

עמדות רופאי משפחה בישראל כלפי תפקידה ותרומתה של הפיזיותרפיה לטיפול במערכת השלד-שריר

אורי אתרוג¹, יוכבד לויפר²

¹ כללית, מחוז חיפה וג"מ, מכון הפיזיותרפיה מרב"ך, קריית חיים
² החוג לפיזיותרפיה, הפקולטה לרווחה ובריאות, אוניברסיטת חיפה

תקציר

רקע: פגיעות שלד-שריר מהוות חלק משמעותי מהפגיעות בגינן פונים מטופלים לרופא המשפחה, אשר משמש הגורם הראשוני והמרכזי בהליך השיקום ואחראי על כשליש מן ההפניות לטיפול הפיזיותרפיה.

מטרת המחקר: לבחון את עמדות רופאי המשפחה לגבי תרומת הפיזיותרפיה לטיפול בפגיעות שלד-שריר והשפעתן על ההפניות לטיפול פיזיותרפיה.

שיטת המחקר: במחקר השתתפו 122 רופאי משפחה, שמילאו שאלונים אנונימיים אשר הועברו במהלך כנסים שנתיים של ארגון רופאי המשפחה.

תוצאות: (1) הרופאים סוברים כי התחומים שבהם תבוא לידי ביטוי היעילות הטיפולית הגבוהה ביותר בפיזיותרפיה הם: שיפור טווחי התנועה ושימוש באביזרי עזר. יעילות טיפולית נמוכה יחסית מצופה במניעת כאבים אקוטיים ושיפור יכולת העיסוק של המטופל. (2) הרופאים מעריכים כי בכ-26% מן המקרים בהם נפגע מטופל במערכת השלד-שריר, לא יחול שיפור במצב המטופל בעקבות טיפולי פיזיותרפיה, מעבר לשיפור שיחול במצבו באופן טבעי. (3) 60% מרופאי המשפחה מסכימים עם ההיגד כי פיזיותרפיסטים כשירים לבצע הערכה וטיפול במטופל גם ללא הפניית רופא. (4) צורך ממשי בטיפול פיזיותרפי הוא הסיבה ל-56% מן ההפניות הניתנות למטופלים. (5) 56.6% מרופאי המשפחה דיווחו כי לא נחשפו להכשרה בתחום הפיזיותרפיה. (6) ההכשרה שרכש הרופא בתחום הפיזיותרפיה משפיעה על רמת הציפיות של הרופא להצלחת הטיפול, לשיפור ביחס הרופא לפיזיותרפיה ולעלייה באחוז ההפניות הניתנות על בסיס צורך ממשי.

מסקנות: קיים צורך לבחון תכניות אשר יגבירו את חשיפת הרופאים למקצוע הפיזיותרפיה. תכניות כאלו עשויות להוביל לניצול אפשרות טיפולית זו בצורה המיטבית ולתרום בכך לשיפור הטיפול הניתן למטופל.

מילות מפתח: פיזיותרפיה, רופאי משפחה, גישות, תפיסות, אורתופדיה.

הקדמה

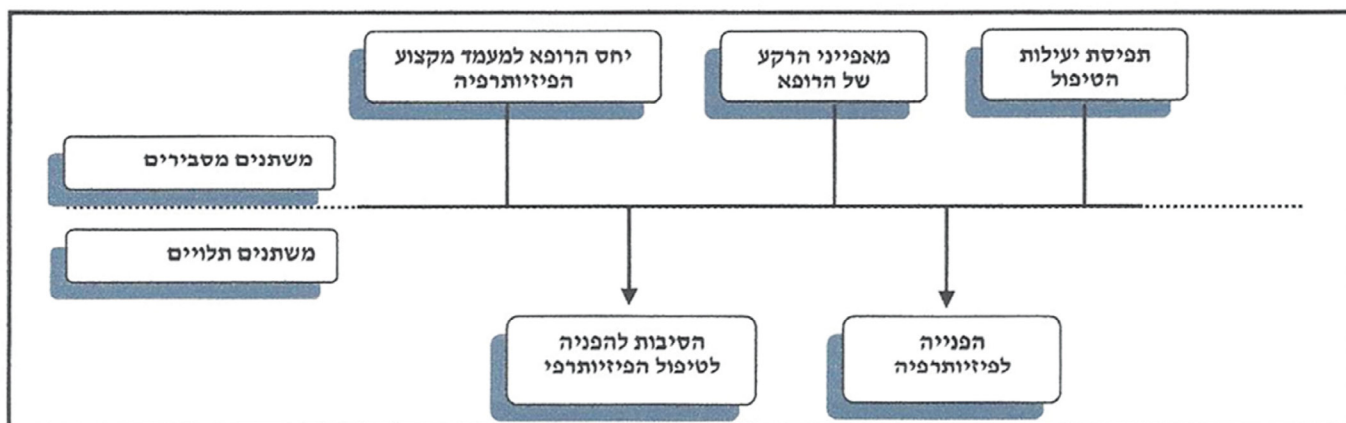
פגיעות במערכת השלד-שריר הן נפוצות ובעלות השלכות על תפקודו ואיכות חייו של המטופל. בשל שכחותן הגבוהה באוכלוסייה, רבים פונים בגללן לגורמי הבריאות השונים. נמצא כי בארצות הברית בשנת 2004 היו הפגיעות במערכת שלד-שריר הגורם הרביעי בשכיחותו לביקור אצל הרופא במרפאות הקהילה.¹ פגיעות הנובעות משינויים ניווניים במפרקים הן בין עשר הפגיעות הנפוצות ביותר מכלל פגיעות מערכת השלד-שריר שבגללן פונים לשם קבלת טיפול רפואי, וביחד עם כאבי גב וצוואר הן מן הנפוצות בפגיעות מערכת השלד-שריר.²

טיפולם פיזיותרפיים הוכחו כתורמים לקידום מצבו הבריאותי של המטופל לאחר פגיעה במערכת השלד-שריר³⁻⁶ ועשויים לספק למטופל פתרון יעיל, זמין ואיכותי ולתרום תרומה של ממש לקידום מצב בריאותו.⁷ עם זאת, האופן שבו רופא המשפחה תופס את יעילות טיפולי הפיזיותרפיה, את תרומתו וחשיבותו של מקצוע הפיזיותרפיה במערך הרפואי ואת מידת כשירותו של הפיזיותרפיסט לעבוד באופן עצמאי, לא נבחנה עד כה. סקירה מעמיקה של הספרות המקצועית לא העלתה ממצאים גם באשר לאופן השפעתה של תפיסת הרופאים על שיעור ההפניות של מטופלים למכוני הפיזיותרפיה.

רופאי המשפחה משמשים במרבית המקרים כגורם הטיפולי הראשון שבו פוגש המטופל בעת פנייתו לקבלת טיפול. רופא המשפחה משמש לרוב כ"מנהל המחלה" וכ"שומר הסף" במערכת הבריאות, והוא האחראי על הפניית המטופל לבעלי המקצוע המתאימים ביותר לשם קבלת הטיפול המיטבי. מכאן חשיבותו של מחקר זה.

נבנה מודל אשר נועד לבחון את עמדות רופאי משפחה בישראל בנוגע לתפקידה ולתרומתה של הפיזיותרפיה בטיפול בפגיעות במערכת השלד-שריר, במכוני הפיזיותרפיה בקהילה. מודל המחקר, המוצג בתרשים 1, נבנה על בסיס מחקרם של Archer et al.⁸

תרשים 1: מודל המחקר



מטרת המחקר

המחקר נועד לבחון את עמדות רופאי משפחה בישראל לגבי תפקידה ותרומתה של הפיזיותרפיה לטיפול בפגיעות במערכת השלד-שריר, במכוני הפיזיותרפיה בקהילה. המחקר נועד גם לבחון את הקשר בין עמדות אלה לבין אופן ההפניה של רופאי המשפחה לטיפולים פיזיותרפיים.

שיטת וכלי המחקר

המחקר התבסס על סקר חתך אנליטי (A cross-sectional survey) אשר נערך במהלך שני כנסים מקצועיים של איגוד רופאי המשפחה בישראל במהלך שנת 2011, בתיאום ובאישור איגוד רופאי המשפחה בישראל. נכללו במחקר רופאים אשר עובדים בקהילה כרופאי משפחה או רופאים כלליים העוסקים ברפואת משפחה אשר היו מדגם נוחות מקרב משתתפי הכנסים. המחקר אושר על ידי ועדת האתיקה של הפקולטה למדעי הרווחה והבריאות באוניברסיטת חיפה. לשאלון המחקר צורף בפתח טופס אישור הסכמה מדעת.

כלי המחקר כלל שאלון מובנה למילוי עצמי של שישה חלקים ובו-46 פריטים וכן שני תיאורי מקרה. כאמור, שאלון המחקר התבסס ברובו על שאלוני הסקר שהועברו במחקרם של Archer et al.⁸ ועל מחקרם של

במחקרם בחנו החוקרים את הגורמים העיקריים להפניית מטופלים הסובלים מפגיעות חריפות ותת-חריפות בגפה התחתונה, לטיפול פיזיותרפי, על-ידי רופאים אורתופדים מנתחים. החוקרים בחנו את הגורמים המסבירים להפניית מטופלים לקבלת טיפולי פיזיותרפיה ולבחירת סוג הטיפול המומלץ. הגורמים המסבירים שתוארו במחקר זה, שהתייחסו אליהם במחקרנו הנוכחי, הם (1) עמדות רופאי המשפחה לתרומה של טיפול הפיזיותרפיה לשיפור ליקויים ותפקודים שונים המאפיינים מטופלים עם בעיות שלד-שריר, (2) נתוני הדמוגרפיים והרקע המקצועי של הרופא ו-(3) תפיסת הרופא את מקצוע הפיזיותרפיה כחשוב וכתורם במערך הרפואי ומידת כשירותו של הפיזיותרפיסט לעבודה עצמאית. לשאלון שתורגם ממחקרם של Archer et al.⁸ הוספנו שאלות הבוחנות את תפיסת הגורמים להפניית מטופל למכון הפיזיותרפיה המתבססות על מחקרם של Seamark Clemenc &⁷ נוסף על כך, קיבלו המשתתפים שני תיאורי מקרה - האחד עסק בכאבי גב תחתון לא-ספציפיים והשני עסק בדלקת מפרקים ניוונית בברכיים (osteoarthritis knee). שתיהן פגיעות נפוצות, אשר עוברן קיימים קוים מנחים לטיפול.^(5,9) הרופאים התבקשו לציין את המלצות הטיפול שלהם עבור כל אחד מתיאורי המקרה כדי לבחון את העדפתם לגבי נותן השירות הטיפולי ואת המלצות הטיפול שלהם; שאלון המחקר המלא מוצג בנספח א'.

הבדיקה הסטטיסטית כללה חלק תיאורי שבו נבחנו שכיחויות, ממוצעים וסטיות תקן. נבדקו מתאמים לבחינת ההשפעה של הגורמים המסבירים על פי מודל המחקר. נעשתה בחינה סטטיסטית א-פרמטרית באמצעות מבחן וילקוקסון (Wilcoxon test) עבור המשתנה הקטגוריאלי - מין, ואילו עבור המשתנים הרציפים נעשה שימוש במתאם ספירמן (Spearman correlation). רמת המובהקות הסטטיסטית נקבעה על $p < 0.05$.

תוצאות

חולקו שאלונים ל-195 רופאים. מתוכם 122 (62.6%) מולאו, הוחזרו ועמדו בתנאי ההכללה של המחקר. בטבלה 1 מוצגים המשתנים הדמוגרפיים ומאפייני הרקע של משתתפי הסקר.

Clemence & Seamark⁷. השאלונים תורגמו תחילה מן השפה האנגלית לעברית על-ידי פיזיותרפיסט דובר שתי השפות ברמת שפת אם. תרגום חוזר לשפה האנגלית נעשה על-ידי פיזיותרפיסטית אחרת, דוברת שתי השפות ברמת שפת אם. לא נמצאו הבדלים מהותיים בין שתי הגרסאות באנגלית - לפני ואחרי התרגום. הוקם צוות חשיבה של ארבעה פיזיותרפיסטים. הצוות בחן את נוסח השאלון כדי לבדוק את תקפותו ובהירות ניסוחו. מהימנות השאלונים נבדקה על-ידי 15 פיזיותרפיסטים העובדים בתחום האורתופדי בקהילה. הפיזיותרפיסטים האלה מילאו את השאלונים פעמיים בהפרש של שבוע עד שבועיים זה מזה. נערכה השוואה בין תוצאות השאלונים שהתקבלו בשני המועדים. בבדיקה זו לא נמצא הבדל סטטיסטי בין שני השאלונים. כמו כן, שלושה רופאי משפחה התבקשו לחוות דעתם על אופן ניסוחו וכולם דיווחו כי השאלון מנוסח באופן ברור.

טבלה 1: משתנים דמוגרפיים ומאפייני הרקע של משתתפי הסקר*

מאפיין רקע	תוצאה
גברים/נשים, באחוזים	49.2/50.8
גיל הנסקר - ממוצע, בשנים (ס.ת.)	44.9 (10.4)
ותק מקצועי - ממוצע, בשנים (ס.ת.)	13.1 (10.4)
מקום עבודה - באחוזים	כללית - 71 מכבי - 18 לאומית - 3 מאוחדת - 3 אחר - 6
הכשרה בתחום הפיזיותרפיה - אחוז ממשתתפי הסקר	56.6 - היעדר כל הכשרה בתחום הפיזיותרפיה 33 - הדרכה עד יום השתתפות (הרצאה, יום עיון) 10 - הדרכה מספר ימים (סדנה קורס)

* טבלת מאפייני הרקע של רופאי המשפחה המשתתפים בסקר

להלן הממצאים שעלו במחקר. התוצאות המלאות מוצגות בטבלה 2.

התרומה החיובית הצפויה של טיפול הפיזיותרפיה לשיפור ליקויים ותפקודים שונים המאפיינים מטופלים עם בעיות שלד-שריר בעיני הרופאים נבחנה ב-21 תחומי טיפול. התוצאות שהתקבלו נעו בטווח שבין 46 ל-74 אחוז (המידה שבה יסייע הטיפול הפיזיותרפי לשיפור הפרמטר הנבדק).

טבלה 2: תוצאות היעילות הנתפסת של הטיפול הפיזיותרפי בעיני רופאי משפחה בישראל

חציון (טווח)		ממוצע ± (ס.ת.)		תחום הטיפול
אחוז	ציון	אחוז	ציון	
80 (0-100)	5 (1-6)	66 (22)	4.3 (1.1)	מניעת קונטרקטורות
60 (0-100)	4 (1-6)	52 (24)	3.6 (1.2)	הפחתת בצקת
80 (0-100)	5 (1-6)	66 (20)	4.3 (1.0)	שיפור בטונוס השרירי
80 (30-100)	5 (2.5-6)	74 (14)	4.7 (0.7)	שיפור בטווח התנועה
60 (20-100)	4 (2-6)	66 (18)	4.3 (0.9)	שיפור בכוח
60 (0-100)	4 (1-6)	64 (20)	4.2 (1.0)	שיפור ביציבות ובקואורדינציה
40 (0-100)	3 (1-6)	46 (22)	3.3 (1.1)	הפחתת כאב אקוטי
60 (0-100)	4 (1-6)	50 (22)	3.5 (1.1)	התמודדות עם הכאב
40 (0-100)	3 (1-6)	52 (22)	3.6 (1.1)	מניעת כאבים כרוניים
80 (0-100)	5 (1-6)	74 (20)	4.7 (1.0)	שימוש נכון באביזרי עזר
60 (0-100)	4 (1-6)	62 (18)	4.1 (0.9)	הליכה עצמאית
60 (0-100)	4 (1-6)	54 (20)	3.7 (1.0)	שיפור בכוח סבולת בעת פעילות גופנית
60 (0-100)	4 (1-6)	50 (20)	3.5 (1.0)	מעבר לעבודה חלקית
50 (0-100)	3.5 (1-6)	48 (22)	3.4 (1.1)	שיפור תפוקות בעבודה
60 (0-100)	4 (1-6)	48 (20)	3.4 (1.0)	עליית משך השעות שמסוגל לעבוד
60 (0-100)	4 (1-6)	50 (22)	3.5 (1.1)	התמודדות עם דרישות פיזיות בעבודה
40 (0-100)	3 (1-6)	48 (22)	3.4 (1.1)	חזרה לעבודה מלאה
60 (0-100)	4 (1-6)	60 (20)	4.0 (1.0)	התמודדות עם ההיבטים הפיזיים של המוגבלות
60 (0-100)	4 (1-6)	50 (24)	3.5 (1.2)	התמודדות עם ההיבטים החברתיים ו/או הרגשיים של המוגבלות
60 (0-100)	4 (1-6)	52 (22)	3.6 (1.1)	ירידה בתפיסת המוגבלות האישית
60 (0-100)	4 (1-6)	62 (24)	4.1 (1.2)	שיפור שביעות הרצון מהטיפול

* התשובות דורגו על פי סולם ליקרט של שש דרגות (1-6), כאשר ציון 1 מהווה רמת ציפיות אפסית (0%) לשיפור במצב המטופל, וציון 6 מבטא רמת ציפיות מלאה (100%) לשיפור במצבו של המטופל. | (ס.ת.) - סטיית תקן

המקרה השני, שעוסק במטופל הסובל מכאב גב כרוני בלתי ספציפי, טיפול הפיזיותרפיה הועדף כטיפול יחיד ב-36.9% מן המקרים ובשילוב עם רופאי המשפחה - ב-26.1%. רופאי המשפחה רואים עצמם מתאימים לשמש כמטפלים יחידים ב-25.2% מן המקרים. ורק ב-7.2% מן המקרים הם חושבים כי הרופא האורתופד מתאים לשמש כמטפל היחיד.

נמצא כי ההכשרה שרכש רופא המשפחה בתחום הפיזיותרפיה היא הגורם המכריע בעמדת הרופא לגבי חשיבות ותרומת מקצוע הפיזיותרפיה למערך הרפואי ובתפיסת כשירותו של הפיזיותרפיסט לפעול באופן עצמאי. נמצא כי להכשרה זו השפעה מובהקת סטטיסטית, אם כי נמוכה על רמת הציפיות של הרופאים לשיפור במצב המטופל בעקבות הטיפול הפיזיותרפי (עוצמת הקשר על פי מתאם ספירמן $p=0.21$), על תפיסתם את הפיזיותרפיסטים כתורמים בתור יועצים לרופאי המשפחה ($p=0.33$) ועל מידת החשיבות שהם מייחסים לתרומתם של הפיזיותרפיסטים לטיפול הרפואי ($p=0.33$). עוד נמצא כי ככל שהכשרתו של הרופא בתחום הפיזיותרפיה רחבה יותר, כך יטה להפנות את מטופליו לטיפול הפיזיותרפיה עקב צורך ממשי בטיפול ($p=0.25$), ואילו אצל רופא שהכשרתו מועטה יותר בתחום, יטה להפנות מטופלים לפיזיותרפיה עקב עומס העבודה המוטל עליו בעבודתו ($p=-0.26$).

נמצא כי גם גיל וותק הרופא בתחום התמחותו משפיעים לחיוב על עמדות הרופאים לגבי יכולתו של הפיזיותרפיסט לאבחן, לקבוע תכנית טיפול ולקבל החלטות באופן עצמאי ($p=0.19$ ו- $p=0.21$ בהתאמה). עוד נמצא כי הציפיות של רופא המשפחה לשיפור בעקבות הטיפול הפיזיותרפי מעלה את שיעור ההפניות לטיפול הפיזיותרפיה בשל צורך ממשי בטיפול ($p=0.28$), ואילו ציפיות להרעה במצבו של המטופל גורמת לצמצום שיעור ההפניות על רקע זה ($p=0.27$).

דיון

במחקר נמצא כי רופאי המשפחה סוברים שהשיפור הגדול ביותר במצבו הגופני של המטופל שעבר טיפול פיזיותרפיה יחול בטווחי התנועה, בשימוש נכון באביזרי עזר, במניעת קונטרקטורות ובשיפור בטונוס השרירי. מנגד, נמצא שרופאי המשפחה מניחים כי ב-26% מן המקרים לא תחול הטבה

ארבעת תחומי הטיפול אשר רמת הציפיות להטבה בהם היא הגבוהה ביותר (<65%) הם שיפור בטווחי התנועה של המטופל, שימוש נכון באביזרי עזר, מניעת קונטרקטורות ושיפור בטונוס השרירי של המטופל. שלושת תחומי הטיפול שבהם רמת הציפיות לשיפור היא הנמוכה ביותר (>50%) הם בתחומים הפחתת כאבים אקוטיים (חריפים), שיפור תפוקת העבודה של המטופל ויכולתו לחזור לעבודה מלאה.

קיימת 26% הסכמה של רופאי המשפחה עם ההיגד כי טיפולי הפיזיותרפיה אינם מקצרים את תקופת ההחלמה של המטופל הסובל מפגיעה במערכת השלד-שריר מעבר לשיפור הטבעי שעשוי לחול במצבו גם אילו לא היה עושה כלל טיפול זה, או אילו התאמן בביתו על פי תכנית אימון אישית. בשאלות הנוגעות למעמדו של מקצוע הפיזיותרפיה בעיני רופאי המשפחה, מידת ההסכמה עם היגד כי הפיזיותרפיסטים מסייעים כיועצים לרופאי המשפחה וכי יש לטיפול הפיזיותרפיה חשיבות בטיפול הרפואי הייתה גבוהה (ציון ממוצע 83.3% ו-70%, בהתאמה). לעומת זאת, מידת ההסכמה עם היגד בדבר כישורי הפיזיותרפיסט לבצע הערכה וטיפול ללא הפניית רופא היא נמוכה יותר (ציון ממוצע 60%).

נמצא כי צורך ממשי בטיפול הנו הגורם המרכזי להפניית מטופלים למכוני הפיזיותרפיה והוא הסיבה ל-56% מן ההפניות הניתנות למטופלים. הפנייה לפיזיותרפיה עקב דרישת המטופל מהווה כ-20% מן ההפניות ו-16% מן ההפניות ניתנות על רקע מיצוי כל אופציות הטיפול האחרות. הפנייה לפיזיותרפיה על רקע עומס המוטל על המערכת הרפואית מסבירה 7% מן ההפניות הניתנות למטופל.

הגורם המטפל המועדף על-ידי רופאי המשפחה נבדק על פי שני תיאורי מקרה (מקרה א ומקרה ב). מקרה א, העוסק במטופל הסובל מדלקת מפרקים ניוונית בברך (osteoarthritis knee), נבחרה הפיזיותרפיה כאפשרות הטיפולית המועדפת על-ידי רופאי המשפחה. הפיזיותרפיסטים הועדפו כמטפלים יחידים ב-27.7% מן המקרים וכמטפלים בצוותא עם רופאי המשפחה ב-25% מן המקרים. לעומת זאת, הרופא האורתופד נבחר כמטפל המועדף ב-21.4% מן המקרים, ו-26% הנתורים נחלקו בין רופאי המשפחה כמטפלים יחידים, דיאטניות, ריאומטולוגים, מטפלים ברפואה משלימה, טיפולים המשלבים אורתופד ופיזיותרפיסט גם יחד ומטפלים נוספים. בתיאור

החלקית ואי-ההתמדה בתרגול לאורך זמן בשל היעדר בקרה והכוונה מקצועיות.¹² שיפור גדול יותר - ומובהק באופן משמעותי - במצבם הבריאותי של מטופלים נמצא בקרב אלה שביצעו תרגול בנוכחות פיזיותרפיסט.^{7,13} לעומת זאת, מחקרים אחרים הראו כי לא קיים יתרון לטיפול הפיזיותרפי הפרטני עבור אוכלוסיות שונות.^{14,15} במקרים אלה נמצא כי דווקא תכנית הטיפול העצמאית היא בעלת יעילות טיפולית גבוהה, וזאת בשל החיסכון הכספי ופשטות ביצועה. הרופאים שהשתתפו במחקר סוברים כי ב-26% מהמקרים בהם סובל המטופל מפגיעות השלד-שריר לא יחול שיפור במצבו אילו ביצע טיפולים במכון הפיזיותרפיה מעבר לשיפור שהיה חל במצבו אילו ביצע תכנית אימון עצמאית בביתו. ממצאים אלו מעלים את הצורך לבחון מתי יש להמליץ על סדרות טיפול ארוכות ומורכבות במכוני הפיזיותרפיה, המצריכות השקעת זמן רב ומשאבים הן מצד המטופל והן מצד מערכת הבריאות, לעומת המקרים שבהם עדיף להמליץ על תרגול ביתי. יחד עם זאת, חשוב להדגיש כי במקרים שבהם מומלץ תרגול ביתי, צריך הפיזיותרפיסט להתמקד בעיקר בבניית תכנית אימון מותאמת ובמעקב ובקרת איכות על אופן התרגול. אפשר לעשות זאת במסגרת פרטנית וגם במסגרת קבוצת תרגול בפיזיותרפיה אשר הוכחו כיעילות מאוד.¹⁶

במחקר נמצא כי הסיבה המרכזית להפניית מטופל לפיזיותרפיה היא צורך ממשי בטיפול (56% מן ההפניות). מצד שני, חלק גדול (44%) מן ההפניות לפיזיותרפיה אינן ניתנות בהכרח עקב צורך ממשי בטיפולים אלו. מתן הפניות לטיפולים עקב דרישת המטופל, נמצא כגורם המסביר חמישית מהמקרים בגינם מופנים מטופלים לפיזיותרפיה. ממצא זה, ייתכן ומציג מצב של רציית המטופל על ידי רופא המשפחה כמו גם אפשרות "נוחה" להפחתת עומס העבודה הכבד בו שרוי הרופא.

במחקרנו נמצא כי 60% מרופאי המשפחה מסכימים עם ההיגד כי הפיזיותרפיסטים כשירים לפעול באופן עצמאי ללא ליווי הרופא והנחייתו. יחד עם זאת, שיעור גדול למדי של הרופאים (כ-40%) אינם חושבים שהפיזיותרפיסטים כשירים לפעול כפרופסיה בזכות עצמה. מחקרים הוכיחו כי כישוריהם של הפיזיותרפיסטים לבצע הערכה, לקבל החלטות ולטפל במטופלים, גם באופן עצמאי, איננה נופלת בהכרח מיכולותיהם של הרופאים.¹⁷⁻¹⁸ התפיסה של מקצת הרופאים שהשתתפו

במצבו הגופני של המטופל, מעבר להטבה שהייתה חלה באופן טבעי או אילו עבר תכנית אימון אישית בביתו. נמצא כי הרופאים רואים בפיזיותרפיה גורם חשוב בטיפול הרפואי, אבל רובם אינם סוברים כי הפיזיותרפיסטים יכולים לעבוד באופן עצמאי, גם ללא הפניית רופא. צורך ממשי בטיפול הוא הגורם המסביר העיקרי למתן הפניות למטופל על ידי רופא המשפחה, אך גורם זה מסביר רק מעט יותר ממחצית מן ההפניות לטיפול הפיזיותרפיה. נמצא כי ההכשרה שרכש הרופא בתחום הפיזיותרפיה היא הגורם המשפיע ביותר בתפיסת הרופאים את מקצוע הפיזיותרפיה.

המחקר בנוגע ליעילות הנתפסת של טיפולי הפיזיותרפיה בקרב רופאים בעלי התמחויות שונות הוא דל למדי, ולא קיים מחקר הבוחן תפיסות אלו על ידי רופאי המשפחה. במחקרם של Campbell et al¹⁰ נבחן האופן שבו נתפסים טיפולי הפיזיותרפיה בקרב רופאים המתמחים בנוירולוגיה, בפודיאטריה, באורתופדיה ו/או בשיקום, אשר מטפלים בילדים הסובלים משיתוק מוחין (CP). טיפולי הפיזיותרפיה נתפסו בקרב רופאים אלה כדרך יעילה מאוד לשפר היבטים שונים, כגון שימוש באביזרי עזר, סבולת, כוח, טווחי תנועה, הליכה, שיווי משקל וקואורדינציה. ממצאים דומים נמצאו גם במחקרם של Archer et al⁸ אשר נערך בקרב אורתופדים מנתחים, וגם במחקרנו הנוכחי. כאן, מפתיע במיוחד שיעורה הנמוך של היעילות הנתפסת של טיפולי הפיזיותרפיה בהפחתת כאב אקוטי. ממצא זה אינו עולה בקנה אחד עם ראיות מחקריות רבות לתרומתם החיובית של טיפולי פיזיותרפיה לטיפול בכאבים אקוטיים הנגרמות עקב בעיות שלד-שריר.¹¹ העובדה כי היעילות הנתפסת של טיפולי הפיזיותרפיה בהקלת כאב אקוטי וגם במניעת כאבים כרוניים ובשיפור ביכולת המטופל להתמודד עם כאב היא נמוכה, מעלה את הצורך להמשיך ולהרחיב את המחקר בתחום זה. נדרשות העמקת הידע והרחבת מחקר כדי לבחון את יעילות הטיפול להקלת הכאב בשלבי הפגיעה השונים ואת הגורמים המשפיעים על תפיסת הרופאים את יעילות הטיפולים הפיזיותרפיים בתחום זה.

בספרות ישנם חילוקי דעות לגבי היענות המטופלים לבצע תרגילים רפואיים ולגבי מידת יעילותם. נמצא כי אף על פי שתרגול עצמאי של המטופל בביתו משפר את מצבו הבריאותי של המטופל,^{4,5} לעתים יעילותו מוגבלת. זאת בגלל היענות

במחקר עשויה לנבוע מן הגישה ההיסטורית שלפיה הרופא הנו הגורם המטפל הקובע והמנחה את מדיניות הטיפול, בעוד הפיזיותרפיסט נמנה עם קבוצת מקצועות הבריאות אשר מתפקדים להוציא את הנחיות הרופא אל הפועל. בעקבות שינוי במדיניות של הפניית מטופלים לפיזיותרפיה במדינות רבות בעולם, במקביל למחקר ענף בתחום זה בשנים האחרונות,¹⁹⁻²⁰ עולה האפשרות להעניק למטופל גישה ישירה למכוני הפיזיותרפיה.

תיאורי המקרה נועדו לבדוק איזה גורם מטפל מועדף על רופאי המשפחה. כדי לבחון זאת הוצגו שתי פגיעות אורתופדיות שכוחות מאוד: כאבי גב כרוניים בלתי ספציפיים ודלקת מפרקים ניוונית בברכיים. עקב שכיחותן הגבוהה באוכלוסייה, נקבעו עבורן קווים מנחים לטיפול בידי כמה גופי בריאות בעולם. קווים מנחים אלו מכילים המלצות לטיפול המתבססות על ממצאים מדעיים רבים ומסווגות על פי מידת יעילותן בטיפול בפגיעה ועל פי רמת הוודאות בנוגע לתרומתן לשיקומו של המטופל. הקווים המנחים הללו כוללים מגוון טיפולים רחב. מקצת הטיפולים הללו נעשה דרך קבע על ידי הרופאים המטפלים, וביניהם רופאי המשפחה, דוגמת משככי כאב, תרופות אנטי-דלקתיות ומתן מידע למטופל וחלקם משויכים ישירות לעבודת הפיזיותרפיסט, דוגמת תרגול, שימוש במכשור אלקטרוטריפוי, טיפולים טרמותרפיים - חימום וקירור, חבישות, מתן ידע ומידע למטופל, שימוש באבזרי עזר וטיפולים ידניים (מנואליים).

המחקר בדק איזה גורם מטפל מועדף על רופאי המשפחה במקרים אלו, מבין: רופאי המשפחה, פיזיותרפיסטים, אורתופדים וגורם מטפל אחר. נמצא כי הפיזיותרפיה היא המקצוע הטיפולי המועדף עבור פגיעות הנובעות מדלקת מפרקים ניוונית בברכיים ומהווה 70.9% מבחירות הרופאים. ב-28.2% מן המקרים מועדף הפיזיותרפיסט כמטפל יחיד וב-42.7% מן המקרים מועדף הפיזיותרפיסט בשילוב טיפולים נוספים. עבור פגיעות כרוניות בגב התחתון מעדיפים רופאי המשפחה את הפיזיותרפיה ב-66.7% מן המקרים, שיעור נמוך במעט לעומת שיעורם עבור פגיעת הברך. הם מאמינים כי הפיזיותרפיה כטיפול יחיד העומד בפני עצמו תתאים במקרה זה ב-38% מן המקרים, שיעור גבוה יותר מזה שהתקבל עבור פגיעת הברך. במחקרם של Archer et al⁸ הבחירה במטפל המתאים בקרב אורתופדים מנתחים נבדקה באמצעות

חמישה תיאורי המקרה המציגים פגיעות אורתופדיות חריפות ותת-חריפות בגפה התחתונה. לא ניתן להשוות את ממצאי המחקר הזה לתיאורי המקרה במחקרנו כיוון שאינם מתייחסים לאותה האוכלוסייה ולאותם מאפייני פגיעה. בניגוד למחקרנו, לא קיימים קווים מנחים לטיפול עבור הפגיעות אשר תוארו שם. למרות סייגים אלו, ממצאי מחקר זה עשויים לחזק את ממצאי מחקרנו בשל הדמיון במגמות העולות בשני המחקרים. הרופאים האורתופדים שנבדקו במחקר זה התבקשו לבחור את המטפל המועדף מבין חמישה מטפלים אפשריים: פיזיותרפיסט, מרפאים בעיסוק, רופא שיקומי, כירופרקט וללא הפניית המטופל לגורם אחר. למרות השוני בין תיאורי המקרה, התברר כי המרפאים בעיסוק, הרופאים השיקומיים והכירופרקטים לא שולבו כמעט בהליך השיקומי על-ידי הרופא. בכל תיאורי המקרה הפיזיותרפיה הייתה הגורם המטפל העיקרי המומלץ, וביתר המקרים, העדיפו הרופאים האורתופדים שלא להפנות כלל את מטופליהם לגורם מטפל אחר. הממצאים של שני המחקרים מדגישים את החשיבות והמרכזיות של הטיפול הפיזיותרפי ואת הצורך בשימוש יעיל ונכון בכלי זה כדי לתת פתרון מיטבי למטופל הפונה לקבלת מענה רפואי.

נמצא כי ההכשרה שקיבלו רופאי המשפחה בתחום הפיזיותרפיה מעלה ישירות את רמת הציפיות של הרופאים להטבה במצב המטופל, את מידת ההערכה של רופאי המשפחה כלפי תרומתו של הפיזיותרפיסט למערכת הבריאות, משפרת את יחסם כלפי הפיזיותרפיסט כאל בעל מקצוע חשוב בטיפול הרפואי ואת תפיסתם את הפיזיותרפיסט כתורם וכיעף לרופא המשפחה. עוד נמצא כי הכשרתו של הרופא בתחום הפיזיותרפיה משפיעה על שיעור ההפניות שהוא נותן, המכילות הנחיות ספציפיות לשימוש בטכניקות טיפוליות בפיזיותרפיה. השפעת ההכשרה בתחום הפיזיותרפיה על תפיסות רופאי המשפחה, כפי שעולה ממחקרנו, בצד העובדה שמעל ל-56% מהרופאים לא קיבלו כל הכשרה בתחום, ורק 10% מן הרופאים קיבלו הכשרה שנמשכה מעבר ליום אחד, מעלה את הצורך בפיתוח ובהרחבה של מערך הכשרה בתחום הפיזיותרפיה עבור הרופאים. הכשרה זו עשויה להעניק לרופא המשפחה כלים וידע על שיטות הטיפול השונות ועל האפקטיביות שלהם במצבים שונים, ולסייע בידו להפנות את מטופליו בהתאם למצבו של המטופל.

מגבלות המחקר

1. מבנה המחקר, שמו ומקצועו של הסוקר/עורך המחקר (פיזיותרפיסט) עשוי ליצור הטיה בתוצאות שהתקבלו וזאת עקב רצונם של הנסקרים לרצות את הסוקר. מילוי השאלונים באופן אנונימי והשוואת התוצאות שהתקבלו לתוצאות של מחקרים קודמים שנערכו בעולם מקטינה את הסבירות לקיום הטיה זו.
2. במרבית הפרמטרים שנבחנו במחקר זה נמצאו מתאמים מובהקים באופן סטטיסטי אם כי ברמת מתאם נמוכה. על כן נדרש להרחיב את המחקר בתחום על מנת לבסס את ממצאיו.
3. מדיניות קופות החולים בנוגע לעידוד או לחובת בעלי המקצועות הטיפולים להשתתף בכנסים המקצועיים הארציים וכן המאפיינים הפרסונאליים, המקצועיים והאקדמיים של בעלי המקצוע אשר נטלו חלק בכנסים המקצועיים השנתיים של רופאי המשפחה, לא נבחנו לעומק במחקר, ולכן אינם ניתנים לעיבוד. יש לזכור גם כי המחקר נערך בקרב מדגם נוחות, אשר הקיף שיעור קטן יחסית מכלל רופאי המשפחה בארץ. נדרש מחקר דומה שיקיף בעלי המקצוע במקומות עבודתם, ללא תלות בהשתתפותם הוולונטארית בכנסים המקצועיים. מחקר כזה עשוי ליצור תמונת מצב מקיפה בנוגע לעמדות המשתתפים ולאפשר את פילוח התוצאות גם בחתך התעסוקתי, על פי הגורם המעסיק של משתתפי המחקר.
4. רופאי המשפחה אחראיים לכ-30% מן ההפניות לפיזיותרפיה. עדיין לא נבדקו התפיסות לגבי יעילות הטיפולים במכוני הפיזיותרפיה והעוסקים במקצוע זה בקרב רופאים אורתופדים שהם המפנים העיקריים למכון הפיזיותרפיה בעקבות פגיעות בשלד-שריר.
5. בחינת היעילות ותפיסת הטיפול הפיזיותרפי האורתופדי באופן כוללני, כפי שנעשתה בשאלון הסקר, עלולה אף היא לגרום להטיית התוצאות המתקבלות. קיימת שונות ניכרת בתפיסת היעילות הטיפולית ותרומת הפיזיותרפיה למצבו הבריאותי של המטופל בפגיעות שונות, וגם בתרומת הפיזיותרפיה למערכת הבריאות במצבי חולי ופגיעה שונים. תיאורי המקרה שהוצגו במחקר עוסקים בשתיים מן הפגיעות הנפוצות ביותר באוכלוסייה והסבירות כי רופאי המשפחה שהשתתפו לא נתקלו בהן היא נמוכה ביותר.

6. ניסוח תיאורי המקרה ואפשרויות הבחירה שניתנו עשויים לכוון את תשובות המשתתפים. השאלון עוצב כך שיוצגו בו הגורמים המטפלים המרכזיים עבור פגיעות אלו. נוסף על כך, ניתנה בידי המשתתף האפשרות לציין מטפלים אחרים באופן חופשי, לפי ראות עיניו.

7. בניגוד למחקרים אחרים בעלי מאפיינים דומים שנערכו בעולם, מחקר זה לא התחשב באזור העבודה הגאוגרפי ובמניעים הכלכליים של רופאי המשפחה, וזאת עקב גודלה הגאוגרפי של מדינת ישראל ומפני שרוב הטיפולים הרפואיים והפיזיותרפיים הניתנים בה הם ציבוריים וניתנים ללא תשלום (למעט השתתפות עצמית).

מסקנות

במחקר נמצא כי הכשרת הרופאים בתחום הפיזיותרפיה היא הגורם המרכזי בהשפעתו על עמדות רופאי המשפחה ביחס ליעילות טיפולי הפיזיותרפיה ולאופן מתן ההפניות לפיזיותרפיה. יחד עם זאת, נמצא כי ההכשרה של רופאי המשפחה בישראל בתחום הפיזיותרפיה היא מועטה ובמקרים רבים חסרה. שימוש מושכל בפיזיותרפיה עשוי לתרום לשיפור הטיפול הרפואי, לשיפור בשביעות רצון המטופל ואף לחיסכון כספי במערכת הבריאות. ממצאים אלה מצביעים על הצורך לשלב לימודים והתנסות בתחום הפיזיותרפיה במהלך הכשרתם של רופאי המשפחה.

הממצא שלפיו מרבית רופאי המשפחה לא עברו הכשרה כלשהי בתחום הפיזיותרפיה ומיעוטם נחשפו לה רק מעט, מעלה את הצורך והחובה של הפיזיותרפיסטים להעמיק את שיתוף הפעולה עם הרופאים, לפתח ערוצי תקשורת ישירים אליהם ולעודד תקשורת בין-מקצועית מעמיקה יותר. על העוסקים בתחום הפיזיותרפיה להרחיב את חשיפת המקצוע ולהציג בפני הקהל הרחב, ובעיקר בפני הרופאים המפנים, את הראיות המחקריות שעליהן מבוססים טיפולי הפיזיותרפיה. נדרש מחקר נוסף, אשר יבחן כיצד נתפסת היעילות של טיפולי הפיזיותרפיה וכן אופן השימוש באמצעי טיפולי זה, בקרב הרופאים המקצועיים המפנים לפיזיותרפיה בתחומי ההתמחות השונים.

מקורות

11. Unlu Z, Tasci S, Tarhan S, et al. Comparison of 3 physical therapy modalities for acute pain in lumbar disc herniation measured by clinical evaluation and magnetic resonance imaging. *J Manipulative Physiol Ther.* 2008 Mar;31(3):191-8.
12. Bruce-Brand R, Walls R, Ong J, et al. Effects of home-based resistance training and neuromuscular electrical stimulation in knee osteoarthritis: a randomized controlled trial. *BMC Musculoskelet Disord.* 2012;13:118.
13. Bermingham SL, Sparrow K, Mullis R, et al. The cost-effectiveness of supervised exercise for the treatment of intermittent claudication. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2013 Dec;46(6):707-14.
14. Coppola SM, Collins SM. Is physical therapy more beneficial than unsupervised home exercise in treatment of post surgical knee disorders? A systematic review. *Knee.* 2009 Jun;16(3):171-5.
15. Bronfort G, Evans R, Anderson AV, et al. Spinal manipulation, medication, or home exercise with advice for acute and subacute neck pain: a randomized trial. *Ann Intern Med.* 2012 Jan 3;156(1 Pt 1):1-10.
16. Jette DU, Ardleigh K, Chandler K, McShea L. Decision-making ability of physical therapists: physical therapy intervention or medical referral. *Phys Ther.* 2006 Dec;86(12):1619-29.
17. Childs JD, Whitman JM, Sizer PS, et al. A description of physical therapists' knowledge in managing musculoskeletal conditions. *BMC Musculoskelet Disord.* 2005 Jun 17;6:32.
18. Domholdt E, Durchholz AG. Direct access use by experienced therapists in states with direct access. *Phys Ther.* 1992 Aug;72(8):569-74.
19. Leemrijse CJ, Swinkels IC, Veenhof C. Direct access to physical therapy in the Netherlands: results from the first year in community-based physical therapy. *Phys Ther.* 2008 Aug;88(8):936-46.
20. Massey BF Jr. 2002 APTA presidential address: What's all the fuss about direct access? *Phys Ther.* 2002 Nov;82(11):1120-3.
1. Hing E, Cherry DK, Woodwell DA. National ambulatory medical care survey: 2004 summary. *Adv Data.* 2006 Jun 23;(374)(374):1-33.
2. Stafford R, Saglam D, Causino N, et al. Trends in adult visits to primary care physicians in the united states. *Arch Fam Med.* 1999 Jan-Feb;8(1):26-32.
3. Smidt N, De Vet HC, Bouter LM, et al. Effectiveness of exercise therapy: A best-evidence summary of systematic reviews. *Aust J Physiother.* 2005;51(2):71-85.
4. Taylor NF, Dodd KJ, Shields N, Bruder A. Therapeutic exercise in physiotherapy practice is beneficial: A summary of systematic reviews 2002-2005. *Aust J Physiother.* 2007;53(1):7-16.
5. Birrell F, Burke M, Conaghan P, et al. Osteoarthritis: NICE guideline. National Institute for Health and Clinical Excellence: Clinical guidelines. CG59 - Issued: February 2008.
6. Deyle GD, Allison SC, Matekel RL, et al. Physical therapy treatment effectiveness for osteoarthritis of the knee: a randomized comparison of supervised clinical exercise and manual therapy procedures versus a home exercise program. *Phys Ther.* 2005 Dec;85(12):1301-17.
7. Clemence ML, Seamark DA. GP referral for physiotherapy to musculoskeletal conditions--a qualitative study. *Fam Pract.* 2003 Oct;20(5):578-82.
8. Archer KR, MacKenzie EJ, Bosse MJ, et al. Factors associated with surgeon referral for physical therapy in patients with traumatic lower-extremity injury: Results of a national survey of orthopedic trauma surgeons. *Phys Ther.* 2009 Sep;89(9):893-905.
9. Underwood M, Watson P, Buchanan E, et al. Low Back Pain: Early Management of Persistent Non-Specific Low Back Pain Full Guideline. National Institute for Health and Clinical Excellence: Guidance. CG88 - Issued: May 2009.
10. Campbell SK, Anderson JC, Gardner HG. Physicians' beliefs in the efficacy of physical therapy in the management of cerebral palsy. *Pediatr Phys Ther.* 1990;2:169-173.

נספח א שאלון לרופא המשפחה

חלק א: מאפיינים דמוגרפים

1. שנת לידה _____ 2. מגדר? זכר נקבה
3. האם קיבלת עברת ימי עיון, קורסים, סדנאות או הרצאות בתחום הפיזיותרפיה?
 לא הרצאה יום עיון
 סדנא קורס אחר, פרט: _____
4. כמה שנים אתה עוסק בתחום התמחותך? _____
5. עובד עבור: כללית / מכבי / לאומית / מאוחדת / ממשלתי / אחר: _____
6. האם עובד כרופא כללי או רופא משפחה במרפאה בקהילה:
 רופא כללי רופא משפחה לא
7. בחודש אופייני, כמה מטופלים חדשים אתה מפנה לפיזיותרפיה בקהילה? _____

חלק ב: היעילות הנתפסת של הטיפול הפיזיותרפי

1. באיזה אחוז מן המקרים שלהלן טיפולי הפיזיותרפיה יעילים?

100%	80%	60%	40%	20%	0%	
(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	1. מניעת קונטרקטורות
(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	2. הפחתת בצקת
(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	3. שיפור בטונוס השרירי
(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	4. שיפור בטווחי התנועה
(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	5. שיפור בכוח
(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	6. שיפור ביציבות ובקואורדינציה
(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	7. הפחתת כאב אקוטי
(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	8. שיפור ביכולת ההתמודדות עם הכאב
(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	9. מניעת כאבים כרוניים
(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	10. שימוש נכון באביזרי עזר
(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	11. הליכה עצמאית
(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	12. שיפור בכוח סבולת בעת פעילות גופנית
(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	13. מעבר לעבודה חלקית
(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	14. שיפור תפוקת בעבודה
(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	15. עליית משך השעות שמסוגל לעבוד
(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	16. שיפור ביכולת להתמודד עם דרישות פיזיות בעבודה
(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	17. חזרה לעבודה מלאה
(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	18. שיפור ביכולת להתמודד עם ההיבטים הפיזיים של המוגבלות
(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	19. שיפור ביכולת להתמודד עם ההיבטים החברתיים ו/או הרגשיים של המוגבלות
(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	20. ירידה בתפיסת המוגבלות האישית
(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	21. שיפור שביעות הרצון מהטיפול

2. באיזה אחוז מן המקרים פיזיותרפיה מובילה לתוצאות השליליות האלה:

100%	80%	60%	40%	20%	0%	
(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	1. הגברת כאב
(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	2. עלייה בשימוש בתרופות
(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	3. התמשכות תהליך ההחלמה
(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	4. מידע רפואי לא הולם
(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	5. אין שיפור מעבר למה שהיה מתרחש באופן טבעי
(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	6. אין שיפור מעבר למה שהיה מתרחש אם היה מבצע תוכנית עצמאית לתרגול ביתי

חלק ג: היחס כלפי פיזיותרפיה

מהי מידת הסכמתך עם ההיגדים הבאים?

מסכים מאוד	מסכים	מאוד לא מסכים	לא מסכים			
(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	1. פיזיותרפיסטים כשירים לקבל החלטות לגבי טיפול במטופל
(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	2. פיזיותרפיסטים מסייעים כיועצים לרופאי משפחה
(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	3. פיזיותרפיסטים נוטלים תפקיד חשוב בטיפול הרפואי
(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	4. פיזיותרפיסטים כשירים לבצע הערכה ולטפל במטופלים ללא הפניית רופא

חלק ד: הטכניקות המומלצות של טיפולי הפיזיותרפיה

באיזה אחוז מההפניות לפיזיותרפיה אותן אתה מספק קיימת הנחייה לשימוש בטכניקה טיפולית ספציפית: % _____
 פרט הטכניקות: _____, _____, _____, _____, _____, _____

חלק ה: הסיבות להפניית המטופל לפיזיותרפיה

מתוך סך ההפניות שהנך מקצה לטיפול הפיזיותרפיה, הגורמים להפניה לטיפול מחולקים באופן הבא (סה"כ צריך להסתכם ב 100%):

קיים צורך ממשי בטיפול	%	מההפניות
מוצו כל האופציות הטיפוליות האחרות	%	מההפניות
פתרון זמין עקב עומס המערכת	%	מההפניות
עפ"י דרישת המטופל	%	מההפניות
אחר. פרט: _____	%	מההפניות
סה"כ	100 %	מההפניות

חלק ו: תיאורי מקרה

מה יהיה הטיפול שתמליץ עליו עבור כל אחד מתיאורי המקרה האלה:

תיאור מקרה א':

בת 65, הסובלת זה שלוש שנים מכאבים בברך שמאל, ההולכים ומחריפים. ניהלה בעברה חנות ונהנית מגננות אם כי מתקשה בכך עקב כאבי הברך. בריאות כללית טובה מלבד עודף משקל ויתר לחץ דם מתון. כמו כן היא סובלת מכאבים בשתי הידיים. כיום מגדירה את הכאב בברכיים בעוצמה בין 6 ל-10. הכאב מתגבר בירידת מדרגות, שפיפה וקימה מישיבה. קיים קושי מסוים בהליכה, נעזרת כיום מחוץ לבית במקל עקב הכאב. חשה נוקשות מפרקית בקימה בבוקר ולאחר חוסר תזוזה ממושכת. אביה סבל מארטריטיס בברך, לא אובחנה או טופלה עד כה.

בבדיקה: ברך שמאל תפליט בינוני ומנח valgus, כפיפת ברך מוגבלת וחולשת שריר הארבע ראשי. מרווח מפרקי רגיש למישוש, אין ממצאים נוספים.

- מהי המלצתך כרופא המשפחה של המטופלת:
- לתת למטופלת טיפול עצמאי כרופא המשפחה.
 - להפנות את המטופלת לבדיקת רופא אורתופד.
 - להפנות את המטופלת לפיזיותרפיה.
 - אחר, פרט: _____

תיאור מקרה ב':

הגיע למרפאה בפעם הראשונה, מתלונן על כאבי גב מתונים. טופל במהלך השנים על ידי מספר רופאים עקב כאבי גב חוזרים לאחר שנפגע בעבודתו כמחסנאי לפני כ-20 שנה. לדבריו, הרופאים לא מצאו את הגורם לכאב. המטופל איננו מצליח להצביע על מועד תחילת הכאבים הנוכחיים, אבל חושב שייתכן שהדבר קשור לעבודות שביצע בגג ביתו לפני כחודשיים. אין למטופל תסמינים נוספים ומצב בריאותו הכללי - טוב.

- מהי המלצתך כרופא המשפחה של המטופל:
- לתת למטופל טיפול עצמאי כרופא המשפחה.
 - להפנות את המטופל לבדיקת רופא אורתופד.
 - להפנות את המטופל לפיזיותרפיה.
 - אחר, פרט: _____

Attitudes and perceptions of family physicians regarding physical therapy treatment for musculoskeletal disorders

Ori Etrog,¹ Yocheved Laufer²

¹ Clalit, Haifa and West Galilee District, Marbach Clinic, Qiryat Haim

² Haifa University, Physical Therapy Department

Abstract

Background: Pain related to musculoskeletal disorders leads a significant proportion of patients to consult their general practitioners (GPs), who, in turn, are responsible for roughly one-third of all physical therapy (PT) referrals.

Study aim: To examine the perceptions of GPs regarding the contribution of PT to the treatment of musculoskeletal disorders and the manner in which these perceptions affect PT referrals.

Methods: In this cross sectional study, 122 GPs anonymously completed a battery of questionnaires, distributed during two conferences held by the National Association of Family Medicine.

Results: The main findings are: (1) Physicians' expected PT to be most effective in increasing patients' range of motion and in teaching patients to use assistive devices. However, they anticipated PT efficacy to be relatively low for acute pain prevention and improvement of patients' occupational capacity. (2) Physicians estimated that 26% of patients would improvement resulting from PT would be no better or quicker than that attained through natural recovery. (3) There was a 60% agreement among GPs that physical therapists are qualified

to perform patient evaluation and treatment without a physician's referral. (4) Only in 56% of referrals was PT treatment actually necessary. (5) Findings indicate that 56.6% of the GPs were uninformed regarding the scope of PT training. (6) Physicians' education regarding PT was the most influential factor affecting their expectations for treatment success.

Conclusion: It is necessary to consider appropriate programs for increasing GPs' knowledge about PT, which may lead to more optimal use of PT as a therapeutic option contributing to patient care.

Keywords: physical therapy, general practitioners, attitudes, perceptions, orthopedics.