

פיזיותרפיה, ראיות מחקריות ואתיקה

אילנה זילברשטיין,¹ ישראל זבולון²

¹ האגף לגריאטריה, משרד הבריאות.

² פיזיותרפיסט עצמאי.

תקציר

הקדמה: שינויים במדיניות ובמערכות בריאות בעולם המערבי העלו את הצורך לקבוע סדרי עדיפויות בחלוקת תקציב בריאות על בסיס כלכלי ומדעי. על רקע זה התפתחה הגישה של רפואה מבוססת ראיות, Evidence based medicine (EBM), בשנות השמונים המוקדמות של המאה העשרים. מאז, היא נמצאת במוקד העשייה הרפואית.

מקצוע הפיזיותרפיה נמצא בתהליך מתמשך של התקדמות, הן מבחינה מחקרית והן מבחינת פיתוח גישות וטכניקות טיפוליות. כאחד ממקצועות הבריאות, הוא מושפע משינויים חברתיים ומגמות מערכתיות במדינה. על כן, אימץ מקצוע הפיזיותרפיה, את הגישה של רפואה מבוססת ראיות ושינה את שמה לעשייה מבוססת ראיות (עמ"ר) (Evidence Based Practice-EBP).

(Sackett (2000) שהיה מייסד הרעיון של "רפואה מבוססת ראיות" הכליל בהגדרה שלושה יסודות: ניסיון קליני של המטפל, ערכיו של המטופל והראיות המדעיות הטובות ביותר הקיימות. הדיונים בספרות אודות הגישה נבעו מהפרזה בחשיבות המחקר על חשבון היסודות האחרים. בעשייה מבוססת ראיות ישנם היבטים אתיים, אשר הביטוי המרכזי שלהם הוא יישום טיפול אשר לא רק מיטיב עם מרבית המטופלים ('עיקרון ההטבה' באתיקה), אלא בראש וראשונה אינו גורם לנזק כלשהו.

בבדיקה מעמיקה של שיטות המחקר הקיימות בפיזיותרפיה וכן בקריאה ביקורתית של מחקרים שונים, ישנה לעיתים התנגשות בין עקרונות אתיים לבין יישום ממצאי המחקר. כל קלינאי חייב לקחת בחשבון סוגיות אלו בבואו ליישם את מסקנות המחקרים.

מטרות: במאמר זה ידונו סוגיות אתיות בעמ"ר ומשמעותן ביישום בפרקטיקה ובעתיד המחקר במקצוע.

שיטה: סקירת ספרות

סיכום ומסקנות: הכללת עמ"ר בתוך מסגרת רחבה הלוקחת בחשבון את הסוגיות האתיות, את הניסיון הקליני ואת

עולמו הייחודי של כל מטופל, תאפשר גמישות מחשבתית וקלינית החיונית במקצוע הפיזיותרפיה ובכך תשמור על הייחוד המקצועי. גישה כזו תביא גם להרחבת גבולות מקצוע הפיזיותרפיה לתחומים אשר אין עדיין ראיות משכנעות בנוגע למנגנוני הפעולה שלהם או ליעילותם.

מילות מפתח: פיזיותרפיה, עשייה מבוססת ראיות (עמ"ר), אתיקה.

מבוא

מקצוע הפיזיותרפיה נמצא בתהליך מתמשך של התקדמות, הן מבחינת פיתוח גוף הידע של המקצוע והמחקר והן מבחינת מגוון המיומנויות הטיפוליות. ככל שהמקצוע מתקדם, עצמאות הפיזיותרפיסט גדלה בנוגע לשיקול דעת וקבלת החלטות מקצועיות, האחריות עליו כבדה יותר והדילמות האתיות נהיות מורכבות יותר.¹ שיקולים אתיים והחלטות מוסריות במודע או שלא במודע הם חלק בלתי נפרד מהחלטות הפיזיותרפיסט בעבודתו הקלינית והם מרכיב חשוב במקצועיותו (Professionalism).^{2,3,4,5}

גישות טיפוליות נוצרות ומתפתחות, פעמים רבות, כחלק מהליך אבולוציוני של מקצוע וכתוצאה משינויים בחברה. בשני העשורים האחרונים חברות שונות בעולם המערבי מתמודדות, בדרכים שונות ובמידת הצלחה שונה, עם עליה משמעותית בצריכה של שירותי בריאות ובעלויות גוברות מול צמצום המשאבים. מצב זה גרם לכך שמושגים כמו יעילות ותועלת, קביעת סדרי עדיפויות, איכות חיים לעומת אורך חיים ורפואה מבוססת ראיות הפכו לחלק אינטגרלי מהמונחים המוכרים כמעט לכל מי שעוסק בבריאות.⁶

השאיפה להפקת תועלת מטיפול מוטמעת בעיקרון האתי של הטבה למטופל. הפיזיותרפיסטים מונחים על ידי עיקרון זה. כאשר באה דרישה חיצונית מצד מממני שירותי הבריאות להשגת **תועלת** (לדוגמה, ירידה ברמת כאב, שיפור בתפקוד) ו**יעילות** (לדוגמה, ירידה ברמת כאב או שיפור בתפקוד) בהשקעה סבירה של משאבים שונים, כמו זמן, כסף וכוח אדם)

ביחד, יכולה להיווצר התנגשות בין אנושיות ודאגה למטופל על חשבון חיסכון ויעילות. על כן, קיים מתח מתמיד בין קביעת סדרי עדיפות על בסיס מדעי וכלכלי לבין התבססות על עקרונות אתיים של צדק, הוגנות וחמלה. נובע מכך שעלולים להיות מצבים אשר בהם עלולים פיזיותרפיסטים לוותר על היבטים אתיים בטיפול הפיזיותרפי בשם היעילות.

מהות הגישה של עשייה מבוססת ראיות

ההגדרה המקורית של המונח "רפואה מבוססת ראיות" היא של Sackett (1996)⁷: כאמור, רפואה המבוססת על ראיות היא שימוש מחושב, שקול ומכוון בראיות הטובות ביותר לשם החלטה על טיפול מסוים במטופל מסוים. מאוחר יותר הוא וחבריו פישטו את ההגדרה: "רפואה מבוססת ראיות היא שילוב של הראיות המחקריות הטובות ביותר עם ניסיון קליני וערכי המטופל". בהמשך ההגדרה ישנה הבהרה לגבי הראיות: "ראיות חדשות ממחקרים קליניים מפריכות בדיקות, אבחון וטיפול קודמים ומחליפות אותם בחדשים - מוצקים, מדויקים, יעילים ובטוחים יותר"⁸. מרכיבי ההגדרה הם, אם כן, ניסיון קליני, ראיות מחקריות, ערכי המטופל וצרכיו הייחודיים. **אף אחד משלושת היסודות הללו אינו עומד בפני עצמו וכל אחד מהם יכול לקבל משקל שונה במצבים קליניים שונים.**

הדיון והמחלוקת לגבי מקומה ומהותה של הגישה, בתחום הרפואה, מתקיים זה שנים רבות. לדוגמא, בכתב העת האמריקאי, "Journal of Evaluation in Clinical Practice", התפרסמו במשך שמונה שנים רצופות (2004-1997) דיונים אינטנסיביים על התפיסה והשיטות של רפואה מבוססת ראיות.⁹ ישנם בספרות מצד אחד מאמרים אשר מעבירים ביקורת נוקבת על הגישה¹⁰ ואחרים אשר תומכים בה ללא עוררין.¹¹

מקצועות בריאות, בניהם פיזיותרפיה, אמצו את הגישה של רפואה מבוססת ראיות ושינו את שמה לעשייה מבוססת ראיות (עמ"ר) או evidence-based practice.¹² פיזיותרפיה הוא מקצוע חדש יחסית אשר מרחיב את תחומי העיסוק שלו ומנסה לבסס במחקר את התועלת והיעילות בפעולותיו. בעבר, כאשר המחקר בפיזיותרפיה היה מצומצם ולא מפותח כפי שהוא כיום, היתה התייחסות רבה יותר לצרכי המטופל הייחודיים ולערכיו. ההתערבות המקצועית התבססה במידה רבה על הניסיון האישי של הקלינאי ועל מוסכמות פנים-מקצועיות. לכן, הקריאה לעשייה מבוססת ראיות הינה מוצדקת והכרחית לשם התפתחות המקצוע.¹³

רוב המבקרים של הגישה מאמינים בחשיבות המחקר ובנחיצותו לשם התקדמות המקצוע, ברם, הם חולקים על הפרשנות שאנשי מקצוע מסוימים נותנים לכך, כמו גם גורמים מממנים ואינם מקבלים את התניית הטיפולים בתוצאות המחקרים בלבד. Royeen¹¹ טוענת שלעשייה מבוססת ראיות יש מקום בעבודה הקלינית, אך בוודאי לא כגישה בלעדית ושוטת. לטענתה, שימוש בעמ"ר בלבד אינו נכון שכן להתערבות המקצועית של הפיזיותרפיסט ישנם ממדים רבים נוספים, חשובים לא פחות שחלקם בגדר אמנות מקצועית (professional artistry) אשר נובעים מטבעו של המקצוע והם: הגיון קליני (clinical reasoning), דאגה (care) למטופל היחיד והייחודי, ההקשר התרבותי, הקשרים סוציו-אקונומיים, היסטוריה אישית, ערכים ומטרות אישיות. מכאן נובע שחייבים לשלב את הדיון בעמ"ר בדיון אודות סוגיות אתיות הקשורות לכך.

היבטים אתיים הקשורים בעשייה מבוססת ראיות

נפתח את הדיון בעמ"ר בהצגת עקרונות בהתנהגות מקצועית נאותה אשר כוללים הן את העניין האתי ובתוך זה את הצורך בביסוס הפרקטיקה על ידע מדעי מבוסס. Royeen¹¹ הציעה מודל משולש (TRIO model) של התנהגות מקצועית ראויה. מודל זה מבוסס על שלושה היבטים:

1. הרגלי ההיגיון (Habits of the Mind) - הידע הקוגניטיבי הקובע מה נכון לעשות ומה לא. ידע זה מורכב מסוגי ידע רבים וביניהם ההתבססות על מחקר ועל ידע מדעי.
2. הרגלי הלב (Habits of the Heart) - מתייחסים למרכיבים הרגשיים של המטפל ושל המטופל. קוגניציה אינה עומדת בפני עצמה אצל בני האדם, אלא משתלבת בהקשר הרגשי בכל נקודת זמן. ההבנה ההכרתית והתת הכרתית של הרגשת האדם בהתערבות טיפולית היא חלק חיוני בכל טיפול. 'הרגלי הלב' הביאו, לפחות חלק מאתנו, לבחור במקצוע טיפולי. 'הרגלי הלב' מתייחסים גם לתהליך האינטואיטיבי שכולנו משתמשים בו בחיי היומיום ובעבודתנו. האינטואיציה היא מרכיב לגיטימי רב כוח בהתנהגות האנושית.
3. הרגלי אמנות (Habits of the Art) - מתייחסים לתכונות הפסיכו-מוטוריות של הגוף הגשמי והרוחני במהלך מפגש טיפולי. את ההרגלים של האמנות ניתן לראות כאשר צופים בטיפול שניתן על ידי מטפל בעל ניסיון קליני רב (expert). במרבית המקרים, אותו מומחה בוחר בפעולות המתאימות

מטופלים מגוונות מהתחומים השונים של הפיזיותרפיה, בדיוק כפי שתהליך זה נעשה בפן הדיאגנוסטי והטיפול של הבעיות.

במושג "ערכי המטופל" הכוונה היא לייחודיות של כל מטופל, תרבותו, מוצאו האתני וערכיו. מימוש העיקרון האתי של כיבוד האוטונומיה של המטופל מנחה אותנו לשיתוף המטופלים בקביעת מטרות הטיפול ותכנית הטיפול. הפיזיותרפיסט עומד בפני דילמה אתית כאשר קיימת התנגשות בין השיקולים המקצועיים, מבוססי הראיות, לבין רצונו או ערכיו של המטופל, שכן לא כל ערך של המטופל עולה בקנה אחד עם 'עיקרון ההטבה' (beneficence) באתיקה. 'עיקרון ההטבה' אומר שכל פעולה (במקרה הזה פעולה קלינית) צריכה להביא לתוצאה המיטבית לפי רצונו, צרכיו והאינטרסים של המטופל עצמו. מובן שכל זה לא נעשה ללא שיקול דעתו ושיפוטו של המטפל, אולם התוצאה הסופית צריכה להיות מיטבית מבחינת המטופל תוך שיתופו בקבלת ההחלטות. דוגמא להתנגשות מסוג זה היא מקרה בו מטופל דורש לקבל טיפול מסוים למרות שהפיזיותרפיסט סבור, מניסיונו ועל סמך מחקרים שהטיפול לא יביא לו תועלת.

ה"ראיות הטובות ביותר הקיימות ממחקר איכותי" (the best available research) הנו המרכיב השלישי במודל או בגישה של עמ"ר. לכאורה, ניתן לטעון שכל טיפול שיעילותו מוטלת בספק מבחינה מדעית ואינו מבוסס ראיות, אינו ראוי, שכן המטופלים שמים את מבטחם במטפלים שיספקו מענה לבעייתם ברמה מקצועית גבוהה ותוך הפגנת דיווחיות (accountability) ואחריות. אם אכן אמות מידה גבוהות בטיפול פירושו הסתמכות על תוצאות מחקרים, אזי טיפולים שלא נחקרו ואין להם בסיס מחקרי, אינם עומדים בסטנדרטים מקצועיים גבוהים והפיזיותרפיסטים המעניקים טיפולים אלה עוברים על כלל אתי חשוב זה.¹⁵ אבל, האם העובדה שאין ראיות לכך שטיפול אינו יעיל, בהכרח אומרת שאין בטיפול זה תועלת או שהטיפול מזיק? כאן נכנס שיקול הדעת והידע הקליני של הקלינאי בנוגע לבעיית המטופל הספציפי. כל עוד אין צל של ספק שהטיפול אינו מזיק (על פי הבנת המנגנונים של בעיית המטופל, התוויות הנגד המוסכמות וניסיון קודם) רשאי הפיזיותרפיסט לבצע התערבות שקולה ומדודה גם אם אינה 'מבוססת-ראיות מחקריות'.

שיטות המחקר שאומצו על ידי הפיזיותרפיה מבוססות על מודל המחקר הרפואי ובהקשר זה נזכיר את המחקר המדגמי

והרלוונטיות למקרה הנדון. הוא לרוב יודע כיצד להניח את ידיו, לומר את הדבר הנכון בזמן הנכון, לעורר שיתוף פעולה ומוטיבציה וכיצד ומתי לסיים את ההתערבות. זהו אחד מההיבטים האמנותיים של הפרקטיקה. ידע זה אינו קוגניטיבי בלבד,¹⁶ אלא מורכב מהטמעה של סוגי ידע רבים לאורך שנות החשיפה למטופלים.

מודל זה תואם במידה רבה את הגדרת הגישה של עמ"ר כאשר מתייחסים במידה שווה לכל אחד משלושת היסודות שבהגדרה; המושג "ניסיון הקלינאי" אינו מושג אשר יכול לעמוד בפני עצמו. ניסיון בלבד כמו גם מסורת, חוות דעת מומחה ואינטואיציה לא מנומקת אינם הוכחה לתקיפות ההחלטות הקליניות ואינה יכולה להוות בסיס להן.¹⁴ מן הראוי להשלים את המושג 'ניסיון הקלינאי' בהגדרה מורחבת ומתאימה יותר: "ניסיון הקלינאי, תהליכי החשיבה הקליניים והשיפוט שלו". הוספת המילים "שיפוט" ו"חשיבה" מעמידה את אחד היסודות של עמ"ר באור אחר ומשקפת באופן טוב יותר את הרצוי. כמו כן, תוספת זו הכוללת את החשיבה והשיפוט הקליניים, מחזקת את ההיבט האתי (ethical reasoning) של עשייה מבוססת ראיות. זאת מאחר ובתהליכי החשיבה וקבלת ההחלטות של קלינאים משתלבים שיקולים אתיים.

הפיזיותרפיסט כמו כל קלינאי בתחום מקצועות הבריאות פועל בסביבה המאופיינת באי ודאות רבה. דבר זה מצריך בראש וראשונה תהליכי חשיבה והגיון קליני נאותים אשר כוללים בתוכם שימוש בידע ממקורות שונים וכמובן גם ידע הלקוח ממחקר. הידע אמור לעבור הטמעה, בדיקה ובחינה מחודשת וביקורתית בכל מפגש עם מטופל. על כן, מחקר או ספרות הקשורה לתחום המקצועי הינם חלק מהבסיס לתהליכי החשיבה הקליניים.

בהקשר של הקלינאי ותהליכי החשיבה שלו, חייבים להכליל את הנושא "ethical reasoning" כאשר מדובר בעשייה מבוססת ראיות ואתיקה. עשייה מבוססת ראיות, על פי ההגדרה, מתייחסת בעיקר לצד הדיאגנוסטי והטיפולי שהוא רק אחד מהנדבכים בפרקטיקה הקלינית. Ethical reasoning כולל את מכלול השיקולים האתיים הקשורים בפרקטיקה. למרות שנושא ה-ethical reasoning נדון בספרות, הוא אינו זוכה לתשומת הלב הראויה כחלק מובנה ומודע בלימודים העיוניים והמעשיים. שילוב של ethical reasoning בלימודי הפיזיותרפיה מצריך תרגול בכיתה של חשיבה והתמודדות עם סוגיות אתיות הקשורות בבעיות

ישנה סוגיה אתית מרכזית נוספת הקשורה לאוטונומיה של מטופל והיא היכולת של מטופלים להבין ולפרש ממצאי מחקרים המוצגים להם. בהעדר יכולת זו, יקשה על מטופל לקבל החלטה אוטונומית, דבר אשר יוצר בעיה אתית. על מנת לשמור על עיקרון האוטונומיה של המטופל, כמו גם על מנת לזכות בשיתוף פעולה מצדו, על הפיזיותרפיסט לקבל הסכמה מדעת לטיפול. לשם כך עליו למסור למטופל מידע על הטיפול המוצע, האלטרנטיבות לטיפול זה והתוצאות הצפויות. המטופל אמור לקבל מידע כולל, רלוונטי ומדויק בצורה שתהיה מובנת ומשוחררת מהשפעות מוטות מצד אלה שמטרתיהם עלולות להיות שונות ממטרות המטופל.^{21,22,23} בכל מקרה קשה לקבוע את מידת הפירוט ועומק המידע שיש למסור למטופל.

עם המגמה של החדרת המודל הביו-פסיכו-סוציאלי בפיזיותרפיה גבר צורך בהתייחסות לסוגיות האתיות הקשורות במודל ובעמ"ר. לרוב ישנה מעורבות של אלמנטים פיזיולוגיים עם פסיכולוגיים בבעיות בהן נתקל הפיזיותרפיסט ומודל זה נוצר בשל העירוב והשפעות הדדיות של גורמים פיזיולוגיים עם פסיכולוגיים. קשה לערוך מחקרים כמותיים אמינים אשר משקפים את הפרקטיקה, אלא אם מפרידים את שני המרכיבים הללו, אלא שאז המחקר הופך להיות 'מלאכותי'.^{15,20}

בעיות מסוג אחר, שקשה לבסס הטיפול בהן על ראיות מוכחות ממחקרים, אלו בעיות שהטיפול בהן צורך התערבות רב-תחומית כמו *complex regional pain syndromes*. הטיפולים השונים ואסטרטגיית המניעה הננקטים על ידי פיזיותרפיסטים ומרפאים בעיסוק כמו גם על ידי אורתופדים, ריאומטולוגים, כירורגים, מומחים לכאב, רופאים שיקומיים ותעסוקתיים, עדיין לא הוכחו כיעילים במחקר. כמו כן, אין עדיין הגדרה מוסכמת לבעיות הדורשות טיפול רב-תחומי.¹⁵ על כן, במקרים אלו אנו מחויבים לגייס את הידע, הניסיון ואת החשיבה שלנו על מנת לנסות לתת מענה כאשר מבחינה אתית מה שמנחה אותנו הוא, כאמור, עיקרון ההטבה. יש לציין, כי בשנים האחרונות פותחו שיטות מחקר כמו *clinical practice improvement* אשר באות לתת מענה לבעיות של המחקר המדגמי האקראי. למרות היותה משקפת יותר את הפרקטיקה, גם שיטת מחקר זו אינה מושלמת, אך לא נדון בה במאמר זה.²⁴

יחד עם כל הנאמר לעיל יש לחזור ולהדגיש: אין עוררין על

האקראי (ממ"א) (randomized controlled trial). סוג מחקר זה הינו gold standard ברפואה וישנן השגות לגבי התאמתו למחקר בפיזיותרפיה.¹⁶ הבעיה המרכזית בנוגע לממ"א הנה התקיפות החיצוניות (external validity) של שיטת המחקר, כלומר היכולת להכליל את התוצאות או המסקנות על אוכלוסיות מטופלים בשל המורכבות וההטרונגיות של בעיות קליניות. לעומת זאת, התקיפות הפנימיות (internal validity) ברוב המחקרים המדגמיים האקראיים הינה טובה מאחר ושיטת המחקר מבוקרת ויש בדרך כלל שליטה נאותה בניהול המחקר ובבידוד משתנים. ניתן לטעון כי גישת מחקר זו הינה מלאכותית למדי כשמדובר בפיזיותרפיה מאחר והיא אינה משקפת את המציאות הקלינית המורכבת. שיטת מחקר זו מתאימה, למשל, למחקר על בדיקות פיזיקליות ספציפיות. לעומת זאת, כאשר מדובר במעורבות של סוגיות רגשיות, פסיכו-חברתיות וסוגיות של דחק בבעיות קליניות שיטת מחקר איכותנית יכולה להתאים יותר.

בנוסף, Koes¹⁶ טוען שהעלויות הגבוהות של ממ"א, מספר גדול של משתתפים אשר נדרש על מנת להסיק מסקנות תקיפות, משך המחקר, אינטרסים של החוקרים ומממני המחקר עצמם, מעמידים את הממ"א בספק מבחינת מיקומם בהיררכיה של עמ"ר בפיזיותרפיה. מכאן נובע שסקירות שיטתיות לוקות גם הן, בסופו של דבר, באותה בעיה משום שהן מבוססות על ממ"א והן מופיעות בראש 'פירמידת הראיות'.¹⁷

אחת הקביעות הנפוצות בגישת ה-EBM היא שמה שלא מדיד לא קיים. גישה זו מבקרת גם את המחקר האיכותני. בכך היא מחטיאה את העיקרון שעל מנת לדעת מה חושבים אנשים על נושאים שונים, מחקרים איכותניים כמעט תמיד מספקים יותר ראיות.^{18,19} בהקשר זה טענו Brody & Franklin¹⁹ ש"אם אי פעם הרפואה תיקח ברצינות את מה שהמטופל חושב, ואת הדרך הטובה ביותר לשלבו בהחלטות רפואיות, אזי נידרש לערוך מחקרים איכותניים רבים. מחברים אלו טוענים שהימנעות ממחקר מסוג זה בטענה שאינו מדעי ועל כן אינו מספק מידע, פשוט בגלל שאינו Randomized Controlled Trial ואינו כמותי, זוהי אחת מהצורות הגרועות ביותר של אנטי-אינטלקטואליות ברפואה ובוודאי סטייה ממטרות ה-EBM" (עמ' 9).²⁰ צריך לציין כי ישנן שיטות מחקר כמותי אחרות אשר להן יתרונות על פני המחקר המדגמי האקראי בפיזיותרפיה, אולם דיון בכל השיטות המחקריות הרלוונטיות לפיזיותרפיה אינו נושא הדיון במאמר זה.

של פיזיותרפיסטים אוסטרליים, רואינו 12 פיזיותרפיסטים בכירים הנחשבים מומחים בתחומם (אורתופדיה, נירולוגיה וביקורי בית). נמצא שהחלטותיהם הקליניות התבססו על שילוב של קוגניציה, ידע ממקורות שונים, רציונליזציה של צרכי החולה, ערכיו, הנרטיב שלו והסיטואציה הטיפולית. תוצאות מחקר זה מרמזות על כך שידע וראיות מחקריות בלבד אינם מרכיב בלעדי במומחיות בפיזיותרפיה.

במחקר אחר³¹ נבחנה התייחסות הפיזיותרפיסטים לעמ"ר לאחר שהשתתפו בתכנית לימודים בנושא. גם לאחר הקורס הייחודי דווחו רוב הנחקרים שהם נסמכים בעבודתם בעיקר על ידע שרכשו בלימודי הפיזיותרפיה ובהתנסויות הקליניות שלהם. רובם הסכימו שפרקטיקה מקצועית צריכה להתבסס על הראיות הטובות ביותר הקיימות ולהשתנות רק על סמך ראיות מספיקות וחזקות. רבים מהנחקרים הצביעו על קושי לקבוע אמינות של מידע ולהטמיע אותו בפרקטיקה. שימוש בספרות מקצועית, כתבי עת ומחקרים היו באופן משמעותי בעדיפות נמוכה בקבוצת המחקר וגם בקבוצת הביקורת.

גם במחקרה של קרפנטר³² העלו פיזיותרפיסטים את הקונפליקט בין המודעות וההכרה בחשיבות ביסוס החלטות קליניות על מיטב הראיות הקיימות לשם השגת תוצאות אופטימאליות מהטיפול, לבין הקושי בשילוב גישה זו בטיפול בשטח.

במחקר איכותני שנערך בארץ³³ ניתן ביטוי להתייחסות הפיזיותרפיסטים לעמ"ר במסגרת זיהוי וניתוח סוגיות אתיות בעבודת הפיזיותרפיסט. יש פיזיותרפיסטים הגאים ב"מדעיות" המקצוע ובאקדמיזציה שלו ומוצאים שהן מקנות כלים "חזקים" ותקפים לאבחון ולטיפול. אחרים, בעיקר וותיקים, שהכשרתם המקצועית והסוציאליזציה המקצועית שלהם התרחשו לפני התקופה בה הושם דגש על החשיבות של הוכחות מחקריות להוכחת אפקטיביות של טיפולים, מבקרים את השתלטות הגישה. הם טוענים שההסתמכות על ראיות מחקריות גורעת מהנתינה הרגשית וממתן הרגשה למטופל שהוא במרכז תשומת הלב של הפיזיותרפיסט. נוסף על כך, לדעתם, עבודה על פי מחקרים וסטטיסטיקות גורמת לפיזיותרפיסטים לחשוב בתבניות ולהימנע מחשיבה עצמאית מותאמת לכל מטופל. כך ביטאה זאת אחת המרואיינות:

... יש עוד דברים שאני רואה בטיפול שאי אפשר לתעד אותם, אי אפשר לכמת אותם [...] אני חושבת שבריופי ובשיקום של בן אדם, יש כל מיני דברים שזה מכלול של דברים, זה לא רק איזה זווית יש לו ואיזה תנועה יש לו, איזה כוח יש

כך שמחקר דרוש ואף הכרחי להרחבת גוף הידע ולקידום מקצוע הפיזיותרפיה. לראיה, המחויבות האתית של כל פיזיותרפיסט, על פי הקוד האתי של הפיזיותרפיה בישראל²⁵ (כמו גם הקודים אתיים של ארגוני פיזיותרפיה בעולם), ללמידה מתמשכת ולהתעדכנות לאורך חייו המקצועיים. הקודים האתיים מדברים בהקשר זה על מצוינות ועמ"ר המחייבות לחפש את המחקר הטוב ביותר הקיים. ישנם מקומות עבודה בהם ישנה גישה מוגבלת למידע, ישנם מקומות עבודה שאין בהם גישה למידע ומעל לכל במרבית מקומות העבודה אין זמן ללימוד תוך כדי עבודה. על כן, מחויב הקלינאי ללמידה עצמית מחוץ לשעות העבודה. עקב כך, המחויבות למצוינות נשארת בידי הקלינאי. לרוב, אין בארץ פיקוח על עדכון הידע והמיומנויות של הקלינאי, לעומת מדינות אחרות כמו ארה"ב או אוסטרליה.²⁶

סוגיה אתית נוספת נובעת מכך שקלינאים שונים מפרשים מחקרים באופן שונה וכן למרבית העוסקים בקליניקה אין את הכלים להעריך, למשל, שיטות סטטיסטיות.^{27,28} יחד עם זאת, יישום עיוור של ממצאי מחקרים עלול לבוא על חשבון מה שנקרא "common sense medicine" שאינו אלא החלק האינטואיטיבי בעבודתנו ולהפוך את ממצאי המחקר למעין מתכון מ"ספר בישול".⁹

עמדות פיזיותרפיסטים כלפי עמ"ר

כמו ברפואה גם בפיזיותרפיה מתקיים דיון מתמשך בנוגע למהות ולמקום שיש לעמ"ר. דבר אחד ברור, התבססות המקצוע על מחקר ועל הבנת מנגנונים של פעולות קלינית מתוך מחקר מדעי הינו הכרחי ולא ניתן לפשרות. יחד עם זאת, צריך לבחון בביקורתיות את שיטות המחקר וממצאי המחקר. למרות שנושא זה אינו הנושא הנדון במאמר צריך לציין כי יש להמשיך את הדיון בנושא בכדי לקבוע מסגרת של עמ"ר המתאימה יותר לפיזיותרפיה.

במספר מדינות נעשו מחקרים על מנת לבדוק את עמדות הפיזיותרפיסטים כלפי עמ"ר ומידת השימוש בה בעבודתם הקלינית. באחד מהם²⁹ נמצא כי פיזיותרפיסטים אוסטרליים ואמריקאים מכירים בחשיבות עמ"ר אך מתקשים ביישומה בשל מחסומים של חוסר זמן לקריאה והתעדכנות, מחסור בסקירות של מחקרים וחוסר במיומנויות של חיפוש והערכה של מחקרים המציגים ראיות. במחקר אחר,³⁰ שמטרתו הייתה לבחון את תהליך קבלת ההחלטות הקליניות (clinical reasoning)

ביישום ממצאי מחקרים עלולה ליצור קונפליקט עם הצורך בחשיבה קלינית שבחלקה יכולה להיות אינטואיטיבית? האם המחקר אכן משקף את הפרקטיקה אשר מאופיינת באי ודאות רבה, בספקולציות ובהטרוגניות? אילו שיטות מחקר אכן מתאימות ומשקפות יותר את העיסוק בפיזיותרפיה?

לאור חשיבות העיסוק באתיקה בפיזיותרפיה יש לבסס ולהעמיק את הידע באתיקה באופן מובנה. יתרה מזאת, הכללת ethical reasoning במסגרת תהליכי החשיבה וקבלת ההחלטות בהוראה בכיתה, בהדרכה הקלינית ובקליניקה הינה הכרחית. בעידן בו מושגים כמו צדק, עזרה הדדית, שוויון, ישרה וחמלה שגורים פחות מבעבר בשיח המקצועי, גוברת החשיבות להעמדת נושא האתיקה במרכז השיח של מקצוע הפיזיותרפיה ולהבאתו לקדמת הבמה האקדמית והקלינית.

רשימה ביבליוגרפית

1. Swisher LA. Retrospective analysis of ethics knowledge in physical therapy (1970-2000). *Phys Ther.* 2002; 82: 692-706.
2. Clawson AL. The relationship between clinical decision making and ethical decision making. *Physiotherapy.* 1994; 80: 101-4.
3. Jensen GM, Gwyer J, Shepard KF, et al. Expert practice in physical therapy. *Phys Ther.* 2000; 80: 28-43.
4. Magistro CM. Clinical decision-making in physical therapy: a practitioner's perspective. *Phys Ther.* 1989; 69: 525-34.
5. Richardson B. Professional development: professional knowledge and situated learning in the workplace. *Physiotherapy.* 1999; 85: 467-74.
6. Glick MS. Healthcare Reform, Rationing, and Equity: a Societal Challenge. *ASSIA – Jewish Medical Ethics.* 2001; IV (1): 46-51.
7. Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM, et al. Evidence based medicine: what it is and what it isn't: It's about integrating individual clinical expertise and the best external evidence. *BMJ.* 1996; 312(7023):71-72.
8. Sackett DL, Strauss SE, Richardson WS, et al. Evidence based medicine. London: Churchill Livingstone 2000.

לו, איזה טכניקה הוא עושה. זאת אומרת הדברים הרבה יותר מורכבים ואם ניקח שני אנשים עם אותה בעיה וניתן להם אותו טיפול, התוצאה לא בהכרח תהייה שווה. כי יש גורמים נוספים כמו אישיות, כמו סביבה, [...] משקעים מהעבר, אלף דברים שיכולים להשפיע עליו. ולכן קשה לי לעבוד בצורה הזאת שהיום המקצוע הולך אליו שהיום אחד ועוד אחד שווה שניים. אז קשה לי להתחבר לזה. לא שאני מזלזלת במחקר".

כל המרואיינים במחקר זה הכירו בחשיבות המחקר והמשך העשרת הידע. ההבדל ביניהם היה במידת החשיבות שנתנו למרכיבים אלה לעומת מרכיבים אחרים בטיפול כמו שימוש בניסיון, התייחסות ביו-פסיכו-סוציאלית ואמפתיה. אחת המרואיינות אף הסבירה שהיא מעדיפה לעבוד עם פיזיותרפיסטים "אנושיים" שאינם בקיאים בכל המחקרים מאשר עם כאלה שיחסם אל המטופלים לוקה והם מתמצאים בכל הראיות המחקריות הקיימות. לדבריה ניתן ללמד וללמוד ראיות מחקריות אך לא ניתן ללמד אמפתיה וחמלה. הממצאים מובילים אותנו לחשוב שחייב להימצא איזון בין ניסיון הקלינאי, ערכי המטופל והמחקר כפי שהתווה זאת (Sackett 1996) בהגדרתו המקורית.⁷ צריך להדגיש שחיפוש אחר הוכחות מחקריות אינו צריך לבוא על חשבון אנושיות וכן צריך לעלות בקנה אחד עם רמה אתית גבוהה בקליניקה. השאלה המרכזית הינה, כאמור, מהו טיב המחקר והאם הממצאים או המסקנות מתאימים לבעיית המטופל הייחודי.

סיכום ומסקנות

סוגיות אתיות הינן חלק בלתי נפרד מעבודת הפיזיותרפיסט ומשולבות בעבודה הקלינית היומית. כמעט לא עובר רגע בעבודה הקלינית מבלי שפיזיותרפיסט יצטרך להתמודד עם סוגיה אתית, החל מהגעה בזמן לעבודה וכלה בדילמות מורכבות יותר. הגישה של עשייה מבוססת ראיות (evidence-based practice) אינה חפה מבעיות אתיות. מצופה מקלינאים להטמיע בפרקטיקה שלהם ממצאים של מחקרים, אשר על פי גישה זו נחשבים 'למחקר הטוב ביותר הקיים'. העניין של "המחקר הטוב ביותר הקיים" הינו שאלה מרכזית אשר בצידה מחלוקות לגבי סוגי המחקרים והרלוונטיות שלהם למקצוע. לאור הדיונים המתמשכים בספרות אודות המשקל שצריך לתת לעמ"ר בפרקטיקה וכן לגבי הבעייתיות של אימוץ המודל של עמ"ר מרפואה לפיזיותרפיה, נושא האתיקה מקבל משנה תוקף בפיזיותרפיה. שאלות אתיות רבות עולות לאור המחקר הקיים בפיזיותרפיה: האם הצורך

9. Miles A, Grey JE, Polychronis A, et al. Developments in the evidence-based health care debate – 2004. *J eval clin pract.* 2004; (10) 2: 129-142.
10. Miller CG, Miller WM. The real world failure of evidence based medicine. *The International Journal of Person Centered Medicine.* 2011; 1: 295-300.
11. Professor the Lord Darzi of Denham: Evidence-based medicine and the NHS: a commentary. *J R Soc Med.* 2008; 101: 342–344.
12. Royeen BR. The ephemeral ethics of evidence-based practice. In: Purtilo R, Jensen GM, Royeen CB (Eds.). *Educating for moral action: A sourcebook in health and rehabilitation ethics.* Philadelphia: F.A Davis Company. 2005: 75-85.
13. Poulis I. Bioethics and physiotherapy. *J. Med. Ethics.* 2007; 33: 435-436.
14. Bridges PH, Bierema LL, Valentine T. The propensity to adopt evidence based practice among physical therapists. *BMC health services research.* 2007; 7:1-9.
15. Vos R, Willems D, Houtepen R. Coordinating the norms and values of medical research, medical practice and patient world- the ethics of evidence based medicine in orphaned fields of medicine. *J Med Ethics.* 2004; 30: 166-170.
16. Milanese S. The use of RCT's in manual therapy. Are we trying to fit a round peg into a square hole? *Man Ther.* 2011; 16: 403-405.
17. Koes BW. How to evaluate manual therapy: value and pitfalls of randomized clinical trials. *Man Ther.* 2004 Nov;9(4):183-4. No abstract available
18. Petty NJ, Thomson OP, Stew G. Ready for a paradigm shift? Part 1: Introducing the philosophy of qualitative research Original Research Article. *Man Ther.* August 2012;17(4): 267-274.
19. Petty NJ, Thomson OP, Stew G. Ready for a paradigm shift? Part 2: Introducing qualitative research methodologies and methods Original Research Article. *Man Ther.* October 2012; 17(5):378-384.
20. Brody H, Franklin GM, Bogdan-Lovis E. Evidence-based medicine: Watching out for its friends. *Perspectives in Biology and Medicine.* 2005; 48 (4): 570-584.
21. Gabard D, Martin M. *Physical therapy ethics.* Philadelphia: F.A. Davis Company 2003.
22. Geddes EL, Finch E, Larin H. Ethical issues relevant to physical therapy. Hamilton, ON, Canada: McMaster University, School of Rehabilitation Science 1999.
23. Purtilo R. *Ethical dimensions in the health professions* (4th ed.). Philadelphia: WB Saunders 2005.
24. Gassaway J, Horn SD, DeJong G, et al. Applying the clinical practice improvement approach to stroke rehabilitation: methods used and baseline results. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation.* 2005, 86(12 Suppl 2): S16-S33.
25. אתר העמותה לקידום הפיזיותרפיה בישראל, הקוד האתי של הפיזיותרפיה בישראל <http://www.ipts.org.il>
26. אתר ארגון הפיזיותרפיה האוסטרלי http://www.physiotherapy.asn.au/APAWCM/Resources/Private_Practice_Support/Practice_Accreditation/APAWCM/Resources/Practice_Accreditation.aspx?hkey=b67fc599-c928-414b-9018-94ec5347d823
27. Gwendolinje GM, Scholten-Peeters PhD, Beekman-Evers MSc, et al. Attitude, knowledge and behavior towards evidence-based-medicine of physical therapists, students, teachers and supervisors in Netherlands: a survey. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* ISSN. 2011: 1-9.
28. Heiwe S, Kajermo KN, Raijatyne-Lenne, et al. Evidence-based practice: attitudes, knowledge and behavior among allied health care professionals. *International Journal for Quality in Health Care.* 2011; 23(2):198-209.
29. Iles R, Davidson M. Evidence based practice: a survey of physiotherapists' current practice. *Physiotherapy Research Int.* 2006; 11(2) 93–103.
30. Edwards I, Jones M, Carr J, et al. Clinical Reasoning Strategies in Physical Therapy. *Phys Ther.* 2004: 84 (4): 312- 335.
31. Stevenson K, Lewis M, Hay E. Do physiotherapists' attitudes towards evidence-based practice change as a result of an evidence-based educational programme? *Journal of Evaluation in Clinical Practice.* 2004; 10: 207–217.
32. Carpenter C. Dilemmas of practice as experienced by physical therapists in rehabilitation settings. *Physiotherapy Canada.* 2005; 57(01): 63-76
33. זילברשטיין א. זיהוי וניתוח סוגיות אתיות בפיזיותרפיה ובחינת דרכי ההתמודדות הפיזיותרפיסט בישראל עם בעיות הנובעות מהן. עבודה לשם קבלת תואר דוקטור. אוניברסיטת חיפה. 2009

Physical Therapy, Evidence-Based-Practice and Ethics

Ilana Zilberstein, PT,Ph.D, Geriatric Department,
Ministry of Health

Israel Zvulun, PT, MAppSc

Shifts in healthcare policies have challenged the belief that health budgets should be prioritized based on economic standards and scientific research. This was also the principle underlying the development of the Evidence Based Medicine (EBM) approach. There are also ethical aspects to EBM, chief among them the confidence that evidence based treatments are more likely to benefit than harm the patient. The Physical Therapy (PT) profession is constantly developing in the areas of research, technological diversity and professional skills and attitudes. As a health profession, it is influenced by social changes and national healthcare trends. As a result, health and allied-health professions, PT included, have adapted the EBM approach and recast it as Evidence Based Practice (EBP).

Sackett (2000), the founder of the approach, included in the definition of EBM three elements: research, clinical experience and the patients' set of values. However, as the discussion in the professional literature reveals, there is a tendency among professionals, funding agents and healthcare organizations to view the approach as based primarily, if not solely, on research evidence.

After a thorough examination of research methodologies in PT and a critical reading of numerous studies, it appears that sometimes there are conflicts between ethical principles and the implementation of research results. Every physiotherapist should examine these issues carefully when considering the application of research conclusions in the clinical setting. Practically, physical therapists must balance between basing their practice on research

findings, educating about usage of their clinical experience, and considerations of their patients' needs and values. Employing abroad approach to EBP, by taking all its aspects into account, justifies offering PT treatment to a wider population, thus extending the reach of PT beyond its current boundaries.

Keywords: Physical Therapy, Evidence Based Practice (EBP), ethics.