כתב עת

לפיזיותרפיה

כרך 23 גליון מס׳ 1 אפריל 2021

ISSN 2518-9646

כתב עת העמותה לקידום הפיזיותרפיה בישראל

כתב עת
העמותה לקידום
הפיזיותרפיה בישראל

תוכן העניינים

מאמר מערכת

מה נשתנה

פרופ' יוכבד (יוכי) לויפר D.Sc 2

מבט על מנקודת ראות מקצועית

הכה את המומחה: הצגה של מתווה המומחיות בפיזיותרפיה בישראל והזמנה לדיון

אילה פרג, BPT, MPA סמדר פלג BPT, Ph.D 4

סקירת ספרות

סטנדרטים לתפקיד הפיזיותרפיסט בפגייה: סקירת מקורות רשמיים בעולם המערבי ובישראל

דפנה קדר BPT, M.Sc, ד"ר אסנת עטון-עיני BPT, Ph.D 19

אי שליטה בסוגרים אצל ילדים על הרצף האוטיסטי

ליאת זיוון בכר BPT, פרופ' לאוניד קליחמן BPT, Ph.D, לאה טנא BPT, MA 41

ניירות עמדה

תפקיד הפיזיותרפיה בטיפול בכאבי גב תחתון

ד"ר נועה בן עמי BPT, Ph.D 55

פעילות גופנית בפיזיותרפיה

רן פלח רגב BPT, MHA ד"ר מיכל עצמון BPT, Ph.D 55

מניעת נפילות

ד"ר ענת שעשוע BPT, Ph.D 56

מדור כלי מדידה והערכה

שאלון ה-Anterior Cruciate Ligament-Return to Sport after Injury (ACL-RSI) scale

ד"ר מיכל אלבוים-גביזון BPT, Ph.D, לירן ליפשיץ BPT, MSc 68

רואים עולם

עורכת המדור: ד"ר סמדר פלג BPT, Ph.D 72

סוגיות אתיות

בין האקדמיה לשטח - לספר או לשתוק

זהבה דוידוב BPT, MA 76

כתב עת
העמותה לקידום
הפיזיותרפיה בישראל

עורכת ראשית:
פרופ' (אמריטוס) יוכבד לויפר, D.Sc, אוניברסיטת חיפה
מו"ל:
העמותה לקידום
הפיזיותרפיה בישראל

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

כרך 23, גליון מס' 1
אפריל 2021
ISSN 2518-9646
בשער: © heike-mintel-unsplash

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

כתובת העמותה לקידום הפיזיותרפיה בישראל
iptsoffice@gmail.com
טל': 03-6888104, פקס: 03-6888107

עיצוב ועימוד סטודיו נאוה מוסקו
navamos@gmail.com ;052-3247808
www.navamosko.com

כתובת לשליחת מאמרים לפרסום
yochy.laufer@gmail.com

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

דבר העורכת: מה נשתנה?

פיזיותרפיסטים וקוראים יקרים,
לפני שנה בדיוק הכנתי את דבר העורכת לגיליון אפריל 2020. היו אלו ימים של ראשית מגפת הקורונה, ימים של אי-ודאות לגבי מהותו והשלכותיו של הנגיף שזה עתה אובחן. "דבר העורכת" הוקדש אז להצדעה לעמיתיי הפיזיותרפיסטים, שנרתמו ללא לאות למשימה הלאומית של שימור בריאות הציבור. כתבתי אז: "אין כל יכולת לדעת באיזה מצב נהיה בארץ ובעולם בעוד מספר שבועות. ...אני מייחלת שנראה כבר את האור בקצה המנהרה ונתחיל לחזור למסלול החיים הרגיל". לדאבון לבנו, כמה שבועות אחר-כך עדיין לא ראינו את המנהרה או את האור. אבל עתה, לאחר שספגנו אובדן של מעל 6,200 ישראלים ועוד מאות אלפי חולים, וכן פגיעה במיליוני אנשים ברחבי העולם, לא רק שהמנהרה התקצרה, אנו זוכים כבר לראות גם את האור! בימים אלה, אין מחזה משמח יותר ממפגשי המשפחות והחברים - בבתים, במרפסות, בחוף הים ובפארקים, כאשר כולם נהנים פשוט לחזור לחבק, לצחוק, ואם אפשר, אז גם (מה טוב) לקטר בחברותא.

כיוון שיכולת ההסתגלות שלנו היא מופלאה, למדנו במהלך השנה לתמוך זה בזה, לתקשר, ללמוד, ולהתפתח למרות הריחוק החברתי שנכפה עלינו. בעולם הפיזיותרפיה בישראל, די להתבונן באתר העמותה, ולהתפעם ממספרם הרב של ההרצאות והקורסים הזמינים לכולנו במרחבי הסייבר. קל לשכוח עד כמה זה היה רחוק מאתנו רק לפני שנה! כולנו כבר מצפים בקוצר רוח לחזור למפגשים מקצועיים פנים-אל-פנים, אך אין ספק כי עידן הקורונה ימשיך גם בעתיד להשפיע עמוקות על אפיקי התקשורת שלנו.

במהלך השנה "נפגשו" חברי מערכת כתב העת כמה פעמים, באמצעות הזום, כדי לדון בדרכים שיגבירו את הרלוונטיות של כתב העת עבור ציבור רחב יותר של פיזיותרפיסטים בארץ. יש הטוענים כי בעידן הרשתות החברתיות כתב עת כמו שלנו צריך לעבור מן העולם. הרשתות מאפשרות לא רק חשיפה לנושאים רבים, אלא גם דיונים פעילים. איני חולקת על חשיבותן של הרשתות החברתיות. אך בל נשכח את ההטיה המובנית בתקשורת מסוג זה. הנושאים והרעיונות העולים ברשתות אינם נבחנים תחת זכוכית מגדלת כפי שנעשה ב"בקרת עמיתים" (peer review) של כתב העת. יתרה מכך, אף על פי שרבים מן המאמרים המוצגים ברשתות הם באיכות גבוהה וחשובים, לרוב הם מייצגים את הנושאים המעניינים קבוצה קטנה של פעילים ברשתות בלבד, ואינם חושפים את הציבור לתחומי ידע רחבים. כמו כן, הם לרוב אינם מציגים את העשייה המיוחדת שלנו בישראל.

מצד שני, אין ספק כי לכתב עת ישנן מגבלות משלו. כך למשל, פורמט זה אינו נוח ליצירת שיח אקטיבי בין עמיתים. לפיכך החלטנו לעודד את הכותבים להשתתף בדיאלוג עם עמיתים באמצעות האינטרנט. כך למשל, במדור האתיקה מובא לינק שבו תתבקשו לענות על ארבע שאלות קצרות לגבי הדילמה שהוצגה במדור. בגיליונות הבאים נביא לפניכם את עיקרי השיח שהתעורר בעקבות המאמרים.

בגיליון זה מופיע מדור חדש שנציג בו מגוון ניירות עמדה שנכתבו על ידי קבוצות שונות של פיזיותרפיסטים בארץ. אמנם ניתן למצוא את ניירות העמדה גם במקורות אחרים (למשל, באתר העמותה), אבל אנו מקווים שחשיפה לניירות אלו בכתב העת תעודד שיח עמיתים בנושאים חשובים ומגוונים. אנו גם מקווים שהצגת ניירות העמדה תעודד קבוצות עניין נוספות לגבש ניירות עמדה אשר ישפיעו על העשייה המקצועית בארץ.

דוגמה מובהקת נוספת לניסיוננו לעודד דיון בין עמיתים היא המאמר הראשון בגיליון זה שנכתב על ידי אילה פרג וד"ר סמדר פלג. המאמר הזה מתאר מתווה מוצע להקניית מעמד של מומחה בפיזיותרפיה בתחומי עניין ספציפיים (שיקום אורתופדי, שיקום ספורטאים, שיקום נשימתי ועוד). המתווה הוכן במסגרת פעילות המועצה העליונה לפיזיותרפיה - גוף וולונטרי שבו מיוצגים הארגונים החשובים השונים הקשורים למקצוע הפיזיותרפיה בישראל (משרד הבריאות, קופות החולים, האיגוד, העמותה, המוסדות האקדמיים, צה"ל, ועוד). המתווה הוגש לאישור משרד הבריאות בשנת 2016.

אז מה טעם להציגו כאן לפני שאושר על ידי משרד הבריאות? התשובה טמונה בשאלה. כיוון שהאישור טרם ניתן, עדיין ניתן לדון בהצעה. נראה כי למרות השלכותיו הרבות של מתווה התוכנית על כלל הפיזיותרפיסטים בישראל, מעטים בלבד מודעים לקיומו, חוץ מאנשי המקצוע שעסקו ישירות בהכנתו. אנו מאמינים כי ראוי לאפשר לציבור רחב יותר להביע דעה בקשר למתווה. זאת, במיוחד לאור העובדה שמרכיבים רבים ביישומו אינם נכללים בו. למשל, מה המשמעות המעשית והכלכלית של המומחיות עבור האנשים שעברו את התהליך או, לחילופין, שלא עברו אותו? האם צריך להתנות את המומחיות המקצועית בתואר מאסטר אקדמי? בסוף המאמר הזה מובא לינק שיאפשר לכם להביע את דעותיכם. דעות אלה יוצגו בגיליון הקרוב.

בעיני רוחי אני כבר שומעת את כל קולות המתנגדים להעלאת הנושא בכתב העת, ובמיוחד למתן האפשרות להביע דעה בנושא. יש להניח שהדעות בנושא תהיינה רבות וסותרות! קדמה דורשת החלטות אמיצות, ולא ניתן להגיע להכרעות חשובות תוך התחשבות בכל מגוון הדעות. אך מכיוון שהנושא מהותי כל כך למקצוע בישראל, אנו מאמינים שראוי להציגו לפניכם ולאפשר דיון בו טרם ההכרעה בגורלו. אם הצגת הנושא כאן תביא לדיון מעמיק בפורומים שונים, כמו מקומות העבודה, ימי עיון או במסגרת מחקרית, הרי שעשינו את המוטל עלינו.

כמידי גיליון, אני מקווה שתמצאו אותו מעניין ורלוונטי. תמיד אשמח למשוב וגם למאמרים שירחיבו את היריעה עוד.

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

הכה את המומחה: הצגה של מתווה המומחיות בפיזיותרפיה בישראל והזמנה לדיון

אילה פרג PT, MPA[1], סמדר פלג BPT, PhD[2]

[1] גב' איילה פרג, כיהנה כפיזיותרפיסטית הראשית במשרד הבריאות בשנים 2004-2020. מתוקף תפקידה הייתה חברה במועצה העליונה לפיזיותרפיה ובוועדת המומחיות שחיברה את הצעת מתווה המומחיות.

[2] ד"ר סמדר פלג, הקימה את החוג לפיזיותרפיה במכללה האקדמית צפת ועמדה בראשו וכן כיהנה כחברת סגל במכללה בשנים 2010-2020. מתוקף תפקידה הייתה חברה במועצה העליונה לפיזיותרפיה ובוועדת המומחיות שחיברה את הצעת מתווה המומחיות.

תקציר

מומחיות מקצועית היא חלק אינטגרלי ומוסדר, המתרחש בשלב ההכשרה העל-בסיסית (postgraduate studies) במקצועות הרפואה והסיעוד בישראל, אך לא בפיזיותרפיה. מקצועות הבריאות, ביניהם פיזיותרפיה, הוסדרו בחוק הסדרת העיסוק במקצועות הבריאות התשס"ח-2008, שחוקק בכנסת לפני למעלה מעשור. בסעיף 16 לחוק זה נזכר נושא המומחיות המקצועית. בהתאם לכך, בשנת 2012 החליטה המועצה העליונה לפיזיותרפיה, שמשתתפים בה נציגים מכלל הגופים, המוסדות והארגונים המקצועיים - משרדי הבריאות, הרווחה והחינוך, ארגון הפיזיותרפיה, העמותה לקידום הפיזיותרפיה בישראל, קופות החולים, בתי החולים, צה"ל והאקדמיה - על הקמת ועדה ייעודית שתעסוק בהכנת מתווה מומחיות מקצועית בפיזיותרפיה. מטרת המהלך הייתה ליצור תשתית להתפתחות מקצועית אישית של הפיזיותרפיסט/ית ולקדם את מעמד המקצוע בקהילה הרפואית הרב-מקצועית וכלפי מקבלי השירות. ההצעה למתווה הוגשה למנכ"ל משרד הבריאות על ידי המועצה העליונה לפיזיותרפיה בישראל. ועדת המומחיות בפיזיותרפיה פעלה במקביל לפעולתן של ועדות דומות ביתר מקצועות הבריאות (ריפוי בעיסוק, קלינאות תקשורת ותזונה), ובתהליך שיתופי גובשה תשתית למתווה מוסכם לגבי ארבעת המקצועות.

מטרות המאמר הן: 1. הצגת עקרונות מתווה המומחיות, 2. השוואת המתווה לתהליכי מומחיות בפיזיותרפיה בחו"ל, 3. הצפת סוגיות שדורשות התייחסות כדי לעורר דיון בקרב אנשי המקצוע.

דיון משותף בין נציגי המוסדות, הגופים המייצגים, האקדמיה והשדה הקליני יכול להביא לחידוד כלל הנושאים ולגיבוש מתווה מיטבי, המותאם לצורכי הפיזיותרפיסטים, המטופלים והמערכות שבהן פועלים אנשי המקצוע.

מילות מפתח: חוק הסדרת העיסוק במקצועות הבריאות, התמקצעות, מומחיות, הרחבת סמכויות, הרחבת פעילות

מבט על מנקודת ראות מקצועית

מבוא

ההתפתחות המואצת של הטכנולוגיה, זמינות המידע ותהליכים חברתיים שינו את פני החברה המערבית. שינויים אלו הביאו לשינוי בתפיסה של הציבור את צריכת שירותי הרפואה והבריאות, וגם לשינוי בציפיות ובדפוסי השימוש בשירותים אלו. אחת התמורות היא הדרישה לשירותי מומחה ברפואה הראשונית.[1]

מומחיות מקצועית מוטמעת בשלב ההכשרה העל-בסיסית, (postgraduate studies) במקצועות הרפואה והסיעוד בישראל.[3,2] לעומת זאת, בפיזיותרפיה אין תהליך מובנה של התמקצעות המוביל לקבלת מעמד מומחה (specialist), וכל פיזיותרפיסט מתמקצע לפי בחירתו על ידי רכישת ידע וניסיון קליני ו/או אקדמי. פיזיותרפיסט הבוחר להתמקד, להעמיק ולהתמקצע בתחום ייעודי (expertise), עשוי לזכות להכרה ולמעמד בקרב עמיתיו, אך לא במעמד רשמי של מומחה בתחום מומחיות מוגדר.[5,4] בהתאם לנאמר, ולאור העובדה כי מקצוענות (professionalism) מחייבת למידה המשכית (lifelong learning),[6] יש היגיון ואף חשיבות בהסדרת תהליכי התמקצעות במסלולים מובנים (career pathways).[4] נוסף על כך, מקצוע הפיזיותרפיה נתון במתח מתמיד שבין הצורך בהכשרת פיזיותרפיסט בעל ידע רחב, שיסייע למגוון רחב של מטופלים, ובין הצורך בהתמקצעות ייחודית (specific), שתאפשר מתן מענה למקרים מורכבים, המגיעים ישירות לקליניקה ללא הפניית רופא.[7] דוגמה טובה לצורך בהתמקצעות שאינה מחייבת מומחיות היא הגישה הישירה לפיזיותרפיה, ללא צורך בהפניית רופא, שמיושמת בארצות הברית, בקנדה, באוסטרליה וגם בישראל.[8,6-9] גישה ישירה ללא הפניית רופא מחדדת ביתר שאת את חובת המקצוענות המבוססת על ידע מעמיק ורחב באבחון ובניהול הטיפול המיטבי.[4]

פיזיותרפיה, כמו יתר מקצועות הבריאות, הוסדרה בחוק הסדרת העיסוק במקצועות הבריאות התשס"ח-2008, שחוקק בכנסת לפני יותר מעשור. חוק זה כולל את סעיף 16, המסמיך את שר הבריאות לקבוע את תחומי המומחיות ואת התנאים הדרושים לשם קבלת תעודת מומחה (נספח 1).[10]

בשנת 2005 הוקמה "המועצה העליונה לפיזיותרפיה בישראל" (להלן "המועצה" , נספח 2 - מילון מונחים), כדי להוביל את המקצוע אל מול אתגרי ההווה והעתיד. המועצה היא גוף התנדבותי, ששם לו למטרה לזהות ולהגדיר כיווני התפתחות עתידיים ולהתוות אסטרטגיה לקידום המקצוע ולחיזוק מעמדו. מימוש היעדים נעשה תוך שיתוף נציגים מכלל הגופים, המוסדות והארגונים המקצועיים - משרדי הבריאות, הרווחה והחינוך, איגוד הפיזיותרפיה בהסתדרות, העמותה לקידום הפיזיותרפיה בישראל, קופות החולים, בתי החולים, צה"ל והאקדמיה.

המועצה ראתה במומחיות מנוע צמיחה שיכול להצעיד קדימה את המקצוע ואת העוסקים בו. בהמשך לדיונים בנושא, בשלהי 2012 הוקמה מטעם המועצה ועדת מומחיות שתפקידה לבחון את התהליכים להכרה במומחיות בפיזיותרפיה בארצות שונות בעולם ולהציע למועצה העליונה מתווה לקידום המומחיות בפיזיותרפיה בישראל.

מתווה המומחיות גובש לכדי מסמך שאושר בידי המועצה העליונה ואף הוגש למנכ"ל משרד הבריאות בשנת 2016, כטיוטה לקראת גיבוש התקנות לחוק. לאור השתהות התהליך במשרד הבריאות, נוצרה ההזדמנות לנהל דיון בקרב ציבור הפיזיותרפיסטים בסוגיות הקשורות במתווה המומחיות שהוגש. לפיכך, מטרות המאמר הן: 1. הצגת עקרונות מתווה המומחיות, 2. השוואת המתווה לתהליכי מומחיות בעולם, 3. הצפת סוגיות שדורשות התייחסות וחשיבה נוספת כדי לעורר דיון בקרב אנשי המקצוע. כל זאת כדי להביא למתווה מיטבי, המותאם לצורכי הפיזיותרפיסטים, לקהל המטופלים ולמערכות שבהן פועלים אנשי המקצוע.

הצעת מתווה למסלול מומחיות בפיזיותרפיה בישראל

רקע למתווה המומחיות בפיזיותרפיה - מסלולי מומחיות בסיעוד וברפואה

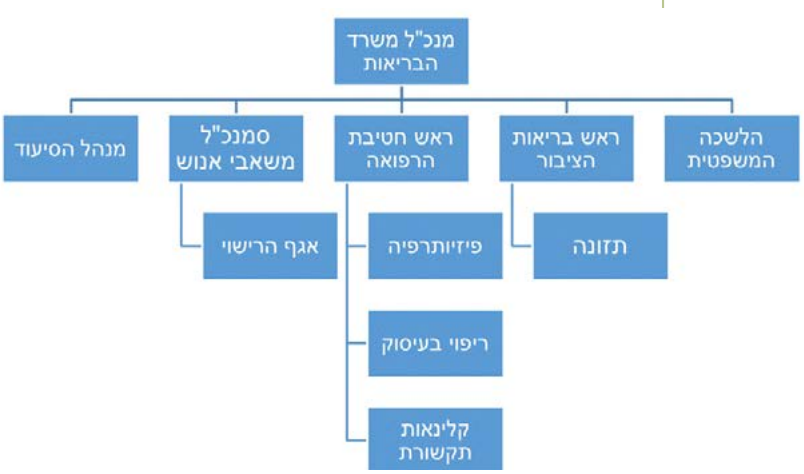
מסלול המומחיות ברפואה מנוהל ומפוקח על ידי המועצה המדעית של הסתדרות הרופאים בישראל (הר"י).[11] הוא כולל 56 תחומי התמחות הנחלקים בין מקצועות הבסיס, לדוגמה: אונקולוגיה, רפואה פיזיקלית ושיקום, ובין מקצועות-העל, כגון מחלות ריאה, כירורגיית כף היד. לעומתו, מסלול המומחיות בסיעוד מנוהל ומפוקח על ידי

מינהל הסיעוד במשרד הבריאות וכולל תשעה תחומי התמחות: 1. טיפול תומך, 2. סיעוד גריאטרי, 3. סוכרת, 4. פגים, 5. כירורגיה, 6. מדיניות ומינהל בסיעוד, 7. כאב, 8. קהילה, 9. שיקום. בכל המסלולים התנאי לקבלת מעמד של מומחה הוא שילוב בין התמחות מקצועית על-בסיסית ובין תואר שני בסיעוד, וההכרה במעמד ניתנת על ידי מינהל הסיעוד במשרד הבריאות.[13,12] חשוב לציין כי מינהל הסיעוד פועל באופן עצמאי, בכפוף למנכ"ל משרד הבריאות ולשר הבריאות. מינהל הסיעוד מופקד בין היתר על הליך ההכשרה והרישוי של האחיות בישראל, לרבות הכשרה והכרה במומחיות בסיעוד, על פי תקנות בריאות העם (אישור תואר מומחה בסיעוד) התשע"ד-2013 המסדירות הליך זה.[13]

בניגוד למקצוע הסיעוד, מקצועות הבריאות, ובהם הפיזיותרפיה, כפופים לראש חטיבת הרפואה. ראשי המקצועות אינם מופקדים על תוכניות ההכשרה או על הרישוי של אנשי המקצוע. תוכניות ההכשרה הן באחריות החוגים לפיזיותרפיה, בתיאום עם המל"ג, ואילו הליך הרישוי הוא באחריות האגף לרישוי של משרד הבריאות. כלומר, בניגוד למקצועות הרפואה והסיעוד, למקצועות הבריאות אין אוטונומיה על ההכשרה והרישוי של העוסקים בתחום (תרשים 1).

בהתבסס על סעיף 16 בחוק להסדרת העיסוק במקצועות הבריאות התשס"ח - 2008 (להלן, "החוק"), המסמיך את שר הבריאות להגדיר את תחומי המומחיות ואת התנאים לקבלת תעודת מומחה במקצועות הבריאות בכלל, ובפיזיותרפיה בפרט,[10] הוכנה הצעה למתווה מומחיות על ידי ועדת המומחיות של המקצוע, ועיקריה יוצגו להלן.

תרשים 1: המבנה הארגוני במשרד הבריאות המדגים את עצמאותו של מינהל הסיעוד בהשוואה לכפיפות מקצועות הבריאות לראש החטיבה הרפואית



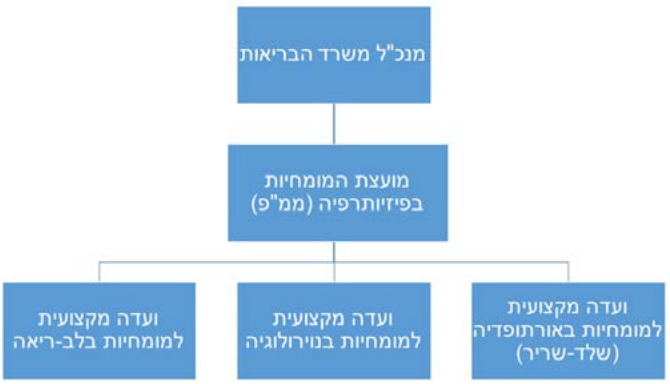
הצעה למתווה מומחיות בפיזיותרפיה בישראל

הצעת המתווה שהוגשה למנכ"ל משרד הבריאות התייחסה לכתוב בחוק ונשענת על מבנה מסלול המומחיות בסיעוד לפי התקנות בריאות העם (מומחיות בסיעוד) -התשע"ד-2013 .[13]

להלן עיקרי המתווה המוצע:
בהתאם לסעיף 16 בחוק,[10] באחריות מנכ"ל משרד הבריאות, כנציג השר, למנות גוף מקצועי, הנקרא "המועצה המקצועית לפיזיותרפיה" (להלן הממ"פ). תפקידיה העיקריים של הממ"פ הם: הכרה בתחומי מומחיות, קביעת תנאים לקבלת תעודת מומחה, עריכת שינויים בתחומי המומחיות ובדרישות, בהתאם להתפתחויות עתידיות, וייעוץ למשרד הבריאות למינוי ועדה מקצועית/מדעית לכל תחום מומחיות. כלומר, הממ"פ היא גוף שיוקם במינוי מנכ"ל משרד הבריאות ויישא באחריות כמפורט מעלה, לרבות המלצה למנכ"ל על מועמדים שסיימו מסלול מומחיות וראויים לקבל תואר "מומחה".

בכפוף לממ"פ יפעלו ועדות מקצועיות בהתאם לתחומי המומחיות השונים, ותפקידן יהיה: הגדרת קורסים והשתלמויות מתאימים לתחום המומחיות, קביעת אתרים מוכרים להתמחות בתחום, הגדרת מרצים ומנחים מורשים, פיקוח על ביצוע שלבי ההתמחות, כתיבה ובדיקה של המבחן העיוני והמעשי, ככל שקיים, ובדיקת הנתונים והמסמכים שיגישו המועמדים להכרה בהתמחותם לפני העברת כל החומר לאישור הממ"פ (תרשים 2 - הצעה למבנה היררכי של מערך המומחיות בפיזיותרפיה לפי מסמך המתווה, נספח 3 - ההרכב המוצע של ממ"פ).

תרשים 2: מבנה היררכי של מערך המומחיות בפיזיותרפיה



ועדת המומחיות המליצה על עשרה תחומי מומחיות: 1. שיקום מערכת שלד-שריר (מסקולו-סקלטלית), 2. שיקום מערכת הלב והריאה, 3. שיקום מערכת העצבים (נוירולוגיה), 4. הגיל המבוגר (גריאטריה), 5. ילדים (פודיאטריה), 6. אונקולוגיה (כולל טיפול לימפטי), 7. בריאות האישה, 8. שיקום פגיעות ספורט, 9. כאב, 10. טכנולוגיה בשיקום וניידות.

תשעה מן התחומים שהומלצו חופפים לאלה המקובלים באוסטרליה ובקנדה.[14,15] ותחום אחד, טכנולוגיה בשיקום וניידות, נועד כדי לתת מענה להתפתחויות טכנולוגיות.

תנאי הקבלה למסלול התמחות ולקראת קבלת מעמד של מומחה

תקופת המעבר ("דור המייסדים")

הצעדים הראשוניים בהנעת תהליך המומחיות יכללו זיהוי ואיתור פיזיותרפיסטים המתאימים לשמש "דור המייסדים" בכל תחום ותחום. אלה יהיו אנשי מקצוע בולטים בתחומם, שנחשבים היום למובילי דעה וידע (experts) בתחום ההתמחות הרלוונטי. מדובר בפיזיותרפיסטים שלמעשה עונים על כל הדרישות לשם קבלת תואר מומחה, אך בהיעדר תיקון של התקנות בחוק, הם אינם מורשים להשתמש בכינוי "פיזיותרפיסט מומחה" (specialist in physical therapy).

בהתאם למתווה המומחיות, השלב הראשון יכלול את תקופת המעבר שבה פיזיותרפיסטים ותיקים מ"דור המייסדים" יקבלו מעמד של "פיזיותרפיסט מומחה" בהתאם לתנאים שנקבעו.

התנאים לקבלת תואר מומחה במסלול "דור המייסדים" הם אלה: ותק של לפחות עשור או מקבילה שעתית, ומתוכן שבע שנים בתחום המומחיות, תואר שני במקצוע או בתחום רלוונטי להתמחות בפיזיותרפיה (לדוגמה: גרונטולוגיה, חינוך, אנטומיה, קידום בריאות, נוירו-ביולוגיה), 150 שעות השתלמות מקצועית (postgraduate) לפחות בתחום המומחיות, הדרכה של סטודנטים ואנשי מקצוע, תרומה משמעותית למקצוע ולקידום התחום המקצועי הייעודי, כגון הוראה, השתתפות בפורומים אקדמיים, השתתפות במחקר קליני, בכנסים ובפרסום/ים מדעי/ים. כמו כן, מצופה מן המועמד שיוכיח תרומה ציבורית, כמו ייזום וארגון השתלמויות, הרצאות, ימי עיון וכנסים בתחום המומחיות ופעילויות אחרות המזוהות עם מנהיגות מקצועית. נוסף על כך, נדרשת הצהרה על מחויבות לקוד האתי של המקצוע.

כאמור, בתקופת המעבר, בכל תחום התמחות יוכרו מומחים מדור המייסדים ללא צורך לעבור את מסלול המומחיות, שכן מומחים אלו ישמשו כמדריכים/חונכים של המתמחים הראשונים שיתקבלו למסלול המומחיות, במקומות התמחות שיוכרו ויגובשו על ידי הוועדות המקצועיות בתחומים השונים.

תנאי הכניסה למסלול ההכשרה למומחיות (על תשתית "דור המייסדים")

במסלול הרגיל (עם תום תקופת המעבר), הוגדרו תנאי הסף לקבלה למסלול המומחיות והם: תואר שני בפיזיותרפיה או במקצוע רלוונטי אחר, חמש שנות ותק במקצוע, שמתוכן שלוש שנים בתחום המומחיות, הדרכת שלושה מחזורים של סטודנטים לפיזיותרפיה או של פיזיותרפיסטים צעירים (עד שנתיים במקצוע). כל זאת כדי ליצור זיקה בין התרומה למקצוע (הדרכה) ובין תהליך ההתמחות (טבלה 1). פיזיותרפיסטים שיתקבלו למסלול המומחיות ישתלבו בתוכנית ההתמחות שתפורט להלן.

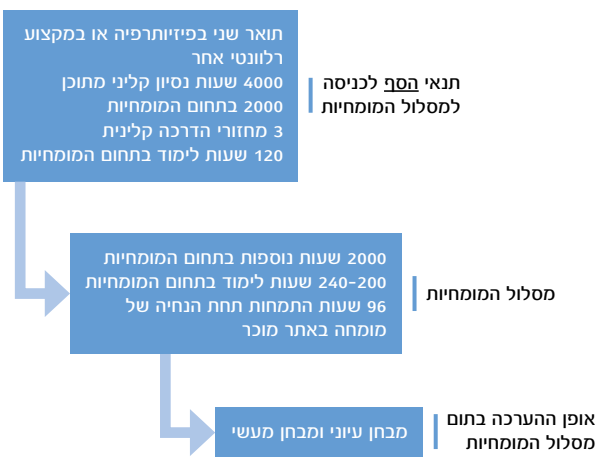
תוכנית ההתמחות

עם קבלת המתמחה למסלול ההתמחות, עליו להשלים 2,000 שעות עבודה נוספות בתחום ההתמחות (מעבר לשלוש השנים שנצברו) ולימודים עיוניים בהיקף של 200-240 שעות, נוסף על 120 השעות שנקבעו בתנאי הסף. במקביל להשלמת 2,000 שעות עבודה בתחום ההתמחות, כל

מתמחה ישתתף/יעבור הנחיה מקצועית בהיקף של 96 שעות, בהדרכת פיזיותרפיסט מומחה, אשר תכלול, בין היתר, דיון בתיאורי מקרה וטיפול משותף במטופלים מורכבים, באופן קבוצתי או פרטני, בהיקף של ארבע שעות בחודש לפחות. בסיום המסלול יעבור המתמחה בחינה עיונית, בחינה מעשית ואף יגיש תיאורי מקרה בהתאם להגדרות ולתנאים שייקבעו על ידי הוועדה המקצועית של תחום המומחיות (תרשים 3).

לסיכום, גובש מתווה ראשוני למסלול המומחיות בפיזיותרפיה, הכולל עשרה תחומי מומחיות, תנאי סף לקבלה למסלול, היקף לימודים והיקף התמחות והמלצות לגבי אופן הערכה בתום המסלול לקראת קבלת מעמד מומחה.

תרשים 3: נקודות ציון עיקריות במתווה המומחיות המוצע



מסלולי מומחיות בעולם

כדי לתת נקודת השוואה ולקדם דיון במתווה המומחיות בפיזיותרפיה בישראל, נציג דוגמאות לתהליך המקביל בארצות הברית, בקנדה, באוסטרליה ובבריטניה.[14-19] ניתן גם לעיין בטבלה 1: השוואת תהליך המומחיות בין ארצות הברית, קנדה, אוסטרליה וישראל (המתווה המוצע).[14-18] בבריטניה טרם הוגדר מסלול בעל דרישות רגולטוריות ברורות, ולכן מדינה זו אינה כלולה בטבלה.[19]

בארצות הברית מסלול המומחיות מפוקח על ידי **עמותת הפיזיותרפיה האמריקאית** (American Physical Therapy Association - APTA), אשר מופקדת על הענקת התואר מומחה. לפיזיותרפיסט המעוניין בתואר מומחה, ישנם שני מסלולים אפשריים: מסלול המתבסס על ניסיון בעבודה קלינית, ללא התמחות מונחית, ומסלול המתבסס על עבודה קלינית בשילוב התמחות ייעודית מונחית, באתר התמחות מוכר. קיימים תשעה תחומי מומחיות, והדרישה הבסיסית לכניסה למסלול מומחיות היא 2,000 שעות קליניות בתחום המומחיות שבוצעו במהלך 10 השנים שקדמו להגשת הבקשה להכרה במומחיות, מהן 500 שעות בשלוש השנים האחרונות. אפשרות נוספת היא לצבור את השעות הקליניות בתוך מסלול הנקרא Residency in clinical specialty area, הדומה במבנהו להכשרת המתמחה ברפואה ושעות העבודה במשרה זו מוכרות כשעות החובה הקליניות. במסלול זה חובה לעשות את ההתמחות באתר מוכר על ידי APTA, ולהמציא הוכחה לסיום המסלול בהצלחה במהלך 10 שנים האחרונות שקדמו להגשת הבקשה להיבחן. כלומר, אין מסלול מוגדר של לימודים עיוניים, אך בכל תחום מומחיות מוגדרים תחומי הידע הנחוצים לשם קבלת הכרה במעמד של מומחה, והחלק המעשי/קליני בה יכול להתבצע באופן עצמאי או במסלול מובנה ותחת פיקוח. בסיום שני המסלולים נעשה מבחן ההערכה שמורכב משאלות רב-ברירה.[14-15]

עמותת הפיזיותרפיה הקנדית (Canadian Physiotherapy Association - CPA), קבעה מסלול למומחיות קלינית, המעניק תואר מומחה בתשעה תחומי מומחיות, בתהליך דו-שלבי של הערכת עמיתים. בשלב הראשון צריך המועמד להגיש בקשה למועמדות[16] באמצעות טופס המכיל ארבעה תחומי מפתח: ידע ומיומנות קלינית מתקדמת, מנהיגות מקצועית, התפתחות מקצועית ומעורבות במחקר. על המועמד לצרף תלקיט (פורטפוליו) מפורט ומוקפד, המכיל שלושה תיאורי מקרה, שמעידים על מיומנות וידע בתשעה תחומים: מיומנויות קליניות מתקדמות, חשיבה קלינית מתקדמת, ידע מתקדם, הוראה וחונכות, תקשורת ושיתוף פעולה, התפתחות מקצועית ולמידה המשכית, מנהיגות, יוזמה וחדשנות ומעורבות במחקר. המועמד חייב לצרף לכל נושא שמות של ממליצים, מטופלים, מדריכים ומודרכים עם פרטים ליצירת תקשורת עמם. צוות המעריכים בוחן את כל החומרים שהוגשו, כולל ההמלצות וחוות-הדעת של כמה ממליצים וכן יומן שיקוף עצמי (self-reflection), שתועד לאורך זמן, הכולל, בין השאר, הערכה עצמית של תהליכי התפתחות אישיים, התמודדות עם קשיים ואתגרים קליניים ואתיים, יכולת פתרון

בעיות, חוזקות וחולשות. אם לדעת המעריכים המועמד עונה על כל הדרישות, הוא מתקבל/עובר לשלב השני בתהליך.

בשלב השני, צוות מעריכים מקיים דיון כדי לבחון ולהעריך את שלושת תיאורי המקרה שהגיש המועמד. לאחר שגובשה חוות-דעת משותפת, נפגש צוות המעריכים עם המועמד כדי לדון בתיאורי המקרה (כמו במבחן ההגנה על תזה לתואר שני באקדמיה). המלצת צוות המעריכים עוברת לחבר הנאמנים - מועצת המומחיות בפיזיותרפיה בקנדה - שמחליטה אם עמד המועמד בכל הדרישות, ואם כן, היא מוסמכת להעניק לו תעודת מומחה.

עמותת הפיזיותרפיה האוסטרלית (Australian Physiotherapy Association - APA)[17] מציעה שלושה מסלולים למומחיות: מסלול קליני, מסלול אקדמי ומסלול מעורב (היברידי). לכל קטגוריה מסלול ייעודי, המקנה חברות בגוף המומחים לפיזיותרפיה האוסטרלי (Australian College of Physiotherapists - ACOP) ואולם רק פיזיותרפיסט שמקבל הכרה במסלול הקליני רשאי להחזיק בתואר "פיזיותרפיסט מומחה", תואר (protected title) השמור לקלינאי. במסלול הקליני שלושה שלבים: הגשת בקשה על ידי המועמד הנבחנת על ידי צוות ייעודי של העמותה האוסטרלית ובהתאם לתחום הרלוונטי. לאחר קבלת אישור צוות הבוחנים, המועמד עובר לשלב השני, בחינה בספר פתוח (open book). המועמדים שעברו את הבחינה בהצלחה ניגשים למבחן המעשי. בשלב זה המועמד מגיש סרטון המציג תהליך טיפולי במטופל. הסרטון נבחן על ידי הצוות/הוועדה המקצועית, ולאחר מכן מתקיים דיון על תהליך הטיפול בנוכחות המועמד. מי שהצליחו בכל השלבים מתקבלים כחברים בגוף המומחים לפיזיותרפיה.[18] יש לציין כי מסלול המומחיות באוסטרליה החל בשנת 1971 ועבר שינויים עד שהתגבש למסלול המקובל היום.

לפי האתר של **עמותת הפיזיותרפיה הבריטית** (Chartered Society of Physiotherapy - CSP)[19] בבריטניה (אנגליה, סקוטלנד, וולס וצפון אירלנד) פיזיותרפיסטים מכוונים למסלול התמקצעות מתקדם, שמכונה (Advanced and Consultant Level Practice - ACP). הנושא של Advanced health practitioners בכל מקצועות הבריאות מקודם ברמה הלאומית על ידי ה-Health and care professional council (HCPC).[20] גוף זה משמש כרגולטור עבור 15 מקצועות שונים, ובכללם פיזיותרפיה. ה-HCPC אינו קובע את הדרישות והסטנדרטים הספציפיים עבור כל מקצוע, וכל אחד מן המקצועות קובע לעצמו את הסטנדרטים המקצועיים שנשענים על ארבעה יסודות: 1. ניסיון קליני (clinical practice), 2. מנהיגות (leadership), 3. מחקר (research), 4. חינוך (education). נכון להיום, פיזיותרפיסטים יכולים לזכות למעמד של ACP, ולהירשם ב-HCPC, אך אין לכך מסלול מוגדר ואין דרישות רגולטוריות ברורות. למרות זאת, ניתן למצוא מפות דרכים להתקדמות מקצועית קלינית ועיונית, חומר רב על המסגרות להתקדמות מקצועית, פירוט של תכונות המקצוען והמקצוענות וחומר רב להכוונה.[21] עוד נציין כי קיים פירוט רב בנושא של מטפל ראשוני בתחום המוסקלו-סקלטלי, לרבות זה הנדרש מפיזיותרפיסט.

נוסף על כך, קיימים מסלולים ייעודיים שבסופם הפיזיותרפיסט מקבל תואר שני קליני. משך המסלול הוא בדרך כלל שנה אקדמית אחת (בתוכנית המלאה).[22] בימים אלה, ועדה מקצועית ייעודית שמינתה CSP בוחנת את הגדרת הדרישות והמסלול הפורמלי למומחיות לאור פניות מגורמים מקצועיים ומבעלי עניין. חשוב לציין כי מספר המומחים בארצות הברית - מעל רבע מחברי העמותה - גדול בהרבה ממספר המומחים בקנדה (0.2%) ובאוסטרליה. אף שהאפשרות לקבל מומחיות קיימת באוסטרליה משנת 1981, עד לשנת 2004 רק 7 מומחים היו רשומים כחברים בגוף המומחים (Australian College of Physiotherapy).[4] לאור מיעוט המומחים, הדגישו Bennet ו-Grant את החשיבות הטמונה בבחינה מחדש של מסלולי התמקצעות בכלל, ומומחיות בפיזיותרפיה בפרט. יתר על כן, לדעתם, יש לדאוג כי השקעה בתהליך התובעני למומחיות תזכה את מסיימי המסלול בהכרה מקצועית וציבורית ובפיצוי כלכלי נאות. גם בבריטניה הועלו סימני שאלה לגבי מסלול ההתמקצעות לאור הפער בין המטרה שנקבעה (250 מומחים בכל מקצועות הבריאות כולל פיזיותרפיה) ובין המצב בשטח (רק 123 מומחים בכל מקצועות הבריאות, ומתוכם 58 פיזיותרפיסטים/יות).[23]

לאור האמור לעיל, מתחדדת השאלה מהו מסלול המומחיות שיאפשר תהליך התמקצעות ראוי, מוסדר ומפוקח מחד גיסא, אך יהיה ישים הן מבחינת מוכנות המערכת - השדה הקליני, המערכת האקדמית, המעסיקים, מאידך גיסא, וזאת כדי לשפר את איכות הטיפול בישראל.

טבלה 1: השוואה בין מסלול המומחיות בארצות הברית, בקנדה ובאוסטרליה ובין מתווה המומחיות המוצע בישראל

	נושא	ארצות הברית	קנדה	אוסטרליה	ישראל (המתווה המוצע)
1	מספר מומחים מסך הפיזיותרפיסטים הרשומים כחברי עמותה/איגוד מקצועי	27,000 מומחים מבין 100,000 חברי העמותה האמריקאית	44 מומחים מבין 25,294 חברי העמותה הקנדית	מספר מומחים לא מתועד 33,800 פיזיותרפיסטים	בשלב התכנון
2	תחומי המומחיות	Orthopedics	Musculoskeletal	Musculoskeletal	שיקום מערכת שלד-שריר (מוסקולו-סקלטלית)
		Cardiovascular and Pulmonary	Cardiorespiratory	Cardiorespiratory	שיקום מערכת הלב והריאה
		Neurology	Neurosciences	Neurology	שיקום מערכת העצבים (נוירולוגיה)
		Geriatrics	Seniors health	Gerontology	הגיל המבוגר (גריאטריה)
		Pediatrics	Pediatrics	Pediatric	ילדים (פדיאטריה)
		Oncology	Oncology	Cancer, Palliative Care & Lymphedema	אונקולוגיה (כולל טיפול לימפטי)
		Women's Health	Women's Health	Women's & Men's Pelvic Health	בריאות האישה
		Sports	Sport	Sports & Exercise	שיקום פגיעות ספורט
		X	Pain sciences	Pain	כאב
		Clinical Electrophysiology	X	Occupational Health	X
		Wound Management	X	Management/ Leadership	X
		X	X	X	טכנולוגיה בשיקום וניידות
3	תנאי הסף לכניסה למסלול המומחיות	2,000 שעות קליניות - 500 שעות מתוכן בתחום המומחיות	1,800 שעות קליניות - 300 שעות מתוכן בתחום המומחיות	5 שנות ניסיון מקצועי מהם 3 שנות ניסיון בתחום הייעודי והשתלמויות מקצועיות בתחום הייעודי, בהתאם לרשימה שנקבעה עבור התחום; חברות בקבוצת העניין הרלוונטית והוכחת הכשרה המשכית שנתית של 20 שעות	תואר שני בפיזיותרפיה או בתחום משיק (לדוגמה: גרונטולוגיה, מדעי הרפואה, חינוך), 4,000 שעות קליניות - 2,000 שעות מתוכן בתחום המומחיות; הדרכת סטודנטים - 3 מחזורים; 120 שעות השתלמויות מקצועיות בתחום הייעודי; הקריטריונים המעידים על מנהיגות מקצועית כמפורט במאמר

מבט על מנקודת ראות מקצועית

	נושא	ארצות הברית	קנדה	אוסטרליה	ישראל (מתווה מוצע)
4	מבנה מסלול המומחיות	אין מסלול מובנה	אין צורך בהכשרה ייעודית. המבקש להיות מוכר כמומחה מגיש טופס בקשה וכן, תלקיט (פורטפוליו) מפורט, המעיד על ניסיון וידע רחבים בתחום הייעודי כך שישכנעו ועדת עמיתים בהתאמתו להיות מועמד לתואר מומחה. הפורטפוליו צריך להכיל תיעוד מדוקדק של ניסיונו הקליני, רשימת ממליצים, כולל מטופלים שיעידו על עבודתו. כמו כן, עליו להכיל תיעוד של שיקוף עצמי לאורך זמן, שמספק מבט על התפתחותו הקלינית, על אופן התגברותו על אתגרים, על הצלחותיו, על הטמעת ידע וכלים חדשים, ועוד. הוועדה בוחנת את כל החומרים, ועל פיהם קובעת אם הוא יכול להיות מועמד	אין צורך בהכשרה ייעודית. בתהליך שלושה שלבים: בשלב הראשון, המבקש להיות מוכר כמומחה מגיש בקשה בטופס מובנה, הכולל חומרים המעידים על ידע, על ניסיון, על הכשרה המשכית מובנית המתאימה לתחום הייעודי ורחבה דיה כדי לשכנע ועדת עמיתים בהתאמתו להיות מועמד לתואר מומחה. בשלב השני, הוא ניגש למבחן מסוג "ספר פתוח"; בשלב השלישי, הוא ניגש למבחן מעשי, ובו הוא מגיש לצוות בוחנים סרטון המציג תהליך טיפול כולל. מתקיים דיון משותף על המקרה, שלאחריו ייקבע מעמדו - אם סיים בהצלחה את כל שלושת השלבים, הוא רשאי להשתמש בכינוי "מומחה קליני" והוא מתקבל כחבר ב-Australian College of Physiotherapists	200-240 שעות לימודים עיוניים; 96 שעות סטאז' בהנחיית מומחה באתר מוכר שיכלול דיון משותף במטופלים מורכבים בהיקף של ארבע שעות בחודש לפחות
5	אמצעי הערכה בסיום מסלול המומחיות	Board examination - מבחן עיוני	הגשת 3 תיאורי מקרה מפורטים, כולל פירוט מדוקדק של ההערכה, כלי ההערכה, התוכנית ואמצעי הטיפול, התמודדות עם מורכבות והנמקה להחלטות. הערכת עמיתים, מומחים בתחום, ודיון עם צוות המעריכים על המקרים	מבחן עיוני מסוג "ספר פתוח" ומבחן מעשי באמצעות הגשת סרטון ודיון משותף עם צוות בוחנים	מבחן עיוני ומעשי הגשת תיאורי מקרה בהתאם להחלטת הוועדה המקצועית של תחום המומחיות
6	מסלול המומחיות אינו חוסם את האפשרות שהפיזיותרפיסט ישמש כפיזיותרפיסט כללי בכל תחומי המומחיות	לא חוסם	לא חוסם	לא חוסם	עדיין לא התקבלה החלטה בנושא

דיון

למידה לאורך החיים (Lifelong learning) והצורך במסלול מובנה לקידום ההכשרה העל-בסיסית לאור ההשוואה לנעשה בעולם

מקצוענות (professionalism) מחייבת למידה ופיתוח ידע ומיומנויות לאורך החיים (lifelong learning), ולצידה, ישנה חשיבות מכרעת בבניית מסלולים מוסדרים ומובנים (career pathways) לקידום הכשרה על-בסיסית-מכוונת-תעסוקה/קריירה.[4] בארצות הברית, בקנדה ובאוסטרליה הכשרה המשכית והוכחת כשירות מקצועית נבחנות תכופות בעת חידוש הרישיון המקצועי -בקנדה ובאוסטרליה - בכל שנה ושנה; בקנדה ובארצות הברית - בכל שנתיים. בישראל, הרישיון המקצועי ניתן בראשית הקריירה המקצועית, עם סיום ההכשרה הבסיסית וההצלחה במבחן הממשלתי. כלומר, הרישיון ניתן לצמיתות, ואין צורך בחידושו לאורך כל החיים המקצועיים. המשך ההתמקצעות וההכשרה ההמשכית הם באחריותו הבלעדית של הפיזיותרפיסט. בעניין זה חשוב לציין שמקומות העבודה הציבוריים מעודדים השתתפות בהשתלמויות מקצועיות, והדבר נכלל בחוזרים ובנהלים של משרד הבריאות, ואף נבחן בבקרות. עם זאת, לא קיים מנגנון רגולטורי המחייב זאת.

כאמור, בארצות שונות קיימים מסלולים להכשרה על-בסיסית, שבסופם ניתן מעמד של מומחה. אף שמומחיות קיימת שנים רבות, הנושא מצוי בדיון מתמשך, ולאורך השנים המסלולים עצמם משתנים בהתאם להתקדמות המקצוע ולשינויים בחברה ובעולם הרפואה.[4-23,7-24]

שיעור המומחים בארצות השונות יכול לשקף גישות שונות לנושא. בארצות הברית, מסלול המומחיות המקצועית נגיש לכלל הפיזיותרפיסטים/יות, והמערכת מעודדת מספר גדול של מומחים. ולראיה, כרבע מחברי העמותה האמריקאית מוכרים כמומחים בתחומיהם. לעומת זאת, בקנדה ובאוסטרליה מספר הפיזיותרפיסטים שקיבלו מעמד מומחה נמוך לעין שיעור (0.2% בקנדה). עובדה זו מעידה על גישה הפוכה, שלפיה מעמד המומחה מוקנה ליחידי סגולה שעברו מסלול ארוך ומורכב. יש לציין כי בכל המדינות המועמד ניגש לתהליך ההכרה במעמד של מומחה על סמך הניסיון והידע שרכש במהלך שנותיו כקלינאי, וכי המועמדים אינם נדרשים ללימודים עיוניים או מעשיים נוספים.

על פי משוב מחברי העמותה האוסטרלית ב-1993, ושוב בשנת 2000, המובא במאמר למערכת בעיתון הפיזיותרפיה האוסטרלי, רוב הדרישות לקראת הכרה במעמד של מומחה נחשבו קשות מידי עבור הפיזיותרפיסטים שעובדים בעיקר בעבודה קלינית ולא באקדמיה.[4] לטענת הפיזיותרפיסטים, מסלול המומחיות לא ענה על הצרכים שלהם בשלושה נושאי מפתח: 1. היעדר הכרה במעמד של מומחה על ידי עמיתים וגורמים חיצוניים, 2. היעדר מסלול מקצועי (career pathway) רלוונטי לקלינאים, 3. היעדר גמול כספי הולם בתום תהליך ההכשרה וקבלת מעמד של מומחה.[4] יש לתת את הדעת גם לנושא זה.

התאמה לצרכים של כלל המערכת והפיזיותרפיסטים/יות (אקדמיה - קופות - מרכזים רפואיים) ובהתייחס למציאות בישראל

בישראל, כמו באוסטרליה,[4] ההחלטה לקדם את המומחיות נועדה לקדם את המעמד המקצועי של הפיזיותרפיסטים ואת מעמד המקצוע. להחלטה זאת תרם תהליך ההתפתחות של מקצוע הסיעוד, אשר הוסיף בשנים האחרונות תחומי מומחיות רבים, המגלמים בתוכם הוספת סמכויות ופעולות המאפשרות לאחות לשאת תפקידים של רופא ואף לתפקד כמנהל רפואי בתנאים מסוימים ומוגדרים.[8-9, 25-27]

ההכשרה האקדמית והמקצועית בישראל, ביחד עם הכשרה המשכית וניסיון עבודה, הם בסיס הולם שמאפשר את הרחבת הפעולות (extended scope of practice) ואף את הרחבת הסמכויות של הפיזיותרפיסטים. חשוב להבדיל בין השתיים: הרחבת הפעולות מגדילה את תחומי הפעילות או הפעולות של איש המקצוע, אך אינה מחייבת תהליך פורמלי של שינוי בתקנות. לרוב אלו פעולות שמתפתחות במקביל להתפתחות המקצוע, כמו שיקום רצפת האגן או טיפול וסטיבולרי. לעומת זאת, הרחבת הסמכויות פירושה אפשור פעולות הנחשבות לפעולות רופא, כאשר האישור לביצוען מחייב שינוי בתקנות הרופאים. המקור להרחבת הסמכויות מתבסס על סעיף 7 בתקנות הרופאים (כשירויות לביצוע פעולות חריגות) - התשס"א - 2001.[28]

הרחבת הפעולות והסמכויות מהווה שינוי מהותי בתפיסת המקצוע ובתפיסת הפיזיותרפיסט את תפקידו: 1. פעולות שהן מובנות מאליהן כיום ולא נכללו במנעד הפעולות המקצועיות בעבר, כגון ביצוע שאיבה תוך-קנית, שימוש במכונת הנשמה ככלי טיפולי וטיפול ברצפת האגן, 2. שינוי בתהליכי עבודה המאפשר לפיזיותרפיסטים לקבל מטופלים בגישה ישירה, ללא הפניית רופא, שהיא למעשה רפואה ראשונית.[8-9] חשוב להוסיף כי לא תמיד קיימת הבחנה ברורה בין הרחבת פעולות ובין הרחבת סמכויות, וזהו נושא לדיון אחר.

לנוכח המשאבים המוגבלים במערכת הבריאות וההכרח להתייעל, ולאור הזדקנות האוכלוסייה, העלייה בתחלואה הכרונית וההכרח בצמצום הנטל הבריאותי והכלכלי[29-31] חשוב לנצל את כלל המשאבים באופן מושכל. על כן, חשוב לנצל את הידע והמיומנויות של הפיזיותרפיסטים לשם מתן מענה מקצועי הולם ברפואה הראשונית. כפי שצוין, חוזר מינהל הרפואה מספר 2502/72, תשע"ד/2014, "גישה ישירה לפיזיותרפיה",[8] המאפשרת לקופות החולים ליישם תפיסה זאת, הוא דוגמה להרחבת תפקידים ללא דרישה רשמית/פורמלית למומחיות. עד לאחרונה, הגישה הישירה מיושמת רק ב"מכבי שירותי בריאות". מנהלת המחלקה לפיזיותרפיה בקופה מחייבת השתתפות בהכשרה מקצועית ייעודית שבסופה מבחן. כלומר, רק פיזיותרפיסט שעובר את ההכשרה מוסמך לקבל מטופלים בגישה ישירה.

הדיון בנושא הרחבת הסמכויות וההתניה שרק מומחה יורשה לבצעה עדיין לא הוכרעו (נספח 4). מעבר לדוגמאות שהובאו כאן, ניתן לשקול פעולות רלוונטיות אפשריות בעבודת הפיזיותרפיסט, כגון מיון ראשוני (triaging), הפניה לדימות, מתן מרשם לתרופות נוגדות כאב או נוגדות דלקת והפנייה למומחה.[29,7]

מצד אחד, במערכת הבריאות דרושים אנשי מקצוע בעלי ידע ומיומנויות מתקדמים, ולשם כך נחוצה הכשרה מתמשכת ובניית מסלולי קידום עבור הפיזיותרפיסטים. מן הצד השני, ידע ומיומנויות מתקדמים אינם מחייבים בהכרח מומחיות. לפי כל האמור לעיל, חשוב לקיים דיון בפורום מקצועי רחב של נציגים מהשדה הקליני וקובעי המדיניות ומובילי המקצוע בארגונים ובמוסדות השונים כדי שמסלול "מומחיות" ייתן מענה מיטבי הן לצורך בידע ובהתמקצעות בתחומים ספציפיים והן לצורך בשימור הידע הכללי והרבגוני של הפיזיותרפיסטים. יתר על כן, יש להרחיב את הדיון עם הפיזיותרפיסטים כדי להבין את צורכיהם ורצונותיהם, ולברר מהו יעדם ארוך הטווח. חשוב לציין כי כל החלטה לגבי הצעת מתווה המומחיות מחייבת תיאום עם יתר מקצועות הבריאות הנזכרים בחוק.

סיכום ומבט לעתיד

מומחיות הוא תהליך מקובל במקצועות רפואיים, ומטבע הדברים רצוי כי גם בפיזיותרפיה, תהיה האפשרות להעמיק בידע ולשפר את המיומנויות כדי להגיע למעמד זה בדרך מוסדרת ומובנית. המועצה, ועדת המומחיות הייעודית וגורמים מקצועיים בתוך משרד הבריאות עשו רבות כדי לקדם את התהליך. חרף האמור, התהליך מתעכב למעלה מארבע שנים. המאמר הזה נועד ללמוד מן הניסיון בעולם על סוגיות שונות. הדיון בהן יכול לתרום לדיוק ולטיוב התהליך עבור כל הנוגעים בדבר. לפיכך, אפשר לראות בעיכוב התהליך מעין חלון הזדמנות, ולנצל את הזמן לדיון פורה למען עתיד המקצוע והעוסקים בו.

בשלב ראשון ועל מנת לקבל מידע ישיר מציבור הפיזיותרפיסטים ובעלי העניין, מצורף קישור לשאלון בנושא מתווה המומחיות:
https://forms.gle/Qv7H51psGy8JDC648

מקורות

1. מכבי שירותי בריאות (אינטרנט). זכויות חברים - כללי בחירה בין נותני שירותים בקהילה - לאילו רופאים ניתן לפנות ללא הפנייה. (אוחזר בתאריך 28 בינואר 2021).
https://www.maccabi4u.co.il/24498-he/Maccabi.aspx#showData_65666

2. ההסתדרות הרפואית בישראל (אינטרנט). תקנות בריאות העם, אישור תואר מומחה ובחינות, התשל"ג 1973. (אוחזר בתאריך 28 בינואר 2021).
https://www.ima.org.il/mainsitenew/viewcategory.aspx?categoryid=277

3. משרד הבריאות (אינטרנט). תקנות בריאות העם (עוסקים בסיעוד בבתי חולים), התשמ"ט-1988. (אוחזר בתאריך 28 בינואר 2021).
https://www.health.gov.il/LegislationLibrary/Briut17.pdf

4. Bennet CJ, Grant MJ. Specialisation in Physiotherapy: A mark of maturity (Editorial). AustJ of Physiother, 2004; 50 (1): pp. 3-5. doi:10.1016/s0004-9514(14)60242-7

5. Donaghy M.E., Gosling S. Specialization in physiotherapy: musings on current concepts and possibilities for harmonization across the European Union. Phys Ther Rev, 1999; 4: pp. 51-60. https://doi.org/10.1179/ptr.1999.4.1.51

6. Threlkeld AJ, Paschal KA. Entry-level physical therapist education in the United States of America. Phys Ther Rev, 2007; 12(2): pp. 156-162. https://doi.org/10.1179/108331907X175140

7. Domholdt E. In response to: specialization in physiotherapy: musings on current concepts and possibilities for harmonization across the European Union. Phys Ther Rev, 1999; 4: pp. 61-63. https://doi.org/10.1179/ptr.1999.4.1.61

8. משרד הבריאות (אינטרנט). חוזר מינהל הרפואה מספר 2502/72, תשע"ד/2014, גישה ישירה לפיזיותרפיה. (אוחזר בתאריך 28 בינואר 2021).
https://www.health.gov.il/hozer/mr27_2014.pdf

9. מכבי שירותי בריאות (אינטרנט). גישה ישירה - טיפולי פיזיותרפיה ללא הפניית רופא. (אוחזר בתאריך 05 בפברואר בינואר 2021). מתוך:
https://www.maccabi4u.co.il/32218-he/Maccabi.aspx

10. משרד הבריאות (אינטרנט). חוק הסדרת העיסוק במקצועות הבריאות, התשס"ח - 2008. (אוחזר בתאריך 28 בינואר 2021).
https://www.health.gov.il/legislationlibrary/mikzoha_01.pdf

11. ההסתדרות הרפואית בישראל (אינטרנט). המועצה המדעית של הסתדרות הרופאים בישראל (הר"י). מקצועות התמחות וסילבוסים. (אוחזר בתאריך 17 במרץ 2021).
https://www.ima.org.il/InternesNew/StaticPage.aspx?Page=6561

12. משרד הבריאות (אינטרנט). לימודי מומחיות בסיעוד. (אוחזר בתאריך 17.03.2021).
https://www1.health.gov.il/nursing/study/specialization-studies

13. משרד הבריאות (אינטרנט). תקנות בריאות העם (אישור תואר מומחה בסיעוד), התשע"ד-2013. (אוחזר בתאריך 28 בינואר 2021).
https://www.health.gov.il/LegislationLibrary/Briut53.pdf

14. Physical Therapy Association. Scope of practice. (Cited: 28th January 2021). Available from: https://www.apta.org/

15. The American Board of Physical Therapy Specialists .Specialist Certification. (Cited 5th February 2021). Available from: http://www.abpts.org/home.aspx

16. Canadian Physiotherapy Association (Internet). 27th Clinical Specialty Program, 15 April 2019. (Cited 17th March 2021). Available from: https://physiotherapy.ca/blog/rep-27-clinical-specialty-program

17. Australian Physiotherapy Association (APA) (Internet). Professional development (PD). (Cited 17th March 2021). Available from: https://australian.physio/pd/australian-college-physiotherapy-information

18. Australian College of Physiotherapy (ACP) (Internet). Membership. (Cited 17th March 2021). Available from: https://australian.physio/pd/australian-college-physiotherapists

19. Charted Society of Physiotherapy (CSP) (Internet).CPD and education. (Cited 5th February 2021). Available from: https://www.csp.org.uk/careers-jobs/advanced-consultant-practice-physiotherapy/consultant-physiotherapists

20. Health and Care Professions council (HSPC) (Internet). CPD. (Cited:5th February 2021). Available from: https://www.hcpc-uk.org/

21. Charted Society of Physiotherapy (CSP) (Internet). Advanced and consultant practice physiotherapy. (Cited 5th February 2021). Available from: https://www.csp.org.uk/careers-jobs/advanced-consultant-practice-physiotherapy/consultant-physiotherapists

22. Postgraduate search,(Internet). Masters Physiotherapy. (Cited 5th February 2021). Available from: https://www.postgraduatesearch.com/pgs/search/?course=physiotherapy&qualification=masters

23. Vits KM. ACPWH CONFERENCE 2009 Consultant physiotherapist: a career goal achieved. Journal of the Association of Chartered Physiotherapists in Women's Health. 2010;106: 25-29.

24. Carr J and Shepherd R.: Clinical physiotherapy specialization in Australia: Some current views. Aust J of Physiothe; 1996; 42(1): 9-14. doi: 10.1016/s0004-9514(14)60436-0

25. משרד הבריאות (אינטרנט). חוזר מינהל הסיעוד מספר 23119514 - מתן היתר לביצוע פעולות סיעוד ופעולות חריגות המתווספות מעת לעת למסגרת עיסוקן אחיות מוסמכות. (אוחזר בתאריך 28 בינואר 2021).
https://www.health.gov.il/hozer/ND104_2014.pdf

26. משרד הבריאות (אינטרנט). עיגון חוקי של פעולות רפואיות המתבצעות על ידי אחיות - שינוי גבולות מקצוע על ידי הרחבת הסמכות המואצלת מרופאים לאחיות. מינהל הסיעוד. משרד הבריאות, ירושלים. (אוחזר בתאריך 28 בינואר 2021).
https://www.health.gov.il/UnitsOffice/nursing/professionals/instractions/Documents/LegalStatus.pdf

27. משרד הבריאות (אינטרנט). חוזר המנהל הכללי מס' 7/ 2019, אחות מומחית בקהילה. (אוחזר בתאריך 05 בפברואר 2021).
https://www.health.gov.il/hozer/MK07_2019.pdf

28. משרד הבריאות (אינטרנט). תקנות הרופאים (כשירויות לביצוע פעולות חריגות), התשס"א 1-2001) נוסח בתוקף מיום 22.4.2008 עד יום 21.4.2022). (אוחזר בתאריך 05 בפברואר 2021).
https://www.health.gov.il/LegislationLibrary/Rofim_05.pdf

29. Bastiaens F, Barten DJ, Veenhof C. Identifying goals, roles and tasks of extended scope physiotherapy in dutch primary care - an exploratory qualitive multi-step sudy. BMC Health Services Research. 2021 (Januar); 21:19. Available from: https://doi.org/10.1186/s12913-020-05986-w

30. טבנקין ח', להד א' (עורכים). הנחיות קליניות: המלצות כוח המשימה הישראלי בנושא קידום בריאות ורפואה מונעת. הוצאת ההסתדרות הרפואית בישראל, האגף למדיניות רפואית ואיגוד רופאי המשפחה בישראל; 2013. (אוחזר בתאריך 07 בדצמבר 2020).
https://www.ima.org.il/userfiles/image/clinical_09_preventive.pdf

31. דובנוב-רז ג', אריאלי ר', בר יוסף ר', גולן ר', דותן ר', נבות-מינצר ד', נמט ד', פלק ב', צוקר-טולדנו מ', קונסטנטיני נ', פעילות גופנית וספורט בילדים ובבני נוער (נייר עמדה). בהפקה משותפת/הוצאה של האיגוד הישראלי לרפואת ילדים, איגוד רופאי המשפחה בישראל, החברה לרפואת ספורט בישראל והוועד האולימפי בישראל; אוקטובר 2019. (אוחזר בתאריך 07 בדצמבר 2020).
https://www.ima.org.il/userfiles/image/Ne131_sportForKids.pdf

נספחים

נספח 1 – סעיף 16 בחוק הסדרת העיסוק במקצועות הבריאות בשנת תשס"ח – 2008

16. (א) השר רשאי לקבוע תחומי מומחיות במקצועות הבריאות ואת התנאים הנדרשים מבעל תעודה במקצוע בריאות לשם קבלת תעודת מומחה בתחום מומחיות כאמור (בחוק זה – תעודת מומחה).

(ב) בתקנות לפי סעיף קטן (א), רשאי השר לקבוע פעולות ייחודיות ותחומי עיסוק שבהם לא יעסוק אלא אדם שהוא בעל תעודת מומחה בתחום מומחיות מסוים.

(ג) לא ישתמש אדם בתואר מומחה בתחום מומחיות שנקבע בתקנות לפי סעיף קטן (א), ולא יציג את עצמו כבעל מומחיות בתחום מומחיות כאמור, אלא אם כן הוא בעל תעודת מומחה באותו תחום מומחיות.

נספח 2 – מילון מונחים (בפיזיותרפיה – בישראל)

המועצה העליונה לפיזיותרפיה בישראל: גוף התנדבותי המאגד בתוכו נציגים מכלל המוסדות והארגונים המקצועיים – משרד הבריאות, ארגון הפיזיותרפיה והעמותה לקידום הפיזיותרפיה בישראל, נציגי כלל קופות החולים, בתי החולים ונציגי האקדמיה.

ועדת המומחיות: גוף שמונה על ידי המועצה העליונה לפיזיותרפיה, הכולל נציגי המוסדות המייצגים, האקדמיה וקופות החולים – המייצגים את השדה קליני. הוועדה עסקה בכתיבת והכנת מתווה המומחיות לקראת הגשתו למנכ"ל משרד הבריאות במטרה לקדם חקיקת תקנות מומחיות שהוא תנאי למומחיות בפיזיותרפיה בישראל (נספח 3 – חברי ועדת המומחיות).

המועצה המקצועית לפיזיותרפיה (ממ"פ): גוף שיוקם על פי חוק במינוי מנכ"ל משרד הבריאות שתפקידיו מפורטים בתקנות המומחיות, ובהם: הכרה בתחומי מומחיות, קביעת תנאים לקבלת תעודת מומחה, קביעת תנאים לאתר מוכר להתמחות, ייעוץ למשרד הבריאות למינוי ועדה מקצועית/ מדעית לכל תחום מומחיות, הכרה במומחיות הניתנת בארצות אחרות וערער למבקשים הכרה במומחיות.

ועדות מקצועיות: ועדות שיקומו על פי חוק, לכל תחום מומחיות, במינוי מנכ"ל משרד הבריאות, בהתאם להמלצות הממ"פ. בין תפקידיה: הגדרת ההשתלמויות לצורך הכרה בהתמחות, קביעת מקומות מוכרים להתמחות בתחום, הגדרת מרצים ומנחים ראויים לתהליך ההתמחות, פיקוח על ביצוע שלבי ההתמחות, כתיבה של המבחן העיוני והמעשי ככל שקיים ובדיקתו, ובדיקת הנתונים והמסמכים שיגישו המועמדים להכרה בהתמחותם לפני העברת כל החומר לאישור מועצת המומחיות בפיזיותרפיה.

דור המייסדים: פיזיותרפיסטים בולטים בתחומם, שנחשבים היום למובילי דעה וידע בתחומם. אנשי מקצוע שלמעשה עונים על כל הדרישות הממונות למומחה, אך בהיעדר תיקון התקנות בחוק, הם אינם מורשים להשתמש בתואר "פיזיותרפיסט מומחה". פיזיותרפיסטים אלו יוגדרו כמומחים בתקופת המעבר (ראה הגדרה מלאה, דרכי מינוי ותפקידים בגוף המאמר).

פעולה חריגה: פעולה שהיא עיסוק ברפואה כמשמעותו בסעיף 1 לפקודת הרופאים, המותרת למי שאינו רופא מורשה, בהתאם לתקנות אלה.
מתוך: תקנות הרופאים (כשירויות לביצוע פעולות חריגות), התשס"א 2001
https://www.nevo.co.il/law_html/law01/p208_027.htm#Seif1

נספח 3: ההרכב המוצע, מועצת המומחיות בפיזיותרפיה (ממ"פ)*

	קריטריון
יו"ר	פיזיותרפיסט בכיר בעל תואר PhD
חבר	פיזיותרפיסט בעל ותק מקצועי
חבר אקדמי	פיזיותרפיסט בדרגת מרצה בכיר המלמד בחוג לפיזיותרפיה
חבר מן המגזר הציבורי	פיזיותרפיסט בכיר מן המערכת הציבורית
חבר נציג משרד הבריאות	פיזיותרפיסט בכיר ממשרד הבריאות
חבר פורום מקצועי	פיזיותרפיסט נציג ארגון/עמותה

*חשוב לציין כי מספר החברים (בהצעות המספר נע בין 7-11), וכן אורך תקופות הכהונה טרם נקבעו סופית. מספר החברים וגם תקופת הכהונה ייקבעו בהתאם להחלטות שיתקבלו בהמשך, לאחר דיונים עם ועדות המומחיות של כל המקצועות בשיתוף הגורמים הרלוונטיים במשרד הבריאות, וההרכב הסופי של מועצה זו ייקבע בתקנות לחוק.

נספח 4: דוגמאות לסמכויות אפשריות לפיזיותרפיסטים

- מתן חוות דעת משפטית בנושאים הקשורים ליכולות גופניות/פיזיקליות ותפקודיות
- מתן חוות דעת וייעוץ של מומחה לרופאים ולאנשי מקצוע נוספים בעניין קביעת מצב תפקודי בהתאם לתחום המומחיות של פיזיותרפיסט מומחה
- מתן מרשם תרופות מרשימה מוגדרת ומוגבלת.
- הפניה לדימות
- הפניה לרופא מומחה
- הפניה לבדיקות-עזר כמו EEG, EMG, בהתאם לתחום המומחיות של פיזיותרפיסט מומחה
- הפנייה לבדיקות דם בהתאם לתחום המומחיות של פיזיותרפיסט מומחה

Framework for Specialization in Physical Therapy

Ayala Parag PT, MPA [1], Smadar Peleg BPT, PhD[2]

[1] Was Chief Physical Therapist at the Israeli Ministry of Health between 2004 and 2020. In this capacity she was a member of the Higher Physiotherapy Council and the specialization committee that prepared the proposal for a pathway towards specialization in physical therapy.

[2] Founded and chaired the Physiotherapy Department at Zefat Academic College and was part of the College's teaching faculty from 2010 to 2020. In this capacity she was a member of the Higher Physiotherapy Council and the specialization committee that prepared the proposal for a pathway towards specialization in physical therapy.

Abstract

Specialization is an integral, regulated element in the medical and nursing professions in Israel at the postgraduate level, but not in physical therapy. The Health Professions Regulation Law of 2008, which was passed in the Israeli Parliament over a decade ago, regulates the health care professions, including physical therapy. Section 16 of this law refers to the subject of professional specialization. Accordingly, in 2012, the High Council for Physical Therapy, which includes representatives from all professional institutions and organizations - the Ministries of Health, Welfare and Education, the Physical Therapy Society, the Association for the Advancement of Physical Therapy in Israel, health management organizations, medical centers, the Israel Defense Forces (IDF), and academic institutions - decided to create a Specialization Committee to prepare a framework for professional expertise in physical therapy. The objective was to create a framework/pathway for personal professional development of physical therapists and to enhance the status of the profession in the multi-professional medical community as well as in clients' perception. The framework was submitted to the Director General of the Ministry of Health by the High Council for Physical Therapy in Israel. The Physical Therapy Specialization Committee acted concurrently with similar committees in 3 other health professions - occupational therapy, speech therapy, and nutrition - in a collaborative process, resulting in the formulation of an accepted framework for all four professions.

The objectives of this paper are: 1. To describe the main elements of the specialization framework/pathway, 2. To compare this framework to specialization processes in physical therapy in other countries, 3. To present issues that require reconsideration and to encourage discussion among the professionals. A joint discussion among representatives of the various institutions, organizations, and the clinical field will clarify the issues and enable formulation of an optimal framework tailored to the needs of physical therapists, patients, and the systems in which the professionals practice.

Keywords: Health Professions Regulation Law, Expertise, Specialization, Growth engine

סטנדרטים לתפקיד הפיזיותרפיסט בפגייה: סקירת מקורות רשמיים בעולם המערבי ובישראל

דפנה קדר BPT, M.Sc[1], אסנת עטון-עיני BPT, PhD[2]

[1] מחלקת הפיזיותרפיה, מרכז רפואי "העמק", שירותי בריאות כללית
[2] מרצה בכירה, החוג לפיזיותרפיה, הפקולטה למדעי הרווחה והבריאות, אוניברסיטת חיפה

תקציר

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

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

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

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

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

תודות

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

1. מבוא

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

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

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

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

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

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

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

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

בשנת 2007[19] פרסם משרד הבריאות "נוהל מעורבות פיזיותרפיה ביחידת אשפוז פגים" להגדרת תפקיד הפיזיותרפיה בפגייה, כתוצר של פעילות ועדת משרד הבריאות בנושא פיזיותרפיה בפגייה, וזאת בהתאם לשאיפה להגדיר את תחומי האחריות, המעורבות ודרכי פעולה אחידות של פיזיותרפיסטים בפגיות בישראל; [19] הנוהל הזה עודכן בשנת 2012.[20] בעקבות פרסום הנוהל הישראלי, פותחו קורסי הכשרה ייעודים לטיפול בפגים אשר מתקיימים אחת לכמה שנים.

בתקופה שחלפה מאז פרסום נוהל הפיזיותרפיה, חלו שינויים משמעותיים בתחום הנאונטולוגיה בישראל. בשנת 2012 הוקמה קבוצת עניין מקצועית לפיזיותרפיסטים בפגייה. בשנת 2013 פרסם משרד הבריאות המלצות לניהול כוח האדם והתשתיות בפגיות, אשר מגדירות את הצורך בשילוב מוסדר של פיזיותרפיסטים ואנשי מקצועות בריאות נוספים בסביבת הפגייה.[21] באותה השנה הוכרה גם הפגייה של בית החולים "מאיר" על ידי ארגון NIDCAP (The Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program) העולמי כפגייה-תומכת-ההתפתחות הראשונה בישראל.[22] בשנת 2016 פרסם משרד הבריאות את נוהל - "המעקב והטיפול בילודים מורכבים ובפגים עם שחרורם מאשפוז לקהילה". הנוהל מפנה באופן ישיר יותר תינוקות פגים למכונים להתפתחות הילד.[23] משנת 2017 ואילך חלה התקדמות בהעסקה סדירה של פיזיותרפיסטים בפגיות שבבתי החולים ברחבי הארץ - כ-26 פיזיותרפיסטים, לעומת 15 פיזיותרפיסטים שהועסקו על בסיס קבוע, חמישה פיזיותרפיסטים שהועסקו רק לפי קריאה (בדרך כלל כקריאה דחופה לטיפול הנשימתי) והיעדר פיזיותרפיסט כלל בארבע פגיות - בשנת 2002.[24]

מאז עדכון נוהל הפיזיותרפיה בשנת 2012, חלה התפתחות משמעותית במחקר בנושא השפעת הטיפול ההתפתחותי התומך ויישומו בפגיות. בין היתר, ניכר יישום נרחב יותר של הגישה ההתפתחותית בפגיות[25] וקיימות עדויות נוספות להשפעותיו החיוביות של הטיפול ההתפתחותי התומך על התינוקות הפגים ובני משפחותיהם[27,26,11] נוסף על כך, חלו התפתחויות משמעותיות בהבנת החסמים והמקדמים לעבודה רב-צוותית וליישום הגישה ההתפתחותית התומכת בפגיות.[31-28,26]

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

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

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

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

2. שיטות

2.1 הליך החיפוש

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

הקריטריונים להכללה:

1. הנהלים הרשמיים וניירות העמדה העדכניים ביותר עבור כל מדינה;
2. מאמרים שעוסקים בהנחיות קליניות או בתיאור כולל של הגדרת תפקיד הפיזיותרפיה בפגיות;
3. מאמרים הסוקרים את תפקידי הפיזיותרפיה בפגיות ברמה הלאומית;
4. מאמרים שעוסקים בסקירת כלֵי ההערכה המקובלים בפגיות ברמה הלאומית;
5. נהלים אשר פורסמו בשפה העברית או האנגלית.

הקריטריונים לאי-הכללה:

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

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

מילות המפתח של החיפוש הכילו מילות חיפוש שהתייחסו לשלושה היבטים:

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

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

2.2 ניתוח המידע והצגתו

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

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

3. תוצאות

בתהליך החיפוש אותרו תשעה מקורות, מהם שני נהלים שעוסקים בהגדרת תפקיד הפיזיותרפיסט בפגייה מהולנד[32] ומנורבגיה,[33] וכן מאמר מתאילנד, שמיפה את תפקיד הפיזיותרפיסט בפגיות.[34] מסמכים אלו אינם זמינים בשפה האנגלית, ולכן לא נכללו בסקירה זו. חיפוש "אפור" ושליחת דוא"ל לחוקרים אשר פרסמו מאמרים רלוונטיים במדינות שבהן לא נמצאו נהלים רשמיים, לא הניב תוצאות נוספות.

בסקירה נכללו שישה מקורות שעמדו בקריטריונים להכללה (ראו פירוט בלוח 1): הנוהל הישראלי,[20] נוהל בריטי רשמי,[35] שני ניירות עמדה - בריטי ואמריקאי,[36-37] והנחיות קליניות מארה"ב,[38,39] אשר עוסקים בהגדרות של תפקיד הפיזיותרפיסט בפגיות. כמו כן, כדי לענות על שאלת המחקר העוסקת בכלי הערכה נכלל מאמר מאוסטרליה וניו-זילנד[40] העוסק במיפוי השימוש בכלֵי אבחון והערכה, ונכלל בפרק העוסק בנושא זה. המסמכים פורסמו בשנים 2009-2017. לוח 1 מסכם את פרטי המקורות ואת הנושא העיקרי שבו המסמך עוסק.

3.1 מרכיבי תפקיד הפיזיותרפיסט

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

מהשוואת הנהלים וניירות העמדה עולה כי באמריקה ובבריטניה קיימים הנהלים המפורטים ביותר. בנוהל הבריטי[35] מפורטים שישה מרכיבי תפקיד, בנייר העמדה הבריטי[36] מפורטים 26 מרכיבי תפקיד. בנייר העמדה האמריקאי[37] מפורטים 25 מרכיבי תפקיד, בהנחיות הקליניות באמריקה[39,38] מפורטים 25 מרכיבי תפקיד; בנוהל הישראלי[20] מפורטים 20 מרכיבי תפקיד.

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

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

על פי מסמכים אלו,[37,36] הפיזיותרפיסט עוסק בטיפול התפתחותי תומך על פי גישות תיאורטיות מקובלות, כגון גישת "המשפחה במרכז", התיאוריה הסינאקטיבית, תיאוריית המערכות הדינמיות, מודל ה-ICF, ועוד. שלושה מרכיבי תפקיד אחרים, הכלולים בתחום המעורבות הרב-מקצועית ובחלק מתחום קשרי הקהילה, הם ספציפיים לניירות העמדה האמריקאים והבריטים. הראשון - האחריות של הפיזיותרפיסט לבניית תוכניות לניהול סיכונים, השני - התאמת הציוד לתינוק הפג בעת השחרור מהפגייה, והשלישי נוגע לקידום הטיפול הפיזיותרפי בקהילה.[37,36]

3.2 ההכשרה הדרושה מן הפיזיותרפיסט לשם עבודה בפגייה

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

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

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

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

בנוהל הבריטי[35] מפורטות שבע דרישות הכשרה וידע, בנייר העמדה הבריטי[36] מפורטות 14 דרישות הכשרה וידע. בנייר העמדה האמריקאי[37] מפורטות שמונה דרישות הכשרה וידע, בהנחיות הקליניות האמריקאיות[39,38] מפורטות 12 דרישות הכשרה וידע. בנוהל הישראלי[20] מפורטות שבע דרישות הכשרה וידע.

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

3.3 שימוש בכלֵי הערכה ואבחון בפגייה

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Neonatal Behavioral Assessment Scale (NBAS)[46,45] - מיועד לפגים מגיל הלידה (36 שבועות) ועד לגיל 6 שבועות (גיל מתוקן). זהו כלי תצפיתי שאורכו כ-30 דקות, המשמש גם ככלי התערבותי בפגים. הכלי כולל תצפית על תגובות התינוק הפג ל-"Handling" ולמניפולציה שמתבצעת על ידי המטפל במטרה לזהות לקות תפקודית ולחזות פרוגנוזה התפתחותית. הכלי כולל 46 פריטים, לרבות שבעה פריטים נספחים, ובודק מדדים שונים, כגון תגובות המערכת האוטונומית, רפלקסים, תשומת לב ואינטראקציה. יישום הכלי דורש הכשרה ייעודית עם צורך ב-90% הסכמה במהימנות בין שופטים.[46,45]

4. דיון

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

4.1 מרכיבי תפקיד הפיזיותרפיסט

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

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

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

כל המקורות מדגישים את הצורך להעניק הדרכה למשפחה בפגייה. בספרות נושא זה נחשב לאחד הדגשים החשובים בטיפול ההתפתחותי בפגייה. במיוחד מודגשת החשיבות הטמונה בהדרכה רצופה והמשכית לגבי מאפייניו הייחודיים של התינוק הפג, בזיהוי ובפירוש הסימנים ההתנהגותיים של התינוק כבסיס לטיפול בו ובשיתוף ההורים בטיפול בתינוק משלב מוקדם. גישת ההתערבות של "המשפחה במרכז" בפגייה מתבססת על כך שאין די בתמיכה רגשית בהורים, אלא יש צורך להדריכם באופן רצוף ומתמשך לגבי מאפייניו היחודיים של תינוקם, לשתפם בטיפול בו משלב מוקדם ולהכינם לקראת השחרור.[52] במחקרים אשר בדקו את ההשפעה של הדרכת ההורים בתצפית ובפירוש סימנים התנהגותיים של התינוקות הפגים, תועדו הפחתה של דחק הורי[53] ושיפור בהיבטים הרגשיים-נפשיים אצל ההורים.[54] שיתוף מוקדם של ההורים בטיפול בתינוקם השפיע לטובה על תהליך ההתקשרות ועל התפתחות מיומנויות הוריות. הודגמה ירידה ברמת המצוקה המשפחתית, ובעקבות זאת חל שיפור ברווחתו הגופנית והנפשית (well being) ארוכת הטווח של התינוק.[54]

מרכיב נוסף בעל חשיבות רבה הוא תפקידו של הפיזיותרפיסט בשמירה על רצף טיפולי המשכי משלב קדם-השחרור ועד המעבר לבית וההשתלבות בשירותים הניתנים בקהילה. רצף זה הוא בעל חשיבות ייחודיות בהקשר של פיזיותרפיה, משום שהוא אחד ממקצועות הבריאות הראשונים שאליו מופנים תינוקות פגים המוגדרים כאוכלוסייה בסיכון התפתחותי בשלבים שלאחר השחרור מן הפגייה.[23] הבטחת רצף זה מבוססת על מרכיבי תפקיד, כגון עיסוק בפיתוח וביישום של תוכניות שחרור מן הפגייה בשיתוף פעולה והתייעצות עם המשפחה והצוות הרב-מקצועי,[38] קידום קשרים עם הקהילה, יצירת קשר טרם השחרור, הפנייה של הפיזיותרפיסט להמשך טיפול בקהילה,[39-36,20] השתתפות במרפאת מעקב לתינוקות הפגים[39-35,20] והתאמת ציוד לבית לפני השחרור.[39-36] מרכיבים נוספים בהקשר הזה הם קידום המעורבות של מקצוע הפיזיותרפיה בטיפול הניתן לתינוקות פגים ובני משפחותיהם דרך חברות בעמותות הורים, השתתפות בכנסים ופורומים ייחודיים לתחום הזה.[39-36] הדגש הרב שניתן ליישומם של תפקידים אלו משקף את התבססותה של גישת "המשפחה במרכז" כחלק אינטגרלי מן הטיפול הפיזיותרפי בפגייה.[38,35,20] הפיזיותרפיסט עוסק ביצירת ממשקים בין הצוות המקצועי בפגיות ובין המשפחות וארגונים בקהילה המקדמים את רווחת התינוק הפג ובני משפחתו. שיתופי פעולה אלו מגבירים את מעורבות המשפחות בתהליכי קבלת ההחלטות הנוגעות לטיפול בתינוק הפג, מעצימים את תפקיד המשפחה ומשפיעים באופן חיובי על הרווחה הגופנית, הנפשית והחברתית של המשפחות.[55]

4.2 הדרישות להכשרת הפיזיותרפיסט לעבודה בפגייה

ההכרה בצורך בהגדרת תהליכי הכשרה ייחודיים וייעודים עבור הפיזיותרפיסט המטפל באוכלוסיית התינוקות הפגים בעת שהותם בסביבת הפגייה הייתה משותפת לכל המקורות שנסקרו. יחד עם זאת, היקף ההכשרה הנדרשת, ואף מידת הפירוט שלה, היו שונים מאוד ממקור למקור. דרישות ההכשרה כללו רכישת ידע מקדים בקורסים ייעודיים, התנסות קלינית והדרכה צמודה בהכשרה הניתנת On Site והדרגתיות בכניסה לעבודה בפגייה. הדרישות המוקדמות הרחבות ביותר לשם הכשרה ייעודית הוצגו בנייר העמדה האמריקאי.[37] לפי הנוהל הזה, מדובר בתת-התמחות ספציפית בתוך התמחות הפיזיותרפיה הפדיאטרית המצריכה מיומנויות מתקדמות והכשרה מתמשכת תחת בקרה ופיקוח. ההנחיות הקליניות האמריקאיות[39,38] מרחיבות ומציגות את דרישות ההכשרה הייעודית כדי לקבל את תת-ההתמחות בתחום מידי ארגון הפיזיותרפיה האמריקאי APTA (American Physical Therapy Association). ההתנסות הקלינית במסגרת הכשרה זו ניתנת בכמה מרכזים רפואיים נבחרים, או, לחילופין, בהכשרות קליניות מתקדמות במסגרות לימוד אוניברסיטאיות או כחלק מלימודי דוקטורט. נייר העמדה הבריטי[36] מגדיר דרישות סף אקדמאיות לפיזיותרפיסטים המעוניינים לעבוד בסביבת הפגייה. על פי שיטת הדירוג הבריטית (The Banding System), פיזיותרפיסט המעוניין לעבוד בסביבת הפגייה חייב בהכשרה השווה בהיקפה לתואר אקדמאי מתקדם. ארגון

הפיזיותרפיסטים הפדיאטריים בבריטניה (Association of Paediatric Chartered Physiotherapists Neonatal Group-APCP) מציע הכשרות ייעודיות בתחום "The Role of the Therapist in Neonatal Care" והכשרה לביצוע ההערכה ההתפתחותית (Lacey Assessment of the Preterm Infant - LAPI). בהקשר של ההכשרה הייעודית הספציפית, הנוהל הישראלי[20] ציין בכלליות כי יש צורך ב-"הכשרה ייעודית בטיפול בתינוקות פגים ובהתפתחות הילד" ללא פירוט של סוג ההכשרה או היקפה. הגדרת הכשרה ייעודית מאפשרת קביעת תנאי סף ואמות-מידה מקצועיות לפיזיותרפיסטים המבקשים לעבוד בסביבת הפגייה, ובכך מונעת סיכון מיותר לתינוקות הפגים בשל טיפול שאינו הולם.

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

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

בהקשר זה חשוב להתייחס להבדלים באופיו של המקצוע בין המדינות שנסקרו, המשפיעים על הדרישות בהכשרת המקצוע. בישראל מקצוע הפיזיותרפיה אינו כולל התמחויות. בארה"ב, קיימת התמחות פדיאטרית ותת-התמחות נוספת ספציפית לטיפול הניאונטולוגי. גם בבריטניה, פיזיותרפיה בפגייה מוגדרת רשמית כענף נפרד בתחום הפיזיותרפיה הפדיאטרית.[37,36] ההנחיות הקליניות האמריקאיות[39] מציינות שסביבת הפגייה אינה מתאימה לעבודתם של פיזיותרפיסטים מתחומים אחרים, גם לא של אלה המטפלים בילדים שאינם פגים.

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

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

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

4.3 שימוש בכלֵי הערכה ואבחון בפגייה

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

כלי האבחון והערכה שנזכרו בסקירה נבדלים זה מזה בכמה היבטים. מלבד מטרותיהם השונות, הם נבדלים ביניהם בטווח הגילאים להערכה, בסוגי הכלי (תצפית או בדיקה), בדרישות ההכשרה לשימוש בכלי ובנתונים המחקריים בקשר למידת התוקף, למהימנות, לספציפיות ולרגישות של כל כלי. כל הכלים שהומלצו דומים זה לזה בהיותם מוכרים במחקר ובשדה הקליני, הוכחו כתקפים ומהימנים ולכן הומלצו במשותף גם בספרות.[5] השימוש בכלי הערכה סטנדרטיים תקפים ומהימנים הוא הבסיס לבדיקה, להערכה ולבחירת מטרות והתערבויות טיפוליות מדויקות ואובייקטיביות עבור התינוק הפג ובני משפחתו. כמו כן, לבודק ניתנת האפשרות לפתח מיומנויות טובות יותר בביצוע ההערכה ובפירוש התוצאות באמצעות הכשרות מוסדרות ולמידת עמיתים של מטפלים בעלי ניסיון קליני נרכש.[57] קיימת חפיפה בין כלי הערכה שפורטו.

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

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

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

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

4.4 מגבלות המחקר

מגבלות סקירה זו נובעות בעיקר מכך שהחיפוש כלל רק נהלים רשמיים ומאמרים רלוונטיים שהם בשפה האנגלית או העברית. לא מן הנמנע שקיימים נהלים רשמיים נוספים שלא תורגמו במדינות המערב ששפתן הרשמית אינה אנגלית או נהלים בשפה האנגלית שלא היו נגישים דיים באתרים הרשמיים. כך לדוגמה - הנוהל הנורבגי אשר יכול להדגים את הבולטות של ארצות סקנדינביות באימוץ הגישה ההתפתחותית בפגיות לא היה זמין בשפה האנגלית.[63] ראוי להקדיש מאמץ מחקרי אשר יקדם את התרגום של נהלים נוספים בשפות אחרות כדי לאפשר השוואה בינלאומית רחבה ככל הניתן. כמו כן, הסקירה לא כללה פרקים הלקוחים מן הספרות המקצועית שעוסקת בנושא זה. פרקים אלו אינם מייצגים נוהל רשמי או מיפוי של המתרחש, אך מסכמים את הידוע בספרות עד כה. נהלים ופרקים אלו יכולים להציג תמונה מלאה יותר על המתרחש בעולם המערבי. הסקירה לא כללה מאמרים שקדמו לתקופה הנסקרת, ובכך לא נבחנה בצורה השוואתית ההתפתחות של הנהלים בציר הזמן. כך לדוגמה, ההנחיות הקליניות האמריקאיות[39,38] שהתפרסמו בשנים 2009 ו-2010 התבססו על הנחיות קליניות מוקדמות יותר, משנת 1999.[64]

4.5 השלכות וכיווני פעולה רלוונטיים בהקשר הישראלי

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

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

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

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

מקורות

1. Sturdivant C. A Collaborative Approach to Defining Neonatal Therapy. Newborn Infant Nurs Rev. 2013;13(1):23-26. doi:10.1053/j.nainr.2012.12.010
2. Byrne E, Garber J. Physical therapy intervention in the neonatal intensive care unit. Phys Occup Ther Pediatr. 2013;33(1):75-110. doi:10.3109/01942638.2012.750870
3. Als H. Newborn individualized developmental care and assessment program (NIDCAP): New frontier for neonatal and perinatal medicine. J Neonatal Perinatal Med. 2009. doi:10.3233/NPM-2009-0061
4. Galarza-Winton ME, Dicky T, O'Leary L, Lee SK, O'Brien K. Implementing family-integrated care in the NICU: Educating nurses. Adv Neonatal Care. 2013;13(5):335-340. doi:10.1097/ANC.0b013e3182a14cde
5. Palisano R, Orlin M, Schreiber J. Campbell's Physical Therapy for Children. In: Campbell's Physical Therapy for Children. ; 2017.
6. Byrne E, Campbell SK. Physical therapy observation and assessment in the neonatal intensive care unit. Phys Occup Ther Pediatr. 2013;33(1):39-74. doi:10.3109/01942638.2012.754827
7. Spittle A, Orton J, Anderson PJ, Boyd R, Doyle LW. Early developmental intervention programmes provided post hospital discharge to prevent motor and cognitive impairment in preterm infants. Cochrane Database Syst Rev. 2015;2015(11). doi:10.1002/14651858.CD005495.pub4
8. Gibbins S, Hoath SB, Coughlin M, Gibbins A, Franck L. The universe of developmental care:a new conceptual model for application in the neonatal intensive care unit. Adv Neonatal Care. 2008;8(3):141-147. doi:10.1097/01.ANC.0000324337.01970.76
9. Atun-Einy O, Scher A. Measuring developmentally appropriate practice in neonatal intensive care units. J Perinatol. 2008;28(3):218-225. doi:10.1038/sj.jp.7211908
10. Barbosa VM. Teamwork in the neonatal intensive care unit. Phys Occup Ther Pediatr. 2013;33(1):5-26. doi:10.3109/01942638.2012.729556
11. Craig JW, Smith CR. Risk-adjusted/neuroprotective care services in the NICU: the elemental role of the neonatal therapist (OT, PT, SLP). J Perinatol. 2020;40(4):549-559. doi:10.1038/s41372-020-0597-1
12. Hall P. Interprofessional teamwork: Professional cultures as barriers. J Interprof Care. 2005;19(SUPPL. 1):188-196. doi:10.1080/13561820500081745
13. Morrow JR, Tucker JS, Jackson AW, Martin SB, Greenleaf CA, Petrie TA. Meeting physical activity guidelines and health-related fitness in youth. Am J Prev Med. 2013;44(5):439-444. doi:10.1016/j.amepre.2013.01.008
14. Johnston C, Zanetti NM, Comaru T, Dos Santos Ribeiro SN, De Andrade LB, Dos Santos SLL. I Brazilian guidelines for respiratory physiotherapy in pediatric and neonatal intensive care units. Rev Bras Ter Intensiva. 2012;24(2):119-129. doi:10.1590/S0103-507X2012000200005
15. אוריין, י'. מילון ספיר החדש : מילון עברי-עברי בשיטת ההווה (מהדורה ב) . ירושלים: איתאב 2007.
16. Donahue C, Castelló M. University writing : selves and texts in academic societies. Castelló M, Donahue C, eds. 2012.
17. Als H, Duffy FH, McAnulty G, et al. NIDCAP improves brain function and structure in preterm infants with severe intrauterine growth restriction. J Perinatol. 2012;32(10):797-803. doi:10.1038/jp.2011.201
18. McGrath JM, Samra HA, Kenner C. Family-centered developmental care practices and research: What will the next century bring? J Perinat Neonatal Nurs. 2011;25(2):165-170. doi:10.1097/JPN.0b013e31821a6706
19. רצון, מ'. שירותי הפיזיותרפיה במכונים וביחידות להתפתחות הילד. (No. 1-5). ירושלים: משרד הבריאות - היחידה לפיזיותרפיה, 2007 . אוחזר מתוך: www.health.gov.il
20. סטולר, מ'. נוהל מעורבות פיזיותרפיה ביחידת אשפוז פגים. ירושלים: משרד הבריאות - היחידה לפיזיותרפיה, 2012. אוחזר מתוך: http://www.health.gov.il/hozer/Physio_Premature.pdf
21. אפק, א'. המלצה לניהול כוח אדם ותשתיות במחלקות לטיפול נמרץ ומיוחד בילוד ופג (פגיות). ירושלים: משרד הבריאות - חוזר מינהל הרפואה, 2013. אוחזר מתוך: www.health.gov.il

22. NIDCAP Federation International. (2016). NFI NIDCAP certified nurseries. Retrieved from http://nidcap.org/en/programs-and-certifications/nidcap-nursery-assessment-and-certification/nidcap-certified-nurseries/

23. עזרא, ו'. המעקב והטיפול בילודים מורכבים ובפגים עם שחרורם מאשפוז לקהילה (No. 20/2016). ירושלים: משרד הבריאות - חוזר מינהל הרפואה, 2016. אוחזר מתוך: www.health.gov.il

24. עטון-עיני, א'. היבטים התפתחותיים ופיסיים בגישות ההתערבות המוקדמת בסביבת הפגיות בישראל (עבודת גמר המוגשת כמילוי חלק מהדרישות לקבלת התואר "מוסמך"). אוניברסיטת חיפה, 2002.

25. Pierrat V, Coquelin A, Cuttini M, et al. Translating Neurodevelopmental Care Policies into Practice: The Experience of Neonatal ICUs in France - The EPIPAGE-2 Cohort Study. Pediatr Crit Care Med. 2016;17(10):957-967. doi:10.1097/PCC.0000000000000914

26. Borges Nery P, Snider L, Camelo JS, et al. The Role of Rehabilitation Specialists in Canadian NICUs: A 21st Century Perspective. Phys Occup Ther Pediatr. 2019;39(1):33-47. doi:10.1080/01942638.2018.1490846

27. Montirosso R, Fedeli C, Del Prete A, et al. Maternal stress and depressive symptoms associated with quality of developmental care in 25 Italian Neonatal Intensive Care Units: A cross sectional observational study. Int J Nurs Stud. 2014;51(7):994-1002. doi:10.1016/j.ijnurstu.2013.11.001

28. Macho P. Individualized Developmental Care in the NICU: A Concept Analysis. Adv neonatal care Off J Natl Assoc Neonatal Nurses. 2017;17(3):162-174. doi:10.1097/ANC.0000000000000374

29. Himuro N, Miyagishima S, Kozuka N, Tsutsumi H, Mori M. Measurement of family-centered care in the neonatal intensive care unit and professional background. J Perinatol. 2015;35(4):284-289. doi:10.1038/jp.2014.204

30. Griffiths N, Spence K, Loughran-Fowlds A, Westrup B. Individualised developmental care for babies and parents in the NICU: Evidence-based best practice guideline recommendations. Early Hum Dev. 2019;139:104840. doi:10.1016/j.earlhumdev.2019.104840

31. Moody C, Callahan TJ, Aldrich H, Gance-Cleveland B, Sables-Baus S. Early Initiation of Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP) Reduces Length of Stay: A Quality Improvement Project. J Pediatr Nurs. 2017;32:59-63. doi:10.1016/j.pedn.2016.11.001

32. de Laat MWM, Wiegerinck MM, Walther FJ, et al. Richtlijn "Perinataal beleid bij extreme vroeggeboorte". Ned Tijdschr Geneeskd. 2010;154.

33. Markestad T, Halvorsen B. Faglige retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn. 2007:55.

34. Bennett S, G Sornwongkeaw G, Pomsuwan N, Jenjaiwit P. Role of physical therapists in the neonatal intensive care units : a case study at provincial hospitals in the North East of Thailand. J Med Tech Phy Ther. 2016;28(2):177-186.

35. Infirmary LR. British Association of Perinatal Medicine Service Standards for Hospitals. August 2010 The British Association of Perinatal Medicine. 2010;(August).

36. Association of Paediatric Chartered Physiotherapists-Neonatal Group. (2011).
A competence framework and evidenced-based practice guidance for the physiotherapist working in the neonatal intensive care and special care unit in the United Kingdom Retrieved from: http://apcp.csp.org.uk/publications/competence-framework-evidence-based-practice-guidance-physiotherapists-providing-r

37. Practice Committee of the Section on Pediatrics, American Physical Therapy Association. (2013). Neonatal physical therapy practice: roles and training, Retrieved from https://pediatricapta.org/fact-sheets/

38. Sweeney JK, Heriza CB, Blanchard Y, Dusing SC. Neonatal physical therapy. Part II: Practice frameworks and evidence-based practice guidelines. Pediatr Phys Ther. 2010;22(1):2-16. doi:10.1097/PEP.0b013e3181cdba43

39. Sweeney JK, Heriza CB, Blanchard Y. Neonatal physical therapy. Part I: Clinical competencies and neonatal intensive care unit clinical training models. Pediatr Phys Ther. 2009;21(4):296-307. doi:10.1097/PEP.0b013e3181bf75ee

40. Allinson LG, Doyle LW, Denehy L, Spittle AJ. Survey of neurodevelopmental allied health teams in Australian and New Zealand neonatal nurseries: Staff profile and standardised neurobehavioural/neurological assessment. J Paediatr Child Health. 2017;53(6):578-584. doi:10.1111/jpc.13484

41. Campbell SK, Osten ET, Kolobe THA, Fisher AG. Development of the Test of Infant Motor Performance. Phys Med Rehabil Clin N Am. 1993;4(3):541-550. doi:10.1016/s1047-9651(18)30569-2

42. Ferrari F, Einspieler C, Prechtl H, Bos A, Cioni G. Prechtl's Method on the Qualitative Assessment of General Movements in Preterm, Term and Young Infants. Mac Keith Press; 2004.

43. James PW, Basu A, Marcroft C. Lacey Assessment of Preterm Infants. J Physiother. 2017;63(4):267. doi:10.1016/j.jphys.2017.08.003

44. Lukens A, Winfield N, Xanthidis C, Arichi T. Predictive validity of the Lacey Assessment of Preterm

Infants for motor outcome at 2 years corrected age. Early Hum Dev. 2021;155:105334. doi:10.1016/j.earlhumdev.2021.105334
45. Bartram SC, Barlow J, Wolke D. The Neonatal Behavioral Assessment Scale (NBAS) and Newborn Behavioral Observations system (NBO) for supporting caregivers and improving outcomes in caregivers and their infants. Cochrane Database Syst Rev. 2015;(6). doi:10.1002/14651858.CD011754
46. Brazelton TB, Nugent JK. Neonatal behavioral assessment scale. 1995. https://archive.org/details/neonatalbehavior0000ed3unse.
47. Arakaki V da SNM, Oliveira AM de, Bogossian T, Almeida VS de, Silva GD da, Ferreira HC. Importance of physiotherapy/nursing multidisciplinary integration about update newborn position in the neonatal intensive care unit. Fisioter em Mov. 2015;28(3):437-445. doi:10.1590/0103-5150.028.003.ao02
48. Treyvaud K, Spittle A, Anderson PJ, O'Brien K. A multilayered approach is needed in the NICU to support parents after the preterm birth of their infant. Early Hum Dev. 2019;139. doi:10.1016/j.earlhumdev.2019.104838
49. Hamilton KES, Redshaw ME. Developmental care in the UK: A developing initiative. Acta Paediatr Int J Paediatr. 2009;98(11):1738-1743. doi:10.1111/j.1651-2227.2009.01431.x
50. Mosqueda R, Castilla Y, Perapoch J, Lora D, López-Maestro M, Pallás C. Necessary resources and barriers perceived by professionals in the implementation of the NIDCAP. Early Hum Dev. 2013;89(9):649-653. doi:10.1016/j.earlhumdev.2013.04.011
51. Hendricks-Muñoz KD, Prendergast CC. Barriers to provision of developmental care in the neonatal intensive care unit: Neonatal nursing perceptions. Am J Perinatol. 2007;24(2):71-77. doi:10.1055/s-2006-958156
52. Gómez-Cantarino S, García-Valdivieso I, Moncunill-Martínez E, Yáñez-Araque B, Ugarte Gurrutxaga MI. Developing a Family-Centered Care Model in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU): A New Vision to Manage Healthcare. Int J Environ Res Public Heal . 2020;17(19). doi:10.3390/ijerph17197197
53. Kaaresen PI, Rønning JA, Ulvund SE, Dahl LB. A Randomized, Controlled Trial of the Effectiveness of an Early-Intervention Program in Reducing Parenting Stress After Preterm Birth. Pediatrics. 2006;118(1):e9 LP-e19. doi:10.1542/peds.2005-1491
54. Melnyk BM, Feinstein NF, Alpert-Gillis L, et al. Reducing Premature Infants' Length of Stay and Improving Parents' Mental Health Outcomes With the Creating Opportunities for Parent Empowerment (COPE) Neonatal Intensive Care Unit Program: A Randomized, Controlled Trial. Pediatrics. 2006;118(5):e1414 LP-e1427. doi:10.1542/peds.2005-2580
55. Van Riper M. Family-provider relationships and well-being in families with preterm infants in the NICU. Hear Lung J Acute Crit Care. 2001;30(1):74-84. doi:10.1067/mhl.2001.110625
56. Hack M, Fanaroff AA. Outcomes of children of extremely low birthweight and gestational age in the 1990s. Semin Neonatol. 2000;5(2):89-106. doi:10.1053/siny.1999.0001
57. Brown N, Spittle A. Neurobehavioral Evaluation in the Preterm and Term Infant. Curr Pediatr Rev. 2014;10(1):65-72. doi:10.2174/1573396310011404081 21310
58. Lean RE, Smyser CD, Rogers CE. Assessment: The Newborn. Child Adolesc Psychiatr Clin. 2017;26(3):427-440. doi:10.1016/j.chc.2017.02.002
59. developmental-follow-up-of-children-and-young-people-born-preterm_-summary-of-nice-guidance.
60. McPharlin N, Stewart H, Gibbs D, Bowen-Salter H, Boshoff K. Neonatal Occupational Therapy in Australia: A Survey and Recommendations for Developing Guidelines for Clinical Practice. Allied Heal Sch. 2020;1(1):1-28. doi:10.21913/tahs.v1i1.1558
61. Seeberger C. Measures for Children With Developmental Disabilities: An ICF-CY Approach. Can J Occup Ther. 2014;81(1):28.
62. Brown SE, Dusing SC. Knowledge Translation Lecture: Providing Best Practice in Neonatal Intensive Care and Follow-up: A Clinician-Researcher Collaboration. Pediatr Phys Ther. 2019;31(4). https://journals.lww.com/pedpt/Fulltext/2019/10000/Knowledge_Translation_Lecture_Providing_Best.2.aspx.
63. Miljeteig I, Markestad T, Norheim OF. Physicians' use of guidelines and attitudes to withholding and withdrawing treatment for extremely premature neonates in Norway. Acta Paediatr. 2007;96(6):825-829. doi:https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2007.00309.x
64. Sweeney JK, Heriza CB, Reilly MA, Smith C, VanSant AF. Practice Guidelines for the Physical Therapist in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU). Pediatr Phys Ther. 1999;11(3). https://journals.lww.com/pedpt/Fulltext/1999/01130/Practice_Guidelines_for_the_Physical_Therapist_in.2.aspx.
65. Wiley F, Raphael R, Ghanouni P. NICU positioning strategies to reduce stress in preterm infants: a scoping review. Early Child Dev Care. January 2020:1-18. doi:10.1080/03004430.2019.1707815

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

Daphna Kedar BPT, M.Sc[1], Osnat Atun-Einy BPT, PhD[2]

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

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

Abstract

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

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

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

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

אי-שליטה בסוגרים אצל ילדים על הרצף האוטיסטי

גב' ליאת זיוון בכר BPT[1], לאוניד קליחמן PT, PhD[2], גב' לאה טנא BPT, MA[3]

[1] פיזיותרפיסטית, המרכז לטיפול וחקר באוטיזם (העמותה לילדים בסיכון)
[2] פרופסור חבר, המחלקה לפיזיותרפיה, אוניברסיטת בן גוריון בנגב
[3] מרצה, המחלקה לפיזיותרפיה, אוניברסיטת בן גוריון בנגב

תקציר

רקע: גמילה היא אבן דרך התפתחותית משמעותית עבור ילדים ובני משפחותיהם. המונח "גמילה" משקף שלבים רבים הדורשים יכולות תחושתיות, מוטוריות, קוגניטיביות, תקשורתיות ורגשיות. אלה מאפשרים רצף תקין ויעיל של עשיית הצרכים באופן מותאם. ילדים בעלי התפתחות טיפוסית משיגים שליטה בסוגרים בשעות היום בגילאי שלוש עד ארבע שנים, ובלילה - עד גיל חמש שנים. אוטיזם (Autism Spectrum Disorder, ASD) נמנה עם קבוצת הפרעות נוירו-התפתחותיות הכוללת עיכוב במרכיבים חברתיים ותקשורתיים, ומאופיין בהתנהגויות תבניתיות, נוקשות וחזרתיות. לילדים עם אוטיזם לרוב ישנם קשיים במגוון התנהגויות מסתגלות. אחד הקשיים הבולטים הוא חוסר עצמאות בשליטה בסוגרים וקושי בתהליך הגמילה. חוסר עצמאות בשליטה בסוגרים עלול לגרום להשפעות רפואיות, חברתיות ונפשיות, ועל כן מהווה אתגר מרכזי בחייהם של ילדים עם אוטיזם ומשפחותיהם.

מטרות: בדיקת מחקרים העוסקים בשכיחות ההפרעה בשליטה בסוגרים אצל ילדים עם אוטיזם, הסיבות האפשריות לתופעה זו ובחינת דרכי הטיפול המקובלות כיום.

שיטות: חיפוש ספרות רלוונטית דרך מאגרי הנתונים PubMed ו-Google Scholar תוך שימוש במילות החיפוש "Encopresis", "Enuresis", "Incontinence" בשילוב עם "Autism".

תוצאות: בחיפוש נמצאו 28 מחקרים רלוונטיים. רובם עסקו בשכיחות התופעה, ומיעוטם - בדרכי הטיפול. כל המחקרים הצביעו על שכיחות גבוהה של הפרעות בשליטה בסוגרים בקרב ילדים עם אוטיזם בהשוואה לילדים בעלי התפתחות טיפוסית. הסיבות לתופעה זו מגוונות. קצתן מיוחסות לתופעות לוואי תרופתיות, להשפעות נוירולוגיות, גנטיות, מוטוריות וסנסוריות, וקצתן מיוחסות להיבטים רגשיים, תקשורתיים והתנהגותיים האופיינים לאוטיזם. תוכניות ההתערבות והטיפול מתבססות בעיקר על הגישה ההתנהגותית.

מסקנות: ילדים עם אוטיזם נמצאים בסיכון מוגבר לפתח קשיים בשליטה בסוגרים. גישות טיפול התנהגותיות עקביות נמצאו יעילות בקידום תהליכי הגמילה וכן בשיפור איכות חייהם של ילדים עם אוטיזם ושל משפחותיהם.

מילות מפתח: אוטיזם, שליטה בסוגרים, הרטבת יום, הרטבת לילה, אי-נקיטת צואה, גמילה

מקורות מימון - לא היו מקורות מימון חיצוניים לעבודה

הקדמה

אוטיזם (Autism Spectrum Disorder, ASD)
אוטיזם נמנה עם קבוצת ההפרעות הנוירו-התפתחותיות. האבחנה כוללת עיכוב במרכיבים חברתיים ותקשורתיים, ומאופיינת בהתנהגויות תבניתיות/נוקשות וחזרתיות. השפעות ההפרעה וחומרת הסימפטומים משתנים מאדם לאדם ובאים לידי ביטוי בקשת רחבה של רמות תפקוד.[1] במרוצת השנים, הקריטריונים לאבחנה של אוטיזם עברו שינויים רבים. על פי המהדורה האחרונה של ספר האבחנות הפסיכיאטרי Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,) (DSM-5, 2013), אבחנה של אוטיזם ניתנת על פי שתי קבוצות קריטריוני ליבה עיקריות:

א. חוסרים מתמשכים בתקשורת החברתית ובאינטראקציה החברתית - קשיים בניהול שיחה הדדית, הפחתה בשיתוף תחומי עניין או בהבעת רגשות, קושי בהבנת רמזים חברתיים, קשיים בפיתוח, בשימור ובהבנת מערכות יחסים וכד'.
ב. דפוסי התנהגות, תחומי עניין או פעילויות מוגבלים וחוזרים על עצמם - תנועות גוף אופייניות וחוזרות, צורת משחק אופיינית בצעצועים, דיבור ייחודי, צורך הכרחי בשגרה קבועה, התעניינות בנושאים או פעילויות שאינן תואמות גיל, רגישות-יתר או תת-רגישות לגירויים סנסוריים.

בעשורים האחרונים עולה שכיחות האוטיזם בעולם. על פי נתוני הארגון לבקרה ומניעת מחלות בארצות הברית (Centers of disease Control and Prevention, CDC),[2] בשנת 2000 עמדה שכיחות האוטיזם על 1:150 - לעומת 1:54 בשנת 2016. ממצאים מחקריים מצביעים בעקביות על שכיחות גבוהה יותר של אוטיזם בבנים לעומת בנות ביחסים הנעים בין 3.2:1 לבין 6.5:1.[3]

ילדים ובוגרים עם אוטיזם נמצאים בסיכון גבוה לפיתוח מצבים רפואיים נוספים ולתחלואה נלווית, 70% מהילדים מציגים תחלואה נלווית עם הפרעה אחת, ו-40% עם שתיים או יותר.[4] אחת התופעות הרפואיות הנפוצות היא הפרעות במערכת העיכול.[5]

אי-שליטה בסוגרים (Incontinence) בקרב ילדים עם התפתחות טיפוסית
ילדים בעלי התפתחות טיפוסית משיגים שליטה בסוגרים במשך היום בגילאי 2-4 שנים, ובנות נגמלות לרוב מוקדם יותר לעומת בנים.[6] כך, למשל, במאמרו של Schum ועמיתים נמצא כי גמילה במשך היום הושגה בבנות בגיל ממוצע של 32.5 חודשים לעומת 35 חודשים בבנים.[7] שליטה בסוגרים בלילה נרכשת באופן נורמטיבי עד גיל חמש שנים. כ-10% מהילדים לא יהיו גמולים בלילה בגיל שש, וכ-3%-5% לא יהיו גמולים בגיל עשר.[6]

אי-שליטה תפקודית בסוגרים כוללת הרטבת לילה (NE - Nocturnal Enuresis), הרטבה בשעות היום (DUI - Daytime Urinary Incontinence) ואי-נקיטת צואה (FI - Fecal Incontinence Encopresis).

על פי ההגדרות העדכניות של איגוד ה-ICCS (International Children's Continence Society), אבחנה של הרטבת יום ניתנת מגיל חמש שנים ומעלה אם היא מתרחשת לפחות פעם בחודש ולאורך תקופה של לפחות שלושה חודשים.

הרטבת לילה מאובחנת גם היא החל מגיל חמש שנים. האבחנה הראשונית מוגדרת אם הילד טרם הצליח לשלוט במתן שתן במשך שישה חודשים ויותר. אבחנה משנית ניתנת אם הילד הצליח לשלוט במתן שתן לתקופה העולה על שישה חודשים, ולאחר מכן חזר להרטיב. הרטבת לילה נחשבת כחד-תסמינית כאשר הילד אינו מראה סימנים נוספים של חוסר שליטה מעבר לשעות הלילה. זו תאובחן כרב-תסמינית כאשר קיימים סימני חוסר שליטה נוספים מעבר לשעות הלילה.[8] בקרב ילדים בעלי התפתחות טיפוסית שכיחות הרטבת לילה עומדת על 10% ושל הרטבת יום על 2%-3%.[9]

ליקויים בשליטה בסוגרים הקשורים למערכת העיכול כוללים אי-נקיטת צואה ועצירות תפקודית. אי-נקיטת צואה מאובחנת בילדים שהם מעל גיל ארבע, ומוגדרת כמעבר לא רצוני או בלתי נשלט של צואה, במקומות שאינם מתאימים לכך (כלומר לא בשירותים), לפחות פעם בחודש.[1] שכיחותה באוכלוסייה הטיפוסית נעה בטווח 1.5%-9.8%.[10] לעומתה, השכיחות של עצירות תפקודית באוכלוסיית הילדים הטיפוסית נעה בין 0.7% ל-29.6%.[11]

המונח Bladder and Bowel Dysfunction (BBD) כולל סימפטומים שונים של דרכי השתן התחתונות, המלווים בהפרעות שונות במערכת העיכול, בעיקר עצירות או אי-נקיטת צואה. BBD היא תופעה נפוצה מאוד ומהווה 40% מן הסיבות לייעוץ אורולוגי בילדים.[12] הסימנים הנפוצים של ליקויים בדרכי השתן התחתונות הם כאב בזמן מתן שתן, דחיפות ותכיפות במתן שתן, קושי בהתחלת מתן שתן, הרטבת יום, הרטבת לילה, דליפת שתן לא-רצונית בסוף התרוקנות, מאמץ בזמן מתן שתן, דחייה או עיכוב במתן שתן ואצירת שתן. ל-BBD השפעה שלילית על איכות החיים ותחושת ההערכה העצמית של הילדים. נוסף על כך, בעיות הרטבה או חוסר שליטה בסוגרים יכולים ליצור סטיגמה חברתית שלילית ובהמשך לגרום לבושה, בידוד, הערכה עצמית נמוכה, ירידה תפקודית בלימודים, התנהגות אגרסיבית ושינויים התנהגותיים נוספים. אבחון מוקדם וטיפול מתאים הם קריטיים, הן למניעת תחלואה משנית הקשורה לתפקוד הכליות ושלפוחית השתן והן לרווחתם הפסיכוסוציאלית של הילדים ומשפחותיהם.[12]

אי-שליטה בסוגרים (Incontinence) בקרב ילדים עם אוטיזם

פעמים רבות אנו עדים לליקויים בהתנהגויות מסתגלות באוכלוסיית הילדים עם אוטיזם. משמע, קושי בביצוע מיומנויות תפיסתיות, חברתיות ומעשיות שעל הילד ללמוד במהלך חייו כדי לתפקד באופן עצמאי ומותאם לסביבתו. מגבלה משמעותית בהתנהגות מסתגלת, פוגעת בניהול אורח חיים יום-יומי תקין של הילד ובעצמאותו. כאמור, קשיי גמילה הם אחת התופעות בעלות ההשפעה השלילית הרבה ביותר על הילדים ובני משפחותיהם. הורים לילדים עם אוטיזם מדווחים כי אי-שליטה על סוגרים היא אחת הבעיות הקשות ביותר להתמודדות בחיי היום-יום. על כן, הורים רבים מתייחסים לגמילה כאחת ממטרות הטיפול הראשונות במעלה עבור ילדיהם.[13] חוסר עצמאות בשליטה בסוגרים עלול לגרום להשפעות רפואיות שליליות, לריחוק חברתי, לפגיעה בביטחון העצמי, לפגיעה בתחושת העצמאות וליצירת סטיגמות חברתיות.[15,14] ילד שאינו גמול עלול לפספס הזדמנויות חברתיות תואמות גיל, שהן קריטיות להתפתחות החברתית בילדים עם אוטיזם, כמו למשל שינה מחוץ לבית, חוגים או קייטנות.[16] השפעות אלו עלולות ללוות אותם גם בבגרותם, להשפיע על המיקום ואופי מגוריהם וכן על ההשתלבות התעסוקתית שלהם.[17]

בשנים האחרונות חלה עלייה משמעותית בהשתלבותם של פיזיותרפיסטים התפתחותיים בטיפול בילדים עם אוטיזם.[18] נוסף על כך, עוד ועוד פיזיותרפיסטים מתמחים בתחום רצפת אגן בילדים, ובכלל זה ילדים המאובחנים עם אוטיזם. חשיבות הגמילה עבור ילדים עם אוטיזם לצד השתלבות תחום הפיזיותרפיה בטיפול באוטיזם ובקשיי גמילה מעוררים את הצורך בהרחבת הידע בנושאים אלה ובהבנת היקף התופעה והשלכותיה על העבודה השיקומית. מטרות הסקירה הזו הן לבחון את הידע שנצבר בספרות על שכיחות תופעת אי-השליטה בסוגרים בקרב ילדים עם אוטיזם, הסיבות האפשריות לתופעה ויעילות דרכי הטיפול המקובלות כיום.

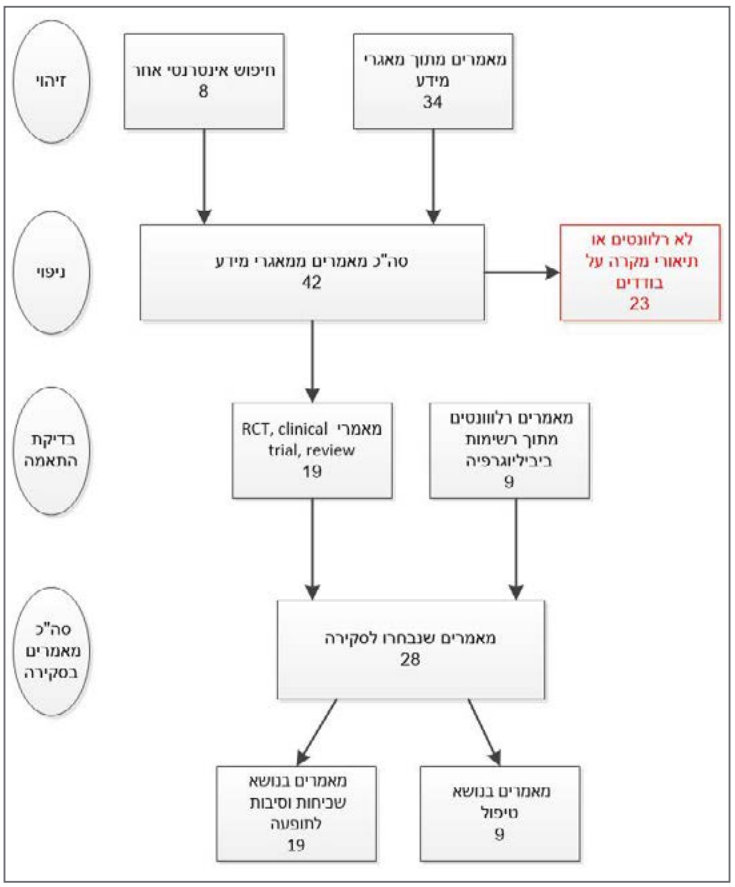
שיטות

נערך חיפוש ספרות רלוונטית במאגר הנתונים של PubMed ובמנוע החיפוש Google Scholar עד לאוגוסט 2020. מילות החיפוש שבהן נעשה שימוש הן "Enuresis" "Incontinence" "Encopresis" בשילוב עם "Autism". נוסף על כך נעשה חיפוש אחר פרסומים מחקריים דרך רשימות הביבליוגרפיה של המאמרים הרלוונטיים. קריטריוני ההכללה בסקירה היו מחקרי ניסויים אקראיים מבוקרים (RCT), ניסויים קליניים, תיאורי מקרה על יותר מנבדק אחד וסקירות ספרות. נכללו מאמרים בשפה האנגלית בלבד. כל סוגי אי השליטה בסוגרים נכללו בחיפוש וכן כל סוגי האבחנות לאוטיזם. לאחר איתור המאמרים העונים על הקריטריונים הללו, נעשתה קריאה מעמיקה של המחקרים, והם סווגו לפי שכיחות התופעה וההסבר לתופעה ולפי תוכניות טיפול והתערבות.

תוצאות

בחיפוש במאגרי הנתונים ללא ההגבלות נמצאו 34 מחקרים, מהם 11 ניסויים קליניים וסקירות שיטתיות. לאחר מיונם לפי רלוונטיות והסרת תיאורי מקרה על מטופלים יחידים, נותרו 19 מאמרים. בעקבות מעבר על הביבליוגרפיות נוספו עוד תשעה מאמרים. בסך-הכול נאספו 28 מאמרים (תרשים 1). מרבית המחקרים שנמצאו עסקו באי-שליטה בסוגרים באוטיזם לסוגיה. רוב המחקרים היו אפידמיולוגיים, ועסקו בשכיחות התופעה. מבין המחקרים שעסקו בדרכי טיפול והתערבות, שלושה היו סקירות ספרות ושישה היו מחקרי התערבות וטיפול.

תרשים 1: אופן זיהוי המאמרים לסקירה



השכיחות של אי השליטה בסוגרים בקרב ילדים עם אוטיזם

בעשור האחרון מסתמן גידול במחקר בתחום האוטיזם בכלל, ובתופעת השליטה בסוגרים בקרב ילדים עם אוטיזם, בפרט. מטה-אנליזה שנערכה ב-2013 על ידי McElhanon ועמיתים[19] בחנה את תופעת קיומן של בעיות במערכת העיכול אצל ילדים עם אוטיזם. נמצא כי באוכלוסייה זו השכיחות של בעיות במערכת העיכול גדולה יותר לעומת ילדים ללא אוטיזם (OR 4.42). כאבי בטן, עצירויות ושלשולים הן התופעות הנפוצות ביותר באוכלוסייה זו.

סקירה שיטתית ראשונה בנושא אי-שליטה בסוגרים בקרב ילדים עם אוטיזם פורסמה על ידי Niemczyk ועמיתים בשנת 2018.[20] בסקירה זו נבדקה שכיחות התופעה בקרב אנשים שאובחנו עם אוטיזם. במקביל, נבדקה שכיחות האבחנה של אוטיזם או סימני אוטיזם בקרב אנשים הסובלים מאי-שליטה בסוגרים. תוצאות הסקירה מצביעות על שכיחות גבוהה יותר של הפרעות בשליטה בסוגרים אצל ילדים עם אוטיזם בהשוואה לאוכלוסייה בעלת התפתחות טיפוסית. שיעור הרטבת לילה נע בין 2%-16% על פי דיווח הורים או אבחון רפואי. בהתבסס על דיווח הורים, שיעור הרטבת לילה נע בין 8.8%-41%. שיעור הרטבת יום עמד על 4.3%, אך לא הייתה התייחסות מספקת לסוגים שונים של הרטבת יום. השיעור של אי-נקיטת צואה נע בין 2%-12.5%. מן הנתונים הקיימים לא ניתן ללמוד על הבדל מגדרי בין אוכלוסיית ילדים עם אוטיזם ובין ילדים בעלי התפתחות טיפוסית. עוד עולה מסקירה זו כי סימני אוטיזם נפוצים יותר בקרב ילדים המאובחנים עם אי-שליטה בסוגרים. מחקרם של Von Gontard ועמיתים,[21] הכלול בסקירה זו, הראה כי ישנה עלייה בשכיחות ההפרעה בשליטת סוגרים ביחס הפוך לרמת האינטליגנציה של הילד (כך, למשל, הרטבת לילה נמצאה בקרב 11% מכלל הנבדקים עם IQ 50-69, לעומת 100% אצל נבדקים עם IQ <20).

בסקירה צוינו כמה מגבלות מחקריות משמעותיות: ראשית, לא נעשה שימוש עקבי במונחים מקצועיים לאבחנה של אי-שליטה בסוגרים (הגדרות ה-ICCS או ROME-III). שנית, נמצאה שונות גבוהה בין רמות התפקוד של הילדים עם אוטיזם שהשתתפו במחקרים, ואבחנת האוטיזם לא התבססה בהכרח על הקריטריונים המקובלים ב-DSM-V. נוסף על כך, איכות המחקרים בנושא אינה גבוהה דיה בשל היעדר קבוצת בקרה. לסיכום, קיים קושי להסיק מסקנה קלינית משמעותית על בסיס המחקרים המובאים בסקירה.[20]

מחקר עדכני יותר של Niemczyk ועמיתים, משנת 2019, השווה את ההימצאות של אי-שליטה בסוגרים בקרב ילדים עם אוטיזם או עם הפרעות פסיכיאטריות אחרות, לעומת ילדים עם התפתחות טיפוסית. מחקר זה נערך בגרמניה בקרב 51 ילדים בני 9.7 בממוצע, והתייחס לראשונה לסוגי אי-שליטה שונים (על פי הגדרות ה-ICCS). 24.3% מהילדים עם אוטיזם סבלו מסוג כלשהו של אי-שליטה בסוגרים (16.2% הרטבת לילה, 16.2% הרטבת יום, 8.1% אי-נקיטת צואה). שיעור אי-השליטה בסוגרים בקרב ילדים עם אוטיזם נמצא גבוה בהרבה בהשוואה לקבוצת הבקרה, אך ללא הבדל מובהק בהשוואה

לילדים עם הפרעות פסיכיאטריות אחרות. אצל כל הנבדקים שסבלו מהרטבת לילה היה זה הסוג הראשוני, כלומר, ילדים אלו לא היו גמולים מעולם בלילה.[22]

נוסף על כך, ממצאי הבדיקות האורולוגיות הצביעו על שכיחות גבוהה יותר של מקרי התרוקנות חלקית או לא יעילה בקבוצת הילדים עם אוטיזם בהשוואה לקבוצה בעלת התפתחות טיפוסית. ממצא זה יכול להעיד על התרוקנות לא תקינה של שלפוחית השתן או על חוסר בשלות בתפקוד השלפוחית (תופעה טבעית בקרב תינוקות עד להשגת השליטה על השלפוחית). עיכוב בהתפתחות של תפקוד השלפוחית יכול להיות קשור לעיכובים התפתחותיים נוספים, כמו עיכובים מוטוריים, הנפוצים בילדים עם אוטיזם.[23] הסבר נוסף להתרוקנות חלקית או בלתי יעילה הוא רגישות הילד לבדיקה האורולוגית עצמה. ילדים עם אוטיזם היו רגישים יותר וחרדים יותר לצלילים ולצפצופים במהלך הבדיקה האורולוגית. שיעור אי-נקיטת צואה בילדים עם אוטיזם (8.1%) נמצא זהה לזה של ילדים עם הפרעות פסיכיאטריות אחרות, אך גבוה בהשוואה לילדים בהתפתחות טיפוסית. 13.5% מהילדים עם אוטיזם סבלו מעצירות תפקודית (עם או ללא אי נקיטת צואה).[22]

Gubbiotti ועמיתים[24] מצאו גם הם שכיחות גבוהה של תופעת BBD בילדים ובוגרים עם אוטיזם (87.2% לעומת 4.2% באוכלוסייה בעלת התפתחות טיפוסית). הרטבת לילה תוארה כהפרעה הנפוצה ביותר (72.3%). ממצא זה דומה לתוצאות מחקר נוסף שערכו החוקרים, אשר בדק את השכיחות של אי-שליטה בסוגרים במבוגרים עם אוטיזם.[25]

סיבות אפשריות לאי-שליטה בסוגרים בקרב ילדים עם אוטיזם ליקויים במתן צואה

כמה גורמים יכולים לתרום לתחלואה הנלווית של עצירות תפקודית בילדים עם אוטיזם. השערה אחת היא תסמונות גנטיות היוצרות מוטציות בכמה גנים סמוכים הקשורים לאוטיזם ועצירות גם יחד. השערה נוספת היא כי עצירות תפקודית יכולה להיות קשורה לעיבוד חושי לקוי או לקושי בפירוש גירויים תחושתיים האופייניים לרוב המאובחנים עם אוטיזם. כמו כן, קשיים מוטוריים האופייניים לאוטיזם יכולים להשפיע על פעילות המעיים ולפגוע בתפקודם. השערה נוספת היא, כי ילדים עם סימני אוטיזם נוטים להתעלם מן הצורך בהתרוקנות עקב התרכזות יתר בגורמים אחרים שבסביבתם.[26] מצבים מנטליים או נוירו-פסיכיאטריים שונים יכולים גם הם להשפיע על יכולתו של הילד להגיע לשירותים בזמן, עקב חשיבה לא מאורגנת, בלבול, או קשיי קשב.[14] הפרעות בשליטה במתן צואה יכולות להיות גם משניות לבעיות התנהגות האופייניות לילדים עם אוטיזם. הקושי להכיל שינויים ולרכוש הרגלים חדשים, למשל, עלול להקשות את תקופת הגמילה הן במתן שתן והן במתן צואה. ילדים עם אוטיזם נוטים פעמים רבות לאכילה בררנית במיוחד ולהרגלי אכילה מסוימים, כמו למשל רתיעה ממרקמי אוכל מסוימים והעדפה של אוכל מוצק ויבש או דווקא רך ונוזלי, או בררנות לגבי תכונות, כגון הצבע, הגודל, הצורה והטעם של האוכל והשתייה. הרגלים אלו עלולים לגרום לליקויים בתפקוד מערכת העיכול[26] וכן עלולים להקשות על ביצוע מעקב מאזן נוזלים תקין המקובל בזמן תהליך הגמילה.[27]

השערה נוספת היא השפעה תרופתית. תרופות מסוימות, הניתנות לילדים עם אוטיזם לצורך טיפול בתסמיני הפרעות קשב וריכוז, יכולות ליצור תופעות לוואי של הפרעות במתן הצואה.[26] תרופות לטיפול בחרדה או בהפרעה טורדנית כפייתית יכולות גם הן להשפיע ישירות על תפקוד השלפוחית והמעיים ולפגוע במודעות לצורך להתרוקן.[14]

הרטבת יום ולילה

מרבית המחקרים שבדקו את תופעת הרטבת היום והרטבת הלילה כרכו יחד את שני סוגי התופעות הללו. Richardson,[27] במאמרו משנת 2016,[27] ציין כמה סיבות אפשריות לקשיי הגמילה בקרב ילדים עם אוטיזם - החל בקשיי הבנה או מוטיבציה להיגמל, דרך חוסר מודעות סביבתית להיותם לא גמולים ביחס לבני גילם וכלה ברגישות תחושתית מוגברת. רגישות זו, המאפיינת חלק מן הילדים עם אוטיזם, יכולה לגרום להצפה חושית ולחוסר סבילות לריח, למגע, למראה ולקולות הקשורים לתפקוד בשירותים. תת-רגישות תחושתית יכולה גם היא להקשות על הגמילה עקב חוסר שימת לב לרטיבות או לסימנים גופניים ולצורך להתפנות. בדומה לחוקרים נוספים[26] ציין Richardson את הקושי המאפיין ילדים אלו להכיל שינויים בהרגלי הניקיון וכן פחד או חרדה שעלולים להתפתח סביב השימוש בשירותים.

ילדים רבים עם אוטיזם חווים קשיים בעיבוד מידע הגורמים

לסביבה להיראות בלתי צפויה ולהתקשות בהבנת המצופה מהם. כל אלה עלולים להגביר חרדה ולפגוע בתהליך הגמילה. קשיי התקשורת והשפה, הפוגעים ביכולתם של הילדים להביע את עצמם ולבטא את צורכיהם, יכולים גם הם לפגוע בתהליך הגמילה.

כמו בשליטה במתן צואה, גם בשליטה במתן השתן כמה חוקרים מציינים את הקשר בין שימוש בתרופות פסיכיאטריות (כגון periciazine), הרווח בקרב ילדים ובוגרים עם אוטיזם, ובין תופעות של אי-שליטה במתן שתן ביום ובלילה. ייתכן כי תרופות אלו מתערבות ומשנות את התהליכים הקשורים בייצור השתן ובשליטה בסוגרים. ההשפעה התרופתית על מערכת העצבים האוטונומית עלולה להביא לעלייה בתפוקת השתן וכן להשפעות פיזיות או קוגניטיביות שיפגעו ביכולת השליטה בסוגרים.[24,20]

אצל ילדים עם אוטיזם נמצאו שינויים בקשרים תוך-מוחיים. שינויים בקשרים בין מרכזים כמו Prefrontal Cortex, Insula, Anterior Cingulate Cortex, Periaqueductal Gray and Pone Micturition Center עלולים להשפיע על השליטה בשלפוחית השתן ולהביא לשיעור גבוה של הרטבת לילה.[29,28] ליקויים בבשלות מערכת העצבים המרכזית, הסיבה השכיחה ביותר להרטבת לילה אצל ילדים עם התפתחות טיפוסית, יכולים להסביר את השכיחות הגבוהה של הרטבת לילה ראשונית דווקא, שנמצאה במחקרם של Niemczyk ועמיתים (2019).[30]

ליקויים אינטלקטואליים, הפרעות שינה, הפרעות אנדוקרינולוגיות ופסיכיאטריות נוספות נמנים גם הן בין הסיבות האפשריות לשכיחות הגבוהה של הפרעה בשליטה בסוגרים בקרב ילדים עם אוטיזם.[27,20] למשל, נמצא כי הפרעת קשב וריכוז קשורה גם היא לשכיחות גבוהה יותר של הרטבת לילה.[32,31] מחקרים שנעשו על ילדים המאובחנים עם הפרעת קשב וריכוז והרטבת לילה מצאו כי לילדים אלו עיבוד מרכזי שונה לגירויים ויזואליים ורגשיים וכן קיימים אצלם שינויים בביצועים הקשורים לקשב (זמן התגובה, השליטה בעיכוב התגובה, זיכרון עבודה), בהשוואה לילדים עם הפרעת קשב וריכוז בלבד.[34,33] תוצאות אלו תומכות בהשערה כי קיים מכניזם נוירו-התפתחותי משותף המשפיע על התחלואה הנלווית של הפרעת קשב וריכוז, אוטיזם ואי-שליטה בסוגרים.[22]

דרכי הגמילה של ילדים עם אוטיזם

על אף השכיחות הגבוהה של קשיים בגמילה אצל ילדים עם אוטיזם בהשוואה לילדים עם התפתחות טיפוסית, לא נמצאו מחקרים רבים העוסקים בשיטות ובדרכי הטיפול בבעיה באוכלוסייה זו במיוחד. יתרה מזאת, מבין המחקרים הקיימים, ניתן להסיק מסקנות חלקיות בלבד בשל קשיים מתודולוגיים, ובכללם אלה - שימוש בתיאורי מקרה, היעדר קבוצת ביקורת או מדגם קטן.[35-37] נוסף על כך, פעמים רבות אוטיזם נכלל בתוך האבחנה הכללית של צרכים מיוחדים, ללא התייחסות ספציפית למאפייניו הייחודיים.[38] בלוח 1 מוצג בין היתר פירוט של מאמרי ההתערבות שנכללו בסקירה זו.

בפני המטפל ניצבים שני אתגרים מרכזיים: האחד, זיהוי יכולות הילד עם אוטיזם. רבים מן הילדים מתקשים להראות מוטיבציה או יוזמה לגמילה או לשינויי הרגלים הקשורים בו. על כן, בניגוד לילדים עם התפתחות טיפוסית, יהיה קשה לאבחן מהו השלב המתאים להתחלת התהליך.

האתגר השני - גיוס משפחתו של הילד לתהליך. הורים ומטפלים לילדים עם אוטיזם נוטים לדחות את תהליך הגמילה. זאת בשל התפיסה כי ילדים עם צרכים מיוחדים יתקשו להיגמל עד שישיגו רמת מודעות עצמית מסויימת או עד שיגיעו לרמה הקוגניטיבית הממוצעת של ילדים בני שלוש. על פי Richardson ועמיתים,[27] יש להתחיל מוקדם ככל האפשר בתהליך רכישת היכולות שיסייעו לגמילה, לפני שיתפתחו או יחמירו קשיי התנהגות וקיבעונות נוספים. תהליך הגמילה כולל למידה של סדרת מיומנויות חדשה, ודורש סיוע ותמיכה כמו ברכישת כל מיומנות התפתחותית אחרת. על כן יש "לתפור" תוכנית אישית המותאמת לצרכיו של כל ילד.

טיפול תרופתי

בסקירה זו נמצא מאמר אחד בלבד שעסק בטיפול התרופתי בבעיות שליטה בסוגרים אצל ילדים עם אוטיזם. Gor ועמיתים[38] ערכו בשנת 2012 מחקר רטרוספקטיבי שבחן את השפעת השימוש בתרופה Desmopressin (DDAVP) ובתרופות אנטי-כולינרגיות על הפרעות שונות בשליטה במתן שתן אצל ילדים עם אוטיזם בהשוואה לילדים עם התפתחות טיפוסית. למרות המדגם הקטן (עשרים ילדים עם אוטיזם לעומת 521 ילדים עם התפתחות טיפוסית), מצאו החוקרים כי הנבדקים עם אוטיזם הגיבו בצורה חיובית לטיפולים תרופתיים

הנהוגים באוכלוסייה הכללית. 50% מהם נגמלו לחלוטין (נשארו גמולים לאורך שלושה חודשים ללא טיפול תרופתי) תוך שמונה חודשים בממוצע. עם זאת, שיעורי הגמילה היו מעט נמוכים מאשר בקרב האוכלוסייה הכללית (61%). כל הנבדקים עם אוטיזם הראו שיפור בתסמינים לאחר הטיפול התרופתי.

טיפול התנהגותי

הגישה ההתנהגותית ל"אימון בעשיית צרכים" נחקרה על ידי אזרין ופוקס עוד בשנת 1971 (Azrin and Foxx's Rapid Toilet Training Method). זוהי שיטה המבוססת על עקרונות ההתניה והחיזוקים, שנחקרה בקרב אוכלוסייה של בוגרים עם מוגבלות שכלית התפתחותית. בעזרת אימון אינטנסיבי ורב שלבים, הגיעו החוקרים לתוצאות של 90% הפחתה באירועי אי-שליטה בסוגרים אצל הנבדקים, במשך ארבעה ימים בממוצע.[39]

LeBlanc ועמיתים[40] ערכו בשנת 2005 מחקר המבוסס על שיטתם של אזרין ופוקס, לאחר שעשו בה כמה שינויים והתאמות (Intensive Training Protocol). המחקר נערך בקרב שלושה ילדים בני ארבע עם אבחנה של אוטיזם. התוכנית כללה ישיבה על האסלה לפי לוח זמנים, חיזוקים חיוביים המותאמים לילד ועידוד יזימה של הילד ללכת להתפנות (על ידי תזכורות, הפניית תשומת ליבו לצורך להתפנות), ריבוי שתייה, דגש על דרכי תקשורת והבעה, חיישן המתריע על הרטבה, תרגול חיובי ורב-פעמי של הילדים לאחר מקרים של הרטבה (לקיחת הילד לשירותים, התפשטות, ישיבה על האסלה ועידוד לסיום ההתרוקנות, התלבשות וכו'). כל הילדים במחקר השיגו שליטה במתן שתן לאחר שבועיים של התערבות ושמרו על שליטה גם במעקב של חודש לאחר מכן.

מחקרם של Hanney ועמיתים[41] ערך בשנת 2013 סקירה ארכיונית המסכמת את יישום פרוטוקול הגמילה של LeBlanc ועמיתים. נתוני ארכיון מ-30 רשומות נאספו לאורך שבע שנים וקודדו כדי ליצור פרופיל של יישום הפרוטוקול ותוצאותיו. כל המשתתפים, בני חמש וחצי שנים בממוצע, הראו שיפור ביכולות הגמילה תוך שבועיים בממוצע, ורובם הגיעו לגמילה מלאה.

בסקירה נרחבת שערכו Kroeger ועמיתים בשנת 2009[17] נמצא כי מרבית תוכניות ההתערבות בגמילת ילדים עם אוטיזם או מוגבלות התפתחותית אחרת התבססו על הפרוטוקול של אזרין ופוקס. עיקרי השינויים היו קיצור הפרוטוקול והפחתת האינטנסיביות, צמצום שלבים והתמקצעות המטפלים.

הרחבת תוצאות מחקרם של Kroeger ועמיתים נעשתה ב-2018 על ידי Leader ועמיתים.[42] בסקירה שעשו בדקו את החידושים שהתרחשו מאז שנת 2009 בתחום שיטות הטיפול בגמילה בילדים עם אוטיזם, אך גם בילדים עם מוגבלויות התפתחותיות אחרות. נמצא כי פרוטוקול ההתערבות של אזרין ופוקס הוא עדיין השיטה המקובלת ביותר, אף שנעשו בה התאמות לאורך השנים.

התוספות העיקריות לטיפול ההתנהגותי בשנים אלו הן ישיבה על כיסא ליד השירותים עבור ילדים החוששים מישיבה על האסלה או שאינם יוזמים הליכה לשירותים, שימוש בהתרעה אלקטרונית (צפצוף) בזמן הרטבה, הסרת החיתול בזמן תרגול גמילה כדי להגביר את האפקט השלילי של ההרטבה, הרחבת דרכי התקשורת כמו שימוש בלוחות תקשורת, כרטיסיות או מכשיר אלקטרוני ליצירת תקשורת עבור ילדים המתקשים בדיבור, ובדיקות יובש תכופות (בדיקות מידי מספר דקות תוך הפניית תשומת הלב של הילד לתחושה "האם אתה יבש" וכד'). כמו כן הוכנסו כלים טכנולוגיים נוספים לשימוש בתהליך הגמילה. אחד מהם הוא מודל וידיאו אנימטורי שחקרו Keen ועמיתים בשנת 2007.[43] במחקר זה נבדקו באוכלוסייה זו לא רק טכניקות התניה אחרות אלא גם מודל וידיאו אנימטורי שנועד לשפר את תהליך הגמילה מהרטבה ביום. החוקרים מצאו כי ילדים שהתנסו גם בסרטון אנימציה שמדגים את תהליך הגמילה הראו יותר הצלחות בתהליך, בהשוואה לילדים שטופלו בטכניקות התניה בלבד. שימוש במודל וידיאו נמצא יעיל גם בלימוד מיומנויות יום-יומיות עצמאיות נוספות בקרב ילדים עם אוטיזם.

Mruzek ועמיתים[44] השתמשו גם הם בטכנולוגיה מתקדמת ופיתחו חיישן אלחוטי לאיתור לחות הנצמד לתחתוני הילד והמחובר לאפליקציה במכשיר הטלפון החכם של ההורים. המחקר נערך בשנת 2019 על מדגם אקראי של 32 ילדים עם אוטיזם המאובחנים גם עם הרטבת יום ראשונית, וארך 12 שבועות ומעקב לאחר שלושה חודשים. כאשר הילד הרטיב, הגיבה האפליקציה בצליל איתות ששמעו גם ההורים וגם הילד.

ההורים ליוו את הילד לשירותים עם הישמע האיתות, ועודדו אותו, על ידי חיזוקים שונים, להשלים את ההתרוקנות באסלה. תוכנת האפליקציה ערכה רישום של תאריך ההתערבות, אפשרה תקשורת בין ההורים והחוקרים, סיפקה תמונות לחיזוק חיובי לילד ומד-זמן להורים כדי להזכיר לילדים להתפנות. שיטה זו הושוותה לטיפול התנהגותי רגיל. במחקר נראתה התגייסות הורית גבוהה יותר לתהליך הגמילה לאור השימוש באפליקציה, אך לא נמצאו הבדלים משמעותיים סטטיסטית בין שתי הקבוצות מבחינת מדדי הגמילה במעקב לאורך זמן.

שימוש בערוץ ויזואלי יכול לתרום לרבים מהילדים עם אוטיזם. על פי Richardson,[27] מומלץ לשלב תמונות וסמלים וכן טבלת זמנים שמתארת את שלבי הגמילה ואת רצף הפעולות הנדרש. כמו כן, יש לארגן את סביבת השירותים כך שתתאים לילד מבחינת גודל המושב, הגבהה לתמיכת רגליים וכד' כדי שהילד ירגיש נוחות וביטחון בישיבה. המלצות נוספות הן להרבות בשתייה, להושיב באופן הדרגתי על האסלה, לעודד הצלחות על ידי חיזוקים חיוביים ולהימנע מתגובת "ענישה" על חוסר הצלחות. יש לאפשר אמצעי תקשורת חלופיים, הקשורים לתהליך הגמילה, בעיקר עבור ילדים שאינם מתקשרים באופן מילולי. יש לשים לב לפן התחושתי, ולהתאים את הסביבה לצרכים התחושתיים של הילד, למשל, על ידי עמעום אורות או חימום בחדר השירותים, גריבת גרבים כדי להימנע ממגע עם הרצפה הקרה בלילה או שימוש בשמיכה כבדה כדי לתת תחושת גוף עמוקה ולהגביר מודעות גופנית ("Grounding") בזמן הישיבה על האסלה.

מחקר חלוץ של Mevers ועמיתים משנת 2020 [45] בדק 20 ילדים עם אוטיזם המאובחנים עם אי-נקיטת צואה. הילדים חולקו באופן אקראי לקבוצת התערבות וקבוצת ביקורת. עשרת הילדים בקבוצת הביקורת לא קיבלו כל טיפול ממוקד לאי-נקיטת הצואה. תוכנית ההתערבות כללה טיפול רב-תחומי של עשרה מפגשים יומיים בקליניקה ובהם רצף קבוע של 32 דקות ישיבה על האסלה בהפסקות קבועות ומתן חיזוקים חיוביים מדויקים לכל ילד (כל טיפול נמשך 1-4 שעות). לאחר עשרה ימים בקליניקה נמשך הטיפול במסגרת ביתית. שישה מתוך עשרת ילדי קבוצת ההתערבות השיגו שליטה בהטלת צואה - לעומת אף ילד מקבוצת הביקורת. שליטה בהטלת צואה נשמרה בקרב חמישה מתוך תשעה ילדים שהגיעו למעקבי המשך. מכאן הסיקו החוקרים כי ללא התערבות טיפולית, לא יחול שיפור באי-נקיטת הצואה בקרב ילדים עם אוטיזם. לכן הומלץ על תוכנית טיפולית המשלבת טיפול תרופתי והתנהגותי. למרות חשיבות תוצאותיו של מחקר החלוץ, אי אפשר להתעלם ממגבלותיו - המדגם הקטן והיעדר קבוצת הביקורת, שעלולות להטות את התוצאות.

סיכום ומסקנות

השגת שליטה בסוגרים ועצמאות מלאה בשירותים הן אבני דרך התפתחותיות משמעותיות ביותר עבור כל אוכלוסיית הילדים ובעיקר עבור ילדים עם אוטיזם. הורים לילדים עם צרכים מיוחדים שאינם גמולים חווים מתח ועומס רב יותר מאשר הורים לילדים גמולים עם צרכים מיוחדים.[46]

מסקירת ספרות זו עולה כי ילדים עם אוטיזם נמצאים בסיכון גבוה לפתח אי-שליטה בסוגרים, בעיקר כשמדובר על הרטבת יום ולילה. נתון זה עלה מכל מחקרי הסקירה שנעשו בתחום בשנים האחרונות. הסיבות לכך מגוונות וכוללות בין היתר התפתחות לקויה של מערכת העצבים, השפעות גנטיות הקשורות לאבחנת האוטיזם, קשיים בעיבוד החושי (רגישות יתר ו/או תת רגישות), קשיים מוטוריים המשפיעים על השלפוחית והמעיים, קשיי ריכוז וקשב, קשיים בהכלת שינויים בשגרת החיים המוכרת, קשיי הבנה ותקשורת וכן תופעות לוואי תרופתיות.

מהמחקר הקיים, על מגבלותיו, ניתן לומר כי תוכניות טיפול מותאמות המבוססות על פרוטוקול ההתערבות של אזרין ופוקס, מביאות לתוצאות חיוביות באוכלוסיית הילדים עם אוטיזם. עוד נמצא כי הטיפול התרופתי הנהוג כיום באוכלוסיית הילדים הטיפוסית יעיל באותה מידה גם באוכלוסיית הילדים עם אוטיזם, אך דרושים מחקרים נוספים כדי לקבוע זאת באופן מובהק.

במחקרים שנסקרו בעבודה זו, כל הנבדקים היו בעלי אבחנה של אוטיזם. עם זאת, קיימות מגבלות לסקירה זו. ראשית, חלק מהמאמרים לא הבחינו בין דיווח הורים לדיווח רפואי בנוגע לאבחנת הילד. כמו כן, נבדקו סוגים שונים של אי-שליטה בסוגרים (הרטבת יום, הרטבת לילה ואי-נקיטת צואה), ולא תמיד הוקפד על אבחנה על פי הגדרות ה-ICCS. חוסר

אחידות כזה, הן באבחנה הראשונית של הילדים והן בדיוק הקריטריונים לאי-שליטה בסוגרים, יכול בהחלט להשפיע על הטיית התוצאות. האתגרים הקיימים במחקר מקיף ואיכותי באוכלוסייה זו הם רבים, וכוללים הכשרת צוות מיומן, פיקוח על יישום תוכנית התערבות עקבית והיצמדות לפרוטוקולים מפורטים לאורך זמן. כמו כן, נראה כי בשל הקושי לגייס משתתפים לפי קריטריוני המחקר נערכו מחקרים על מדגם קטן.

חקר תופעת אי-שליטה בסוגרים באוטיזם חשוב לאין שיעור. מומלץ על המשך מחקר אשר ישים דגש בעיקר בנושאים האלה: מיומנויות התקשורת ויזימה עצמאית של תהליך הגמילה, בחינת הגיל והמצב הקוגניטיבי המתאימים להתחלת התהליך ובחינת התנאים והמיומנויות הנדרשים כתנאי מקדים להתערבות בילדים אלו.[17]

אוטיזם, בדומה לשליטה בסוגרים, קשורים בהיבטים התפתחותיים רב-תחומיים. אנשי המקצוע המאבחנים והמטפלים בילדים אלו צריכים להיות מודעים לשכיחות הגבוהה של תופעת של אי-השליטה בסוגרים והשלכותיה. תהליך הגמילה מצריך עבודת צוות אינטגרטיבית, שבה כל אחד מבטא את מומחיותו בעת ליווי הילד ומשפחתו.

הבנת מקור הקושי, בין שהוא גורם יחיד ובין שהוא שילוב של גורמים, ובניית תוכנית התערבות אישית מתאימה על פי עקרונות המחקר הקיים, יסייעו להצלחת הגמילה.

המסקנות הנלמדות מן המאמר

- ילדים עם אוטיזם נמצאים בסיכון גבוה לפיתוח אי-שליטה בסוגרים, בעיקר הרטבת לילה ויום. הדבר נובע מתופעות הלוואי התרופתיות ונגרם על ידי מאפיינים התנהגותיים, פיזיולוגים ורגשיים.
- התערבות התנהגותית או רב-תחומית לגמילה של ילדים עם אוטיזם הינה מאתגרת ודורשת אנשי מקצוע מיומנים וכן עקביות לאורך זמן.
- גישות טיפול התנהגותיות והתערבות עקבית, המבוססת על עקרון ההתניה והחיזוקים והמותאמות באופן אישי לילדים, יכולות להביא לתוצאות חיוביות ולשפר באופן משמעותי את חייהם של הילדים ובני משפחותיהם.
- יש צורך במחקר המשך מבוקר ואיכותי, הבודק מדגמים גדולים, תוך התייחסות מדויקת לאבחנות של סוגי חוסר השליטה בסוגרים ושל האוטיזם.

לוח 1: פירוט המאמרים העוסקים בטיפול*

המחקר	סוג	קבוצת התערבות	קבוצת ביקורת	גיל	מין	סוג אי השליטה בסוגרים	
LeBlanc et al[40]	Case series	שלושה ילדים עם ASD	-	4.3 בממוצע	שני בנים בת אחת	DUI	
Keen et al[43]	RCT	שלושה ילדים עם ASD	שני ילדים עם ASD	5.2 בממוצע	בנים	DUI	
Gor et al[38]	Retrospective observational study	130 ילדים עם ADHD 20 ילדים עם ASD	521 ילדים ללא ASD או ADHD	8.6 בממוצע	412 בנים 259 בנות	Enuresis and daytime voiding symptoms (DVS)	
Hanney et al[41]	Archival Analysis	30 רשומות. אבחנת ASD, PDD-NOS ועיכובים התפתחותיים נוספים	-	5.5 בממוצע	-	DUI	
Mruzek et al[44]	RCT Pilot	16 ילדים עם ASD	16 ילדים עם ASD	3-6 שנים	26 בנים 6 בנות	DUI	
Mevers et al[45]	RCT Pilot	10 ילדים עם ASD	10 ילדים עם ASD	7.2 בממוצע	15 בנים 5 בנות	Encopresis	

Autism Spectrum Disorder (ASD), Attention Deficit / Hyperactivity Disorder (ADHD), Daytime Urinary Incontinence (DUI), Pervasive Developmental Disorder-Not Otherwise Specified (PDD-NOS), Randomized Control Trial (RCT)

*ללא מאמרי הסקירה

	סוג ההתערבות	משך ההתערבות	מדדי התוצאה	תוצאות
	טיפול התנהגותי אינטנסיבי	שבועיים ומעקב לאחר חודש	כמות אירועי הרטבה במשך היום ואחוז אירועי התרוקנויות היזומות	כל הנבדקים השיגו שליטה מלאה במתן שתן תוך שבועיים וגם במעקב לאחר חודש. 2 מתוך 3 הצליחו ליזום התרוקנות עצמאית
	טיפול התנהגותי עם מודל וידאו (אנימציה)	שבועיים ומעקב לאחר שישה שבועות	תדירות אירועי התרוקנות בשירותים במשך יום	תדירות ההתרוקנות באסלה גבוהה יותר אצל ילדים שצפו במודל הוידאו. התוצאה נשמרה גם במעקב לאחר שישה שבועות.
	טיפול תרופתי אנטי-כולינרגי או DDAVP	מעקב 10 חודשים לאחר מתן התרופה	שכיחות אירועי הרטבה וDVS. (הפחתת 50% מהסימפטומים נחשבה שיפור תפקודי. העלמות כל הסימפטומים 3 חודשים לאחר מתן התרופה נחשבה כהשגת שליטה מלאה)	שיפור סימפטומטי נמצא בקרב כל הנבדקים עם ASD ושליטה מלאה הושגה אצל 50% מהם. הזמן הממוצע להשגת השליטה המלאה היה 8 חודשים (P=0.69) בדומה לממצאים בקבוצת הביקורת
	טיפול התנהגותי	שבועיים (רשומות נאספו לאורך שבע שנים)	שכיחות ההתרוקנויות היזומות של הילד ושכיחות אירועי התרוקנות מוצלחת בשירותים	כל הנבדקים השיגו שיפור תפקודי כלשהו ומרביתם (70%) השיגו שליטה מלאה בסוגרים תוך שבועיים בממוצע.
	אפליקציית התרעה	12 שבועות ומעקב לאחר 3 חודשים	שאלוני שביעות רצון הורים ומילוי יומני הורים הכוללים ארועי הצלחה או הרטבה במשך היום	לא נמצאו הבדלים משמעותיים סטטיסטית בין שתי הקבוצות במעקב לאורך זמן מבחינת מדדי ההצלחה של הגמילה, אך נראתה יותר התגייסות הורית לתהליך בשימוש באפליקציה.
	טיפול התנהגותי רב תחומי	10 שבועות	שליטה בהטלת צואה בשירותים (התרוקנות יעילה בשירותים ב 60% מהימים)	שישה מתוך עשרת ילדי קבוצת ההתערבות רכשו שליטה בהטלת צואה, לעומת אף ילד מתוך עשרה בקבוצת הביקורת במשך אותו זמן (P=0.005)

מקורות

.1 APA. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5 (5th edition.). Washington, DC: American Psychiatric Press; 2013.

.2 Maenner M, Shaw K, Baio J, et al. Prevalence of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years - Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2016. MMWR. Surveillance Summaries. 2020;69:1-12. 10.15585/mmwr.ss6904a1.

.3 Miles JH, Takahashi TN, Bagby S, et al. Essential versus complex autism: definition of fundamental prognostic subtypes. American journal of medical genetics. Part A. Jun 1 2005;135(2):171-180. 10.1002/ajmg.a.30590.

.4 Mannion A, Leader G. Comorbidity in autism spectrum disorder: A literature review. Research in Autism Spectrum Disorders. 2013/12/01/ 2013;7(12):1595-1616. https://doi.org/10.1016/j.rasd.2013.09.006.

.5 Mannion A, Leader G. An investigation of comorbid psychological disorders, sleep problems, gastrointestinal symptoms and epilepsy in children and adolescents with autism spectrum disorder: A two year follow-up. Research in Autism Spectrum Disorders. 2016(22):20-33. 10.1016/j.rasd.2015.11.002.

.6 Meltzer LJ, McLaughlin Crabtree V. Nocturnal enuresis. Pediatric sleep problems: A clinician's guide to behavioral interventions. Washington, DC, US: American Psychological Association; 2015:183-194.

.7 Schum TR, Kolb TM, McAuliffe TL, Simms MD, Underhill RL, Lewis M. Sequential acquisition of toilet-training skills: a descriptive study of gender and age differences in normal children. Pediatrics. Mar 2002;109(3):E48. 10.1542/peds.109.3.e48.

.8 Austin PF, Bauer SB, Bower W, et al. The standardization of terminology of lower urinary tract function in children and adolescents: Update report from the standardization committee of the International Children's Continence Society. Neurourology and urodynamics. Apr 2016;35(4):471-481. 10.1002/nau.22751.

.9 Franco I, Bauer SB, Austin PF, Homsy Y, Gontard A. Pediatric Incontinence: Evaluation and Clinical Management2015.

.10 Burgers R, Benninga MA. Functional nonretentive fecal incontinence in children: a frustrating and long-lasting clinical entity. Journal of pediatric gastroenterology and nutrition. Apr 2009;48 Suppl 2:S98-S100. 10.1097/MPG.0b013e3181a15ec6.

.11 Mugie SM, Benninga MA, Di Lorenzo C. Epidemiology of constipation in children and adults: a systematic review. Best practice & research. Clinical gastroenterology. Feb 2011;25(1):3-18. 10.1016/j.bpg.2010.12.010.

.12 Santos J. Recommendations for the Management of Bladder Bowel Dysfunction in Children. Pediatrics & Therapeutics. 2014;0410.4172/2161-0665.1000191.

.13 Geier DA, Kern JK, Geier MR. A prospective Cross-sectional Cohort Assessment of Health, Physical, and Behavioral Problems in Autism Spectrum Disorders. Maedica. Sep 2012;7(3):193-200.

.14 Santos JD, Lopes RI, Koyle MA. Bladder and bowel dysfunction in children: An update on the diagnosis and treatment of a common, but underdiagnosed pediatric problem. Canadian Urological Association journal = Journal de l'Association des urologues du Canada. Jan-Feb 2017;11(1-2Suppl1):S64-S72. 10.5489/cuaj.4411.

.15 Friman P, Hofstadter K, Jones K. A Biobehavioral Approach to the Treatment of Functional Encopresis in Children. Journal of Early and Intensive Behavior Intervention. 2006;310.1037/h0100340.

.16 Ritblatt S, Obegi A, Hammons B, Ganger T, Ganger W. Parents' and Child Care Professionals' Toilet Training Attitudes and Practices: A Comparative Analysis. Journal of Research in Childhood Education. 2003;17:133-146. 10.1080/02568540309595005.

.17 Kroeger KA, Sorensen-Burnworth R. Toilet training individuals with autism and other developmental disabilities: A critical review. Research in Autism Spectrum Disorders. 2009/07/01/ 2009;3(3):607-618. https://doi.org/10.1016/j.rasd.2009.01.005.

.18 Atun-Einy O, Lotan M, Harel Y, Shavit E, Burstein S, Kempner G. Physical therapy for young children diagnosed with autism spectrum disorders-clinical frameworks model in an israeli setting. Frontiers in pediatrics. Aug 14 2013;1:19. 10.3389/fped.2013.00019.

.19 McElhanon BO, McCracken C, Karpen S, Sharp WG. Gastrointestinal symptoms in autism spectrum disorder: a meta-analysis. Pediatrics. May 2014;133(5):872-883. 10.1542/peds.2013-3995.

.20 Niemczyk J, Wagner C, von Gontard A. Incontinence in autism spectrum disorder: a systematic review. European child & adolescent psychiatry. Dec 2018;27(12):1523-1537. 10.1007/s00787-017-1062-3.

.21 von Gontard A. Urinary incontinence in children with special needs. Nature reviews. Urology. Nov 2013;10(11):667-674. 10.1038/nrurol.2013.213.

.22 Niemczyk J, Fischer R, Wagner C, Burau A, Link T, von Gontard A. Detailed Assessment of Incontinence, Psychological Problems and Parental Stress in Children with Autism Spectrum Disorder. Journal of autism and developmental disorders. May 2019;49(5):1966-1975. 10.1007/s10803-019-03885-6.

.23 Harris SR. Early motor delays as diagnostic clues in autism spectrum disorder. European journal of pediatrics. Sep 2017;176(9):1259-1262. 10.1007/s00431-017-2951-7.

.24 Gubbiotti M, Elisei S, Bedetti C, Marchiafava M,

Giannantoni A. Urinary and bowel disfunction in autism spectrum disorder: a prospective, observational study. Psychiatria Danubina. Sep 2019;31(Suppl 3):475-478.
.25 Gubbiotti M, Balboni G, Bini V, et al. Bladder and bowel dysfunction, adaptive behaviour and psychiatric profiles in adults affected by autism spectrum disorders. Neurourology and urodynamics. Sep 2019;38(7):1866-1873. 10.1002/nau.24081.
.26 Peeters B, Noens I, Philips EM, Kuppens S, Benninga MA. Autism spectrum disorders in children with functional defecation disorders. The Journal of pediatrics. Sep 2013;163(3):873-878. 10.1016/j.jpeds.2013.02.028.
.27 Richardson D. Toilet training for children with autism. Nursing children and young people. Mar 2016;28(2):16-22. 10.7748/ncyp.28.2.16.s21.
.28 Rane P, Cochran D, Hodge SM, Haselgrove C, Kennedy DN, Frazier JA. Connectivity in Autism: A Review of MRI Connectivity Studies. Harvard review of psychiatry. Jul-Aug 2015;23(4):223-244. 10.1097/HRP.0000000000000072.
.29 Fowler CJ, Griffiths DJ. A decade of functional brain imaging applied to bladder control. Neurourology and urodynamics. 2010;29(1):49-55. 10.1002/nau.20740.
.30 Franco I. Neuropsychiatric disorders and genetic aspects of bowel or bladder dysfunction2015:73-88.
.31 Simonoff E, Pickles A, Charman T, Chandler S, Loucas T, Baird G. Psychiatric disorders in children with autism spectrum disorders: prevalence, comorbidity, and associated factors in a population-derived sample. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Aug 2008;47(8):921-929. 10.1097/CHI.0b013e318179964f.
.32 von Gontard A, Equit M. Comorbidity of ADHD and incontinence in children. European child & adolescent psychiatry. Feb 2015;24(2):127-140. 10.1007/s00787-014-0577-0.
.33 Equit M, Becker A, El Khatib D, Rubly M, Becker N, von Gontard A. Central nervous system processing of emotions in children with nocturnal enuresis and attention-deficit/hyperactivity disorder. Acta Paediatr. Aug 2014;103(8):868-878. 10.1111/apa.12676.
.34 Yang TK, Huang KH, Chen SC, Chang HC, Yang HJ, Guo YJ. Correlation between clinical manifestations of nocturnal enuresis and attentional performance in children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). Journal of the Formosan Medical Association = Taiwan yi zhi. Jan 2013;112(1):41-47. 10.1016/j.jfma.2012.01.019.
.35 Axelrod M, Tornehl M, Fontanini-Axelrod A. Co-Occurring Autism and Intellectual Disability: A Treatment for Encopresis Using a Behavioral Intervention Plus Laxative Across Settings. Clinical Practice in Pediatric Psychology. 2016;410.1037/cpp0000131.
.36 Call NA, Mevers JL, McElhanon BO, Scheithauer MC. A multidisciplinary treatment for encopresis in children with developmental disabilities. Journal of applied behavior analysis. Apr 2017;50(2):332-344. 10.1002/jaba.379.
.37 Lancioni G, O'Reilly M, Basili G. Treating Encopresis in People with Intellectual Disabilities: A Literature Review. Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities. 2008;14:47-63. 10.1046/j.1468-3148.2001.00058.x.
.38 Gor RA, Fuhrer J, Schober JM. A retrospective observational study of enuresis, daytime voiding symptoms, and response to medical therapy in children with attention deficit hyperactivity disorder and autism spectrum disorder. Journal of pediatric urology. Jun 2012;8(3):314-317. 10.1016/j.jpurol.2010.10.009.
.39 Azrin NH, Foxx RM. A rapid method of toilet training the institutionalized retarded. Journal of applied behavior analysis. Summer 1971;4(2):89-99. 10.1901/jaba.1971.4-89.
.40 Leblanc L, Carr J, Crossett S, Bennett C, Detweiler D. Intensive Outpatient Behavioral Treatment of Primary Urinary Incontinence of Children With Autism. Focus on Autism and Other Developmental Disabilities - FOCUS AUTISM DEV DISABIL. 2005;20:98-105. 10.1177/10883576050200020601.
.41 Hanney N, Lake C, Leblanc L, Carr J, Castile A. Intensive Behavioral Treatment of Urinary Incontinence of Children With Autism Spectrum Disorders An Archival Analysis of Procedures and Outcomes From an Outpatient Clinic. Focus on Autism and Other Developmental Disabilities. 2013;28:26-31. 10.1177/1088357612457987.
.42 Leader G, Francis K, Mannion A, Chen J. Toileting Problems in Children and Adolescents with Parent-Reported Diagnoses of Autism Spectrum Disorder. Journal of Developmental and Physical Disabilities. 201810.1007/s10882-018-9587-z.
.43 Keen D, Brannigan K, Cuskelly M. Toilet Training for Children with Autism: The Effects of Video Modeling. Journal of Developmental and Physical Disabilities. 2007;19:291-303. 10.1007/s10882-007-9044-x.
.44 Mruzek DW, McAleavey S, Loring WA, et al. A pilot investigation of an iOS-based app for toilet training children with autism spectrum disorder. Autism : the international journal of research and practice. Feb 2019;23(2):359-370. 10.1177/1362361317741741.
.45 Lomas Mevers J, Call NA, Gerencser KR, et al. A Pilot Randomized Clinical Trial of a Multidisciplinary Intervention for Encopresis in Children with Autism Spectrum Disorder. Journal of autism and developmental disorders. Mar 2020;50(3):757-765. 10.1007/s10803-019-04305-5.
.46 Kroeger K, Sorensen R. A parent training model for toilet training children with autism. Journal of intellectual disability research : JIDR. Jun 2010;54(6):556-567. 10.1111/j.1365-2788.2010.01286.x.

Incontinence in children with an autism spectrum disorder: A literature review

Liat Zivan Becher BPT[1], Leonid Kalichman BPT, PhD[2], Lea Tene BPT, MA[3]

1 Physical therapist, Association for Children at Risk
2 Associate Professor, Physical Therapy Department, Ben-Gurion University of the Negev
3 Lecturer, Physical Therapy Department, Ben-Gurion University of the Negev

Abstract

Introduction: Toilet training is an important milestone for children and their families. Toilet training includes several stages that require various skills, i.e., motor, cognitive, communication, and emotional strength. Acquiring these skills will eventually enable proper defecation. Children with typical development achieve daytime continence at the age of three to four years and nighttime continence by the age of five. Autism Spectrum Disorder (ASD) includes a range of symptoms that can be characterized by difficulties in social behavior, communication, and language, as well as constant behavioral patterns. Children with ASD often demonstrate difficulties in adaptive behaviors. One significant difficulty is incontinence and mastering the toilet training process. Lack of independence in bowel and bladder control may have medical and social implications; it can also impact the child's mental health. It is a main challenge not only for the child but for the family as a whole.

Aims: To study the prevalence of incontinence in children with ASD, and to better understand its root cause. In addition, this review will present accepted and recommended treatments.

Methods: PubMed and Google Scholar databases were searched for a combination of the following keywords: "Incontinence" OR "Enuresis": OR "Encopresis" AND "Autism". Only randomized-controlled trials, prospective studies and retrospective analyses were included.

Results: A search in PubMed and Google Scholar databases produced 28 relevant articles. Most of them had studied the prevalence of incontinence in children with ASD; only a few dealt with treatment options. In all the studies the prevalence of incontinence in children with ASD was found to be higher than in typically developed children. The main approach to treatment was found to be the behavioral approach.

Conclusions: Children with autism are at a greater risk of developing incontinence than their peers without autism. Behavioral therapy and a consistent intervention approach based on the principle of conditioning and reinforcement can lead to positive outcomes and significantly improve the quality of life of children and their families.

Kewords: Autism, Continence, Nocturnal Enuresis, Encopresis, Toileting

מבוא לנייר עמדה בנושא תפקיד הפיזיותרפיה בטיפול בכאבי גב תחתון

בחסות המועצה העליונה לפיזיותרפיה בישראל

נועה בן עמי , BPT, Ph.D

ד"ר נועה בן עמי, המחלקה לפיזיותרפיה, אוניברסיטת אריאל

במסגרת פעילותה של המועצה העליונה לפיזיותרפיה, התעורר הצורך בכתיבת נייר עמדה בנושא הטיפול בכאבי גב תחתון. כאב גב תחתון הוא הגורם הראשון בעולם לנכות, ועלותו למערכת הבריאות גבוהה מאוד. רוב הטיפולים המוצעים לסובלים מן הבעיה מיותרים או אינם יעילים וגורמים להוצאות מיותרות. לפי ההנחיות העדכניות, הטיפול המוכח והיעיל בכאבי גב תחתון הינו טיפול עצמי בסימפטומים, שגרת חיים רגילה ודבקות בפעילות גופנית.

כדי לכתוב נייר עמדה שמוסכם על כולם, נבחרו 18 נציגים מכלל המוסדות והארגונים בישראל.

תחילה, נשלחו לכל הנציגים ההנחיות הקליניות העדכניות, המלצות ארגון הבריאות העולמי וכן המלצות ארגון הפיזיותרפיה העולמי.

בפברואר 2020 נערך מפגש פנים-אל-פנים של חצי יום עבודה בבית ההסתדרות בחסות איגוד הפיזיותרפיה. במהלך המפגש, הוצגו ההנחיות הקליניות העדכניות לטיפול בכאבי גב תחתון, והפערים ביישום ההנחיות העדכניות בישראל.

הנציגים חולקו לשלוש קבוצות דיון שהובילו נציגי העמותה והאיגוד:

1. פיזיותרפיה בכאבי גב תחתון - הטיפול הנכון (אקוטי, כרוני ומניעה) - מר רון שביט
2. המסרים שיש להעביר לציבור הרחב ולמטפלים - גב' נירית רותם
3. הפערים ביישום ההנחיות העדכניות - מר רן פלח

שלושה דוקטורנטים מאוניברסיטת אריאל, אורי גוטליב, רון פלדמן ויניב נודלמן, ישבו בכל קבוצת דיון והעלו את הרעיונות על הכתב. בהמשך, כל קבוצה הציגה את הרעיונות במליאה, ונערך דיון ער וחשוב על כתיבת נייר העמדה. המשך העבודה של כתיבת נייר העמדה נעשה באמצעות הדואר האלקטרוני, בהשתתפות פעילה של כל הנציגים. רק אחרי האישור הסופי של כל הנציגים, אושר המסמך ועוצב גרפית על ידי העמותה.

נייר העמדה הושק באופן רשמי בוובינר בחסות העמותה (מאי 2020) והופץ לפיזיותרפיסטים דרך העמותה.

חשוב לציין שנייר העמדה הוא הצעד הראשון בלבד לקראת טיפול מיטבי במטופלים עם כאבי גב תחתון. הדבר החשוב ביותר הוא ההטמעה שלו בשדה הקליני ובאקדמיה.

מבוא לנייר עמדה בנושא פעילות גופנית בפיזיותרפיה

בחסות המועצה העליונה לפיזיותרפיה בישראל

רן פלח רגב[1], BPT, MHA, **מיכל עצמון**[2], BPT, Ph.D

1. רן פלח רגב, קופ"ח כללית

2. מיכל עצמון, המחלקה לפיזיותרפיה אוניברסיטת אריאל

במסגרת דיוני המועצה העליונה, המתכנסת אחת לרבעון, עלה הצורך בנייר עמדה בנושא פעילות גופנית. נייר העמדה הוא בבחינת הצהרה כי מקצוע הפיזיותרפיה מופקד על תחום הפעילות הגופנית וקידום הבריאות בעולם הרפואה. מסמך זה יישלח לקובעי המדיניות באשר הם, שאינם פיזיותרפיסטים במקצועם.

טרם הוצאת התהליך אל הפועל, התבקש כל גוף במועצה למנות נציג מטעמו לכתיבת המסמך. המפגש הראשון, שהשתתפו בו נציגי כל הגופים, התקיים ביולי 2018 במשרדי ארגון הפיזיותרפיה שבבניין ההסתדרות, ת"א. בפגישה זו, שבה נעשתה היכרות אישית בין המשתתפים, ניתנה סקירה ראשונית על מטרת התהליך, הוסכם על ראשי הפרקים של המסמך ועל חלוקת המשתתפים לקבוצות עבודה. כל קבוצה קיבלה מטלה, כגון איסוף וקריאת מסמכים דומים מן העולם, כתיבת הרקע לנייר העמדה והרציונל שלו, ועוד. כמו כן, נקבע תאריך-היעד למסירת החומרים לקראת גיבוש המסמך הסופי. לאחר חצי שנה שבה עבר המסמך בין המשתתפים, צומצמו מקצת הנושאים והודגשו אחרים, התקיימו דיונים רבים בנוגע

למידת הפירוט של התכנים ולניסוחם, עד שהוסכם הנוסח הסופי של המסמך על ידי רוב רובם של המשתתפים. נייר העמדה הועבר לעיון ולאישור המועצה העליונה טרם הפצתו. המסמך הסופי עוצב גרפית על ידי העמותה לקידום הפיזיותרפיה, והופץ דיגיטלית בספטמבר 2019 לכל הגופים במועצה העליונה, לכלל הפיזיותרפיסטים בישראל ולאיגודי הרופאים הרלוונטיים.

נייר העמדה פורסם גם באתר e-med
https://www.e-med.co.il/ProfessionalSubjects/)
(Physical-Activity/Article/783481,11,214.htm
וזכה לתגובתו של ד"ר פנסקי, עורך אורתופדיה. כדלקמן: "על התרומה של הפעילות הגופנית לבריאות, לאיכות החיים ולתוחלת החיים נכתב רבות. חשיבותה של פעילות זו, בכל גיל, מילדות ועד גיל גבורות, מתעצמת בחברת המערבית, שבה עיקר הפעילות הגופנית הופך לעיסוק של שעות הפנאי, כיוון שבחיי השגרה, הלימודים והעבודה, לעיתים המאמץ הגופני מוזנח לחלוטין. מי מאתנו יקדיש זמן ותשומת לב לנסות לשנות את אורח החיים של המטופל, לנסות להיטיב את מצב בריאותו לטווח ארוך? לכן שמחתי להיווכח כי הפיזיותרפיסטים מרימים את הכפפה. שמחתי להיווכח כי יש מי שמנסים לשנות את אורח החיים, לנסות להשיג פתרון ארוך-טווח שבאמת יכול לשנות מהלך מחלה ולקדם בריאות. יישר כוח לפיזיותרפיסטים המניפים את נס הפעילות הגופנית. בהצלחה. הצלחתכם היא בריאותנו." באחריותו של כל פיזיותרפיסט להכיר את נייר העמדה, להמשיך להפיץ אותו בין העמיתים המקצועיים ולפעול ברוח הכתוב.

מבוא לנייר עמדה בנושא מניעת נפילות

בחסות המועצה העליונה לפיזיותרפיה בישראל
ענת שעשוע BPT, Ph.D
ד"ר ענת שעשוע, מכון פיזיותרפיה בת ימון, כללית

נייר עמדה זה מציג את התפיסה הטיפולית העדכנית בנושא מניעת נפילות, ומציב את הפיזיותרפיה בחזית הטיפול בנושא זה. התכנים המוצגים במסמך מדגישים את ייחודנו ואת מעורבותנו כפיזיותרפיסטים בתהליכי השיקום וקידום הבריאות.

כתיבת נייר העמדה הייתה ביוזמת המועצה העליונה לפיזיותרפיה, ומונתה לשם כך ועדת היגוי ובה 14 נציגים מכלל המוסדות והארגונים בארץ. הוועדה התכנסה לשני מפגשים פרונטליים, שבהם נערכו דיונים בפורום המלא ובקבוצות עבודה קטנות על פי תתי-הנושאים הכלולים במסמך. נוסף על כך, לפני המפגשים ולאחריהם התקיימו תכתובות רבות והועברו רעיונות ודעות בדואר האלקטרוני.

תחילה, התמקד הדיון במיפוי תמונת המצב במוסדות השונים. בהמשך, הוחלט על מבנה המסמך ותכניו, ונערכה סקירת ספרות מקיפה. כדי ליצור מסמך קצר ותמציתי, נבחרו תחומי ליבה מהותיים להעברת הרעיונות המרכזיים. קהל היעד הפוטנציאלי הם אנשי המקצוע מתחום הרפואה והבריאות, ראשי ארגונים מקצועיים, משרד הבריאות, קובעי מדיניות, וכמובן - פיזיותרפיסטים.

כיו"ר הועדה, דאגתי לרכז את החומרים ולקבצם לידי מסמך אחיד בעל רצף הגיוני וברור, תוך הקפדה על ציון מקורות רלוונטיים מן הספרות לכל רעיון ורעיון. מעת לעת נשלחו לחברי הוועדה טיוטות של נייר העמדה לשם הערות ותיקונים, עד לקבלת הנוסח הסופי שאושר על ידי כל חברי הוועדה. יש לציין את שיתוף הפעולה וההירתמות המרשימה של חברי הוועדה למשימה החשובה. לאחר אישור הנוסח הסופי, המסמך עוצב גרפית על ידי העמותה.

נייר העמדה הושק באופן רשמי בכנס הפיזיותרפיה של העמותה ביוני 2019. כחלק ממושב בנושא מניעת נפילות, נערך פאנל שבו, בין היתר, הוצג נייר העמדה, ותוארו אופן הפקתו ומסריו. נייר העמדה הופץ לפיזיותרפיסטים דרך העמותה ופורטלים ארגוניים.

נייר עמדה בנושא:

תפקיד הפיזיותרפיה בטיפול בכאבי גב תחתון

מטעם המועצה העליונה לפיזיותרפיה

רקע

כאב גב תחתון הוא הגורם הראשון בעולם לשנות חיים עם מוגבלות.[1] התופעה השכיחה ביותר (90-95%) היא כאב גב תחתון לא ספציפי,[2] המוגדר כתופעה שברובה אינה מוסברת על ידי פתולוגיה מבנית. כאב גב הוא סימפטום ולא מחלה וכמו סימפטומים אחרים כדוגמת כאב ראש וסחרחורות, לכאב גב יש סיבות רבות.[1]
בהנחיות הקליניות תמצית הטיפול הנכון בכאב גב תחתון לא ספציפי הוא טיפול שאינו פולשני[3-5] המעודד למסוגלות וחזרה לשגרה מותאמת, טיפול פיזיותרפיה עונה באופן מיטבי להגדרה זאת.

גישה טיפולית בפיזיותרפיה

פיזיותרפיה מתבססת על ניהול המקרה במטרה להפחית כאב, להתאים פעילות ולמנוע מגבלה בתפקוד לאורך זמן. כל זה נעשה ע"י אבחון, הערכה, זיהוי דגלים אדומים ומצבים הדורשים התערבות רפואית וטיפול. במרבית המקרים אין צורך בבירור נוסף מעבר לבדיקת הפיזיותרפיסט. תוצאותיהן של בדיקות דימות לרוב לא ינחו את הטיפול. טיפול הפיזיותרפיה יותווה לפי המודל הביו-פסיכו-סוציאלי אשר מתייחס לקשר בין כאב גב מתמשך וכרוני לגורמים פסיכולוגים התנהגותיים וחברתיים.[3,4,5,6,7] שאלוני ניבוי כדוגמת STarTBack עשויים לסייע בזיהוי מטופלים עם סיכון לפתח כאב כרוני מתמשך. בהנחיות הושם דגש על טיפול עצמי ופעילות גופנית, כאשר ניתן להיעזר גם בטיפול פיזיקלי וגישות התנהגותיות, במטרה לשפר את תפקוד המטופלים ולהחזירם לשגרת חיים פעילה. מודגש בהמלצות להימנע מגישות טיפוליות סבילות ככל הניתן, כמו גם מהתערבויות כירורגיות וטיפול תרופתי ממושך.[3,4,5,6,7]

ישנה חשיבות רבה לבניית קשר של אמון בין המטופל למטפל ובשיתוף פעיל של המטופל בבניית תכנית הטיפול.

דגשים למצב האקוטי

כאב גב אקוטי נמשך בממוצע כשישה שבועות. במצב זה מומלץ למטופל להישאר פעיל ככל הניתן ולהימנע ממנוחה ממושכת במיטה. במצבים אקוטיים עם הקרנה לרגליים יש מקום להתאמת פעילות שלא תחריף את מצב המטופל. ההתמודדות עם כאב הגב כוללת הדרכת המטופל תוך הדגשת המהלך הטבעי של כאבי גב תחתון ושיקוף כי אין זה מצב חמור או מסוכן הדורש התערבות רפואית. יוסבר למטופל כי לרוב לא ניתן לזהות את מקור הכאב, אך לרשות הפיזיותרפיסטים כלים לסיוע בהפחתת כאב בטווח הקצר, כגון טכניקות מנואליות המלוות ומשלבות תנועה, אמצעים להורדת כאב והדרכה לתרגילים ופעילות גופנית. שימוש במשככי כאבים אנטי דלקתיים אפשרי לתקופה קצרה לפי צורך בהתוויית רופא.

דגשים למצב כרוני

כאב גב כרוני מוגדר ככאב הנמשך מעל 12 שבועות. בשלב זה יומלץ למטופל להישאר פעיל במידת האפשר. יש להתאים תרגול ופעילות גופנית על פי מצבו, העדפותיו ויכולותיו של המטופל, ללא עדיפות לשיטת תרגול ספציפית. יש לשקול התערבות פסיכו-סוציאלית לפי הצורך.

המלצות

1. פיזיותרפיה היא הטיפול המועדף להתמודדות עם כאבי גב שמאיצה חזרה לתפקוד ומפחיתה צריכת תרופות, כולל אופיאטים.
2. במרבית המקרים ניתן להתחיל טיפול פיזיותרפיה ללא בירור רפואי וללא בדיקות הדמיה.
3. הדרכה להתמודדות עם כאב הגב, שמירה על תפקוד שגרתי וביצוע פעילות גופנית הם אבני היסוד לטיפול ומניעה של כאבי הגב.
4. פעילות גופנית נמצאה כיעילה ביותר למניעה ולהתמודדות עם כאבי גב,[8] הפעילות הגופנית הטובה ביותר היא זו שניתן להתמיד בה ומסבה הנאה לעוסק בה.
5. מסר מרכזי למטופל: עמוד השדרה הוא מבנה חזק ויציב שיכול לשאת את העומסים של מטלות היומיום. במידה והמטופל חווה קשיים עם פעולות אלו, הפזיותרפיסט יתאים לו תוכנית הדרגתית שתאפשר ביצוע מיטבי.
6. קביעת תוכנית ההתערבות תהיה בשיתוף עם המטופל, בהלימה לתפיסה הטיפולית בה המטופל במרכז ופיזיותרפיסט מסייע לו.

המלצות להמשך

חיוני להעמיק את הטמעת הגישה הביו-פסיכוסוציאלית באקדמיה ובשדה הקליני, כפי שמומלץ בהנחיות הקליניות בספרות.

ביבליוגרפיה

1. Maher C, Underwood M, Buchbinder R. Non-specific low back pain. Lancet. 2017; 389(10070):736-747.

2. Koes BW, van Tulder MW, Thomas S. Diagnosis and treatment of low back pain. BMJ 2006; 332:1430–34.

3. UK National Institute for Health and Care Excellence. Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management.

4. Chou R, et al. Nonpharmacologic Therapies for Low Back Pain: A systematic review for an American College of Physicians clinical practice guideline. Ann Intern Med. 2017; 166:493-505.

5. Qaseem A, Wilt TJ, McLean RM, Forciea MA. Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. Noninvasive treatments for acute, subacute, and chronic low back pain: A clinical practice guideline from the American College of Physicians. Ann Intern Med 2017; 166:514-530.

6. Foster NE, Anema JR, Cherkin D et al. Prevention and treatment of low back pain: evidence, challenges, and promising directions. Lancet. 2018; 391(10137):2368-2383.

7. Hartvigsen J, Hancock MJ, Kongsted A et al. What low back pain is and why we need to pay attention. The Lancet 2018; 391(10137):2356–67.

8. Jvnbddd Steffens D, Maher CG, Pereira LS, et al. Prevention of low back pain: a systematic review and meta-analysis. JAMA Intern Med 2016;176: 199–208.

כתבו וערכו:

ד"ר נועה בן עמי - אוניברסיטת אריאל יו"ר הוועדה | נירית רותם - העמותה לקדום הפיזיותרפיה |
רן רגב פלח - איגוד הפיזיותרפיה | רון שביט - העמותה לקדום הפיזיותרפיה |
אילה פרג - פיזיותרפיסטית ראשית משרד הבריאות | אלי גבאי - יו"ר האגוד למקצועות הבריאות |
נעמה קשת - יו"ר העמותה לקדום הפיזיותרפיה והמועצה העליונה לפיזיותרפיה |
ד"ר ענת שעשוע - כללית | גיא רותם - מכבי שרותי בריאות | שירי לוין - מכבי שרותי בריאות |
מרים ריינשטיין - מאוחדת | אלי ליפקוביץ - לאומית | ד"ר יוסף משהראוי - אוניברסיטת תל אביב |
ד"ר גלי דר - ראש החוג לפיזיותרפיה אוניברסיטת חיפה | צביקה גרינבאום - אוניברסיטת בן גוריון |
עולא ג'השאן - דוכי - מכללת צפת | יבגני רוזנפלד - צה"ל | לירן ליפשיץ - עצמאיים |

עזרו בכתיבה והעלאת סכומי ההחלטות בשלושת קבוצות הדיון -
הדוקטורנטים מאוניברסיטת אריאל - אורי גוטליב, רון פלדמן ויניב נודלמן.

נייר עמדה בנושא:

הפיזיותרפיסט מקדם פעילות גופנית לבריאות

מטעם המועצה העליונה לפיזיותרפיה

פעילות גופנית כשגרת חיים מקדמת בריאות פיזית, נפשית וחברתית, מונעת תחלואה ומשפרת את איכות החיים.

ארגון הבריאות העולמי מגדיר פעילות גופנית כתנועה המיוצרת על ידי שרירי השלד ודורשת הוצאת אנרגיה.

על פי נתוני משרד הבריאות בישראל רק כשליש מהאוכלוסייה עומד בהמלצות ארגון הבריאות העולמי לביצוע פעילות גופנית.

רקע

פעילות גופנית כשגרת חיים מקדמת בריאות פיזית, נפשית וחברתית, מונעת תחלואה ומשפרת את איכות החיים. ארגון הבריאות העולמי מגדיר פעילות גופנית כתנועה המיוצרת על ידי שרירי השלד והדורשת הוצאת אנרגיה. פעילות גופנית כוללת פעילויות המבוצעות תוך כדי עבודה, משחק, ביצוע מטלות פיזיות, ניידות במרחב ועיסוקי פנאי (World Health Organization, 2018).

קיים ביסוס מחקרי גורף ליתרונות של ביצוע פעילות גופנית סדירה - היא מועילה בכל גיל ומפחיתה את הסיכון לתחלואה ולמוות מוקדם. לפעילות גופנית תרומה במניעה, בטיפול ובהישרדות במצבי בריאות שונים ומשתנים כגון: לקויות שמקורן בהתפתחות המוקדמת, מחלות שלד-שריר בשלבים אקוטיים וכרוניים, מחלות נוירולוגיות, מחלות אונקולוגיות וכן מחלות כרוניות כגון סוכרת, השמנה, מחלות לב וכלי דם, אוסטיאופורוזיס, דיכאון, אלצהיימר ועוד.

בילדים ובנוער, תורמת הפעילות הגופנית לבניית מערכת שלד-שריר, מפתחת ומשפרת מיומנויות מוטוריות וקואורדינציה, מיטיבה עם ההתפתחות המוחית, מפחיתה סיכון ללקויות כגון חרדה, דיכאון והשמנת יתר, משפרת את ההערכה והביטחון העצמי ומקדמת שילוב חברתי.

במבוגרים ואנשים בגיל השלישי הפעילות הגופנית מאטה תהליכי הזדקנות, מקלה על מצבי כאב, מפחיתה מתח וחרדה, מצמצמת נפילות ומסייעת לשמירה על תפקוד עצמאי.

למרות יתרונותיה הרבים של הפעילות הגופנית, הרי שעל פי נתוני משרד הבריאות בישראל רק כשליש מהאוכלוסייה עומד בהמלצות ארגון הבריאות העולמי לביצוע פעילות גופנית (משרד הבריאות, 2012). לפיכך, כשני שלישים מהאוכלוסייה נמצאים בסיכון מוגבר לתחלואה, למוגבלות ולתמותה מוקדמת בשל מיעוט ביצוע פעילות גופנית. יתרה מזו, ניהול אורח חיים יושבני ומיעוט בפעילות גופנית מוגדרים על פי ארגון הבריאות העולמי כמגיפה (World Health Organization, 2002) ומהווים את הגורם הרביעי לתמותה (World Health Organization).

מלבד ההשפעה המרכזית על בריאות הציבור ואיכות חיים, לאי פעילות גופנית יש משמעות כלכלית כבדה. ע"פ דו"ח המחקר של מכון ברוקדייל (2011), בישראל קימת הוצאה של כ-1.5 מיליארד ש"ח בשנה על עלויות טיפול במצבים הנובעים ישירות מאי-פעילות גופנית, הוצאה שהיא 0.2% מהתל"ג (מכון מאיירס-ג'וינט-ברוקדייל, 2011).

פיזיותרפיה

פיזיותרפיה הוא מקצוע בריאות אקדמי המוסדר בחוק, מבוסס על ידע מדעי, ראיות מחקריות וניסיון קליני. עיקרו מיצוי, השבה ושימור של יכולות תנועה ותפקוד, קידום בריאות ומניעת תחלואה. בנוסף לכך הפיזיותרפיסט עוסק בהתאמת הסביבה, פיתוח נגישות, חינוך, הדרכה ומחקר.

ייחודיות הפיזיותרפיה בתרומה לבריאות האדם ולרווחתו היא במתן הזדמנות למיצוי מיטבי של יכולות תפקודיות לשם מימוש חיים עצמאיים, פעילים ואיכותיים בכל מעגלי החיים, בבריאות ובחולי. הפיזיותרפיה הוא מקצוע עצמאי, נגיש ונוכח בפריסה ארצית - ציבורית ופרטית. לפיזיותרפיה המנדט בצוות הרפואי ובציבור הרחב לעניין תפקוד, תנועה ופעילות גופנית.

הפיזיותרפיה הוא מקצוע עצמאי, נגיש ונוכח בפריסה ארצית - ציבורית ופרטית. לפיזיותרפיה המנדט בצוות הרפואי ובציבור הרחב לעניין תפקוד, תנועה ופעילות גופנית.

שירותי הפיזיותרפיה

שירותי הפיזיותרפיה ניתנים על-פי חוק במערכת הבריאות (אשפוז, קהילה ובבית המטופל), במערכות החינוך, הרווחה, הביטחון, צה"ל, ברשויות המקומיות ובמסגרות הפרטיות. בכל תחומי העיסוק, טיפול פיזיותרפיה מתמקד בשיקום ושימור תנועה ותפקוד לשם קידום בריאות ועצמאות. התערבות הפיזיותרפיה כוללת הערכה ואבחון, קביעת מטרות טיפול, טיפול, תרגול מיומנויות והדרכה לאדם ולמשפחתו. בכל התערבות טיפולית הפיזיותרפיסט מייעץ, מתכנן ומתאים אימון ופעילות גופנית על פי צרכי המטופל ויכולתו.

ארגון הבריאות העולמי, בהמלצותיו לביצוע פעילות גופנית קבע כי הפיזיותרפיה הינה תחום הדעת המדריך ומייעץ לביצוע פעילות ואימון גופני בכל התערבות טיפולית ו/או מקדמת בריאות.

תפקידי הפיזיותרפיסט כמקדם פעילות גופנית

ארגון הבריאות העולמי, בהמלצותיו לביצוע פעילות גופנית קבע כי הפיזיותרפיה הינה תחום הדעת המדריך ומייעץ לביצוע פעילות ואימון גופני בכל התערבות טיפולית ו/או מקדמת בריאות (World Health Organization, 2018). ההתערבות כוללת הגברת המודעות, הסברה, הנעה לשינוי והטמעת שגרת חיים פעילה ובריאה במיקוד במטופל כמכלול.

לפיזיותרפיסט הידע, הכישורים והמיומנויות לקידום בריאות ולמתן מרשם לפעילות ואימון גופני לאוכלוסייה הבריאה והחולה.

פיזיותרפיסט פועל מתוך ידע ומחויבות מקצועיים בנוגע לתרומתן של התנועה ושל הפעילות הגופנית למיצוי תפקודו ובריאותו של המטופל. על כן, קידום בריאות ופעילות גופנית באוכלוסייה מהווה חלק מובנה מן הטיפול וההתערבות של הפיזיותרפיסט.

בנוסף למרכיב המקצועי הטיפולי, ההתערבות של הפיזיותרפיסט כמקדם אורח חיים בריא ופעיל היא כוללנית ומתייחסת לאדם והעדפותיו, לסביבתו, תרבותו, מצבו הבריאותי ובשקלול תמהיל צרכיו ויכולותיו.

בנוסף למרכיב המקצועי הטיפולי, ההתערבות של הפיזיותרפיסט כמקדם אורח חיים בריא ופעיל היא כוללנית ומתייחסת לאדם והעדפותיו, לסביבתו, תרבותו, מצבו הבריאותי ובשקלול תמהיל צרכיו ויכולותיו.

המלצות

1. הרחבת היקף ההכשרה לפיזיותרפיסטים בתחום פעילות גופנית וקידום בריאות.

2. הפיזיותרפיסט כגורם המקצועי המוסמך לקדם את הפעילות הגופנית בטיפול הרב מקצועי ייזום, יקדם ויפעיל התערבות מקצועית מותאמת בטיפול בחולים כרוניים (סוכרת, עודף משקל, יתר לחץ דם, מחלות קרדיו-מטבוליות) ובחולים מורכבים (מחלות אונקולוגיות, מחלות ריאה, מחלות נפש ועוד).

3. שילוב פיזיותרפיסטים בצוותים של תכנון סביבתי ושל בניה ותשתיות במרחב הציבורי והפרטי.

4. מעורבות פיזיותרפיסטים בוועדות לקידום בריאות באשר הן.

5. בראייה מערכתית-מוסדית, תקנון ייעודי לפיזיותרפיסט מקדם פעילות גופנית והמנ־ פיק מרשם לפעילות גופנית בכל התארגנות של המדינה, הציבור ובכל מסגרות הטיפול.

סיכום

הפיזיותרפיסט הפועל בתוך הגופים המובילים במערכות הממשלתיות, הציבוריות והפרטיות - הוא בעל הסמכות, הידע, ההכשרה, המיומנות והנגישות להמשיך להוביל ולקדם את התוויית מדיניות הפעילות הגופנית מקדמת הבריאות של תושבי המדינה לרווחתם ולכל אורך חייהם.

קידום, חינוך ויישום פעילות גופנית באמצעות מערך הפיזיותרפיה בישראל החל מגיל לידה הינה משאב בריאותי, חברתי וכלכלי ארוך טווח אשר ישרת ויעצים את חוסנה של מדינת ישראל הודות לבריאות אזרחיה. תוכנית שתביא לחיסכון בהוצאות הטיפול בלקויות בריאות משניות ועתידיות.

קידום, חינוך ויישום פעילות גופנית באמצעות מערך הפיזיותרפיה בישראל החל מגיל לידה הינה משאב בריאותי, חברתי וכלכלי ארוך טווח.

ביבליוגרפיה

World Health Organization. Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. Retrieved from http://www./who.int: http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/en

World Health Organization. (2018). More active people for a healthier world. Retrieved from http://apps.who.int: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272722/9789241514187-eng.pdf?ua=1

World Health Organization. (2018,). Physical activity. Retrieved from http://www.who.int: http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity

World Health Organization. (2002). Physical inactivity a leading cause of disease and disability, warns WHO. /Retrieved from http://www.who.int: http://www.who.int/mediacentre/news/releases/release23/en

מכון מאיירס-ג'וינט-ברוקדייל. (2011). ניתוח עלות- מועילות של תכניות התערבות להגברת פעילות גופנית בקרב מבוגרים בישראל. https://brookdale.jdc.org.il/: https://brookdale.jdc.org.il/publication/cost-utility-analyses-interventions-increase-physical-activity-israeli-adults/

משרד הבריאות. (2012). סקר הרגלי הפעילות הגופנית. מתוך https://www.health.gov.il: https://www.health.gov.il/publicationsfiles/activities21_01122012.pdf

כתבו וערכו:

רגב פלח רן - איגוד הפיזיותרפיה | ד"ר מיכל עצמון - העמותה לקידום הפיזיותרפיה ואוניברסיטת אריאל | יעל ארבל - שירותי בריאות כללית | שרון זגון - מכבי שירותי בריאות | אחמד אגבריה - קופ"ח לאומית | שלמה (שלי) בר סלע - קופ"ח מאוחדת | ענת רשף אלדן - בתי חולים ממשלתיים | ד"ר עינת קודש - אוניברסיטת חיפה | נוגה גל - אוניברסיטת תל אביב | עפרה אבן חיים - אוניברסיטת בן גוריון | בשמת גוטמן צ'אני - צה"ל | אשכר סעיד כרמיאל - משרד הרווחה | לידיה שוורץ - משרד החינוך | ורדה נוסינוביץ - איגוד הפיזיותרפיה | גילה שחר- משרד הבריאות | רגדה חכים - משרד הבריאות |

נייר עמדה בנושא:
פיזיותרפיה ומניעת נפילות

מטעם המועצה העליונה לפיזיותרפיה

שרותי הפיזיותרפיה בישראל מיישמים תכניות התערבות מועילות ומבוססות ראיות למניעת נפילות ולשיפור העצמאות של האוכלסייה המבוגרת, תוך הפחתת עלויות חברתיות כלכליות ובריאותיות.

רקע

תוחלת החיים עולה ואתה מספר בני ה 65+ באוכלוסייה. מידי שנה כשליש מאוכלוסיית בני ה 65+, וכמחצית מאוכלוסיית בני ה 75+ נופלים. לפי נתוני משרד הבריאות לשנת 2017, כ-1000 קשישים נופלים מידי יום במדינת ישראל[1]. עובדה זו מהווה אתגר חברתי, בריאותי וכלכלי[2,3]. נפילות עלולות לגרום לתחלואה, שברים, אשפוזים, ירידה בתפקוד ובניידות, דיכאון ובמקרים קיצוניים אף למוות. במקרים בהם לא נגרם נזק גופני, יתכנו כאבים כרוניים, חשש ופחד מנפילות חוזרות וכתוצאה מכך הימנעות מפעילות. כל אלו גורמים לירידה בניידות שהינה תנאי הכרחי לעצמאות והשתייכות חברתית [2-4].

מידי שנה כשליש מאוכלוסיית בני ה 65+ וכמחצית מאוכלוסיית בני ה 75+ נופלים.

שכיחות הנפילות עולה עם הגיל. גורמי הסיכון לנפילה רבים ומגוונים וכוללים גורמים פנימיים וחיצוניים. מבין הגורמים הפנימיים: שווי משקל לקוי, ירידה בכח שרירים, שינויים במערכת שריר שלד, חשש מנפילות, תפקודי ראייה ושמיעה ירודים, ירידה קוגניטיבית וקושי בביצוע משימות במקביל. הגורמים החיצוניים כוללים בין היתר סביבה לא בטיחותית, שימוש באביזרי עזר והנעלה לא מתאימים וטיפול מרובה בתרופות [4]. אוכלוסיות ילדים, נוער ומבוגרים עם מוגבלויות פיזיות, קוגניטיביות או חושיות (ראייה ושמיעה) מהוות קבוצות סיכון בפני עצמן מהסיבות המצוינות לעיל.

איתור מוקדם של אוכלוסיות בסיכון מאפשר בניית תכניות התערבות מתאימות. תוכניות אלו מפחיתות סיכון לנפילות ונפילות ובכך מביאות תועלת לאדם, לחברה ולמערכת הבריאות [4,5].

לפיזיותרפיסטים הכשרה ייעודית הכוללת ידע עיוני ומעשי באיתור מטופלים הנמצאים בסיכון לנפילות. פיזיותרפיסטים מאבחנים ומעריכים מצב תפקודי באמצעות כלי מדידה מתוקפים, מרבדים את רמת הסיכון לנפילות, בונים תכנית התערבות מותאמת מבוססת ראיות לכל מטופל ומטפלים על פיה.

שירותי הפיזיותרפיה בישראל

טיפולי הפיזיותרפיה כלולים בסל הבריאות.[6] בישראל כ- 7,000 פיזיותרפיסטים בעלי תעודת מקצוע[7]. שירותי הפיזיותרפיה ניתנים בקופות החולים בקהילה, בבתי חולים כלליים, גריאטריים ופסיכיאטרים, במרכזי שיקום, במרכזי יום לקשיש, בדיור מוגן, ביחידות להתפתחות הילד ושיקומו, במשרד החינוך, במשרד הרווחה ובמגזר הפרטי. בכל מסגרות אלו ניתן מענה מקצועי, על פי הצורך ובהתאמה אישית, באופן פרטני או קבוצתי.

תכניות התערבות בפיזיותרפיה

השפעת תוכניות התערבות בפיזיותרפיה למניעת נפילות מוכחת מדעית. תכנית יעילה למניעת נפילות כוללת מספר שלבים הכרחיים: איתור מטופלים וסיווג לרמת סיכון לנפילות, הערכה רפואית ותפקודית, התאמת תכנית התערבות, ביצוע ומעקב [8].

הפיזיותרפיסטים מאתרים גורמי סיכון לנפילות ומפנים בעת הצורך לגורמים המקצועיים הרלוונטיים. תכנית הטיפול בפיזיותרפיה נבנית בהתאם לממצאים מבדיקה והערכה הכוללים בין השאר מבחני שיווי משקל והליכה, מבדקי כוח שרירים ושאלונים ייעודיים [9].

הפיזיותרפיסטים מיישמים תכניות טיפול אשר הוכחו כמועילות במניעת נפילות, בהתאם לסווג ה- ICF. תכניות אלה מתמקדות בין היתר בטכניקות המקדמות יכולת הליכה, ניידות, שיווי משקל, התאמת אביזרי עזר על פי הצורך, התאמה והנגשה של הסביבה הביתית והחוץ ביתית מבחינה בטיחותית והדרכת המטופל ומשפחתו. פעילות גופנית ותרגול מהווים חלק בלתי נפרד ממרכיבי הטיפול בפיזיותרפיה ומועילים גם כאשר ניתנים כהתערבות בודדת [10].
במהלך ההתערבות, הפיזיותרפיסט מבצע הערכה חוזרת הכוללת ביצוע חוזר של מבחנים תפקודיים ושאלוני סקר ובהתאם לממצאים מתקבלת החלטה על המשך הטיפול והפעילות [9].

פעילות גופנית ותרגול מהווים חלק בלתי נפרד ממרכיבי הטיפול בפיזיותרפיה ומועילים גם כאשר ניתנים כהתערבות בודדת

עלות תועלת

תוצאות הנפילות מובילות לעלויות כלכליות משמעותיות. שברי צוואר ירך מהווים מרכיב משמעותי בעלויות אלה [11,12]. על פי נתוני משרד הבריאות לשנת 2015 [1], העלות השנתית הכוללת למשק בגין שברי צוואר ירך במבוגרים בני 65+, נאמדת בסכום של 1.1 מיליארד ש"ח בשנה. עלות זו כוללת את העלויות הישירות בטווח הקצר והארוך של טיפולים ואשפוזים ואת העלות הכלכלית העקיפה הנובעת מאובדן איכות חיים ושנות חיים.
המחקר הקיים בנושא עלות תועלת מספק עדויות לכך שתוכנית תרגול מובנית עשויה למנוע עד 38% מהנפילות ובכך להפחית את מספר הנפילות הגדול ביותר במחיר מצטבר הנמוך ביותר[12]. באנגליה פותח כלי המעריך עלות-תועלת של תכניות התערבות למניעת נפילות בקרב מבוגרים בקהילה ונמצא כי תכנית התרגול יעילה כלכלית[13]. תועלת גבוהה יותר מושגת כאשר הטיפול מכוון לאוכלוסייה בסיכון גבוה לנפילה[12]. בקרב אוכלוסייה זו, תרגול קבוצתי והתאמת הסביבה הביתית נמצאו כיעילים ביותר מבחינה כלכלית[11]. עוד נמצא כי תכנית תרגול מפחיתה נפילות בקרב מבוגרים בקהילה וחוסכת עלויות הנגזרות מנפילות כגון שברי צוואר ירך, אשפוזים, שיקום וירידה באיכות חיים[13]. בהתחשב בעליה בתוחלת החיים והזדקנות האוכלוסייה, חשיבות המניעה בהיבט הכלכלי כחלק ממדיניות בריאות באוכלוסייה המבוגרת, הינה קריטית.

המחקר הקיים מספק עדויות לכך שתוכנית תרגול מובנית עשויה למנוע עד 38% מהנפילות

קידום בריאות

מקצוע הפיזיותרפיה פועל לקידום בריאות, לשמירה על עצמאות ולמניעת חולי לאורך החיים, למען שיפור איכות החיים, תוך שימוש מושכל במשאבים לאומיים ומוסדיים[14]. התערבות של פיזיותרפיסט עוד בטרם הנפילה הראשונה, עשויה למזער את הסיכון לנפילה הראשונה והשלכותיה ובניהן נפילות חוזרות. פיזיותרפיסטים נותנים מענה רחב היקף בתחום של מניעה ראשונית באמצעות הסברה ויעוץ, העלאת המודעות בקרב קהלי יעד ובאוכלוסיות בסיכון לנפילות, הדרכת הציבור הרחב, הדרכת צוותים רפואיים, הדרכת צוותי הוראה וטיפול ועיצוב מדיניות ברמת השלטון המקומי והארצי. בנוסף, מקצוע הפיזיותרפיה מעודד טיפול מבוסס ראיות ופועל לקידום המחקר.

התערבות של פיזיותרפיסט עוד בטרם הנפילה הראשונה, עשויה למזער את הסיכון לנפילה הראשונה והשלכותיה ובניהן נפילות חוזרות.

חדשנות

מקצוע הפיזיותרפיה, בהלימה להתפתחויות ברפואה, דוגל בתפיסה החדשנית של טיפול בהתאמה אישית.

בהיבט הטכנולוגי עולם הפיזיותרפיה עומד בחוד החנית. כבר היום טיפולי הפיזיותרפיה כוללים: שימוש במערכות מציאות מדומה, רובוטיקה, שירות מקוון, ניטור ושיקום מרחוק ופיתוח אפליקציות למדידת תפקוד, שווי משקל ותנועה.

מערכות מידע חכמות מאפשרות לשירותי הפיזיותרפיה במוסדות לאסוף נתוני עתק (Big Data) אודות מטופלים מהממשקים השונים כגון: דמוגרפיה, נתונים קליניים, נתוני אשפוזים ותרופות. נתונים אלה עוברים עיבוד וניתוח לשם בניית תכניות התערבות מובנות בפיזיותרפיה, המותאמות אישית ומבוססות ראיות.

סיכום

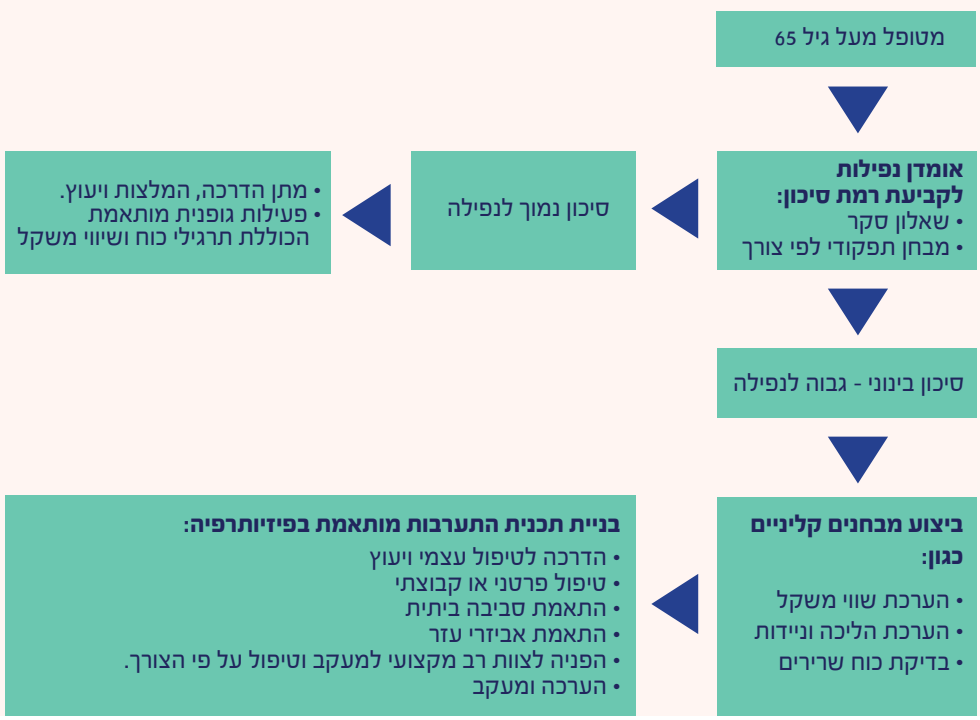
תכניות התערבות מובנות, מותאמות אישית ומבוססות ראיות מפחיתות את מספר הנפילות, את מידת החבלות המשמעותיות כתוצאה מנפילות, מאפשרות חזרה מהירה לתפקוד, מפחיתות תחלואה כרונית ומפחיתות אשפוזים חוזרים. ראוי כי קובעי המדיניות יחליטו על הקצאת משאבים, תוך שימת דגש על מיצוי יכולות מקצועיות של הצוות הרב מקצועי, לטובת קידום המטופל ומערכת הבריאות.

תכנית התערבות למניעת נפילות בפיזיותרפיה, כחלק ממדיניות בריאות כוללת הינה הכרחית.

תכניות התערבות מובנות, מותאמות אישית ומבוססות ראיות מפחיתות את מספר הנפילות, את מידת החבלות המשמעותיות כתוצאה מנפילות, מאפשרות חזרה מהירה לתפקוד, מפחיתות תחלואה כרונית ומפחיתות אשפוזים חוזרים.

תהליך טיפול בפיזיותרפיה

התרשים מדגים את תהליך הטיפול הכולל איתור, אבחון, קביעת רמת סיכון, טיפול, הפניה למטפלים נוספים ומעקב בהתאם.



ביבליוגרפיה

1. התכנית הלאומית למניעת נפילות. משרד הבריאות. https://www.health.gov.il/PublicationsFiles/FallPreventionNationalProgram.pdf. Updated 2017.

2. Tricco AC, Thomas SM, Veroniki AA, et al. Comparisons of interventions for preventing falls in older adults: A systematic review and meta-analysis. JAMA. 2017;318(17):1687-1699. doi: 10.1001/jama.2017.15006 [doi].

3. Sherrington C, Tiedemann A, Fairhall N, Close JC, Lord SR. Exercise to prevent falls in older adults: An updated meta-analysis and best practice recommendations. N S W Public Health Bull. 2011;22(3-4):78-83. doi: 10.1071/NB10056 [doi].

4. Vieira ER, Palmer RC, Chaves PH. Prevention of falls in older people living in the community. BMJ. 2016;353:i1419. doi: 10.1136/bmj.i1419 [doi].

5. Burton E, Lewin G, O'Connell H, Hill KD. Falls prevention in community care: 10 years on. Clin Interv Aging. 2018;13:261-269. doi: 10.2147/CIA.S153687 [doi].

6. חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994. https://www.health.gov.il/LegislationLibrary/Bituah_01.pdf.

7. המחלקה הארצית לפיזיותרפיה, משרד הבריאות. 2019.

8. Sherrington C, Tiedemann A. Physiotherapy in the prevention of falls in older people. J Physiother. 2015;61(2):54-60. doi: 10.1016/j.jphys.2015.02.011 [doi].

9. Avin KG, Hanke TA, Kirk-Sanchez N, et al. Management of falls in community-dwelling older adults: Clinical guidance statement from the academy of geriatric physical therapy of the american physical therapy association. Phys Ther. 2015;95(6):815-834. doi: 10.2522/ptj.20140415 [doi].

10. Gillespie LD, Robertson MC, Gillespie WJ, et al. Interventions for preventing falls in older people living in the community. Cochrane Database Syst Rev. 2012(9). doi: 10.1002/14651858.CD007146.pub3 [doi].

11. Church J, Goodall S, Norman R, Haas M. The cost effectiveness of falls prevention interventions for older community dwelling australians. Aust N Z J Public Health. 2012(vol. 36 no. 3):241-8. doi:10.1111/j.1753-6405.2011.00811.x [doi]

12. Davis JC, Robertson MC, Ashe MC, Liu-Ambrose T, Khan KM, Marra CA. Does a home-based strength and balance programme in people aged > or =80 years provide the best value for money to prevent falls? A systematic review of economic evaluations of falls prevention interventions. Br J Sports Med. 2010;44(2):80-89. doi: 10.1136/bjsm.2008.060988 [doi].

13. A return on investment tool for the assessment of falls prevention programmes for older people living in the community. Public health England. 2018. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/679856/A_return_on_investment_tool_for_falls_prevention_programmes.pdf

14. הקוד האתי של הפיזיותרפיסטים בישראל. המועצה העליונה של הפיזיותרפיה בישראל ועדת האתיקה. http://www.ipts.org.il/_Uploads/dbsAttachedFiles/Kod_Eti_2018(1).pdf. Updated 2018.

כתבו וערכו:

ענת שעשוע - יו"ר הועדה | יעל רותם גלילי, משרד הבריאות - בקרה מקצועית | אביטל לרנר - איגוד הפיזיותרפיה | ד"ר אורית עליון - אוניברסיטת אריאל | אילנה ליבשיץ - קופ"ח מאוחדת | פרופ' איציק מלצר - אוניברסיטת בן גוריון | איריס גרונאו - בתי חולים ממשלתיים | אלה בן נר - בתי חולים גריאטריים | דניה חופי - אוניברסיטת תל אביב | הילה הדאיה - קופ"ח לאומית | יעל רוט אילון - מכבי שרותי בריאות | כרמית כהנא - משרד הרווחה | לירז טנצר - כללית | יגאל לברן - כללית.

שאלון ה- Anterior Cruciate Ligament-Return to Sport after Injury (ACL-RSI) scale

ד"ר מיכל אלבוים-גביזון BPT, PhD[1], לירן ליפשיץ MSc, BPT[2]

[1] החוג לפיזיותרפיה, הפקולטה למדעי הרווחה והבריאות, אוניברסיטת חיפה
[2] קליניקה פיזיו אנד מור, פיזיותרפיסט נבחרת ישראל בכדורגל

הרצון לחזור לרמת הפעילות הספורטיבית שקדמה לפציעה הוא השיקול העיקרי המנחה ספורטאים להעדיף טיפול ניתוחי על טיפול שמרני במקרה של קרע ברצועה הצולבת הקדמית (anterior cruciate ligament-ACL).[1] יחד עם זאת, מחקרי סקירה שיטתית ומטה-אנליזות מצביעים כי בפועל שיעור החזרה לפעילות ספורטיבית לאחר ניתוח שחזור ACL הוא נמוך מן הצפוי, ונע בין - 50% ל-82%,[1-5] ונמצא קשור גם לסוג הספורט ולרמת הפעילות, וגם למשך הזמן שחלף מאז הפגיעה.[1-5] כך למשל, נמצא, שבקרב נבדקים שהשתתפו בספורט תחרותי מסוג PIVOTING רק 33% חזרו לשחק כשנה אחרי הניתוח.[2] במחקר שעקב לאורך 7 שנים אחרי שחקני כדורגל שעברו ניתוח שחזור של ACL, נמצא שרק 46% חזרו לעסוק בספורט תחרותי.[3]

מחקר מטה-אנליזה שיטתי מצא שיעור חזרה נמוך לפעילות ספורטיבית טרום-פציעה אף על פי שבקרב 90% מן המנותחים שעברו שחזור ACL הניתוח עצמו הוגדר כ"הצלחה".[4,3] לאור זאת, יש מקום להרחיב את תהליך ההערכה והטיפול מעבר לזיהוי, למדידה ולטיפול רק בליקויים פיזיקאליים וביומכניים, כגון חוזק השתל, כוח השרירים ותפקוד נוירומוסקולרי.[5] ההמלצה היא לנקוט גישה כוללנית, שמביאה בחשבון גם גורמים סביבתיים ואישיים, בהתאם למודל של ארגון הבריאות העולמי ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health).[6]

כמה מחקרים בעשור האחרון הצביעו על כך שחשש מקרע חוזר של ACL הוא גורם משמעותי לירידה בפעילות הספורט, עד כדי הפסקתה.[4] כמו כן נמצא, בקרב ספורטאים שחזרו לרמת הפעילות הספורטיבית שקדמה לפגיעה, רמת חוללות גבוהה וחשש נמוך מפגיעה חוזרת.[7] מחקר מטה-אנליזה מצא התאמה גבוהה בין תגובות פסיכולוגיות חיוביות לשיעור החזרה לספורט לאחר פגיעות שריר-שלד.[8] בהקשר זה הוטבע המושג "בשלות נפשית" (psychological readiness) המתייחס לתגובות הנפשיות המשפיעות על החזרה לספורט אחרי פגיעת ACL, ובכללן ציפיות מציאותיות, רמת ביטחון בביצועים, רמת חוללות עצמאית ורמות של חשש (fear) מקריעה חוזרת של ה-ACL, חוסר ביטחון במידת התפקוד של הברך, חשש שאיכות הביצועים הספורטיביים נפגעה ופחד מתנועה (kinesiophobia).[10,9,7,3]

משמעות הדבר היא שישנם מצבים שבהם קיימת החלמה מלאה מבחינה פיזיולוגית, שבאה לידי ביטוי בציונים תקינים במבדקים פיזיולוגיים, כגון בטווחי תנועה מלאים, בהיעדר נפיחות, בכוח שרירים ובמבחנים פונקציונליים, אך מבחינה פסיכולוגית המטופל לא "בשל" לחזור לספורט. לכן, קיים הצורך בכלי ההערכה שיאפשר זיהוי של מטופלים בעלי תגובות פסיכולוגיות שליליות כדי לאפשר זיהוי מוקדם ומתן התערבות רב-צוותית, שתאפשר לספורטאי להשיג מטרות מציאותיות של חזרה לספורט.[11] יש לציין שלעיתים ייתכן מצב הפוך, שבו הספורטאי מפגין רמה גבוהה של בשלות נפשית אבל רמה פיזיולוגית בלתי מספקת.

השאלון המוצג במדור הנוכחי מיועד להערכה מהימנה ותקפה של רמת הבשלות הנפשית לחזור לפעילות ספורט. שאלון ה-(ACL-RSI), The Anterior Cruciate Ligament Return to Sport after Injury - פותח בידי Webster ועמיתיו באוסטרליה (2008)[12] לשם קביעת ההשפעה הפסיכולוגית ורמת הבשלות הנפשית (psychological readiness) כדי לחזור לפעילות ספורט לאחר ניתוח שחזור של ACL או פגיעת ACL.[12] שאלון ה-ACL-RSI נמצא בשימוש תדיר, ואף תורגם מאנגלית לשפות רבות, כגון נורווגית, יפנית, צרפתית, טורקית, סינית, איטלקית וגרמנית, ונמצא כבעל נתונים פסיכומטריים טובים במגוון הגרסאות המתורגמות.[22,21-17,13,11] אנשי המקצוע

ממליצים ששאלון זה יהיה חלק ממערך של בדיקות שיש לערוך לאחר ניתוח שחזור ACL כדי לוודא חזרה בטוחה לעיסוק בספורט.[18]

תיאור הכלי:
השאלון מכיל 12 שאלות (ראה פירוט בנספח 1). השאלון כולל הערכה של שלושה סוגי תגובות פסיכולוגיות אצל הספורטאי: תגובות רגשיות (כגון חרדה מפגיעה חוזרת ותסכול - 5 פריטים), רמת הביטחון שלו ביכולתו לבצע את רמת פעילות הספורט שביצע לפני הפגיעה באופן כללי ורמת ביטחונו ב"תפקוד" הברך (5 פריטים), וכן הערכת סיכונים (2 פריטים).[12]

טווח הציונים ונקודת חתך:
כל אחת מבין 12 השאלות מדורגת בסולם מסוג (VAS) visual analog scale של 10 נקודות. הציון הכולל מבוטא באחוזים ומחושב בצורה הזאת:
ציון כללי (%) = 120/(סה"כ הציונים של כל אחד מ-12 הפריטים X 100). הציון הכולל של השאלון נע בטווח 0%-100%. ציון גבוה מעיד על תגובה פסיכולוגית חיובית יותר.

נקודת חתך: ציון מתחת ל-51.3% כשישה חודשים לאחר ניתוח שחזור ACL מעיד על סיכוי נמוך לחזור לפעילות הספורט שקדמה לניתוח ברמת רגישות גבוהה (97%) וברמת ספציפיות בינונית (63%).[19] עוד נמצא שציון של מתחת ל-47% כתשעה חודשים אחרי הניתוח מעיד על סיכוי נמוך לחזור לפעילות הספורט שקדמה לניתוח, זאת ברמת רגישות גבוהה (85%) וברמת ספציפיות נמוכה (45%).[20]

תכונות פסיכומטריות:
לשאלון עקביות פנימית גבוהה (Cronbach's alpha=0.92).[12] תוקף השאלון נבדק בכמה מחקרים ונמצא כבעל תוקף מבחין בין ספורטאים שלא חזרו לרמת פעילות הספורט הקודמת שלהם ובין אלו שחזרו,[12] וכבעל יכולת ניבוי של חזרה לרמת הספורט הקודמת (שלפני ACL) בחלוף 12 חודשים מן הניתוח.[21] כמו כן, השאלון נמצא כבעל תוקף מבנה validity construct טוב עם מספר שאלוני דיווח-עצמי, כגון שאלון הערכת רמת קיניזיופוביה (Tampa scale for kinesiophobia[22] ושאלונים ספציפיים לפתולוגיות במפרק הברך - the International Knee Documentation Committee-(Subjective Knee Form)[13], ושאלון ה-(KOOS Knee injury and Osteoarthritis Outcome Score.[22,15,13,7]

הגרסה המקוצרת של השאלון
משיקולים של חיסכון בזמן של הקלינאי פרסמו מחברי השאלון בשנת 2018 גרסה מקוצרת של השאלון. לאחר השמטה של שאלות מכל אחד משלושת חלקיו מכיל השאלון המקוצר רק את השאלות 11,9,7,4,2,1 (ראה נספח 1).

נמצא כי הגרסה המקוצרת בעלת עקביות פנימית גבוהה (Cronbach alpha, 0.92) וניתוח גורמים שמאמת נוכחות של גורם אחד, שהוא ה-psychological readiness, המסביר 71% מן השונות הכללית. כמו כן, השאלון בעל תוקף ניבוי לחזרה לפעילות הספורט ברמה שקדמה לפגיעת ה-ACL לאחר 12 חודשים מן הניתוח.[21] בגרסה המקוצרת - ציון מעל 60%, כשישה חודשים לאחר הניתוח, מעיד על כך שקרוב לוודאי יחזור הספורטאי לפעילות ברמה שקדמה לניתוח, וציון מתחת ל-39% מעיד כי קרוב לוודאי לא יחזור הספורטאי לעסוק בספורט לאחר 12 חודשים לאחר הניתוח.[18]

סיכום
שאלון ה-RSI-ACL הינו שאלון תקף ומהימן. הוא יכול לשמש את הקלינאי לזיהוי של מטופלים הנמצאים בתהליך שיקום לאחר שעברו ניתוח שחזור ACL, אשר זקוקים לתמיכה פסיכולוגית כדי לחזור לרמת פעילות הספורט שקדמה לפגיעה. אפשר להשתמש בשאלון כמה פעמים לאורך תקופת השיקום כדי לעקוב אחרי השינוי בבשלות הנפשית של המטופל לאורך זמן.

נספח -1 גרסה עברית של שאלון ה-The Anterior Cruciate Ligament-Return to Sport after Injury (ACL-RSI)*

בכל אחת מבין השאלות שלפניך עליך לענות בקשר לספורט העיקרי שהשתתפת בו לפני פגיעת ה-ACL. בחר את הספרה המתאימה ביותר בסולם שבין 0 לבין 10, כאשר 0 פירושו: "כלל לא" ו-10 - פירושו: "במידה רבה מאוד".

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
כלל לא										במידה רבה מאוד

חלק א: רגשות:

1. האם אתה חש אי-נוחות בפעילות הספורט שלך?

2. האם אתה מתוסכל מכך שאתה צריך להתחשב במצב הברך שלך בפעילות הספורט שאתה משתתף בה?

3. האם אתה רגוע בקשר להשתתפותך בפעילות הספורט?

4. האם אתה חושש לפגיעה חוזרת בברך אם תשתתף בפעילות הספורט שלך?

5. האם אתה חושש לפגיעה בברך, בטעות, אם תשתתף בפעילות הספורט שלך?

ביטחון בביצועים:

6. האם אתה חש ביטחון שהברך שלך "לא תקרוס" בעת פעילות הספורט שלך?

7. האם אתה חש ביטחון שתוכל לעשות את פעילות הספורט שלך מבלי להביא בחשבון את מצב הברך שלך?

8. האם אתה חש ביטחון שהברך שלך תחזיק מעמד תחת לחצים?

9. האם אתה חש ביטחון שתוכל לעמוד באותה רמת ביצועים בספורט שעסקת בו לפני הפגיעה?

10. האם אתה חש ביטחון ביכולת שלך לתפקד היטב בפעילות הספורט שלך?

הערכת סיכונים:

11. האם אתה חושב שיש אפשרות שהברך שלך תיפגע שוב בעת פעילות הספורט שלך?

12. האם המחשבה שייתכן שתצטרך לעבור שוב ניתוח ושיקום מונעת ממך לעסוק בפעילות הספורט שלך?

השאלות המודגשות הן השאלות שמופיעות בגרסה המקוצרת.

*השאלון נוסח בלשון זכר, אך מיועד לנשים ולגברים כאחד. למיטב ידיעתנו, הכלי לא תורגם עד כה לעברית; תוכן השאלון מובא כאן בתרגום חופשי של מיכל אלבוים-גביזון ולירן ליפשיץ, ונמצא בתהליך לקבלת אישור לתיקוף השאלון בעברית.

מקורות

1. Ardern CL, Webster KE, Taylor NF, Feller JA. Return to sport following anterior cruciate ligament reconstruction surgery: a systematic review and meta-analysis of the state of play. British journal of sports medicine. 2011;45(7):596-606.
2. Brophy RH, Schmitz L, Wright RW, et al. Return to play and future ACL injury risk after ACL reconstruction in soccer athletes from the Multicenter Orthopaedic Outcomes Network (MOON) group. The American journal of sports medicine. 2012;40(11):2517-2522.
3. Ardern C, Taylor N, Feller J, Webster K. Return to sport outcomes at 2 to 7 years following anterior cruciate ligament reconstruction surgery. The British Editorial Society of Bone & Joint Surgery; 2012:101-101.
4. Ardern CL, Taylor NF, Feller JA, Webster KE. Fifty-five per cent return to competitive sport following anterior cruciate ligament reconstruction surgery: an updated systematic review and meta-analysis including aspects of physical functioning and contextual factors. British journal of sports medicine. 2014;48(21):1543-1552.
5. Ardern CL, Kvist J, Webster KE. Psychological aspects of anterior cruciate ligament injuries. Operative Techniques in Sports Medicine. 2016;24(1):77-83.
6. Cieza A, Brockow T, Ewert T, et al. Linking health-status measurements to the international classification of functioning, disability and health. Journal of Rehabilitation Medicine. 2002;34(5):205-210.
7. Te Wierike S, Van Der Sluis A, van den Akker-Scheek I, Elferink-Gemser M, Visscher C. Psychosocial factors influencing the recovery of athletes with anterior cruciate ligament injury: a systematic review. Scandinavian journal of medicine & science in sports. 2013;23(5):527-540.
8. Ardern CL, Taylor NF, Feller JA, Webster KE. A systematic review of the psychological factors associated with returning to sport following injury. British journal of sports medicine. 2013;47(17):1120-1126.
9. Langford JL, Webster KE, Feller JA. A prospective longitudinal study to assess psychological changes following anterior cruciate ligament reconstruction surgery. British journal of sports medicine. 2009;43(5):377-378.
10. Hirohata K, Aizawa J, Furuya H, et al. The Japanese version of the anterior cruciate ligament-return to sport after injury (ACL-RSI) scale has acceptable validity and reliability. Knee surgery, sports traumatology, arthroscopy. 2020;28(8):2519-2525.
11. Faleide AGH, Inderhaug E, Vervaat W, et al. Anterior cruciate ligament-return to sport after injury scale: validation of the Norwegian language version. Knee surgery, sports traumatology, arthroscopy. 2020:1-10.
12. Webster KE, Feller JA, Lambros C. Development and preliminary validation of a scale to measure the psychological impact of returning to sport following anterior cruciate ligament reconstruction surgery. Physical therapy in sport. 2008;9(1):9-15.
13. Bohu Y, Klouche S, Lefevre N, Webster K, Herman S. Translation, cross-cultural adaptation and validation of the French version of the Anterior Cruciate Ligament-Return to Sport after Injury (ACL-RSI) scale. Knee Surgery, Sports Traumatology, Arthroscopy. 2015;23(4):1192-1196.
14. Harput G, Tok D, Ulusoy B, et al. Translation and cross-cultural adaptation of the anterior cruciate ligament-return to sport after injury (ACL-RSI) scale into Turkish. Knee Surgery, Sports Traumatology, Arthroscopy. 2017;25(1):159-164.
15. Kvist J, Österberg A, Gauffin H, Tagesson S, Webster K, Ardern C. Translation and measurement properties of the S wedish version of ACL-Return to Sports after Injury questionnaire. Scandinavian journal of medicine & science in sports. 2013;23(5):568-575.
16. Thiebat G, Cucchi D, Spreafico A, et al. Italian version of the anterior cruciate ligament-return to sport after injury scale (IT ACL-RSI): translation, cross-cultural adaptation, validation and ability to predict the return to sport at medium-term follow-up in a population of sport patients. Knee Surgery, Sports Traumatology, Arthroscopy. 2021:1-10.
17. Chen T, Zhang P, Li Y, et al. Translation, cultural adaptation and validation of simplified Chinese version of the anterior cruciate ligament return to sport after injury (ACL-RSI) scale. PloS one. 2017;12(8):e0183095.
18. Gokeler A, Welling W, Zaffagnini S, Seil R, Padua D. Development of a test battery to enhance safe return to sports after anterior cruciate ligament reconstruction. Knee surgery, sports traumatology, arthroscopy. 2017;25(1):192-199.
19. Müller U, Krüger-Franke M, Schmidt M, Rosemeyer B. Predictive parameters for return to pre-injury level of sport 6 months following anterior cruciate ligament reconstruction surgery. Knee Surgery, Sports Traumatology, Arthroscopy. 2015;23(12):3623-3631.
20. Faleide AGH, Magnussen LH, Strand T, et al. The Role of Psychological Readiness in Return to Sport Assessment After Anterior Cruciate Ligament Reconstruction. The American Journal of Sports Medicine. 2021:0363546521991924.
21. Webster KE, Feller JA. Development and validation of a short version of the anterior cruciate ligament return to sport after injury (ACL-RSI) scale. Orthopaedic journal of sports medicine. 2018;6(4):2325967118763763.
22. Kvist J. Rehabilitation following anterior cruciate ligament injury. Sports Medicine. 2004;34(4):269-280.

ערכה את המדור: ד"ר סמדר פלג BPT, PhD

במדור זה מוצגים תקצירים מתורגמים לעברית של מאמרים אשר פורסמו בספרות העולמית. על פי חוזי זכויות היוצרים של כתבי העת המוגדרים 'open access' (גישה פתוחה), אין צורך בהסכמת מערכות כתבי עת אילו לתרגום ופרסום התקצירים בעברית. במקרה של תקצירים שהופיעו בכתבי עת שאינם בגישה פתוחה, מערכת כתב העת של העמותה לקידום הפיזיותרפיה בישראל קיבלה אישור פורמלי לפרסם את התקציר המתורגם לעברית מעורכי כתבי העת הרלוונטיים. יש לציין כי מערכת כתב העת שלנו אחראית על תרגום התקצירים ועל כל שגיאה או שינוי במהות התכנים הנובעים מתהליך התרגום מאנגלית לעברית.

קול קורא: נשמח אם קוראי כתב העת יפנו את תשומת ליבנו למאמרים עדכניים אשר הופיעו בספרות העולמית ואשר עשויים לעניין את ציבור הקוראים שלנו. **במיוחד נשמח לפרסם כאן תקצירי מאמרים שפורסמו בספרות העולמית אשר עמיתים מישראל היו שותפים בהכנתם.**

Hop tests and psychological PROs provide a demanding and clinician-friendly RTS assessment of patients after ACL reconstruction, a registry study

Piussi R, Beischer S, Thomeé R, Hamrin Senorski E
BMC Sports Science, Medicine and Rehabilitation May 2020 ..12:32

תקציר

מבחני ניתור ומבדקים פסיכולוגיים בדיווח עצמי מספקים לקלינאי כלי ידידותי להערכת כשירותו של המטופל לחזור לפעילות ספורטיבית לאחר ניתוח לשחזור הרצועה הצולבת הקדמית

רקע: קיים עניין גובר בהערכת רווחתם הגופנית, הנפשית והחברתית (well- being) של מטופלים שעברו שחזור הרצועה הצולבת הקדמית (Anterior Cruciate Ligament - ACL). לא ידוע אם מדדים פסיכולוגיים, נוסף על בדיקות של תפקוד השרירים, יכולים לסייע בקבלת ההחלטה על החזרה לפעילות ספורטיבית (Return To Sport - RTS). לפיכך, מטרת המחקר הזה הייתה להעריך את שיעורי המעבר בסדרות של בדיקות, עם ובלי מדדים פסיכולוגיים, לבחינת הכשירות לפעילות ספורטיבית של מטופל, שנה אחת לאחר שחזור ACL.

שיטות: במחקר חתך עוקבה זה השתתפו 320 מטופלים (51% גברים) בני 18-65, שנה לאחר שחזור ACL. מדדי התוצאה כללו שיעורי מעבר בסדרת בדיקות, שבחנו את תפקודי השרירים (כשהתוצאות מוצגות באמצעות אינדקס הסימטריה של הגפה), וכללו בדיקות של כוח היישור וכוח הכפיפה של הברך, שלושה מבחני ניתור (hop tests), וכן שני מדדים פסיכולוגיים המבוססים על דיווח עצמי של המטופל.

איכות החיים הוערכה באמצעות סולם-משנה אחד מתוך סולם להערכה תפקודית לאחר פציעה או תהליך ניווני בברך - Knee Injury and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS QoL) ומדד החזרה לספורט לאחר שחזור הרצועה הצולבת הקדמית ACL Return to Sport after Injury (ACL-RSI). הבדיקות נערכו שנה לאחר שחזור ה-ACL. סדרות הבדיקות כללו שתי בדיקות של תפקוד שרירי (ניתור אנכי וניתור למרחק כשהציון "עובר" באינדקס הסימטרייה הוא 90%), שתי בדיקות של תפקוד שרירי ושני מדדים פסיכולוגיים (כאשר הציון "עובר" באינדקס הסימטרייה הוא 90%, 62.5 נקודות במבחן KOOS QoL ו-76.6 נקודות במבדק ACL-RSI), חמישה מבדקי תפקוד שרירי (שני מבדקי חוזק ושלושה מבחני ניתור, כולל ניתור הצידה, כשהציון "עובר" באינדקס הסימטריה הוא 90%) וחמישה מבדקי תפקוד שרירי עם שני מדדים פסיכולוגיים (כשהציון "עובר" באינדקס הסימטרייה - 90%, 62.5 נקודות במבחן KOOS QoL ו-76.6 נקודות במבדק ACL-RSI).

תוצאות: שיעורי המעבר בסדרות הבדיקות היו 47% עבור שתי בדיקות של התפקוד השרירי, 19% עבור שתי בדיקות של התפקוד השרירי בשילוב שני מדדים פסיכולוגיים, 29% עבור חמש בדיקות של תפקוד שרירי, ו-13% עבור חמש בדיקות של תפקוד שרירי בשילוב שני מדדים פסיכולוגיים. השימוש במדדים הפסיכולוגיים בשילוב מבדקי התפקוד השרירי הניבו את שיעור המעבר הנמוך ביותר (13%).

התקבל מתאם (correlation) חזק בין המעבר של שני מבחני הניתור ושני המדדים הפסיכולוגיים ובין המעבר בחמשת מבחני התפקוד השרירי (r = 0.41), וגם שיעור המעבר של חמשת מבדקי התפקוד השרירי ושני המדדים הפסיכולוגיים (r = 0.79).

מסקנות: מבחני ניתור (hop tests), בשילוב המדדים הפסיכולוגיים, מספקים סדרת בדיקות שהיא ידידותית לקלינאי לשם הערכה תפקודית של מטופל שנה לאחר שחזור ACL, שכן שיעור המעבר היה 19% בשני מבחני הניתור בשילוב שני מדדים פסיכולוגיים, לעומת 29% בחמישה מבדקי הפעילות השרירית המצריכים ציוד בדיקה מתקדם.

מילות מפתח: ברך, הערכה, סדרת בדיקות, הרצועה הצולבת הקדמית

Bobath therapy is inferior to task-specific training and not superior to other interventions in improving lower limb activities after stroke: a systematic review

Scrivener K, Dorsch S, McCluskey A, Schurr K, Graham PL, Cao Z, Shepherd R, Tyson S
Journal of Physiotherapy 66 (2020) 225-235

תקציר

הטיפול בשיטת בובאת' נחות לעומת אימון ספציפי למשימה, ואינו עדיף על יתר ההתערבויות בשיפור פעילות הגפיים התחתונות לאחר שבץ מוחי: סקירה שיטתית

שאלה: האם טיפול בשיטת בובאת' משפר את רמת התפקוד, הכוח והתיאום (קואורדינציה) בין השרירים אצל מבוגרים לאחר שבץ מוחי, בהשוואה להתערבות אחרת, או ללא התערבות?

תוכנית המחקר: סקירה שיטתית של ניסויים אקראיים ושל מטה-אנליזות.

משתתפים: מבוגרים לאחר שבץ מוחי.

התערבות: טיפול בשיטת בובאת' בהשוואה להתערבות אחרת, או ללא התערבות.

מדדי התוצאה: רמת התפקוד של הגפיים התחתונות (לדוגמה: מעבר מישיבה לעמידה, הליכה, שיווי משקל), חוזק/כוח של הגפיים התחתונות ותיאום (קואורדינציה). איכות הניסויים הוערכה באמצעות סולם PEDro.

תוצאות: בסקירה נכללו 22 מחקרים אקראיים ו-17 מחקרי מטה-אנליזה. הייתה שונות באיכות המתודולוגית של הניסויים, וציוני ה-PEDro נעו בין 2 ל-8 מתוך 10. לא נמצאו ניסויים שהשוו מצב ללא התערבות לטיפול בשיטת בובאת'. המטה-אנליזה העריכה את ההשפעה של התערבות/טיפול בשיטת בובאת' על רמת התפקוד של הגפיים התחתונות

בהשוואה לשיטות התערבות/טיפול אחרות, כולל אימון ספציפי למשימה (תשעה מחקרים), התערבויות משולבות (ארבעה מחקרים), גרייה נוירו-שרירית פרופריוצפטיבית (PNF) (מחקר אחד) ואימוני כוח (שני מחקרים).

הנתונים במאגר, הצביעו על כך שלאימון ספציפי למשימה יש השפעה מתונה גדולה יותר על רמת התפקוד של הגפיים התחתונות בהשוואה לטיפול בשיטת בובאת' (SMD 0.48), אף שהשיעור האמתי של התועלת עשוי להיות גדול או קטן באופן ניכר מההערכה הזו (רווח בר סמך 95%, 0.01 עד 0.95).

הטיפול בשיטת בובאת' לא שיפר בצורה בולטת את רמת התפקוד של הגפיים התחתונות בהשוואה להתערבות משולבת (SMD 20.06, רווח בר סמך 95% 0.61 עד 20.73) או אימוני כוח (SMD 0.35, רווח בר סמך 95% 20.37 עד 1.08). במחקר אחד היה הטיפול בשיטת בובאת' יעיל יותר בשיפור שיווי המשקל בעמידה, בהשוואה לשיטת PNF (SMD 21.4, רווח בר סמך 95% 21.92 עד 20.88), אך לא נמצא הבדל ביתר המדדים/תפקודים. הטיפול בשיטת בובאת' לא שיפר באופן ניכר את הכוח או את התיאום השרירי בהשוואה להתערבויות אחרות.

מסקנות: הטיפול בשיטת בובאת' היה נחות בהשוואה לאימון ספציפי למשימה, ולא היה עדיף על התערבויות אחרות, למעט שיטת PNF. לפיכך, העדפת הטיפול בשיטת בובאת' על פני שיטות התערבות אחרות אינה נתמכת בממצאים עדכניים.

מילות מפתח: שיטת בובאת', שבץ מוחי, פיזיותרפיה, הליכה, גפה תחתונה

Identifying goals, roles and tasks of extended scope physiotherapy in Dutch primary care-an exploratory, qualitative multi-step study

Bastiaens F, Barten DJ, Veenhof C
BMC Health Services Research (2021) 21:19

תקציר

זיהוי מטרות, תפקידים ופעולות בהיקף מורחב בפיזיותרפיה בטיפול ראשוני בהולנד, מחקר איכותני רב שלבי

רקע: הגידול בעלויות הבריאות, המחסור ברופאי המשפחה והתבגרות האוכלוסייה, מציבים בראש סדר העדיפויות את השינוי במבנה שירותי הבריאות. כדי לעמוד באתגרים אלו, התפקידים המסורתיים של חברי הקהילה הרפואית שאינם רופאים נשקלים מחדש. בתחום הפיזיותרפיה התפתח עניין בהרחבת פעולות המקצוע (Extended scope physiotherapy - ESP). בעוד מחקרים התמקדו בתפיסות של בעלי דעה שונים ביחס ל -ESP, ישנם הבדלים רבים בפירוש שניתן למונח זה.

מטרה: לזהות תבנית של ESP, המשלבת יעדים, תפקידים ומשימות, כדי לספק גישה עקבית ליישום ESP בטיפול ראשוני.

שיטות: נערך מחקר גישוש איכותני רב-שלבי שכלל סקירת תחום (scoping review), קבוצות מיקוד וראיונות מובנים-למחצה. אוכלוסיית המחקר כללה מטופלים, פיזיותרפיסטים, רופאי משפחה ובעלי עניין עקיף, כגון מרצים/ות, מבטחי בריאות וקובעי מדיניות הקשורה בטיפול ראשוני בפיזיותרפיה. הנושאים העיקרים שנדונו בקבוצת המיקוד ובראיונות המובנים-למחצה היו: יעדים, כישורים ותפקידים הקשורים ל-ESP. שיטת ה"מסגרת", שפיתחו ריצ'י וספנסר, שימשה כגישה האנליטית לשכלול ודיוק המסגרת להרחבת הפעולות בפיזיותרפיה.

תוצאות: בוצעו שתי קבוצות מיקוד ו-12 ראיונות מובנים-למחצה כדי לבדוק את נקודות המבט של בעלי העניין בנושא ESP בטיפול הראשוני בהולנד. סך הכול השתתפו במחקר

11 פיזיותרפיסטים, שישה רופאי משפחה, חמישה מטופלים וארבעה בעלי עניין עקיפים.

התקבלה הסכמה גדולה לכך שהמטרות העיקריות של ESP הן: "הפחתת עלויות הבריאות", "התמודדות עם עלייה בביקוש לשירותי בריאות" ו-"שיפור ביעילות שירותי הבריאות". ההסכמה הגדולה ביותר הייתה לגבי המשימות הבאות המתאימות ל-ESP: "מיון ראשוני"" (triaging), "הפניה למומחים" ו-"הפניה להדמיה לשם אבחנה". רוב בעלי העניין תמכו גם ב"עבודה בצוות רב -מקצועי", "עבודה כיועץ"" וב- "תפקיד ה-ESP כשונה מתפקיד הפיזיותרפיסט".

מסקנות: בהתבסס על סקירת התחום, על קבוצות המיקוד ועל הראיונות עם בעלי עניין ישירים ועקיפים, נראה כי ישנה תמיכה מספקת ב-ESP בהולנד. מחקר זה מספק תמונה ברורה כיצד אפשר להמשיג את ה-ESP בטיפול הראשוני. הצעד הבא יהיה מחקר מקדים המתמקד בהיתכנות ה-ESP בטיפול הראשוני בהולנד.

מילות מפתח: אופנויות טיפול בפיזיותרפיה, הרחבת פעולות, מחקר רב-שלבי, טיפול ראשוני

Doctor of Physical Therapy Education in a Hybrid Learning Environment: Reimagining the Possibilities and Navigating a "New Normal"

Gagnon K, Young B, Bachman T, Longbottom T, Severin R, Walker MJ

Physical Therapy, 2020 Aug 100(8):1268-1277

תקציר

הכשרת דוקטור לפיזיותרפיה בסביבת למידה היברידית: לדַמות מחדש את האפשרויות ולנווט אל ה"נורמלי החדש"

החינוך המקצועי בפיזיותרפיה חווה מהפך במהלך העשורים האחרונים, והוא מאפשר יתר עצמאות והרחבה של תחומי הטיפול. שינויים אלה התרחשו במקביל לשינויים מערכתיים ומבניים בתחום הבריאות וההשכלה גבוהה, אשר חוו אתגרים שגרמו לשיפור הגישה והשליטה בעלויות, והפכו ללב ליבו של השיח בחקיקה ובפוליטיקה. במקביל, ההתקדמות הטכנולוגית יצרה אפשרויות חדשות בחינוך ובהוראה עם הופעתם של מודלים ללמידה מקוונת, מעורבת (blended), ושילוב של מודל ה"כיתה ההפוכה" (flipped learning model), שתמכו או החליפו את הלמידה "פנים-אל -פנים" (face to face) בלמידה-מרחוק (distance learning).

חינוך היברידי הוא סוג של למידה משולבת, המשתמשת גם באסטרטגיות הוראה פנים-אל-פנים וגם באסטרטגיות להוראה מקוונת. בסביבת למידה היברידית, תוכן מקוון עשוי להיות מועבר בצורה סינכרונית או א-סינכרונית, ולהחליף את ההוראה המסורתית פנים-אל-פנים על ידי צמצום זמן הישיבה (seat time) של הסטודנטים. לאחרונה הוקדשה תשומת הלב ללמידה מקוונת ולהוראה משולבת בחינוך הפיזיותרפי בשל התפרצות מגפת הקורונה לאור המעבר מהוראה פנים-אל-פנים להוראה-מרחוק (remote instruction) שתוכניות נדרשו לעשות.

אסטרטגיות להוראה מעורבת בפיזיותרפיה תוארו ברמת הקורס. אך אין ספרות המתארת יישום של למידה היברידית ברמה של תוכנית הלימודים, ויש דיון מועט על שיטות מומלצות ליישום הוראה משולבת ומקוונת בחינוך הפיזיותרפי.

מאמר זה מספק סקירה כללית של חינוך היברידי, מתאר מסגרות תיאורטיות המאפשרות יישום של חינוך היברידי בתוך תוכנית הלימודים, ודן בכיוונים עתידיים לחינוך היברידי בפיזיותרפיה ובמחקר חינוכי.

"בין האקדמיה לשטח – לספר או לשתוק"?

זהבה דוידוב BPT, MA

[1] יו"ר ועדת האתיקה של הפיזיותרפיסטים בישראל וראש היחידה ללימודים קליניים ומרצה בחוג לפיזיותרפיה, אוניברסיטת חיפה

הקדמה: ברוב מכוני ומחלקות הפיזיותרפיה בארץ מתקיימות התנסויות קליניות. לעתים מתעוררות דילמות אתיות הקשורות בהדרכה של הסטודנטים, ולעיתים הדילמות נוגעות לקשר שבין האקדמיה (אשר שולחת את הסטודנטים להתנסות) ובין מקומות ההתנסות (אשר בהם מדריכים את הסטודנטים).

לפניכם מוצגים שני מקרים המעלים דילמות, והערכים הביו-אתיים הנוגעים לכל דילמה.

הפעם, נשמח לשמוע את דעתכם בקשר לכל אחד מן המקרים: מה אתם, הפיזיותרפיסטים (המדריכים הקליניים ושאינם מדריכים קליניים), הייתם עושים בכל מקרה? את דעתכם תוכלו לשלוח בטופס המקוון שלהלן. הטופס מכיל ארבע שאלות קצרות ומקום להערות. נודה לכם אם תשיבו לשאלות עד לתאריך 1.7.21. בגיליון הבא של כתב העת נציג סיכום של דעותיכם.

לקישור לטופס המקוון לחצו כאן

https://forms.gle/VRJctRhmRjfHbLe29

תיאור מקרה 1: "תעשי לי מסג' בבקשה"

מקום ההתרחשות: מרכז שיקום

במהלך התנסות שיקום, פנה המדריך לאחת הסטודנטיות ואמר: "אוי, כל כך כואב לי הצוואר והגב העליון, תוכלי בבקשה לעשות לי מסג'? זה ממש יקל עלי". הסטודנטית הייתה נבוכה, חשה אי-נוחות, אך הסכימה. המדריך פשט את חולצתו, שכב על מיטת הטיפולים, והסטודנטית עשתה לו מסג'.

במהלך ביקור האמצע בהתנסות, דיווחה הסטודנטית על המקרה לראש היחידה ללימודים קליניים באוניברסיטה. הסטודנטית סיפרה שהרגישה שלא הייתה לה כל ברירה אלא להסכים לבקשת המדריך. אבל ככל שהיא חושבת על זה, היא חשה אי-נוחות. יחד עם זאת, היא לא מוכנה שראש היחידה ללימודים קליניים תדבר על כך עם המדריך או עם כל אדם אחר.

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

מה אתם הייתם עושים במקרה הזה?

הערכים האתיים העולים בדילמה:
בצד של קבלת ההחלטה "לכבד את רצונה של הסטודנטית ולא לומר שום דבר" נמצאים הערכים: **כבוד האדם וכיבוד האוטונומיה ורעות**.
בצד של קבלת ההחלטה "לדבר עם המדריך או עם מנהל הפיזיותרפיה" נמצאים הערכים: **אמירת אמת ומקצועיות**.

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

מקום ההתרחשות: בית חולים

בהתנסות הראשונה בבית החולים, במהלך שלושת השבועות הראשונים להתנסות, עברה סטודנטית חמש עבירות בטיחות. בכל פעם דיבר המדריך עם הסטודנטית, ניתח איתה את האירועים, והסביר לסטודנטית במה שגתה. מכיוון שזו הייתה לה ההתנסות הראשונה, נתן המדריך לסטודנטית הזדמנויות נוספות, אך לא ראה שהערותיו הופנמו, והסטודנטית חזרה שוב ושוב על אותן עבירות בטיחות. כל העבירות היו קשורות בחוסר שמירה על המטופל בזמן הליכה או בעלייה במדרגות. הסטודנטית עמדה רחוק מדי מן המטופל או דיברה עם אדם אחר בזמן ההליכה, ובעת העלייה במדרגות עמדה שלוש מדרגות מתחת למטופל. במקרה האחרון, הסטודנטית שוב עמדה רחוק מדי ממטופלת בזמן שזו הלכה בעזרת הליכון, והמטופלת נפלה, אך לא נפצעה. המדריך החליט, בתיאום עם רכזת ההדרכה ועם האוניברסיטה, להפסיק את ההתנסות של הסטודנטית שמשמעותה - ציון נכשל בהתנסות.

הסטודנטית עומדת עכשיו להגיע להתנסות חוזרת בבית חולים אחר. על פי הנוהג המקובל בכל האוניברסיטאות, האוניברסיטה אינה מוסרת לפני ההתנסות שום מידע על הסטודנט למקום ההתנסות החדש. זאת כדי לאפשר לסטודנט להיות "דף חלק" בהתנסות, גם במקרה שזו התנסות חוזרת עבורו.

הדילמה של ראש היחידה ללימודים קליניים באוניברסיטה:
האם לידע את בית החולים על עבירות הבטיחות הקודמות של הסטודנטית כדי שיקפידו שהסטודנטית תשמור על בטיחות המטופלים **<u>או</u>** לא לידע על כך את מקום ההתנסות על פי הנוהג הרווח באוניברסיטאות.

מה אתם הייתם עושים במקרה הזה?

הערכים האתיים העולים בדילמה:
בצד של קבלת ההחלטה "לידע את בית החולים על עבירות הבטיחות הקודמות של הסטודנטית" נמצאים הערכים: **אמירת אמת, מניעת נזק, אחריות אישית וחברתית ומקצועיות**.
בצד של קבלת ההחלטה "לא לידע על כך את מקום ההתנסות על פי הנוהג הרווח באוניברסיטאות" נמצאים הערכים: **כבוד האדם (הכולל: שמירה על פרטיות וסודיות), שוויון**.

Table of Content

Editorial
What has changed?
Prof. (Emeritus) Yocheved (Yochy) Laufer, D.Sc 2

A Professional Overview
Framework for specialization in physical therapy
Ayala Parag BPT, MPA, Smadar Peleg BPT, Ph.D 4

Literature Review
Standards of the physical therapy role in the NICU: Reviewing official sources in the western world and in Israel
Daphna Kedar BPT, M.Sc, Osnat Atun-Einy BPT, PhD 19

Incontinence in children with an autism spectrum disorder: A literature review
Liat Zivan Becher BPT, Leonid Kalichman BPT, Ph.D, Lea Tene BPT, MA 41

Position statements
The role of physical therapy in low-back-pain
Noa Ben-Ami BPT, PhD 55

Physical activity in physical therapy
Ran Regev-Falach BPT, MHA, Michal Azmon BPT, PhD 55

Fall prevention
Anat Shashua, BPT, Ph.D 56

Measurement and Assessment Scales
Anterior Cruciate Ligament-Return to Sport after Injury (ACL-RSI) scale
Michal Elboim-Gabyzon BPT, Ph.D, Liran Lifshitz BPT, MSc 68

Abstracts from the literature
Editor: Smadar Peleg BPT, PhD 72

Ethical Dilemma
To report or not to report, that Is the question
Zahava Davidow, BPT, MA 76

The Journal of the Israeli Physiotherapy Society

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

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

Volume 23, Issue 1
April 2021
ISSN 2518-9646
Cover: © heike-mintel-unsplash

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

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

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

Article submission to:
yochy.laufer@gmail.com

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

The Journal of the Israeli Physiotherapy Society

The JIPTS

Vol. 23 N° 1 APRIL 2021

ISSN 2518-9646

The Journal of the Israeli Physiotherapy Society