

מחקר ברפואת משפחה – לאן?

פסח שורצמן

המח' לרפואת משפחה, שירותי בריאות כללית – מחוז דרום, החטיבה לבריאות הקהילה, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב, באר-שבע

בנוסף, מחקרים בנושא נגישות, צריכת שירותי בריאות של אוכלוסיות שונות, יעילות, ואיכות הטיפול בקהילה, יכולים להתבצע רק במיסגרת הקהילה.

מחקר ברפואת משפחה – מחסומים, פיתרונות, פירסומים

החסמים המעכבים התפתחות מחקר המבוסס בקהילה ידועים וברורים. רופא המשפחה עוסק במיגוון רחב של בעיות רפואיות – מאירגון שירותי הבריאות ועד נושאים קליניים, רפואה מונעת, ונושאי חינוך והוראה. לכן קיים קושי למקד את העניין בתחום המחקר. מחסום שני משמעותי הוא מעורבות-היתר של הרופאים עם מטופליהם, היכולה לעיתים להפריע ביכולת לבצע מחקר אובייקטיבי ומונעת מהם להפוך את המטופלים "לאובייקטים של מחקר". בנוסף, עומס עבודה, אחריות-יתר לטיפול שוטף ודרישות על זמן הרופא לנושאים מינהליים ולא רק רפואיים מהווים חסמים משמעותיים. וכך יוצא, כי מחקר בקהילה נערך לעיתים רק בנוסף, כ"תחביב". בקרב חלק מהמימסד ומרופאי המשפחה קיימת תפיסה של מעמד מקצועי נמוך, ולכן נראה כאילו אין צורך במחקר. בישראל, לקלינאים בכלל ולרופאי המשפחה בפרט אין הרגלי מחקר או תמיכה מצד קופות-החולים, הממשלה והאוניברסיטאות, ורפואה ראשונית אינה בעדיפות למימון על-ידי קרנות מחקר [6,5].

ניסיונות שונים נעשו בישראל במטרה להתגבר על קשיים אלה ובניסיון לבנות תשתית מחקר מתאימה. בשנת 1992 הוקמה רשת רמב"ם (רשת מחקר ברפואת משפחה) על-ידי כל המחלקות לרפואת משפחה והמרכז למדיניות בריאות בנגב, במטרה להוות רשת מחקר לכלל רופאי המשפחה בישראל. מטרת הרשת היא להתגבר על אחד הקשיים המשמעותיים במחקר בקהילה: האפשרות לגייס מספר מספק של חולים תוך זמן נתון. מרכז זה מקיים פגישות שנתיות לקידום שיתופי פעולה בתחום המחקר. הרשת מונה כ-120 רופאים ומדענים אחרים המשתפים פעולה עם הרשת. קיום מחקר במיסגרת רשת מחקר מאפשר לערוך מחקרים המחייבים איסוף חולים עם בעיות רפואיות מוגדרות בהיקף מדגמי ראוי ובזמן נתון – משימה שרופא יחיד אינו יכול לבצע.

משנת 1991 נדרש כל מתמחה ברפואת המשפחה באוניברסיטת בן-גוריון בנגב לפרויקט מחקר. מאז הצטרפו רוב המחלקות בישראל לדגם זה (למתמחים ברפואת משפחה אין סבב מדעי יסוד כחלק מהתמחותם). בנוסף, במיסגרת המחלקה לרפואת משפחה באוניברסיטת בן-גוריון בנגב, הוקם בשנת 2000 מרכז סיאל למחקר ברפואת משפחה ורפואה ראשונית. מהקמתו ועד היום הפך מרכז סיאל לדגם של מחקר בקהילה. מספר הצעות המחקר המוגשות דרך המרכז נמצאות במגמת עלייה – מ-7 הצעות

התפתחות רפואת משפחה בישראל

בשנת 1968 המליצה ועדת מן על הקמת התמחויות מסודרות לכל המקצועות הרפואיים בישראל, בין השאר ייסוד התמחות של ארבע שנים ברפואת המשפחה. שירותי בריאות כללית בראשותו של חיים דורון הייתה הראשונה להקצות תקנים ואחריה מכבי שירותי בריאות.

המחלקות הראשונות לרפואת משפחה הוקמו בישראל בסוף שנות השבעים (1970). כיום פועלות 12 מחלקות לרפואת משפחה בישראל, כל אחת מסונפת אקדמית לאחת מארבע הפקולטות לרפואה באוניברסיטאות: האוניברסיטה העברית בירושלים, אוניברסיטת תל אביב, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב והטכניון בחיפה. מספר המומחים ברפואת משפחה בישראל עלה עם השנים, מ-140 מומחים בשנת 1975 ל-1,187 רופאים בשנת 2004. העלייה מקורה בחלקה מהגירה של רופאים מארצות מזרח-אירופה בשנות התשעים. מספר רופאי המשפחה עם מנאי אקדמי בין השנים 2000-2004 עומד על כ-213 [1].

לרפואה ראשונית ולרפואת משפחה יש מעמד של כבוד בתחום השירות וההוראה, אך עדיין אין לרפואת משפחה מעמד דומה בתחומי המדע והמחקר [2]. למרות היתרונות והחשיבות למחקר במיסגרת הקהילה, בסקר שנערך בשנת 1980 בקרב מחלקות לרפואת משפחה בארצות הברית, ניצפו תוצרים נמוכים וחסמים משמעותיים למחקר. יותר מדי אנשי סגל מקדישים מעט מדי זמן למחקר, ובמקום זאת בוחרים בתפקידים קליניים ומינהליים [3]. עם זאת, נמצאה לאחרונה בארה"ב עלייה משמעותית בפירסום מחקרים על-ידי רופאי משפחה [4].

מחקר – מדוע?

העיסוק במחקר נובע מתוך סקרנות, מתוך שאלות העולות מתוך העשייה הקלינית היומיומית, ומתוך רצון לרכוש מעמד מקצועי ואקדמי. מחקר קליני מסייע לקלינאים להיטיב את הטיפול בחולה ולהטמיע את הידע הקיים בעשייה הקלינית. רוב הסיפורות המקצועיות מבוססת על ניסיונם של המחברים, שמקורם ברובו בהתנסות במיסגרת בתי-חולים. ניסיון זה אינו משקף את המציאות של טיפול בחולה בקהילה, גם באבחנות זהות.

למחקר המבוסס בקהילה חשיבות רבה, מאחר שהאפידמיולוגיה של המחלות משתנה. כך, מחלות רבות כמו יתר-לחץ-דם, סוכרת וגנחת, מטופלות היום לרוב במיסגרת הקהילה. מאפייני האוכלוסייה המבקרת במירפאות הקהילה שונה מאלו המבקרים בחדרי-המיון ומאלו המתאשפזים בבתי-חולים, ולא ניתן להקיש מסקנות איכותיות וטיפוליות ממיסגרת טיפולית אחת לשנייה.

מילות מפתח: מחקר; רפואת משפחה; מומחים; מרכז מחקר.

Key words: Research; Family medicine; Specialists; Research Center.

בשלב ראשון יש לשנות את תכני המחקר ולעבור ממחקרים קטנים, תיאוריים, הממומנים עצמאית או על ידי חברות תרופות, למחקרים ניסיוניים, התערבותיים, ארוכי-טווח ורב-תחומיים, הממומנים על-ידי אירגונים ומוסדות בינלאומיים על בסיס תחרותי. יש לעודד יצירת מרכזי מצוינות, ושיתופי פעולה עם תחומי הרפואה והתחומים הפארה-רפואיים, אחים-אחיות, תזונה, עובדים סוציאליים וכלכלני בריאות. יש לעודד הקמת מרכזי מחקר בכל אוניברסיטה דמוי מרכז סיאל עם תשתית מסייעת לחוקרים. יש להקצות משאבים ייחודיים לתמוך בעבודות מחקר בקהילה ויש לעודד הכשרת מתמחים ברפואת משפחה, אחים-אחיות, עובדים סוציאליים ואנשי מקצוע פארה-רפואיים נוספים לביצוע מחקרים בקהילה.

ביבליוגרפיה

1. Pshetizky Y, Tandeter H, Tabenkin H & al, Thirty years of family medicine publications in Israel (1975-2004) – what, where, and how much? J Am Board Fam Med, 2008 (In press).
2. Jones R, Primary care research: ends and means. J Fam Pract, 2000; 17: 1-4.
3. Parkerson GR, Barr DM, Bass M & al, Meeting the challenge of research in family medicine: report of the Study Group on Family Medicine Research. J Fam Pract, 1982; 14: 105-113.
4. Pathman DE, Viera AJ & Newton WP, Research published in 2003 by US family medicine authors. J Am Board Fam Med, 2008; 21: 6-15.
5. McWhinney IR, General practice as an academic discipline: reflections after a visit to the United States. Lancet, 1966; 1: 419-423.
6. Starfield B, Improving equity in health: a research agenda. Int J Health Services, 2001; 31: 545-566.
7. Askew DA, Glasziou PP & Del Mar CB, Research output of Australian general practice: a comparison with medicine, surgery and public health. Med J Aust, 2001; 175: 77-80.
8. Ingram TG, A cross-sectional analysis of family medicine publications in the indexed medical literature. Fam Med, 1992; 24: 303-6.
9. Weis BD, Publications by family physicians in non-family medicine journals. Fam Pract Res J, 1990; 10: 117-22.
10. Peleg R & Shvartzman P, Where should family medicine paper be published – following the impact factor? J Am Board Fam Med, 2006; 19: 633-636.

בשנת 2000 ל-24 הצעות בשנת 2007. מספר המאמרים שהתקבלו לפירסום נמצאים אף הם במגמת עלייה: מ-11 מאמרים בשנת 2000 ל-25 בשנת 2007. למרכז סיאל תשתית אירגונית המעניקה סיוע לרופאים חוקרים מומחים ומתמחים בכתיבת הצעות מחקר ומאמרים.

במחקר שנערך במיסגרת המרכז, בשיתוף כל המחלקות לרפואת משפחה בישראל, נעשה ניסיון להעריך את מידת הפיריון של רופאי משפחה בישראל לאורך שלושה עשורים (1975-2004). סך של 1,165 מאמרים שפורסמו בשנים אלה זוהו ונותחו. נמצא, כי 56% מהמאמרים פורסמו בין השנים 1995-2004 ו-72.1% צוטטו ב-MEDLINE. מאמרים באנגלית היוו 65.4% מהפירסומים, 34.6% היו בעברית ו-0.7% בשפות אחרות. מאמרים שפורסמו בכתיבת עת עם אימפקט פקטור גבוה (3 ומעלה) היוו 5.9% מכלל המאמרים. האימפקט פקטור ברפואת משפחה הוא לרוב סביב 2 ורק עיתון אחד מגיע ל-4. מאמרי מחקר היוו 46.9% מכלל המאמרים, סקירות היוו 37.8%, פרשות חולים היוו 12.5% ואחרים – 2.8%. בעשור האחרון ניצפתה מגמת עלייה בשיעור המאמרים שפורסמו בכתיבת עת עם אימפקט פקטור גבוה (1995-2004). כן חלה עלייה בעשור האחרון בשיעור הפירסומים של מאמרי מחקר, ושל מאמרים שפורסמו באנגלית וצוטטו ב-MEDLINE בהשוואה לשני העשורים הקודמים.

חושב מדד הפירסום (מספר פירסומים ל-1000 רופאי משפחה מומחים) לשנים אלו. למרות שהיו "קפיצות" לאורך העשורים, מדד הפירסום נותר גבוה יחסית ועקבי עם ממוצע של 85.4 פירסומים לכל 1,000 רופאי משפחה מומחים. כאשר הוערך מדד הפירסום רק בקרב רופאי משפחה מומחים עם מינוי אקדמי (לשנים 2000-2004 בלבד), עלה מדד הפירסום ל-334.3 פירסומים לכל 1,000 רופאי משפחה מומחים עם מנוי בשנה, זאת בהשוואה ל-69.3 פירסומים לכל 1,000 מומחים בשנה בקרב כלל רופאי המשפחה המומחים באותה תקופה [1]. מימצאים אלה מצביעים על רמת פיריון גבוהה בהשוואה למימצאים מאוסטרליה – שבה מדד הפירסום הוא 1 לכל 1,000 רופאים כלליים בשנה (בין השנים 1990-1999) [7].

במחקר אחר שהוערך בו היכן מפרסמים רופאי המשפחה בארה"ב, הודגם שכמחצית מהפירסומים הם בכתיבת עת של רפואת משפחה – שיעור שנשמר בקביעות בין השנים 1979-1989 [8]. חלק מהסיבות לפירסום בכתיבת עת שאינם רפואת משפחה היא התפיסה שכך יזכו לקריאה נרחבת יותר, ליוקרה, לקידום אקדמי ולקביעות, מאחר שהאקדמיה נותנת משקל רב יותר לפירסומים בכתיבת עת אלה [9-10].

העתידי

יש צורך דחוף לפתח תרבות מחקר בקהילה. להשגת מטרה זו יש לקבוע סדר עדיפויות ולהגדיר את מיקוד המחקר. אלו מן הסתם צריכים להתבסס על תחומי העניין של החוקרים עצמם, הצרכים המקומיים והלאומיים, וכן זמינות המשאבים.

מחבר מכותב: פסח שורצמן, המחלקה לרפואת משפחה, שירותי בריאות כללית – מחוז דרום, החטיבה לבריאות הקהילה, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב, ת.ד. 653, באר-שבע 84105
טלפון: 08-6477429, פקס: 08-6477636
דוא"ל: spesah@bgu.ac.il