

# רשת המחקר של רופאי הילדים בקהילה – מימד חדש במחקר הפדיאטרי בישראל

צחי גחסמן<sup>1,2</sup>, ארנסטו קאהן<sup>3</sup>, שמואל גרס<sup>2,4,5</sup>, שי אשכנזי<sup>5</sup>, איתמר שליט<sup>5</sup>,

<sup>1</sup>מירפאה עצמאית, מכבי שירותי בריאות, תל אביב, <sup>2</sup>החברה הישראלית לפדיאטריה אמבולטורית (חיפ"א), <sup>3</sup>המח' לרפואת המשפחה, אוניברסיטת תל אביב, <sup>4</sup>המח' לאם וילד, משרד הבריאות, <sup>5</sup>מרכז שניידר לרפואת ילדים בישראל, פתח תקווה

## ת ק צ י ר

שמטרתן לתמוך ולעודד את העשייה המחקרית בקהילה. רשת מחקר היא גוף המאגד מספר מירפאות ראשוניות ומארגן את הפעילות המחקרית. רשת המחקר של חפאי הילדים בקהילה הוקמה לפני שנתיים ע"י החברה הישראלית לפדיאטריה אמבולטורית (חיפ"א)\*. הרשת כוללת היום

בשנים האחרונות מבוצע עיקר הטיפול הרפואי בילדים בקהילה. למרות זאת, עקב קשיים אובייקטיביים, שעיקרם מחסור בזמן, עומס עבודה והעדר תשתית תומכת, הפעילות המחקרית בקהילה מועטה. בעשור האחרון, הוקמו בעולם רשתות מחקר, בעיקר ברפואת המשפחה,

\* חיפ"א – החברה הישראלית לפדיאטריה אמבולטורית.

רישתות מחקר ברפואה ראשונית, משפחה וילדים, קיימות במספר מדינות בעולם, ביניהן ארה"ב, איטליה, צרפת, בריטניה, ניו-זילנד.

בארה"ב קיימות רשתות ברפואת ילדים המרוכזות סביב בתי-חולים לילדים כדוגמת רשת PPRG הקשורה לבית-החולים לילדים בשיקגו ורשת PROS – Pediatric Research in Office Setting, שהוקמה על ידי האקדמיה האמריקאית לרפואת ילדים.

בישראל הוקמה לפני כשמונה שנים רשת מחקר ברפואת משפחה (רמב"ם), ולפני שנתיים הקימה החברה הישראלית לפדיאטריה אמבולטורית (חיפ"א) את רשת המחקר של רפאי הילדים בקהילה IPROS. קיימים מספר רכיבי מפתח ברשת המחקר של רפאי הילדים בקהילה: הרופאים המשתתפים, נושאי המחקר, הניהול האקדמי של הרשת, אמצעי התקשורת התוך-אירגוניים והתשתית התקציבית.

### הרפאים המשתתפים

לאחר שנתיים של פעילות, מונה הרשת 140 חברים. כל הרופאים הרשומים הם אלה שהביעו רצון להיות מעורבים ברמת פעילות כזו או אחרת במחקר בקהילה. רמת הפעילות משתנה בהתאם לאופיו ולניסיונו בעבר של הרופא במחקר. ניתן לאפיין שלושה תדמגוזים בעלי רמת פעילות שונה: חוקרים ראשיים המרכזים נושאים מכתבת הצעה ועד כתיבת מאמר, רופאים המשתתפים באיסוף הנתונים וכאלה המשתתפים בפגישות ומעודכנים בפעילות הרשת. אחת המטרות המרכזיות של הרשת היא להביא לכך שיותר רופאים יהיו מעורבים במשך הזמן בפעילות מחקרית של ממש.

גיוס רופאים לפעילות במסגרת הרשת היא פעולה מורכבת. יש לזכור שהפעילות המחקרית היא התנדבותית והתגמול העיקרי שלה אצל רופאי הקהילה הוא תחושת האתגר והסיפוק המתלווים אליה. יחד-עם-זאת, עיסוק בפעילות זו גוזל מזמנו המצומצם של הרופא ומכביד על סדר יומו העמוס ממילא במירפאתו. לכן, קיים צורך קבוע בעידוד הרופאים, בעיקר אלה ללא ניסיון קודם, עם חשש מסוים מעיסוק בפעילות חדשה זו. המגע עם הרופאים ברשת הוא מגע אישי, כמעט ללא תיווך מזכירות, המבטיח היענות רבה יותר לפעילות.

במסגרת המגע האישי, נעשה מאמץ להדגיש את הייחוד האיכותי של חברי הרשת מתוך כלל רופאי הילדים בישראל ולהוקיר כל רופא ברשת על פעילותו.

בחינת הרכב הרופאים החברים ברשת מעלה שמדובר באוכלוסייה הטרוגנית מבחינת תמריצי המחקר המועדפים עליה. חלק מהרופאים, מעוניין בעיקר בהופעה ברשימת המחברים ובקידום אקדמי. חלק אחר של חברי הרשת מעוניין בתמריצים חומריים יותר, כגון ספרות מקצועית או ציוד למירפאה. הרשת מאמצת את כל סוגי התגמול הללו, המקובלים בעולם המחקר הרפואי, ומאפשרת חופש החלטה לחוקר הראשי לתגמל את המצטרפים אליו בהתאם, תוך יידוע ועדת ההיגוי.

כל חברי הרשת עוסקים ברפואת ילדים ראשונית בקהילה. חלקם עובדים גם במסגרת של בתי-חולים, אך רובם עובד במסגרת קופות החולים השונות. ניתן ייצוג נאות לאזורי הצפון, הדרום, המרכז ואזור ירושלים, וכן לאופי המיוחד של מירפאות עירוניות

כ־140 חפאי ילדים מכל הארץ המייצגים את חתך חפאי הילדים בישראל. ניהול הרשת נעשה ע"י ועדת היגוי משותפת לחיפ"א, לחוקר הרשת ולמרכז שניידר לרפואת ילדים בישראל. ועדה זו קובעת את מדיניות הרשת ועדיפויות הנושאים למחקר. מיגוון נושאי המחקר רחב ומייצג סוגיות שבשיגרת עבודתו של רופא הילדים הראשוני. תיקשורת תוך-אירגונית ברשת מתבצעת ע"י עידכונים בדואר, התכתבות בדואר אלקטרוני תוך שימוש ברשימת תפוצה ופגישות חצי שנתיות. תקציבי המחקר ניתנים הן ממקורות ציבוריים – חיפ"א, המדען הראשי של משרד הבריאות, והן ממקורות פרטיים – חברות תחפות. פעילות מנגנון הרשת נתמכת ע"י מרכז שניידר לרפואת ילדים בישראל, וממומנת ע"י חיפ"א. במאמר יוצגו המרכיבים החשובים בפעולת הרשת והדרכים הננקטות לעידוד המחקר בקהילה.

### ה ק ד מ ה

רוב הילדים מקבלים טיפול רפואי במסגרת הקהילה, ורופא הילדים הראשוני מאבחן ומטפל במירפאתו במרבית המצבים השכיחים ברפואת ילדים. מצב זה עשוי להוות קרקע להתפתחות עשייה מחקרית בקהילה. לעשייה כזו יתרונות רבים. תוצאות מחקר בקהילה ניתנות להחלה על כלל אוכלוסיית הילדים בצורה הרבה יותר אמינה ומדויקת מתוצאות מחקר על ילדים מאושפדים המאופיינים בתמונה קלינית קשה יותר.

בקהילה ניתן לחקור מצבים שכמעט אינם מגיעים למסגרת בתי-חולים, כמו קדחת, אנמיה על רקע של חוסר ברזל או בעיות פסיכוסוציאליות. ניתן להשיג מעקב ממושך בילדים בקהילה, אפשרות למידגמים גדולים יותר ואפשרות לחקר שירותי בריאות [1].

למרות היתרונות המצוינים לעיל, מבוצעת מרבית המחקר ברפואת ילדים במסגרת בתי-החולים, עקב ניסיונם העתיר של החוקרים בבתי-החולים והודות לקיומה של תשתית תומכת מחקר. קיימות מספר סיבות המהוות מיכשול להתפתחות מחקר חשוב בקהילה וביניהן – מחסור בזמן למחקר עקב עומס העבודה השיגרתית, העדר תשתית לוגיסטית לעריכת מחקר ובדידותו של הרופא החוקר בקהילה, ללא מעטה אקדמי הולם.

בשנים האחרונות, התפתחה ברפואת משפחה וברפואת ילדים מגמה של עריכת מחקרים בקהילה באמצעות רישות מחקר של רופאים ראשוניים [1-6]. במאמר זה נסקור את המיבנה של רשת מחקר ונביא מניסיונו בהקמת רשת מחקר ברפואת ילדים בישראל.

### רשת מחקר

רשת מחקר היא קבוצת רופאים ראשוניים הקשורים ביניהם למטרת ביצוע מחקרים בקהילה. ניתן להסתכל על רשת מחקר כעל "מעבדה" המאפשרת ביצוע מחקרים ברפואה ראשונית. הרשת בנויה בדרך כלל מגוף לוגיסטי המרכז את הפעילות וממירפאות הקשורות אליו. הגוף המרכזי יכול להיות קשור לאיגוד הרופאים, בתי-חולים לילדים, חוג אוניברסיטאי וכיו"ב. מטרת הגוף המרכזי לספק את התשתית האדמיניסטרטיבית, הלוגיסטית והתקציבית לרשת.

ט ב ל ה 1: נושאי מחקר ושלבי הביצוע

נושא מחקר	שלב ביצוע
ניטור שפעת	העברה לפירסום
מאזן ברזל בילדים בגיל טרום בתי-הספר	איסוף נתונים
הגישה האיבחנותית והטיפולית בדלקת הלוע	כתיבת מאמר
גורמי שחיקה אצל רופאי ילדים בקהילה	איסוף נתונים
שימוש במדרייזי חמצן בקהילה	לא ברצע
תכשירי אכילצאה פרופוליס ותחלואת חורף	לא ברצע
ביקורי ילדים ללא ליווי מבוגר במירפאה	העברה לפירסום
נשאות חיידקים בלוע של ילדים בריאים	לא ברצע
גורמים המשפיעים על בחירת תחליף של חלב-אם	כתיבת מאמר
עישון ע"י אימהות מיניקות	העברה לפירסום
טיפול ב-metal spacer למתן תרופות בשיאוף	איסוף נתונים
גנחת סימפונות וניצול שירותי בריאות	איסוף נתונים
טיפול בתרופות תסמיניות בהצטננות	תיכנון

ד ניתנת עדיפות לנושאי מחקר המערבים מספר רב של מירפאות. היכולת ליצור עבודות רב-מרכזיות היא אחד היתרונות הברורים של מיבנה רשת. על ידי כך ניתן להשיג מידגמים גדולים ומגוונים, להקטין את העומס היחסי המוטל על כל משתתף, ולאפשר למספר גדול יותר של רופאים להיות מעורים בעשייה המחקרית.

ברשת קיים הליך מסודר לעריכת מחקרים, החל בשלב הרעיון ועד שלב הפירסום. הצעת מחקר מסודרת מוגשת על ידי החוקר הראשי לעיונם של ראש הרשת והיועץ באפידמיולוגיה. לאחר משיקל נכבד ביותר בתיכנון המחקר – קביעת השיטה, גודל המידגם, מיבנה השאלון וכיו"ב, בביצוע ובעיבוד הנתונים. לאחר העיון הראשוני, מובאת ההצעה לפני ועדת ההיגוי של הרשת. לאחר דיון בהצעה, מחליטה ועדת ההיגוי לאשר או להחזיר את ההצעה למחבר לצורך תיקונים. במקרה האחרון, לאחר תיקון הדרוש, נדונה ההצעה שוב. אחרי אישור, מציג החוקר הראשי את הנושא בפני מליאת הרשת בכינוס החצי-שנתי. חברי רשת המעוניינים להצטרף קבוצת עבודה לחוקר הראשי, מקיימים דיון ראשוני בפגישה, ובהמשך עובדים יחדו על גיבוש ההצעה הסופית וקביעת נהלי עבודה.

סקירת רשימת הנושאים שהובאו לדיון במליאת הרשת בשנתיים הראשונות לפעילותה, מדגימה מיגוון רב של נושאים, כולם קשורים בצורה כזו או אחרת לפעילות השיגרתית במירפאה ראשונית לרפואת ילדים בישראל (טבלה 1). חלק מהנושאים שהועלו לא הגיעו לשלב מעשי עקב חוסר התעניינות. לעומת זאת, חלק מהעבודות, גישה לדלקת הלוע, עישון אצל מיניקות, ביקור ללא ליווי מבוגר, ניטור שפעת וגורמים המשפיעים על בחירת תחליף חלב – נמצא בשלבי כתיבה ומיועד לפירסום.

חלוקת רשימת הנושאים לקבוצות, מראה שניתן ייצוג לתחומי עבודתו העיקריים של רופא הילדים הראשוני:

- מחלות זיהומיות – 4,
- תזונה – 2,
- דרכי נשימה – 3,
- פסיכוסוציאליים – 2,
- רפואה מונעת – 1,
- שירותי בריאות – 1.

וכפריות. הרופאים עובדים במירפאות בעלות מיבנה שונה, החל במירפאה עצמאית, דרך מנהלי מרכזי בריאות ילד וכלה ברופאים שכירים. ההטרונגיות המתוארת לעיל תורמת להפריה הדדית בין רופאים ממסגרות שונות ומאפשרת נטילת דגימת אוכלוסייה לצורכי מחקר מחתכים שונים ומגוונים.

## נושאי מחקר

הנושאים המובאים כנושאים אפשריים למחקר מגוונים. קיימים מספר תנאים להפיכתו של נושא מסוים לעבודת מחקר במסגרת הרשת:

א' הנושא אמור להיות חשוב מדעית ולעניין את רופא הילדים הראשוני. הגיסיון מלמד שסיכויי הצלחתו של נושא מסוים תלויים במידת העניין שהוא מעורר אצל החברים.

ב' הנושא צריך להיות משמעותי לעבודה היומיומית במירפאה ובעל השלכות מתאימות. הרשת אינה עוסקת בדברים נדירים או בנושאים בעלי תחום עניין צר, אלא בחקר תופעות שכיחות במירפאות.

ג' המחקר אמור להיות פשוט ובר-ביצוע במסגרת המקום והזמן של המירפאה הראשונית. מירפאה ראשונית לילדים היא מקום המאופיין בדרך כלל בעבודה שבה מוקצבת מסגרת זמן של מספר דקות מועט לבדיקת כל חולה. מאפיינים אלה מכתבים סוגי מחקרים שניתן לבצעם ללא הפרעה קשה לשיגרת העבודה וללא פגיעה בשירות הרפואי הניתן למטופלים, לדוגמה, עבודות המבוססות על שאלונים. עבודות מורכבות יותר, כגון עבודות המבוססות על התערבות ניסויית, ניתנות לביצוע אך ורק אם רופא מסוים אמור לגייס לעניין מספר קטן של ילדים באופן שלא יפגע בשיגרת המירפאה.

זהו אחד מיתרונותיה של הרשת, המאפשרת ביצוע עבודות של התערבות ניסויית על ידי מספר רב של מירפאות, תוך הקטנת העומס היחסי על כל מירפאה משתתפת.

ד' משך זמן ביצוע המחקר אמור להיות קצר יחסית. קיים קשר ברור בין מחקר הנמשך על פני זמן רב מדי לבין דעיכת רמת ההניעה של הרופאים המשתתפים במחקר. כדי להבטיח את איתנותו של המחקר מעבר לזמן שתוכנן, חייב החוקר הראשי לדאוג למנגנון שידרבן את הרופאים המשתתפים לעמוד במשימת גיוס החולים וביצוע המטלה הנדרשת במחקר.

ה' התקציב לביצוע המחקר חייב להיות בגבולות הסביר. מקורות למימון מחקרים בקהילה אינם מצויים בשפע וסכומי הכסף שהם מקצים, אינם גבוהים. עובדה זו מכתיבה מתן עדיפות למחקרים שאינם "זוללי" כספים מבחינת כוח אדם וציוד.

ו' המחקרים צריכים להיות פשוטים וברורים מבחינה אתית. כל מחקר בבני-אדם בקהילה, בדומה למחקר בבית-חולים, אמור לעבור אישור של ועדת הלסינקי. במתכונת הנוכחית של הרשת, לאחר התקשרות עם בית-החולים לילדים, עוברות הצעות המחקר דרך הוועדה בבית-החולים. מעבר לאישור הרשמי של הלסינקי, חייבת להיות הקפדה יתרה במחקר בקהילה בכל הצדדים הקשורים לחוק זכויות החולה ולחיסיון המידע.

## ניהול אקדמי של הרשת

בתחילת דרכה, נוהלה הרשת על ידי חיפ"א, החברה הישראלית לפדיאטריה אמבולטורית. בהמשך, נשקלה בחיוב התקשרות עם גוף אקדמי גדול ומוכר. להתקשרות כזו מספר יתרונות:

א' הסתייעות בניסיונם הרב של חוקרים מהאקדמיה בתיכנון נכון של מחקרים.

ב' שימוש בחלק מהתשתית הלוגיסטית העומד לרשות החוקרים בבתי-החולים, דוגמת ספרייה, עיבוד סטטיסטי, editorial board, צילום רפואי ועוד.

ג' הקניית יוקרה אקדמית לרשת. יוקרה זו חשובה הן כלפי חברי הרשת עצמם, והן כלפי גורמי מימון שונים – המדען הראשי של משרד הבריאות, מכוני מחקר וחברות תרופות.

ד' תשתית מישרדית לפעילות הגוף המתאם את פעילות הרשת.

חיפ"א החליטה להתקשר עם מרכז שניידר לרפואת ילדים בישראל. לאחר ההתקשרות הזו, מנוהלת הרשת היום על ידי ועדת היגוי משותפת, המורכבת מנציגי הרשת, חיפ"א והמרכז הרפואי. הוועדה מתכנסת אחת לשלושה חדשים לדיון בהצעות חדשות למחקר, לקבלת עידכון על ההתקדמות השוטפת במחקרים למיניהם ולליבון והכרעה בעניינים עקרוניים ומהותיים בפעולת הרשת. ועדת ההיגוי הורכבה כך שיש בה רוב לאנשי הקהילה, על מנת להבטיח את הביטוי ההולם לתפישה הקהילתית.

## תיקשורת תוך-אירגונית

בניגוד לעבודות מחקר המבוצעות בבתי-חולים, שם מרוכזים החוקרים באכסנייה אחת, מחייבת עריכת עבודות מחקר במסגרת רשת, קיומם של ערוצי תיקשורת מהירים ואפקטיביים בין החברים. הרופאים החברים ברשת עובדים במקומות שונים ופרושים בכל המדינה. לפיכך, אמורה התיקשורת התוך-רישתית, לענות על הצרכים הבאים:

א' אמצעי לעידכון שוטף של כל החברים על ההתפתחויות השונות.

ב' במה לסייע מוחות והפריה הדדית.

ג' פגישות בלתי אמצעיות לצורך ליבון עניינים וקשירת קצוות.

התיקשורת ברשת מבוצעת בשלוש רמות: עידכונים חצי שנתיים דרך הדואר, תיכתובת בדואר אלקטרוני תוך שימוש ברשימת דיור ופגישות חצי שנתיות.

התיקשורת מתאפשרת על סמך בסיס נתונים המכילים את כל הנתונים האפשריים על החברים – שם, כתובת פרטית, כתובות במקומות העבודה, מספרי טלפון, פלאפון ופקס ודואר אלקטרוני (אם אכן קיים). התחזוקה השוטפת של בסיס הנתונים, מעדכנת שינויי כתובות וטלפונים ומוסיפה דואר אלקטרוני של המתחברים לאינטרנט.

מטרת העידכונים החצי-שנתיים בדואר הוא לשמור על קשר עם החברים שאינם מצליחים להגיע לפגישות ואינם מחוברים לאינטרנט. העידכון מכיל פרטים על הפגישה האחרונה, נושאים חדשים למחקר, עידכונים על מחקרים בעבודה וברכות למצטרפים החדשים לרשת. תיכתובת דרך דואר אלקטרוני, תוך שימוש ברשימת דיור, מהווה דרך לשמירה על קשר נוח, זול ומהיר לאורך

זמן בין החברים. שיטת תיקשורת זו מחליפה את הטלפון והפקס במקרים רבים, כיוון שהיא זולה יותר וניתן באמצעותה לתקשר בין כל החברים. כשליש מהחברים הרשומים ברשת כלולים ברשימה האלקטרונית וקיימת מגמה מתמדת של הצטרפות.

הכתובות האלקטרוניות של כל החברים אגורות בתוך המחשב (server) המרכזי של אוניברסיטת תל אביב שתפקידו להפיץ כל דבר דואר הנשלח מאחד החברים לכל הכתובות האלקטרוניות הכלולות ברשימה. בצורה כזו, כל מכתב שנשלח על ידי אחד החברים מגיע מיידית לכולם, כל אחד שברשימה יכול לענות עליו והמענה אף הוא מופץ לכולם. בחינת השימושים העיקריים שברשימת התפוצה מעלה שני שימושים עיקריים: עידכונים שוטפים של החברים (בנוסף לעידכונים דרך הדואר) ובמה לתגובות החברים על הצעות שונות למחקר.

הרמה השלישית היא פגישות חברי הרשת. בפגישות יכולים החברים ליצור קשר על בסיס אישי, החשוב לצורך גיוס מירפאות למחקר. הפגישה מהווה גם הזדמנות ללמוד נושאים הקשורים באופן כללי למחקר, כגון אפידמיולוגיה, שימוש במחשב ועוד. חלק מהפגישות מוקדש תמיד לליבון נוסף בקבוצות דיון קטנות. הפגישות נערכות פעמיים בשנה ומותאמות מבחינת היום, השעה והמקום לרוב המשתתפים, על מנת להבטיח היענות קרפית. הפגישות נערכות בחסויות של חברות תרופות. בכל פגישה מעניקת החסות משתנה, על מנת להגביר את החשיפה של חברות התרופות מכל המיגזרים לקיומה של הרשת ולפוטנציאל המחקרי שלה.

## תשתית תקציבית

התשתית התקציבית לרשת מורכבת מ:

א' תקציבים למחקרים.

ב' תקציב להפעלה אדמיניסטרטיבית של הרשת.

תקציבים למחקרים מגיעים מגופים ציבוריים, דוגמת חיפ"א והמדען הראשי של משרד הבריאות ומגופים פרטיים. המדען הבהיר בעבר את נכונותו לסייע למחקרים הנערכים בקהילה, ואכן ראינו תוצאות ממשיות בשטח המאשרות נכונות זו. חיפ"א אף היא החליטה להקצות מדי פרק זמן סכום מסוים המוקדש למחקרים בקהילה.

חברות התרופות הן דוגמה עיקרית לגופים פרטיים. החברות הללו תמכו ותומכות בצורה ניכרת במחקר הרפואי בישראל, אך יחד-עם-זאת, עיקר משאביהן הופנו בעבר ומופנים עד היום לתמיכה במחקרים הנערכים בבתי-חולים. הרשת עושה מאמצים גדולים לשכנע את החברות לתמוך במחקר קהילה, תוך הדגשת היתרונות של מחקרים אלה. החסויות לפגישות הרשת ניתנות בכל פעם על ידי חברה אחרת כדי להגביר את חשיפת החברות לרשת. אין ספק שגורם מדרבן שידחוף את הנרשאת הוא פירסומן של עבודות שנעשו על ידי חברי הרשת.

יצוין, ששניים מהמחקרים העומדים לצאת לדרך – ניצול שירותי בריאות בגנחת סימפונות וטיפול ב-metal spacer, כבר זכו למימון נכבד מחברות תרופות מרכזיות בישראל.

תקציב להפעלה אדמיניסטרטיבית של הרשת ניתן היום על ידי חיפ"א. בעתיד, בכונת הרשת ליצור תקציב עצמאי שימשש הן לתפעול העצמי שלה והן למענקי מחקר.

בפדיאטרייה בתקופת מדעי היסוד לעבודה כעוזרי מחקר, בהנחה שניסיון מחקרי כזה רצוי ומועיל לקראת השתלבותם בקהילה. שיתוף פעולה עם רשתות וגופים מקבילים בישראל ובעולם יתרום לביסוס הרשת ויוקרתה.

### ב י ב ל י ו ג ר פ י ה

1. *Wasserman RC*, Research in private pediatric practice and the challenge of network research. *Curr Opin Pediatr*, 1997; 9: 483-486.
2. *Christoffel KK, Birns HJ & Stockman JA 3d & al*, Practice based research: opportunities and obstacles. *Pediatrics*, 1988; 82: 399-406.
3. *Nutting PA*, Practice based research networks: building the infrastructure of primary care research. *J Fam Pract*, 1996; 42: 199-203.
4. *Niebauer L & Nutting PA*, Practice based research networks: the view from the office. *J Fam Pract*, 1994; 38: 409-414.
5. *Green LA, Hames CG Sr & Nutting PA*, Potential of practice – based research networks: experiences from ASPN – Ambulatory Sentinel Practice Network. *J Fam Pract*, 1994; 38: 400-406.
6. *Mcbride PE, Massoth KM, Underbakke G & al*, Recruitment of private practice for primary care research: experience in a preventive services clinical trial. *J Fam Pract*, 1996; 43: 389-395.

— טיפול בשפעת ע"י זאנאמיוויר: האנזים ניראמינידאזה של נגיף השפעת חיוני בתהליך שיחרור נגיפים שיוצרו בתאים מורבקים. התרופה זאנאמיוויר, מעכבת אנזים זה ובכך מונעת את התפשטות הנגיף בדרכי הנשימה. קבוצת חוקרים דיווחה (*Lancet*, 1999; 352: 1877) על ניסוי באדם בתרופה זו. הטיפול נעשה בשאיפת 10 מ"ג זאנאמיוויר, פעמיים ביום. נמצא, שבקבוצת חולים שטופלה תוך 36 שעות מהופעת תסמיני השפעת, התקצר משך המחלה ב-1-5 ימים לעומת קבוצת בקרה ששאפה אינבו. כמו כן נמצא, שבתת-קבוצה של "סיכון גבוה", הופחתו התסמינים ב-2-5 ימים לפני קבוצת הבקרה, והשימוש באנטיביוטיקה בעיקבות סיבוכים היה קטן יותר. לא אירעו כל השפעות לוואי לטיפול הנ"ל.

לכן זאנאמיוויר עדיף מטיפול באמאנטדין, שנוסה בטיפול בחולי שפעת, מה גם שהוא פעיל גם נגד טיפוס B של שפעת, שאינו רגיש לאמאנטדין.

האם תרופה זו תוכנס לטיפול נרחב בטיפול בשפעת? הבעיה היא שיש להתחיל בטיפול תוך 30 שעות מהופעת התסמינים, וחולים אינם ששים בדרך כלל להתחיל בטיפול בשלב זה. כמו כן על הרופא יהיה להחליט על מתן התרופה בצורה אמפירית, מאחר שזיהוי מעבדתי חד-משמעי תוך 24 שעות אינו מעשי כיום. המגרעת של התרופה היא, שיש ליטול אותה בשאיפה, דבר המקשה על ילדים וקנים. כבליעה היא מפותית מהר מאוד ע"י הכליות.

נקודות חיוביות שנצפו היו ירידה בקליה-נגיף המיוצר בבית-הבליעה, ובזמן של שיחרור הנגיף לסביבה, כמו כן, עמידות לתרופה אירעה רק במקרים נדירים. הטיפול הנרחב בתרופה למניעה ייקבע על פי מחקרים שיוכחו האם נודעת לו השפעה על היקף הסיבוכים, האישפוז והתמותה המתרחשים בעיקבות מחלת השפעת.

א"י

### כ י ו ו נ י מ ל ע ת י ד

רשת המחקר של רופאי הילדים בקהילה שואפת בהמשך הדרך לשמש תשתית מחקר לתרופות ולחיסונים חדשים הנכנסים לשימוש ברפואת ילדים. הרשת רואה את עצמה כגוף הנכון לבחינת שינויים בשירותי הבריאות ובעבודת הרופא הראשוני, כגון עבודה לפי הנחיות קליניות ומידת אימוצן על ידי הרופא הראשוני. בעתיד תשאף הרשת להשתמש בעוזרי מחקר שיבואו מקרב מתמחים ברפואת ילדים בתקופת מדעי היסוד שלהם. סבב כזה והתנסות בעבודה מדעית בקהילה יתרמו למתמחה לא פחות, ואפילו יותר מהתנסות בעבודה במדעים בסיסיים. אנו רואים בעתיד שיתוף פעולה פורה לבחינת עבודות משותפות עם רשתות מחקר נוספות בישראל, רשת המחקר ברפואת המשפחה, ובחור"ל, דוגמת רשת PROS. השתלבות פעילה של הרשת בגופים בין-לאומיים, כמו ESRAP – European Society for Research in Ambulatory Pediatrics מהווה צעד בכיוון הגדלת חשיבותה ויוקרתה של הרשת הן בקרב חבריה והן כלפי הקהילה הפדיאטרית בישראל.

**לסיכום**, בשנים האחרונות עובר מרכז הכובד של הטיפול בילדים לקהילה. עם זאת, מרבית המחקרים ברפואת ילדים עדיין נערכים ע"י רופאי בתי-החולים, עקב ניסיונם במחקר ההודות לקיומה של מערכת תומכת מחקר במתקני האישפוז. בקהילה, לעומת זאת, קשיים אובייקטיביים ובהם חוסר זמן, עומס עבודה במירפאות והעדר תשתית לוגיסטית לתמיכה במחקר, מנעו גיבוש יצירה מחקרית. הפיתרון לבעיה זו נמצא בדמותה של רשת המחקר של רופאי הילדים בקהילה שהוקמה על ידי החברה הישראלית לפדיאטריה אמבולטורית. הרשת היא גוף המאגד מירפאות ילדים ראשוניות, ומטרתו לעודד ולתמוך בעשייה המחקרית בקהילה. הרופאים המשתתפים ברשת מייצגים את חתך רופאי הילדים מבחינת סוגי המירפאות, קופות החולים השונות, אזורים גיאוגרפיים ואוכלוסיות שונות של מטופלים. רמת הפעילות של הרופאים ברשת הטרוגנית והרשת מעניקה תמריצים מסוגים שונים ההולמים את העבודה שהושקעה. הרשת נוהלה בתחילה על ידי חיפ"א. בהמשך, עקב ההכרה שרצוייה התקשרות עם מרכז אקדמי שתקנה לרשת סיוע לוגיסטי ויוקרה אקדמית, נוצר קשר עם מרכז שניידר. הרשת מנוהלת היום ע"י ועדת היגוי משותפת המורכבת מנציגי חיפ"א, חוקרי הרשת ונציגי בית-החולים. ועדה זו קובעת את מדיניות הרשת בנושאים שונים ואת עדיפות הנושאים למחקר. נושאי המחקר מגוונים ומאופיינים בהיותם משמעותיים לעבודתו של רופא הילדים הראשוני, בעלי עניין, קלים לביצוע, מצריכים תקציב סביר, אינם מורכבים מבחינה אתית ומעריכים מספר מירפאות. התיקשות התוך-אירגונית מתנהלת במספר רמות: עידכון חצי שנתי בדואר, התכתבות בדואר אלקטרוני, תוך שימוש יעיל ומהיר ברשימת דיוור ופגישות חצי שנתיות. תקציבי מחקר באים ממקורות ציבוריים, כגון משרד הבריאות וחיפ"א, וממקורות פרטיים — חברות תרופות. פעילות מנגנון הרשת נתמכת ע"י מרכז שניידר לרפואת ילדים בישראל וממומנת ע"י חיפ"א. בהמשך מתוכנן תהליך של יצירת תקציב עצמי לפעילות המנגנון.

בעתיד הקרוב תועברנה מספר עבודות לפירסום. פירסומן של עבודות אלו יהווה נדבך חשוב בהפיכת הרשת לגורם שולטני במחקרי קהילה ברפואת ילדים. הרשת תשאף לגייס מתמחים