקשר האישי ובאסטרטגיות ההתמודדות שפיתח.[21]

הכרת המאפיינים הייחודיים לשלב זה היא חיונית להבנת הצרכים והאתגרים של פיזיותרפיסטים מתחילים ולתיאום ציפיותיהם מעצמם ולתיאום ציפיותיה של הסביבה מהם בהתאם לשלב שהם נמצאים בו. לדוגמה, נמצא כי פיזיותרפיסטים מתחילים ציפו מעצמם לפעול ברמה מקצועית דומה לרמתם של עמיתיהם המנוסים, מה שיצר פער והשפיע על ביטחונם המקצועי.[27] הבנת המאפיינים מאפשרת תכנון מותאם של הציפיות, תמיכה והכוונה נדרשות, תוך שמירה על התפתחות מקצועית מיטבית.

צעדים חשובים לקראת פיתוח מקצוענות אצל הפיזיותרפיסט המתחיל

לחשוב על הצעד הראשון

בשנתיים הראשונות לקריירה, בחירת סביבות העבודה של הקלינאי הצעיר היא קריטית להתפתחות המקצועית שלו. קלינאי מתחיל זקוק לתמיכה מכוונת שתסייע לו להתמודד עם אתגרים ולפתח מקצוענות ומצוינות מקצועית. סביבה המפנה משאבים להדרכה אישית ומנטורינג, לתמיכת עמיתים, למתן משוב רציף ולתמיכה מקצועית, כולל נוכחות של דמויות לחיקוי בצוות הקלינאים המגלמות את ערכי הליבה המקצועיים, היא חיונית עבורו, שכן היא מאפשרת לו להתמודד עם אתגרים ולהתקדם באופן אפקטיבי.[23-25] מנטורינג במקום העבודה (mentorship), בדגש על תמיכה המותאמת אישית, נתפס על ידי פיזיותרפיסטים חדשים כגורם חיוני בהתפתחותם המקצועית. המנטורינג השפיע לא רק על הפחתת מתח וחרדה במעבר, אלא גם על תפיסת ערכו של מקום העבודה כמעסיק. הפיזיותרפיסטים ציינו כי חשיבות המנטורינג התבטאה לא רק באינטראקציות עם מנטור ייעודי, אלא גם בקשרים עם עמיתים ואנשי מקצוע אחרים.[28]

מכאן שבחירת מקום העבודה בשלב הזה מחייבת שיקול דעת מעמיק. חשוב לבדוק לעומק מי הצוות במקום, מהי מידת המחויבות של הארגון להדרכה או למנטורינג, ולדעת את היקפם. תהליך של בחירה מודעת הוא חשוב ביותר שכן ההתאמה בין ערכים אישיים של הקלינאי, מטרות הקריירה שלו ודרישות הארגון נמצאה קשורה עם השתלבות והסתגלות מיטבית של העובד.[29] כחלק מן התהליך הטבעי של התְחַברות (socialization), הסביבה התומכת חשובה מאוד בפיתוח מקצועי ובמצוינות. סביבה כזו היא חיונית לפיתוח רכיבי הליבה של המקצוענות ולהגברת תחושת המסוגלות העצמית של הקלינאי.[23-25]

לפתח בהתמדה את רכיבי הליבה של המקצוענות

האתגר החשוב בשלב המתחיל אינו רק לשלוט בידע ובמיומנויות הקליניות אלא לדעת כיצד להתאימם לשלל המצבים והצרכים של המטופלים.[22] תהליך זה דורש הבנה שאין פתרונות ידועים ומוכנים מראש; יש לאמץ ולפתח את המיומנויות הראשוניות של פתרון בעיות קליניות שנרכשו במהלך הלימודים. פתרון בעיות קליניות וחשיבה ביקורתית נחשבים בין התכונות הפנימיות (intrinsic quality) המהותיות והמכריעות כדי לרכוש מקצוענות במקצועות הבריאות.[4] פיתוח גישת החשיבה של פתרון בעיות אינה משימה פשוטה, משום שהפיזיותרפיסט המתחיל צריך לפתח כלים מחשבתיים שיאפשרו לו להעניק טיפול המשלב ידע מבוסס-ראיות יחד עם גמישות ויכולת זיהוי של גורמים שונים במצבו של המטופל הדורשים כוונון לצרכים משתנים ולמידה מן הניסיון.

כיצד עושים זאת? הדרך לכך היא באמצעות תכנון מוקפד והשקעה בצמיחה מקצועית מתמשכת בשלושת רכיבי הליבה ושילוב כלים לפיתוח והערכת תהליך ההתפתחות המקצועית.

באשר לרכיב הליבה הראשון, הידע - בשלב הזה אין מצופה מן הקלינאי לדעת הכול, אך מצופה ממנו לשלוט בבסיס הידע שלמד וליישם את המיומנויות הראשוניות שרכש במהלך לימודיו בניווט במידע הקיים ולהסיק ממנו את המסקנות הרלוונטיות. בין הכלים המסייעים בהשגת מטרה זו נמנים השימוש בהנחיות קליניות (guidelines), אשר עיבדו את הידע ותכללו אותו עבור מצבים קליניים, והתמקדות בסקירות שיטתיות וממפות, אשר מספקות תמונה כוללת של ידע עדכני בנושא מסוים. גם כאן ישנה חשיבות לתמיכה הסביבתית, לרבות תמיכה בקורסי המשך, למידת עמיתים, Journal Club, הקדשת ישיבות צוות להצגת וניתוח קווים מנחים מקצועיים ומאמרים.

פיתוח אינטואיציה קלינית, רכיב הליבה השני, דורש חשיפה רבה למטופלים והתנסות אקטיבית תחת הדרכה צמודה.

בשלב הזה, משוב מיידי ורציף ממדריך ברמה גבוהה הוא חיוני ומהותי לכיול ההחלטות ולהבנת דרך החשיבה של הקלינאי המנוסה.[7]

הכלי המרכזי שיכול לסייע בתהליך הזה הוא הרפלקציה, כלי של אינטרוספקציה, שמקורו בתחום הפסיכולוגיה. הרפלקציה היא תהליך מנטלי מורכב המשלב התבוננות, שיקוף ועיבוד מעמיק של חוויות, פעולות והתנסויות. כלי הרפלקציה נועד לעודד התבוננות פנימית, שיקוף של חוויות והתנסויות קודמות, ועיבוד של פעולותיהם כדי ללמוד ולשפר את ההתנהלות האישית והמקצועית. הכלי הזה, שמאפשר להבין את המשמעות וההשלכות של ההתנסויות השונות, יפורט בהרחבה בהמשך. גם בתהליך הפיתוח של רכיב ליבה זה, גדולה חשיבותן של יוזמות ארגוניות ותמיכה סביבתית, כגון הדרכה קבוצתית וניתוח מקרים בהנחיית מומחים בתחום, שבהן מוצגות דרכי חשיבה קלינית ומוענק משוב על דיוני עמיתים. גורמי מפתח בתהליך מאתגר זה הם מנטורינג איכותי, הנחיה מקצועית צמודה ומעורבות של צוות עמיתים מנוסה, אשר תורמים למשוב חיצוני ולשילוב תהליכי רפלקציה של אחרים, ובכך מסייעים לפיתוח "חוכמת המעשה".

הרכיב השלישי - ההשתלבות בפרופסיה, כוללת מגוון פעילויות, והיא תלויה הן במאמצים האישיים של הקלינאי והן בתמיכה שמספקת לו הסביבה. הקלינאי הצעיר יכול להיעזר בשיתופי פעולה עם עמיתים בקבוצות עניין, להרחיב את אופקיו על ידי השתתפות בכנסים מקצועיים וליצור קשרים משמעותיים עם קולגות, כל זאת במטרה להעמיק את השתלבותו ולהאיץ את התפתחותו המקצועית. גם תהליך זה יכול להיתמך ברפלקציה מתמשכת ובמנטורינג.

נוסף על הרפלקציה, הערכת התהליך של ההתפתחות המקצועית יכולה לכלול שילוב דרכי הערכה כמותיים ואיכותניים מבוססי משוב פנימי, כגון: Self-Assessment Core Values for the Physical Therapist and Physical Therapist Assistant,[17] ומשוב חיצוני, כגון משוב ממדריכים ממטופלים והערכת עמיתים (peer assessment).[30]

"מראה מראה שעל הקיר": רפלקציה ככלי מרכזי להתפתחות המקצועית של הפיזיותרפיסט המתחיל

כאמור, רפלקציה היא תהליך מנטלי מורכב המשלב התבוננות, שיקוף ועיבוד מעמיק של חוויות, פעולות והתנסויות. תהליך זה, המשלב היבטים קוגניטיביים ורגשיים, תורם לפיתוח הבנה מעמיקה של עצמנו ושל האחרים, ולבחינה מחודשת של משמעות ההתנסויות והשלכותיהן והערכה של תפיסות והבנות קודמות. הרפלקציה מאפשרת ליחיד או לקבוצה לחקור התנהגויות ולנתח מצבים מורכבים או מעורפלים, שאין להם פתרון מידי וברור.[32,31] על אף שהמונח "רפלקציה" תורגם בעברית ל-"השתקפות" או "שיקוף עצמי" או "התבוננות עצמית", ניצמד במאמר זה למונח הלועזי "רפלקציה" משום שהוא רווח ומובן בהקשר של מקצועות הבריאות.

יכולת הרפלקציה משתנה מאדם לאדם ותלויה בחוויותיו האישיות ובהקשרים שבהם הוא פועל. בחירת הנושאים לעיבוד רפלקטיבי תלויה גם במשמעותם עבור הכותב. מיומנות הרפלקציה ניתנת לפיתוח, אך היא דורשת הכוונה נכונה, הדרכה ממוקדת והתמדה. הכלי הרפלקטיבי מיושם במגוון אופנים - כגון כתיבת יומנים, יצירת נרטיבים וייצוגים רפלקטיביים, והוא יכול להיות בשימוש אישי, אך גם קבוצתי.[32] לרוב, רפלקציה ברמה השטחית היא תיאורית ופחות אנליטית, ואילו הרפלקציה העמוקה, הקשה יותר להשגה, מכילה ניתוח ביקורתי וסינתזה, המאפשרים אינטגרציה בין למידה חדשה ובין המבנה הקוגניטיבי של הלומד.[34,33] כתיבה רפלקטיבית היא כלי נפוץ מאוד לקידום תהליכי למידה במסגרת ההכשרה במקצועות הפסיכולוגיה, החינוך והבריאות. מטרת הכתיבה היא לשקף תהליכי מחשבה, לתעד את תהליך הלמידה, תובנות שהתחדדו לגבי התנסויות החווייתיות בשדה, לגבי הלומד וסביבתו, ולתאר ולהעריך את תוצרי הלמידה וההתנסות. הכלי הרפלקטיבי בולט בין הכלים והפעילויות המוצעים לפיתוח מקצועי בפיזיותרפיה.[13]

כדי להטמיע רפלקציה אפקטיבית בשלב המוקדם של הלמידה, הלומדים צריכים להבין את משמעותה ואת היתרונות שהיא מספקת. הם זקוקים למבנה שינחה את הפעילות, כולל הנחיות מפורטות. משוב ממוקד חשוב להבטחת עומק הרפלקציה ולמניעת תוצרים שטחיים. הדגמה של המנחים את תהליך הרפלקציה, באמצעות שיתוף בהתנסויות אישיות ובחינה

ביקורתית של לקחים שנלמדו תורמת להצלחת התהליך.

למה לי רפלקציה (בפיזיותרפיה) עכשיו?

העולם הקליני בתחום הפיזיותרפיה דורש לא רק ידע ומיומנויות, אלא גם פרגמטיזם - להעניק טיפול, להשיג תוצאות ולתפקד בעומסי עבודה ובמגבלות זמן. בנסיבות כאלה, התמקדות בעשייה ובפתרון בעיות מידיות עשויה להרגיש טבעית ומובנת מאליה בעיקר לאילו מאיתנו שנוטים להיות פרגמטיים במיוחד. לכן כלים כמו רפלקציה, שמגיעים מעולמות הפסיכולוגיה והחינוך, עשויים להיתפס ככלים בלתי טבעיים, זרים או מיותרים - בבחינת "באנו לעבוד, לא להרהר .....". ואולם, במחשבה נוספת, מדובר בכלי קריטי לפיתוח מקצועי, שאם נשתמש בו נכון, יכול לשדרג כל החלטה טיפולית, ולסייע בשיפור מתמיד של האיכות הקלינית של פעולותינו.

אף על פי שהרפלקציה עשויה להיתפס לעיתים ככלי פחות טבעי בעבודת הפיזיותרפיסט, היא נחשבת למרכיב חשוב בשדה הפיזיותרפיה יותר מ-20 שנה. סקירה ממפה (scoping review) בנושא רפלקציה בפיזיותרפיה מ-2019, שבחנה 46 מחקרים בתחום הפיזיותרפיה שנעשו בשנים 1993-2017, העלתה כי הרפלקציה נמצאת בשימוש נרחב במקצוע זה כבר למעלה מ-20 שנה.[35] עם זאת, במקצועות בריאות אחרים, כגון רפואה, נערכו מחקרים רבים אף יותר. לדוגמה, בסקירה עדכנית נמצאו 191 מחקרים שעסקו בחקר הכתיבה הרפלקטיבית ברפואה.[36] כיום, הרפלקציה משתלבת בתוכניות לימוד בתארים ראשונים, בתארים מתקדמים ובקורסי post graduate במקצועות הבריאות בעולם והיא נמצאת בשימוש נרחב בלמידה הקלינית. חקר המחשבה הרפלקטיבית שכיח מאוד בקרב קלינאים מתחילים אך קיים גם בקרב פיזיותרפיסטים ברמת מומחה (clinical expertise in physical therapy). מעניין לציין כי שילוב של גישת החשיבה הרפלקטיבית נחשב לאחד ממאפייני המומחיות הקלינית המייחדים קלינאים המוגדרים כ"מומחים" (expert).[38,37]

המונח "קלינאי רפלקטיבי",[39] מתאר קלינאי המיישם חשיבה רפלקטיבית על התנסויותיו הקליניות, במיוחד במצבים מורכבים של עמימות קלינית הדורשים מענה גמיש ויצירתי. הוא עושה הערכה עצמית ביקורתית על פעולותיו ועל החלטותיו, תוך שימת לב להשפעות שלהן על עצמו ועל האחרים. נוסף על כך, הוא מקיים שיח רפלקטיבי בסביבתו המקצועית כדי לבחון את ההיבטים האינטואיטיביים של הטיפול ולערוך בקרה עליהם. על ידי שימוש ברפלקציה, הקלינאי מסוגל לשפר את כישוריו, להבין טוב יותר את צורכי המטופל ולספק טיפול איכותי וממוקד יותר.

הרפלקציה מספקת כלים חשובים לשיפור מקצועי ולהתפתחות מתמשכת. מדובר בתהליך שמאפשר לפיזיותרפיסט ללמוד מן הניסיון, לשלב נקודות מבט שונות, לנווט באזורים בלתי ברורים, להטיל ספק בהנחות, להבין ידע מגולם, ולטפח אינטואיציה קלינית וחוכמת מעשה.[40] בכך היא מסייעת בפיתוח כמה מיומנויות חיוניות:

1. **פיתוח ושימור מיומנויות -** מאפשרת למטפל להבין סיטואציות מורכבות, לזהות פערים בין הידע לתנאים בשדה הקליני ולגבש גמישות בהתאמת ההתערבויות;
2. **בניית בסיס ידע אינטגרטיבי -** מחברת בין תיאוריה לפרקטיקה, תוך תיקוף ושדרוג מתמיד של הידע הקיים;
3. **פיתוח הזהות המקצועית -** מאפשרת לפיזיותרפיסט להעריך את ביצועיו, לזהות תחומים לשיפור ולהבין את מקומו בתוך התרבות המקצועית, תוך שילוב בין הערכים האישיים לערכים המקצועיים.

רפלקציה בפעולה: תובנות אישיות בשימוש בכתיבה רפלקטיבית עם סטודנטים

כדי להמחיש את היישום המעשי של כתיבה רפלקטיבית, אציג דוגמה מהתנסות מעשית בהטמעת כתיבה רפלקטיבית בקרב סטודנטים בשנתם האחרונה לתואר ראשון באוניברסיטת חיפה. שנה זו מתאפיינת באינטגרציה ייחודית בין הלמידה האקדמית להתנסות הקלינית המעשית. היא כוללת שני סמסטרים מקוצרים, שביניהם מתקיימות שתי התנסויות קליניות משמעותיות: התנסות בתחום השיקום והתנסות בתחום הילדים. חשוב לציין שמדובר ברפלקציה שנועדה להכין סטודנטים למעבר לשלב הפיזיותרפיסטים המתחילים, ולא לשלבים מאוחרים יותר של הקריירה.

ההתנסות נערכה במסגרת קורס בחירה בתחום הילדים באוניברסיטת חיפה, שבו שולב כלי הכתיבה הרפלקטיבית כחלק אינטגרלי מן הקורס. מתכונת הקורס, שנפרס על פני שני סמסטרים וכולל התנסות קלינית בתחום הילדים בין הסמסטרים, אפשרה שילוב הדרגתי, שיטתי ומעמיק של

כלי הכתיבה הרפלקטיבית בתהליך הלימוד. כל סטודנט נדרש לפתח את יכולת העיבוד הרפלקטיבי של התנסויותיו באמצעות שלושה יומנים רפלקטיביים: יומן רפלקטיבי בסמסטר א', יומן רפלקטיבי של ההתנסות, יומן רפלקטיבי של סמסטר ב', וסיכום אינטגרטיבי של הכתיבה ביומן לאורך השנה. הכתיבה נעשתה בטופס מובנה מונחה (ראו טופס מובנה בנספח 1). במהלך שני הסמסטרים, הסטודנטים נדרשו לכתוב ביומן, תוך התייחסות לכל מפגש בקורס (כל ההרצאה), בטופס מובנה הכולל טבלה בת ארבעה חלקים: תיאור כללי של נושא המפגש, פירוט הנקודות שעלו כולל תובנות, שאלות והתלבטויות מתוך חוויית הלמידה, עיבוד וניתוח של חוויית הלמידה, וכן סיכום אינטגרטיבי של הלמידה. הטופס המובנה עבור מהלך ההתנסות התייחס לכל אחד משבועות ההתנסות, וכלל הנחיות לכתיבת היומן עבור כל שבוע, כולל הכוונה לכתיבת תכנים מותאמים המתמקדים בסטודנט, במדריך, בילד ומשפחתו, ומקום ההתנסות.

בסמסטר א' הונחו היסודות להבנת כלי הרפלקציה מתוך ההבנה שזהו כלי חדש ובלתי מוכר עבור הסטודנטים. הוצגו המושגים "רפלקציה" ו"כתיבה רפלקטיבית", ונדונה השונות בין סטודנטים, כמו גם בין אנשי מקצוע, בהבנת הכלי ובמיקוד הכתיבה. הובהר כי לא כל נושא שעולה במפגשים או בהתנסויות דורש עיבוד רפלקטיבי, אלא רק נושאים בעלי משמעות עבור הכותב. הסטודנטים נתבקשו לכתוב יומן רפלקטיבי על מפגשי הקורס שכללו הרצאות, ניתוח תיאורי מקרה ודיונים. ננקטו כמה אסטרטגיות לשיפור ההבנה וההטמעה של הכלי: הוצגה משמעות הכלי בהקשר הקליני; הוצגה התמיכה המחקרית בחשיבותו; הוקראו קטעים מיומנים רפלקטיביים המשקפים את ההבדלים בין הסטודנטים במיקוד כתיבתם, בעומק שבו עיבדו את הסוגיות, בחיבור לחוויות-העבר ובתובנות שהם גיבשו על עצמם, וכן ניתנו תשובות על שאלות במהלך מילוי היומן בכיתה.

כתיבת היומן בסמסטר הראשון תוארה כהתנסות ראשונית, שנועדה להיכרות עם הכלי, להתנסות ולתרגול, ושיינתן עליה משוב מפורט להכוונה בשימוש אפקטיבי. בשלב הזה הביעו הסטודנטים פקפוק בנוגע לחשיבות המשימה ולאפשרות לעמוד בה. רבים תפסו את המשימה כבלתי ברורה, מעורפלת וזרה, ואף הפגינו כלפיה התנגדות מודעת ובלתי מודעת. הובהר להם כי הכתיבה נבחנת לפי המעורבות בתהליך הלמידה ולא לפי העמדות האישיות, וכי מידת החשיפה האישית תלויה ברצונם החופשי.

בתקופת ההתנסות הקלינית כתבו הסטודנטים יומן רפלקטיבי נוסף על סמך המשוב שקיבלו על היומן שכתבו בסמסטר א'. בשלב הזה ניכר היה כי השילוב של רפלקציה והתנסויות אמיתיות הביא לשיפור רב ביכולת הרפלקטיבית של הסטודנטים, ומרביתם הצליחו להעמיק את הכתיבה ולעבור מתוצרים שטחיים, תיאוריים ברובם, לתוצרים ברמה רפלקטיבית עמוקה יותר. חל שיפור ביחסם כלפי היומן לאחר שהכירו בתרומתו של הכלי לעיבוד ההתנסות הקלינית.

במהלך סמסטר ב' המשיכו הסטודנטים בכתיבת יומן רפלקטיבי שכלל סיכום אינטגרטיבי של חוויית הכתיבה לאורך השנה. בשלב הזה, מרבית הסטודנטים הפגינו יכולת רפלקטיבית מעמיקה. רובם סיכמו כי עברו תהליך משמעותי בהבנת חשיבות הכלי וביכולת ללמוד מן ההתנסות. ההבדלים בין התוצרים היו תלויים יותר ברמת ההשקעה שלהם ופחות בקושי להבין את מהות הכלי. קצתם ציינו בסיכום שימשיכו להשתמש בכלי בעתיד.

ההתנסות בהטמעת הכלי הייתה משמעותית ומאתגרת. היא הדגישה את הצורך לנקוט הדרגתיות בשילוב הכלי משום שנדרשת מצד הסטודנט מעורבות בתהליך הלמידה. נדרשו תמיכה והכוונה לאורך כל שלב ההתנסות ונדרשה השקעת זמן כדי להדגיש את ערכו המוסף של הכלי בפיתוח מקצועי עבור הסטודנט בשעה שהוא עובר לשדה המעשי. כל זאת כדי להפוך את תפיסת הכלי ממטלה מכבידה למשימה רבת חשיבות.

מסקנות וכיווני חשיבה

קידום ההתפתחות המקצועית לעבר אימוץ ערכי מקצוענות והתנהגות מקצועית חשובים בכל שלב בקריירה, ומשפיעים ישירות על איכות הטיפול הפיזיותרפי. תהליך זה הוא מפתח לצמיחה והתחדשות ברמות האישיות, הארגוניות, המקצועיות והחברתיות. אימוץ עקרונות מקצוענות תורם לתחושת מימוש עצמי ושביעות רצון מהעבודה, ומסייע בהפחתת שחיקה מקצועית. ברמה הארגונית, מקצוענות תורמת לפיתוח סביבת עבודה איכותית ויעילה, ותורמת לפיתוח תרבות ארגונית של שיפור מתמיד ושיתוף פעולה. נוסף על כך, מקצוענות משפיעה

באופן חיובי על הקהילה המקצועית ועל תדמית המקצוע ומשפרת את איכות החיים של המטופלים, תוך קידום חברתי רחב יותר.[41]

מבין שלבי ההתפתחות המקצועית בפיזיותרפיה השלב הראשון בהתפתחות המקצועית מציב אתגרים רבים, אך גם מגלם בתוכו פוטנציאל רב לצמיחה. כדי להשיג מקצוענות בשלב הזה, נדרשת השקעה אישית ותמיכה סביבתית מותאמת. כלים כגון רפלקציה, שמתמקדים בלמידה מעמיקה מן ההתנסות הקלינית, יכולים לתמוך בפיתוח יכולות וזהות מקצועית. תמיכה בשלב זה של ההתפתחות המקצועית כרוכה בקידום שיתוף פעולה הדוק בין האקדמיה לשדה הקליני, הן בהכנה האקדמית של הסטודנט למעבר והן בתמיכת השדה הקליני לאחר המעבר.[42] יתר על כן, בדומה למחקרים שנעשו בארצות הברית, בקנדה ובאוסטרליה[16,8,7] יש צורך להוסיף ולחקור את הגדרת המקצוענות והערכים המנחים אותה בהקשר הישראלי. מחקרים כאלה עשויים להעשיר את השיח המקצועי בישראל ולסייע בהבנת הצרכים המיוחדים של השדה הקליני המקומי.

לאור הפוטנציאל הרב של כלי הרפלקציה לקידום ההתפתחות המקצועית, רצוי לבסס מודלי הטמעה של כלי הרפלקציה ולבחון אותם מחקרית בגישה איכותנית; כדאי להשקיע בהכשרות מעמיקות בתחום זה עבור קלינאים, מדריכים קליניים ומנטורים. שילוב הרפלקציה בלימודים ובהתנסויות הקליניות, ובמהלך המעברים המקצועיים, יכול לסייע בתהליך ההתפתחות האישית והקולקטיבית, ובכך לשפר את הצמיחה ואת האיכות המקצועית בתחום הפיזיותרפיה.

במבט לעתיד, קיום שיח מקצועי המבוסס על הידע שנאסף בעולם[13] ובישראל,[א] בצד הסוגיות שהועלו כאן, יאפשר למקצוע להתמודד עם האתגרים הקיימים ולהיערך לשינויים וצרכים עתידיים. שיח זה ייצור פלטפורמות וכיווני פעולה חדשים להמשך פיתוחו של המקצוע כפרופסיה.

מקורות

א. ויסרברג, נ. מקצוע ומקצועיות בפיזיותרפיה: מקרה המבחן של הטיפול בילדים עם לקות מוטורית. (עבודת דוקטורט) אוניברסיטת בן-גוריון בנגב: 2022.

ב. טלנקר ס׳. החשיבות של כלים להערכת מורים בתהליך הפיכת מקצוע ההוראה לפרופסיה בישראל. רבעון לחקר ארגונים וניהול המשאב האנושי. 2018;(95):95-107.

ג. אבינון י׳. טיפוח החשיבה האינטואיטיבית בחינוך. החינוך וסביבו. 2014;(ל״ו):18-103.

ד. כהנמן ד׳. לחשוב מהר, לחשוב לאט. תל אביב: מטר; 2013

1. Abbott A. The professions literature. In: The system of professions: An essay on the division of expert labor. Chicago, IL: University of Chicago Press; 1988. p. 1-9.
2. Evetts J. The sociological analysis of professionalism. Int Sociol. 2003;18(2):395-415.
3. Evetts J. Sociological analysis of professionalism: past, present and future. Comp Sociol. 2011;10(1):1-37.
4. DeIuliis E. Professionalism across occupational therapy practice. Taylor & Francis; 2024.
5. Health and Care Professions Council. Standards of proficiency: physiotherapists. HCPC; 2013.
6. Mahmoud Sr IA. Usability of telemedicine in physical therapy rehabilitation: Systematic review. JMIR Rehabil Assist Technol. 2021 June 3.
7. Aguilar A, Stupans I, Scutter S, King S. Exploring the professional values of Australian physiotherapists. Physiother Res Int. 2012;18(1):27–36.
8. Boyczuk AM, Deloyer JJ, Ferrigan KF, Muncaster KM, Dal Bello-Haas V, Miller PA. Professional values: Results of a scoping review and preliminary Canadian survey. Physiother Can. 2019;71(2):134-143.
9. Davis SD. Teaching professionalism: a survey of physical therapy educators. J Allied Health. 2009;38(2):74-80.
10. Gersh MR. Servant-leadership: A philosophical foundation for professionalism in physical therapy. J Phys Ther Educ. 2006;20(2):1
11. McGinnis PQ, Guenther LA, Wainwright SF. Development and integration of professional core values among practicing clinicians. Phys Ther. 2016;96(9):1417-29
12. Kleiner MJ, Kinsella EA, Miciak M, Teachman G, McCabe E, Walton DM. An integrative review of the qualities of a 'good' physiotherapist. Physiother Theory Pract. 2021.
13. Swisher LL, Portney LG. Professionalism in physical therapy: history, practice and development. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2005.

14. Avidov-Ungar O. The Personalized Continuing Professional Learning of Teachers: A Global Perspective. Taylor & Francis; 2023.
15. Snell L. Supporting professionalism and professional identity formation at the postgraduate level. Teach Med Prof. 2016;2.
16. American Physical Therapy Association. Core values for the physical therapist and physical therapist assistant. 2021. Retrieved 2022.
17. American Physical Therapy Association. Professionalism in Physical Therapy: Core Values Self-Assessment. 2003. Available from: http://www.marquette.edu/physical-therapy/documents/CoreValuesSelf-Assessment.pdf.
18. Atun-Einy O, Kafri M. Physical therapists' perspectives of the construct of motor learning, and their motor learning-based practice: a qualitative study. Physiother Theory Pract. 2021;37(12):1377-1390.
19. Epstein RM, Hundert EM. Defining and assessing professional competence. JAMA. 2002;287(2):226-35.
20. Fish D, Coles C. Developing professional judgement in health care. Oxford: Butterworth-Heinemann; 1998.
21. Biemans BLH, Koenders N, de Bie RA, Sieben JM, Hoogeboom TJ. The struggle of dealing with uncertainty: a qualitative, phenomenological study about how Dutch novice physical therapists experience their transition from student to professional. Ann Med. 2024;56(1):2399755.
22. Jeffery H, Robertson L, Reay KL. Sources of evidence for professional decision-making in novice occupational therapy practitioners: Clinicians' perspectives. Br J Occup Ther. 2021;84(6):346-54.
23. Stoikov S, Maxwell L, Butler J, Shardlow K, Gooding M, Kuys S. The transition from physiotherapy student to new graduate: are they prepared? Physiother Theory Pract. 2022;38(1):101-11.
24. Black LL, Jensen GM, Mostrom E, Perkins J, Ritzline PD, Hayward L, Blackmer B. The first year of practice: an investigation of the professional learning and development of promising novice physical therapists. Phys Ther. 2010;90(12):1758-1773.
25. Hayward LM, Black LL, Mostrom E, Jensen GM, Ritzline PD, Perkins J. The first two years of practice: a longitudinal perspective on the learning and professional development of promising novice physical therapists. Phys Ther. 2013;93(3):369-383.
26. Adam K, Peters S, Chipchase L. Knowledge, skills and professional behaviours required by occupational therapists and physiotherapists beginning practitioners in work-related practice: A systematic review. Aust Occup Ther J. 2013;60(2):76–84.
27. Barradell S, Peseta T, Barrie S. There's so much to it: the ways physiotherapy students and recent graduates experience practice. Adv Health Sci Educ Theory Pract. 2018;23(2):387–406.
28. Lao A, Wilesmith S, Forbes R. Exploring the workplace mentorship needs of new-graduate physiotherapists: A qualitative study. Physiother Theory Pract. 2022;38(12):2160-2169.
29. Reitz OE, Anderson MA. An overview of job embeddedness. J Prof Nurs. 2011;27(5):320-327.
30. van Mook WN, Gorter SL, O'Sullivan H, Wass V, Schuwirth LW, van der Vleuten CP. Approaches to professional behaviour assessment: tools in the professionalism toolbox. Eur J Intern Med. 2009;20(8):e153-e157.
31. Boud D, Keogh R, Walker D. Reflection: Turning experience into learning. Routledge; 2013.
32. Mann K, Gordon J, MacLeod A. Reflection and reflective practice in health professions education: A systematic review. Adv Health Sci Educ. 2009;14:595-621.
33. Mamede S, Schmidt HG. The structure of reflective practice in medicine. Med Educ. 2004;38(12):1302-8.
34. Mamede S, Schmidt HG. Correlates of reflective practice in medicine. Adv Health Sci Educ Theory Pract. 2005;10:327-37.
35. Ziebart C, MacDermid JC. Reflective practice in physical therapy: A scoping review. Phys Ther. 2019;99(8):1056-68.
36. Lim JY, Ong SYK, Ng CYH, Chan KLE, Wu SYEA, So WZ, et al. A systematic scoping review of reflective writing in medical education. BMC Med Educ. 2023;23(1):12.
37. Donaghy ME, Morss K. Guided reflection: a framework to facilitate and assess reflective practice within the discipline of physiotherapy. Physiother Theory Pract. 2000;16(1):3-14.
38. Jensen GM, Gwyer J, Shepard KF. Expert practice in physical therapy. Phys Ther. 2000;80(1):28-43.
39. Schön DA. The reflective practitioner. New York, NY: Basic Books; 1983.
40. Kleiner MJ, Kinsella EA, Miciak M, Teachman G, Walton DM. From reflection to phronesis in 'good' physiotherapy practice. Physiother Theory Pract. 2024;40(12):2834-2850.
41. Brennan MD, Monson V. Professionalism: good for patients and health care organizations. Mayo Clin Proc. 2014;89(5):644-652.
42. Applebaum DL, Soper SE, Norris T, Langerwerf L, Meachem CR, Jensen GM. APartnerships to advance excellence in physical therapy education and practice: The time is now. Phys Ther. 2023;103(1): pzac131

נספח: טופס מובנה ליומן רפלקטיבי

ד"ר אסנת עטון-עיני

מטרה: הטופס המובנה ליומן רפלקטיבי מיועד לשימוש על ידי סטודנטים בקורס התפתחות הילד למתקדמים-היבטים התפתחותיים בראייה קלינית, במטרה לתמוך בתהליך הרפלקציה האישית והלמידה לאורך הקורס.

רקע: יומן רפלקטיבי הוא כלי לקידום תהליכי למידה הקשורים בהתפתחות המקצועית. הכלי נמצא בשימוש רב בתהליכי ההכשרה במקצועות הפסיכולוגיה, החינוך והבריאות. היומן נועד לשקף תהליכי מחשבה, לתעד את תהליך הלמידה, כולל למידה מתוך התנסות.

הנחיות: היומן נועד לתעד את תהליך הלמידה, כולל התלבטויות, התבהרויות והבנות שהיו לאורך הדרך. הוא ישקף את המשמעויות האישיות של הנלמד, תובנות של הלומד בקשר לעצמו כסטודנט או כמטפל בהתנסות, את הקשר למקצוע, לעמיתים למקצוע ולחוויית הלמידה, תוך התייחסות לתוצרי הלמידה וההתנסות מתוך קריאה מחודשת של היומן.

הכתיבה ביומן, כולל בחירת הנקודות להתעמקות ומידת הפירוט, נתונה לשיקול הדעת של הכותב.מילוי היומן ייערך בזמן המוקצה במפגשים ובזמנך החופשי בין המפגשים, לפי המבנה המצורף. היומן יתעד כל מפגש במהלך הקורס וההתנסות, לפי יחידות ההוראה ושבועות ההתנסות. נוסף על כך, היומן יכלול סיכומים אינטגרטיביים.

סמסטר א'	
מפגש 1: הצגת היומן הרפלקטיבי	
מפגש 2: נושא יחידת ההוראה	
תיאור כללי וסיכום תמציתי של נושא המפגש	
פירוט הנקודות העיקריות לרפלקציה: תובנות; שאלות; תהיות; אי-בהירויות; המשמעות של הנושא הנלמד ורגשות שעלו במהלך המפגש. רצוי להתמקד כאן בנקודות שהן משמעותיות עבורך, למשל אופן הלמידה, החוויה האישית או חיבור לחוויות העבר.	
עיבוד החלק הקודם: זיהוי תכנים מחדשים; דגשים שחודדו; זיהוי של שינוי בנקודת המבט; ניתוח כוחות וחסרים אישיים בתהליך ההכשרה.	
סיכום: תיעוד תהליך החשיבה והלמידה - התלבטויות למול התבהרות; חוסר הבנה למול הבנה.	
סיכום חלק א' של הקורס תיאור השינויים וההתפתחויות שחלו אצלך; תובנות שעלו במהלך הסמסטר בהסתכלות קלינית, בהערכה, במחשבה על טיפול והתערבות. סיכום הכוחות והחסמים האישיים. התייחסות למסקנות אופרטיביות בנושא ההתפתחות המקצועית.	

* הטופס המקורי כולל הקצאה למילוי לכל מפגש לאורך הסמסטר ולכל שבוע בהתנסות

יומן רפלקטיבי: שלב ההתנסות	
שבוע ראשון: שלב ההתאקלמות	
סיכום החוויה האישית; התייחסות לתהליכים רגשיים; שאלות; תהיות; אי-בהירויות; שיקוף של תחושות חיוביות ותחושות של אי נוחות. **סיכום חוויית המפגש:** הן המפגש עם המדריך/ה והתקשורת איתו/ה, והן המפגש עם הילדים, משפחותיהם ועם מקום ההתנסות.	
סיכום אינטגרטיבי של ההתנסות על פי הנקודות המפורטות בכל שבוע	
סמסטר ב'	
מפגש 1: סיכום ההתנסות	
תובנות; שאלות; תכנים מחדשים העולים מתוך הדיון הקבוצתי וחוויות הסטודנטים.	
מפגש 2: נושא יחידת הוראה	
תיאור כללי וסכום תמציתי של נושא המפגש	
פירוט הנקודות העיקריות לרפלקציה: תובנות; שאלות; תהיות; אי-בהירויות; המשמעות של הנלמד והרגשות שעלו במהלך המפגש. רצוי לציין נקודות משמעותיות עבורך - בתוכן, בהקשר האישי שלך, כגון אופן הלמידה, החוויה האישית, חיבור לחוויות העבר.	
עיבוד החלק הקודם: זיהוי תכנים מחדשים, דגשים שחודדו, זיהוי השינוי בנקודת המבט, ניתוח כוחות וחסרים אישיים בתהליך ההכשרה.	
סיכום המפגש: תיעוד תהליך החשיבה והלמידה; התלבטויות למול התבהרות חוסר הבנה למול הבנה.	
סיכום סמסטר ב'	
שינויים והתפתחויות שחלו אצלך, תובנות שעלו במהלך הסמסטר - אלו שינויים חלו אצלך בהסתכלות, בהערכה, במחשבה על טיפול והתערבות. סיכום הכוחות והחסמים האישיים. התייחסות למסקנות אופרטיביות בנושא ההתפתחות המקצועית.	
סיכום אינטגרטיבי של היומן לאורך השנה	

Introduction to Professionalism: Key Principles and Tools for Novice Physical Therapist in the First Two Years of Practice

Osnat Atun-Einy, BPT, Ph.D

Department of Physical Therapy, University of Haifa

Abstract

Professional growth towards professionalism, which includes a commitment to excellence, is a fundamental principle in physical therapy, guiding practitioners throughout their careers. However, the journey to professionalism - which involves integrating systematic knowledge, experience-based intuition, and active engagement with the profession - is neither straightforward nor always clear. This process is particularly challenging during the early stages of professional development, specifically in the first two years of practice. During this critical period, novice clinicians begin to shape their professional identity and establish effective working patterns. This early stage is the focus of the present article.

This article explores the core components of professional development and strategies for fostering them during the "novice" stage, with a particular focus on the role of reflective tools as a key mechanism for learning through experience. Reflective tools are explored through the lens of scientific literature, along with personal insights drawn from their application in an academic setting among students in their final year of a Bachelor's degree program. These insights provide a foundation for advancing future professional discourse.

פיזיותרפיה מודעת טראומה (Trauma-informed Physiotherapy)

נגה גל BPT, MSc, MBA

מנהלת ביה"ס לפיזיותרפיה אסף הרופא, החוג לפיזיותרפיה אוניברסיטת תל אביב, nogagal19@gmail.com

תקציר

טראומה נפשית היא אירוע מטלטל שמשאיר חותם בנפש האדם. ידוע שמטופלים שחוו טראומה או שמתמודדים עם תסמינים פוסט-טראומטיים מפתחים תסמינים גופניים, כגון כאב כרוני, והם חווים תחלואה מוגברת לעומת האוכלוסייה הרגילה. בשנים האחרונות מתגבש גוף ידע שעוסק בהשפעות הגופניות שיש לטראומה הנפשית ולתפקידן של המערכות הפיזיולוגיות בביטויה. במקביל, התרחב גם גוף הידע שעוסק בהשפעה שיש לטיפולים הגופניים השונים, כמו מגע, תרגילי הרפיה ונשימה ותרגול גופני - שהם בליבת הטיפול הפיזיותרפי - על תסמיני הטראומה ועל התחלואה שנלווית לה. מצד שני, טיפול פיזיותרפי עלול לעורר חוויות טראומטיות שיגרמו להימנעות ולנסיגה אצל המטופל ויקשו את השגת מטרות הטיפול.

פיזיותרפיה מודעת טראומה (Trauma-informed Physiotherapy) היא תפיסה טיפולית ששופכת אור על התפקיד שלנו בשיקום מטופלים שחוו טראומה. הגישה מחדדת את התשאול הנדרש, מעניקה כלים טיפוליים מתחום הפיזיותרפיה ומתמקדת במצבים שהטיפול עלול לעורר אצל המטופל חוויות טראומטיות ולהוביל להימנעות, וכן מציעה דרכי טיפול מיטיבות.

המאמר מתאר את עקרונות הפיזיותרפיה מודעת הטראומה, מסביר כיצד כלים מעולם הפיזיותרפיה מסייעים בטיפול בטראומה ומציג את התמה שלפיה מטופלים רבים שמגיעים לטיפול פיזיותרפי עלולים לחוות את האירוע שבגינו הגיעו לטיפול כטראומטי, ולפתח תסמינים שמקשים את התקדמות התהליך השיקומי. על כן זאת גישה שראוי שתאומץ בכל טיפול שניתן למטופל.

מילות מפתח: טראומה, תסמונת דחק פוסט-טראומטית, פיזיותרפיה מודעת טראומה

הקדמה

טראומה היא אירוע חיים מטלטל. "טראומה" ביוונית משמעה פצע. הטראומה הנפשית משאירה חותמה בנפשו של האדם שחווה אותה. ניתן לומר שאירועי השבעה באוקטובר 2023 גרמו פציעה נפשית לישראלים רבים, אולי אף לכולם. המונח "טראומה" נזכר לראשונה בהקשר הנפשי במאמר On Railway and Other Injuries of the Nervous System של ג'ון ארקסן משנת 1866.[1] בשנים האחרונות נמצאו עדויות מחקריות רבות להשפעה הגופנית שיש לטראומה, ולתפקידן של המערכות הפיזיולוגיות בביטויה. בקרב מטופלים שחוו טראומה נפשית מופיעים תסמינים גופניים, שרבים מהם ניתנים לטיפול על ידי הפיזיותרפיה.[2] תחום הפיזיותרפיה המודעת טראומה מקבל ביטוי רב יותר בשנים האחרונות, וההכרה שטיפולי גוף הן חלק בלתי נפרד של הטיפול בטראומה מתחילה לקבל תוקף.[3]

התרגום המילולי של המונח Trauma-informed Physiotherapy הוא "פיזיותרפיה מיודעת טראומה". בחרתי להשתמש במאמר במונח פיזיותרפיה מודעת טראומה, מתוך תפיסה שלצורך מתן טיפול מיטבי ומענה אפקטיבי, נדרשת לא רק ידיעה, אלא הבנה ומודעות רחבה ועמוקה יותר לנושא.

מטרת המאמר היא להציג כיצד הפיזיותרפיה באמצעות כלים טיפוליים קיימים, יכולה לסייע למטופלים שחוו טראומה וסובלים מתסמינים פוסט-טראומתיים, להתמקד בזיהוי

מטופלים אילו, ולתת כלים לאיתור המטופלים ולגישה טיפולית שיכולה לסייע להם. יתרה מכך, במאמר יוצג הטיעון שמצבים שכיחים רבים עשויים להיחוות על ידי המטופלים כטראומה. לכן, יישום הידע, התובנות והמודעות לנושא נועד לא רק עבור טיפול באנשים שהוגדרו כפוסט-טראומטיים - אלא עבור כל אדם שמגיע לטיפול ולשיקום.

מונחים שקשורים בטראומה

מהי טראומה? לפי ספר האבחנות הפסיכיאטריות (DSM 5), טראומה נפשית מוגדת כחשיפה למוות, לפציעה רצינית, לאלימות מינית, או לאיום בכל אחד מן המצבים הללו. בחוויה ישירה, עדות לאירוע או אירוע מסוג זה שחווה אדם קרוב.[4] לפי ארגון הפסיכולוגים האמריקאי זוהי תגובה שמתרחשת לאחר אירוע אשר נתפס כמאיים, על האדם או על אחרים משמעותיים לו, ואשר היה מלווה בחוויה של חוסר אונים, הפתעה והיעדר יכולת תגובה.[5] כלומר עוצמת החוויה והפרשנות האישיים של האדם יקבעו במידה רבה אם האירוע ייחווה על ידי האדם כטראומה או לא.

מהי "הפרעת דחק פוסט-טראומטית" (post-traumatic stress syndrome - PTSD)?

לפי ה-DSM5 אדם יוגדר כלוקה בהפרעת דחק פוסט-טראומטית אם יתקיימו אצלו כל התנאים האלה: 1. האדם נחשף לחוויה טראומטית שהתקיים בה אחד משלושת התנאים האלה: נוכחות פציעה חמורה, אונס או סכנת מוות שלו או של קרובים לו, עדות ישירה או עקיפה לטראומה שעבר אדם קרוב, חשיפה חוזרת למקרים מסוג זה בתוקף תפקיד מקצועי; 2. האירוע נחווה שוב ושוב על ידי זכרונות חוזרים ו/או, סיוטים, תגובות דיסוציאטיביות, תגובה פיזיולוגית ברורה; 3. קיימים תסמינים של הימנעות מגירויים שמזכירים את הטראומה: תחושות, מחשבות, מקומות, אנשים; 4. מתרחשים שינויים שליליים בקוגניציה ובמצב הרוח: דיסוציאציות, אמונות וציפיות שליליות, האשמה, רגשות שליליים, עניין מופחת בפעילויות, תחושת ניכור ודלדול רגשי; 5. נוצרת עוררות-יתר: רגזנות/ תוקפנות, הרס עצמי, דריכות, קשיי ריכוז וקשיי שינה. בעקבות התסמינים, האדם מתקשה לנהל שגרת חיים. בשנים האחרונות נוסף עליו גם המונח Post Traumatic Stress Symptoms (PTSS), דהיינו מצבים שבהם לא מופיעים כל התסמינים אלא רק קצתם.[6]

המושג "דיסוציאציה" פירושו הפרדה/ניתוק והוא מרכיב מרכזי בהבנה של תגובות פוסט-טראומטיות. זהו מנגנון הגנה שיוצר נתק בין מודעות האדם ובין חלקים מ"העצמי" שלו: זיכרונות, רגשות, מחשבות, תחושות גוף, ועוד. מנגנון זה מופעל גם במצבי פוסט-טראומה וזיכרונות קשים. תחושת חוסר האונים גורמת ניתוק של המודע כדי למנוע מהחוויה הקשה לחלחל למודעות.[6] דיסוציאציה מתרחשת כאשר מופעל "טריגר" - גירוי פסיכולוגי שמביא לידי היזכרות בלתי רצונית בחוויה הטראומטית מן העבר. הגירוי יכול להיות קול, ריח, מראה, תחושה ועוד.[7] אם המטופל נכנס לדיסוציאציה בעת הטיפול הפיזיותרפי, הוא אינו קשוב להנחיות ומנותק מתחושות ההווה, מה שמקשה את התקשורת בטיפול ואף יכול ליצור בעיה בטיחותית. לדוגמה: תחושת כאב שמהווה טריגר עשויה למנוע מן המטופל לעדכן את המטפל על תחושות הכאב שלו, וכך "יתפספס" מידע; או אם תרגיל מסוים של שיווי משקל הוא טריגר שמוביל לתגובת דיסוציאציה, המטופל יכול לאבד את שיווי המשקל, שכן גופו אינו קשוב כרגע למצב של אובדן שיווי המשקל. הפיזיותרפיסטים חייבים להיות קשובים ולזהות מצבים אלו כדי להעניק למטופל טיפול בטוח ויעיל.

בשנים האחרונות הראו מחקרים שלאירועים טראומטיים יש ביטוי פיזי-גופני. בספרו "נרשם בגוף", כתב באסל ון דר קולק שהטראומה גורמת שינויים פיזיולוגים ממשיים, בינהם - כיול מחדש של מערכות האזעקה של המוח, עלייה בהורמוני דחק ושינויים במערכת המסננת בין מידע רלוונטי ללא רלוונטי. אנו יודעים כיום שהטראומה מסכנת את האזור במוח שאחראי להרגשה המוחשית של היותנו חיים.[7] הביטוי הגופני נובע בין היתר משני מרכיבים: הראשון, עוררות-יתר ולאורך זמן של המערכת הסימפתטית שיוצרת תגובות פיזיולוגיות שונות ומשפיעה על הפרשת הורמוני דחק. השני - נוכחותה של דלקת מערכתית (סיסטמית) שמשפיעה על כאב, על מערכת החיסון, ומהווה בסיס לתחלואה נלווית מרובה.[8]

בעיות גופניות אצל אנשים שיש להם תסמינים פוסט-טראומטיים:

א. כאבים, ובמיוחד כאב כרוני: שכיחות האנשים שסובלים מכאב כרוני באוכלוסייה היא כ-5%. לעומת זאת, מחקרים הראו שהשכיחות של כאב כרוני בקרב האוכלוסייה שיש לה תסמינים פוסט-טראומטיים היא 83.3%[9] - כלומר

רוב המטופלים שיש להם תסמינים פוסט-טראומטיים עשויים לסבול מתסמונות כאב כרוני. הרגישות לכאב עולה בעקבות הפרשה כרונית של הורמוני דחק, שגורמת היפראלגזיה, עליה בדלקת שמשפיעה על כאב, ומשינויים בתגובה החיסונית. כמו כן החרדה שנלווית ל-PTSD מגבירה את התגובות האמוציונליות לכאב. חוויית הכאב בעת הטראומה הראשונית מגבירה עוד יותר את הסיכון לפיתוח כאב כרוני;[10,8]

ב. מיעוט פעילות גופנית: אנשים שמוגדרים כ-PTSD הם פחות פעילים פיזית. המוטיבציה שלהם לעשות פעילות גופנית נמוכה יותר, והם מנהלים אורח חיים יושבני. לכל אלה ישנן השלכות בריאותיות, השפעה שלילית על מדדי הבריאות, כגון לחץ הדם, BMI ועוד, והגברת התחלואה. תגובות ההימנעות שמאפיינות את המטופלים, וגם מצב רוחם הירוד, הקושי שלהם לנהל חיי שגרה ועוד, הם גורמים תורמים למיעוט הפעילות הגופנית המאפיין אוכלוסייה זו;[13,12,11]

ג. תחלואה כללית: אוכלוסייה זו סובלת משכיחות גבוהה יותר של השמנה, סוכרת ומחלות לב. הדלקת הסיסטמית ותגובת הדחק הכרונית מובילות לתחלואה משנית לטראומה. תסמיני הטראומה, כמו קשיים בשינה, הם גורמים תורמים להופעת מחלות, בצד הרגלי בריאות לקויים, כמו עישון ותזונה בלתי מאוזנת שאופייניים לרבים מהלוקים ב-PTSD;[14]

ד. תחלואה נפשית: שכיחות גבוהה יותר של מצבי דיכאון וחרדה.[15]

היכן "פוגשת" הפיזיותרפיה את הטראומה?

המאמר נועד להדגיש שאנו פוגשים במטופלים שחוו טראומה כמעט בכל שדות הטיפול. פיזיותרפיסטים מטפלים באנשים שנפגעו באירועים מסכני חיים ופיתחו תסמינים של פוסט-טראומה; מטופלים שאובחנו בפוסט-טראומה מגיעים לטיפול עקב פגיעות ותחלואה מגוונת; מטופלים עם תסמונות של כאב כרוני או כאב נוירופלסטי יגיעו לטיפול פיזיותרפיה וכמוהם גם מטופלים שפיתחו תסמינים פוסט-טראומטיים ותחלואה נלווית שמצריכה טיפול ושיקום.

הכלים שעומדים לרשות הפיזיותרפיסטים ושמסייעים לטיפול בתסמיני טראומה:

הכלים הבסיסיים שבארגז הכלים של הפיזיותרפיסט יכולים לשמש לטיפול בתסמינים טראומטיים ובתחלואה הנלווית לה;

א. פעילות גופנית - תוכניות פעילות גופנית שנועדו עבור מטופלים עם תסמינים פוסט-טראומטיים הראו שחל שיפור במדדי הבריאות של המטופלים: ירידה במסת השומן, בהיקף הבטן, בלחץ הדם ועוד. לפעילות הגופנית השפעה מיטיבה על מצבים נפשיים כמו דיכאון וחרדה שנלווים ל-PTSD. תוכניות פעילות גופנית השפיעו לטובה הן על הסימפטומים של הטראומה, כמו קשיי השינה, והן על התחלואה הנלווית, כמו מחלות הלב וכלי הדם. נמצא כי פעילות גופנית מפחיתה מדדי דלקת - מנגנון נוסף שבאמצעותו מושפעים התסמינים.[13,12,11]

ב. תרגילי נשימה והרפיה - תרגול נשימות והרפיה הוא כלי חשוב להעלאת הפעילות של המערכת הפרה-סימפתטית. עלייה בתפקודה גורמת ירידה בפעילות המערכת הסימפתטית ומשפיעה על תסמיני גוף שונים בקרב אנשים עם PTSD.[16]

ג. מגע טיפולי - מחקרים שעוסקים בהשפעת מגע טיפולי על מטופלים עם PTSD הראו שלמגע יש תפקיד חשוב בוויסות הרגשי ובהפחתת התסמינים. מגע טיפולי בעוצמה בינונית מגביר פעילות פרה-סימפתטית, ועל ידי כך יוצר תגובת רגיעה. מגע טיפולי מפעיל אזורים מוחיים כמו האינסולה, והוא מפורש במוח כ"סביבה בטוחה". זאת לעומת חוסר הביטחון והאיום שחשים מטופלים עם תסמינים פוסט-טראומטיים. מגע תרפויטי מאפשר למטופל להיות נוכח "כאן ועכשיו", ויוצר חוויית חישה גופית, ואלו מאפשרים הפחתה של תחושת הניתוק - הדיסוציאציה, שאופיינית למטופלים עם PTSD. המחקרים הראו שטיפול מגע משפיע על תחלואה נלווית ל-PTSD, כמו הפרעות שינה, עצבנות ומתח, ועוד.[18,17]

ד. טיפול בכאב - כאמור, רבים מן המטופלים הללו סובלים מכאב כרוני. הבנת מנגנוני הכאב ומשמעות הכאב הנוירופלסטי, בשילוב הידע בבדיקות פיזיקליות ותפקודיות

לאיתור תסמינים גופניים, מאפשרים לפיזיותרפיסט ולמטופל להבין טוב יותר את מקור הכאב ומשמעותו. היכולת לתת מענה טיפולי, הן לכאב פריפרי והן לכאב מרכזי, באמצעות טכניקות מנואליות, תרגול מתאים, הדרכה והסבר, מאפשרת להפחית את התסמינים ולסייע למטופל לעבור ממעגל הכאב למעגל התפקוד.

טיפול פיזיותרפי כטריגר לזיכרונות טראומטיים

לרשות הפיזיותרפיה עומדים כלים טיפוליים שיכולים לתרום מאוד להפחתת תסמיני הפוסט-טראומה. עם זאת, טיפול פיזיותרפי יכול להיות טריגר להופעת תסמינים כמו פלאשבקים או דיסוציאציות: עצם המגע או תחושות שנובעות מתוך הטיפול יכולים לעורר זיכרונות טראומטיים - מגע בטיפול שמזכיר את מגע התוקף בטראומה מינית, תחושה של הגברת הדופק שמזכירה תסמינים מהאירוע הטראומטי. הופעת כאב בטיפול יכולה להוות טריגר לזיכרון כאב שהופיע בעת האירוע או לחוסר האונים שנלווה לכאב. תנוחות טיפול יכולות להזכיר תנוחה שבה נחוותה הטראומה - למשל עמידת שש לצורך תרגול; קולות או רעשים בסביבה הטיפולית, בפרט בטיפול באולם שיקום, יכולים להזכיר רעשים וקולות מהטראומה. נוסף על כך, כל טיפול שמעורר תחושת חוסר אונים והיעדר יכולת תגובה, שהם מרכיבים משמעותיים מאוד בחוויית הטראומה - למשל מצב של שכיבה על הבטן, יכול לעורר תסמינים פוסט-טראומטיים.

במצבים אלו יכולתו של המטופל לשתף פעולה בטיפול תהיה אפסית. בהקשר זה ראוי להתייחס למושג "חלון הסיבולת" שאותו טווה פיטר לוין, מפתח שיטת somatic empiercing. חלון הסיבולת הוא מצב שבו האדם נמצא בוויסות רגשי ומערכת עצבים מאוזנת. במצב הזה התפקוד מיטבי, הקוגניציה שמורה, קיימת יכולת למידה, יש תחושת ביטחון ואנו "נוכחים". במצב שבו עולה חוויה טראומטית הגוף נכנס למצב של הצפה או ניתוק, והמטופל נמצא מחוץ לחלון הסיבולת. במצב הזה המטופל אינו "נוכח" - יכולתו הקוגניטיבית נפגעת ויכולת הלמידה שלו נפגמת. המטופל אינו מסוגל להיות קשוב להנחיות או להסברים ומערכת חושיו אינה מתפקדת כהלכה. כתוצאה מכך, היכולת שלו להיענות לתרגול, להפנים הסברים ולתפקד בטיפול דלה מאוד. יתרה מכך, בטיחות הטיפול עלולה גם היא להיפגע ולסכן את המטופל. לפי לוין, זיהוי של היציאה מחלון הסיבולת יתאפשר על ידי התבוננות בתגובות הגוף - דפוס הנשימה, דופק, קפיאה של המבט, ירידה בקשב ועוד; החזרת המטופל אל תוך חלון הסיבולת נעשית בעזרת תחושה ולא דרך קוגניציה. מגע טיפולי, תרגילי נשימה, ותרגילי התקרקעות/קרקוע (grounding) הן טכניקות שמסייעות לאדם לחוש את הרגע ולהיות נוכח בו ובכך מפחיתות חרדה. למשל, הנחת רגליים יחפות על הרצפה, או שילוב ידיים זו כנגד זו, מסייעים למטופל לחזור לחלון הסבולת וכך לחזור לטיפול אפקטיבי. חשוב שנלמד להשתמש בכלים אלו בטיפול במטופלים עם תסמינים פוסט-טראומטיים.[20,19]

עקרונות הטיפול של הפיזיותרפיה מודעת טראומה

רוג'ר פאלוט, פסיכולוג אמריקאי, הציג בשנת 2011 את חמשת העקרונות של טיפול מודע טראומה: **בטיחות:** מדובר הן על בטיחות פיזית והן על סביבה בטוחה רגשית שבאות לידי ביטוי בתשאול הרגיש לטראומה, בזיהוי מצבי דיסוציאציה וניתוק, ובמענה הולם למצבים האלו. **אמון:** אחד הקשיים של אנשים שחוו טראומה הוא היווצרות משבר אמון, ולכן חשוב מאוד לפתח אמון בין המטפל למטופל. **בחירה:** אחד המרכיבים המרכזיים בחוויית הטראומה הוא חוסר האונים והיעדר בחירה, ולכן חשוב לתת למטופלים את חופש הבחירה בעת הטיפול - מה מתאים להם לבצע ומה לאו; האם מתאים להם לקבל תרגילים או לא; האם ירצו טיפול במגע (תוך הסבר מפורט מה יכלול ומתן אפשרות להפסקת הטיפול בכל רגע וכד'). **שיתוף פעולה:** הטיפול ייעשה בשיתוף פעולה ובעבודת צוות של מטפל ומטופל. **העצמה:** צריך לתת למטופל תחושת מסוגלות ולהעניק לו חוויות של הצלחה, המנוגדים לחוסר האונים שחווה בזמן הטראומה, כי הם חשובים להחלמתו.[22,21]

מחקר שנעשה באוסטרליה, ובדק אם פיזיותרפיסטים מיישמים באופן אינטואיטיבי את העקרונות הללו בטיפול, הראה שבסך הכול לפיזיותרפיסטים ישנה גישה טיפולית מעצימה ומשתפת פעולה ושהם מפתחים אמון רב עם המטופלים. העקרונות שלקו בחסר היו מתן אפשרות בחירה ושמירה על בטיחות בהיבט הרגשי. לדעת החוקרים, בשני התחומים האלו עלינו כפיזיותרפיסטים לרכוש יותר כלים ומיומנויות.[2]

האם יכול להיות סממן של טראומה אצל כל אחד מהמטופלים שלנו?

טראומה כאמור מוגדרת כתגובה המתרחשת לאחר אירוע **אשר נתפס** כמאיים, על האדם או על אחרים משמעותיים לו,

ואשר היה מלווה בחוויה של חוסר אונים, הפתעה והיעדר יכולת תגובה.[5] בהקשר של המטופלים שאנו פוגשים, עולות כמה שאלות: האם מטופל שחווה אירוע לבבי, שבץ מוחי, או אירוע של קוצר נשימה לא יכול לפרש אותו כאירוע מסכן חיים שבו היה חסר אונים ולחוות אותו כטראומה? ומה בנוגע למצבים כמו סחרחורת, נפילה בגיל המבוגר ושבר בצוואר הירך, Whiplash, כווייה נרחבת, ואפילו פציעת ספורט? האם ייתכן שהאדם שחווה אירועים אלו שקרו בהפתעה, ללא יכולת תגובה, עם תחושת חוסר אונים גדולה ואולי נתפסו כמסכני חיים יחווה אותם כאירוע טראומטי? אולי פיזיותרפיה מודעת הטראומה היא תחום שעלינו להתייחס אליו אצל מטופלים רבים?

טיפים לטיפול פיזיותרפי מודע טראומה:

א. **שלב התשאול והאבחון:** יש צורך בתשאול רגיש לטראומה שכן הוא יעזור מעט להבין אם התסמינים שהמטופל חווה קשורים בטראומה שעבר. שאלות שונות, כגון: האם היה אירוע משמעותי בעבר שהשפיע על התסמינים שלך? האם קרה משהו בחייך בתקופה שהתחילו בה התסמינים/ בתקופה שלפני הופעת התסמינים? - יכולות לאפשר הבנה לגבי משמעות קיומה של טראומה בעבר. רמזים אפשריים לטראומה הם: הופעת התסמינים בזמנים קבועים (למשל, תמיד בחגים יש לי התקף של כאבי גב; כאן מתבקשת השאלה: כשאתה חוזר אחורה בזמן, קרה משהו בתקופת החגים שלדעתך השפיע עליך/ על המצב?);

צריך להיות ערים ליציאה מחלון הסיבולת שעשויה להתבטא בעוררות - יתר או בעצבנות לנוכח שאלה או בדיקות מסוימות, או בקפיאה - תחושה שהאדם "לא איתנו". אם עולה נושא הטראומה, חשוב לשקף למטופל את הקשרים שבין התסמינים הגופניים לטראומה, ולהציע לו לפנות לבירור אצל אנשי מקצוע מתחום בריאות הנפש (פסיכולוג פסיכיאטר וכד'), במקביל לטיפול הפיזיותרפי. חשוב לשים לב לתגובות סומטיות אצל המטופל: דפוס הנשימה, רעד, הזעה, אי-שקט או אפתיות;

ב. **שלב הטיפול:** בעת הטיפול יש להיות ערים לשינויים בתחושת הכאב של המטופל. יש לבדוק אם הוא נכנס למצב של דיסוציאציה, מה שיגרום לו שלא לחוות כאב, או, מנגד, לחוות כאב בעוצמות גבוהות. יש לאפשר למטופל בחירה - לקיים הדדיות ושוויוניות בטיפול. יש לקבל מן המטופל רשות כדי לבצע תרגול. לדוגמה, יש לפנות אליו כך: "ארצה עכשיו שנתרגל בעמידת שש על המזרון, האם זה מתאים מבחינתך?". חשוב לבחור את הכלים הטיפוליים מתוך זיהוי חלון הסיבולת. יש לבחון מתי ניתן להדריך ולהסביר ומתי יש לגייס דרכי טיפול "גופניות". כדאי להתמקד גם בתחושות הגופניות הנעימות שחווה המטופל משום שהן משמשות עבורו "עוגן" כדי לחזור ולהיות נוכח בטיפול. לעיתים, כדאי לעבור בטיפול לתרגיל או טכניקה טיפולית ש"תרחיק" את המטופל מהתחושות הבלתי נעימות. לדוגמה, לאפשר "פסק זמן" לתרגול נשימה רגועה, לתרגול של אזורים שאינם כאובים, לתרגול מהנה ו"משחקי" וכולי. ולא פחות חשוב מכך - המטפל צריך להיות ער לביטויי העברה (לדוגמה, חוסר האמון שהמטופל מביע כלפיו עלול לערער את הביטחון שלו בטיפול) לפגיעה מוסרית (הטראומה שחווים צוותים טיפוליים) ולירידה באמפתיה כמנגנון הגנה.

לסיכום, טראומה נוכחת במצבים רבים שחווים מטופלים שנפגוש במהלך חיינו המקצועיים. יש חשיבות רבה לזיהוי, לתשאול רגיש ולבחירת הכלים הטיפוליים שישיגו תוצאות מיטביות. בידי הפיזיותרפיסטים כלים שעשויים להשפיע לחיוב על תסמינים פוסט-טראומטיים ולסייע בתהליכי ההחלמה של המטופלים. חשוב להרחיב את הידע ואת ארגז הכלים לאבחון וטיפול, ולעגן את הטיפול במחקר מגבה.

ישראל של שנת 2025 היא מדינה מוכת טראומה. נראה כי אנו מפתחים כאן את תורת הטיפול מתוך ניסיוננו ומתוך הפצע והשבר שחווינו כחברה. הניסיון שלנו בטיפול מודע ורגיש לטראומה יכול להעניק לעולם הפיזיותרפיה גוף ידע משמעותי וחשוב.

מקורות

1. Erichsen, JE. Injuries of the nervous system: on railway and other injuries of the nervous system 1866. Clin Orthop Relat Res. 2007;458:47-51.
2. Heywood S. Trauma-informed physiotherapy and the principles of safety, trustworthiness, choice, collaboration, and empowerment: a qualitative study. Physiotherapy theory and practice. 2025; 41:153-168.
3. Dee J, Gell N, van Eeghen C, Littenberg B. Physical therapy for survivors of torture: A scoping review. Torture. 2024; 34 (1):113-127.
4. https://www.ptsd.va.gov/professional/treat/essentials/dsm5_ptsd.asp, Retrieved on April 3, 2025.
5. https://www.apa.org/topics/ptsd, Retrieved on April 3, 2025.
6. Nijenhuis E. Dissociation in Trauma: A New Definition and Comparison with Previous Formulations. Journal of Trauma & Dissociation. 2011; 12:416-445

7. ואן דר קולק ב'. נרשם בגוף. מוח נפש וגוף בריפוי מטראומה. הוצאת פרדס,2021.

8. Runnals J, Voorhees E, Calhoun P. Post-Traumatic Stress Disorder and Chronic Health Conditions. In: Stephen S. Coughlin (Ed.), APHA Press. 2012; chap. 5: 113-146.
9. Defrin R, et al. Quantitative testing of pain perception in subjects with PTSD - Implications for the mechanism of the coexistence. between PTSD and chronic pain. Pain. 2008;138: 450-459.
10. Turk DC. A diathesis-stress model of chronic pain and disability following traumatic injury. Pain Res Manage. 2002;7(1):9-19
11. Rosenbaum S. Physical activity in the treatment of post-traumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis.Psychiatry Research. 2015;230:130-136.
12. Rosenbaum S. Exercise augmentation compared with usual care for post-traumatic stress disorder: a randomized controlled trial. Acta Psychiatr Scand. 2015;131: 350-359.
13. Voorendonk EM, et al. Adding physical activity to intensive trauma-focused treatment for post-traumatic stress disorder: results of a randomized controlled trial. Front. Psychol. 2023;14:1215250.
14. Rosenbaum S. The prevalence and risk of metabolic syndrome and its components among people with posttraumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis. Metabolism clinical and experimental. 2015; 64: 926-933.
15. Radell M. Depression in post-traumatic stress disorder. Rev. Neurosci. 2020;31(7): 703-722.
16. Seppala E. Breathing-Based Meditation Decreases Posttraumatic Stress Disorder Symptoms in U.S. Military Veterans: A Randomized Controlled Longitudinal Study. Journal of Traumatic Stress. 2014; 27: 397-405.
17. McGreevy S, Boland P. Touch: An integrative review of a somatosensory approach to the treatment of adults with symptoms of post-traumatic stress disorder. European Journal of Integrative Medicine. 2022; 54: 1-19.
18. Davis L, Hanson B, Gilliam S. Pilot study of the effects of mixed light touch manual therapies on active-duty soldiers with chronic post-traumatic stress disorder and injury to the head. Journal of Bodywork & Movement Therapies. 2016; 20, 42e51.

19. לוין פ'. להעיר את הנמר - מרפאים את הטראומה. הוצאת ידיעות ספרים, 1999.

20. Kuhfu M. Somatic experiencing - effectiveness and key factors of a body-oriented trauma therapy: a scoping literature review. European J. of psychotraumatology. 2021; 12.
21. Fallot R. Creating Cultures of Trauma-Informed Care: A Self-Assessment and Planning Protocol. file:///C:/Users/User/Downloads/CCTICSelf-AssessmentandPlanningProtocol11-11%20(2).pdf.
22. Greer J. Introducing traumainformed care principles in the workplace. Discover Psychology. 2023; 3:31.

Trauma-informed Physical Therapy

Noga Gal, BPT, MSc, MBA

Director of Physical Therapy School at Assaf Haroffe Medical Center, Stanely Steyer School of Health Professions, Tal Aviv University

Psychological trauma is a disruptive event that may leave a lasting impact on an individual's psyche. It is well-documented that individuals who have experienced trauma or suffer from post-traumatic symptoms often develop physical conditions, such as chronic pain, and exhibit higher rates of illness compared to the general population.

In recent years, a growing body of research has explored the effects of psychological trauma and the role of physiological systems in its manifestation. Additionally, there has been increasing recognition of the impact of physical interventions - such as touch, relaxation exercises, breathing techniques, and physical activity - which are central to physical therapy, on trauma symptoms and related health conditions.

However, physical therapy treatment can sometimes inadvertently trigger traumatic memories, leading to avoidance behaviors and setbacks in the rehabilitation process, thereby impeding the achievement of desired treatment goals.

Trauma-informed physical therapy is a therapeutic approach that highlights the role of physical therapists in rehabilitating trauma-affected patients. This approach refines patient assessment methods, integrates physical therapy-based therapeutic tools, and addresses scenarios where treatment may inadvertently retraumatize patients, causing avoidance behavior. It also provides strategies for delivering more effective care.

This article outlines the principles of trauma-informed physical therapy, examines the ways in which physical therapy interventions aid trauma recovery, and underscores the notion that many patients seeking physical therapy may perceive the incident that led them to treatment as traumatic. As a result, they may develop trauma related symptoms that hinder the rehabilitation progress. Therefore, it is recommended that this approach be adopted in every physical therapy treatment.

Keywords: Trauma, Post-traumatic stress syndrome, trauma informed physical therapy

להקדים תנועה לנפילה – התוכנית הלאומית למניעת נפילות

אסנת שמיר, BPT, MHA

רכזת תחום גריאטריה, המחלקה הארצית לפיזיותרפיה, משרד הבריאות

תקציר

הנפילות בזקנה גורמות לתחלואה, להגבלה בתפקוד ולתמותה ושכיחותן גבוהה.

רבע מבני 65 ומעלה נופלים לפחות פעם אחת בשנה. קיימים שלל גורמי סיכון לנפילה, בהם ירידה במסת השריר ובשיווי המשקל, ירידה בראייה או בשמיעה, תרופות שונות ומפגעים וסיכונים בסביבת חייו ובביתו של האדם.

משרד הבריאות השיק את התוכנית הלאומית למניעת נפילות בשנת 2017.

המחלקה הארצית לפיזיותרפיה במשרד הבריאות היא שותפה פעילה בתוכנית הלאומית למניעת נפילות מיום השקתה ועד היום. פיזיותרפיסטים הם גורם מרכזי בהתערבויות למניעת נפילות.

במאמר יוצגו מטרת התוכנית הלאומית למניעת נפילות ויעדיה והפעולות שהתקיימו לאורך השנים להשגת היעדים.

מילות מפתח: נפילות, תוכנית לאומית, המחלקה הארצית לפיזיותרפיה, משרד הבריאות

מבוא

תוחלת החיים בישראל נמצאת בעלייה מתמדת. המגמה המבורכת הזו מביאה עמה גם עלייה בשיעור הנפילות. בישראל כ-1,000 זקנים נופלים בכל יום; אחד מתוך שלושה זקנים ייפול לפחות פעם בשנה. הנפילות בקרב זקנים גורמות למרבית השברים, ובעיקר לשברים בצוואר הירך. נפילות הן הסיבה המובילה לתמותה מפגיעות חיצוניות והן גורם סיכון למוגבלות תפקודית ולמיסוד. הירידה הניכרת בעצמאות ובתפקוד עקב הנפילה תתרום לירידה בהשתתפות הזקן במעגלי החיים השונים ולירידה באיכות חייו. השלכות הנפילות הן גם העלות הכלכלית הגדולה למערכת הבריאות ולחברה.[1]

הסיבות האפשריות לנפילות הן רבות והעיקריות שבהן הן ירידה בשיווי המשקל ובכוח השרירים, סיכונים בבית ובסביבה, תזונה לקויה, ירידה בראייה או בשמיעה והשפעות הלוואי של תרופות. חלק גדול מן הנפילות ניתנות למניעה על ידי צמצום גורמי הסיכון. מניעת נפילות מונעת תחלואה ומוגבלות ובכך משפרת את רמת הבריאות והתפקוד של האוכלוסייה ותורמת להזדקנות מיטבית.

כיום לא קיים רישום לאומי של נפילות. יתר על כן, רוב הנפילות המסתיימות ללא פציעה אינן מדווחות כי האדם לא פנה לרפואה ראשונית בעקבות הנפילה.

התוכנית הלאומית למניעת נפילות גובשה והושקה בשנת 2017 כחלק מהיערכות כוללת של מערכת הבריאות לאתגר המשמעותי של הזדקנות האוכלוסייה. התוכנית גובשה מתוך הבנה שלנפילה בזקנים יש השפעה גדולה על מצבם הרפואי, על תפקודם, על איכות חייהם ועל דחיקת התלות, ואפשר לנקוט פעולות לצמצום הסיכון לנפילה.

התוכנית הלאומית גובשה על ידי אגף הגריאטריה במשרד הבריאות בשיתוף ג'וינט-אשל, המועצות הלאומיות והתוכנית הלאומית "אפשרי בריא". התוכנית התבססה על עבודתה של ועדת היגוי בראשותו של פרופסור שוקי שמר. את המחלקה הארצית לפיזיותרפיה שהשתתפה בוועדת ההיגוי ייצגה גב' יעל רותם גלילי, אז רכזת תחום גריאטריה וכיום פיזיותרפיסטית ארצית.

במסגרת התוכנית הלאומית פועלת במשרד הבריאות ועדה רב-מקצועית למניעת נפילות. מטרת הוועדה היא יישום התוכנית הלאומית. הוועדה נפגשת באופן עיתי ועורכת חשיבה לצורך קידום פעולות ליישום יעדי התוכנית הלאומית. בראש הוועדה עומדים רופא מאגף הגריאטריה ופיזיותרפיסטית רכזת תחום גריאטריה במחלקה הארצית לפיזיותרפיה, כותבת מאמר זה.

המחלקה הארצית לפיזיותרפיה לוקחת חלק משמעותי גם בתוכניות לאומיות נוספות, כגון התוכנית הלאומית לטיפול פליאטיבי והתוכנית הלאומית להתמודדות עם מחלת האלצהיימר ודמנציות אחרות.

המטרות והיעדים של התוכנית הלאומית למניעת נפילות

מטרת התוכנית הלאומית הוגדרה כשיפור איכות החיים והתפקוד של האזרחים הוותיקים במדינת ישראל.

היעדים שהוגדרו:

1. העלאת המודעות לנושא הנפילות ולמניעתן בציבור הרחב ובציבור המקצועי;
2. מניעה ראשונית - בניית תשתית לאורח חיים בריא;
3. הנגשת שירותי הבריאות;
4. שמירה על בטיחות הסביבה;
5. מחקר ופיתוח.

הפעולות שנעשו במסגרת התוכנית הלאומית למניעת נפילות יוצגו לפי יעדי התוכנית (ראה איור: הפעולות שנעשו לאורך השנים לצורך השגת יעדי התוכנית הלאומית למניעת נפילות).

1. העלאת המודעות לנושא הנפילות ולמניעתן בציבור הרחב ובציבור המקצועי

בשנת 2017 נערך כנס להשקת התוכנית הלאומית למניעת נפילות בהשתתפות הארגונים השונים ואנשי המקצוע ברצף הטיפול. בכנס הוצגו התוכנית, מטרתה ויעדיה במטרה לרתום את השותפים השונים להשגת היעדים.

נושא מניעת נפילות הוצג בכנס גרונטולוגיה בשנת 2018 ונכללו בו הרצאות לגבי חשיבות מניעת הנפילות ופעילות גופנית למניעת נפילות בקרב זקנים.

בכנס הארצי בפיזיותרפיה בשנת 2019 יוחד מושב למניעת נפילות ופאנל אנשי מקצוע בתחום.

הוחל שיתוף פעולה עם הרשויות המקומיות והתוכנית הלאומית "אפשרי בריא" כדי להעלות את המודעות לנושא מניעת הנפילות והפעולות שהרשויות יכולות לקדם בתחום. במסגרת שיתוף הפעולה פורסם קול קורא לרשויות המקומיות כדי לעודד תוכניות לפעילות גופנית, מניעת נפילות וסביבה בטוחה.[2]

בקורסים העל-בסיסיים לאחיות בכל רצף הטיפול הוטמעה הרצאה בנושא מניעת נפילות המועברת על ידי המחלקה הארצית לפיזיותרפיה.

הנושא של מניעת נפילות קודם בפורומים שונים גם מחוץ לעולם הבריאות לשם העלאת המודעות לנושא, למשל בפרויקטים אקדמיים בלימודי עיצוב תעשייתי בבצלאל.

במהלך שנת 2019 השיק משרד הפרסום הממשלתי קמפיין לציבור הרחב שנועד להעלות את מודעות הציבור לחשיבות שיש במניעת הנפילות ולדרכים למניעתן.[3]

במהלך שנת 2020 הושק אתר אינטרנטי המנגיש מידע על הדרכים למניעת נפילות, כגון אופן התאמת הסביבה ותרגול למניעת נפילות. המידע מיועד לזקנים ולמשפחתם, למטפלים בהם ולמטפלים המקצועיים ממקצועות הרפואה והבריאות.[4]

המועצה העליונה לפיזיותרפיה פרסמה נייר עמדה בנושא פיזיותרפיה ומניעת נפילות. נייר העמדה מציג את חשיבותן של תוכניות ההתערבות של שירותי הפיזיותרפיה בישראל שהן מבוססות ראיות ומועילות לשיפור העצמאות של האוכלוסייה המבוגרת, תוך הפחתת עלויות חברתיות כלכליות ובריאותיות.[5]

בימים אלה מתקיים תהליך להגברת המודעות לתרופות המעלות סיכון לנפילה באמצעות הנגשת מידע לאנשי המקצוע. פיזיותרפיסטים יוכלו להיעזר במידע הזה לצורך חשיבה קלינית במיקוד הבדיקה ותוכנית ההתערבות המותאמת לצמצום הסיכון לנפילה.

2. מניעה ראשונית – בניית תשתית לאורח חיים בריא

במהלך שנת 2017 פורסם בשיתוף אגף בריאות דיגיטלית "מכרז אתגר" בנוגע לפתרונות טכנולוגיים להתמודדות עם נפילות בגיל המבוגר. במסגרת המכרז נתמכו שתי טכנולוגיות לטיפול ייעודי למניעת נפילות ונערכו מחקרי חלוץ בשתיים מקופות החולים. המערכות שנתמכו הוכחו כיעילות ובעלות היתכנות. מאז נמצאות המערכות בשימוש מכוני פיזיותרפיה רבים בכל רצף הטיפול ברחבי הארץ לצורך תרגול ייעודי למניעת נפילות.

הוקמה ועדה בשיתוף רשת ערים בריאות לגיבוש מסמך המלצות לסביבות ידידותיות-גיל בישראל. הוועדה פרסמה מדריך סביבות ידידותיות-גיל לרשויות המקומיות. המדריך מיועד לכל העוסקים בקידום רווחת תושבי הרשות המקומית, ובהם מקבלי ההחלטות, מהנדסי ערים ומתכננים ומנהלי מחלקות ברשות המקומית וכן לאזרחים המעוניינים לקדם את הנושא. המדריך מכיל המלצות מעשיות בנוגע להתאמת הסביבה לשיפור איכות חיי הזקנים וקידום הזדקנות פעילה מתוך תפיסה כוללנית שהאזרחים הוותיקים הם נכס - ולא נטל - עבור הרשויות המקומיות.[6]

החל משנת 2024 פועלת הועדה למניעת נפילות עם ארגון "והדרת". מתנדבי ארגון "והדרת" בשירות הלאומי בחברה הכללית, הערבית והחרדית פועלים בקרב כ-10,000 זקנים בקהילה, למען עזרה והפגת הבדידות. נבדקו העמדות והידע של רכזות ורכזי המתנדבים באשר לנפילות והיכולת לצמצם את הסיכון לנפילות. נערכו הדרכות על הדרכים לצמצום הסיכון לנפילה בבית ומחוץ לבית. בימים אלה מתרחב שיתוף הפעולה כך שהרכזות ידריכו את המתנדבים בעזרת ערכת הדרכה ייעודית.

3. הנגשת שירותי הבריאות

נפילות הוגדרו כאבחנה המזכה את הזקן בנקודות לגמלת סיעוד בביטוח לאומי.

בשנת 2017 הקים משרד הבריאות בשיתוף ג'וינט-אשל את תוכנית "משגב" - מרכזי שיקום גריאטרי בקהילה. המרכזים מיועדים לאוכלוסיית זקנים שחוו ירידה תפקודית ומטרתם להנגיש את השיקום בקהילה בפריסה ארצית לזקנים הזקוקים לכך כדי לאפשר דחיקת תלות וזקנה מיטבית.

בשנת 2018 פורסם מבחן תמיכה לקופות החולים במטרה לצמצם את מספר שברי צוואר הירך. קופות שבחרו להיכנס למבחן התמיכה הציגו נתונים על המדדים שהוגדרו, כגון צמצום שברי צוואר הירך, פעילות לזיהוי סיכון לנפילה והתערבות למניעתה. במסגרת המבחן הוטמעו ברשומה הרפואית שאלות סינון של הצוות הרפואי, צוות האחיות וצוות הפיזיותרפיה לזיהוי הסיכון לנפילה. ניתנה תמיכה כספית לקופות עבור השתתפות הזקן בקבוצת פיזיותרפיה ייעודית והערכת בטיחות הבית למניעת נפילות. בשנת 2024 עודכן מבחן התמיכה בהתאם להשגת היעדים שהוגדרו בנושא איתור זקנים בסיכון לנפילה במטרה להרחיב את התמיכה בהתערבות למניעת נפילות. הועלה סכום התמיכה עבור כל משתתף בקבוצת פיזיותרפיה ייעודית למניעת נפילות.

4. שמירה על בטיחות הסביבה

במהלך שנת 2021 הוציאו קרנות הביטוח הלאומי בשיתוף משרד הבריאות מכרז "בית בטוח" בנוגע להתאמת סביבת הבית למניעת נפילות. במסגרת המכרז נבחרו שלוש רשויות מקומיות להוביל תוכנית להתקנת אביזרים למניעת נפילות בבית האדם, כגון ידיות אחיזה במקלחת ובשירותים ושטיחון למניעת החלקה. התוכניות לוו במחקר שערך מכון ברוקדייל.[7]

תוצאות המחקר המלווה היו כי הערכה תרמה להפחתת מספר הנפילות, מספר הנופלים ומספר האשפוזים וכן שלמאחזים ולמתן הסברים בזמן ההתקנה יש תרומה להפחתת נפילות. המלצות המחקר היו להרחיב את התוכנית לרשויות נוספות. תוכניות "בית בטוח" הורחבו ל-19 רשויות נוספות באמצעות קול קורא. חלק מהרשויות אף משלבות הדרכות של פיזיותרפיסטים. נכתב דף הדרכה שהונגש לרשויות לשימושן כמידע מלווה להתקנות כדי להגביר את מודעות הזקנים ומשפחתם לדרכים למנוע נפילות. הרשויות השונות ערכו בדף ההדרכה התאמות לאוכלוסיית הרשות.

5. מחקר ופיתוח

בשנת 2019 נערך סקר נפילות בישראל. מטרת הסקר הייתה לאסוף מידע על נפילות ופחד מנפילות בקרב תושבים בני 65 ומעלה הגרים בקהילה כבסיס לבניית תוכניות התערבות בפלחים שונים של האוכלוסייה. המידע שנאסף כלל משתנים דמוגרפיים, נתונים על מצב הבריאות הכללי והמצב התפקודי בקרב 3,181 בני 65 ויותר.

עיקרי תוצאות הסקר היו שנפילות והחשש מנפילות הם תופעה מאוד שכיחה בקרב זקנים החיים בקהילה. שיעור אלה שדווחו על נפילה בשנה האחרונה היה 23.8% ודומה לשיעורים המדווחים במדינות אחרות בעולם. שיעור הנפילות בקרב נשים היה גבוה יותר בהשוואה לגברים. לא נמצאו הבדלים בין ערבים ליהודים בשיעור הנפילות, אך חומרת הפגיעה הייתה גבוהה יותר בקרב ערבים. שיעור החווים פחד מנפילות היה 48.3% וגבוה משמעותית בקרב הנופלים. פיתוח תוכניות הדרכה והתערבות מותאמות לאוכלוסיות שונות עשוי לתרום לצמצום שיעור הנופלים והפחתת הנזק המשני כתוצאה מנפילות.[8]

בסקר מב"ת זהב (מצב בריאות ותזונה) מטעם המלב"מ (המרכז הלאומי לבקרת מחלות) שנערך באופן עיתי, הוכנסו עשר שאלות בנושא נפילות. המטרה היא להעריך את השינויים והמגמות במסגרת תכנון מדיניות והתערבויות. הסקר הועבר בשנה וחצי האחרונות, אך טרם התקבלו תוצאותיו.[9]

סיכום

במאמר הוצגו הפעולות העיקריות שנעשו בשנים האחרונות לצורך השגת יעדי התוכנית הלאומית למניעת נפילות. לאורך השנים מובילה המחלקה הארצית לפיזיותרפיה את הנושא במשרד הבריאות ביחד עם האגף לגריאטריה.

הורדת הסיכון לנפילה בזקנים נושאת בחובה הזדמנות חשובה לירידה במוגבלות וכתוצאה מכך לדחיקת התלות ולהעלאת איכות החיים וההשתתפות במעגלי החיים השונים. כדי להוריד את הסיכון לנפילות בקרב זקנים דרושות פעולות בתחומים שונים, כגון העלאת המודעות למניעת נפילות, בניית תשתיות למניעה ראשונית, הנגשת שירותי הבריאות, שמירה על בטיחות הסביבה הביתית והכללית ומחקר ופיתוח בתחום.

בהיעדר רישום לאומי לנפילות, אין כיום בישראל מסד נתונים שמאפשר ניטור וניתוח מגמות וקשה להציג את הקשר שבין התוכנית הלאומית לשיעור הנפילות.

תרגול שיווי המשקל וחיזוק הגפיים התחתונים נמצאים בראש ההתערבויות האפקטיביות למניעת נפילות.[10] הפיזיותרפיסטים אמונים על תחום זה. נדרשות חשיבה והגברת המודעות לנושא הנפילות במפגשים עם מטופלים גם בהתייחסות לקבוצות אוכלוסייה מגוונות.

הפיזיותרפיסטים והפיזיותרפיסטיות הם גורם מרכזי באיתור, בהערכה ובהתערבות במניעת נפילות, וחשוב לוודא שיובילו תוכניות למניעת נפילות ברמת הפרט, הקהילה והחברה.

From Risk to Resilience: The National Falls Prevention Program

Osnat Shamir, BPT, MHA

Geriatrics Coordinator at the National Department of Physiotherapy, Ministry of Health

Approximately 25% of individuals over the age of 65 experience a fall each year, making falls a leading cause of morbidity, functional decline, and mortality among older adults.

Multiple risk factors contribute to falls, including reduced muscle strength and balance control, impaired vision or hearing, medication side effects, and environmental hazards both inside and outside the home.

To address this issue, the Israeli Ministry of Health launched the National Falls Prevention Program in 2017. Recognizing the important role of physical therapy in fall prevention - through targeted interventions aimed at reducing risk factors - the Ministry's National Department of Physical Therapy has been an active partner in the program since its inception.

This article outlines the objectives and goals of the National Falls Prevention Program and reviews the key activities and initiatives over the years to support its implementation and success.

Keywords: Falls, National Program, National Department of Physiotherapy, Ministry of Health

מקורות

1. משרד הבריאות. התוכנית הלאומית למניעת נפילות, 8 בנובמבר, 2017. אוחזר בתאריך 6.4.25.
https://www.gov.il/BlobFolder/reports/fallpreventionnationalprogram/he/files_publications_units_geriatrics_fall_prevention_FallPreventionNationalProgram.pdf
2. משרד הבריאות. אפשרי בריא, התוכנית הלאומית לחיים פעילים ובריאים, להיות בתנועה. אוחזר בתאריך 6.4.25.
https://efsharibari.health.gov.il/active-life/
3. משרד הבריאות, לשכת הפרסום הממשלתית. "נמנעים מנפילות ב-4 פעולות פשוטות" (סרטון). אוחזר בתאריך 6.4.25.
https://youtu.be/yN_lMAlON_c?si=HTuC9F5j05ukhxmT
4. משרד הבריאות, אתר הגיל השלישי, מניעת נפילות. עודכן 21 בינואר, 2025. אוחזר בתאריך 6.4.25.
https://me.health.gov.il/older-adult/specialist-advice/fall-prevention/how-to-prevent-falls/fall-prevention-measures/
5. המועצה העליונה לפיזיותרפיה. פיזיותרפיה ומניעת נפילות, נייר עמדה. מרץ 2021. אוחזר בתאריך 6.4.25.
https://www.ipts.org.il/_Uploads/dbsAttachedFiles/emdanefilot.pdf
6. משרד הבריאות. סביבות ידידותיות -גיל בישראל, מדריך לרשויות המקומיות. 2021. אוחזר בתאריך 6.4.25.
https://efsharibari.health.gov.il/media/2225/age-friendly-environments.pdf
7. ברג-ורמן, א'. וכהן, י'. התקנת ערכות למניעת נפילות בבתיהם של זקנים: מחקר הערכה מעצבת. מכון מאיירס-ג'וינט-ברוקדייל. 2024; דמ-978-24. אוחזר בתאריך 6.4.25.
https://brookdale.jdc.org.il/publication/home-modifications-for-preventing-falls-by-older-adults-living-in-the-community
8. משרד הבריאות, חטיבת טכנולוגיות רפואיות, מידע ומחקר, המרכז הלאומי לבקרת מחלות. סקר נפילות לאומי 2019. 2021; פרסום מס' 401. אוחזר בתאריך 6.4.25.
https://www.gov.il/BlobFolder/reports/israel-national-elderly-falls-survey-2019/he/files_publications_units_ICDC_israel-national-elderly-falls-survey-2019.pdf
9. משרד הבריאות. סקרי תזונה (מב"ת) - סקירה כללית, אגף תזונה. אוחזר בתאריך 6.4.25.
https://www.gov.il/he/pages/mabat-survey?chapterIndex=2
10. Colón-Emeric, CS., McDermott, C L., Lee, D S., & Berry, S D. Risk assessment and prevention of falls in older community-dwelling adults: a review. Jama. 2024; 331(16): 1397-1406.

הפעולות שנעשו לאורך השנים לצורך השגת יעדי התוכנית הלאומית למניעת נפילות

כלי הערכה למדידה של בצקת בגפה העליונה

Upper Quadrant Edema Patient-Reported Outcome Measure (UQE-PROM)

מיכל אלבוים-גביזון BPT, PhD, **דניאל דויטשר**, BPT, MScPT, PhD

בצקת (Edema) בגפה העליונה היא תופעה שכיחה בקרב מטופלים עם הפרעה לימפתית או ורידית. בצקת מוגדרת כהצטברות חריגה של נוזלים בחלל הבין-תאי, הנגרמת עקב חוסר איזון בין תהליכי הסינון והניקוז הוורידיים והלימפתיים. ליקוים במערכת הוורידית והלימפתית עלולים להיגרם עקב מגוון מצבים, כגון מחלות, לאחר ניתוחים (למשל, ניתוחים אונקולוגיים) וטראומות. בצקת יכולה להיות אקוטית (לדוגמה, לאחר טראומה, כוויות, זיהום, ניתוח או חסימת ורידים) או כרונית (כגון במצב של לימפאדמה לאחר כריתת בלוטות הלימפה או במצב של אי-ספיקת ורידים כרונית). בצקת עלולה לגרום לכאב, לתחושת כובד של הגפה, לירידה בטווחי התנועה ובכוח שרירי הגפה העליונה.[1]

בצקת בגפה העליונה עשויה להשפיע על שלושה ממדים מרכזיים בהתאם למודל International Classification of Functioning, Disability and Health - ICF:

1. תפקוד ומבנה הגוף - פגיעה בניקוז הווורידי או הלימפתי עלולה לגרום לנפיחות, לכאב, לפגיעה בעור או ברקמות החיבור ולהגבלה בתנועת המפרקים. יתר על כן, מחקרים הצביעו שבצקת כרונית עלולה לגרום לחרדה ודכאון;
2. פעילות (activity) - קיומה של בצקת יכולה להקשות על האדם בביצוע פעילויות יומיומיות, כגון צחצוח שינים, לבישת בגדים או שימוש במכשור, כגון מקלדת;
3. השתתפות (participation) - הקושי בביצוע מטלות הדורשות דיוק מוטורי, הפעלת כוח, או שימוש ממושך בגפה העליונה, עשוי להוביל למגבלות בתעסוקה, בפעילויות חברתיות ובאיכות החיים הכללית.

מדידת נפח הבצקת בגפה העליונה היא חיונית לשם הערכת מצבו של המטופל, להתאמת הטיפול ולמעקב אחר יעילות ההתערבויות, לזיהוי מוקדם ולמניעת השלכות חמורות, כגון ירידה בתפקוד או התפתחות פיברוזיס רקמתי, והיא מסייעת בשיפור תהליך קבלת ההחלטות הקליניות. יתר על כן, מדידה המבוססת על דיווח של המטופל (Patient Reported Outcome Measures [PROMs]) מאפשרת להבין את החוויה האישית של המטופל בהיבט של השפעת הבצקת על כאב, על תחושת הכובד ועל יכולת התפקוד הנתפסת.

מדידת היקף הבצקת נעשית באמצעות כלים אובייקטיביים, כגון מדידות היקפיות, שימוש בנפח המים או טכנולוגיות להערכת הלחות והלחץ הרקמתי. השפעת הבצקת על תפיסת המוגבלות או על היכולת נמדדת באמצעות PROMs.[2] השימוש ב-PROMs כולל שאלונים מהימנים ותקפים להערכת תחושת הכאב, המגבלות התפקודיות וההשפעה על איכות החיים. השימוש ב-PROMs מאפשר לקבל מידע על השפעת הבצקת על חיי המטופל, ולמעשה משלים את הבדיקות האובייקטיביות לשם קבלת הערכה כוללנית המבוססת על חוויית המטופל.

במסגרת מדור זה נציג את ה-UQE-PROM (Upper Quadrant Edema Patient-Reported Outcome Measure). זהו כלי מדידה השייך לקבוצת ה-PROMs, שפותח במיוחד לשם הערכת תחושת יכולת התפקוד הפיזי של מטופלים עם בצקת בגפה העליונה. סקירה זו עוסקת בגרסה המקוצרת של השאלון (short form). נכון להיום, לא קיימת גרסה עברית לשאלון זה, אך פשטותו, תוצאותיו הפסיכומטריות הטובות והצורך המדווח בקרב הקלינאים בשטח מצדיקים את הצגתו. השאלון תוקף למטופלים בני 14 ומעלה.

תהליך פיתוח השאלון ומבנהו

הגרסה המלאה נבנתה על סמך סקירת ספרות וקבוצת מיקוד של מומחים קליניים שכללה 30 פיזיותרפיסטים ומרפאים בעיסוק בעלי ניסיון בשימוש PROMs וכן בעלי ניסיון טיפולי באנשים עם בצקת על רקע בעיה לימפתית וורידית. חברי הקבוצה היו אנשי מקצוע ממדינות שונות בארצות הברית, העובדים במרפאות פרטיות ובמרפאות חוץ בבתי חולים.

התהליך כלל דיון של ועדת המומחים לצורך זיהוי מגוון של קשיים תפקודים ברמות חומרה שונות הרווחים בקרב מטופלים עם בצקת בגפה עליונה. בצקת הגפה העליונה הוגדרה כבצקת באזורי החזה, הזרוע וכף היד. הפריטים התמקדו בתחומי הטיפול העצמי (self care) וביניידות בהתאם למודל ה-ICF. יש לציין שבהתאם להמלצת הקלינאים נעשה שימוש בשאלון במונח "נפיחות", ולא במונח "בצקת" (Edema) שכן הוא נחשב למובן יותר.

השאלות עוסקות ברמת המסוגלות לבצע פעילויות או מטלות פיזיות מסוימות באמצעות הגפה המעורבת (למשל, להגיע מעל הראש) או באמצעות שתי הידיים (למשל, רחצה, רכיסת כפתורי החולצה או הקלדה במקלדת). השאלות תורגמו גם לספרדית.[3] השאלות מנוסחות בצורת היגדים. המשתתף צריך לציין עבור כל היגד את מידת הקושי בביצוע המטלה הנתונה בסולם ליקרט בין 1 ל-5 (1= לא מסוגל לבצע, 2 = מסוגל לבצע בקושי רב, 3 = מסוגל לבצע עם קושי מסוים, 4 = מסוגל לבצע עם קושי מועט, ו-5 = מסוגל לבצע ללא כל קושי).

הגרסה המקוצרת של UQE - מכילה 10 שאלות מתוך בנק של 25 שאלות. הגרסה המקוצרת נבנתה לאחר כיול 25 השאלות לסולם חד-ממדי ורציף בעזרת ניתוח גורמים מאשש ויישום שיטת ה-Item Response Theory (IRT) המאפשרת למצוא איזון מרבי בין דיוק (מהימנות) ובין אורכו של השאלון (מספר השאלות). שיטת ה-IRT מאפשרת בדיקת מהימנות פנימית (Internal Consistency Reliability) כדוגמת מקדם אלפא של קרונבאך (Cronbach's Alpha), וגם מאפשרת בדיקת מהימנות בטווחי ציונים שונים של הסולם. למשל, מהימנות הסולם עשויה להיות נמוכה יותר בטווחים הנמוכים של הסולם המייצגים במקרה הזה יכולת תפקודית נתפסת נמוכה, וגבוהה יותר בטווחים הגבוהים של המדידה. בסופו של תהליך הפיתוח של הגרסה המקוצרת נבחרו השאלות המספקות רמת מהימנות גבוהה בטווח ציונים מרבי ובדומה למהימנות המתקבלת על ידי מענה על בנק השאלות המלא. סולם המדידה נקבע בטווח של 0-100 (ציון גבוה יותר משקף יכולת תפקודית נתפסת גבוהה יותר). נמצא כי בטווח מדידה של 20-80 רמת המהימנות של הגרסה המקוצרת הייתה דומה לזו של השאלון המלא ומעל ל-0.9.

להלן עשר השאלות של הגרסה המקוצרת של ה-UQE:

1. **Basket -** Lift a full basket of dry laundry from the floor
2. **Bath -** a bath or shower
3. **Car -** Pull open a car door
4. **Dishes -** Put away dishes in an overhead cabinet
5. **Ears -** Reach the earlobe on the same side (e.g, to wash or put in an earring)
6. **Hair -** Care for your hair or scalp
7. **Pocket -** Pull something out of your back pocket
8. **Shoebox -** Lower a box of shoes (1-5 lb) from the top shelf of a closet
9. **Shoulder -** Place a can of soup (1 lb) on a shelf at shoulder height Shoulder
10. **Slide -** Slide hanging clothes in a closet from one end of the rod to the other

להרחבה ראו מאמרם של Deutscher, et al.[3]

טווח הציונים וחישוב הציון: הציון הגולמי הוא בטווח שבין 10-50, כאשר ציון גבוה יותר מעיד על רמת תפקוד גבוהה יותר. יש להמיר את הציון הגולמי הכולל לטווח בין 0-100 על סמך טבלת המרה, שניתן לקבלה על ידי פנייה למחברי השאלון, ראו מקור מס' 3.

הנתונים הפסיכומטריים של הגרסה המקוצרת באנגלית של שאלון ה-Upper Quadrant Edema Patient-Reported Outcome Measure (UQE-PROM):

מהימנות (reliability): התקבלה מהימנות פנימית גבוהה (Cronbach's α = 0.93);

תוקף (validity): הגרסה המלאה הראתה תקפות של יכולת ההבחנה בין קבוצות שונות (Known-Groups Validity) על סמך גיל (p=0.004) מידת האקוטיות של הבצקת (p<0.001), מספר מחלות הרקע (p=0.001) ושימוש בתרופות לבצקת בעת התחלת הטיפול (p=0.038). העובדה שהגרסה המקוצרת נמדדת על אותו הסולם כמו הגרסה המלאה מחזקת את תוקפה ביחס לתוקף הגרסה המלאה;

רגישות לשינוי (responsiveness): הגרסה המלאה הראתה שינוי ממוצע של 10.4 נקודות בציון השאלון בין ההערכה הראשונית להערכה בסיום הטיפול, עם אפקט רצפה ותקרה

מקובלים, המצביע על יכולתו של הכלי למדוד שיפור לאורך זמן.[3]

סיכום

הגרסה המקוצרת של ה-UQE-PROM, המכילה 10 פריטים, היא כלי מהימן, יעיל ופשוט להערכה מבוססת דיווח עצמי של השפעת הבצקת בגפה העליונה על התפקוד היומיומי. השימוש הקל בשאלון, בצד הנתונים הפסיכומטריים הטובים של הגרסה המלאה והמקוצרת, תומכים ביישומו הן בהקשרים קליניים והן במחקר. הגרסה הקצרה מאפשרת הערכה מהירה ומדויקת של יכולת תפקודית נתפסת ומאפשרת בדיקה של השפעת ההתערבויות הטיפוליות לאורך זמן. אף על פי שאין גרסה בעברית לשאלון, בחרנו להציגו בזכות פשטות השימוש בו, תכונותיו הפסיכומטריות הטובות והצורך בכלי הערכה כמותי שדווח על ידי קלינאים המטפלים במקרים של בצקת בגפה העליונה. עם זאת, נדרש מחקר לשם תרגום הגרסה המקוצרת לעברית בתהליך שיטתי, תוך בדיקת תקפותו ומהימנותו של התרגום.

מקורות

1. Trayes, K.P., Studdiford, J.S., Pickle, S., and Tully, A.S. Edema: diagnosis and management. American family physician2)88 ;2013 ץ): p. 102-110.
2. Maccarone, M.C. and Masiero, S. The important impact of COVID-19 pandemic on the reorganization of a Rehabilitation Unit in a National Healthcare System hospital in Italy: lessons from our experience. American journal of physical medicine & rehabilitation. 2021; 100(4): p. 327-330.
3. Deutscher, D., Hayes, D., Cook, K.F., Werneke, M.W., Tucker, C.A., Mioduski, J.E., Levenhagen, K., Tidhar, D., Pfarr, M., and Kallen, M.A. Upper quadrant edema patient-reported outcome measure is reliable, valid, and efficient for patients with lymphatic and venous disorders. Physical therapy. 2021; 101(12): p. 219.

ערכה את המדור: ד"ר סמדר פלג BPT, PhD

במדור זה מובאים בתרגום לעברית תקצירי מאמרים אשר פורסמו בכתבי עת בעולם. על-פי הסכמי זכויות היוצרים של כתבי העת המפרסמים בגישה הפתוחה (open access), אין צורך בהסכמה של מערכות כתבי העת הללו לתרגום ופרסום התקצירים בעברית.
באשר לתקצירים שהובאו מתוך כתבי עת שאינם נוקטים את הגישה הפתוחה, מערכת כתב העת של העמותה לקידום הפיזיותרפיה בישראל קיבלה מעורכי כתבי העת האלה אישור רשמי לפרסם את התקציר המתורגם לעברית.
במדור שלפנינו מובאים תקצירים של ארבעה מאמרים שמבוססים על מחקרים שהובילו עמיתי ועמיתות מחקר מישראל.
יש לציין כי מערכת כתב העת אחראית על תרגום התקצירים ועל כל שגיאה או שינוי בתוכנם שנגרמו עקב תהליך התרגום מאנגלית לעברית.
קול קורא: נשמח שקוראי כתב העת יפנו את תשומת ליבנו למאמרים עדכניים אשר הופיעו בספרות העולמית ואשר עשויים לעניין את ציבור הקוראים שלנו. במיוחד, נשמח לפרסם תקצירי מאמרים שפורסמו בכתבי עת בעולם, ואשר עמיתים מישראל היו שותפים בהכנתם.

נוסף על כך, כיוון שבמאמרים המפורסמים בכתבי עת הנוקטים גישה פתוחה זכויות היוצרים הם של הכותבים עצמם, נשמח לפרסם במלואם תרגום לעברית של מאמרים שפורסמו בכתבי עת אלה, ובלבד שיהיו רלוונטיים לציבור העוסקים בפיזיותרפיה בישראל ושכל השותפים לכתיבת המאמר נתנו הסכמתם לכך.

Clinical Competency in Managing Malnutrition-Sarcopenia Syndrome Among Physical Therapists: A Cross-Sectional Survey

Netzer, R., Levi, N., Ganchrow, K., Naan, Y., & Elboim-Gabyzon, M.

Nutrients (2025), 17(2), 281

https://doi.org/10.3390/nu17020281

מיומנות קלינית של טיפול פיזיותרפי בתסמונת תת-תזונה-סרקופניה: מחקר חתך

תקציר

רקע/מטרות: תת-תזונה וסרקופניה הינם מצבים בריאותיים הקשורים זה בזה בקרב האוכלוסייה המבוגרת. כל אחד מהמצבים מלווה בשיעורי תחלואה ותמותה גבוהים, בשיעורי אשפוז חוזרים גבוהים, בשהייה ממושכת בבתי חולים, בעלויות טיפול גבוהות ובפגיעה באיכות החיים של הפרט. השילוב בין שני המצבים מוביל להתפתחות "תסמונת תת-תזונה-סרקופניה (תת"ס), (Malnutrition-Sarcopenia Syndrome, MSS). התסמונת מאופיינת בירידה במשקל הגוף, במסת שריר, בכוח ובתפקוד הפיזי. התסמונת ניתנת למניעה ולטיפול באמצעות התערבויות תזונתיות ופיזיותרפיה, בעיקר תיסוף חלבון בשילוב אימוני התנגדות פרוגרסיביים. אולם, המיומנות הקלינית של פיזיותרפיסטים באבחון וטיפול ב-תת"ס טרם נחקרה עד כה. בהתאם, מטרת המחקר היא להעריך את המיומנות הקלינית של פיזיותרפיסטים באבחון וטיפול ב-תת"ס.

שיטות: מחקר חתך שכלל סקר אנונימי שנערך בין החודשים ינואר לאוגוסט בשנת 2024, בקרב 337 פיזיותרפיסטים מוסמכים בישראל. הסקר נערך באמצעות פלטפורמת "Qualtrics" . הסקר בחן היכרות קודמת של הפיזיותרפיסטים עם המושג תת"ס, רמת הידע על תת"ס, רמת מיומנויות סקירה, אבחון וטיפול, עמדות ואמונות כלפי טיפול תת"ס ורמת שיתוף הפעולה הבין-מקצועי בטיפול ב-תת"ס.

תוצאות: כמחצית מהפיזיותרפיסטים (52%) דיווחו על היכרות קודמת עם המושג תת"ס, אך היכרות עם הנחיות האבחון של תת"ס הייתה נמוכה (European Working Group on Sarcoenia in Older People 2: 3.6%; Global Leadership Initiative on Malnutrition: 0.6%). רמת הידע אודות תת"ס הייתה בינונית, ונמצאה רמה נמוכה של מיומנויות קלינית של סקירה וטיפול בתת"ס . העמדות כלפי אבחון וטיפול ב-תת"ס במסגרת הפיזיותרפיה היו חיוביות, אך האמונה העצמית ביכולת אבחון ובטיפול ב-תת"ס הייתה נמוכה. שיתוף הפעולה הבין-מקצועי בטיפול ב-תת"ס היה מוגבל, בייחוד בנוגע לתת-תזונה. פיזיותרפיסטים בעלי היכרות קודמת עם המושג תת"ס, הציגו רמת ידע גבוהה יותר של תת"ס, מיומנויות קליניות טובות יותר של אבחון וטיפול ב-תת"ס, עמדות חיוביות יותר כלפי הטיפול ב-תת"ס במסגרת הפיזיותרפיה ורמת שיתוף פעולה בין-מקצועי גדולה יותר.

מסקנות: קיימים פערים משמעותיים במיומנות הקלינית של פיזיותרפיסטים בישראל באבחון וטיפול ב-תת"ס. הטמעה של תוכני תת"ס בתוכניות ההכשרה בפיזיותרפיה, לצד מתן אפשרויות פיתוח מקצועי מתמשך, נחוצים לשיפור מיומנות קלינית זו. כמו כן, יש צורך בהקניית כלים ייעודיים לאבחון וטיפול ב-תת"ס, הגדרת תפקיד הפיזיותרפיסט/ית בטיפול ב-תת"ס, ועידוד שיתוף פעולה בין-מקצועי בכדי להיטיב את הטיפול ב-תת"ס.

מילות מפתח: תסמונת תת-תזונה וסרקופניה, פיזיותרפיסטים, מיומנות קלינית, ידע, עמדות ואמונות, מיומנויות סינון וטיפול, שיתוף פעולה בין-מקצועי

Use of the Brief-BESTest Partially Instrumented with Accelerometry to Detect Balance Deterioration in Middle-Age

Guy Baranes, Roee Hayek, Itai Gutman, Silvi Frenkel-Toledo, Shmuel Springer

Aging Clinical and Experimental Research (2024) 36:214

https://doi.org/10.1007/s40520-024-02868-7

השימוש במבחן ה-Brief-BESTest בשילוב מדדי תאוצה לזיהוי ירידה בשיווי המשקל בגיל הביניים

תקציר

רקע: גיל הביניים (45-64 שנים) הוא תקופת חיים קריטית בה ירידה תפקודית הקשורה לגיל מתחילה להשפיע על שווי המשקל והביצועים הגופניים. אולם, רוב ההערכות הקיימות כיום לא רגישות מספיק לאיתור קשיים בניידות ושווי משקל בגיל-הביניים בשל אפקט תקרה.

מטרות: מחקר זה בחן האם מבחן ה-Brief Balance Evaluation Systems Test (Brief-BESTest) בשילוב מדדי תאוצה (accelerometry) מסוגל לזהות ירידה בשיווי המשקל בגיל הביניים ולאתר אנשים בקבוצת גיל זו עם שיווי משקל ירוד.

שיטות: במחקר השתתפו 75 נבדקים שחולקו לשלוש קבוצות, מבוגרים צעירים (25±2.3 שנים), מבוגרים בגיל הביניים המוקדם (47.7±2.6 שנים) ומבוגרים בגיל הביניים המאוחר (60.6±3.6 שנים). הערכת שיווי משקל בוצעה באמצעות מבחן ה-Brief-BEST, ומד תאוצה (Delsys, ארה"ב) שמוקם על הגב התחתון של הנבדקים על מנת למדוד את התאוצות של מרכז המסה (95% אליפסת השטח של מרכז המסה) בסעיפים הסטטיים של המבחן.

תוצאות: בהשוואה לשתי קבוצות גיל הביניים, קבוצת הצעירים השיגה תוצאות טובות יותר במבחן ה-Brief-BESTest ובתתי-המדדים שלו, למעט תת-המדד Stability-in-Gait.

בנוסף, הם הציגו פחות נד יציבתי במדידת האקסלרומטר בתת-המדד Sensory-Orientation. הציון הסופי של מבחן ה-Brief-BESTest וציון תתי המדדים Biomechanical-Constraints ו-Sensory-Orientation הבדילו בין נבדקים בגיל הביניים המוקדם והמאוחר. השונות בתוצאות מבחן ה-Brief-BESTest ובניד היציבתי עלתה עם הגיל ואפשרה לזהות אנשים עם שיווי משקל ירוד. נמצא מתאם שלילי ברמה בינונית (r = -0.43) בין הציון במבחן ה-Brief-BESTest לבין מידת הניד היציבתי. בנוסף, נמצאה הסכמה בין המדדים (k = 0.56) בזיהוי אנשים עם שיווי משקל ירוד בגיל הביניים המוקדם.

מסקנות: הממצאים מצביעים על כך שניתן לזהות ירידה בשיווי המשקל ובניידות בגיל הביניים באמצעות מבחן ה-Brief-BESTest ומידת הניד שנמדדת באמצעות 95%- אליפסת השטח של מרכז המסה. ממצאי המחקר מדגישים את החשיבות הקלינית של הערכת שיווי המשקל והתפקוד הגופני בקרב מבוגרים בגיל הביניים, במטרה ארוכת טווח לצמצום ההידרדרות התפקודית המתרחשת עם העלייה בגיל.

מילות מפתח: גיל הביניים, שיווי משקל, ניד יציבתי, מד תאוצה

Utilization of Neurology and Allied Health Services by People With Parkinson's Disease in Israel: A Retrospective Observational Study

Naamneh-Abuelhija, B., Kafri, M., Kestenbaum, M., Shadmi, E., Mintz, I., Shved, S., Giveon S., Kamah S. & Yogev-Seligmann, G.

Journal of Neurologic Physical Therapy (2024) 10: 1097

doi: 10.1097/NPT.0000000000000502

שימוש בשירותי נוירולוגיה ובשירותי בריאות משקמים בקרב אנשים עם מחלת פרקינסון: מחקר תצפיתי רטרוספקטיבי

תקציר

רקע: השימוש בשירותי נוירולוגיה ובשירותי בריאות משקמים הוא נדבך חשוב בניהול העצמי ארוך הטווח של אנשים עם מחלת הפרקינסון וקשור למדדי בריאות חיוביים.

מטרות: (1) למפות את השימוש בשירותי נוירולוגיה ובמקצועות הבריאות השונים על ידי חולי פרקינסון; (2) לבדוק את הקשרים בין משתנים דמוגרפיים וסביבתיים לבין מידת השימוש בשירותים; (3) לבדוק את הקשרים בין השימוש בשירותי הבריאות לבין מדד בריאות (אשפוזים דחופים).

שיטות: נערך מחקר תצפיתי רטרוספקטיבי שכלל 1,761 חולי פרקינסון, בין השנים 2014 עד 2019. נעשה מיפוי השימוש בשירותי נוירולוגיה ובשירותי הבריאות, כולל: פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק וקלינאות תקשורת. בוצעו ניתוחי רגרסיות לוגיסטיות מעורבות לבחינת הקשרים בין משתנים דמוגרפיים וסביבתיים, שימוש בשירותי נוירולוגיה ופיזיותרפיה ואשפוזים דחופים.

תוצאות: נמצא כי 50% מאוכלוסיית המחקר השתמשו בשירותי נוירולוגיה. שיעור השימוש בטיפולי מקצועות הבריאות נע בין 0% ל-19%. נמצא כי הסיכוי להשתמש בשירותי נוירולוגיה רב יותר עבור אנשים עם ביטוח בריאות מורחב ועבור חולים

שמשך מחלתם ארוך יותר, ונמוך עבור נשים ועבור אנשים המתגוררים במרחק גדול מהשירות הנוירולוגי. הסיכוי להשתמש בטיפולי פיזיותרפיה רב יותר עבור יהודים ועבור אנשים עם ביטוח בריאות מורחב, ונמוך בקרב חולים שמשך מחלתם ארוך יותר ועבור אנשים המתגוררים במרחק גדול יותר משירותי הפיזיותרפיה. בקרב חולים שמשך מחלתם קצר (פחות מחמש שנים), הסבירות לאשפוז לא מתוכנן הייתה גבוהה יותר בקרב חולים שהשתמשו בטיפולי פיזיותרפיה.

מסקנות: השימוש בשירותי נוירולוגיה ובשירותי בריאות משקמים נמצא נמוך בקרב חולי פרקינסון, במיוחד בקרב מיעוטים ונשים. כדי לשפר את השימוש רצוי לנקוט גישה פרואקטיבית שתכלול מאמצים להגברת המודעות של בעלי העניין - קובעי מדיניות, רופאים, מטפלים במקצועות הבריאות, לשירותים הפוטנציאליים שלהם, וכן לפנות לחולי פרקינסון כדי לעודדם להשתמש בשירותים אלה.

מילות מפתח: שימוש בשירותי בריאות, נוירולוגיה, מחלת פרקינסון, פיזיותרפיה

Tendon Structure, Clinical Tests, and PAIN During-Loading in Young Female Competitive Gymnasts

Steinberg, N., Elbaz, L., Eliakim, A., Nemet, D., Bar-Sella, S., Peleg, S., & Dar, G.

Journal of Sports Sciences, 42(17), 1605-1616

DOI: 10.1097/NPT.0000000000000502

מבנה הגיד, בדיקות קליניות ותחושת כאב במהלך עומס של אימונים אצל מתעמלות תחרותיות צעירות

תקציר

מטרת המחקר היתה לבחון את הקשר שבין מבנה גיד אכילס (Achilles tendon-AT) ומבנה גיד הפיקה (Patellar-tendon -PT), ובין בדיקה קלינית וכאבי גידים אצל מתעמלות צעירות. בנוסף, לחקור את הקשר בין גורמים אלו ובין גיל, בגרות מינית ועומס אימונים. נבדקו 274 מתעמלות (גיל ממוצע 12.1±1.9 שנים) לגבי מדדים אנתרופומטריים, שלב הבגרות המינית ועומס האימון. המתעמלות עברו בדיקות קליניות (כאב במישוש של AT ו-PT, ומבחן Royal-London Hospital Test - ל-PT), נשאלו לגבי כאבי גידים במהלך עומס ונעשתה הערכה של מבנה הגיד (PT, AT). בקרב מתעמלות שאצלן התקבלו תוצאות חיוביות במבדקים הקליניים (עם וללא כאב במהלך עומס) נמצאה שכיחות גבוהה משמעותית של מבנה לא מאורגן של סיבי הקולגן ב-AT וב-PT בהשוואה למתעמלות עם תוצאות שליליות במבדקים הקליניים (עם וללא כאב במהלך עומס) ($p<0.05$). אינטראקציה חיובית של בגרות מינית X תוצאות חיוביות במבחנים הקליניים (puberty Xpositive clinical tests) התקבלה עבור מתעמלות שאצלן נמצא חוסר ארגון של מבנה ה-PT, מבנה לא מאורגן של הגיד הופיע בשכיחות גבוהה יותר אצל מתעמלות לאחר גיל הבגרות המינית (post-pubertal gymnasts) עם תוצאות חיוביות במבדקים הקליניים, בהשוואה למתעמלות לפני גיל הבגרות המינית (pre-pubertal gymnasts) עם תוצאות שליליות במבדקים הקליניים ($F(1, 263)=9.436$, $p=0.002$). אצל מתעמלות עם תוצאות חיוביות במבחנים הקליניים, נמצאה קורלציה מובהקת בין מבנה גיד לא מאורגן (AT+PT), גיל, ועומס האימונים ($p<0.05$). עלייה בשכיחות של מבנה לא מאורגן של הגיד (ללא קשר לכאב במהלך עומס) נמצאה אצל נבדקות עם תוצאות חיוביות במבדקים הקליניים. מבנה לא מאורגן של הגיד נמצא קשור באופן משמעותי לעלייה בגיל, לאחר בגרות מינית ומספר גדול יותר של שעות האימון בקרב מתעמלות עם תוצאות חיוביות במבדקים הקליניים.

מילות מפתח: גיד אכילס, גיד הפיקה, בדיקת אולטרסאונד, מתעמלות

השפעתה של תקשורת בין-תרבותית על היחסים עם המטופלים ועם העמיתים

באדרה נעאמנה-אבו אלהיג'ה BPT, MPH, PhD

ועדת האתיקה של הפיזיותרפיסטים בישראל
החוג לפיזיותרפיה, הפקולטה למדעי הרווחה והבריאות, אוניברסיטת חיפה

הקדמה

במדור זה של כתב העת מתוארת דילמה אתית שהתעוררה במפגש שבין אשת צוות מהחברה היהודית ובין סטודנטית לפיזיותרפיה ומטופלים מהחברה הערבית. דילמות דומות ניצבות לפני פיזיותרפיסטים, מנהלי השירות, מרצים באקדמיה וסטודנטים בעת לימודיהם באקדמיה ובמהלך לימודיהם הקליניים. דילמות מן הסוג הזה התעוררו גם לפני מלחמת "חרבות ברזל". ואולם מאז פרוץ המלחמה גברה הרגישות לתקשורת הבין-תרבותית, הגורמת לעתים להתלבטויות רבות אצל הנוגעים בדבר.

תיאור המקרה

ע' היא סטודנטית לפיזיותרפיה מהחברה הערבית אשר גרה בכפר מסורתי בגליל התחתון. ע' בהתנסות קלינית בבית חולים ציבורי בצפון, שמאושפזים בו מטופלים רבים מהחברה הערבית, ובהם מטופלים מהכפר שלה. המדריכה הקלינית של ע' היא פיזיותרפיסטית יהודייה שאינה דוברת ערבית.

קרו שני מקרים שבהם כשהגיעה ע' למחלקה ונכנסה לחדרי האשפוז, שמחו מאוד המטופלים הערבים לפגוש אותה ופנו אליה בערבית. ע' ניהלה איתם שיחות חולין בערבית, ותוך כדי כך תרגמה את עיקרי השיחה עבור המדריכה. ואולם בהדרכה הקלינית שהתקיימה לאחר מכן פנתה אליה המדריכה וביקשה ממנה לדבר עם החולים רק בעברית. ע' ניסתה להסביר למדריכה שרוב השיחה אינה קשורה כלל בבדיקה ובטיפול ושהחולים מרגישים צורך לדבר עם איש הצוות בשפת אימם, ולו בשל העובדה שהם מהכפר שלה ומכירים את משפחתה. היא ציינה בפני המדריכה שעל פי המסורת בחברה הערבית נהוג שאנשים מבוגרים מתעניינים בשלום מכריהם. למרות זאת ביקשה המדריכה מע' לנהל את הבדיקה והטיפול רק בעברית, ובפרט כשהיא נוכחת בחדר.

הדילמה: האם המדריכה הייתה צריכה לדרוש שהמפגש בין הסטודנטית והמטופלים יתנהל בעברית בלבד או שהייתה צריכה לאפשר לסטודנטית לדבר בערבית עם המטופלים ולהסתפק בתרגום שסיפקה?

נקודת המבט של המדריכה

דרישתה של המדריכה מבוססת על העיקרון שיש לשמור על אקלים אתי מקצועי בסביבת העבודה. לכן השיח עם המטופל חייב להתמקד בטיפול עצמו, במה שנדרש כדי להתקדם בתוכנית הטיפול - ובכלים העומדים לרשות המטפלים בכדי לסייע למטופל. לפיכך, יש להקפיד שהמרחב הטיפולי יהיה חף משיחות ומעמדות אישיות בנושאים שאינם קשורים בטיפול או בידע הנדרש כדי לעזור למטופל.

להלן דיון תמציתי בערכים האתיים, מתוך הקוד האתי, התומכים בהחלטה של המדריכה שלא לאפשר לסטודנטית לשוחח עם המטופלים בשפת אימם במהלך הטיפול כאשר המדריכה נוכחת:

הטבה (beneficence) - "מטפל חייב להשתמש בכל הידע ולנקוט בכל האמצעים העומדים לרשותו בכדי להביא לכך שההשלכות של מעשיו והתערבותו הקלינית תהיינה למען טובתו המרבית של המטופל";

המעורבות הדלה של המדריכה במהלך הבדיקה והטיפול עקב אי-יכולתה להבין בדיוק מה הסטודנטית מסבירה למטופל יכולה לפגוע ברצף הטיפולי ובהשגת מטרות הטיפול.

אחריות אישית וחברתית (individual and social accountability) – "יכולתו וכושרו של האדם לראות ולהכיר את ההיבטים והצדדים השונים בבחירות, בקבלת החלטות ובביצוען. זאת, תוך הרגשת מחויבות לנקיטת פעולה ומוכנות לשאת בתוצאותיה. אחריות אישית, מורכבת משילוב של אכפתיות ועשייה. אחריות חברתית מתייחסת לכלל החובות המוטלות על אדם מתוקף תפקידו או סמכותו או מתוקף התחייבות מקצועית שנטל על עצמו";

כאשת מקצוע יש למדריכה אחריות אישית וחברתית כלפי האנשים שבהם מטפלים היא והסטודנטים שלה. כמו כן, יש לה אחריות על איכות ההכשרה שהסטודנטים שלה מקבלים, והיא צריכה להיות מעורבת ומודעת לאופן הטיפול הניתן על ידי הסטודנטית ולתת לה משוב מתאים.

מקצוענות (professionalism) – "מיומנויות, שיפוט נכון והתנהגות אתית, המצופים מאדם שאומן להיות בעל מקצוע טוב ...."

עבודתנו כמטפלים וכמדריכים קליניים אינה מסתכמת רק ביישום טכניקות בדיקה וטיפול אלא מחייבת אותנו לכבד את המטופלים והסטודנטים כאחד. לכן, במקרה הזה , ישנה ציפייה שהמדריכה תהווה דוגמא אישית בכך שתכבד את הסטודנטית ומטופליה. יחד עם זאת הסטודנטית צריכה להבין שמתוך כבוד למדריכה אין זה ראוי שהיא תדבר בשפה שהמדריכה אינה מבינה.

רעות (collegiality) – "מתוך ערך זה נובע הצורך בסולידריות ושיתוף פעולה מקצועי מבלי להפר ערכים של אמינות, יושר ויושרה"

התנהלות מכבדת כלפי עמיתים לעבודה היא תנאי בסיסי ליצירת אקלים אתי מקצועי במקום העבודה. ערך אתי זה מחייב שמירה על שיח בשפה אשר כל אנשי המקצוע מבינים, שיח המכבד ומכיל בין כל אנשי המקצוע והמטופלים. שיחה בשפה המובנת לכל הנוכחים מאפשרת שמירה על אקלים מכיל ומכבד.

נקודת מבטה של הסטודנטית

מאחורי הרצון של הסטודנטית להמשיך לשוחח בערבית עם מטופליה עומדים העיקרון של שמירה על אקלים אתי מקצועי והחשיבות ששירותי הפיזיותרפיה יהיו נגישים לכל אדם ומותאמים לצרכיו החברתיים, התרבותיים והלשוניים של המטופל.

להלן הערכים מהקוד האתי התומכים בהתנהגות של הסטודנטית לדבר בשפת אימם של המטופלים:

רעות (collegiality) – לשמור על שיח ענייני, מכבד, מכיל ולנהל את הבדיקה והטיפול בשפה שהיא מובנת למטופל יסייעו לו להירתם למאמץ שיידרש ממנו, ובכך מיושמת החובה האתית להיטיב עם המטופל וליישם סולידריות חברתית ושיתוף פעולה מקצועי.

עמיתים לעבודה וכן סטודנטים המרגישים שמכבדים אותם, מכילים אותם ומאפשרים להם לפעול בהתאם לידע, למיומנויות ולרקע החברתי והתרבותי שלהם יוכלו למצות את היכולות שלהם לטובת המטופלים ולטובת המקצוע בכלל.

שוויון וצדק (equality and justice) – "מערך זה נובעת החובה שלא להפלות כל אדם באשר הוא, על רקע של מגדר, דת, גזע, מוצא, רקע תרבותי, גיל, רמת השכלה, מצב סוציו-אקונומי, מצב בריאותי ו\או תפקודי והופעה חיצונית. על מנת להימנע מאי שוויון או מאי צדק, הקצאת משאבים צריכה להיות מושכלת וחלוקתם הוגנת וראוי שהטיפול הפיזיותרפי יהיה זמין ונגיש";

לפיכך, חלק מהאסטרטגיה הכוללת של משרד הבריאות לצמצום אי-השוויון בבריאות בא לידי ביטוי בחוזר המנהל הכללי: "התאמה והנגשה תרבותית ולשונית במערכת הבריאות" (משרד הבריאות, 2011). החוזר הזה מהווה ציון דרך במדיניות משרד הבריאות בנוגע לשונות התרבותית באוכלוסייה ושואף להבטיח נגישות ומתן שירות מותאם לצרכים ולתרבות של קהלים מגוונים בישראל, כגון אוכלוסיות שאינן דוברות עברית (למשל, רוסית, ערבית ואמהרית), או אוכלוסיות עם תרבות ומנהגים שונים (למשל נשים חרדיות, או מוסלמיות).

דיון

בהתאם לעקרונות האתיים שדנו בהם לעיל, ראוי להרחיב את הדיון בנושא כשירות תרבותית (cultural competency).

מטרתה של הכשירות התרבותית היא לדאוג להוגנות ולשוויוניות בהענקת שירות וטיפול לאנשים השונים זה מזה בערכיהם, באמונותיהם ובהתנהגותם, והיא מתייחסת ליכולתם של ארגונים ואנשי מקצוע לתפקד ביעילות במצבים בין-תרבותיים. נמצא כי הכשירות התרבותית של שירותי הבריאות היא גורם רב השפעה על איכות השירות, על ניצול נכון של השירותים ועל רווחת הפונים ואיכות חייהם. היא חיונית כאסטרטגיה מרכזית לצמצום הפערים בבריאות. כמו כן, כשירות תרבותית מאפשרת תקשורת מטפל-מטופל ללא חסמים בין-תרבותיים. תקשורת יעילה מחייבת יכולת הקשבה, אמפתיה, רגישות, הכלה וקבלה של האחר. הטמעה של כשירות תרבותית במערכת הבריאות בישראל היא חלק מהאסטרטגיה הכוללת של משרד הבריאות לצמצום אי-השוויון בבריאות.

בתיאור המקרה שהוצג כאן התעוררה דילמה בעת המפגש הטיפולי שבין המטפלת למטופלים מהחברה הערבית. לפיכך, ראוי להציג כמה ממצאים מחקריים בקשר לטיפול הרגיש תרבותית בהקשר של החברה הערבית: המטופל מעדיף מטפל בן תרבותו, שאתו הוא חולק השקפת עולם משותפת (world view). המוצא המשותף מאפשר הבנה טובה יותר של הבעיה, מקורותיה ואופני ההתייחסות המיטביים לה (אלקרינאוי, 1999). נוסף על כך, מטופלים ערבים בישראל בוטחים במטפל בתוקף היותו מלומד ובעל סמכות מקצועית בלתי ניתנת לערעור. הבדלי התרבות בין החברה הערבית המסורתית לחברה המערבית מתבטאים גם באופי הקשרים הבינאישיים. למטופל הערבי קשה מאוד לקבל את המרחק הרשמי שבין המטפל למטופל הנהוג בטיפול המודרני. לעומת זאת, על פי הקוד המוסרי בחברה הערבית, כאשר המטפל והמטופל אינם בני אותו מגדר, נדרש ביניהם ריחוק רב יותר מהמקובל במערב (אלקרינאוי, 1999). לפיכך, ייתכן שהמטפל צריך להגמיש את עקרונותיו כדי למנוע את נשירת המטופל. השאיפה הזו מצריכה שיח חברי וכללי יותר המחייב השקעת זמן רב מעבר לצורך הטיפולי.

סיכום

אין חולק על כך שאנשים מעדיפים לדבר בשפת אימם, ויש להבין את נטייתם הטבעית של המטופלים לדבר בשפת אימם. עם זאת, חשוב לוודא שאין פוגעים בכבודם של אנשים הנמצאים בסביבה ואינם מבינים את השפה. יצירת לחץ על העובדים או העמיתים לעבודה או על הכפיפים לפעול בהתאם לנהלים פוגע בתחושת השייכות למקום משום שהם ירגישו שאין מכילים אותם. התנהגות כזאת יוצרת מצוקה אתית שבה העובד חש שהוא מחויב לפעול בניגוד לדעותיו ולרקעו התרבותי; מצוקה אתית גורמת לשחיקה מקצועית ויש להימנע ממנה.

חשוב לציין שמקצת הערכים והעקרונות העולים מתוך הקוד האתי תומכים מצד אחד בדרישתה של המדריכה ומצד שני בהתנהגות של הסטודנטית. דבר זה מדגיש שרק התבוננות רב-ממדית, הנמנעת מהקביעה "נכון" או "לא נכון" יכולה להביא להבנה של הפרספקטיבות השונות.

אנו ממליצים לדון בתיאור המקרה הזה בישיבות הצוות. ועדת האתיקה תשמח לקבל מכם השגות ותובנות שעלו. שלחו לנו מייל וייתכן שנעסוק בעתיד בנושאים שיעלו.
כתובת הדואר האלקטרוני של ועדת האתיקה:
ptethics@gmail.com

מקורות

1. אלקרינאוי, ע'. טיפול נפשי רגיש-תרבות בחברה הערבית. להיות שונה בישראל: מוצא עדתי ומין בטיפול בישראל (עורכת: קלייר רבין), תל אביב: הוצאת רמות - אוניברסיטת תל אביב. 1999; 65-81.
2. המועצה העליונה של הפיזיותרפיה בישראל, ועדת האתיקה. הקוד האתי של הפיזיותרפיסטים בישראל. 2018. אוחזר מתוך: ipts.org.il/_Uploads/dbsAttachedFiles/Kod_Eti_2018.pdf
3. משרד הבריאות, חוזר המנהל הכללי בנושא: התאמה והנגשה תרבותית ולשונית במערכת הבריאות. 2011; מס' : 7/11. אוחזר מתוך:
https://www.gov.il/BlobFolder/policy/mk07-2011/he/files_circulars_mk_mk07_2011.pdf

Table of Content

Editorial

Professionalism in Physical Therapy - More Than Just Knowledge and Skills: An Invitation to Self-Assessment
Prof. (Emeritus) Yocheved (Yochy) Laufer, D.Sc, Waiserberg, N. BPT, Ph.D 2

Education in Physical Therapy

Introduction to Professionalism: Key Principles and Tools for Novice Physical Therapist in the First Two Years of Practice
Osnat Atun-Einy, BPT, Ph.D, Waiserberg, N. BPT, Ph.D 10

Literature Review

Trauma-informed Physical Therapy
Noga Gal, BPT, MSc, MBA 23

A Project in the Coomunity

From Risk to Resilience: The National Falls Prevention Program
Osnat Shamir, BPT, MHA 30

Measurement and Assessment Scales

Upper Quadrant Edema Patient-Reported Outcome Measure (UQE-PROM)
Michal Elboim-Gabyzon, BPT, Ph.D, Daniel Deutscher, BPT, MScPT, Ph.D 36

Abstracts from the Literature

Editor: Smadar Peleg BPT, Ph.D 39

Ethical Dilemma

Impact of Intercultural Communication on Relationships with Patients and Colleagues
B Naamneh-Abuelhija 43

The Journal of the Israeli Physiotherapy Society

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

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

Volume 27, Issue 1
April 2025
ISSN 2518-9646
Cover: © www.unsplash.com

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

Editorial board address:
The Israeli Physiotherapy Society Offices
Happisga St 4, Oranim village
Tel: 03-6888104, Fax: 03-6888107

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

Ads department:
The Israeli Physiotherapy Society
Email: info@ipts.org.il

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

The Journal of the Israeli Physiotherapy Society

The JIPTS

Vol. 27 Nº 1 APRIL 2025

ISSN 2518-9646

The Journal of the Israeli Physiotherapy Society