



אין פורתא ציון

מגזין המרכז הרפואי בני ציון
גליון מס' 15 - מרץ 2010



בני ציון. להרגיש בבית, גם כשחולים.



דבר המנהל

המרכז הרפואי שלנו ממשיך בתנופת ההתפתחות ואני שמח לשתף אתכם בפרוייקטים החדשים שהגיעו לידי גמר:

- ☀ מח' כירורגית הילדים החדשה נכנסה למשכנה החדש.
- ☀ המרפאה לנוירו פיזיולוגיה חידשה פניה ושופצה לבלי הכר.
- ☀ בנינו וחנכנו מכון אולטרה סאונד חדש ובו שני חדרי בדיקה נפרדים.
- ☀ סיימנו את בנית מחלקת א.א.ג. החדשה ואני מאמין כי בקראכם שורות אלה המחלקה כבר תפעל במשכנה החדש.

כולכם מוזמנים לבוא ולבקר במחלקות החדשות ולהתרשם מההשקעה הרבה שנעשתה ומתשומת הלב, הן לנוחותו של החולה והן לטובת הצוות המטפל.

ואנו ממשיכים במשנה מרץ:

- ☀ בימים אלה החלו עבודות השיפוץ הנרחבות בקומת אשפוז יום. בסיומן נקבל מרחב ממוגן עם כ-100 מיטות אשפוז, חדרי ניתוח, דיאליזה, רנטגן ועוד - מיני בית חולים ממוגן.
- ☀ במקביל, נתחיל בשיפוץ משרדי הקבלה, שיכילו בתוכם את כל גורמי הקבלה, מרכזיה מחודשת ורחבה, משרד היועץ המשפטי ושלוחות קופות החולים.
- ☀ כל תהליך הקבלה והשחרור, הן מהאשפוז והן מהמיון, יתבצע מאשנבים חדשים שנפתח אל מול כניסת האמבולנסים.
- ☀ עם העברת מח' א.א.ג. למשכנה החדש, נפנה את אורולוגיה לתוך מח' פנימית ג' ונתחיל בשיפוץ והכנת כל האגף הצפוני בקומה 10 לטובת מח' פנימית ג' חדשה ומרווחת.

☀ המחלקה האורולוגית תזכה בהמשך, למשכן חדש באיזור הנוכחי של מח' פנימית ג'.

השינויים האלה מחייבים הצטיידות חדשה, שאת חלקה כבר ביצענו ואת חלקה נשלים בהמשך. כל אלה נעשים, רובם ככולם, מכספים חוץ תקציביים ובמילים אחרות - מתרומות. אנחנו מצליחים לגייס תרומות גם בימים לא קלים אלה, בעיקר בזכות השם הטוב שאתם יצרתם, עמיתיי היקרים, למרכז הרפואי שלנו.

חג הפסח בפתח ואני מנצל הזדמנות זו לאחל לכם ולכל יקירכם חג חרות שמח.

ד"ר א. רופא

מנכ"ל המרכז הרפואי

רק בפסח

רק בפסח עוגיות קוקוס נחשבות לאוכל.

רק לפני פסח ביסלי, עוגיות, ופליס ושקדי מרק הופכים להיות מרכיבים חיוניים בהתפתחותו התקינה של הילד.

רק בפסח הנהלת קולגייט העולמית לא מבינה למה צריכת מברשות השיניים בישראל עלתה ב-200%.

רק בליל הסדר כולק קוראים "לשנה הבאה בירושלים" אבל יודעים שבשנה הבאה, לא משנה מה, הק אצל ההורים שלה בקרית מוצקין.

רק בפסח מחיר שעה של עוזרת בית יקר יותר ממחיר שעה של עו"ד.

רק בפסח כלור הוא ה"בושק" הנמכר ביותר.

רק בפסח את מוצאת את העגיל שאיבדת בראש השנה.

רק בליל הסדר אתה קורא ארמית שוטפת מבלי להבין מילה.

רק לפני פסח זוכה סט התלמוד בבלי שקיבלת בבר מצווה להיפתח למספר שניות, לצורך ניעור אבק בלבד.

רק בפסח המילה "לגנוב" (את האפיקומן) נאמרת בהקשר חיובי.

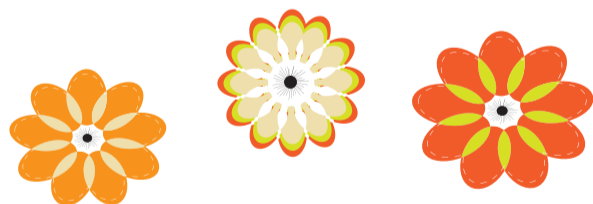
רק בליל הסדר מותר להכניס אצבעות לכוס השתייה, לטפטף על המפה ולא להיחשב לברברי.

רק במוצאי פסח המאפיות בואדי נראות כמו הבמות המרכזיות ביוק העצמאות.

רק במוצאי פסח אפשר לנשוק לרווחה - הפעם הבאה שנשמע את קולו של יעקב טרנר, פוקד עלינו לבוא למוזיאון חיל האוויר בחצרים, יהיה רק בחוה"מ הבא...

חג שמח,

המערכת



חברי המערכת:

עורכת: עו"ד חנית שורץ - מנהלת מח' שיווק וקשרי חוץ

חברי המע': פרופ' עמוס לניר - מנהל המעבדה הכימית

יעל ריינר - עו"ס, השרות הסוציאלי

מגר' גבי נפתלי - מנהלת בית המרקחת

ג'אנה שפס - מרכזת פיתוח צוות בסיעוד

רחל קליין - אחות אחראית, מח' לרפואה דחופה

ניקול דן - מח' עיניים

ד"ר אירית וירז'נסקי - מח' פנימית ב'

באוטוסטרדת המידע

אנו, שרנסנס והשכלת המונים, שמהפכה תעשייתית ושמהפכות טכנולוגיות מפרידות בינינו לבין אנשי ימי הביניים, מרגישים רחוקים מן הבערות מרחק כביר, וכמעט חושפים בכוחות עצמנו את סודות הבריאה. חיינו מלאים כל טוב, תוחלת חיינו ארוכה ואנו מוקפים מכונות המשרתות אותנו.

מאגרי ידע מיידיים ואינסופיים מתחברים לכל מחשב ולכל בית, ורבות מדענים שוקדים על פיתוח ידע זה והרחבתו. הטכנולוגיה נחשבת לשיא הקידמה האנושית - אנו מתערטלים בה ומשקיעים את מרב משאבינו כדי להתעדכן ולעדכן בה. אנו מעריצים ומקנאים באנשים המתנסים בשימוש בטכנולוגיה עילית: אסטרונואוטים, טייסי קרב, האקרים היושבים במרתף גדוש מחשבים ופורצים לרשתות מידע של ארגונים טכנולוגיים. אנו מקשטים את גופינו ובתינו במיטב היצירה הטכנולוגית, ובזים לישן "הפרימיטיבי". הטכנולוגיה היא עבור חלקנו התגלמות ההשכלה והנאורות של תקופתנו.

כל מי שינסה לבחון את מאפייני התקופה בה אנו חיים, יגלה כי המייחד את המאה העשרים מהמאות הקודמות הוא הכמות העצומה של מידע שמייצר, מעבד ומאחסן האדם המודרני. הכושר לאסוף, לעבד, להעביר ולנצל את המידע כמשאב, הוא אחד הכישורים החיוניים בכל חברה מודרנית.

עידן האינטרנט אשר הגיח לעולם בתחילת שנות התשעים שינה את חיינו. מאז ועד היום ניתן למצוא מזור לכל מחלה (כמעט), מענה לכל שאלה, פרטנר לכל תשוקה, הבהרה לכל תחושה. הצרכים הבסיסיים ביותר שלנו, נמצאים במרחק הקלקה בלבד. אם קצה נפשנו באוכל מוכן, רשתות השיווק ישמחו לערוך עבורנו את הקניות בהתאם לרשימה שנשגר. אם לא נרצה להיות לבד, נוכל לשוטט באתרי ההיכרויות הרבים. מי שאגרת רשות השידור מכבידה על כיסו, ימצא נחמה בסדרות, במבזקים, בתוכניות ריאליטי ובמהדורות שידור חי. כדי לפתוח סתימה בשירותים כבר לא צריך לפנות לספר הטלפונים הצהוב, הקלקה במנועי החיפוש תוביל גם לשרברבים טובים ביפן הרחוקה. הכל נמצא באוטוסטרדת המידע.

אנו, במרכז הרפואי בני ציון, חלק בלתי נפרד מהמהפכה הטכנולוגית, שידרגנו את אתר האינטרנט שלנו, והפכנו את הגלישה בו לידידותית וליעילה יותר.

בתהליך הארוך השתתף פורום הכולל את ד"ר ענאן עבאסי, ד"ר רמי סמור, טובה נתיב, נעמי אדליס, נורית בז'יז'ינסקי ודדי שביט, והובל על ידי יו"ר הפורום - עו"ד חנית שורץ. בתהליך גובשו מאפייני האתר, יעדיו ותצורתו. הפעילות השוטפת בוצעה על ידי חברת סייברסרב, בניצוחה של אנה נוביקוב וביעוזה של מיכל כהן ממשרד הפרסום "שפי". בעזרתם של קובי שמיר, מנהל האפליקציות מיח' המחשב והח"מ ניתן היה להוציא את הרעיונות מן הכח אל הפועל. חומרים מקצועיים מהמחלקות, המכונים, היחידות, המעבדות והוועדות הועברו לטיפול מח' שיווק. לאחר עבודת עריכה ושיבוץ קרם האתר "עור וגידים".

באתר החדש תוכלו למצוא אינפורמציה נרחבת אודות הטיפולים והבדיקות המתבצעות במרכז הרפואי, תוכלו להכיר את הצוותים המטפלים, לקרוא על אירועים שהתקיימו, על מחקרים, לקבוע תורים, להזמין מקום בסיורים בחדר לידה, בקורסים ועוד. בנוסף, העלינו לאתר את כל מה שתרצו לדעת על מועדון היולדות החדש והייחודי של ביה"ח. החברות במועדון מקנה הטבות משתלמות במגוון בתי עסק בחיפה והצפון, הנחות בקורסים, הזמנה למפגשים המתקיימים במרכז הרפואי, עיתונים מקוונים ועוד. על מועדון היולדות נספר לכם בהזדמנות אחרת. דרך האתר החדש יוכלו העובדים להיכנס לדוא"ל, לספריה הרפואית ולחלק מהמערכות הממוחשבות של בית החולים. אתם מוזמנים להיכנס לאתר שכתובתו www.b-zion.org.il

ליאל פוקס,

מח' שיווק וקשרי חוץ

בני ציון. להרגיש בבית, גם כשחולים.





נמצא קשר חיובי מובהק בינוני בין משך האשפוז של הפג, לבין הציון הכללי של שביעות רצון בנושא אמפטיה ($r_p=0.37, p<0.046$).

נמצא קשר חיובי מובהק חזק בין משך האשפוז ובין הציון הכללי של שביעות רצון בנושא מקצועיות ותקשורת ($r_p=0.41, p<0.025$).

זאת בניגוד להנחתנו, שככל שימי האשפוז מתארכים, כך שביעות הרצון יורדת. המחשבה שהובילה אותנו להשערה זו היא, שלעיתים, הזמן החולף עלול לגרום לתחושת ייאוש, וכתוצאה מכך לכעסים ולביקורתיות. כמו כן, ככל שחולף הזמן, רוב ההורים מסתגלים למקום ובדרך כלל הדרישות מתרבות.

הממצאים מצביעים על כך שלמרות האשפוז הממושך, ההורים מעריכים את עבודת הצוות, הן מבחינה מקצועית והן מבחינת יכולות התקשורת והאמפטיה. בהשוואה שנערכה באמצעות t-test בין אמהות לאבות, לא נמצאו הבדלים הקשורים במין ההורה בציון הכללי של שביעות רצון בנושא מקצועיות, תקשורת, הדרכה, תמיכה, אמפטיה ותנאי הפיזיים של היחידה.

ההשכלה נתגלתה כמשתנה בלתי משפיע במדדי שביעות רצון כלליים. גם בסקירת הספרות לא נמצאו קשרים בין רמת השכלה לבין רמת שביעות הרצון. כמו כן, לא נמצא קשר בין השכלת ההורה לבין תכיפות השימוש באינטרנט כמקור מסייע, זאת בניגוד לספרות המתארת את השימוש באינטרנט כגורם המשפיע על שביעות הרצון.

נמצא שהשימוש באינטרנט עזר רק ל-7.7% מהנשאלים. אמנם כיום, בעידן התקשורת האלקטרונית, הנגישות למידע באינטרנט היא גבוהה ומגוונת. אולם, יחד עם זאת, מצב זה עלול לבלבל ולהגביר את חששות ההורה מפני העתיד של ילדו. על פי הממצאים ניתן להסיק שההורים בשתי היחידות (פגיה וטיפול נמרץ) שבעי רצון מן המידע שניתן להם על ידי אנשי הצוות.

סיכום:

"כצוות רפואי וסיעודי, מחובתנו להגביר את מאמצינו המקצועיים, על מנת להביא לכך שלכל הילדים תמומש הזכות לתחילת חיים בריאה" (WHO, 1999).

כיום, קיימת בישראל המודעות לרמת הדחק (סטריס) שההורים חווים, קיימת מודעות לחשיבות נוכחותם ליד ילדם. ואכן, תפיסת "ההורה במרכז" מיושמת ובמרבית הפגיות נוכחות ההורים מתאפשרת במשך 24 שעות ביממה. מאמצים רבים נעשים על מנת להקל, עד כמה שניתן, את שהות ההורים ביחידה, אך לעיתים נדמה שהנהלים והרוטינה מעוררים את עינינו, ולכן עדיין קיימים תחומים טעוני שיפור הניתנים לזיהוי באמצעות סקרים. מכאן חשיבותו של סקר שביעות רצון זה אשר מחד, חשף בפנינו את הטעון שיפור ומאיזך, חיזק את טיב העשייה שלנו בשטח.

ביחידות לטיפול נמרץ פגים מכשור חדש וצוותים מקצועיים ומיומנים. הצוותים הרפואיים והסיעודיים שואפים להתעדכן בידע ולהתקדם באיכות הטיפול. על מנת שהפג והוריו לא ילכו לאיבוד במבוך המקצועיות, על האחיות להפעיל כשורי תקשורת. מעצם הנוכחות השוטפת שלנו ליד מיטת הפג ומעצם האינטראקציה התמידית בינו לבין ההורים, אנו מהוות את החוט המקשר, אנו מתווכות בין כל הסובבים - ועל כן חשוב לעשות זאת נכון.

ליחס שלנו כמטפלים, חשיבות רבה עבור המשפחות. ההורים לאו דוקא יזכרו את המכשור המפואר או את הטיפול המתקדם, הם יזכרו אותנו, את החום, את התמיכה ואת החיבוק.

(רישימת מקורות נמצאת אצל הכותבת)

אירית שוריס,

ס' אחות אחראית מח' פגים

הסקר נערך במסגרת עבודת מחקר בקורס מנהל בסיעוד בבי"ס ע"ש ד"ר זיידה, על ידי אירית שוריס ואלה דצקיב-אחיות מח' פגים בבית החולים בני ציון ובשיתוף אירנה ברודסקי ומרינה גולוב - אחיות מח' טיפול נמרץ כללי בבית החולים כרמל.

ההמתנה להולדת תינוק מלווה בציפיות לתינוק בריא, בחלומות ובתקוות, אך כאשר התינוק שנולד נלקח מיידי לטיפול נמרץ פגים, הציפיות וההתרגשות מתחלפות בחששות.

בישראל נולדים מידי שנה כ-148,170 תינוקות, מהם 8.4% נולדים במשקל לידה נמוך פחות מ-2500 גרם, ו-1.1% נולדים במשקל לידה נמוך מאוד, מתחת ל-1560 גרם (CBS, 2006). כיום, בעקבות הקידמה הטכנולוגית, גם פגים שמשקלם 400 גרם, ובשבוע 24 להריון, מצליחים לשרוד.

פגות בכלל, ופגות מוקדמת בפרט, כרוכות באשפוז ארוך ובושהייה ממושכת בפגייה, מצב העלול להביא לשינויים בחיי היום יום, לגרום לאובדן הביטחון הכלכלי ולאובדן שלמות התא המשפחתי וציבותו, בעיקר כאשר ישנם ילדים נוספים במשפחה. הרגשת האובדן קשורה בכך, שהזכות הבסיסית של ההורה לטפל בתינוק נלקחת ממנו. ישנם הורים שלהם סיכון גבוה לפתח תסמינים של הפרעת דחק חריפה.

בדקנו מה הצרכים והציפיות של הורי הפג בתקופה קשה זו; מהם הגורמים המשפיעים על שביעות רצון ההורים ביחידות לטיפול נמרץ פגים; האם מקצועיות, תקשורת, אמפטיה, משך זמן האשפוז, שוני תרבותי ודתי, שונות מגדרית, השכלת ההורים, מכשור והתנאים הפיזיים ביחידה משפיעים על רמת שביעות רצונם של הורי הפגים.

בשנים האחרונות, בתי חולים מייחסים חשיבות רבה למעורבות ההורה בטיפול הרפואי והסיעודי, בעיקר כאשר מדובר במצבים קשיי ריפוי ובאשפוז ממושך. למטופל בוגר יש את הזכות ואת היכולת להביע דעה, להתלונן, לבקש ואף למחות, בעוד שלפג אין יכולת זו. לכן, מטבע הדברים, הוריו מייצגים אותו ומדברים בשמו. על הצוות לאמץ גישה התייחסות וטיפול הוליסטית בכל המשפחה כתא אחד. ארגונים רפואיים פועלים בימינו בסביבה תחרותית, בדגש על מתן תשומת לב ללקוחות. שביעות רצון הלקוח הוא פרמטר חשוב אליו שואף הארגון כל הזמן. לצוות המקצועי בארגון יש השפעה רבה על רמת שביעות הרצון.

על פי מחקרים שנערכו בקרב הורי פגים קובצו 11 תחומים משמעותיים מהם מורכבת שביעות רצון ההורים: ביטחון, Caring, תקשורת, דיווח והעברת מידע עקבי ואחיד, הדרכה, סביבה, המשך טיפול (התעניינות ובקרה לטווח הרחוק), טיפול בכאב, שיתוף בקבלת החלטות, קירבה לתינוק ותמיכה נפשית (Harisson, 1993 ; Michell-DiCenso et al., 1996; Blackington and McLaughlin, 1995).

שיטה:

חולקו 44 שאלונים להורי פגים השהים בשתי היחידות לטיפול נמרץ בשני בתי החולים בחיפה, מתוכם מולאו 32 שאלונים (שיעור ההחזרה הוא 72%).

אוכלוסיית הסקר כללה הורים לפגים השהים ביחידה לטיפול נמרץ, בין שבועיים לשבעה שבועות. ממוצע גיל הנחקרים הוא 32. אוכלוסיית המחקר היא הטרוגנית מבחינה דתית, תרבותית, רמת השכלה ומשלח יד.

כלי המחקר הוא שאלון אשר הורכב מארבעה חלקים (משתנים דמוגרפיים, מקצועיות ותקשורת, אמפטיה ושביעות רצון כללית, הסביבה הפיזית של היחידה) השאלות היו פתוחות וסגורות. המשתנה התלוי הוא דירוג שביעות רצון ההורים בפגייה.

נמצא קשר חיובי מובהק חזק בין הציון הכללי של שביעות רצון ממקצועיות, מתקשורת וממתן הסברים, לבין הציון הכללי של שביעות רצון מאמפטיה ($r_p=0.67, p<0.0001$).

הגפירות בוקר



ההפתעה הגדולה ציפתה לפרופ' סרוגו בדמות שלושת ילדיו וכלתו, שהכינו לכבוד מצגת משפחתית, שהעלתה חיוך על פני כל הנוכחים. האם ידעתם כי פרופ' סרוגו היה תינוק שמנמן ומקסים שהפך לנער מתבגר, מזוקן ואוהב גלידה?

ברכות חמות שלוחות לפרופסור הטרי, בתקווה שימשיך להצמיד את מחלקתנו קדימה מבחינה קלינית, אקדמית ואנושית.

צוות מח' ילדים



DNA וספורט

יחידת שיקום הלב של בית החולים מוכרת על ידי משרד הבריאות כמרפאת ספורט. לימודים לקבלת תואר רופא מומחה לספורט מתקיימים במסגרת לימודי המשך בטכניון ובאוניברסיטת תל אביב. המרפאה מורשית להעניק אישורים לעסוק בפעילות ספורטיבית, ובשנים האחרונות מהווה מקום להתמחות בתחום זה.

המרפאה לרפואת ספורט הרחיבה בשנים האחרונות את פעילותה. במסגרת זו משתתפת המרפאה במחקרים עם מכללת וינגייט שבנתניה ועם הפקולטה למדעי הספורט שבאוניברסיטת פורטו בפורטוגל. מטרת המחקרים היא לבדוק ולהעריך את השפעת הגורמים הגנטיים על יכולות ספורטיביות, יכולות אתלטיות בענפי ספורט שונים, ובעיקר מאפיינים של אתלטים העוסקים בספורט תחרותי ברמה האולימפית.

נראה כי בעשורים האחרונים קשה לראות אתלטיות לבנות או אתלטים לבנים על דוכני חלוקת המדליות בענפי ספורט מסוימים כגון ריצה למרחקים קצרים. בריצות למרחקים הקצרים, ה"ספרינטרים" הזוכים ובעלי השיאים הם בדרך כלל אתלטים שחורים, וגם אם הם מייצגים את ארצות הברית או קנדה הרי שמוצאם הוא בארצות אפריקה המערבית.

מוצאם של האתלטים הבכירים בענפי ספורט סיבולת כגון ריצות למרחקים בינוניים, הוא בדרך כלל מארצות צפון אפריקה, מרוקו, אלג'יר וכו' ואילו מצטייני הריצות למרחקים ארוכים מוצאם ממרכז או מזרח אפריקה, אתיופיה, קניה וכו'. מנגד, בענפי שחייה מסוימים כמעט ולא ניתן למצוא אתלט שחור, אלא רק אתלטים לבנים. מכך ניתן להסיק כי לגורמים גנטיים יש השפעה, כנראה משמעותית, על יכולות אתלטיות, בין אם מדובר בספורט עם מאפייני סיבולת (כגון ריצות למרחקים ארוכים, רכיבת אופניים, חתירה, Cross Country Skiing ועוד), או עם מאפיינים אנאירוביים ("ספרינטרים", ריצות למרחקים קצרים מאד, שחייה למרחק קצר) ו/או עם מאפייני כוח (הרמת משקולות).

האנטומיה והפיזיולוגיה של גוף האדם מלמדים אותנו שניתן לזהות שני סוגי סיבי שריר עיקריים: סיבים איטיים ("אדומים") וסיבים מהירים ("לבנים"). **הסיבים האיטיים**, המכונים גם סיבים מסוג I, עשירים במרכיבים המאפשרים פעילות אירובית, פעילות לאורך זמן ממושך אך עם מתח התכווצות נמוך.

הסיבים המהירים, המכונים גם סיבים מסוג II, עשירים במרכיבים המאפשרים פעילות מהירה עם מתח התכווצות גבוה, ולכן גם מתעייפים מהר יותר ומפיקים חומצת חלב כתוצר לוואי של פעילותם. בנוסף, קיימים סיבי שריר עם תכונות ביניים.

המעניין הוא שרק 45% מיחס חלוקת סיבי השריר בגוף מושפע מהגורם הגנטי. כלומר, לסביבה, לרצון שלנו לעסוק בתחום ספורט כלשהו ולשיטת האימון יש השפעה ניכרת על רמת הביצועים וההישגים שלנו.

הפנוטיפ (Phenotype) הוא מושג שגור בגנטיקה, המתייחס לכל תכונה או מאפיין שנצפים באדם או בכל אורגניזם שהוא, כגון: המורפולוגיה שלו, התפתחותו, יכולותיו הפיזיולוגיות והביוכימיות. פנוטיפ כזה הוא תולדה של התבטאות הגנים של האדם, של גורמים סביבתיים, ושל יחסי גומלין אפשריים בין השניים. מעבר לכך, מאחר ואנו מכירים את שרשרת ה-DNA הכפולה ואת הצמד שיש לכל כרומוזום, וכן את העובדה שקיימים רצפים שונים ואלטרנטיביים של DNA, ניתן

להיווכח בשונות, ברב צורתיות (Polymorphism) באותו אתר גנטי ובין אנשים שונים. שונות זו ניתנת למדידה במעבדה גנטית.

במילים אחרות, אם נוכל לאתר, לכמת ולהעריך את התכונות הגנטיות שלנו, אזי נוכל לאתר את אלה מבינינו שמתאימים יותר לסוג ספורט כזה או אחר. כמו כן, נוכל לאתר את הספורטאים שיש להם תשתית גנטית מתאימה, שניתן להשפיע עליה בשיטות אימון מסוימות בכיוון של מעבר מאתלט תחרותי רגיל לאתלט עילית, אתלט אולימפי.

אחד הגנים, שנבדקו בתחילת דרכה של הגנטיקה בספורט היה של גן האנזים - ACE, אנזים שבדרך כלל מוכר לרופאים בהקשר אחר - של טיפול ביתר לחץ דם או באי ספיקת לב.

ואולם, הסתבר במחקרים שונים שאת האנזים ACE ניתן למצוא גם בשרירי השלד. נמצא כי כאשר משתנה רצף מסוים במבנה של אחד משני הוואריאנטים של הגן, יש פעילות נמוכה יותר של האנזים, זאת בד בבד עם פעילות אירובית משופרת, כלומר, ביצועים טובים יותר בענפי ספורט מסוימים.

במסגרת מחקרים שבהם הייתה התחנה לרפואת ספורט מעורבת נבדקו מספר גנים, ביניהם ACTN3. שינוי של מיקום חומצה אמינית מסוימת ב ACTN3 משפיע על יכולתו של הנבדק להפוך לאתלט סיבולת, אך לא על יכולתו בספורט כוח. הממצאים שפורסמו ב-2009 בירחון הבינלאומי של רפואת הספורט הדגימו כי ווריאנט מסוג R קשור בביצועים של אתלטים ברמה הגבוהה ביותר, ואילו לוריאנט השני מסוג X תרומה צנועה בלבד לביצועים בתחום ספורט הכוח, והוא מצוי בעיקר בקרב נבדקי קבוצת הבקרה שלא עסקו כלל בספורט.

מחקר אחר בדק שכיחות של גן מסוים (PPARD) בקרב אוכלוסייה של נבדקים שאיננה עוסקת בספורט לעומת ספורטאים העוסקים בספורט סיבולת וספורטאים שהם ספרינטרים. במאמר, שפורסם בעקבות המחקר בעיתון של פיזיולוגיה ניסויית - Experimental physiology ב-2009, דווח כי נמצא הבדל מהותי בין קבוצת הספורטאים לבין אלה שאינם עוסקים בספורט. מאידך, לא נמצא הבדל של ממש בין שתי תתי קבוצות הספורטאים. עובדה זו איננה מפתיעה שכן אנו יודעים מזה מספר שנים כי היכולת האתלטית איננה מושפעת על ידי גנים בודדים, אלא על ידי פרופיל פוליגני (Polygenic Profile) נרחב. בענפי ספורט מסוימים נמצאו לעתים שבעה פולימורפיזמים שונים ואף יותר.

במחקרים האחרונים שאנו מבצעים נבדק פרופיל פוליגני בקרב מרימי משקולות, חותרים ורוכבי אופניים. המטרה העיקרית היא, כאמור, איתור אתלטים בעלי פוטנציאל הצלחה רב יותר בענפי ספורט ספציפיים. במקרים אלה תיבנה תוכניות אימון יעילות יותר מאחר שהן תתאמנה למאפיינים הגנטיים של הספורטאים.

פרופ' אהוד גולדהר, ראש תחום שיקום לב

מחזון למציאות



צורתו בחום ובקור. הציפוי צריך להיות חזק, שאינו יוצר קשרים עם הסביבה הכימית העוינת של השתן, וכך תתאפשר שליפת סטנט בעל קוטר גדול מהשופכה/שופכן ללא טראומה.

תוצאות שיתוף הפעולה הינם סטנטים חדשים, פרי יצור חברה ישראלית Allium שניתנים להסרה בקלות, מתרחבים ומתאימים עצמם לשופכה או לשופכן עצמונית. הסטנט עשוי מ-NITINOL ועטוף בשרוול המונע מהריקמה הסובבת את התומכן לגדול ולחזור לתוכו ובכך לגרום לחסימה לא רצויה או למנוע את האפשרות להוציאו בעתיד. למרות קוטרו הגדול של הסטנט הוא ניתן למשיכה בקלות יחסית. הסטנטים כבר מיוצרים ומאושרים לשימוש ולמכירה באירופה. לפני מספר חודשים החלנו לעשות שימוש בסטנטים - שני תומכנים הוכנסו לשופכה ואחד לשופכן, בפעולה אנדוסקופית פשוטה, לשביעות רצון החולים. התומכנים ישלפו בתום שנה.

ד"ר בעז מושקוביץ, ס' מנהל מח' אורולוגיה

פיתוח הסטנט (תומכן) האורולוגי של הדור הבא החל בשיתוף פעולה בין אורולוג עם ידע בסטנטים וקבוצת מהנדסים - מעצבים שבחנו את כל סוגי הסטנטים הקיימים בשוק. המטרה היתה לייצר סטנט עם שיעור סיבוכים מינימלי. הקבוצה מצאה שסטנטים אורולוגיים קבועים היו בשימוש לצורך טיפול בהיצריות שופכה או שופכן על ידי שינוי הקוטר או האורך של הסטנט, מה שנראה כניסיון להתאים את האיבר לסטנט במקום שהסטנט יתאים עצמו לאיבר. לעומתם, סטנטים זמניים גרמו לגירוי הריקמה בשל קשיחותם וכן, לדליפת שתן כשהיו מונחים באזור הסוגרים. היה צורך בשינויים מבניים של הסטנט על מנת שיתאים פונקציונלית לאיבר אותו הוא משמש. הדרישה מהסטנט היתה שיהיה אלסטי במיוחד ושלא ישנה את



טיפות בציפורן חודרנית

הציפורן, והפצע נהיה חמור יותר. חסרון נוסף הוא שהטיפול עלול להיות כרוך בכאבים עזים משום שהפעולה נעשית ללא הרדמה.

ToeFIX הינו טיפול חדשני המטפל בציפורן חודרנית ללא ניתוח וללא כאבים. הטיפול מתבצע על ידי מכשיר פלסטיק מתוחכם המודבק לציפורן, ואשר משנה באופן קבוע את נתיב הגדילה של הציפורן אל מחוץ לבשר. המכשיר מודבק לציפורן בבסיסה ובקצה החודרני. המטפל מוציא את העוקץ מחוץ לבשר על ידי מנגנון מכאני. ההוצאה הינה איטית ומבוקרת, ולכן איננה מכאיבה. לאחר מכן המכשיר נשאר מודבק לציפורן במשך כשלושה ימים בהם הציפורן משנה את צורתה והופכת לציפורן רגילה. לאחר מכן מוסר המכשיר מהציפורן.



מכשיר ה ToeFIX הינו פטנט ישראלי ייחודי. הרקע התיאורטי של המכשיר נובע משיטת אליזרוב לפיה ניתן להאריך עצמות על ידי הפעלת כוח חיצוני קבוע. דוגמה לאליזרוב היא הפלטה לשיניים המפעילה כוח קבוע על השיניים לאורך זמן ומסדרת אותן בצורה אסתטית, ללא צורך בניתוח קשה. על פי שיטת הטיפול ב-ToeFIX, כפי שרופא השיניים לא מיישר את השיניים בניתוח או עם צבת, כך אין צורך ליישר את הציפורן החודרנית עם אזמל המנתחים או עם "צבתית פינה".

פתרון ה-ToeFIX נבחן בימים אלה בניסוי הלסינקי בבני אדם בבית החולים בני ציון. למעוניינים להשתתף בניסוי או לסובלים ממקרים קשים במיוחד של ציפורן חודרנית, ניתן לפנות לשירות לכף הרגל.

ד"ר אהרון ליברזון,
מח' אורתופדיה

ציפורן חודרנית הינו מצב שבו הציפורן גדלה לתוך הבשר של האצבע במקום לגדול מעליו. כתוצאה מכך נגרם למטופל פצע כרוני הכרוך בכאבים עזים, בדלקת, בנפיחות ובקושי לנעול נעליים. במקרים קשים יותר הפצע כרוך במוגלה ובדימומים, ובמקרים קיצוניים אצל אוכלוסיות בסיכון, הפצע עלול להוביל לכריתה של האצבע.

מספר גורמים יכולים להסיט את נתיב הגדילה הטבעי של הציפורן לתוך הגוף. הגורמים השכיחים ביותר הינם טראומה או גזירה לא נכונה של הציפורן. גזירה זו יכולה להיגרם באופן עצמאי או על ידי פדיקוריסטית לא מיומנת. גורמים שכיחים נוספים הם: נעליים לוחצות (למשל, נעלי צבא), תורשה, זיהומים ופטרויות ושינוי במבנה הרגל כתוצאה מהשמנה, מסוכרת, הריון או זקנה.

הטיפול העיקרי כיום ברפואה לציפורן חודרנית הוא ניתוח. הניתוח יכול להיות להסרת העוקץ של הציפורן החודרנית בלבד, ויכול להיות להסרת הציפורן כולה. הניתוח מתבצע על ידי סכין המנתח או על ידי סכין לייזר. אצל מטופלים שעברו מספר ניתוחים לא מוצלחים נהוג לצרוב את מיטת הציפורן בחום או בחומצה על מנת למנוע צמיחה מחודשת של הציפורן. החסרונות העיקריים של הניתוח הוא הם: כאב, כרוך בהרדמה, יש סיכון לסיבוכים, והוא לא מתאים לאוכלוסיות סיכון (כגון סוכרתיים וקשישים) בשל סיבוכים של זרימת הדם לאצבע.

טיפול נפוץ בישראל לציפורן חודרנית הינו טיפול אצל פדיקוריסטית. הפדיקוריסטית מסירה את קצה הציפורן החודרנית על ידי "צבתית פינה", ומקלה על זרימת הדם לאזור ובכך על הכאב באופן זמני. החיסרון העיקרי של השיטה הוא שלעיתים הטיפול נהפך לכוני. נתיב הגדילה של הציפורן לתוך הבשר אינו משתנה, והמטופל צריך להגיע לטיפול אצל הפדיקוריסטית אחת לשלושה שבועות. במהלך השנים החזירה לבשר הופכת נמוכה יותר (קרובה יותר לבסיס



חלקים במטיילים

עד מעבר לים. פרופ' פוטסמן הוזמן להופיע בתכנית המקבילה לכלבוטק - WATCHDOG של ה-BBC בלונדון. מחקר זה זיכה את פרופ' פוטסמן בפרס המאמר המצטיין מטעם הירחון JTM.

אחד המקרים הבולטים שטופלו במרפאה הינו אישה כבת שלושים, בהריון, דוקטורנטית בפקולטה לרפואה, שהגיעה למחלקת עיניים עם תלונות של הפרעות ראייה. היא טופלה בסטרואידים במשך שבועיים וחזרה עם עין אדומה וכואבת למרפאה. הרופאים במרפאה ראו תולעת מטיילת בלשכה הקדמית. פרופ' פוטסמן נקרא למתן ייעוץ והתברר שהאישה שבה שנה וחצי קודם מטויל בתאילנד. לאחר הטויל הופיעה אצלה תפרחת בגב וכאבים. היא טופלה על ידי ריאומטולוג והתסמינים חלפו למשך שנה. לאור הסיפור הועלתה השערה שמדובר בזיהום על ידי טפיל הנקרא גנטוסטומה, הנפוץ מאוד בתאילנד. האישה נזקקה לטיפול מיוחד בהריון, אך העדיפה לקבל טיפול שייתן מענה אמיתי ונאלצה להפסיק את ההריון. האישה הבריאה לחלוטין.

פרופ' פוטסמן מרגיש לא פעם כמו בלש. לדעתו, תחום המחלות זיהומיות הוא רפואה דיאגנוסטית במיטבה. יש ניצול מרבי של כל משאבי הידע הקיימים ברפואה. בעת הצורך, נשלחות דגימות ל-C.D.C באטלנטה ל-N.I.H בווינגטון, לתאילנד ועוד.

כזיהומולוג, נחשף פרופ' פוטסמן למקרים מיוחדים מאוד והוא מטפל באירועים רפואיים נדירים כגון: שחפת או פטריות ביד, דלקות מח וקרומ המח, דלקות בלב, זיהומים בעין ועוד.

לאחרונה, טופלה על ידו אישה כבת 60 שנדקרה מוורד בזמן שטיפלה בגינה והגיעה עם זיהום באצבע. הזיהום התפשט לכף היד ולשורש כף היד. האישה נותחה בבית החולים על ידי ד"ר שאול גולדשטיין, מנהל יח' כף יד, ובדגימות תרבית מהרקמה, התברר שמדובר במיקובקטריום המופילום (ממשפחת השחפת). במקרים כגון זה חייבים לזהות במדויק את החיידק כדי להעניק את הטיפול הספציפי. החולה טופלה ב-3 סוגים שונים של אנטיביוטיקה במשך כחצי שנה ובהצלחה.

רחל קליין

אחות אחראית, המח' לרפואה דחופה

שורשי מרפאת מטיילים טמונים

ברצון ליצור שירות מתאים

לנוסעים למדינות העולם השלישי - עולם אקזוטי בעל תרבויות שונות, תנאי היגיינה זרים ומחלות הנדירות העולם המערבי וכן, ברצון להקים בבית החולים שירות ייחודי המתמחה בתחום שהיה חדש בזמנו.

באוקטובר 1991 השתתף פרופ' פוטסמן, מנהל המרפאה, בכינוס בשיקגו, שם הכיר את מפתח תוכנת המחשב, אשר עם הקלדת יעד הנסיעה מצביעה על החיסונים הנדרשים לקראת טיול במדינה זו. התכנה, שעלתה אז \$1,000 היתה יקרה מדי לדעת הנהלת בי"ח, שגם לא צפתה גל גדול כל כך של מטיילים... פרופ' פוטסמן נאלץ לגייס כסף ממקורות אחרים, צעד שנמצא נכון שכן, בתוך חצי שנה מעת הקמת המרפאה, החזירה ההשקעה את עצמה.

השירות שניתן למטיילים בבני ציון היה בין הראשונים בארץ. השמועה על השירות המקצועי והיחס האדיב עברה מפה לאוזן והמרפאה הוצפה בפניות. פרופ' פוטסמן ניהל את המרפאה, והאחות האפידמיולוגית חנה באואר עזרה לו.

חדר חיסונים ראוי נבנה רק לאחר מספר אירועי התעלפות (SYNCOPE) מאחר והחיסונים ניתנו בעמידה או בישיבה על כסא... גם לאחר תוספת החדר היינו עדים לתופעת "החליקן מהמליון" - פרופ' פוטסמן הולך בפרוזדורים ואחריו משתרך טור של כ-20 מטיילים צעירים לפני חיסון.

מאז הכל הסטוריה. המרפאה ע"ש תומר רופא, עברה תהליך של בנייה ופיתוח, היא משגשגת וניצבת בשורה הראשונה בתחום רפואת המטיילים. במרפאה ניתן לקבל יעוץ וחיסונים לפני נסיעה ליעדים שונים בעולם וכן, יעוץ למטיילים השבים מחו"ל עם מחלות נדירות.

על האיגוד הבינלאומי לרפואת מטיילים שהוקם ב-1989 והכולל כבר מעל 2000 איש נמנה גם פרופ' פוטסמן. מאז 1992, פרופ' פוטסמן מציג מחקרים בכל כינוס, הוא חבר במערכת העיתון Journal of Travel Medicine and Infectious Diseases. המחקרים בתחום עוסקים בנושאים מגוונים כגון: בילהרציה, קדחת דנגי ואפילו פחד ממחטים. התוצאות המרשימות של המחקר, שנעשה על ידי פרופ' פוטסמן ושעסק בבעיות נפשיות ובצריכת סמים על ידי מטיילים, הגיעו

מפרצת באורטה בטנית

מהי מפרצת (אנורזמה) בטנית?

מפרצת (אנורזמה) בטנית, (Abdominal Aortic Aneurysm - AAA), הינה התרחבות של מקטע באבי העורקים באיזור הבטן, בדרך כלל מתחת לעורקי הכליות. התרחבות זו נובעת מהיחלשות הדרגתית של דופן העורק (קוטרו הנורמלי הוא כ- 2 ס"מ). מפרצת בטנית היא מחלה המהווה גורם משמעותי בתחלואה ובתמותה בעולם.



האם מפרצת בטנית מסכנת חיים?

מפרצת של האורטה הבטנית, כאשר קוטרה גדול מ 5 ס"מ, עלולה להיקרע (RUPTURE) ולגרום לדימום, שלרוב מוביל לתמותה של כ-80%. ככל שהמפרצת גדלה, גדל הסיכון לקרע.

בארה"ב, מדווחים מידי שנה כ- 30 אלף מקרי מוות כתוצאה ישירה מהמחלה. מחצית מהחולים מתים באופן פתאומי, ללא כל סימני אזהרה. מפרצת האורטה עלולה להופיע אצל כ- 6% מההגברים מעל גיל 65. לאחר גיל 75 הסתברות הופעת מפרצת הוא 10%-15%.

האם יש סימנים מוקדמים?

התרחבות הדרגתית של האורטה גורמת למפרצת בטנית שהיא בדרך כלל תהליך שקט ונטול סימנים מוקדמים כלשהם. קרע של המפרצת המלווה בדימום חריף הוא לעתים הסימן הראשון לקיומה, והוא מופיע עם כאבי בטן או כאבי גב עזים. טיפול במפרצת לאחר אירוע RUPTURE מלווה בתמותה גבוהה. לעומת זאת, אם המפרצת מאובחנת מוקדם, טיפול אלקטיבי (כירורגי או אנדווסקולרי) מציל חיים.

מי נמנה על קבוצות הסיכון באוכלוסייה?

הסיכון להתפתחותה של מפרצת בטנית עולה עם הגיל ולכן השכיחות גבוהה יותר אצל אנשים בני 65 ומעלה, אצל גברים יותר מנשים.

קבוצות הסיכון לפיתוח מפרצת בטנית:

- מבוגרים בני 65 ומעלה.
- מעשנים בהווה או שעישנו בעבר.
- חולי לב ו/או טרשת העורקים.
- בעלי יתר לחץ דם.
- היסטוריה משפחתית (קרוב מדרגה ראשונה) של מפרצות באבי העורקים.
- נוכחות מפרצות בעורקים אחרים.

איזה בדיקה מבצעים לגילוי מוקדם של מפרצת בטנית?

רוב המפרצות מתגלות באקראי, לאחר הדמיה בבדיקות C.T או U.S עקב בירור של מחלות אחרות כגון פרוסטטה, גב וכאבי בטן. לאחרונה הומלץ על בדיקות סקר למפרצת, מאחר שהוכח שגילוי מוקדם מציל חיים. כאמור, המחלה נחשבת לשקטה (בדרך כלל ללא סימפטומים) ולעיתים מסתמנת לראשונה כקרע של אבי העורקים בבטן וגורמת לדמם ולמוות. בבדיקת אולטרסאונד-דופלקס של אבי העורקים הבטני, בדיקה יעילה ולא פולשנית, ניתן לגלות את רוב המפרצות בשלב מוקדם. ב- 2007 אושר בארה"ב חוק המחייב בדיקה של אוכלוסיות הסיכון על ידי בדיקת אולטרסאונד חד פעמית. תוכנית דומה הופעלה בבריטניה ב- 2008.

מקן שיטות הטיפול החדשניות במפרצת בטנית?

בשל התמותה הגבוהה בקרע של מפרצת אורטה בטנית, ועל מנת למנוע ארוע זה, יש צורך לטפל במפרצת בטנית כאשר קוטרה עולה על 5 ס"מ.

השיטות המקובלות לטיפול:

- 1 ניתוח בטני פתוח להחלפת המקטע הפגוע באבי העורקים. ניתוח זה דורש טיפול נמרץ ואשפוז במשך 7-10 ימים. ההתאוששות קשה הן עבור החולה והן עבור משפחתו.
 - 2 פרוצדורה זעיר פולשנית - ENDOVASCULAR הדומה לצנתור, עם גישה ישירה לעורקי מפשעה, וללא פתיחת הבטן. הפעולה נחשבת קלה יותר וההתאוששות של החולה מהירה יותר. משך זמן האשפוז הוא 2-4 ימים. אחוז ההצלחה של פרוצדורות כאלה עומד כיום מעל 95%. יש לציין, ששיטה זו מאפשרת טיפול גם בחולים שמצבם מוגדר מורכב וקשה. כיום, השתלת הסטנט-גרפט מתאימה לכ- 60%-70% מהמקרים.
- הפעולה מתבצעת בבני ציון על ידי צוות של כירורגים כלי דם וצוות של רדיולוגיה פולשנית בחדר הניתוח בהצלחה רבה.

ד"ר סימוני פייר,
היח' לכירורגית כלי דם

הנדסת אנוש

לתכנון טרום ניתוחי. הדרך להבטיח שכל הטכנולוגיה הזו תהיה שימושית היא, תכנונה תוך התחשבות ביכולותיהם ובמגבלותיהם של העובדים ובבטיחות המטופלים.

לפי נתוני המכון האמריקני לסטטיסטיקה תעסוקתית, עובדי סיעוד (וגם נהגי משאיות) סובלים מבעיות גב ופרקים יותר מכל קבוצת עובדים אחרת. באוסטרליה 40,000 אחיות מדווחות מידי שנה על בעיות גב הנגרמות כתוצאה מעבודתן. יש דרך להימנע מכאבים אלה. לדוגמה, על ידי הרמה נכונה ושימוש באמצעי עזר פשוטים (סדיני החלקה, חגורות ניווד וכסאות גלגלים) או באמצעי עזר משוכללים (מנופים, אלונקות מתכווננות).

עבודה מול צג מחשב מהווה חלק ניכר מהפעילות השוטפת בבית החולים, הן של צוותים מנהליים והן של צוותים רפואיים. ככל שגדל משך זמן העבודה מול צג מחשב, גדל שיעור התלונות והתסמינים הקשורים בעבודה מתמשכת - תלונות שמקורן בישיבה ממושכת בתנוחה שאינה ניטרלית, המעמיסה על שרירים, מפרקים וגידים (הפרעות טראומה מצטברת). יישום עקרונות ארגונומיים בסיודר עמדת העבודה מונעים נזק לגוף.

סביבת עבודה מוארת, ללא השתקפויות על צג המחשב, לא תסנוור ולא תגרום למאמץ מיותר של העיניים. גם לטמפרטורה מתאימה יש חשיבות מכרעת לגבי יעילות עבודה ובריאות העובדים (התלונה הנפוצה במשרדים היא קירור יתר), ויש למנוע חשיפה ישירה של חלקי גוף למשבי מערכת מיזוג האוויר.

סביר להניח ששביעות רצון העובד שזכה בכל אלה תהיה גבוהה, וההתמודדות עם המטלות והתפקיד תהיה קלה ומוצלחת.

אילנה מרחב,
מנהלת הספריה הרפואית

לאחרונה, החיפוש במאגר המידע של PUBMED השתנה והפך פחות ידידותי. אלה אשר רכשו לאחרונה מכשיר חשמלי, גילו כי העיצוב אמנם יפה, אך הכפתורים מוסווים וקשה לאתרם. עיון במדריך המצורף למכשיר יגלה כי הכתוב מסורבל וזעיר וכי הזמן הנדרש ללימוד ההפעלה ארוך מידי.

אלה הן מעט דוגמאות להנדסת אנוש לקויה. תכנון אופטימאלי של הממשק אדם-סביבה נקרא בארה"ב "הנדסת גורמי אנוש" ובאירופה "ארגונומיה". הנדסת גורמי אנוש עוסקת באספקט הבריאותי של עיצוב הסביבה. לשם כך, משלב מדע הארגונומיה ידע מתחומים שונים, ובכלל זה אנטומיה, פיזיולוגיה, פסיכולוגיה, הנדסה ועיצוב.

מספר מאפיינים לגישה:

- רואה בטכנולוגיה כלי לשירות האדם, ולכן חייבת להיות מתוכננת על פי תפיסה אנושית.
- הכרה בשוני בין בני האדם - מבחינת יכולות, מימדים, מגבלות וצרכים.
- הבנה שצורתם ואופיים של מוצרים ושל תהליכים משפיעים על התנהגות האדם ועל איכות חייו.
- מתבססת על שיטות מחקר מדעי ועל שימוש במידע אובייקטיבי לבחינת השערות ולאיסוף נתונים על התנהגות האדם.
- האדם והמכונה הם מערכת ולא פריטים נפרדים. ביצוע איכותי במינימום טעויות מתאפשר רק תוך שיתוף פעולה מלא.

לארגונומיה חשיבות רבה עבור העובדים בבית החולים. חדרי הניתוח, לדוגמה, יכולו בעתיד מערכות מופעלות קול, רובוטים תומכים, זרועות מתכת נתמכות תקרה, אמצעי טלקונופנסנינג, צגים תלת מימדים אינטראקטיביים וסימולטורים

מאפיינים מרכזיים של שיחת משוב ניתן לנתח על פי מודל של חמשת המ"מים. חשוב שמשוּב יהיה מאוזן (איזון בין היבטים חיוביים והיבטים הראויים לשיפור), משפר, ממוקד (ספציפי), מאפשר ומתאר.

ניהול שיחת ביקורת כוללת מספר שלבים:

- שיחת חולין קצרה ולאחריה, הגדרת מטרת השיחה בצורה ממוקדת ובהירה, מקדמת ולא שיפוטית.
- יש להקשיב ולהשתמש בשאלות מכוונות.
- יש להביע הסכמה על העובדות, על מה שהתרחש בפועל. להתייחס למעשה ולתוצאותיו. על המשוב להיות במונחי התנהגויות ולא במונחי תכונות, יש לבסס את הביקורת על דוגמאות התנהגות/ביצועי עובד ולא על אמירות כלליות. מומלץ להימנע מהכללות ומסטריוטיפים, לא להשתמש במילים "תמיד" או "אף פעם" ולזכור כי הכללות יכולות ליצור גם את אפקט פיגמליון (נבואה שמגשימה את עצמה).
- יש להסביר לעובד מדוע לא נכון לנהוג כפי שנהג(מחיר) ומדוע חשוב לנהוג אחרת (תועלת). יש להעביר את המסר בצורה ברורה, ישירה וחד משמעית. ניסיון לערפל, להקטין או להעלים את המסר יבלבל את מקבל המשוב, וימנע את השינוי המתבקש.
- יש לעודד דו שיח. לאפשר חשיבה משותפת (יתכן ולעובד יש רעיונות בנושא) ולדון בדרכים למניעת הישנות האירוע/ההתנהגות בעתיד. רצוי להגיע לפתרון ולהסכמה מסוימת. כדאי ורצוי לחלק את השינוי ליעדים קטנים ומדידים. לברר איך ניתן לסייע למקבל המשוב.
- חשוב לסכם ולוודא שמקבל המשוב הבין את הנאמר. כדאי לסיים במסר חיובי. רגשות חיוביים הם בעלי ערך רב למתן חיזוק חיובי לזולת, לשיפור המוטיבציה ויחסי האנוש. הם נותנים כוח ויוצרים מסוגלות עצמית, לכן רצוי לא לחסוך בהם. רצוי להשתמש בשיטת ה"סנדוויץ'" למתן משוב:
 - א. להתחיל עם נקודות חיוביות שקשורות לעובד.
 - ב. להמשיך בהתמקדות בנקודות לשיפור אצלו.
 - ג. לסיים שוב בנקודות חזקות נוספות של העובד.

לעומת שיחות ביקורת, מנהלים נוטים לקיים מעט מאוד שיחות שבח. בין ההסברים לכך מצאנו - "כשצינור אינו זולף ... בשביל מה לתקן", "מפחדים לקלקל" או "לא נעים להתפס רך ...".

הקווים המנחים המומלצים לניהול שיחת שבח הם:

- להגדיר את הסיבה לשיחה.
 - לבקש לספר מה קרה, מתוך הבנה כי לאנשים נעים לדבר על הצלחות.
 - להקשיב, לשאול שאלות מכוונות, אנשים אוהבים שמתעניינים בהם ובמעשיהם.
 - להביע התפעלות ושבח.
 - לא לשכוח לאתגר.
- הרווח משיחות שבח הוא עצום. הן מזרימות אנרגיה חיובית הן למנהל והן לעובד, הן מבטיחות את נכונות העובד להשקיע. ולסיום - מכל מלמדי השכלתי. משוב ממקבל המשוב יאפשר לנותן המשוב ללמוד ולשפר את יכולתו לתת משוב בעתיד.

ג'אנה שאפס, מרכזת פיתוח צוות

בחיי היום יום אנו נמצאים במצבים רבים של מתן משוב וקבלתו, לעיתים בהיסח הדעת ואפילו ללא מודעות. משוב הוא תהליך של תקשורת מילולית ובלתי מילולית אשר בעזרתו מעביר הפרט את תפיסתו, ציפיותיו, הרגשותיו ועמדתו לגבי הזולת. זהו כלי בסיסי בתקשורת בינאישית היכול להביא לשיפור ביחסים ולהגברת שיתוף פעולה.

משוב הינו כלי ניהולי זמין, פשוט ומשמעותי בעיצוב התנהגות רלוונטית לביצוע התפקיד, להטמעת נורמות, לעידוד מוטיבציה ולהשגת שינוי רצוי.

מטרת המשוב היא לאמן וללמד את העובד תוך העצמת נקודות החוזק אותן יש לשמר מחד, ולהתמקד בנקודות החולשה תוך מתן פתרונות והנחלת דרכי התמודדות מאיך.

משובים רבים ניתנים באופן אימפולסיבי ואמוציונאלי, ללא תורה סדורה וללא הכנה מצד נותן המשוב. מתן משוב אפקטיבי מעצים את המנהל כמנהיג, מקדם תוצאות רצויות, עובר העובד ועבור הארגון כולו. מתן ביקורת בונה היא באחריות המנהל, כדי שיתרחש השינוי הרצוי.

קיימים סוגים שונים של שיחות משוב, ביניהן, שיחת שבח בעקבות מאמץ או בהשגת תוצאות יוצאות דופן או שיחת ביקורת בונה. שיחת ביקורת בונה היא, בדרך כלל, שיחה קשה הן לנותן המשוב והן למקבלו. שיחת ביקורת בונה דורשת מיומנויות והיא גוזלת זמן ואנרגיה.

רק כשהמשוב הוא איכפתי ואמיתי, יוכל הפרט לקבל אותו ולהפיק ממנו תועלת. חשוב ליצור אמן בכוונותיו של נותן המשוב. משוב בונה יכול להתקיים רק כאשר קיימת התחשבות בצרכים של מקבל המשוב. משוב לא נועד לפרוק על הזולת כעס או תסכול, אלא לסייע לו.

לפני המשוב כדאי לשקול האם הביקורת מאפשרת שינוי. אין טעם לתת לאדם משוב על נושאים בהם אין לו שליטה. כלומר, יש להבחין בין מה שמקבל המשוב יוכל לשנות ובין מה שלא יוכל לשנות, תוך גילוי רגישות למצבו. קשיים נוספים נובעים מתפיסות של נותן המשוב הדוגלות בשיטת השגת השינוי על ידי "זבנג וגמרנו", או כאשר נותן המשוב סבור ומשוכנע כי מקבל המשוב "הוא כזה וזהו".

עיתוי המשוב אף הוא קריטי. שיחת ביקורת צריכה להינתן סמוך ככל הניתן למעשה הרלוונטי. אין "לשלוק את המשוב מהשרוול", אלא לתכנן את אשר מתכוונים לומר. רצוי להודיע מראש על שיחת המשוב, על מנת שמקבל המשוב יוכל להתכונן לשיחה. הודעה מראש תוכל לסייע במניעת התנגדויות ובהפנמת המשוב.

על המשוב להתבצע בפרטיות. על המקום בו מתקיים המשוב להיות מתאים, נקי מהסחות דעת ומאפשר אווירה נעימה. חשוב שתהיה פתיחות לשמוע, להגיב ולהתמקד בתוכן השיחה. משוב צריך להתבצע פנים אל פנים. אין להתחבא מאחורי שיחת טלפון, מכתב או דואר אלקטרוני.

חשוב להתמקד בנושא המשוב ולא לשכוח כי בסופו של דבר, זאת שיחה ולא משפט! חשוב להקפיד ולדבר בגובה העיניים ובטון ענייני. להימנע מלנזוף, מלצעוק, מלהתלהם ומלתקוף. טון ענייני ושקט יאפשר למקבל המשוב להתמקד בעניין ולא בטון הדיבור. צעקות או התפרצות יכניסו את מקבל המשוב למגננה וימנעו שיתוף פעולה.

הכל ב EASY

מכשיר ה- EasyLabour® המיועד להקלה על כאב הוונס לשימוש בחדרי הלידה של המרכז הרפואי בני ציון ויהיה זמין לנשים הרות המעוניינות בכך.

מכשיר זה מיישם בקלות ובנוחות את טכניקת לחיצות המגע (Acupressure) בנקודות לחיצה ייחודיות הממוקמות באזור הגב התחתון של היולדת. המכשיר מדמה טיפול בטכניקת לחיצות המגע לצורך הקלה על כאבי הצירים בזמן הלידה. ידוע כי נקודות מגע אלה ובייחוד נקודת BL-32, הממוקמות מעל אזור עצם העצה (מעל הישבן בגב התחתון), הן נקודות הלחיצה היעילות ביותר להקלת כאבים במהלך הלידה. EasyLabour מעניק עיסוי סיבובי עדין ומדויק על גבי שש נקודות בו זמנית, באופן המדמה טיפול של מיילדת המיומנת בטכניקת לחיצות המגע.

מתחילת הצירים ניתן להשתמש במכשיר בכל רגע בו האישה חשה צורך להקל על הכאב. השימוש במכשיר אינו מונע מתן אלחוש אפידורלי או כל משכך כאב אחר. משך השימוש במכשיר ועוצמת פעולתו תלויים ברצון האישה ונתונים לשליטתה המלאה.

היולדות מזווחות על הקלה בכאב תוך כ-5 דקות מהפעלת EasyLabour וכן, שכתוצאה מהשימוש במכשיר משך הכאב במהלך הציר מתקצר.



בנושא מחקר, הערכה ביקורתית של מחקרים והבנת מתודולוגית המחקר, לבין שימוש בראיות מחקריות בעשייה. עשייה מבוססת ראיות אינה דורשת מכל אחת להוביל מחקר, אלא שתהא מסוגלת לקבל החלטות לאחר שתשקול את הראיות התומכות בהן.

מחסומים נוספים נובעים מפגמים בשיטת המחקר, ממיעוט מחקרים בסיעוד, מקושי בנגישות למחקרים ומקושי בקריאת מחקרים בשפה האנגלית. על מנת להתגבר על חלק ממחסומים אלה מתפרסמים כיום עיתונים ייעודיים ל-EBN שקריאתם קלה יחסית, והם בעלי איכות מחקרית וקלינית גבוהה. בעיתונים אלה, דוגמת EBN-Online, מתפרסמים תקצירים מובנים, המסכמים את ממצאי המחקר התקפים והם שימושיים מבחינה קלינית לבעיות בריאות המטופלות על ידי אחיות. יחד עם התקציר המובנה מופיעה חוות דעת מקצועית הנכתבת על ידי אחות מומחית בתחום הנסקר. דוגמאות נוספות הן סקירות שיטתיות המתפרסמות על ידי Cochrane Collaboration, ועל ידי Joanna Briggs Institute.

הנחיות מקצועיות (Clinical Guidelines) הן רשימת הצהרות ערוכות בצורה שיטתית שמטרתן לסייע למטפל בקבלת החלטות על הטיפול המתאים ביותר לנסיבות קליניות ספציפיות. ההנחיות מיועדות לשימוש רב מקצועי, ובדרך כלל נכתבות על ידי ארגונים מקצועיים על סמך הראיות המחקריות הטובות ביותר שישנן וכן, על סמך ראיות ליעילות קלינית בשרותי הבריאות. הן נבדקות ומתעדכנות באופן קבוע.

יש המתנגדים לשימוש הנרחב ב-EBN ולגישה לפיה על כל אחות מוסמכת להיות בעלת המיומנויות הדרושות לכך. אחרים טוענים כי אחות שאיננה מעדכנת את הידע המקצועי שלה בראיות חדשות, ואיננה פועלת על פיהן, פוגעת באיכות עבודתה ובאיכות הטיפול שהיא מעניקה.

אציין, שסיעוד מבוסס ראיות איננו סיעוד החסר התחשבות במטופל. על פי הגישה של סיעוד מבוסס ראיות, על האחות להחליט האם הראיות רלבנטיות עבור המטופל הספציפי ועבור הנסיבות הייחודיות לו.

(רשימת מקורות נמצאת אצל הכותבת)

איילת סופר,
בי"ס לסיעוד



העשייה הסיעודית נשענה, באופן מסורתי, בעיקר על ניסיון קליני, על אינטואיציה, על עקרונות פתופיזיולוגיים ועל דעות של מומחים. ידע מחקרי רב, שהצטבר בעשורים האחרונים בתחום הסיעוד, הביא לשינוי תבניות החשיבה המסורתיות. כיום, קיימת מגמה לבסס את מעמדו של הסיעוד כמקצוע מדעי, שאנשיו משתיתים את פעילותם על ראיות מדעיות. סיעוד מבוסס ראיות הנקרא גם טיפול מונחה עובדות (להלן: Evidence Based Nursing = EBN), הופך למרכיב חיוני בקידום הסיעוד. מגמה זו ניכרת גם בקוד האתי לאחים ואחיות בישראל, המציין במפורש, כי ההנהגה המקצועית חייבת לדאוג לכך, כי "מסקנות מחקריות תקפות יישמו ויופנמו בעשייה הסיעודית".

"סיעוד מבוסס ראיות" מוגדר כטיפול המשלב בתוכו את הידע המדעי והעדכני ביותר, בשילוב עם מומחיות קלינית, דעות של מומחים ותהליכים ביקורתיים של קבלת החלטות. EBN משפר את איכות הטיפול במטופלים; מקדם ומגדיר מחדש את המעמד המקצועי של הסיעוד; מאפשר קבלה שיטתית של החלטות במערכת הבריאות, תוך כדי התחשבות בשיקולי עלות מול תועלת. סיעוד מבוסס ראיות יכול לבוא לידי ביטוי במגוון רחב של שדות קליניים ושל היבטים בעבודת האחות, החל מהאחות ליד מיטת המטופל ועד החלטות המתקבלות בדרג הנהלה.

על אף שהיקף המחקרים בסיעוד גדל בצורה משמעותית, בפועל, היקף הטיפול הסיעודי מבוסס הראיות עדיין נמוך. על מנת לבצע EBN, אחיות צריכות להתמודד עם מחסומים רבים. המחסום המשמעותי ביותר הוא היעדר תמיכה ארגונית, ומכאן חשיבותה הרבה של תמיכה ארגונית בקידום EBN, הכוללת הקצאת משאבים של זמן, תקציב וכח אדם. תמיכה ארגונית מסייעת לאחיות להתמודד גם עם מחסומים הקשורים בעמדות ובאמונות של אחיות כלפי מחקר ובתגובה שלילית של עמיתים. מחסום משמעותי נוסף הוא היעדר הכשרה מתאימה בתחום המחקר ושימוש בממצאי המחקר, ומכאן חשיבות הרבה של מתן הכשרה מתאימה בשלב החינוך המקצועי. קיים קשר חיובי בין השכלה הכוללת הכשרה

להיות מדריך קליני...

חדשות). בחירת המדריכים/חונכים מוטלת על האחיות האחראיות ועל הנהלת הסיעוד.

מדריכים קליניים מלמדים, מיעצים, מעודדים, משמשים כ- role model, תומכים בצמיחה ובהתפתחות הפרט במשך תקופת זמן מוגדרת. למדריך טוב נדרשות איכויות ותכונות כגון: יכולת הדרכה, סבלנות, נכונות להעביר ידע, פתיחות לרעיונות, יכולת לעודד יצירתיות, יחסי אנוש טובים, תקשורת בין אישית ורגישות לזולת, הכרת הארגון, ידע וניסיון, סמכות מקצועית מוכרת וכדומה.

הדרכה קלינית מהווה אתגר וגירוי מחד, והיא מלאת עומס ולחץ מאידך. אחד הקשיים המרכזיים בהדרכה קלינית הוא איזון בין זמן הטיפול הישיר במטופלים, הניתן על ידי המדריך הקליני, לבין מתן מענה לצורכי הסטודנטים. מדריכים קליניים רבים מדווחים כי הם חווים עומס ולחץ רב.

שיתוף פעולה ותמיכת הממונים והעמיתים נחוצה למדריכים הקליניים במטרה להקל עליהם, לקבל סיוע בהפחתת לחץ, לקבל בהבנה את הזמן המוקדש לסטודנטים ולקבל משוב והערכה.

הצלחה בהכנת העובדים החדשים/הסטודנטים למקצוע הסיעוד משפיעה על עיצוב מקצוע הסיעוד, מבטיחה דור עתיד איכותי ומונעת את עזיבת המקצוע. הנהלת הסיעוד, בראשותה של אילנה פטרריונד, רואה במדריך הקליני תפקיד מרכזי של מורה דרך, המנחיל את ערכי מקצוע הסיעוד לזור האחים/יות החדש כדי להשיג טיפול מקצועי ובטיחותי למטופל ולבני משפחתו.

מנהלת הסיעוד והח"מ יזמו וארגנו סדנא, בת שני מפגשים, שמטרתה להעצים את המדריכים הקליניים. הסדנא כללה מגוון רחב של נושאים המבטיחים מתן הדרכה איכותית לסטודנטים לסיעוד ולעובדים חדשים.

ג'אנה שאפס,
מרכזת פיתוח צוות

סיעוד הינו מקצוע המחייב שילוב בין רגש, ידע תיאורטי וידע מעשי. לכן הליך חניכה בסיעוד, בעת התנסות קלינית, הינו משמעותי ביותר להתפתחות המקצועית של הסטודנטים לסיעוד ולעובדים חדשים. התנסות במסגרת קלינית מספקת לסטודנט/לעובד חדש הזדמנויות לימודיות וסוציאליזציה מקצועית.

חניכה היא פעילות הדרכה וחינוך יזומים, שמטרתם לסייע לסטודנטים/לעובדים חדשים להסתגל לארגון, לתרבות, לנורמות ולסביבת העבודה ובעיקר לתפקיד החדש. הנחת היסוד העומדת מאחורי המושג חניכה היא צירוף סטודנט/עובד לעובד אחר המסוגל לעמוד מקרוב על צרכיו וקשייו. חניכה נותנת מענה הן לצרכיו של העובד/הסטודנט והן לצרכי הארגון.

בתהליך החניכה והסוציאליזציה ניתן לזהות מספר מרכיבים:

- ידע ומיומנויות - הרחבת הידע המקצועי וישומו בהתאם לצרכי התפקיד.
- המרכיב הפסיכולוגי - הפחתה של חששות, אי ודאות וחוסר ביטחון של הסטודנט/העובד החדש. חיזוק וטיפול האמונה של העובד החדש/הסטודנט ביכולתו העצמית, כלומר ביכולתו לבצע את הנדרש מהתפקיד.
- הכרת הארגון והשתלבות בו ובתרבות הארגונית שלו, הקניית נורמות התנהגות וערכים.

בעידן המאופיין באקדמיזציה מתרחבת, בהתמקצעות ובמומחיות בסיעוד, עולה הצורך בחניכה/בהדרכה קלינית ברמה גבוהה ואיכותית על ידי בחירה קפדנית של חונכים/מדריכים.

מדריכים קליניים הם אחים מהצוות הסיעודי של המחלקה, אשר עברו הכשרה מתאימה להדרכה קלינית של הצוות הסיעודי (סטודנטים, מתמחים, אחיות



בחנו ב CLL כמחלה בה נבצע את המחקר בשל מספר סיבות:

1. מדובר במחלה אשר תאי הסרטן נמצאים בדם הפריפרי ולכן, הינם נגישים בקלות על ידי לקיחת דגימת דם פשוטה, ללא צורך בהתערבות ניתוחית או התערבות אחרת.
2. תאים אלה נמצאים באופן קבוע בדם החולה, ולכן לא מדובר בהוצאה חד פעמית של גידול ושימוש מוגבל ברקמת הגידול. מדובר במקור קבוע של תאי סרטן.
3. זוהי מחלה עם מהלך כרוני המהווה מודל אידיאלי לטיפול אימוני בו יש "חלון של זמן" להפעלת תגובה של מערכת החיסון של האדם עצמו כנגד הגידול (במידה והיה מדובר במהלך מהיר ואגרסיבי, לא ניתן היה לשקול טיפול מסוג זה).

במהלך המחקר, ניקח דגימות דם מהחולים ונבצע הדבקה של התאים עם וקטור ירלי, ותוחדרנה אליהם מולקולות המטרה (במקרה הספציפי מולקולות אשר נקשרות לתאי הלאוקמיה ומעוררות תגובה של תאי החיסון).

הדרישה החשובה ביותר בטיפול מסוג זה היא שימוש בווירוס, אשר אין ביכולתו להתרבות או לגרום למחלה באדם. לכן המחקר עושה שימוש בווירוס "פגום", אשר הוצאו ממנו הגנים האחראים לחלוקה ולהתרבות, אך הוכנסו אליו גנים אשר יבטאו על פני תא ה CLL.

מטרת המחקר היא להוכיח שלאחר ביצוע שלב ההדבקה של תאי ה CLL במולקולות המבוקשות נצליח לגרום להופעה של ביטויים על פני מעטפת התא וזרכם להיקשר לתאים שונים ממערכת החיסון, לגרום לאקטיביציה שלהם, להתרבותם ולהפרשה של חומרים ציטוטוקסים אשר בסופו של דבר יהרגו את הלאוקמיה.

כאמור, מחקר זה יבוצע בשלב ראשון בתנאי מעבדה בלבד, אך הוא בעל פוטנציאל יישומי קליני, ויוכל בעתיד הרחוק לשמש כבסיס למחקר קליני בחיסון (PHASE I STUDY) אם ימצא יעיל ובטוח.

אמנם, קיים תמיד פער בין הגילויים במעבדה לבין יישומם בקליניקה, אך ניתן להניח, לפי תוצאות המחקרים המתנהלים בכל העולם, כי בשנים הבאות יוכנסו יותר טיפולים חדשים למערך הטיפול התרופתי בסרטן, לרבות טיפולים בשיטת ההנדסה הגנטית, אשר הינם ייעודיים כנגד התא הסרטני הספציפי של החולה ולא כנגד כל התאים בחלוקה בגוף.

אין ספק, שמחקר מסוג זה ידרוש משאבים מתאימים, עבודת מחקר מקיפה ושיתוף פעולה, ואנו מקווים לקדמו בבית החולים שלנו.

ד"ר תמר תדמור, המכון ההמטולוגי

לאוקמיה לימפטית כרונית (CLL- CHRONIC LYMPHOCYTIC LEUKEMIA) הינה הלאוקמיה השכיחה ביותר בעולם המערבי. שכיחותה היא כ- 5 מקרים חדשים לשנה לכל 100.000 תושבים, כלומר כ 400 מקרים חדשים מידי שנה בישראל.

המחלה מאובחנת לרוב אצל אנשים מבוגרים, מעל גיל 65, ומאופיינת במהלך כרוני, עם עליה במספר הכדוריות הלבנות של החולה, עם או בלי הגדלת בלוטות לימפה באתרים שונים.

אצל רוב החולים הגילוי הינו מקרי לחלוטין, כאשר מבצעים ספירת דם במסגרת בירור כללי ומגלים עליה בלאוקוציטים (כדוריות דם לבנות), אשר רובם הינם לימפוציטים.

ואמנם, התאים הלאוקמיים הם ממקור לימפוציטרי. התאים הינם תאים בשלים ולא תאים צעירים, ולכן התנהגותם לרוב איננה אגרסיבית.

כדי לאפיין את מהות ה"לימפוציטוזיס" מבצעים בדיקות במעבדה ההמטולוגית, הכוללות משטח דם וסמנים חלבוניים על התאים המתאימים לאוכלוסיה של לימפוציטים. הסמנים האופייניים ל CLL נקראים CD5 ו-CD19 והם מאובחנים בבדיקת ה - FLOW CYTOMETRY.

למרות התרופות החדשות הניתנות למחלה כגון כימוטרפיה ממשפחת ה FLUDARABIN PURINE ANALOGS או טיפול בנוגדנים חד שבטיים כנגד קולטנים ממברנלים כמו MabThera, אין עדיין טיפול המרפא את המחלה. הטיפול רק מביא להפוגות טובות יותר וארוכות יותר במחלה ביחס לתוצאות הטיפולים בעבר.

אחת המגבלות בטיפול במחלות ממאירות בכלל וכך גם ב CLL, היא היכולת של תאי הסרטן, במקביל להתרבותם באופן בלתי מבוקר, לשתק את התגובה האימונית התקינה של הגוף.

במקרה של CLL, נעשו מספר רב של עבודות המוכיחות כי מדובר אומנם בגידול של לימפוציטים מסוג B, אך קיימת פגיעה תפקודית גם בלימפוציטים מסוג T אשר הינם "אנרגים", כלומר, בלתי מתפקדים באופן תקין.

גישה טיפולית חדשנית היא שימוש בתא ה-CLL כמטרה, אליו יוחדרו מולקולות אשר ישנו את ביטויי על פני המעטפת. כתוצאה מכך, יצליחו לעורר את מערכת החיסון לזהות את התא ולגרום להרס שלו.

שיטה זאת נבדקת במקומות שונים בעולם, ונקראת "תראפיה גנטית ללאוקמיה לימפטית כרונית" או "הינדוס" תגובת מערכת החיסון, כך שתדע לזהות את התא הלאוקמי ולהילחם בו.

לאחרונה, במסגרת שיתוף פעולה עם אוניברסיטת מיאמי בפלורידה, אנו מתחילים במחקר אשר מטרתו לעורר את תאי מערכת החיסון בכלל, ולימפוציטים מסוג T בפרט, לזהות את תא ה CLL ולהילחם כנגדו. המחקר יתבצע במכון ההמטולוגי, בראשותה של ד"ר דינה אטיאס, ויתקיים בשלב ראשון בתנאי מעבדה בלבד.



חיים חדשים 232 אים

ד"ר קלדרון מסביר כי אצל נשים הנמצאות בסיכון גבוה מאוד לחלות בסרטן השד, אלה שנמצאו בבדיקה גנטית נושאות את הגן ו/או בעלות רקע משפחתי של המחלה, הוא ממליץ על ניתוח מניעתי ושיחזור שד. הניתוח מקטין את הסיכון לחזרת המחלה בכ-85%, לא פוגם באסתטיקה ובמקרים מסוימים אף משפר אותה. הניתוח ששולב עם שיחזור שד מיידי הסתיים בהצלחה ומ' המשיכה בחייה.

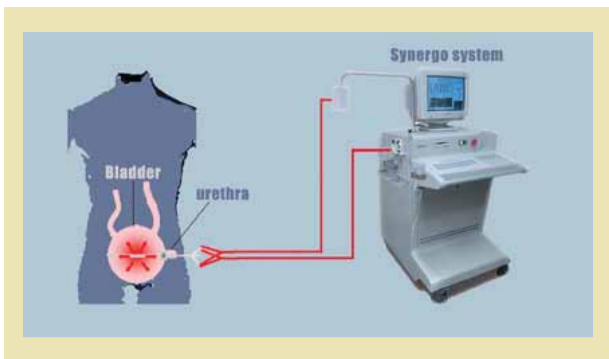
לימים, במסגרת "שנת הכאב האונקולוגי" של ארגון הכאב הבינלאומי, נתקלה מ' במודעה באינטרנט על תחרות ציורי מטופלים שחוו כאב כחלק ממחלת הסרטן. מ', שמעולם לא ציירה החליטה, בתמיכת המשפחה והחברים, לנסות לצייר. היא סיפרה כי דרך הציור עברה חוויות חדשות, שונות וחזקות, ואף הצליחה לבנות קשר מיוחד עם בני המשפחה ועם אחרים הקרובים לליבה.

מ' זכתה במקום השני בתחרות ובציון מיוחד לשבח. ציוריה ממחישים בצורה מרתקת את מלחמתה בסרטן השד. לדבריה, יש חשיבות לבריאות ולרפואה, אך לא פחות לנפש ולאהבת הגוף לאחר הפעולה הכירורגית הקשה של הכריתה.

את מלחמתה בסרטן השד החלה מ', אשת קריירה, אם לילדים ולאחרונה גם סבתא, בשיחת טלפון מקופת החולים שקראה לה להגיע להיבדק. מ' התלבטה אם לגשת לבדיקה ולבסוף קבעה פגישה. בבדיקה נתגלו בשדה שני גידולים קטנטנים. בבדיקות אולטרה סאונד מעמיקות יותר שביצעה בביה"ח שלנו התגלה גידול נוסף, גדול בהרבה משני הגידולים שנמצאו לפני כן ומ' עברה כריתה חלקית להוצאתם. לדבריה, "עד רגע לפני, הייתי חזקה, נמרצת ומלאת חיים. הסרטן תפס אותי באמצע וללא הכנה, חיי השתנו בן רגע. פתאום אני חולה בסרטן השד". ד"ר ארנסט נאש מהמחלקה הכירורגית הפנה את מ' לד"ר אסיה ברודסקי, מנהלת מרפאת השד שטיפלה בה.

הגידולים הוצאו ונראה כי החיים חוזרים לסדרם, אולם לאחר חודש בבדיקת אולטרה סאונד זיהתה ד"ר אורורה טובי גידול נוסף בשד, בעקבותיו המליצה ד"ר ברודסקי למ' על כריתה מלאה. מ' נפגשה עם ד"ר נועם קלדרון, מנהל מח' כירורגיה פלסטית וביקשה לשמוע ממנו על כריתה שד מלאה ועל שיחזור שד. מ' מספרת על הפגישה שנחרטה בזיכרונה היטב - "התקבלתי אצל ד"ר קלדרון במאור פנים וקיבלתי הסבר מפורט. ראיתי תמונות של מנותחות רבות שעברו כריתות שד, לפני שיחזור או לאחריו, כאלה שהיו מצולקות ונשלחו ל"תיקון". הבנתי ששד משוחזר יכול להיות לא פחות יפה מהמקורי ולפעמים אף יותר אסתטי..

חשבתי על גופי, על החזה השלם ועל מה שאני הולכת לאבד. הקשבתי לדברי ד"ר קלדרון תחילה בהכנעה ולאחר מכן בהבנה ובאמונה שאני בוחרת בדרך הנכונה ומצילה את חיי. הבנתי שיש דרך והרגשתי בטוחה".



קטטר הסינרגו במקומו בזמן הטיפול מאפשר פיזור החום והתרופה באופן אחיד בשלפוחית

קטטר הסינרגו מוחדר לשלפוחית השתן



הבחירה בחימום בעזרת גלי רדיו נעשתה בשל יכולתם לחמם באופן אחיד ועמוק את דפנות השלפוחית. זאת בניגוד לחימום נזל השטיפה בלבד, שנבדק במחקרים קודמים והוכח כלא יעיל.

הטיפול מתבצע במסגרת מרפאתית, ללא צורך בהרדמה או באשפוז, ולאחר כל טיפול חוזר המטופל לשגרת יומו. תופעות הלוואי העיקריות של הטיפול הינן מקומיות (כאב מקומי, צריבה במתן שתן, תכיפות ודחיפות במתן שתן), והן חולפות בדרך כלל תוך 48-72 שעות מהטיפול.

הטיפולים הללו מבוצעים כיום במדינות רבות באירופה וכן, במרכזים רבים בישראל: בתי החולים בני ציון וכרמל בחיפה, העמק בעפולה, מאיר בכפר סבא, בילינסון בפ"ת, שיבא ברמת גן, הדסה עין כרם ושערי צדק בירושלים. בימים אלה מסתיימים הליכי הרישוי מול ה-FDA האמריקאי.

סינרגו במחלקה האורולוגית

למחלקה האורולוגית ניסיון נרחב ורב שנים עם טכנולוגיית סינרגו. לאורך השנים טופלו במחלקה חולים רבים באמצעות הסינרגו, המח' נוטלת חלק פעיל יחד עם מרכזים מובילים מחו"ל במחקר מבוקר רב-לאומי ואקראי, הבוחן את יעילות הטיפול בסינרגו ואת בטיחותו בהשוואה לטיפול ב-BCG המקובלים.

בנוסף, פרסמה המחלקה עד כה מספר מחקרים חשובים בנושא השימוש בטכנולוגיית הסינרגו בכתבי עת אורולוגיים ויקרתיים. מחקרים אלו הוכיחו את יעילות הסינרגו במניעה או בדחיית חזרת הגידול.

להלן תוצאות שני המחקרים האחרונים:

1 מחקרו של פרופ' נתיב, מנהל המח' האורולוגית, העוסק בתוצאות הטיפול בסינרגו בחולים בהם חזר הגידול לאחר טיפול קודם עם BCG. לאור כישלון הטיפול הבסיסי, רבים מחולים אלה הינם מועמדים לכריתת כיס השתן. למרות זאת, לאחר הטיפול בסינרגו היו 56% מהחולים חופשיים מגידול לאחר שנתיים. זהו שיעור טוב יותר באופן משמעותי מזה שהושג בטיפולים אחרים בחולים מסוג זה.

2 מחקרו של ד"ר שראל הלחמי, אודות טיפול בסינרגו בחולים עם גידול שלפוחית מסוג T1G3. זהו גידול אגרסיבי, בו רמות הסיכון לחזרת הגידול ואף להתקדמותו גבוהה במיוחד. לאחר הטיפול בסינרגו מצא ד"ר הלחמי כי בכמחצית מהחולים היתה שלפוחית השתן נקיה מגידול משך 4 שנים או יותר ורק אצל 8% מהחולים נצפתה התקדמות של המחלה לסרטן פולשני.

לסיכום, טכנולוגיית סינרגו מציעה פתרון טיפולי יעיל לחולים עם גידול חוזר לאחר טיפול ב-BCG, והיא כלולה בסל הבריאות הממלכתי בהתוויה זו.

פרופ' עופר נתיב, מנהל מח' אורולוגיה
ד"ר שראל הלחמי, מח' אורולוגיה

כ-1200 איש מאובחנים בישראל, מדי שנה, כחולים בסרטן שלפוחית השתן, רובם בגילאי 60 עד 70. אצל כשני שלישי מהחולים מאובחן גידול המוגדר "שטחי", הנמצא ברובו על פני השטח הפנימי של כיס השתן. הטיפול בגידול זה מבוצע על ידי רופאים אורולוגים, והוא בדרך כלל מקומי - בתוך השלפוחית. מאמר זה יעסוק רק בגידול השטחי. בשליש הנותר של החולים מאובחן גידול המכונה "פולשני", והוא מצריך בדרך כלל טיפולים אונקולוגיים שונים אשר לא יזונו במאמר זה.

סרטן שטחי של שלפוחית השתן מצריך לא פעם ניתוחים חוזרים וטיפולים רבים. על מרבית החולים להיות במעקב קבוע אצל הרופא האורולוג, מאחר ומרביתם לא מתים כתוצאה ממחלתם, אך גם אינם מחלימים ממנה לחלוטין.

ניתוח וטיפולים משלימים

הטיפול המקובל בסרטן שטחי של שלפוחית השתן הוא ניתוח לכריתת הגידול ("TUR"), המתבצע באמצעות צינור המוחדר לשלפוחית ללא חתך, דרך צינור השתן הטבעי. לאחר הניתוח יש צורך במעקב צמוד, הכולל בדיקת פנים השלפוחית על ידי החדרה של מכשיר עם סיב אופטי (ציסטוסקופיה) אחת ל-3 חודשים, וכן בדיקה של השתן לאיתור נוכחות של תאים ממאירים (ציטולוגיה).

בחלק מהחולים אין צורך בטיפול נוסף לאחר הניתוח, אלא במעקב בלבד. לעומת זאת, בחולים אחרים, בהם נמצא גידול המוגדר כתוקפני יותר, ניתוח לבד אינו מספיק, שכן הסיכון לחזרת הגידול הוא גבוה מאוד. על מנת להקטין את הסיכון לחזרת המחלה, או לפחות לדחות אותה ככל הניתן, מקובל לתת לחולים אלה טיפול נוסף לאחר הניתוח, הכולל בדרך כלל שטיפה חוזרת של כיס השתן בתרופות שונות. השם הכולל לטיפולים אלו הוא "טיפול משלים", מאחר והוא מהווה השלמה הכרחית לניתוח באותם חולים, להם סיכון מוגבר לחזרת הגידול.

החומר הנפוץ ביותר המשמש לשטיפת כיס השתן בחולים עם סרטן שטחי של השלפוחית נקרא BCG, והוא תמיסה של חיידקי שחפת מוחלשים. נמצא שאותם חיידקים מעוררים בגוף תגובה חיסונית, ומשפרים את יכולתו של הגוף לתקוף את הגידול. הטיפול ב-BCG יעיל מאוד בהפחתת שיעורי חזרת הגידול, ומכאן השימוש הרב בחומר.

בצד יעילותו הרבה של ה-BCG, נצפו מספר בעיות בשימוש בו. האחת היא תופעות לוואי שעלולות, לעיתים, להיות משמעותיות ולגרום להפסקת הטיפול. השנייה היא חזרת הגידול למרות טיפול ב-BCG. בעיה אחרת מתייחסת לחולים עם מערכת חיסונית מוחלשת. במקרה כזה טיפול בחיידקים חיים, גם כאשר הם מוחלשים כמו בתכשיר ה-BCG, עלול להוות סכנה.

רבים מהחולים עבורם BCG אינו מהווה אופציה טיפולית, מופנים לניתוח להוצאת כיס השתן. עם זאת, לא מעט חולים ורופאים מחפשים חלופות טיפוליות נוספות שיאפשרו את שימור השלפוחית.

תרופות נוספות נוסו כטיפול משלים לשטיפה מקומית של השלפוחית בחולים עם סרטן שטחי של כיס השתן. בנייהן ניתן למנות מספר חומרים כימותרפיים - חומרים כימיים המשמידים תאים סרטניים ותרופות אחרות, המשפיעות על המערכת החיסונית של הגוף, בדומה ל-BCG. חלק מטיפולים אלה הניבו תוצאות פחות טובות מ-BCG, ומכאן, ברור היה שיש צורך למצוא שיטות טיפול נוספות יעילות יותר עם פחות תופעות לוואי.

טכנולוגיית סינרגו

הטיפול בסינרגו מבוסס על שילוב של שטיפה כימותרפית "רגילה" של כיס השתן יחד עם חימום מקומי (היפרתרמיה) של השלפוחית באמצעות גלי רדיו בתחום המיקרוגל. החום מגביר את כניסת התרופה הכימותרפית לתאים הסרטניים, ואף משפר את פעילותה בתוך תאים אלה. הטיפול מבוצע באמצעות צנתר (קטטר) ייחודי המבצע שלושה תפקידים:

1 חימום אחיד של דופן השלפוחית בעזרת אנטנה המפיצה גלי רדיו.

2 ניטור הטמפרטורה באמצעות מדי חום על פני דופן השלפוחית ובשופכה.

3 הזרמה מחזורית של התרופה הכימותרפית המצוננת אל השלפוחית וממנה.

כל המידע מעובד ומבוקר על ידי מחשב הסינרגו לכל אורך הטיפול.



היפר פיגמנטציה בעור מתחלקת לשני סוגים: היפר פיגמנטציה אשר מופיעה כתוצאה מיתר פעילות של מערכת הפיגמנט, והיפר פיגמנטציה המופיעה כתוצאה משגשוג ומריבוי של מלנוציטים (התאים היוצרים מלנין).

היפר פיגמנטציה מתבטאת לעיתים בדמות כתמים המופיעים בפנים בזמן הריון (MELASMA) או בעקבות נטילת גלולות או טיפול הורמונאלי, או כתוצאה משימוש בתרופות כמו AMYODORONE.

פיגמנטציה עלולה להופיע גם לאחר דלקת חריפה בעור או אף כביטוי לרגישות לבושם או לצמחים שונים כגון, מנגו (POST INFLAMMATORY HYPERPIGMENTATION).

הכתמים הכהים, המופיעים בגיל המבוגר באזורים החשופים לשמש או אצל צעירים לאחר כוויה משמש, הם דוגמא אופיינית למצב של ריכוז אנומאלי ושל שגשוג של מלנוציטים בין האפיזרמיס לדרמיס (בין החלק העליון והתחתון של העור). המלנוציטים (התאים יוצרי הצבע בעור) מייצרים מלנין (פיגמנט חום-שחור) תוך שימוש בחומר גלם חומצת האמינו טירוזין. אנזים המפתח בסינתזה זו הינו טירוזינז (TYROSINASE).

המלנין נוצר על ידי המלנוציטים כתגובה למספר גירויים, ביניהם, גירוי באמצעות ההורמון המגרה מלנוציטים (MSH) המופרש מיותרת המוח. פעילות יתר של הורמון זה יכולה להיגרם במקרים של גידולים המפרישים הורמון זה; במצבים של תת-פעילות יותרת הכליה המלווה בהפרשה מוגברת של ACTH (ADRENOCORTICOTROPIC HORMONE), הורמון שהינו בעל פעילות דומה ל-MSH; במצבים פיזיולוגיים כגון הריון, בו מופרשים מן הכליה פפטידים בעלי פעילות של MSH.

חשיפה לשמש ובעיקר לקרינה אולטרא-סגולית בתחום של UVB, הינה סיבה לגירוי מלנוציטרי הגורם לעליה במספר ובגודל התאים המלנוציטריים.

בנוסף על פיגמנטציה, הנחשבת לנוזק קל יחסית מאחר והפגיעה היא בעיקר אסטטית, הרי שקרינה אולטרא-סגולית פוגעת במרקם ה-DNA, וגורמת למוטציות (שינויים במטען הגנטי) העלולות להצטבר עד כדי יצירת גידולים עוריים.

קרינה אולטרא-סגולית פוגעת גם במבנה התקין של רקמת החיבור בדרמיס, בעיקר בסיבי קולגן ובסיבים גמישים (המעניקים לעור את החוזק והגמישות). התוצאה היא עור דק יבש, מחוספס, בעל גוון צהבהב, פיגמנטציה לא אחידה, קמטוטים וקמטים.

הטיפול בהיפרפיגמנטציה ובכתמים

בגישה הטיפולית לנגעים היפרפיגמנטריים יש לאבחן מה הוא הגורם לפיגמנטציה ומה עומקה, ועל בסיס זה לבחור בסוג הטיפול המתאים.

יש להפסיק את הגורם הישיר לפיגמנטציה, כלומר, להפסיק שימוש בתרופות הגורמות לפיגמנטציה (כמובן, לאחר התייעצות עם הרופא) והדבר החשוב ביותר הוא להתגונן מפני קרינת יתר של השמש.

מומלץ למרוח תכשיר הגנה לפני כל יציאה לשמש ולא רק כשהולכים לים ולבריכה. חשוב לחדש את מריחת תכשיר ההגנה כל שעתיים במהלך השהות בחוץ כדי להבטיח הגנה רצופה. את ההגנה הטובה ביותר ניתן להשיג באמצעות תכשירים עם מקדם הגנה 15 ומעלה שמבטיחים הגנה כנגד קרינת UVB ו-UVA. הטיפול התרופתי הטופיקלי היעיל ביותר לפיגמנטציה השטחית (אחרי דלקת, הריון, שימוש בגלולות) הינו הידרוקינון. ריכוזי ההידרוקינון הינם 5%-18%. השימוש בתכשיר הינו פעם ביום לפני השינה בכמות קטנה, במריחה אחידה על השטח המטופל. משך הטיפול נע בין 8 שבועות עד 24 שבועות. הזמן המתאים ביותר לטיפול מסוג זה הוא בחודשי הסתיו והחורף. גם לאחר השגת ההטבה, רצוי להמשיך להשתמש בתכשיר, פעם או פעמיים בשבוע, כדי למנוע הישנות הכתמים.

יש לציין כי חדירת ההידרוקינון אל העור היא מועטה כאשר הוא חומר יחיד בבסיס (כפי שקיים בתכשיר המסחרי הנמצא בשוק). כדי לאפשר חדירה טובה יותר של ההידרוקינון, יש לשלבו עם חומצה רטינואית (TRETINOINE או RETINOL) המשמשת כמאיץ חדירה. ניתן להוסיף גם סטרואיד בריכוז נמוך אשר מטפל בגירוי הדלקתי, הנוצר כתוצאה משימוש בחומרים אלה.

נהוג לשלב גם ויטמין E-C כמייצבים את ההידרוקינון שהינו רגיש ביותר לחמצון. מעכבי טירוזינז אחרים הינם חומצה אזילאית (AZELAIC ACID) וחומצה קוג'ית (KOJIC ACID) המכילים חומרים דמויי הידרוקינון בריכוז נמוך. ניתן לשלב אותם עם הידרוקינון כדי לחזק פעולתו.

תופעת הלוואי השכיחה ביותר היא גירוי עור, המופיע בדרך כלל בשבועות הראשונים לטיפול. יתכן אודם, נפיחות וקילוף עור באזור המטופל. ניתן להפחית תופעת לוואי זו על ידי הפחתת ריכוז הרטינול ועל ידי שימוש בכמות מתאימה של החומר.

טיפולים אחרים המקובלים במקרים של פיגמנטציה עמוקה יותר כגון כתמים מחשיפת יתר לשמש הינם: פילינג עמוק או שטחי על ידי חומצה טריכולואצטית בריכוז 50%-60%, או באמצעות פנול בנוסחת בייקר או אקסודרם (קילוף עמוק). הטיפול מומלץ בעיקר אצל בהירי עור. רצוי להימנע מטיפול זה אצל אנשים בעלי עור כהה, כדי להימנע מתגובות בלתי צפויות.

טיפול בעזרת קילוף עור (PEELING):

מטרת קילופי עור כימיים היא ליצור פגיעה מבוקרת של העור המאפשרת ריפוי והתחדשות העור על ידי רקמה בריאה יותר.

קילופי העור מתחלקים על פי עומקם לשטחיים, לבינוניים ולעמוקים.

פילינג שטחי מבוסס על קילוף עור קל להשלט השכבה האפיזדמית של העור. כדי להגיע לתוצאות טובות יותר יש לשלב חומרים להבהרת הכתמים, שמעכבים את יצירת המלנין בתוך התא המלנוציטי. החומרים הנמצאים בשימוש לקילוף שטחי הם חומצות אלפא-הידרוקסיות (GLYCOLIC AC.) בריכוז 30%-70%, חומצה סליצילית, תמיסת ג'סנר (LACTIC AC.-SALICYLIC AC.-RESORCINOL) וחומצת טריכולואצטית בריכוז 10%-15%. מדובר בסדרה של 4-8 טיפולים, כל שבועיים, במשך ארבעה שבועות. הטיפול אינו מכאיב ואינו דורש הרדמה או שימוש במשככי כאב. הטיפול גורם לקילוף עור קל בלבד, ולכן זמן ההחלמה קצר ביותר. יש צורך בהמשך טיפול במשחות הבהרה למספר חודשים ובקרה הגנה מהשמש.

פילינג בינוני מיועד למקרים של פיגמנטציה עמוקה יותר. פילינג זה נמצא יעיל גם בטיפול בנגעים טרום סרטניים, בקמטוטים ובצלקות הנגרמות מאקנה. בדרך כלל משתמשים בחומצת טריכולואצטית בריכוזים של 20%-35%, לבד או בשילוב עם תמיסה ג'סנר. כדי להגיע לתוצאות טובות יותר אפשר "להכין" את העור על ידי מריחת משחות על בסיס רטינול (RETIN A) ו/או בתרבות "קליגמן", מספר שבועות לפני הקילוף. טיפול אחד עשוי להספיק. הטיפול נעשה באופן אמבולטורי, והוא אינו דורש הרדמה. זמן ההחלמה נמשך כשבוע עד שבועיים. הקילוף הוא משמעותי, העור נישאר ורדרד ורגיש, אך התוצאות אסטטיות ונשמרות לאורך שנים. לאחר הטיפול, נדרשת הגנה מלאה מפני קרינת השמש.

פילינג עמוק מיועד לשפר נזקי שמש קשים וסימני הזדקנות בעור. ייחודו הוא ביכולתו גם ליצור קולגן ואלסטין (הנותן גמישות העור) חדשים בדרמיס. כתוצאה מכך משתפר מצב העור עד כדי מראה של מתיחת עור. כל השיטות הקיימות בקילוף עמוק מבוססות על שימוש בפנול, בריכוזים שונים ובמרכיבים נוספים. הטיפול נעשה תחת טשטוש או הרדמה קלה. התוצאות מרשימות, אך תקופת הריפוי של העור ממושכת יותר, והסיכון לסיבוכים גבוה יותר.

קילוף בינוני ועמוק אינם מתאימים לעור כהה בשל הסבירות הגבוהה לגרימת הפרעות פיגמנטציה. סיבוכים נוספים הם: זיהומים, צלקות, הבהרה גדולה מדי של העור (שינוי צבע גדול מדי בין אזור מטופל ולא מטופל), אודם ממושך.

לייזר I-PL

קרן הלייזר היא קרן אור ממוקדת, מרוכזת, בעוצמות שונות ובאורכי גל שונים המתאימים לחדירה בעומק משתנה לצורך חיתוך, איזוי, הלחמה וקילוף של העור. קרן הלייזר יוצרת בעור כוויה חיצונית בעומק מינימלי, ובנוסף לקילוף מביאה ליצירת קולגן מחודש. כתוצאה מכך נוצר שיפור במרקם העור.

סוגי הלייזר המקובלים בטיפולי קילוף הם: לייזר IZ-תחמוצת הפחמן (CO₂) וארביום (ERBIUM).

מכשירי IPL מבוססים על שילוב של מספר אורכי גל בו זמנית, המשחררים אנרגיית חום שנספגת במלנין ובתאים המכילים אותו. כתוצאה מכך, הטיפול מדויק ומבוצע רק על הכתמים. מדובר בסדרה של 6-8 טיפולים, אחת ל 4-6 שבועות, על מנת לאפשר לעור להתחדש מספר פעמים. זמן ההחלמה קצר ביותר. מדובר בטיפול אמבולטורי שאינו מכאיב. תיתכן תחושת עקצוץ.

לאחר הטיפול, הכתמים מתכהים למשך שבוע ויתכן גם אודם קל. מלבד בפנים אפשר לטפל גם בצוואר, בחזה, בידיים ובגב. הטיפול מתאים גם לטיפול בנמשים ובכלי דם קטנים, אך אינו מתאים לטיפול בקמטים עמוקים כגון, קמטים סביב הפה והאף. הטיפול מתאים לעור בהיר, אך התוצאות סבירות גם בעור כהה. תופעות הלוואי האפשריות הם: כוויה, היפו או היפר-פיגמנטציה. חשיפה לשמש אינה טובה הן במהלך הטיפול והן לאחריו.

ד"ר פאולה שטרק,

רופאת עור

היח' לכירורגיה פלסטית

לאחר השראת ההרדמה עם תרופות הגורמות לשינה, שינוך כאב והרפיית השרירים, מוכנס ללוע החולה המכשיר ע"ש Laryngeal Mask Fastrach (LMA North America, Inc San Diego, CA USA) המאפשר להנשים את החולים בצורה יעילה מאוד. מכשיר ה Fastrach "יושב" בלוע מעל מיתרי הקול של החולה. לאחר שנשימת החולה נמצאת בשליטת הרופא המרדים, מוכנס הטובוס עם המצלמה ET View בתעלה מיוחדת הנמצאת במכשיר ה Fastrach. התעלה מאפשרת הכוונה ישירה אל הטובוס ET View, ומגנה על המצלמה שלא תתלכך מרוק החולה.

את כל תהליך הכנסת ה ET View ניתן לראות באמצעות מסך מיוחד. כאשר ה ET View מגיע לפתח הלרינג (פתח הקנה), אפשר להכניסו לתוך הקנה. כאשר לא ניתן לראות את פתח הקנה (לרינג) דרך המצלמה, אפשר להזיז את מכשיר ה Fastrach ולשנות את כיוון הטובוס עד שהמצלמה תהיה מול פתח הלרינג (כדי לראות את מיתרי הקול). לאחר שהטובוס מוכנס לקנה, אפשר להוציא את מכשיר ה Fastrach מלוע החולה, להשאיר את הטובוס בתוך הקנה, ולהנשים את החולה דרכו.

במחלקת הרדמה נערך מחקר קליני שמטרתו הייתה לבדוק את יעילות ובטיחות שני המכשירים המתוארים לעיל. לאחר שהצעת המחקר אושרה על ידי ועדת הלסינקי והתקבלה מהמנתחים הסכמה מדעת, נבדקו 40 חולים שעברו ניתוחים בהרדמה כללית. תוצאות המחקר היו מעודדות: אצל 25 מתוך 40 מטופלים ניתן היה לראות את מיתרי הקול באופן מיידי, כך שה ET View הוכנס לקנה ללא בעיה. ב 13 מקרים לא ראינו את מיתרי הקול באופן ישיר, והיה צורך לבצע שינוי תנוחה במכשיר ה Fastrach, זאת כדי לאתר את מיתרי הקול. לאחר מכן, הוכנס הטובוס בהצלחה לקנה. ב 2 חולים לא הצלחנו לראות את מיתרי הקול עקב הפרשות שלכלכו את המצלמה.

המחקר הוכיח שהטכניקה המשולבת עם שני המכשירים - Fastrach LMA ומכשיר ET View יעילה ובטוחה, ויכולה להיות פתרון מתקדם מבחינה טכנולוגית בשל השימוש במצלמה הדיגיטלית.

מאחר והמכשור האמור אינו יקר בהשוואה לעלויות של הטכניקות הקיימות, השילוב מאפשר שימוש בטכנולוגיה מתקדמת כמו מצלמת הוידאו במחיר נמוך בהרבה ביחס למכשור עם טכנולוגיה דומה אחרת.

פרופ' לואיס גייטיני, מנהל מח' הרדמה



במחלקה הנפרולוגית, 17 עמדות דיאליזה. בכל עמדה מוצבת מכונת דיאליזה חדישה וכורסה נוחה. במהלך הטיפול ניתן לצפות בטלוויזיה, לקרוא, ליצור עבודות יד (בהדרכת מורה ייעודית) וליהנות מארוחות טעימות ממטבח ביה"ח.

צוות המחלקה הוא רב מקצועי וכולל בין היתר רופאים, אחיות, עובדת סוציאלית, דיאטנית. הצוות משתדל להעניק טיפול אישי ומקצועי. האחיות ביחידה השתלמו בקורס על-בסיסי בנפרולוגיה ורובן בעלות תארים אקדמיים. הטיפול בחולה הכרוני דורש מהצוות התמודדות גם עם מצבי דחק של המטופלים, דבר המצריך הכשרה מיוחדת.

לדברי טובה במשך השנים השתפרה מאוד איכות הדיאליזה ובהתאם לכך גם השתפרה איכות החיים ועלתה תוחלת החיים של המטופלים. מטופלים המתאימים להשתלת כליה מוכנסים לרשימת הממתנים של "המרכז הלאומי להשתלות" והצוות עושה ככל יכולתו לתמוך ולעודד אותם.

טובה מדגישה כי ה"אני מאמין" של הצוות הוא ליצור אווירה משפחתית ותומכת על מנת לאפשר למטופלים ולסובבים אותם לנהל שיגרת חיים רגילה במידת האפשר.

בשנים האחרונות מאורגנות פעילויות מיוחדות למטופלים, למשפחות ולצוות. הפעילויות כוללות: טיולים, הרצאות על ידי אנשי מקצוע מתחומים שונים ותוכניות בידור. פעילות זו הוכיחה את עצמה כמשפרת את ההיענות לטיפול, מעלה את המורל ותורמת לחיזוק הקשר בין המטופלים והצוות.

רחל קליין,

אחות אחראית, המח' לרפואה דחופה

צינור תוך קני הוא שיטת הנשמה, הנמצאת בשימוש כאשר נדרשת שליטה על נתיב אויר בזמן הרדמה כללית, בחולים בטרואומה קשה, בחולים עם אי ספיקה נשימתית או בחולים עם מחלות רב מערכתיות. גם במצבי חירום כגון דום לב יש צורך בצינור תוך קני, כדי לספק חמצן לחולה וכדי למנוע אספירציה של תוכן הקיבה לריאות. בשיטה זו משתמשים במכשיר לרינגוסקופ ובטובוס אנדו-טרכיאלי.

הטכניקה הנדרשת לביצוע פעולת הצינור אינה מסובכת, אך דורשת התנסות ולמידה בצנור מאה מקרים לפחות. יש חולים שהמבנה האנטומי של הלוע מקשה מאוד לבצע אצלם צינור תוך קני או שלא ניתן להגיע לשליטה על נתיב אויר חופשי. ישנם מקרים בהם אחרי ניסיונות רבים של צינור הקנה, מתפתחים דימום ובצקת בלוע, דבר המקשה על מתן חמצן לחולה. במצבים כאלה החולה עלול למות עקב חוסר חמצן במוח או להישאר עם נזק מוחי בלתי הפיך. מקרים אלה הם אתגר לרופאים המרדמים החייבים למצוא טכניקה אלטרנטיבית לחימצון החולה.

במקרים כאלה, נעזרים במגוון מכשירים רפואיים מתאימים. ישנן טכניקות בלתי חודרניות כמו צינור תוך קני באמצעות ברונכוסקופ פיבראופטיק. שיטה זו אפקטיבית מאוד, אך דורשת ציוד יקר וניסיון רב.

קיימים מכשירים ע"ש סופראגלוטיק, המאפשרים לחמצן את החולים ללא צינור תוך קני. יש מכשירים מתקדמים אף יותר, המאפשרים לראות את דרכי הנשימה העליונות דרך מצלמות דיגיטליות אשר מקלים על הכנסת הטובוס לקנה. כמו כן, קיימות גם טכניקות חודרניות המאפשרות, תוך מספר שניות, ביצוע פתח בקנה והכנסת צינור קטן, אשר דרכו ניתן לתת חמצן לחולה.

הגישות החודרניות דורשות ניסיון רב ומיומנות, ומשתמשים בהן כאשר נכשלו האופציות הבלתי חודרניות.

השימוש במכשור עם מצלמות דיגיטליות הוא יקר מאוד ועלותו מגיעה לכ- \$10,000, דבר המקשה על רכישתו. כמו כן, הציוד שביר ודורש טיפול עדין.



לאחרונה, הופיע טובוס חדיש תוצרת חברה ישראלית: ET View (M.P.-Misgav Business Park, Misgav Israel) הכולל מצלמה דיגיטלית בקצה, המאפשרת לראות במסך את דרכי הנשימה. הטובוס החדיש מוכנס לתוך הקנה בעזרת מכשור, המאפשר להוביל את הטובוס תחת ביקורת עם מצלמת הוידאו מבלי לפגוע במיתרי הקול.

יחידת הדיאליזה

דיאליזה היא תהליך המיועד להחליף את הכליות ולבצע את תפקידן כאשר אלה חדלו לתפקד, מצב הקרוי אי ספיקת כליות סופנית. הטיפול הינו טיפול תומך - מציל חיים, שאינו מיועד לרפא את הכליות.

טובה בראון, אחראית המח' הנפרולוגית מזה כ-25 שנים מספרת שהצורך בהקמת יחידת הדיאליזה לפני כ-30 שנה נולד, לאור מספרם ההולך וגדל של חולים הסובלים מאי ספיקת כליות סופנית.

המו-דיאליזה הינה דיאליזה המבוצעת על ידי סינון הדם והוצאת רעלים ועודף נוזלים מהגוף. הטיפול ניתן בדרך כלל, שלוש פעמים בשבוע במשך כארבע שעות לכל טיפול, לכל החיים. המטופלים מציינים שהמחלקה, המנוהלת ע"ד ד"ר שמעון שטורק, מעניקה להם הרגשת שייכות ומהווה עבורם בית שני.

טובה מתארת את העבודה האינטנסיבית הכרוכה בטיפול ומציינת שבנוסף למטופלים הקבועים, צוות המחלקה נותן שרותי דיאליזה דחופים לכל מחלקות בית החולים. כמו כן הם מטפלים בתיירים ובחולים הנשלחים מהקהילה.

את טעמו ומפחיתים את חריפותו (fruit molasses). יש המוסיפים סם ואלכוהול לעישון הנרגילה.

לעישון נרגילה אחת יש השפעה כמו לעישון חפיסת סיגריות שלמה. ראש נרגילה אחת יכול להכיל כמות ניקוטין ששווה לכמות ניקוטין הנמצאת ב-20-70 סיגריות (יש הבדלים בכמות הטבק שדוחסים לתוך הראש, ובשוק יש גדלים שונים של ראשים).

חוקרים אשר בדקו את כמות הניקוטין (חומר שהוא תוצר פירוק של ניקוטין) בדמם של מעשני סיגריות ושל מעשני נרגילה מצאו שאצל מעשני הנרגילה היא גדולה פי ארבעה. כלומר, בסבב אחד של עישון נרגילה נשאף עשן בכמות זהה לזו שנשאפת בעישון ארבע סיגריות לפחות. הנרגילה הקטנה מסוכנת אף יותר מנרגילה רגילה, מכיוון שהטבק בה מרוכז ונפח המים בה קטן, לפיכך, החומר הנשאף לריאות הוא מרוכז יותר. הניקוטין הנספג בדם עלול לגרום להתמכרות.

בעישון נרגילה קיים נזק נוסף - המים יוצרים לחות, אשר מקלה על מעבר העשן בדרכי הנשימה ומגבירה את משך השאיפה ועוצמתה.

תערובת העישון מכילה חומרי טעם, עופרת וזפת הנקראת עטרן TAR, שעלולים לגרום למחלות סרטן שונות. מחקר שהתפרסם ב-2008 ב-Food Chemistry & Toxicology מצא שעשן נרגילה מכיל כמויות גדולות של חומרים מסרטנים. בקרב מעשני נרגילה נמצאו רמות גבוהות של חד תחמוצת הפחמן (CO). CO הוא גז הפוגע באספקת החמצן לרקמות הגוף ומגביר את הסיכון לחלות במחלות לב וכלי דם וכן, פוגע בכושר הגופני.

מעשני נרגילה, הנוהגים לעשן נרגילה המועברת מפה לפה, נמצאים בסיכון לחלות במחלות מדבקות, כגון: הרפס בשפתיים, דלקת הסמפונות, מחלת הנשיקה. מעשני הנרגילה נמצאים בסיכון לחלות גם באקזמה ובמחלות עור. נמצא מתאם בין עישון נרגילה בקרב נשים הרות לבין משקל נמוך של הילוד. עישון נרגילה עלול לפגוע במערכת המוסתת את קרישת הדם בגוף האדם.

מתברר שהאמונה המקובלת בציבור שעישון נרגילה הוא באופן יחסי בטוח, היא אמונה עתיקה שהלכה והתבססה לאורך דורות. לצערינו, התייחסות החברה, הנוטה להקל ראש בתופעה, גורמת להתפשטותה בקרב צעירים רבים שעד לפני דור לא היו מודעים כלל לתרבות עישון הנרגילות.

ג'אנה שאפס,

מרכזת פיתוח צוות



מקור השם נרגילה הוא במילה ההינדואית - "נריאל נכילה" שפירושה אגוז קוקוס. יש מייחסים את המצאת הנרגילה לרופא Hakim Abul Fath שעבד בשרותו של הקיסר אשר שלט בהודו במחצית השנייה של המאה ה-16. הקיסר היה חובב עישון כבד. הרופא הציע שימוש במתקן חדש במטרה לאפשר לקיסר צורת עישון פחות מסוכנת לבריאות מאשר עישון ישיר של טבק. יש הסבורים כי מקור הנרגילה בבני שבט הקלאהרי במזרח אפריקה, שנהגו לעשן צמחי קנביס באמצעות מכלי מים.

נרגילה ידועה במדינות רבות בשמות שונים: Water-pipe, Hubble- Bubble Goza, Shisha, Hookah.

תופעת עישון הנרגילה הולכת ומתפשטת בשני העשורים האחרונים במדינות שונות בעולם, במיוחד במדינות המזרח התיכון ובעיקר בקרב בני נוער. עישון נרגילות הפך חלק מתרבות הפנאי ונתפס כשעשוע וכבילוי חברתי. עישון נרגילות נראה לעין בגנים ציבוריים, במועדונים, בפאבים ובמסיבות פרטיות. נראה שהחזות החביבה, המצועצעת והחברתית של הנרגילה הופכת את צורת עישון זו לקלה יותר מאשר עישון סיגריות.

בסקר עולמי בקרב בני נוער בגילאי 13-15, שנעשה על ידי WHO, נמצא, כי שניים מכל עשרה תלמידים מעשנים נרגילה. בישראל המצב מדאיג לא פחות. מדו"ח משרד הבריאות עולה כי 41% מכלל התלמידים מעשנים נרגילה, 22% מכלל התלמידים מעשנים נרגילה בכל סוף שבוע, עישון נרגילה שכיח פי שלושה מעישון סיגריות.

מחקרים מצביעים כי גיל התחלת עישון נרגילה הולך ויורד והופך צעיר יותר. למרות העובדה שמליאת הכנסת אישרה בפברואר 2008 את "חוק הנרגילה" האוסר מכירה או השכרה של נרגילה לקטינים, רשת האינטרנט מציעה אתרים המשבחים את ההרגל, מספקים ידע הקשור בעישון נרגילה ואף מציעים למכירה כלי עישון וטבק. טבק נרגילה ניתן לרכישה חופשית על ידי בני נוער ללא פיקוח בקיוסקים, בפיצוציות ובמועדונים.

על אף העובדה שהמחקר בעולם המערבי אודות נזקי עישון הנרגילה עדיין בחיתוליו, כבר היום ברור שהנרגילה מזיקה לבריאות. ועדיין, הרבה בני הנוער חושבים שטבק הנרגילה הינו תערובת תמימה של פירות. 47% מבני הנוער סבורים שעישון נרגילה אינו מזיק כמו עישון סיגריות.

הטבק המשמש לעישון נרגילה אינו הטבק הרגיל של סיגריות אלא טבק כהה. תכולתו מיובאת מארצות ערב כגון מצרים ובחריין, מקומות שאינם מבוקרים. הטבק מעורב בדבש המגבש אותו ומוסיפים לו ניחוחות של פירות שונים המעדנים

אפשר לטפל גם אחרי

להקל את ההתמודדות ולשפר את איכות החיים הפסיכולוגית וההתנהגותית. הגישה הטיפולית שנלמדה בהשתלמות גורסת שכדי להקל על המצוקה שנוצרה בשל הזיכרונות הקשים יש צורך בשימוש בדמיון, בחשיפת האירוע בדמיון ובחשיפה להתמודדות במציאות. הטכניקה מציעה אפשרות להזמנת הדמיון לפריצת דרכים חדשות בטיפול; דרכים לשנות את הפירוש שנותן האדם לסיפור ושהופך אירוע למשבר, דרך למתן פירוש אחר העוזר לו לעצב סיפור שאינו מאיים.

השיטות שהועברו בקורס מפעילות במשולב את שתי ההמיספרות של המוח, הימנית והשמאלית, לטיפול בתחומים האינטואיטיבי-היצירתי והלוגי-ההגיוני גם יחד, זאת דרך שימוש בקלפים טיפוליים. בכך מתאפשרת התייחסות בדרך מטפורית לאירוע הטראומטי. הסדנה, כדרך טיפולית נוספת, הציעה שימוש בקלפים דרך התבוננות בקלף שנבחר לייצג הרגשה נעימה בטוחה (קלף ידידותי) המעורר תחושות טובות - והתבוננות בקלף המעורר זיכרון רע ותחושות גופניות לא נעימות (קלף מאיים). דרך אחרת לטפל בהחלשת הסימפטומים ובהפחתתם היא על ידי שימוש בשחזור הזיכרונות תוך כדי תנועת מטוטלת של הזזת עיניים מצד לצד או תיפוף על הכתף או על הברכיים בצורה קצבית.

המטפלים המשתתפים בהשתלמות רכשו את הידע התיאורטי הנחוץ לטיפול בהפרעות פוסט-טראומטיות ואת הידע המעשי והמיומנויות הדרושים לאבחון ולטיפול. הסדנה כללה סדרת הרצאות, הדגמות, התנסות ותרגול הדדי תוך שימוש בחוויות מאירועים שחוו המשתתפים עצמם.

יעל ריינר,

עו"ס היחידה לבריאות הנפש

צוות היחידה לבריאות הנפש, בהנהלת ד"ר אהובה בני, פסיכיאטרים, פסיכולוגים ועובדים סוציאליים נוספים מהצפון השתתפו בהשתלמות שנערכה בבית החולים, ובה הוצגו ותורגלו שתי טכניקות טיפול חדשניות לאנשים הסובלים מתסמינים פוסט טראומטיים. ששת ימי ההשתלמות נערכו בהנחיית מולי להד מ"משאבים" המומחה לטיפול בכלים יצירתיים בהשלכות הקשות, הגורמות לסבל נפשי וגופני, לאחר חשיפה לאירוע טראומטי, ובהנחיית מר אודי אורן - העמותה ל-EMDR, ישראל.

מטרת ההשתלמות הייתה העשרת הידע של המטפלים באנשים שהיו חשופים לאירוע טראומטי והעשרת מגוון שיטות הטיפול.

הטכניקות שנלמדו בהשתלמות מתייחסות לאירוע טראומטי כיוצר וכצורב זיכרון של תחושות גופניות לא נעימות. ידוע שאירועים טראומטיים עלולים לעורר תחושות גופניות לא נעימות למטופל, ושהזיכרונות הקשים נקשרים גם לתגובות גופניות. הזיכרונות בחלקם הם זיכרונות גופניים בלבד ללא יכולת לתמלל אותם. כמו כן, זיכרונות פולשניים (פלאש בק) עלולים להופיע באופן פתאומי ולהפריע לחיי היומיום.

זיכרונות אלה גורמים למטופל לנסות להיפטר מהם או להדחיק אותם מהתודעה. ניסיונות התמודדות כושלים גורמים למצוקה. נמצא שלעיתים קרובות לא ניתן להיפטר מזיכרונות טראומטיים, ללא טיפול נכון. הניסיון הטיפולי מצביע על כך שבמטרה להקל על המצוקה יש צורך בטיפול נפשי/פסיכיאטרי עם התמחות ייחודית לטיפול בפוסט טראומה. מטפלים יודעים שלא תמיד ניתן לשלוט בזיכרונות ולשמור אותם מודחקים וכן, שהזיכרונות מפחידים, מעציבים, אך לא מסוכנים. לכן, ברור שיש לשנות את הזיכרונות או את הפירוש שניתן להם כדי

עיצונים מהרפאה לבריאות המתבגר

רגשי, כמעט ללא עלות לבני נוער, שיזה של משפחתם אינה משגת לשלם עבורו.

טיפול בשיטת הביו-פיזיק

לאחרונה, רכשה המרפאה לבריאות המתבגר ציוד משוכלל, לצורך הכללת טיפול בשיטת הביו-פיזיק למתבגרים הסובלים ממיגרנות, מהפרעות שינה, מכאבי בטן, מתסמונת המעי הרגיז ומתסמונות הקשורות בלחץ מוגבר וחרדה. רכישה זו התאפשרה בזכות הפעילות הנמרצת של אגודת הידידים של בית החולים, שהפיקה ארוץ של בוקר נשים מהנה באודיטוריום של חיפה. התרומות שנאספו בארוץ הוקדשו לשדרוג המרפאה.

מהי שיטת הביופיזיק?

בעברית שמה של השיטה הוא "משוב ביולוגי". שיטה זו פותחה באמצע המאה הקודמת, אך נכנסה לשימוש תכוף בתחום הרפואה רק בשלושים השנים האחרונות. זוהי שיטה שאיננה פולשנית ואיננה תרופתית, היא נטולת תופעות לוואי, ולכן משמשת לטיפול במגוון רחב של תלונות ומטופלים.

רבות נכתב בספרות הרפואית על השפעתו השלילית של דחק ממושך על בריאותם הגופנית והנפשית של אנשים בכלל ומתבגרים בפרט, ושיטת הביו-פיזיק נמצאה כאחת השיטות היעילות ביותר להפחתת דחק. במהלך הטיפול, לומד המטופל לזהות את מידת הרגיעה או העוררות שלו, לומד לשלוט על פרמטרים שבדרך כלל אינם נתונים לשליטתו (דופק, לחץ דם, קצב ועומק נשימות, מוליכות חשמלית של העור), ובכך להפחית את מידת הדחק (סטרס) שהוא חווה.

כיצד מתבצע הטיפול?

המטופל מחובר למסך מחשב, באמצעות חיישנים המוצמדים לקצות אצבעותיו וצופה בזמן אמת בתצוגה חזותית ושמיעתית של המאפיינים הגופניים שנבחרו (למשל, דופק ומוליכות חשמלית של העור). במהלך הטיפול לומד המטופל לשלוט על המאפיינים שנבחרו. המשוב ניתן למתבגרים על ידי משחק מחשב, או על ידי סרט, לפי בחירתם.

ארבע שנים חלפו מאז החלה המרפאה לבריאות המתבגר לפעול במתכונתה הנוכחית - כמרפאה רב מקצועית, הדוגלת בקידום בריאות המתבגרים בחיפה ובסביבותיה ובמתן שירות כוללני לבני נוער ולהוריהם. אל ד"ר נגה כרם, מומחית ברפואת מתבגרים ומנהלת המרפאה, הצטרפו שני פסיכולוגים קליניים, דיאטנית קלינית מומחית בטיפול בהפרעות אכילה ובתזונת ספורט, מטפלת משפחתית, מטפלות בהבעה וביצירה ומזכירה. הצוות כולו בעל ניסיון עשיר בטיפול באתגרים שמציב גיל ההתבגרות, ודוגל בגישה מקבלת ובלתי שיפוטית כלפי המטופלים ובני משפחותיהם. בארבע השנים של קיומה גדל נפח הפעילות השנתית במרפאה פי 30 לערך, הישג מרשים בעיקר לנוכח העובדה שעל המטופלים לשלם עבור חלק מהשירותים, שאינם כלולים בסל הבריאות. לפני מספר חדשים עברה המרפאה למשכנה החדש בקומת הקרקע שבבנין צ'ייס, מקום נעים ומאורר הכולל 3 חדרי טיפול וחדר המתנה.

עיקר הנושאים בגינם מופנים או פונים בני הנוער לטיפול במרפאה הם: מכאובים שונים שלא נמצא להם מקור בבירור רפואי (כאבי בטן, ראש, חולשה וכדומה), עודף משקל או תת משקל, הפרעות אכילה למיניהן, התמודדות בגיל ההתבגרות עם מחלות כרוניות, תהיות לגבי גדילה והתפתחות מינית או לגבי התנהגות מינית אחראית ובטוחה, אמצעי מניעה, אתגרים בתקשורת מתבגרים-הורים, חרדת בחינות, קושי בהתמודדות עם מצבי לחץ, דימוי עצמי נמוך, קשיים חברתיים, התמודדות עם מעברים (מעבר בין בתי ספר, גיוס לצבא).

צוות המרפאה מקיים סדנאות והרצאות לתלמידים ולאנשי צוות חינוכי ויעוצי במערכת החינוך בנושאים הקשורים לעולמם של המתבגרים ולבריאותם.

בשנה האחרונה נענתה המרפאה לפניה מאוניברסיטת חיפה לשמש כמרכז הכשרה והדרכה למתמחים בטיפול רגשי במתבגרים. פרויקט זה מאפשר, בין היתר, טיפול



במשחק המחשב ניתן יהיה לצבור נקודות רק כאשר קיימת שליטה על הדופק, והסרט יוקרן וייעצר בהתאם להשתנות הפרמטרים הגופניים של המתבגר. ככל שיהיה שיפור ביכולת השליטה של המתבגר, הוא יתוגמל בכך שיזכה לצפות בקטע סרט, תוך כדי הטיפול. הקניית יכולת שליטה שכזו תוארה בספרות הרפואית כמפחיתה, באופן משמעותי, שימוש במשככי כאבים להקלה על מיגרנות ועל תסמונות כאב אחרות במתבגרים. השיטה נמצאה גם כמשפרת שינה, כמקלה על סימפטומים הקשורים בחרדה וכמשפרת דימוי עצמי.

כמובן, קיימת חשיבות מכרעת לקשר הטיפולי עם המטפל משום ששיטת הטיפול בביו-פיזיק איננה טיפול טכני מבוסס מחשב בלבד, אלא היא מכלול של תהליכים טיפוליים, שמטרתם העצמת המטופל ויכולתו לחוש שליטה על חייו ועל רמת התסמינים מהם סובל.

ליאורה טל,
מרפאת מתבגרים



בי"ח נגיש לנכים

בית החולים נערך לקראת הפיכתו למוסד נגיש לנכים מכל הסוגים - נכות פיזית, מנטאלית וחושית (עיוורון וחירשות).

לאחר קיום מבדק איכות, הוסקו מסקנות לגבי הליקויים בתחום הנגישות ונקבעה תכנית עבודה לתיקונם. חלק מהליקויים כבר תוקנו, חלקם נמצאים בשלבי ביצוע וחלקם מתוכננים לביצוע במהלך השנה.

להלן פירוט מהנעשה בבי"ח בתחום ההנגשה:

- בניית מערכת שירותים נגישה לנכים באגף המזרחי ובעתיד הקרוב בניית מערכות נוספות באגף המערבי.
- התקנה של טלפונים ציבוריים כך שיהיו נגישים לאוכלוסיית הנכים הרחוקה לכסא גלגלים.
- התקנת מתקני מים המותאמים מבחינת גובה ומבנה לאוכלוסיית הנכים.
- התקנת מערכות כריזה נגישות (לחרשים ולעיוורים) במכון הגסטרו, מכון הרנטגן ובמרפאת א.א.ג.

סופי גלס,
מנהלת ריפוי בעיסוק
וממונת תחום ההנגשה



יש להבחין בין פדופילים לבין אלה המתעללים מינית ופיזית בילדים, שאינם פדופילים. רק אדם שגילו עולה על 18 שנים יוגדר כפדופיל אם הוא נמשך מינית לילדים מתחת לגיל 14. אם קטין בן 16 מתעסק עם ילדה בת 5 הוא לא ייחשב פדופיל, יחד עם זאת, מעשיו הם בלתי חוקיים ועל פי החוק מגיע לו עונש.

הפרטים המתעללים בילדים יכולים להיות גברים או נשים. אמנם לפני ימים אחדים שמענו על פדופילית מבית שמש, אך ב-95% מהמקרים מדובר בגברים. שני מחקרים שנעשו בקנדה מצאו כי 32% מהנשים ו-15.6% מהגברים חוו "מגע מיני לא רצוי" בטרם מלאו להם 17. אבל לא כל תוקף שמנצל ילדים למטרות מיניות הוא פדופיל. לעתים, התוקף ינצל ילד רק משום שאינו יכול למצוא בן או בת זוג בוגרים. לפעמים התוקף עצמו הוא ילד.

דרך הפעולה של הפדופיל דומה יותר לזו של הנוכל מאשר לזו של האנס. רובם המכריע של הפדופילים אינם אלימים. הם ינסו להימצא במצבים שיאפשרו להם שהות עם ילדים ללא השגחת מבוגר - כשמרטף, למשל. את הקירבה לקורבן ינסה הפדופיל להשיג במניפולציה ובתכנון מחושב. הוא ינסה להתחבר עם הילד, יפתה אותו במתנות, כך יגרום לילד להרגיש אשם ורצון לשמור בסוד את מה "שעשה". הפדופיל יצור אווירת "סוד כמוס" ביניהם ויתנהג בצורה שתזכה אותו באמון הילד ואולי באמון הוריו. משעה שזכה באמונו של הילד ובקירבה אליו, יחמיר הפדופיל בהדרגה את המעשים שהוא עושה בילד אבל, בדרך כלל, להוציא מקרים של גילוי עריות, לא יגיע לחדירה, הוא גם לא יכפה את עצמו על הילד מכיוון שהוא מעוניין להמשיך בקשר עמו ולא לדחותו או להפחידו.

פדופילים נוטים לסבול מרגשי נחיתות ולרוב הם בעלי דימוי עצמי ירוד, הם בודדים ולא בוגרים רגשית - אולי בעקבות הפדופיליה, אולי כגורם לה. יותר מכל עברייני אחר, הפדופיל יכחיש את מעשיו. נמצא כי, בדרך כלל, הפדופילים מבוגרים יותר מעברייני מין אחרים; רוב הפגיעות בילדים קטנים נעשות בדרך כלל בתוך המשפחה, אך ילדים גדולים יותר מנוצלים בדרך כלל בידי אדם שאינו קרוב משפחה; ברוב המקרים, גם באלה שאינם מקרי גילוי עריות, הקורבנות מכירים את התוקפים, אשר לרוב הם קרובי משפחה או דמות סמכותית כלשהי; פדופילים בוחרים, פעמים רבות, קורבנות ממשפחות בעל אופי מסוים - ההורים יהיו בדרך כלל בעלי השכלה נמוכה ויעדרו זמן רב מהבית. פדופילים סיפרו שבחרו בילדים פגיעים, שהוריהם גרושים, או שהם ילדים דחויים. הפדופילים עושים כל שביכולתם, על מנת להיות קרובים למושא הפנטזיות שלהם. לכן, לעיתים קרובות הם נישאים לאמהות חד הוריות. השאיפה הזו למגע קרוב הוא מאפיין טיפוסי להפרעה הנפשית.

הסימן המזהה הראשון אצל ילדים שנפגעו מפגיעות מיניות הוא שינוי קיצוני בהתנהגות. התנהגות הילד הופכת לקיצונית. ילד שקט וממושמע יהפוך לחצוף ולא רגוע, היפראקטיבי באופן חד. ילד שובב ופעלתן יהפוך לשקט מידי, שקוע ומופנם, ינתק קשרים עם חברים, ישנה באופן חד את ההרגלים שלו. ילד

לאחר מעצרו בינואר השנה של האחים מהמושב בדרום, החשודים ברצח לאון, ילד בן שבע, התברר שהם חשודים גם בהטרדה מינית של ילדים נוספים במושב. באותו השבוע נחשפו עוד מקרים של אונס וניצול מיני של ילדים על ידי מבוגרים. בפברואר נתפס פדופיל המואשם בפיתוי וירטואלי דרך רשת האינטרנט של יותר מאלף קטינות, ובקיום יחסי מין עם קטינות איתן נפגש בעורמה.

התופעה המדאיגה הנחשפת לציבור, מעוררת תהודה תקשורתית ודאגה רבה בקרב הורים לילדים צעירים, שהם קורבנות פוטנציאליים למעשי הפדופילים. יש המדברים על "מגיפה".

לצערנו, מדובר בתופעה מוכרת. בעבר היו לא מעט מקרים של פגיעות בילדים על ידי פדופילים, אך בשל המודעות הפחותה לתופעה, לא כל המקרים דווחו ונחשפו באמצעי תקשורת. ועל כן גם לא זכו לתהודה חברתית רחבה כל כך. מחקר אמריקאי מהעשור האחרון מצביע על הערכה ש 95% מהפגיעות המיניות בילדים נעשות על ידי פדופילים. בישראל מדווחות מדי שנה יותר מאלפיים פגיעות מיניות בילדים (סביר להניח שמספר רב של פגיעות לא מדווחות), לכן סביר להניח שרובן מבוצעות על ידי פדופילים. אם כך, ניתן לדבר על תופעה חברתית מזוויעה, אשר רק מקבלת הדים וחשיפה מוגברת בתקופה האחרונה.

פדופיליה היא התגרות מינית מקשר גופני עם ילדים בלבד, ובהגעה לאורגזמה מאוננות או מאקט מיני עם ילדים. בדרך כלל מדובר בילדים או בילדות שעדיין לא הופיעו אצלם סימני מין משניים. פעמים רבות הגירוי בא ממשחק באיברי המין בצורה אקטיבית או פסיבית ולא באקט מיני ממש. המגע המיני יכול להיות הומו או הטרוסקסואלי.

בהגדרתה הרפואית-פסיכולוגית, פדופיליה הינה פאראפיליה (הפרעה בעוררות מינית) אצל מבוגרים, המתאפיינת במשיכה מינית עיקרית או בלעדית לילדים או לנערים צעירים (בדרך כלל גילאי 14 ומטה). פדופיליה מוגדרת על ידי הספרות האבחונית (DSM IV ו-ICD-10) כהפרעה נפשית. אדם בעל משיכה כזאת נקרא פדופיל.

הדחף המיני הוא בעל עוצמה מרובה, חוזר על עצמו וכוך בפנטזיות מיניות הנמשכות לפחות 6 חודשים. כאמור, הפדופיליה היא הפרעה מינית שלא בכל מקרה כרוכה בפעילות מינית אקטיבית נפשית.

פדופיליה היא בעיה פסיכולוגית ובו בזמן גם עבירה פלילית. החוק בישראל, בדומה למדינות אחרות, אינו עוסק במושג "פדופיליה", אלא מטיל עונש על קיום פעולה מינית עם קטין, מתחת לגיל ההסכמה (במשפט הפלילי, גיל ההסכמה הוא הגיל שבו אדם נחשב לבוגר דיו מבחינה משפטית על מנת לתת הסכמה משפטית לקיום יחסי מין עם בן או בת זוג).

יש לא מעט שאלות המעסיקות אותנו כהורים וכבעלי מקצוע טיפולי שמגישים עזרה לציבור ועומדים בחזית העימות עם תופעות מזוויעות כמו הטרדה מינית או ניצול מיני והתעללות בילדים. מי הם הפדופילים ומה דרכי פעולתם? כיצד ניתן לזהותם? מה הם דפוסי התנהגותם? איך לזהות פגיעות מיניות בילדים? איך ניתן למנוע פגיעות מיניות בילדים? מתי ולמי פונים לעזרה?

שמח יהפוך לפחדן וסגור, תלמיד מצטיין יהפוך לתלמיד גרוע. תלמיד בינוני יהפוך לתלמיד מצטיין בלי שהושקעו בו מאמצים מיוחדים (שיעורים פרטים לדוגמה) ויפגין התנהגות של "מלאך" כניסיון לטהר את עצמו ולחפות על אשמתו. כמובן, אם ילד מתחיל לדבר בשפה מינית, שלא מתאימה לגילו, יש חשד שנחשף ליחסים מיניים עם מבוגרים.

כאשר עולה חשד שילד עבר פגיעה מינית כלשהי יש לפנות לפקידת סעד (בכל עיריה קיימת לשכת רווחה) זאת מבלי לתשאל אותו בנושא. פקידי הסעד מוסמכים ומוכשרים לטפל במקרים כאלה. אין לנסות ולשמור בסוד את עובדת הפגיעה בילד אשר עלולה להחמיר ללא טיפול ולגרום נזקים נוספים לבריאותו של הילד.

כדי למנוע פגיעות פדופילים בילדים, חשוב לנהל עם הילדים יחסים פתוחים ככל האפשר, רצוי שהילד ידע שמותר לו לדבר עם ההורה על כל נושא, ללא חשש. חשוב להיות ערים למצוקותיהם של הילדים ולטפל בבעיות הרגשיות שלהם בזמן אמת.

ניסיון העבר מלמד שרבים מעברייני המין המסיימים לרצות עונשי מאסר (קצרים או ארוכים), חוזרים פעמים רבות לביצוע עבירות מין, לעיתים אף מיד לאחר שחרורם. עבריינות מין הינה סכנה מוחשית לכל חברה החפצה באיכות חיים, ולכן דרושה תכנית מפורטת וברורה לטיפול בבעיה.

הכנסת אישרה בקריאה טרומית הצעת חוק לשיקום עברייני מין. לפי הצעת החוק, שהגיש ח"כ משה מטלון (ישראל ביתנו) יוקמו יחידות שיקום מניעתיות לעברייני מין. ההצעה עברה ברוב של 42 חברי כנסת. על פי ההצעה, ליחידות השיקום יגיעו עברייני מין על פי צו בית משפט, כאשר הוא יחליט שהשיקום המניעתיות יצמצם את רמת הסיכון הנשקפת מאותו עברייני לביצוע עבירות מין נוספות. בנוסף, תידרש הסכמתו של העברייני להגיע לשיקום המניעתיות. אם העברייני יסרב להגיע לשיקום, יוחמר הפיקוח עליו.

בית המשפט יהיה רשאי להורות על שימוש בתרופות מדכאות יצר מיני כחלק מהשיקום המניעתיות, הכולל גם אמצעים נוספים, כמו השתתפות בקבוצות ייעודיות לעברייני מין, חינוך מיני והסברה, שילוב עברייני המין במוסד חינוכי או שיקומי. גם למתן התרופה המדכאת את היצר המיני תידרש הסכמת העברייני.

אלכס מליאר

פסיכותרפיסט, מרכז תחום פסיכיאטריה

הנפגעים נקלטו ונרשמו במערכות המידע של בית החולים על ידי הרשמות. טכניקת ניהול האתרים הופעלה כ"שולחן חול". ניהול הטיפול בוצע על גבי כרטיסיות (פתקי פגיעה). התקבלו החלטות לגבי המשך הטיפול בכל נפגע, היעד הבא, מועד ותיאום ההעברה. תשומת לב מיוחדת ניתנה לנושא העברת מידע שוטף למטה החרום לצורך יצירת תמונת מצב עדכנית. מאתר הנפגעים מיידיים הועברו הנפגעים לאשפוז בטיפול נמרץ, לחדרי ניתוח או לאתר השהייה ופינוי, שם הם רוכזו לצורך הכנתם לפינוי. אתר פינוי והשהייה הופעל לראשונה והוא התנהל ביעילות רבה.

באתר קלים ודחק קלטו את הנפגעים המהלכים (כרטיסיות). באתר דימו אבחון, קבלת טיפול ראשוני ושחרור הביתה או לקהילה. משערים כי במצב אמת, נפגעי דחק יציפו את בית החולים, דבר שיצריך מענה הולם ומהיר.

מח' השינוע, כהרגלה, תפקדה מצוין ועזרה מאוד בהכנת התרגיל, במהלכו ובסיומו. צוות המטבח סיפק מזון ושתייה לאתרים ומרכז המידע והרשמות עבדו ללא לאות ותרמו להצלחת התרגיל. בית החולים תפקד בצורה ראויה לשבח, בניצוחה של הוועדה לשעת חירום - ד"ר קינרייך, מירה וילהלם-כפיל ואייב צוקרמן. הופקו לקחים ברמה הלאומית ובהתאם לכך יוסקו מסקנות.

סיום התרגיל והחזרה לשגרה הוכרזו על ידי מנהלת התרגיל. מי ייתן ונהיה מוכנים בזמן אמת אך שלא נזדקק לידע ולמיומנות שצברנו.

רחל קליין

אחות אחראית, המח' לרפואה דחופה

לפני מספר חודשים התקיים תרגיל מגה אר"ן (אירוע רב נפגעים) בעיר חיפה, שמטרתו היתה לבדוק את מוכנות מערכת הבריאות למגה אר"ן באזור חיפה.

בתרגיל לקחו חלק שלושת בתי החולים בחיפה - רמב"ם, כרמל ובני-ציון, פיקוד העורף, מד"א, משטרת ישראל ועוד. הצורך בקיום התרגיל התעורר לאור העובדה שבשנים האחרונות נחשף העולם לאירועים רבי נפגעים, שדרשו התמודדות שונה ומיוחדת. במגה אר"ן מתחייב שימוש במשאבים לאומיים וגיוס גופים רבים בנוסף לבתי החולים האזוריים ולשרותי ההצלה המקומיים.

התרחיש הפעיל את כל מרכיבי רפואת החירום בעיר חיפה כתגובה לאירוע רב נפגעים, הכולל כ-1000 נפגעים שמתוכם הגיעו 250 לבית החולים שלנו. המורכבות הייחודית של התרגיל נובעת מכך שמגה אר"ן הוא אירוע שמתרחש ללא התרעה או היערכות מוקדמת.

הנחת היסוד היא שבמצב של אר"ן יחול פער בין משאבי הטיפול לכמות הנפגעים והמערכת הרפואית תיכנס לאי ספיקה, לכן בתי החולים באזור האירוע יפעלו כבתי חולים ממיניים. בתי החולים המרוחקים יטפלו בתחלואה השוטפת ויערכו לקליטת נפגעים.

כאמור, עם קבלת ההחלטה על הכרזת האירוע כמגה אר"ן, בית החולים יפעל כבי"ח ממיין. צוותי הרפואה יבצעו פעולות מיון, החייאה וייצוב ולאחר מכן יפנו את הנפגעים. כל פעולה רפואית אחרת שאינה מיועדת להחייאה ולהצלת חיים לא תבוצע.

במהלך התרגיל הופעל מטה בית החולים. הוזרמו נפגעים (נפגעים מדומים) למיין הקדמי והוא קיבל החלטה לגבי הנפגע ולגבי האתר אליו הוא מופנה.

כשהאדמה רועדת

לכל אחד מהתרחישים נקבעו נהלים. רוב הנהלים תואמים תרחישים שמתייחסים לאירוע רב נפגעים, כאשר ברור שרעידת אדמה באזורנו תגרום לאירוע רב נפגעים המשלב את כל סוגי האירועים האפשריים: אירוע טוקסיקולוגי, אירוע הכרוך במוות ובפציעות של כמות גדולה של אנשים, אירוע הכרוך בחבלות כתוצאה מפגיעת מבנים, רסיסים, הדף, אירוע הכרוך בשריפות, בשיטפונות ועוד. יש לציין שבית החולים עורך מדי פעם תרגילים לרענון ההתנהלות באירוע רב נפגעים, לתפקוד נאות באירוע אמת.

התרחישים מתייחסים לתפקוד בית החולים בשעות הראשונות שלאחר רעידת האדמה, ולתפקוד בית החולים בימים שלאחריה. כל עובד יכול להתעדכן באתר האינטראנט של בית החולים כיצד להיערך בזמן רעידת אדמה ולאחריה (בצד שמאל בדף הבית נמצא סרגל אפור, דרכו יש להיכנס להזכרות <נהלי חירום> כיצד להתנהג בזמן רעידת אדמה).

בבית החולים פועלת וועדה לשעת חירום, בה חברים - ד"ר אלימלך קינרייך, סגן מנהל בית החולים, אייב צוקרמן, סגן מנהל אדמיניסטרטיבי ואחראי שע"ח במנמ"ש ומירה וילהלם-כפיל, אחות מוסמכת ומרכזת תחום חינוך תוך שירות ותחום מתארי חירום.

אייב ומירה מדריכים את צוותי העובדים בהתנהגות נכונה ברעידת אדמה בעבודה ובבית. מח' מעוניינות יכולות להזמין אותם לשיבת צוות כדי לקבל הדרכה מרוכזת. עובדי ביה"ח קיבלו דפי מידע והנחיות להתנהגות בתרחיש רעידת אדמה. ההנחיות נלקחו מרשימותיו של ד"ר אפרים לאור - מומחה לרעידות אדמה ומרצה בחוג לגיאוגרפיה ולימודי הסביבה באוניברסיטת חיפה והן מתאימות להנחיות האגף לשעת חירום.

נקווה שכל התרחישים יישארו בגדר תכניות מגירה בלבד.

יעל רינר

השרות הסוציאלי

רעידות אדמה קשות התרחשו השנה בהאיטי ובצ'ילה, והציפו את כלי התקשורת במראות קשים של הרס מבנים והרס תשתיות, של פגיעות קשות בחיי אדם ובטבע. כלי התקשורת הציגו את הקושי בטיפול במפגעים ואת ההרס שנגרם על ידי רעידות האדמה. צפינו ושמענו על אירועים קשים ומרגשים של אובדן וגם של הצלת חיים. המשלחת הישראלית, אשר נשלחה להאיטי לתפעל בית חולים שדה בלב האזור שנפגע, קיבלה סיקור חדשותי רב והדים חיוביים התקבלו על פעילותה המבורכת בשטח הפגוע.

לצערנו, חוקרים סבורים כי גם אנחנו צפויים להיפגע מרעידות אדמה. תחקיר שנערך על ידי משרד הבריאות מצביע על כך שבתי החולים בצפון נמצאים בסיכון גבוה במקרה של רעידת אדמה. חיפה והקריות ממוקמים על שבר יגור שהינו שבר גיאולוגי המועד לפורענות. רעידות אדמה קשות התרחשו באזורנו בעבר. אם תתרחש רעידת אדמה - תושבי חיפה והקריות צפויים לסבול מנזקים קשים בתשתיות, משריפות, מאובדן אמצעי תקשורת ותחבורה וכמובן, מנזקים קשים לחיי אדם ולבעלי חיים.

מאחר ורעידות אדמה עלולות לגרום לנזקים קשים, נדרשת היערכות רחבת היקף לטיפול בכל ההיבטים הקשורים לכך (הן בהיבט של חיי אדם והן בהיבט של מבנים ותשתיות). ידוע שהבנייה הישנה באזור איננה בנייה התואמת תקנים לעמידה ברעידות אדמה, לכן, נזקים למבנים עלולים להיות עצומים. אזורנו חשוף למפגעי חומרים מסוכנים, נפיצים ורעילים מסוגים שונים המאופסנים במפרץ חיפה, ועלולים להחמיר את הפגיעה בחיי אדם, בטבע ובמבנים.

בית החולים שלנו נערך לתרחישים שונים של רעידות אדמה. התרחיש הקשה ביותר הוא שביית החולים נהרס בעקבות רעידת האדמה. תרחיש אחר הוא כאשר בית החולים נמצא באזור שנפגע ברעש אדמה, אך המבנה עצמו ממשיך לתפקד. תרחיש נוסף מתייחס לבית החולים כנמצא מחוץ לטווח הפגיעות של רעש האדמה ועל כן ישרת ויטפל באנשים פצועים מהאזורים שנפגעו.

כדי להקטין את אי הוודאות לגבי מספר המטופלים המוזמנים למרפאות השונות, שאינם מופיעים במערכת זימון התורים, ננקטו פעולות רבות. החשובה בהן היא ביטול ההזמנות היזניות והכנסת כלל המוזמנים לתוך המערכת הממוחשבת לזימון התורים.

להשגת יעד זה נדרש שיתוף פעולה של כל הגורמים המזמנים מטופלים למרפאות, זאת כדי להימנע ממצב בו מגיע מטופל לטיפול ביום בו המרפאה לא פועלת או שהרופא לא נמצא.

פרויקט שנמצא בעיצומו הינו **מערכת זימון התורים**. בבדיקה שערכנו מצאנו, כי עם כח האדם הקיים, כמות השיחות הננטשות (שיחות שלא נענו) הוא עצום. הבנו כי יש להגדיל את מערך הצוות העובד בזימון תורים מחד, ולשפר את הטכנולוגיות בהן אנו עובדים מאידך. אחת הדרכים הייתה להקטין את מספר הזימונים הנעשים באמצעות הטלפון. בקרוב תתאפשר בקשה לזימון תור באמצעות האינטרנט. הכנסנו פקס ייעודי לזימון תורים, וגורמים המבקשים להזמין מספר תורים, לדוגמה, סניפי קופת חולים, מעבירים באמצעותו רשימות המטופלות על ידי עובדות זימון התורים.

במקביל, אנו נעזרים ביועצת ארגונית להתאמת שיטת העבודה לביצוע השרות, תוך התמקדות באתרים בעייתיים (מכונים שונים) בהם יש קושי לקבל מענה לצורך זימון תור.

ארכיון המרפאות

מאופייין בצפיפות רבה. במקביל לארכיון הראשי קיימים ארכיונים נוספים, הפוזרים בבית החולים. כחלק מתהליך התייעלות, החלטנו לבטל ארכיונים "פרטיים" של מרפאות שונות ולרכז את התיקים בארכיון הראשי.

תוספת התיקים וגידול מספר המטופלים חייב את דילול התיקים, וכיום אנו מעבירים חלק גדול מהתיקים הלא פעילים לארכיון חיצוני. בנוסף לזאת, עובדת ארכיון מונתה לראש צוות, ועברה קורס מקצועי מתאים. פעולות אלה ואחרות הביאו להקטנה משמעותית של כמות התיקים שלא מאותרים במועד קבלת המטופלים לבית החולים.

במקביל שיפרנו, ואנו משפרים כל הזמן את תכני ההזמנות למרפאות, לשם מתן אינפורמציה נרחבת ומפורטת למטופלים לקראת בואם לבית החולים. צמצמנו את ההרשאות לטיפול בזימון התורים מתוך מטרה להתמקצעות. התייעלות זו ופתיחתן של מרפאות חדשות מביאים לעליה מתמדת של מספר המטופלים במרפאות.

דליה מגל,

מנהלת משרד קבלת חולים ומערכת מרפאות חוץ

מרפאות החוץ, למרות שמן, מהוות חלק בלתי נפרד מפעילות בית החולים.

מיקומן, בבנין ישן מחוץ למבנה המרכזי של בית החולים, לעיתים מקשה על קליטת השינויים שאנו מכניסים בשנים האחרונות.

עם כניסתי לתפקיד כמנהלת המרפאות, היה ברור כי יש מקום לשינוי ולהתחדשות. המטרות היו הן בהיבט התפעולי של המרפאות, והן בהיבט של כח

האדם - הצוות האדמיניסטרטיבי של המרפאה, שעובד בתנאים פיזיים קשים, בפיקוד גיאוגרפי ובתנאי לחץ קשים.



בשנה הראשונה הוצבו 3 פרויקטים כמטרה:

1 **בניית תיק מרפאה חדש** שיאפשר התמצאות קלה יותר ויצור הפרדה בין המרפאות השונות.

2 **מחשוב המרפאות** - העובדה כי עדיין נעשה רישום ידני בתיקי המטופלים, ועם שחרורם הם מצוידים במכתב ידני, חייב הכנסת תכנה מתאימה. לביצוע הפרויקט נבחרה חברת "מקס תכנה" מתוך מחשבה, שהדמיון בין עבודת הרופאים במחלקות לבין העבודה במרפאה, תקל על הליך הלימוד, ותאפשר מעבר מהיר לעבודה ממוחשבת. הרישום הממוחשב, יוצר תיעוד של רצף הטיפול ומאפשר קבלת נתונים, במקרים בהם לא נמצא התיק עצמו.

בהליך מחשוב המרפאות מעורבת רפרנטית מיחידת המחשב, העובדת בתאום מול חברת התכנה והרופאים, ומלווה את הטמעת המחשוב בכל מרפאה ומרפאה.

אנו נמצאים כעת בשלבים האחרונים של מחשוב המרפאות ועם סיומו, נקווה כי יתאפשר מעבר מלא לרישום ממוחשב בתוך המרפאה אשר יביא בעתיד לביטול הצורך בתיק המרפאה הנוכחי.

3 **תזכורת למטופלים בדבר התור אליו הוזמנו** - בחירת אופן העברת ההודעה נבדק ארוכות. תחילה חשבנו על משלוח SMS, אך שיטה זו נפסלה מאחר והיא לא רלוונטית עבור כולם. בחרנו להיעזר בחברה חיצונית המתזכרת את המטופלים בהודעה טלפונית כ-48 שעות לפני מועד התור. לאחר ניסיון במספר מרפאות, אשר זכה לשביעות רצון גדולה ביותר מצד המטופלים, הוחלט על הרחבת מספר המרפאות שיעזרו בשיטה זו.

במהלך תקופה זו, הדעת ניתנה גם לצוות ולתנאי העבודה הפיזית. הצוות השתתף בסדנאות לגיבוש ולשיפור השרות, ובמקביל הוכנסו כלי עזר לשיפור תנאי העבודה.

פרויקט סול"ם

פרויקט סול"ם, התחיל כפרויקט מקומי באזור חיפה, אך התרחב לפרויקט ארצי, אשר הטמעתו קיבלה תוקף מחייב במערכת הבריאות, מטעם משרד הבריאות. העובדות הסוציאליות שלנו ממשיכות במרץ ובמסירות, יחד עם הקרן לרווחת נפגעי השואה, להרחיב את הפרויקט, לפרסמו ולהטמיעו בקרב כל השירותים הסוציאליים מתחום הבריאות בארץ, לאתר ולגייס מקורות תמיכה ומימון לעזרה המוגשת לניצולים.

כדי להטמיע את נושא הטיפול בניצולי השואה, הן יזמו הקמת פורום ארצי של מרכזי הנושא, הנפגש אחת לחודש במטרה להטמיע ולהפיץ את התכנית ולקדם רעיונות אשר מועילים בשטח; פעלו ליצירת תפקיד ייחודי - מרכז נושא תכנית "סול"ם", תפקיד שאושר על ידי משרד הבריאות וממומש בכל בתי החולים בארץ. משנת 2008 בכל בית חולים בארץ נבחר עו"ס לריכוז הנושא. בבית החולים שלנו מרכזת את הנושא העובדת הסוציאלית ורדה וילנר מפנימית א'. במסגרת הפעילות מתקיימות ישיבות עם צוותים רפואיים וסוציאליים בבתי החולים בארץ; נבנה דף מידע המתאר את עיקרי התכנית לקהל הרחב במחלקות האשפוז בבתי החולים; מתקיימת פעילות רבה עם מקבלי החלטות במשרד הבריאות ליצירת נוהל מנהל רפואה המחייב את כל בתי החולים בארץ להפעיל את התכנית ועוד.

לאחרונה, הורחב הפרויקט גם לקהילה - לקופות החולים. במטרה להפעיל את התכנית בקהילה נערכו מפגשים עם נציגי קופות החולים השונות והקרן לרווחת נפגעי השואה. ניצול שואה שתפקודו יתדרדר, יוכל לקבל את העזרה במרפאות השונות, גם אם איננו מאושפז.

(רשימת מקורות נמצאת אצל הכותבת).

יעל ריינר,
השרות הסוציאלי

חצונו אגודת הידידים

איסוף תרומות בבתי ספר בעיר "ילדים עוזרים לילדים", שיתופי פעולה עם תיאטרון הצפון והמדע-טק אשר תרמו 5 שקלים מכל כרטיס שנרכש במהלך החודש, קונדיטורית שמו שתרמה כסף עבור כל סופגנייה שנקנתה בסניפי הרשת במהלך ימי החנוכה. בנוסף, במשחק הדרכי בכדורגל האחרון גייסו חניכים ומדריכים של צופי שבט לוטם שהתרימו את האוהדים. במהלך "חודש הילד" הצלחנו לגייס כ-400,000 ₪ המוקדשים להקמת המרפאה, ונמשיך להקדיש את פעילותנו במהלך השנה למטרה החשובה.

מועדון LADIES BNAI ZION

לפני מספר חודשים פתחנו את "ליידיס בני ציון", מועדון הנשים הגדול והאיכותי של חיפה והצפון. דמי החבר השנתיים, בסך 100₪, הינם תרומה לביה"ח לרווחת המאושפזים. החברות במועדון מקנה את האפשרות ליהנות מפעילות עשירה ובלעדית לאורך כל השנה: הרצאות בנושאי איכות חיים ופנאי, סדנאות מיוחדות, קורסים, COACHING, יעוץ פיננסי לאורח חיים בריא של המשפחה, מופעים ופעילויות, ערבי טעימות, השקות ועוד. בנוסף, מציע המועדון הנחות משמעותיות בבתי עסק בעיר. האירוע הראשון לחברות המועדון התקיים בבוקר שישי בפברואר באולם קסטרא וכלל הרצאה מרתקת בנושא כירורגיה אסתטית - פלסטית מאת ד"ר נועם קלדרון.

אנו מבקשים לצרף כמה שיותר נשים במקומות עבודה, בוועדי עובדים ובארגונים ולהיות המועדון הגדול והפעיל באזור וכן, לחבר את נשות העיר לביה"ח שלנו. יחד נפעל ליצירת אורח חיים בריא יותר לחולים, לנו וליקירינו. נשמח אם תספרו על המועדון לנשים בסביבתכם ותזמינו אותן להצטרף לשורותינו. פרטים נוספים בטלפון: 8359292.

קרן וינד-כבירי,

מנהלת אגודת הידידים

בחודשים האחרונים התגייסנו למספר מטרות נעלות והפקנו אירועים ופרויקטים מיוחדים ומגוונים במטרה לסייע לפעילות ביה"ח.

בוקר נשים למען מרפאת מתבגרים

באוקטובר האחרון, לראשונה בעיר, מילאו את אולם האודיטוריום כ-1,000 נשים אשר הגיעו להשתתף בבוקר התרמה שכל הכנסותיו הוקדשו להקמת המרפאה החדשה לבריאות המתבגר בביה"ח. האירוע כלל התכנסות בלובי, בו הוצבו דוכני מכירה כולל דוכן למכירת עוגות ועוגיות, שנאפו על ידי מטבח ביה"ח ומתנדבים רבים, ביניהם ד"ר רופא ועובדים נוספים מביה"ח, ועל כך תודתנו. כל העוגות נמכרו ומעל 2000₪ נתרמו בשמחה על ידי נשות העיר. שיא הבוקר היה מופע בידור של ציפי שביט.

פיטר פן "חודש הילד"



"חודש הילד" הוא מבצע התרמה מיוחד, הנערך מדי שנה בחנוכה על ידי רדיו חיפה ואגודת הידידים, והשנה הוקדש המבצע להקמת מרפאה לטיפול בילדים חולי סרטן. ההתרמה הגיעה לשיאה בחנוכה, בהצגת הגאלה "פיטר פן" בתיאטרון חיפה.

היתה זו הצלחה גדולה וכל הכרטיסים נמכרו. באירוע השתתפו מנכ"ל המרכז הרפואי, ד"ר אמנון רופא ורעייתו מרי, יו"ר אגודת הידידים, ליאורה קליש, יו"ר הדירקטוריון של תיאטרון חיפה ומנכ"ל רדיו חיפה, דני נישליס, תורמים נכבדים, מנהלי מחלקות ועובדי ביה"ח עם ילדיהם ונכדיהם. בסיום ההצגה, אל מול אולם גדוש בילדים, כולל ילדי המקלט לנשים מוכות, מעון "שבתאי לוי" וילדי פנימייה למוגבלים, ביקש "פיטר פן" מהקהל לעשות עוד מעשה קטן וטוב ולתרום כסף קטן בתרבות המוצבות ביציאה מן האולם. היענות הילדים הייתה מדהימה, הם עמדו בתור עם המטבעות ביד, והרגישו אחריות עצומה במתן התרומה. הכנסות ההצגה הצטרפו לתרומות מאירועים ומפעילויות נוספים שקיימנו, כגון:

משוקמי הלב מטיילים בחו"ל

השנה זקיסנאן, זרמניה

כחלק מהפעילויות של מכון שיקום הלב יוצאות מדי שנה, ביוזמתו של פרופ' גולדהמר, מנהל שיקום הלב, ואלון טנכילביץ, פיזיולוג שיקום לב, קבוצות של משוקמי לב לטיולי יום באזור הצפון, לנופשונים בים המלח, ובעשר השנים האחרונות גם לטיולים בחו"ל (רומניה, תאילנד, גרמניה). הטיולים מיועדים למשוקמי הלב ולבני הזוג. הקבוצות לחו"ל מלוות על ידי רופא בכיר, מדריך כושר משיקום הלב, מדריך תיירים, ציוד מלא לטיפול הנדרש באופן שוטף וטיפול חרום אם יידרש, להחייאה, לטיפול חרום.

השנה, יצאו בהמלצת פרופ' אהוד גולדהמר 22 מטיילים מבין משוקמי הלב (חולים ובני זוג), גילאי 59 ועד 92 (!! לטיול נופש של 9 ימים בעיירה הגרמנית באד - קיסנינגן.

בתכנון הטיול ובארגונו נעזר פרופ' גולדהמר בחברת "תורמד" המתמחה בארגון תיירות מרפא ובחברת ש.ח.ל, שאפשרה התקשרות למוקד בארץ ובגרמניה, העברת תרשים א.ק.ג ומענה מיידי בכל רגע נתון. ואכן, כל הטיול "נתפר" בתשומת לב רבה כך שיתאים לגיל, למחלה ולמוגבלות של המטיילים, במטרה להסב להם הנאה מרבית.

טרם יציאתם, קיבלו המשתתפים הסברים ותיאורים מפורטים על מסלול הטיול, על המלון ועל הפעילויות - זאת באופן מפורט וברור ככל האפשר, כדי לצמצם אפשרות להפתעות לא נעימות. הטיול מאורגן כך, שמרגע היציאה מהבית ועד לחזרה, הכל מתואם לרבות, הגעה נוחה ובטוחה לשדות התעופה, למטוסים, למלון ולאתרי הטיולים.

העיירה באד - קיסנינגן היא אחת מאתרי המרפא הוותיקים והמוכרים ביותר באירופה, עיירה יפה ופסטורלית, מעוטרת באין ספור שיחי וורדים יפהפיים מזנים שונים המאפיינים את המקום. בנוסף, האתר מספק מגוון שירותים ברמת תיירות גבוהה. המלון המפואר בו השתכנו המטיילים היה בעבר ארמון שהוסב לשימוש כמלון. במקום מעיינות מינרליים לשתייה ולרחצה, מסלולי הליכה, אתרי מלח,



בתי מלון נוחים ומאובזרים בציוד הנדרש לפעילות גופנית. בעיירה גן ציבורי גדול, המאפשר האזנה לקונצרטים הפתוחים חנים לקהל הרחב בסגנונות מוסיקליים שונים ואוטובוסים ציבוריים בהם אפשר לנסוע חנים.

תכנית הטיול כללה פעילות ספורט כל בוקר, כדי לשמור על רצף הפעילות הספורטיבית-שיקומית המותאמת והנחוצה. בעת שהייתם במקום יצאו הנופשים למספר טיולים באתרים ייחודיים, הן מבחינה היסטורית (בעיקר בהיבט של היסטוריה יהודית) והן מבחינה תרבותית, אומנותית, ארכיטקטונית. המטיילים אשר קשתה עליהם ההליכה, נעזרו בכסאות גלגלים אשר עמדו לרשותם. ההדרכה במשך הטיול ניתנה על ידי פרופ' גולדהמר.

בשעות אחר הצהריים והערב יכלו המשתתפים להאזין בנחת וללא תשלום לקונצרטים של מוסיקה קלה/קלאסית/ג'אז וכו' או לטייל בנחת ברחובות הציוריים של העיירה.

בכל ערב הוגשה למעוניינים הרצאה קצרה בנושאי יהדות, תנ"ך והיסטוריה. כמובן שהיו כאלה שהעדיפו את הקזינו המפואר שבמקום... טיול זה זכה להדים חיוביים, וכבר עתה התבקש צוות שיקום הלב להכין את אתר הטיולים הבא לקליטת מחזור נוסף של משוקמי לב.

האפשרות לטייל בחו"ל במסגרת קבוצת משוקמי לב, בלוויית צוות מסור וציוד נדרש מתאימה גם לחולים צעירים, מבוגרים וקשישים, החוששים מהרפתקה שכזו כאשר היא נעשית באופן עצמי. טיול כזה משפר את איכות חייהם ומעניק טעם לחיים גם בצל המחלה.

יעל ריינר,

השרות הסוציאלית

הקזינו בבת גלים, שנות ה - 30
(באדיבות ד"ר קאופמן)

