



אנפורמציין

מגזין המרכז הרפואי בני ציון
גליון מס' 14 - ספטמבר 2009



בני ציון. להרגיש בבית, גם כשחולים.

יש בו או אין בו? פלסבו

הקלאסית" ואת "תיאורית הציפיה". בתיאוריה הראשונה אנשים ירגישו טוב יותר כאשר יקבלו פלסבו בעל מאפיינים דומים לתרופה שעזרה להם בעבר. על פי התיאוריה השנייה עצם הציפיה לקבלת טיפול מסוים משפיעה על סימפטומים פיזיים.

גורמים רבים נלווים, לא ספציפיים, המתקשרים למתן התרופות עשויים לקבוע את הכיוון והעוצמה של אפקט הפלסבו: הצורה של התרופות, המגע, המילים, המחוות, האווירה של הטיפול והייעוץ, אמונו של הצוות הרפואי בטיפול, רמת האמפטיה שלו עם המטופל, מעמדו המקצועי - כל אלה תורמים להשפעה של פלסבו על המטופל.

טיפול פלסבו ניתן להתבצע באמצעות כדורים, גלולות, כמוסות, זריקות ואף ניתוחים. ככל שהטיפול פולשני יותר, ככל שהוא מערב יותר את המטופל - כך גדולה השפעתו.

מסתבר כי קיים קשר בין צבע הכמוסה או הכדור, שמו וצורתו ובין השפעתו הפארמאקולוגית. כדורים, כמוסות ושיקויים בצבע ורוד היו עמודי התווך של התרופות שהציעו רופאים בתקופה שלפני האנטיביוטיקה. דוגמה מאלפת מן המחקר מתארת כי למדבקות בצורת לב, המודבקות באזור הלב כדי להחדיר תרופה ללב, יש השפעה גדולה יותר מאשר למדבקות מרובעות או עגולות. כך למשל נמצא כי טבליות צבעוניות נתפסות יעילות יותר מטבליות לבנות, וכי מתן "תרופה" דרך הווריד משפיע יותר מאשר מתן דרך הפה. עוד נמצא כי ביצוע בדיקות מעבדה חסרות כל ערך טיפולי (אק"ג, בדיקה גופנית ובדיקות דם) תרמו להחלמה מהירה יותר.

האם פלסבו פחות מסוכן מתרופות ומסמים אמיתיים?

ידועות גם השפעות שליליות של פלסבו. תרופות פלסבו גורמות לתופעות לוואי, ממכרות, מחקות את פעולתן של התרופות או מבטלות את פעולתן. חסרונות נוספים של הפלסבו הם בכך שמתן פלסבו עלול למנוע המשך חקירת טיב מחלתו של המטופל וכן, שהשפעתו היא קיצרת טווח. הסימפטומים עלולים לחזור או להתגלות בצורות אחרות.

מבחינה כלכלית המחיר של טיפולי פלסבו הוא עצום. מיליונים של דולרים מבזבזים על תרופות ועל טיפולי פלסבו. אך מעל הכל נראה שהבעיה האמיתית היא אובדן האמון של המטופלים המגלים כי רימו אותם כאשר טיפלו בהם בפלסבו. האמת והיושר הנדרשים מבעלי המקצועות הרפואיים חשובים מאד לחולים. אובדן אמון זה עלול להשפיע על יחסם לצוותים רפואיים אחרים ולרפואה בכלל.

ג'אנה שפס,

מרכזת תחום פיתוח צוות בסיעוד

המושג פלסבו, בשמו העברי אינבו, (פירושו הלטיני הוא "אני אשביע רצון") הומצא במאה ה-14 כדי לתאר מתן תרופות לחולה מתוך כוונה להרשים אותו, להשביע את רצונו, יותר מאשר כדי לחולל תגובה תרפויטית ספציפית.

המושג התחיל ממסורת של הכנסייה הקתולית בה התקיימו טקסים למען המתים. לטקסים נהגו להגיע זמרים אשר טענו ליכולת השקרית, לכאורה, לתקשר עם המתים על ידי שירת המזמור Placebo Domino in regione vivorum. כך נולד המושג "זמר פלסבו", כמישהו שמתיימר להיות בעל יכולת מסוימת, שלמעשה אין לו אותה, ובהשאלה - לתרופה שמייחסים לה יכולת (שקרית) לרפא.

תולדות הרפואה במאה ה-18 וה-19 מלמדות כי במרכז הטיפול התרופתי עמד אפקט הפלסבו. הכירורג הצבאי הצרפתי הנודע Ambroise Paré (1510-1590) אמר: "תפקיד הרופא הוא לרפא לפעמים, להקל לעתים, ולנחם תמיד".

אפקט הפלסבו נתפס כטיפול או כהתערבות לא ספציפית כדי לעורר תגובה פיסיולוגית או פסיכולוגית, שאינה קשורה בתרופה ספציפית למחלה המטופלת. במילון הרפואי של רוברט הופר קוונסי מוגדר פלסבו כ"כל תרופה שניתנת לחולה במטרה לרצות אותו יותר מאשר להועיל לו מבחינה רפואית" או כ"חומר או טיפול חסר השפעה".

טוב תיאר את אפקט הפלסבו הרופא והסופר הידוע François Rabelais: "המאושרים (השמחים בחלקם) מבריאים תמיד גם אם הם אחראים לאושרם ולא הרופא: יש יותר שיכורים זקנים מרופאים זקנים".

הוכחות ליעילות הטיפול בפלסבו נמצאו בשיכוך כאבים, במחלות הפסיכיאטריות, כגון: בדפרסיה, במצבים פסיכוטיים מסוימים ובמצבי חרדה, בטיפול במחלות כמו אנגינה, סוכרת, לחץ דם גבוה, אולקוס, נדודי שינה ואפילו במחלות ממאירות מסוימות. במחקרים עדכניים נתגלתה השפעת פלסבו בשיעור שבין 30% ל-50%. אין מדובר רק בדיווח של החולים. מדדים פיזיולוגיים מעידים גם הם שחל שיפור במצבו של החולה. במחקרים נמצא כי מידת ההשפעה של פלסבו בשיכוך כאבים היא כמחצית מזו של מנת מורפיום. עובדה עוד יותר מרתקת היא שכאשר מפסיקים מתן פלסבו, חווה המטופל תופעות של גמילה.

בשעתו סברו כי רק סוגי אישיות מסוימים עשויים להגיב לפלסבו והם אף כונו "מגיבי פלסבו". כיום סבורים כי אין הדבר כך. רוב האנשים מגיבים לפלסבו לפחות בחלק מן הטיפולים. ככל שהמטופל מעורב יותר, מודאג יותר, במצוקה גדולה יותר, כך גדולה היענותו לפלסבו. אין זה ברור לחלוטין כיצד פועל הפלסבו. במחקרים הוכח כי שימוש בפלסבו משחרר אנדרופינים ומעורר מערכות נירוי כימיות אחרות.

תיאוריות רבות ניסו להסביר את תופעת הפלסבו. שתי התיאוריות היותר מקובלות מציעות את הסבר "ההתניה



הנושא "החם" בו אנו עסוקים בימים אלה הוא היערכות בית החולים שלנו מחשש להתפרצות פנדמית של שפעת החורף ובעיקר שפעת H1N1.

כולנו עדים להתרגשות הרבה שמעוררת שפעת H1N1 שזכתה לכינוי "שפעת החזירים". אמנם מדובר במחלה ויראלית עם מאפיינים לא רגילים כמו פגיעה רבה יותר באוכלוסיה לא טיפוסית (דווקא בצעירים ופחות במבוגרים ויונקים), אמנם היו מקרי מוות כתוצאה מהמחלה, שזכו לתהודה תקשורתית אדירה, ובכל זאת, מדובר בשפעת ויראלית, אשר המאפיין העיקרי שלה הוא שהיא חולפת מעצמה ללא כל טיפול.

הצפי שלנו הוא לעלייה דרמטית במספר הפונים למיין ולעליה משמעותית במספר המאושפזים בבתי החולים העמוסים מאוד ממילא.

אנחנו, יחד עם מערכת הבריאות כולה, נערכים לקראת הבאות הן על ידי הגברת המודעות והמוכנות של צוות בית החולים והן על ידי בניית תכנית תגבור בכח אדם, בשטחי אשפוז ובציוד הנדרש.

אני מקווה, כי בקראכם שורות אלה, נהיה כבר לאחר הסערה הגדולה ובשליטה מלאה בתחלואה הנובעת ממנה.

ולנושאים אחרים:

תפוקות בית החולים עולות וגדלות ובשנה זו הולך ומסתמן גידול משמעותי ביותר במספר הפונים אלינו.

זוהי העדות הטובה ביותר לעובדה כי המרכז הרפואי שלנו מציב את עצמו בשורה הראשונה בין בתי החולים בארץ ובוודאי באזור שלנו.

מובן מאליו, כי הישגים אלה הינם תוצאה ישירה של השקעה ואכפתיות של כל אחת ואחד מעובדי בית החולים, ולנו בהנהלה לא נותר אלא לקוות שאנחנו משכילים להביע על כך את הערכתנו הרבה - לפחות רוב הזמן.

הלמות הפטישים נשמעת בכל רחבי בית החולים ואנחנו מקווים מאוד כי נסיים במהרה פרויקטים גדולים, שאנחנו מבצעים ממש בימים אלה, ואשר בסופם תתקבלנה מחלקות אשפוז מרווחות יותר ומאובזרות יותר:

- ◆ אף אוזן גרון במשכנה החדש, בקומה 7, באגף המזרחי של בית החולים.
- ◆ פנימית ג', בקומה 10, עם מיטות במקום 34 היום.
- ◆ אורולוגיה, בקומה 9, עם 24 מיטות.
- ◆ מכון רנטגן מודרני עם יחידת אולטרה סאונד בעלת שני חדרי בדיקה במקביל.
- ◆ סגירת "סניף" רפואה גרעינית בקומה 3 והעברתו למכון בקומה 5, לרווחת הפונים והמטופלים.
- ◆ המשך רכישת ציוד רפואי חדש והחלפת ציוד רפואי ישן, הן מתקציב ביה"ח והן מתרומות, שלמרות צוק העיתים, ממשיכות להגיע אלינו.

אני מקווה שתמצאו ענין בכתבות המעניינות במגזין, ומאחל לכם וליקיריכם שנה טובה.

ד"ר אמנון רופא
מנכ"ל המרכז הרפואי



רבי יהודה לייב לזרוב מספר על איכר שביקש להוביל עגלה מלאה בתבואה אל תוך אסם. הוא פתח את דלתות האסם וגרר את הסוסים במושכות. הסוסים נכנסו לאסם, אך העגלה נתקעה משום שהייתה עמוסה לעיפיה. לשווא הכה האיכר בסוסים - העגלה לא זזה.

נוכל שעבר במקום קרא לאיכר ואמר, "אינך הואה שהתבואה איננה יכולה לעבור דרך הפתח? קנה את המשקפת הזאת ממני, היא מגדילה כל מה שאתה רואה, כך שאם תסתכל דרכה על הפתח הוא יגבה. כך תוכל להכניס את התבואה לתוך האסם ללא כל קושי".

האיכר קנה את המשקפת וראה זה פלא - הפתח גדל. האיכר משך את מושכות הסוסים, אך עדיין, העגלה לא זזה ממקומה. הוא החל להכות את הסוסים, אך הם לא זזו. הוא פנה אל הנוכל: "הפתח כה גדול, מדוע אין העגלה עוברת?".

"טיפש, אינך מבין?" השיב הנוכל, "הפתח אכן גדל, אך אם תסתכל על התבואה דרך המשקפת, תראה שגם היא גדלה!"

כעס האיכר: "לא עזרת לי כלל. קח את המשקפת והחזר לי את כספיי!".

הנוכל הצטדק, "הפוך את המשקפת, הסתכל בה מהצד השני והכל יסתדר".

איש חכם שעבר במקום, התבונן באיכר המסתכל מבעד למשקפת ומצליף בסוסיו ללא סיבה ואמר לו: "טיפש, אינך מבין שהמשקפת אינה משנה את המציאות?"

לאחרונה, כשמביטים סביב, קוראים עיתונים וצופים בטלוויזיה ברור כי משהו השתנה. המציאות תוקפנית מתמיד, קשה יותר ואף כואבת - זנים חדשים של מחלות, גילויי אלימות קיצוניים, התדרדרות כלכלית, אנטישמיות הולכת ופושה, חוסר סובלנות ועוד.

נדרש קצת יותר מקורטוב של אומץ כדי להודות - המשקפת מתעתעת. הגיע הזמן להביט נכוחה, לראות את הדברים בלי כחל וסרק ולהחליט שעושים מעשה, אף לו קטן, שיביא לשיפור ולהתחלה טובה.

שנה טובה,
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
- ד"ר אמיר קוגלמן - מנהל יח' ריאות ילדים
- מג'ר גבי נפתלי - מנהלת בית המרקחת
- ג'אנה שפס - מרכזת חת"ש
- רחל קליין - אחות אחראית מח' לרפואה דחופה
- ניקול דן - מח' עיניים
- ד"ר אירית וירז'נסקי - מח' פנימית ב'

מהם סיבוכי המחלה?

השפעת עלולה לגרום לסיבוכים קשים, אם כי אלה נדירים. כלומר, יחס של כ-1/600 שהוא שיעור נמוך יחסית (לעומת שפעת העופות למשל). סיבוכי המחלה כוללים - דלקת ריאות וסיבוכים נוירולוגיים.

ומה לגבי חיסון?

עד כה טרם פותח חיסון למחלה, אך החברות הגדולות המייצרות חיסוני שפעת שוקדות על הכנתו, והוא צפוי להגיע לשוק בקרוב. לאור העובדה הזאת, כדי להוריד את הסיכוי להתפתחות זן עמיד/אלימים וכדי להוריד את עומס החולים באוכלוסייה, מומלץ להתחסן כנגד השפעת העונתית הרגילה.

כיצד להימנע מהדבקות בשפעת החזירים?

- לנטול ידיים - עם סבון ומים לעתים קרובות, ולנגב את הידיים במגבות נייר חד פעמיות. יש לשטוף לפני האוכל, לפני הטיפול במזון, לאחר יציאה מהשירותים, לאחר מגע עם הפרשות, לאחר שיעול ועיטוש ולאחר מגע עם טישו משומש. נטילת ידיים לעתים קרובות מקטינה את הסיכוי להדביק ולהידבק מאחרים.
- לכסות את הפה ואת האף בעת שיעול ועיטוש, אך לא בעזרת כף היד - להשתמש בטישו ולזרוק לפח. כך קטן הסיכוי להדביק את האנשים סביב. לא לכסות את הפה ואת האף עם היד - זה עלול להעביר את הנגיף לאחרים כאשר נוגעים בחפצים משותפים. מומלץ לכסות את הפה בזמן שיעול / עיטוש על ידי המרפק.
- להישאר בבית כשלא חשים בטוב - אין ללכת לעבודה אם מרגישים סימני מחלה, ואין לשלוח ילדים למוסדות החינוך. כאשר חייבים לצאת מהבית, כגון לגשת לטיפול רפואי, מומלץ שלא לנסוע בתחבורה ציבורית. כאשר אדם חולה מסתובב במקום ציבורי, הוא עלול להדביק רבים אחרים במחלה.
- להימנע ממגע הדוק עם חולים - יש להמעיט ככל האפשר במגע עם אנשים חולים. יש להקפיד על כך גם עם בני הבית, ולהימנע מנשיקות וחיבוקים עם בני משפחה חולים. יש לשטוף בסבון כלי אוכל משותפים לאחר השימוש. עדיף שאדם חולה ישנה בחדר נפרד בבית.
- לא לגעת באף, בפה ובעיניים - כדי לא להעביר נגיפים מאדם לאדם. אם חייבים לגעת, יש לחטא ידיים בתמיסה אנטיספטית או לרחוץ ידיים בסבון אנטיספטי לפני חבישת הכפפות ולאחר הסרתן בעת בדיקת כל חולה.

המידע הנ"ל מסתמך על ההנחיות שהופצו על ידי משרד הבריאות. מידע נוסף ניתן למצוא באתר המשרד: www.health.gov.il

מה לעשות כאשר יש חשש שחליתי בשפעת החזירים?

למען ולמען סביבתך, עליך לנקוט בפעולות הבאות: אם מופיעים סימני שפעת (חום בצירוף אחד מהבאים: שיעול, כאבי ראש, כאבי שרירים, חולשה, כאב גרון ונזלת), יש לפנות לרופא; מותר ליטול תרופות מוכרות להורדת חום, וחשוב לשתות הרבה נוזלים; יש להישאר בבית למשך 7 ימים מתחילת המחלה, על מנת לצמצם את המגע עם אחרים. בזמן שהייה בבית, יש להפחית למינימום את המגע עם בני המשפחה הבריאים, ועדיף לשהות בחדר נפרד.

האם לפנות למיון או לרופא המשפחה בקהילה?

כאשר התמונה הקלינית אינה קשה במיוחד, יש להעדיף ביצוע בירור בקהילה ולא בבית החולים.

מתי לפנות למיון?

כאשר המחלה קשה וקיימים תסמינים קשים (קוצר נשימה, בלבול וכו'), וכאשר מצבו הקליני של החולה מחייב - יש להפנות את החולה למיון. רצוי ברכב פרטי או באמבולנס, אם המצב מחייב פינוי דחוף.

יש לצייד את החולה במסכת אף ופה (כירורגית), ומומלץ כי ישתמש בה בבואו במגע עם אנשים נוספים.

החלטה על אשפוז תהיה בהתאם להערכת מצבו הקליני של החולה. באישפוז, יישלחו משטחים לאבחון, יתחילו טיפול תרופתי בטמפולו, וינקטו באמצעים לבידוד מגע ולבידוד מהדבקה סיטתית.

בקהילה, בדרך כלל, לא תבוצע בדיקת מעבדה (משטח) לצורך אבחון והאבחנה תהיה על סמך התמונה הקלינית בלבד.

טיפול אנטי ויראלי (טמפולו) יתבצע כאשר לחולים יש מחלות רקע וכאשר הם משתייכים לקבוצות סיכון כגון: מחלות ריאה כרוניות (כולל אסתמה), מחלות לב משמעותיות (לא כולל יל"ד), מחלות חסר חיסוני, חולים המקבלים טיפול אימונוסופרסיבי ו/או טיפול בסטרואידים, סכרת ומחלות מטבוליות כרוניות, מחלת כליות כרוניות, המוגלובינופתיות, מחלות נוירוקוגניטיות, נוירומוסקולריות וחולי אפילפסיה, נשים בהריון בטרימסטר שני ושלישי, השמנה חולנית (Morbid Obesity) BMI > 45, ילדים (עד גיל 19) המקבלים טיפול ממושך באספירין (מחשש ל-Reye syndrome).

האם ניתן לטפל בטמפולו בבית?

הטיפול בטמפולו אינו מחייב אשפוז, והוא אפשרי גם במסגרת ביתית אם מצבו הרפואי של החולה מאפשר זאת.

שפעת החזירים מוגדרת כפנדמיה עולמית. לאור העליה במספר המקרים ולאור הפניות החוזרות לבית החולים, ריכוז מומחי היחידה למניעת זיהומים - פרופ' ישראל פוטסמן - מנהל היחידה, ד"ר אלונה פז - סגנית, ד"ר נטליה זאיגרייבין והח"מ, שאלות ותשובות להבהרת הנושא.

מהי שפעת החזירים?

בדומה לבני אדם, גם חזירים יכולים לחלות בשפעת. נגיף (וירוס) שפעת החזירים, המוכר גם בכינוי המקצועי A/H1N1, בודד לראשונה מחזיר בשנת 1930. בדרך כלל נגיפי שפעת החזירים לא הדביקו בני אדם, אם כי יש בעולם מידי שנה דיווחים בודדים על בני אדם שחלו בשפעת זו.

מה מקור שפעת החזירים?

מתאריך 18 במארס 2009, החלו בני אדם במקסיקו לחלות בשפעת החזירים. בהמשך, התפשטה המחלה גם למדינות נוספות בעולם, כולל לישראל. בדיקה מעבדתית של הנגיף גילתה, שהמבנה הנוכחי שלו שונה מנגיפי שפעת חזירים שהיו מוכרים בעבר. לאחר שאירעו במקביל מספר מצבי סיכון: הדבקת בני אדם בנגיף של חזירים, העברת הנגיף מאדם לאדם, ומבנה נגיף חדש (שלא הוכר עד היום), החלו רשויות הבריאות בעולם להיערך לאפשרות של התפשטות מהירה של שפעת החזירים.

מה הם התסמינים של שפעת החזירים?

התסמינים של המחלה דומים לתסמינים של מחלת שפעת רגילה: חום, שיעול, כאב גרון, כאב ראש, כאבי שרירים וחולשה. כל שפעת יכולה לגרום להחרפה במחלות כרוניות אחרות מהם סובל אדם, כגון: אסתמה, מחלת לב ומצבים כרוניים אחרים.

כיצד נדבקים בשפעת החזירים?

בדומה למחלת השפעת הרגילה, גם שפעת החזירים מדבקת מאדם לאדם על ידי הפרשות מהאף ומהפה. כאשר אדם החולה בשפעת משתעל או מתעטש, מתפזרות לאוויר סיבובי טיפות זעירות של רוק ונזלת. אלה יכולות להדביק אדם הנמצא בקרבתו, אם הן נוגעות באפו או בפיו. הדבקה יכולה להתרחש דרך מגע ידיים. כאשר אדם חולה מכסה את פיו בכף ידו בזמן שמשתעל או שמתעטש, ולאחר מכן לוחץ יד של אדם שני - הנגיפים עוברים לידו של השני. גם הוא עצמו יוכל להידבק במחלה, אם יגע באפו או בפיו לפני שישטול ידיים. מזמן חזירת הנגיף לאף או לפה של אדם בריא, יעברו מספר ימים (בדרך כלל יומיים) עד שיתחילו להופיע סימני המחלה. תקופה זו שבין ההדבקה להופעת סימני המחלה מכונה תקופת הדגירה. אדם חולה יכול להדביק אחרים עד 24 שעות לאחר חלוף הסימפטומים (התקופה המידבקת).

- גיל האישה - ירידה ברמת הורמון האסטרוגן בגיל המעבר עלולה לגרום להיחלשות של רצפת האגן ושל הרצועות התומכות בצוואר שלפוחית השתן ולגרום לדליפת שתן במאמץ.
- מצבי עליית לחץ תוך בטני כרוני - השמנת יתר, עצירות כרונית, מחלת ריאה כרונית כגון אסטמה (הגורמת לשיעול) ותרופות מסוימות עלולים לגרום לדליפת שתן במאמץ.

אפשרויות הטיפול הן:

1. טיפול שמרני

- ירידה במשקל, הפסקת עישון, שינוי והתאמה של טיפול תרופתי שינוי הרגלי אכילה ושתייה.
- פיזיותרפיה לשיקום ולחיזוק רצפת האגן - הדרכה להכרת רצפת האגן ושימוש נכון בשרירים בעת מאמץ גופני. במידת הצורך, טיפול על ידי גירוי חשמלי של שרירי רצפת האגן.

2. טיפול תרופתי

בישראל, טיפול זה מיועד בעיקר לנשים אשר לא מעוניינות או לא יכולות לעבור פעולה כירורגית כנגד דליפת שתן במאמץ. הטיפול מיועד גם לנשים הממתינות לניתוח טיפולי בדליפת שתן במאמץ. הטיפול התרופתי הינו טיפול כרוני ארוך טווח והצלחתו גדולה יותר כאשר הוא ניתן בשילוב עם טיפול פיזיותרפי לשיקום רצפת האגן.

3. טיפול כירורגי

הטיפולים הניתוחיים בדליפת שתן במאמץ קיבלו תאוצה בשנים האחרונות, זאת בעקבות התפתחות טכנולוגיות חדשניות, "זעיר פולשניות", בעלות יעילות גבוהה מאוד.

לפני כ-12 שנים פותח בשבדיה ניתוח בשם TVT, הנחשב לאחת הפעולות הכירורגיות החדשניות והמבטיחות לטיפול בדליפת שתן במאמץ. מדובר בניתוח קצר בעל סיכויי הצלחה גבוהים, אשפוז קצר וסיבוכים מועטים ביותר.

הניתוח ניתן לביצוע בהרדמה כללית, מקומית או אזורית. בניתוח מועבר סרט תמיכה מתחת לצינור השתן (שופכה) בגישה לידנית, כדי למנוע דליפת שתן בעתיד. כאמור, שיעור ההצלחה של הניתוח הוא גבוה מאוד והוא הניתוח המקובל ביותר נגד דליפת שתן במאמץ.

טיפול כירורגי "זעיר פולשני" נוסף הינו הזרקת תכשירים שונים ("Bulking agents") מסביב לשופכה המביא להעלאת הלחץ בשופכה והתוצאה היא מניעה של דליפת שתן. יתרון שיטה זו הוא בהיותה פשוטה לביצוע במרפאה, ללא הרדמה ובמיעוט סיכונים. חסרונות הגישה הם העלות הגבוהה של החומרים המוזרקים והצורך בהזרקות חוזרות. גם שיעור ההצלחה אינו מספק ואינו מגיע למימדי הצלחת ניתוח ה-TVT.

טיפול בדליפת שתן במאמץ

במרפאה האורוגניקולוגית שלנו, הכוללת צוות המומחה בברור ובטיפול בבעיות דליפת שתן ובצניחת אברי האגן, מבצעים בירור מקיף והערכה אינדיבידואלית שבסיומם מוצע לנבדקות טיפול מתאים.

לסיכום, אפשרויות הטיפול בדליפת שתן בשנים האחרונות הן רבות ומגוונות. חשוב להתאים את הטיפול הנכון לכל מטופלת, בין אם מדובר בטיפול שמרני ובין אם בטיפול תרופתי או כירורגי. יש לזכור שדליפת שתן איננה "מצב טבעי שבא עם הגיל" אלא מצב המצריך טיפול וכיום הטיפול יעיל וטוב.

ד"ר אייל גולדשמידט,

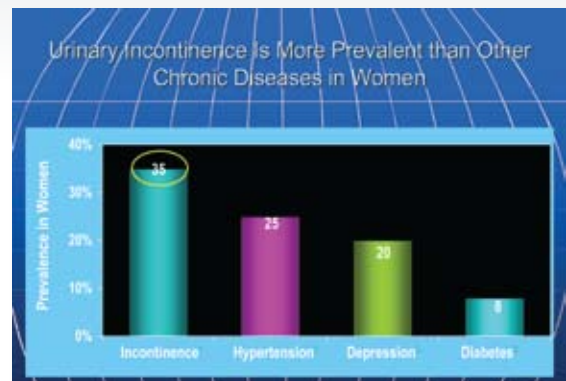
מומחה ברפואת נשים ואורוגניקולוגיה

דליפת שתן מוגדרת כמצב שקיים בו איבוד שתן בלתי רצוני, הניתן להדגמה אובייקטיבית, והמביא להתפתחות בעייה חברתית או היגינית.

דליפת שתן לא רצויה אצל נשים הינה בעיה נפוצה, כלל עולמית. למרות היותה בעיה סמויה ולעיתים מביכה, מדובר במצב המסב סבל רב ומטרד ניכר לאורח החיים השגרתי, המגביל באופן משמעותי את הפעילות החברתית האישית והסביבתית של האישה. מאחר ודליפת שתן כרוכה ברוב המקרים בתחושת אי נעימות, בושה וחוסר ידע, מספר רב של נשים הסובלות מהבעיה מחכות שנים רבות בין הופעת הבעיה עד לביצוע בירור ולקבלת טיפול.

שכיחות דליפת שתן בנשים משתנה בקבוצות הגיל השונות, אך חשוב לדעת שכמחצית מכלל הנשים תסבלנה לפרק זמן כלשהו בחייהן מדליפת שתן, בעיקר במאמץ.

ככלל, שכיחות דליפת השתן אצל נשים גבוהה יותר מאשר מחלות כרוניות נפוצות כגון: יתר לחץ דם כרוני, דיכאון, סכרת.



הסוגים העיקריים של דליפת שתן מהשופכה בנשים הם:

דליפת שתן במאמץ - דליפת שתן פתאומית בעת התעטשות, שיעול, צחוק, הרמת משא או מאמץ גופני. זהו הסוג השכיח ביותר של דליפת שתן אצל נשים.



שלפוחית בלתי יציבה - דליפה עקב דחיסות במתן שתן ואיבוד שתן בלתי רצוני עוד לפני הגעה לשירותים, זאת ללא מאמץ פיזי וללא עלייה בלחץ התוך בטני. דליפה זו מתבטאת בתכיפות ובדחיסות במתן שתן. במצב זה יתכן צורך לקום בלילה מספר פעמים לשם מתן שתן. מצב זה נובע מהתכווצות בלתי רצונית של שריר שלפוחית השתן בשלב המילוי.

דליפת שתן מעורבת - שילוב של דחיסות למתן שתן ודליפת שתן במאמץ. מצב זה מופיע אצל כשליש מהנשים הסובלות מדליפת שתן.

גורמים המסייעים להתפתחות דליפת שתן במאמץ אצל נשים:

- גורמים תורשתיים.
- לידות נרתיקיות ובמיוחד לידות של תינוקות גדולים עלולות לגרום נזק לרצפת האגן, לפגוע בתמיכה של צוואר שלפוחית השתן ובכך לגרום לדליפת שתן במאמץ.
- ניתוחים באזור רצפת האגן עלולים לגרום לשינוי אנטומי ולהצטלקויות באזור עם הופעה של דליפה.
- מוצא אתני - אצל נשים אפרו-אמריקאיות שכיחות דליפת שתן במאמץ נמוכה.



ההודים, כידוע, אוהבים סרטים. לתעשיית הסרטים ההודים "וּתִק" רב. בני הששים פלוס שבינו, זוכרים את ראג' קפור ואת השיר "איצ'קדנה ביצ'קדנה" ששרה נרגיס בשנות החמישים, ואולי מסוגלים אף לשיר אותו עם כל המלים (גם מבלי להבין את משמעותו...). "בוליווד", כפי שמכונה מומבאי בהקשר לתעשיית הסרטים, מייצרת בכל שנה מספר סרטים העולה פי כמה על מספר הסרטים הנוצרים בהוליווד. אולי בשל כך התבקשו הישראלים וההודים להכין סרטי וידאו בני 8 דקות על נושא רפואי.

ד"ר שפירא הוא מחלוצי האולטרה-סאונד בארץ ומהראשונים שהחלו לעבוד גם באולטרה-סאונד תלת ממדי, הכין סרט הנקרא "החיים בתלת מימד". בסרט, המלווה במוסיקה, מופיעים עוברים אמיתיים במצבים היתוליים. ניתן לראות שם תמונות מרהיבות וקטעי וידאו ב real-time של עוברים בתלת מימד, כולל: עוברים מפקים, מחייכים, תאומים מכים זה את זה, ופעולות נוספות שרק האולטרה-סאונד התלת הממדי מאפשר את הצגתן.

מספר שעות לאחר הקרנת הסרט, העלו אותו המארחים ההודים ל-YouTube ועד כה כבר צפו בו למעלה מ-26,000 איש. ניתן לצפות בסרט בכתובת: <http://www.youtube.com/watch?v=WjG2bNnDk4&feature=related>

נשיא החברה הגינקולוגית של מומבאי הצליח להדביק באהבת ישראל את חבריו, ובחודש נובמבר הקרוב הוא עומד להגיע לארץ למשך שבוע בליוויי כ-100 רופאים הודים, שפרט ליום כינוס אחד יבלו במשך רוב שהותם בטיוולים ברחבי הארץ. מחמם את הלב.

ליאל פוקס,

מח' שיווק וקשרי חוץ

לסידרה: "Technology Saves Lives - Let Us Learn From The Best". למי שלא הבין, המילה "Best" מיוחסת לנו. מחמאה גדולה לכל הדעות.

בחודש יוני התקיים במלון פאר במומבאי הכנס השני בסידרה, שנושאו היה אבחון וטיפול בעוברים. המרצים שהוזמנו מישראל היו: ד"ר ישראל שפירא (המרכז הרפואי בני ציון), פרופ' ראובן אחרון ופרופ' שלמה ליפיץ (המרכז הרפואי שיבא). הכינוס החל בשירת שני ההמנונים. "התקווה" הושרה על ידי מקהלה, על רקע סרטים, הכוללים מוטיבים מתוך המסורת היהודית והישראלית גם יחד, וכן, תמונות נוף ואתרים מובחרים של הארץ. דגלי ישראל והודו הונפו באולמות במשך כל הכנס. "לזקנים" שבינו, הזוכרים שנים ארוכות של יחס עוין כלפי ישראל, לא מזובר בעניין של מה בכך. הודו סירבה להכיר במדינת ישראל לאחר הקמתה, תמכה בארצות ערב בתקופת הנשיא נהרו, ובתקופת נשיאותו - אינדירה גנדי, סירבה לקיים יחסים דיפלומטיים עם ישראל. רק בשנות התשעים, החל בהדרגה מפנה ביחסה של הודו לישראל.

ד"ר שפירא, יו"ר החברה הישראלית לאולטרה-סאונד במיילדות וגינקולוגיה, התכבד לשאת הרצאה בת שעתיים, הנקראת "הדרשה על שם ד"ר רוואל". מזובר באירוע חגיגי לזכרו של אחד מאבות המקצוע בהודו. מזה 17 שנה מקיימים לזכרו הרצאה, אליה מוזמן מרצה נחשב ומוביל בתחומו. לכבוד האירוע הוזמנה על ידי המארגנים ההודים גם קונסולית ישראל במומבאי, גב' אורנה שגיב. "הדרשה" (Oration) שנשא ד"ר שפירא נשאה את השם "אולטרה-סאונד תלת ממדי - גימיק או פריצת דרך". בסיומה קיבל ד"ר שפירא מגן כבוד כאות הוקרה.

ד"ר ישראל שפירא, מיחידת האולטרה-סאונד מח' נשים, חזר לאחרונה מהודו עם הרגשה טובה שלא כל העולם נגדנו.

במומבאי (בומבי לשעבר), המונה 20 מיליון תושבים, קיים מזה 75 שנה "איגוד הגינקולוגים של מומבאי". בכינוס של הארגון שהתקיים לפני שנה, ביטא נשיא החברה, פרופ' גוטאם אלבדיה, את דעתו על ישראל. הוא הציג נתונים בשתי מצגות שהופצו באינטרנט לאנשים רבים בעולם. האחת מציגה את אחוז היהודים שזכו בפרסי נובל למרות שהיהודים מהווים רק 0.2% מאוכלוסיית העולם, הם מהווים 21% מהזוכים בפרס נובל. המצגת השנייה היתה אודות מעורבות ישראל ברוב הפיתוחים הטכנולוגיים המתקדמים בעולם. מצגת זו, שרבים בארץ צפו בה, מביאה דוגמאות לכך, שרוב המכשירים המהווים את קדמת הטכנולוגיה, הומצאו בישראל או שיש בהם מרכיבים מרכזיים אשר פותחו בארץ. מסקנתו היתה - הישראלים הם הטובים ביותר ומהם צריך ללמוד.

בעקבות זאת, הכריז פרופ' אלבדיה על "שנה הודית-ישראלית" במהלכה, תתקיים סידרה של חמישה כנסים, שיעסקו בחמישה תחומים שונים של רפואת הנשים. לכל כנס יזמנו שלושה רופאים ישראלים, המובילים בתחום בו עוסק הכנס שיהיו המרצים העיקריים. הוכן לוגו מיוחד המשלב בין דגל ישראל ודגל הודו, ונקבע שם

חדת טיסה

הטיפול היו קצר מועד ותוצאותיו בטוחות. כל המטופלים, ללא יוצא מן הכלל, אשר טופלו על ידי גב' מייזלס במסגרת 'מרפאת החרדה' הפסיקו לסבול מחרדת טיסה. כבר לאחר זמן טיפול קצר פחתו תסמיני החרדה אצלם, כך שהם יכולים לצאת לחופשות מהנות, גם לכאלה הכרוכות בטיסות. תרומת הטיפול היא רבה לרווחתו האישית של המטופל, לאיכות חייו ולשיפור חיי המשפחה אשר, לא פעם, נפגעים עקב מגבלה זו.

יש לציין, כי טיפול זה אינו כלול בסל שירותי הבריאות.

יעל ריינר,

השרות הסוציאלית

שהייה במקומות סגורים, באתרים הומים, צפייה בסרטים הקשורים לאסונות או משהייה ומחשיפה למקומות המקושרים אצלם אסוציאטיבית עם טיסות. להפרעת החרדה יש טיפול. גב' רינה מייזלס, הפסיכולוגית הבכירה של בית החולים העובדת במסגרת היחידה הפסיכיאטרית אצלנו - מעניקה כעשר שנים טיפול בחרדות טיסה. הטיפול בחרדת טיסה ניתן תוך שימוש בשיטת הטיפול הקוגניטיבי התנהגותי (CBT) ועירוב שיטות הרפיה ודמיון מודרך. ייחודו של הטיפול הוא בכך שהוא מותאם לכל מטופל באופן אישי. הטיפול מאפשר שינוי מחשבתי, שינוי עמדות, הפחתת עוצמת הרגשות הנתפסות כמאיימות, הפחתה של הרגשות השליליים הנספחים להפרעת החרדה, טכניקות להשגת הרפיה ושליטה וכו'.

כבכל קיץ, בעונת החופשות שחלקן הגדול כרוך בטיסות, צצה ועולה הפרעת חרדת הטיסה הרווחת אצל חלקים משמעותיים של האוכלוסייה הכללית. התופעה, ללא ספק, התעצמה בקיץ האחרון בעקבות אירועים של תאונות טיסה וכמעט תאונות.

חרדת הטיסה ידועה כבעיה כלל עולמית. הסובלים מחרדת טיסה עלולים לחוש תחושת מתח עולה ומתחזקת, אי שקט, דפיקות לב, הזעת יתר, הפרעות נשימה, פיק ברכיים ומחשבות על אסון מתקרב. הם מנסים להימנע מהתופעות הקשות שגורמת להם החרדה, ולכן נמנעים מקרבה או משהייה באותם מקומות הגורמים להם לתחושת החרדה הבלתי נסבלת - אולמות הנוסעים בשדות תעופה, שהייה במטוסים,



הפרעות אכילה

בתינוקות ובפעוטות



- ▲ זיהוי הגורם שהחל את הפרעת האכילה.
- ▲ צורת האכילה לא תקינה על ידי הורה או מטפל.
- ▲ צורת אכילה לא תקינה של הפעוט.

הגורמים העלולים לעורר הפרעת אכילה:

גודל הילד - פגות, תינוק שנולד קטן לגיל הריון (SGA), או תינוק שאינו גדל כמצופה בעקומות הגדילה של בני גילו. ההורה מרגיש צורך לשפר את גדילת הילד תוך ניסיונות האכלה חוזרים ונשנים גם בלי שמתעורר רעב אצל הילד.

מעברים - כאשר שינוי כלכלה עבור התינוק הינו טראומטי (מעבר מיניקה להאכלה בבקבוק, מעבר מבקבוק לכפית), או שהמעבר נעשה מאוחר ולתינוק קשה לקבלו.

סיבות אורגניות - מחלה שמביאה לירידה בתיאבון, או לכאב בעת אכילה. **האכלה מכאנית** - האכלה בזמנים קבועים מבלי שהילד רעב או האכלה בלי חיבור רגשי.

לאחר טראומה - הילד חווה טראומה הקשורה לפה כמו - הכנסת זונדה, אינטובציה, השתנקות, פציעת הפה בעת האכלה בכח, ולכן, הוא תופס את הארוחה כאירוע טראומטי ונמנע מאכילה.

האכלה לא תקינה על ידי הורה/מטפל:

האכלה לילית - "ניצול" שעות השינה להאכלה.

האכלה בכוח - פתיחת הלסת בכוח, דחיפת הכפית בכוח לפה, סגירת האף כדי שהפעוט יפתח פיו.

האכלה מכאנית - בשעות קבועות גם ללא איתות מצד הילד על רעב. חסרה התייחסות רגשית לילד בעת ארוחה.

הסתת דעת מהאכילה - הילד לא אוכל ללא הסחה (שירה, סיפורים).

ארוחות ארוכות - יותר מ-30 דקות.

צורות אכילה לא תקינה של הפעוט:

סוג סירוב - כללי או סלקטיבי. יכול להיות סירוב כללי להאכלה על ידי כל מבוגר או סירוב סלקטיבי, כלומר, כלפי הורה אחד. יתכן סירוב כללי לכל מזון שמציעים או סלקטיבי לסוג מזון אחד. הסירוב יתבטא בבכי, בסיבוב הראש או בניסיון הקאה כאשר מוצע לו מזון.

פיקסציה - קיבוע לטקסטורה ספציפית או לסוג מזון אחד בלבד.

התחלת ארוחה - הילד לא יתחיל בעצמו באכילה.

אוטונומיה בארוחה - הילד לא אוכל באופן עצמאי בגיל שמצופה ממנו לעשות כך.

כאשר מאובחנת הפרעת אכילה, יש צורך בטיפול משולב, הכולל צוות רב תחומי - גסטרואנטרולוג, דיאטנית, מרפאה בעיסוק, פסיכולוגית ועובדת סוציאלית. המטרה היא לשנות את התנהגות ההורים מאחר ובעיית הילד התפתחה עקב האכלה לא נכונה על ידי ההורים.

ההורים מתבקשים להימנע מהאכלה פתולוגית, להפסיק את תשומת הלב המוגזמת למשקל הילד ולאפשר לו אכילה אוטונומית. רצוי לקיים את הארוחות בחברת בני המשפחה ולהגביל בזמן. כמובן שיש להביע שביעות רצון כשהילד מסיים את הארוחה. אצל תינוק יש להפסיק את הארוחה כאשר הוא מסרב להמשיך באכילה, ולא לכפות עליו לסיים את הבקבוק. יש לכבד רמזים מצד הפעוט לרעב או לשובע. לתינוקות מעל גיל 10 חודשים יש לאפשר לאכול באופן עצמאי.

כאשר השינוי בהתנהגות ההורים לא מוביל לתוצאות המצופות, הילדים יטופלו בקבוצות של ארוחות משחק, המנוהלות על ידי מרפאות בעיסוק מומחיות בטיפול בהפרעות אכילה. במקביל, ההורים יפגשו במסגרת קבוצת תמיכה, המנוהלת על ידי פסיכיאטר/פסיכולוג ודיאטנית. דווקא כאשר העיסוק המתמיד בשיפור התזונה פוחת ולחץ ההורים יורד, הילד מתחיל לאכול טוב יותר.

כשמדברים על הפרעת אכילה מיד מצטיירת במוחנו דמות של נערה אנוורקטית. מתברר שבעיית אכילה שכזו גם בקרב תינוקות וילדים צעירים יותר. התלונה כי "הילד מסרב לאכול" קיימת ב-25% מהילדים שלהם התפתחות תקינה.

בילדים עם איחור התפתחותי השכיחות עולה ל-80%, כך מעדכנת ד"ר דרורה ברקוביץ.



ד"ר ברקוביץ, גסטרואנטרולוגית מומחית לילדים ולנוער, החלה לעבוד בבית החולים שלנו במאי האחרון, כרופאת ילדים בכירה. היא הגיעה אלינו לאחר עבודה במשך שנים רבות כרופאת ילדים בבית החולים לילדים "מאיר", שם היתה סגנית מנהל מח' ילדים וממלאת מקום מנהל מח' גסטרו ילדים.

ד"ר ברקוביץ התמחתה בגסטרו ילדים בבית החולים לילדים בסיניסיטי, אוהיו. אצלנו ד"ר ברקוביץ גם מנהלת מרפאת חוץ המטפלת בילדים ובנוער.

בעיית האכילה מתבטאת באופנים שונים - סירוב לאכול, אכילה סלקטיבית, ניסיון הקאה כשאוכל מוגש ומונהגי אכילה מוזרים (אגירת מזון בלחיים). אם התופעות נמשכות לאורך זמן, נפגעת הגדילה ומופיעים חסרים תזונתיים. קושי בהאכלה בתינוקות עלול להתפתח בשל מצבי מחלה או בעקבות בעיה התנהגותית.

מצבי המחלה השכיחים הגורמים לקשיי אכילה כוללים:

1 רפלוקס קיבתי וישטי - מצב בו יש החזר מזון ומצי קיבה חומציים אל הוושט. מצב זה שכיח בתינוקות משום שהסגור הוושטי התחתון אינו יעיל כמו אצל מבוגר. החזר החומצי גורם לדלקת בושט (אזופגיטיס) ומעבר המזון באזור הדלקתי בושט גורם לכאב. התינוק רעב, מתחיל למצוץ בשקיקה מהבקבוק, לאחר מספר לגימות הוא פורץ בבכי ומפסיק את הארוחה. בדרך כלל ההורים יזווחו על פליטות והקאות, שהן בשילוב עם הבכי המלווה הפסקת אכילה ירמזו על האבחנה. הטיפול הוא בתכשיר שמונע הפרשת חומצה מהקיבה וריפוי האזור הדלקתי בושט.

2 אלרגיה למזון - בדרך כלל לחלבון חלב פרה. גם כאן מופיע סירוב לאכול שמלווה באי שקט. בשיחה עם ההורים ישנו רקע אטופי אצל בני משפחה קרובים. יתכנו סימנים נלווים של פריחה עורית או של דמם בדרכי העיכול. החלפת כלכלה לכלכלה עם חלבון מפורק תעלים את הסירוב לאכול.

3 מנגנון בליעה פגוע - בדרך כלל בתינוקות עם פגיעה נירולוגית. בנוסף לקשיי האכלה תתווסף גם השתנקות או אספירציה עם דלקת ריאות. בבדיקת הילד יבלטו ממצאים נירולוגיים (איחור התפתחותי, ספסטיות, היפוטוניה, פרקוסים). אצל חלק מילדים אלה מבצעים האכלה ישירות לקיבה (זונדה/גסטרוסטום).

4 התעייפות מהירה - עקב אי ספיקת לב או קושי נשימתי. במקרה זה הילד יאכל עם הפסקות, ישנה צבע בזמן הארוחה וההורים ישימו לב לקושי הנשימתי. במקרים אלה טיפול במחלה הבסיסית מחזיר את יכולת האכילה התקינה.

יכולת האכילה קשורה להתפתחות הילד. התינוק ניזון ממציצת חלב נזולי. בשלב הבא לומד התינוק לאכול בכפית מזון סמיך, דייסתי ובשלב הסופי הוא מסוגל ללעוס מזון מוצק. קשיים במעבר בין שלבי ההתפתחות יכולים לבוע מאיחור בזמני החשיפה, מפגיעה נירולוגית ומבעיות התנהגותיות. סירוב לאכול עקב בעיית התנהגות מתבטא קלינית באותם סימפטומים של מחלה אורגנית ולכן האבחנה מתאחרת. במקרים רבים אבחון הפרעת אכילה מגיע רק לאחר שנשללו סיבות אורגניות לסירוב לאכול. הפרמטרים העיקריים, המסייעים באבחון הפרעת אכילה התנהגותית, נאספים במהלך שיחה עם ההורים ובתצפית על יחסי גומלין בארוחה וכוללים:

יעל ריינר,

השרות הסוציאלי



בשנים האחרונות גברה מודעות המערכת הרפואית לצורך בטיפול בכאב בכלל ואצל ילדים בפרט.

עבודות מחקר הראו שילדים מגיל צעיר מאוד רגישים לכאב, וזוכרים את החוויות הלא נעימות לאורך זמן. חשיפה לכאב בעבר עלולה להשפיע על תחושת הכאב ולגרום לחרדה בעתיד.

בשלב התפתחות מוקדמים, בערך עד גיל 9, לילדים קשה להבין, שמטרת הבדיקות הכרוכות בזריקות ובכאב היא לעזור להם להתגבר על מחלות. חלקם אינם משתפים פעולה אף בפעולה שאינה נואבת, לדוגמה בשכיבה ללא תזוזה בפרק זמן ממושך.

התמורות בתחום זה קיימות גם בארץ. חוזר משרד הבריאות משנת 2003 קובע כי "על כל מטפל חלה החובה למזער את הכאב והפגיעה בילדים בכל האמצעים העומדים לרשותו". מטרת חוזר זה לקבוע כללים והנחיות שיאפשרו מתן סדציה (הרגעה) בתנאים בטוחים, באותם מצבים רפואיים העלולים לגרום לכאב ולפחד בקרב ילדים. סדציה נועדה לעזור לילדים לעבור את הבדיקה בשלום, ללא חרדה וללא כאב.

מקובל להשתמש בסדציה בפעולות דחופות בדרך כלל, בנוסף לטיפול כנגד כאב אקוטי (אנלגיה) על מנת להוריד את רמת החרדה המלווה את הכאב וכן, בבדיקות אלקטיביות שאינן נואבות, אך מצריכות שיתוף פעולה מצד הילד.

סדציה היא שינוי הפיך של מצב ההכרה, שנגרם על ידי תרופות ואינו מהווה הרדמה כללית, אזורית או מקומית. ככלל, יש להעדיף מתן סדציה לילדים על ידי רופא מרדים. בהיעדרו, קבע משרד הבריאות כללים המאפשרים מתן סדציה על ידי רופא שאינו מרדים, תוך שמירה על כללי הבטיחות.

לסדציה שלבים שונים (שטחית, עמוקה והרדמה כללית). הגבול בין השלבים השונים של הסדציה

אינו חד משמעי, ויתכן מעבר בין השלבים בכל עת במהלך ביצוע הסדציה.

הילדים שמקבלים סדציה על ידי רופא ילדים במח' לרפואה דחופה לילדים (מלר"ד) פונים לבית החולים לצורך ביצוע פעולות שונות: בדיקת איזוטופים במכון לרפואה גרעינית, בדיקת ציסטוגרפיה במכון רנטגן, בדיקת BERA במכון השמיעה במרפאות חוץ ובדיקת EEG במכון הנוירולוגי. בבדיקות אלה נדרש בדרך כלל שיתוף פעולה של הילד והשימוש בסדציה נועד להבטיח זאת.

על מנת לתת טיפול בטוח יש להכיר את התרופות הנמצאות בשימוש בסדציה בילדים, לקבוע את עומק הסדציה אשר הרופא שאינו מרדים יכול לתת ולבחור בילדים שמצבם הבריאותי מאפשר סדציה. כמו כן, יש להכיר את גורמי הסיכון והסיכונים האפשריים.

משרד הבריאות קבע כי סדציה במלר"ד תתבצע על ידי המורשים לכך. כל הליך הסדציה מתקיים על ידי שני אנשי צוות - רופא האחראי על פעולת הסדציה ואחות מיון או מחלקת ילדים. הרופאים מורשים לתת תרופות סדציה לאחר שעברו בהצלחה קורס סדציה וקורס החייאה בילדים. מומלץ שגם המטפל השני (האחות) יעבור אותה הכשרה.

כאשר הילד מגיע לצורך בדיקה באחד המכונים והוחלט על מתן סדציה, הוא מופנה למלר"ד ילדים, שם רופא הילדים (שהוכשר לכך) בודק את הילד ומדריך לגבי התהליך. האחיות נותנת לילד את תרופת הסדציה על פי ההוראה הרפואית, עוקבת אחר מצבו, מנטרת סימנים חיוניים, מתעדת בגיליון סדציה ייעודי, ומלווה אותו למכון לביצוע הבדיקה/הפעולה. בתום הפעולה הילד חוזר למלר"ד ילדים לצורך שחרור רפואי וסיעודי, וההורים מקבלים הדרכה לגבי המשך מעקב בבית.

בנוסף להכשרת הצוות, נדרשנו לדאוג לתנאים ולציוד החייאה וניטור בכל מקום בו מתבצעת סדציה, לכתובת פרוטוקולי עבודה, לכתובת דף מידע להורים, ליצירת טופס הסכמה לסדציה (כמו טופס הסכמה להרדמה) ולבניית גיליון תיעוד ודיווח. כתוצאה של שיתוף פעולה בין ד"ר סרוגו, נורית בזינסקי והח"מ ממח' ילדים וכן, מירה וילהלם כפיל מהנהלת הסיעוד ומנהלי המכונים המעורבים, הוסדר הליך מתן סדציה במלר"ד ילדים. לא הסתפקנו בזאת. במחקרים שנעשו בשנים האחרונות נמצא כי לטכניקות פסיכולוגיות שונות יש יעילות בהפחתת רמת הכאב אצל ילדים. התערבות פסיכולוגית כגון הרגעת הילד והסחת הדעת מהאיום הסביבתי עשויה להפחית כאב. אנו משתמשים, במיון ילדים, במוסיקה קלאסית בחדר המתנה, ומאפשרים צפייה בטלוויזיה ובסרטים באמצעות מכשיר DVD נייד שמשמש את הילד בזמן פעולה לא נעימה או נואבת. כאשר ניתן, אנו נעזרים בליצנים רפואיים. עבודות בספרות הרפואית מראות כי שתיית מי סוכר בריכוז גבוה עשויה לשכך כאב חריף אצל תינוקות מתחת לגיל 3-4 חודשים בזמן לקיחת דם או הכנסת עירוי. בנוסף, אנו מציעים לאימהות מניקות לנסות להניק את הילד בזמן הפעולה הגורמת לאי נוחות או כאב.

אנו מתרשמים שכל הפעולות שבוצעו הקלו על הילדים המטופלים, על הוריהם ואף על הצוות המטפל.

ד"ר אירנה ציסיטאקוב, אחראית מלר"ד ילדים
דינה ליבס, אחות אחראית מלר"ד ילדים

ברית מילה במסגרת בית חולים

לביצוע ברית מילה על ידי רופא בביה"ח יש יתרונות. לדבריו, אחד הסיכונים השכיחים הוא דימום. לכירורג ילדים יש את המיומנות לתפור מיידית את כלי הדם ולעצור את הדימום. כמו כן, הרופא הבודק את התינוק לפני ביצוע הברית יכול לזהות מומים. הוא מיומן בשמירה על כללי האספטיקה ובכך מונע זיהומים שלאחר המילה. ד"ר קנדליס מוסיף ואומר שהרופאים משתמשים כיום בחבישות קלות אשר לא נדבקות ויכולות לעצור דימומים.

הברית מתבצעת על ידי אלחוש מקומי. ניתן למרוח משחות כגון EMLA או ESRACAINE, להשתמש בספריי כמו XCILOCAINE ולאחר מכן להזריק חומר הרדמה למקום (PENIAL BLOCK).

רחל קליין

אחות אחראית המח' לרפואה דחופה

לעטרת הפין. המוהל משחיל את הערלה אל חריץ של מגן מתכת. המגן מבטיח שרק הערלה תחתך והפין והעטרה לא יפגעו.

היתרונות בביצוע ברית מילה הם: מסורת, בריאות, סבירות נמוכה ללקות באיידס, סיכון קטן יותר לחלות במחלות מין, הארכת זמן קיום יחסי מין.

החסרונות בביצוע ברית מילה הם: סיכונים (בשיעור קטן מאד).

המקרים בהם אין לבצע ברית מילה ביום השמיני הם: כאשר לתינוק יש צהבת מתמשכת, היפוספדיה/אפיספדיה, מחלות סיסטמיות קשות ועוד.

במח' כירורגית ילדים בבית החולים, מתבצעות בריתות רפואיות על ידי ד"ר גורג' מוגילנר, מנהל המח' ועל ידי הכירורגיים הבכירים - ד"ר איגור סוחוטניק וד"ר יפיים קנדליס. לדברי ד"ר קנדליס,

"ברית המילה" הינה מצווה ביהדות שמשמעותה חיתוך והסרת הערלה העוטפת את ראש הפין. הברית נערכת ביום השמיני להיוולדו של התינוק ואין לדחותה אלא מסיבות בריאותיות. במקרא, המילה מוזכרת כמצווה אך אין הסבר כיצד לבצע את ההליך או את הטקס. במדינת ישראל כיום, ברית המילה היא אחת המצוות היחידות שרוב היהודים מקיימים, לרבות החילונים. הפעולה מתבצעת על ידי מוהל או על ידי רופא המומחה בכך.

הליך המילה כולל 3 שלבים:

◀ **מילה** = חיתוך הערלה בסכין.

◀ **פריעה** = קילוף העור הדק מעל העטרה.

◀ **מציצה** = מציצת דם מפין הנימוק.

לשלושת השלבים הללו קודם שלב ההפרדה בו מבתק המוהל את הרקמה המחברת בין הערלה



- המוטוריות של הקטין.
- שינוי גרסאות או שוני בגרסאות בין המלווים /או הילד לגבי סיבת הפגיעה.
- אי התאמה בין ההסבר לבין הממצא הגופני על רקע ביומכניקה של הפגיעה.
- חבלות חוזרות באותו אזור, או באזורים שונים.
- ריבוי סימנים לפגיעות שנגרמו בזמנים שונים.
- שחרור קטין מביה"ח ע"י הורה בניגוד להוראה הרופא, או עזיבה בלתי מתואמת של קטין נפגע חבלה את בית החולים.

במקרה של חבלה גופנית בילד צעיר (בגיל צעיר מ-3 שנים) מומלץ לבצע בדיקה גופנית מקיפה, ללא בגדים, לאיתור הימצאות חבלות נוספות. בכל שלב של הטיפול בילדים ניתן ומומלץ להיוועץ בגורמים המוסמכים (עובדת סוציאלית או נציג רפואי של הוועדה). יש להתייחס בכובד ראש וברגישות למשמעות ממצאים המחשידים בקיומה של "התעללות" או "הזנחה".

במרכז הרפואי שלנו פועל מזה מספר שנים מרכז רב-תחומי (אחד משלושה מרכזים בארץ) המתמחה בטיפול בנפגעי/ות תקיפה מינית כולל פגיעה בקטינים. הבדיקות והטיפול במסגרת המרכז הם רב תחומיים וכוללים בדיקה רפואית-משפטית, טיפול רפואי וסיעודי מונע וטיפול פסיכו-סוציאלי. קטינים קורבנות של ניצול מיני בגיל צעיר מאוד באים או מובאים על ידי המשטרה או על ידי חוקר ילדים לבדיקה ולטיפול.

הטיפול מורכב וכולל: הכנת הקטין המצוי במצב של מצוקה ודחק לבדיקה, תשאול רפואי מקצועי, עבודה בשיתוף פעולה עם גורמים חיצוניים כמו המשטרה ולעתים מתן עדות בבית משפט.

יש חשיבות רבה לעבודת צוות רב תחומי בזיהוי, באיתור ובטיפול בילדים נפגעי התעללות והזנחה. על כן, ממשכה הוועדה למניעת אלימות במשפחה בהכשרת הצוות הרפואי והפרה רפואי, מתוך חתירה לשיפור איכות הטיפול במקרים אלה.

ד"ר אירנה צ'יסטיאקוב,
אחראית מלר"ד ילדים

וועדה קבועה לנושא האלימות במשפחה. במסגרת הוועדה תפעל תת וועדה מקצועית לנושא הטיפול בקטינים נפגעי אלימות במשפחה.

תת הוועדה שפועלת במרכז הרפואי בני ציון מורכבת מרופא ילדים מומחה, מאחות ומעובדת סוציאלית. לוועדה מצטרפים אנשי מקצוע אחרים כגון כירורג ילדים.

הצטרפתי לוועדה לאחר קורס הכשרה מעמיק בנושא "איתור, טיפול ומתן עדות בנושא התעללות והזנחה של קטינים". תוכנית ההכשרה הופעלה על ידי מכון "חרוב" בשיתוף עם משרד הבריאות, פרקליטות המדינה וגורמים נוספים וכללה גם השתלמות במרכז רפואי גדול בפילדלפיה (Children's Hospital of Philadelphia-CHOP), המוביל בתחום של טיפול לא נאות בילדים (פיתוח מחקר ועבודה קלינית).

הוועדה פועלת הן כגורם מיעץ לצוות בתהליך זיהוי, טיפול, דוח, שחרור ומעקב של נפגעי אלימות במשפחה, והן כגורם מרכזי בקיום תוכנית הדרכה והכשרה לעובדי בית החולים. המטרה היא שכל מטפל במערכת הבריאות ידע לאתר ולזהות את התופעה, וכן כיצד לפעול במצבים המתאימים. נערכו הרצאות למחלקות המעורבות בטיפול בילדים (מח' ילדים, כירורגיה ילדים, מח' אורתופדיה, מלר"ד, שירות סוציאלי), כולל הרצאות מיוחדות לצוות הסיעודי של אותן מחלקות. בהרצאות נלמדו המאפיינים של התעללות והזנחת ילדים, דרכי האיתור של ילדים נפגעים ודרכי הטיפול והמניעה של המשך ההתעללות. יש לציון כי למרות ש"מחלת ילדים" משמעותית ונפוצה זו מוכרת מזה זמן רב, אין היא נלמדת בצורה אחידה ושיטתית באף לא אחד מבתי הספר לרפואה בארץ.

חשוב שבכל מפגש עם קטין בחדר מיון יגלה הצוות ערנות לסימנים מעוררים חשד לקיום של "התעללות" או "הזנחה", ויש לבבמיוחד לסימנים הבאים העשויים להעיד על חבלה מכוונת:

- איחור בפניה לקבלת טיפול לאחר חבלה.
- פגיעה גופנית שאינה מוסברת.
- אי התאמה בין ההסבר לבין הממצא הגופני, במיוחד ההסבר הנוגע לגילו וליכולותיו

התעללות בילדים והזנחתם היא תופעה חברתית נפוצה. התעללות פיזית, רגשית, ניצול מיני והזנחה הם מקור לתחלואה ניכרת, לנכות ולמוות. התופעות הללו הן בין "מחלות הילדים" הנפוצות ולעתים אף הקטלניות ביותר מבין אלה המגיעות לפתחו של רופא הילדים.

בעוד שבארצות הברית ובאירופה התקבל המונח Child Maltreatment כמושג "מטרייה", הרי שבישראל משתמשים באחד מכמה מונחים: ילדים בסיכון, התעללות בילדים או ילדים מוכים. המונח "טיפול שאינו נאות בילדים" טרם תפס אחיזה בשפת אנשי המקצוע בישראל.

ארגון הבריאות העולמי מגדיר טיפול לא נאות בילדים ככל צורה של פגיעה - גופנית, נפשית, מינית, הזנחה, טיפול לקוי, ניצול מסחרי או אחר, המוביל במעשה או בפוטנציאל לפגיעה בבריאותו, בהישדרותו או בהתפתחותו של הקטין, דבר אשר ישפיע על טיבן של מערכות היחסים שלו בעתיד.

שליש מהאוכלוסייה בארץ הם קטינים (מתחת לגיל 18 שנים). מספר הילדים המוכרים לשירותי הרווחה בישראל הוא כ-275,000 ואלה מהווים כ-13% מכלל הילדים בישראל. 80% מהמקרים הינם בגילאי 0-6 שנים. בשנת 2005 הפנו כ-37,191 ילדים בחשד לסיכון לטיפול פקידי הסעד לחוק הנוער, לעומת 27,000 מקרים בשנת 1999. חשוב לציון שהמספרים הללו לא משקפים את היקף הבעיה האמיתית, זאת בשל היעדר דיווחים. אין מדד מדויק למספר הקורבנות, אך ההערכה היא שמדובר בערך ב-2% - 3% אחוזים מכלל הילדים.

למערכת הבריאות יש תפקיד מרכזי וייחודי בנסיון למנוע התעללות והזנחת ילדים או בנסיון להפחית מחומרתה בעזרת הכלים העומדים לרשותה באיתור, בזיהוי ובטיפול בנפגעים הקטינים. מערכת הבריאות מכירה יותר ויותר בכך שהאלימות היא בעיה בריאותית ממדרגה ראשונה לנפגע, לסביבתו ואפילו לפוגע.

ב-2003 הופצו על ידי משרד הבריאות נהלים המתייחסים לדרכי האבחון והטיפול בנפגעי אלימות במשפחה ובנפגעי תקיפה מינית. נהלי המשרד קובעים כי יש למנות בכל בתי החולים

פענוח מרחוק של צילומי רנטגן



הפענוח שלנו, לדוגמא, בית החולים הגריאטרי בפרדס חנה ואחרים.

ד"ר אלישע בר מאיר,
מנהל מכון הרנטגן

שבא לפתור את המצוקה של חסר רדיולוגי בבית חולים פלימן, במיוחד בשעות הכוננות.

את הפענוחים מבצעים רופאי מכון הרנטגן של בני ציון, על גבי תחנת עבודה ייעודית שנרכשה ושהותקנה במכון הרנטגן שלנו.

יש לציון שבמרבית בתי החולים בישראל קיים מחסור ברדיולוגים, תופעה הבולטת במיוחד בפרפריה.

מכון הרנטגן שלנו נערך לספק שירותי אבחון למוסדות נוספים שביקשו להיעזר בשירותי

לאחרונה נחנך שיתוף פעולה ייחודי בין שני בתי חולים בחיפה: פרויקט הטל-רדיולוגיה בין בית החולים בני ציון ובית חולים פלימן. בית חולים פלימן רכש לצורך כך מערכת דיגיטלית מסוג CR המאפשרת להעביר את הצילומים למערכת PACS. מערכות ה-PACS של שני בתי החולים מקושרות ביניהן במשך 24 שעות ביממה.

באופן זה, מתאפשר למחלקות בית החולים פלימן לקבל פענוחים רדיולוגיים לבדיקות הרנטגן של המאושפזים באופן רציף ומיידי. זהו פתרון טכנולוגי

היה זה הרופא הצרפתי, ד"ר רנה תאופיל הייאסיני' לאנס, שברגע של מבוכה אנושית המציא את סמל הרפואה - בעודו נרתע מלהאזין לליבה של מטופלת שופעת חזה בדרך שהייתה מקובלת דאז, על ידי הצמדת אוזנו לחזה, הבריק במוחו רעיון, לבצע האזנה לא ישירה, אלא מתוכת על ידי מוליך קול. תחילה השתמש בנייר מגולגל, ובהמשך בכפיס עץ גלילי. את הרעיון שאב מהתבוננותו בילדי רחוב המשתעשעים בהאזנה לנקישות מסמר על גבי המדרכה דרך ענף שמוצמד לאוזניהם. בעודו מיישם לראשונה את המצאתו, נדהם מבהירות קולות הלב כפי שנשמעו דרך המוליך, בהירות שעלתה פי כמה מונים על ששמעה אוזנו בשיטת ההצמדה הישירה לחזה המטופלים. מדובר היה ב 1808, ואם נזכר בהרגלי ההיגיינה של המטופלים דאז, נתפעל אף יותר מגאונותו של ד"ר לאנס, ומהצלחתו לשים חוצץ בין אוזן הרופא לגוף המטופל. כך הומצא הסטטוסקופ, שהחליף בהמשך מספר גלגולים עד לצורתו הנוכחית. אותו סטטוסקופ שמהווה סמל של עולם הרפואה. ב"חוד מייצג הסטטוסקופ את יכולתו של הרופא להאזין ולחקור את נבכי גופו של האדם שלפניו. ואולי יותר מכל מסמל הסטטוסקופ את הרפואה הפנימית; אותה רפואה המצריכה סקרנות גדולה, הטיית אוזן ועין למערכות הגוף השונות, גיוס כל הרמזים והנתונים להרכבת אותו פאזל שבייא לאבנתה רפואית ולמזור, וכל זאת מבלי להניף סקלפל...

היה זה אי שם בשנה השישית ללימודי, כשהתחוויר לי שחרף מאמצ" להתכחש לחיבתי למחלקה הפנימית, נשביתי בקסמה. כן, אותה מחלקה עטוית הילה גריאטרית, אפופת אדי חיתולים. עם פסיפס אנושי מגוון של מטופלים, ושל צוות אחיות מסורות ורופאים טרוטי עניינים מתורנויות עמוסות. מחלקה בה מדברים בהתלהבות על ערכי לחץ דם, מדדי דלקת, מכאובי מפרקים, תדירות יציאות וספירות דם נמוכות... הכל מכל וכל. מחלקה המעניקה לסטודנטים לרפואה את הכשרתם הבסיסית כרופאים. כן, הבנתי שאין מה לעשות, אני נמשכת לאותו תחום החוקר את מסתרי גוף האדם מבלי לחתוך בו הלכה למעשה. תחום שמקנה הבנה רחבה של מערכות הגוף, והשפעתן זו על זו.

צוות הפנימאים המסור בבני ציון, וגישתו האנושית והנעימה למאושפזים (ואולי גם הציפס בחדר האוכל) הם, למעשה, אלה שעיצבו את החלטתי להתמחות ברפואה פנימית דווקא בבני ציון. יש לציין כי רבים וטובים מבני כיתתי גילו נטיות דומות ובהרו אף הם במחלקות הפנימיות, ובראה כי תחום זה זוכה להכרה מחדש.

יצאתי לראיין את מנהלי המחלקות הפנימיות, שיספרו מעט על הווייתם במחלקה התובענית אך הכל-כך מרתקת, בה בחרו לבלות שנים כה רבות, ולשאול מה גרם להם לבחור דווקא במחלקה הפנימית. אותם מנהלים, שמעבר לניהול הטיפול במאות אלפי חולים בשנה, הם גם האתרים לחינוכם הרפואי של סטודנטים, טטאזרים ומתמחים.

ראשון ראייתי את פרופ' אוליבן, מנהל מח' פנימית ב'. מי שמכיר את פרופ' אוליבן מנחש כי הראיין תובל בהרבה הומור...
פרופ' אריה אוליבן, פנימאי-פולמונולוג וחוקר, מנהל מח' פנימית ב', אבי קורס המר"ק (מבוא לרפואה קלינית) ואבי הביטוי "החולה אינו מסרב, אלא, אינו מעוניין".



"מאז ומתמיד רציתי להיות רופא, ומתחילת דרכי בחרתי ברפואה פנימית. למה **דווקא פנימית?** "כי זו הרפואה האמיתית. בהמשך התמחותי, פניתי לתת התמחות ברפואת ריאות. את תקופת מדעי היסוד עשיתי ביחידה לטיפול נמרץ ברמב"ם, שם רכשתי ידע על הנשמה ועל גמילה מהנשמה. נתקלתי שם בחולה מעט דמנטי, שהונשם. בהמשך - לא הצלחנו לגמלו ממכונת ההנשמה, וזאת למרות שלא היה פגם משמעותי בריאותו. בכל פעם שנותק ממכונת ההנשמה, היה עובר לנשימה טטחית ומהירה, ומפתח מצוקה נשימתית חריפה. נעמדתי לידו וצעקתי באוזנו באידיש: "אלמן, נשום עמוק, נשום עמוק!!". זה היה מדרבן אותו לשתיים שלוש נשימות הגונות, שלאחריהן היה חוזר לנשימת הכלב שלו. הבנתי שלאדון יש בעיה בבקרת הנשימה. ועוד הבנתי - שלאיש מסביב אין מושג אמיתי כיצד עובד ה"עסק" של בקרת הנשימה... כך הגעתי לקליבלנד, ארה"ב, למרכז הגדול ביותר לחקר בקרת הנשימה. אני זוכר את התפעלותי הרבה בהיכנסי לראשונה למעבדה האמריקאית. היה שם שולחן קטן, ועליו כליב קטן. מהכלב השתלשלו כמאה חוטים סבוכים, ומסביבו ניצבו עשרות מוניטורים ומכשירים חשמליים לרישום... לקח לי זמן להבין שבעצם לאף לא אחד בעולם יש באמת מושג איך פועלת בקרת הנשימה..."

ומה השתנה מאז? "בארה"ב למדתי את נושא בקרת הנשימה ברמה המובנת כיום - מהם הטריגרים המדברנים את פעולת שרירי הנשימה ובאיזה אופן. בהמשך התמקדתי בבקרת דרכי הנשימה העליונות ומעברי האוויר באזור הפארינקס (הלוע). בשלב ראשון עסקנו בחקר מכאניקת הפארינקס בכלבים, משם עברנו למחקר בבני אדם בריאים בזמן עירות ושינה. ובהמשך הערכנו חולים הסובלים מדום נשימה בשינה - SLEEP APNEA. המחקר הוביל להבנה מעמיקה יותר של הפיזיולוגיה והפתו-פיזיולוגיה של דרכי הנשימה העליונות. מחקר זה הביא לפיתוח מכשיר יישומי לטיפול ב-SLEEP APNEA, זאת על ידי גירוי חשמלי של עצב הלשון. מכשיר זה מושגל בימים אלה במטופלים הסובלים מדום נשימה בשינה.

נושא נוסף, שתמיד עמד בראש מעייניי, הוא איכות הטיפול בחולה. מתוך רצון לצמצם סיכונים בטיפול בחולה המאושפז, הכנסתי לשימוש את

תוכנת הטיפול התרופתי הממוחשב. תוכנה זו היא המתקדמת בארץ במניעת סיכונים לחולה, שכן היא מקושרת למסד הנתונים של החולה. במקביל הקמתי את "וועדת איכות" שאני עומד בראשה, הפועלת למניעת סיכונים לחולה המאושפז. תחום עיקרי נוסף של פעילותי הוא ההוראה. בשטח זה קידמתי את קורס המבוא לרפואה קלינית בפקולטה לרפואה. כמו כן, אני שוקד על פיתוח תוכנת "החולה הוירטואלי", המשמשת סטודנטים לתרגול מקרים רפואיים, וכן, בוחנת ידע וגישה לחולה.

סגני הוא **ד"ר אלעד שיף** - רופא וקלינאי מעולה, עם יכולת ארגון מצוינת שאף התמחה אצלו, בפנימית ב'. מאז ומתמיד הוא גילה עניין גם ברפואה משלימה, והתמחה בנושא בארה"ב. ואם נאמר על המנהל הטוב, שהסימן להצלחתו הוא שבעת היעדרו העניינים מתבצעים כהלכה, הרי שבזכותו של ד"ר שיף אני נכראה מנהל טוב."

ומספר מלים על המחלקה - "מחלקתנו משתתפת במחקרים בינ"ל רבים, המבוצעים על ידי רופאי המחלקה ומתאמות מחקר. הדבר תורם לשיפור איכות הטיפול בחולים על ידי מימון עוזרי רופא, תורנויות ומחשבים למחלקה. מעבר להוראה ולרפואה ברמה מצוינת, ולמתן דגש על מניעת סיכונים לחולה, הדבר החשוב והנפלא ביותר במחלקתנו הוא - יחסי האנוש המצוינים ושיתוף הפעולה בין חברי הצוות."

שנייה ראייתה ד"ר וולפוביץ, מנהלת פנימית ג' - "האחות הצעירה" של שתי הפנימיות הותיקות.
ד"ר אפרת וולפוביץ, פנימאית - ליפידולוגית, מנהלת מח' פנימית ג'.



כיצד הגעת לנטוק ברפואה? "עם שחרורי מהשירות הצבאי התלבטתי באיזה מקצוע לבחור. פניתי לאבחון והכוונה בבחירת מקצוע, והתבשרתי כי נועדתי להיות רופאה. למדתי במחזור השני בפקולטה לרפואה בטכניון. התמחיתי ברפואה פנימית בב"ח רמב"ם ובהמשך עשיתי את ה FELLOWSHIP ב-NIH בארה"ב, שם השתתפתי במחקר בנושא טרשת עורקים מואצת וסינדרום מטבולי."

מדוע רפואה פנימית? "לא נמשכתי מעולם למקצועות הכירורגים מרובי הטכניקה, ולא לחדרי הניתוח. תחילה התלבטתי בין רפואה פנימית לרפואת ילדים. בהמשך גיליתי כי אני מתעניינת יותר בתחום הרפואה הפנימית, מה גם שהתבהר לי כי אני מתקשה לשאת את סבלם של ילדים חולים חשוכי מרפא. הרגשתי כי קל יותר לשאת ולהשלים עם צער, סבל ומוות בגיל המבוגר. אני חושבת שעשיתי בחירה נכונה, וכי זהו המקצוע המעניין ביותר מבין מקצועות הרפואה. אני ממשוכה להתלהב וליהנות מהמקצוע,

גם אחרי עשרות שנות עבודה בתחום. לבני ציון הגעתי כשהוחלט להקים מחלקה פנימית שלישית. הקמתי את המחלקה ביולי שנת 2002, וגיבשתי את הצוות הרפואי והמחלקה מן היסוד. עד אז היה מסדרון שנקרא פנימית ג', החולים ששהו בו היו באחריותן של מחלקות פנימית א' וב'. לאחרונה חגגה המחלקה יום-הולדת שביעי. אני ליפידולוגית. מי שטיפח אותי היה פרופ' ברוק ברמב"ם, שגורלי המקצועי נקשר בו מהשנה החמישית ללימודי. הוא היה ליפידולוג בעל שם עולמי. הייתה לנו מרפאה ברמב"ם ומעבדת מחקר, ועד היום זהו נושא העיסוק העיקרי שלי, הבא לידי ביטוי גם במחקרי. כיום קופות החולים מגבילות יותר בהפניית המטופלים למרפאות, אך למרות זאת ממשיכים להגיע אלינו מטופלים ותיקים. בנוסף, מופנים אלינו מטופלים שנכשל איזונם במסגרת הקהילה. לאחרונה נחתם חוזה עם הצבא, ואנו מטפלים גם בחיילים. כמו כן, אני מנהלת את הפורום בנושאי ליפידים בשיתוף עם אתר DOCTORS.

כמה מלים על הצוות שאיתך - "במחלקתנו פועלים עוד כשלושה רופאים בכירים: ד"ר נוה טוב, הסגן שלי, שעשה תת התמחות בפולמונולוגיה, מנהל את המכון לתפקודי נשימה המשוכלל, המודרני שהוקם לאחרונה בביה"ח. ד"ר טוב עוסק גם במחקר בתחום מחלות הריאה, זאת בשיתוף רופאי המחלקה. ד"ר אפרת גיל, מסיימת בימים אלה את תת התמחותה בגריאטריה, וכולנו מקווים שהיא תשתלב במערך הייעוץ הגריאטרי. ד"ר שרון גינו-מור, פנימאית והמטולוגית, מחלקת זמנה בין שתי מחלקות - פנימית ג' והמטולוגיה. כפי שניתן לראות, קיים שילוב מצוין של רופאים בכירים, התורמים ידע מתחומי התמחותם למחלקה ולהפך. בנוסף לאלה, ישנם גם הרופאים המתמחים המהווים חלק בלתי נפרד מהמחלקה.

בהזדמנות זו אציין כי אנו בתהליך בנייה והתרחבות, וממתנים להקמת המחלקה החדשה בקומה 10. מעבר לשאיפה החשובה ביותר, שהיא להעניק טיפול מקצועי יעיל לחולים, אני מאמינה מאד בטיפוח מקום העבודה. אני משתדלת ליצור במחלקה סביבת עבודה נכונה ואווירה נעימה. עבודת הרופא הפנימאי היא קשה ושוחקת, ולכן, אנו עורכים מעת לעת טיולים מחלקתיים, ערבי גיבוש וכדומה. לאחרונה, נהנינו מארוחת צהריים חגיגת שהתקיימה ביום ההולדת של המחלקה."

אמנם זה כבר אמור להיות דבר שבשגרה לראות אישה בעמדה ניהולית בבית החולים ובכל זאת אשאל על הקשיים בלהיות אישה-מנהלת ואימא. "בכיתה שלי בלימודי הרפואה, רק 10% מהסטודנטים היו נשים, בעוד שכיום המספר עומד על 60%. בדור שלי, היה זה מאד לא שגרתי לראות נשים המתקדמות במערכת הרפואית. גם במהלך הקריירה זכורים לי רגעים קשים של התלבטויות רבות, כגון, מתי לסיים את חופשת הלידה, וכן, רגעים של תחושות אשם על חוסר השקעה כאן או שם. אולם, כשיש כח רצון ונחישות מחד, ועזרה מבן זוג תומך מאידך, אין ספק כי ניתן לשלב הקמת משפחה וקידום במערכת הרפואית.

גידלתי ארבעה ילדים. חברותי מצינות כי עצם בחירתה של בתי ברפואה מעיד שהיוויתי מודל ראוי עבורה. אני מאמינה כי בחברה בת זמננו ההתלבטויות והקשיים הכרוכים בשילוב קריירה לצד הקמת משפחה - אינן מנת חלקן של הנשים בלבד, אלא של כל בני האדם באשר הם."

אחרון אחרון חביב התראיין פרופ' עודה, מנהל פנימית א'. וותיקי פנימית ב' עדיין רואים בו אחד משלהם, לאחר שהתמחה במחלקה ותפקד בה שנים רבות כסגן מנהל.

פרופ' מאג'ד עודה, מנהל מח' פנימית א', הזוכה הראשון בארץ ב- Ig Nobel Prize לרפואה לשנת 2006, רופא, חוקר, ומחנך בשמחה.



מדוע בחרת ברפואה פנימית? "אני אוהב לשחות במים עמוקים, והרפואה הפנימית, בנוסף להיותה מלכת הרפואה, היא גם האוקיינוס של הרפואה. לבני ציון הגעתי כסטאז'ר, והמשכתי כמתמחה ברפואה פנימית במחלקת פנימית ב', אצל פרופ' הרי בסן ז"ל. אישיותו הנערצת והנעימה של פרופ' בסן, מסירותו לעבודה ולחולים וגישתו הייחודית לרפואה הפנימית, היו בין הסיבות לבחירתי במחלקה פנימית."

מה הם שטחי המחקר שלך? "בשטח המחקר הבסיסי אני מתעניין בחקר הציטוקינים ובמיוחד ה- TNF ומעורבותו בפתוגנזה של מחלות שונות. זהו תחום בו אני עוסק שנים רבות ופרסמתי בו מאמרים רבים. המאמר הראשון היה בעודי מתמחה, ולמעשה הוא הראשון בעולם שעסק במעורבות ה-TNF בפתוגנזה של ה-AIDS. האחרון בתחום זה עוסק בתיאוריה חדשה, פרי המצאתי - הפתוגנזה של ה-Hepatic encephalopathy. שטח מחקר אחר בו עסקתי שנים רבות ביחד עם פרופ' אוליב, מנהל פנימית ב', הוא חקר המכאניקה של דרכי הנשימה העליונות. את עבודת ה-M.D שלי ביצעתי בשטח זה, פרסמנו בעקבותיה שלושה מאמרים בעיתונים מכובדים, וקבלתי עליה מטעם הפקולטה לרפואה של הטכניון את פרס עבודת ה-M.D המצטיינת. גם את עבודת מדעי היסוד שלי ביצעתי בשטח זה, בהנחייתו של פרופ' אוליב, ועל בסיסה פרסמנו ארבעה מאמרים. במשך השנים המשכתי לעסוק גם בשטח מחקרי בסיסי זה לצדו של פרופ' אוליב עד לאחרונה. בנוסף לזה וכתחביב מחקרי קליני אני עוסק בתחום השפעות הלואוי של תרופות. היה לי הכבוד להיות הראשון בעולם להסביר את הפתוגנזה של תסמונת המעיכה (Crush Syndrome) במאמר גדול וכמחבר יחיד בעיתון הרפואי היוקרתי ביותר, ה-New England Journal of Medicine מיד לאחר שסיימתי את התמחותי ברפואה פנימית."

עד כה פרסם פרופ' עודה יותר מ-120 מאמרים בעיתונים בינלאומיים, והוא משמש כמבקר (Reviewer) של 18 עיתונים רפואיים עולמיים. פרופ' עודה פעיל מאד גם בהוראת הסטודנטים לרפואה כבר מאז היותו מתמחה צעיר. הוא משקיע שעות רבות בהוראת סטודנטים, וכל זאת ברמה גבוהה ביותר מבחינה אתית ומקצועית. פרופ' עודה עטור פרסים יוקרתיים רבים, הן בתחום ההוראה והן בתחום הקליני והמחקרי. הוא היה הרופא הראשון מהמרכז הרפואי שזכה בפרס החוקר הצעיר המצטיין ע"ש הוכפלד. בנוסף לזכייתו בשנת 2000 בפרס העובד המצטיין של המרכז הרפואי ועיריית חיפה, זכה באותה שנה בפרס העובד המצטיין בתחרות הארצית שנערכה במעמד נשיא המדינה. פרופ' עודה נחשב למרצה המצטיין בפקולטה לרפואה של הטכניון, דבר שבא לידי ביטוי בבחירתו בשנת 2004 לזכיה בפרס על שם פרופ' יעקב גרין ז"ל, פרס לרופא המצטיין בעבודה, בהוראה ובמחקר. בשנת 2006 זכה פרופ' עודה לראשונה בארץ ביחד עם פרופ' אוליב ופרופ' בסן ז"ל בפרס Ig Nobel Prize לרפואה, על מחקר בטיפול בשיהוקים. בשנת 2007 הוא זכה בפרס מהטכניון ע"ש Muriel & David Jacknow, על הצטיינות יתירה בהוראה.

מה דעתך על מקצוע הרפואה? "הרפואה הינה מקצוע רבגוני שמצריך כישורים רבים. כדי ליישם את הרפואה בצורה הטובה ביותר נדרש בנוסף לידיע הרפואי גם ידע במדע, פסיכולוגיה, פילוסופיה, משפט, תיאולוגיה, כלכלה ועוד. רפואה הינה מקצוע דינאמי התלוי במחקר ולכן על רופא טוב להתעדכן באופן שיטתי בפרי מחקרם ובניסויים של אחרים, וגם לעסוק במחקר וליצור ידע.

מספר מלים על הצוות שלצידך? "סגני, ד"ר ניזאר אליאס, התמחה ברפואה פנימית במחלקתנו, וכן בליפידולוגיה, בארה"ב. רופא בכיר נוסף הוא ד"ר גלב סלובודין, שגם הוא התמחה ברפואה פנימית במחלקתנו, וכן, בריאומטולוגיה בארה"ב. ד"ר אליאס וד"ר סלובודין, קלינאים מעולים, ומורים מצוינים, פעילים מאד במחקר. גם ד"ר סלובודין זכה בפרס החוקר הצעיר המצטיין ע"ש הוכפלד. שני הסטאז'רים אשר זכו בשנתיים האחרונות בפרס מנכ"ל המרכז הרפואי שלנו לסטאז'ר המצטיין ביותר, ד"ר דנה יהודאי וד"ר עפיף נח'לה, נמנים על צוות המתמחים במחלקה. הצוות הסיעודי, בראשו האחיות האחראיות שרית גרוס, נחשב לאחד הצוותים הסיעודיים הטובים ביותר במרכז הרפואי שלנו. למחלקה יש כשלוש מרפאות מעקב: אחת בתחום הרפואה הפנימית הכללית, שנייה - מרפאת ליפידים, ושלישית - מרפאה למחלות ריאומטיות. אוסיף ואציין את יחסי העבודה המצוינים בין עובדי המחלקה על כל צוותיה. כל אלה הביאו לכך שהמחלקה הפכה לאחת המבוקשות ביותר על ידי הסטודנטים והסטאז'רים לרפואה, וכן, על ידי הסטודנטים לסיעוד."








ד"ר אירית וירז'נסקי, מח' פנימית ב'



ד"ר עיאד מחאג'נה, סגן מנהל מח' ניורולוגיה, עובד בבית החולים משנת 1987. הוא התחיל כסטאז'ר והמשיך בהתמחות במחלקה הניורולוגית. ד"ר מחאג'נה השתלם בלונדון שבשווייץ בתחום מחלות כלי דם של המוח ובבי"ח איכילוב בתל אביב. עיסוקו הדומיננטי של ד"ר מחאג'נה הינו במחלות כלי דם של המוח וכן, בכאבי ראש, בפרקינסון ועוד.

כאבי ראש משניים:

כאבי ראש משניים יכולים להיות קשורים למצבים גופניים שונים, לדוגמא:

-  דלקת במערות האף
-  גידולים במוח
-  זיהומים במערכת העצבים כגון: מנינגיטיס, אינצפליטיס
-  דלקות וזיהומים סיסטמיים
-  מחלות גופניות הקשורות למערכת החיסון
-  לחץ דם לא מאוזן
-  מצבים מטבוליים לא מטופלים

מתי צריך לפנות לטיפול ולייעוץ רפואי?

בכאבי ראש המופיעים במחלת חום עם נוקשות בצוואר והקאות; בכאבי ראש שמופיעים בשינוי תנוחה של הראש, או בעת העלאת הלחץ התוך חזיתי; בכאבי ראש שהולכים ומחמירים עם הזמן; בכאב ראש שבאופן פתאומי שינה את אופיו; בהימצאות בצקת בקרקעית העין; בהופעת כאב ראש פתאומי וקיצוני ביותר; בנוכחות שינוי במצב ההכרה; בנוכחות סימנים ניורולוגיים מוקדניים.

הבירור המומלץ: הבירור משתנה בהתאם למאפייני כאבי הראש. כאמור, בנוכחות מחלת חום או בחשד למחלה דלקתית של המוח, על החולים להתאשפז. חולים אלה יעברו בדיקת CT של המוח ולפי הצורך, בדיקת ניקור מותני (LP) ובדיקת EEG.

חולים עם כאבי ראש פתאומיים, שהופיעו לראשונה בחייהם, יגיעו לחדר המיון, יעברו בדיקות CT מוח על מנת לשלול דימום תוך מוחי, ולאחר מכן תישקל בדיקת ניקור מותני, כדי לשלול דם בתוך חוט השדרה. חולים שכאבי הראש שלהם השתנו וקיבלו מאפיינים חדשים יעברו בירור, לרבות CT מוח, ולפי הצורך בדיקת MRI של המוח.

במקרים שקיים חשד למלפורמציה ווסקולרית יושלם הבירור על ידי בדיקת CT אנגיו של כלי הדם המוחיים, ולפי הצורך, תישקל בדיקת אנגיוגרפיה קונבנציונאלית.

במקרים של חולי מיגרנה כרוניים יציבים, כאשר כאב הראש לא משתנה, אין צורך בבירור מיוחד. חולים שבבדיקתם קיימים ממצאים מוקדניים יעברו בדחיפות בירור על ידי CT מוח ולפי הצורך בדיקת MRI של המוח. בחשד לסיבות סיסטמיות יש לעבור את הבירור בהתאם לנתונים הקליניים. הדבר כולל בדיקות מעבדה ובדיקות רנטגן בהתאם לנתונים.

ניקול דן,
מח' עיניים

כאבי ראש הם בעיה מוכרת ונפוצה. זוהי אחת התלונות הדומיננטיות בפנייה לטיפול רפואי. כאבי הראש לפי האיגוד העולמי לכאבי ראש נחלקים לשני סוגים: כאבי ראש ראשוניים וכאבי ראש משניים.

כאבי ראש ראשוניים:

1. TENSION HEADACHE - כאבי ראש הנובעים ממתח. זהו כאב הראש הנפוץ ביותר המהווה כ- 90% מכאבי הראש הראשוניים. מדובר בכאב ראש שלרוב הנו כאב ראש מפושט עם אופי לוחץ. כאב זה אופייני לאנשים המצויים במתח מתמיד ולאנשים עייפים. לרוב, הטיפול מושתת על המלצה להרפות את הגוף ולהירגע וכן, על שימוש בתרופות נוגדי דיכאון בעיקר אלטרול (אמטרפטילין). אצל רוב המתלוננים הבדיקה הניורולוגית תהא תקינה. הטיפול הוא, בדרך כלל, מניעתית וסימפטומטי.

2. מיגרנה - מדובר בכאב התקפי, לרוב במחצית של הראש, מלווה בסימנים נוספים כגון: בחילה, הקאה, רגישות לאור ולרעש. הטריגר למיגרנה מצוי בחומרים ובתנאים מסוימים והמאפיינים הרשומים לעיל משתנים מאדם לאדם.

המיגרנה מסוגנת לשני סוגים עיקריים:

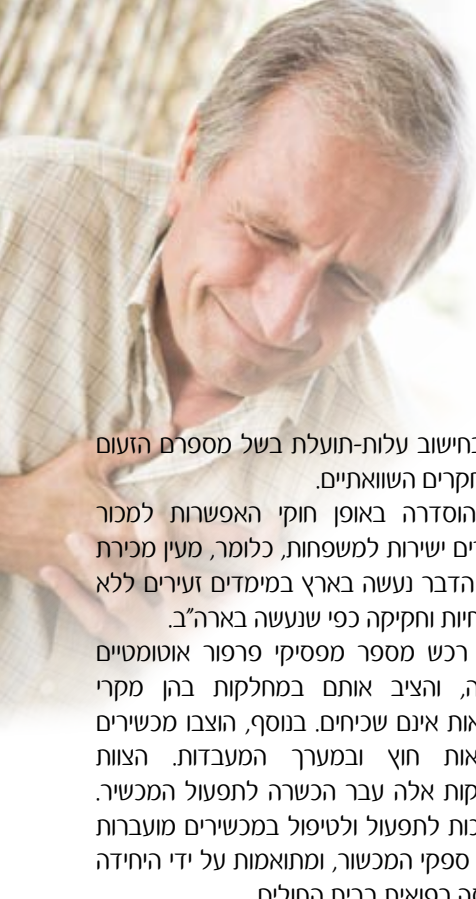
מיגרנה קלאסית - (עם סימנים ניורולוגים) מתאפיינת על ידי אאורה - סימנים מקדימים להתחלת כאב הראש שהם סימנים עיניים: על ידי הבזקים או הפרעה בשדות הראייה. היא נמשכת מ- 15 דקות ועד ל- 45 דקות, בסיומה מופיע כאב ראש קשה.

COMMON MIGRAEN - המיגרנה היותר שכיחה, ללא אאורה. מדובר בכאבי ראש בהתקפים חוזרים שכל התקף נמשך מ- 4 שעות ועד 72 שעות אם איננו מטופל. גורמים המהווים טריגר להתפתחות מיגרנה כוללים: מאכלים כגון גבינה צהובה, יין אדום, שוקולד, חוסר שינה ועוד.

במיגרנה קלה ניתן לטפל באופן סימפטומטי בכדורים נוגדי כאבים בעת התקף. במקרים מורכבים יותר, בעת התקף, מומלץ מאוד טיפול על ידי תרופות מסוג טריפטנים, שמעלים את רמות הסרטונין בגוף ומצמצמים את התקפי המיגרנה. במקרים של התקפים תכופים, מומלץ גם טיפול מונע על ידי שימוש בסוגים שונים של תרופות.

3. כאבי ראש ב"מקבצים" - CLUSTER HEADACHE - זהו הסוג הקשה ביותר של כאבי הראש, מתאפיין בהתקפים של כאבי ראש תקופתיים הממוקמים בחצי ראש ובעין. התדירות היא מספר התקפים ביום והכאב עלול להימשך מחצי שעה ועד לשעתיים. זהו כאב טורדני ומציק המלווה בדמעת, בגירוי ובאודם בלחמית העין, בצניחה של העפעף ובגודש באף באותו הצד של הכאב. כאב ראש מהסוג הזה עלול להימשך מספר חודשים, להיעלם ולחזור שנית בתקופה מאוחרת יותר. בזמן התקף ניתן להשתמש בחמצן 100% (באמצעות מסיכה אטומה). כאשר הכאבים לא מגיבים לטיפולים הנ"ל, כולל לטיפול אנלגטי רגיל, מומלץ מחזור טיפולי על ידי סטרואידים וטיפול מונע על ידי חוסמי-בטא או חוסמי תעלות סידן ובמקרים מסוימים גם על ידי ליטיום.

(נציין אך לא נרחיב כי קיימים גם סוגים אחרים של כאבי ראש מיגרנותיים שכיחים פחות).



מוות פתאומי בשל דום לב גובה כ-1000 קורבנות ליום ברחבי ארה"ב. בישראל מתים ממנו כ-30 איש בכל יום.

אירועים אלו מתרחשים ברובם מחוץ לבית החולים, בביתם של הקורבנות או במקומות ציבוריים. למרות שבחלק לא מבוטל מהמקרים יש עדים להתמוטטות החולה, רק במיעוטם מבוצע תהליך החייאה טרם הגעת צוות רפואי למקום.

פרפור חדרים (ventricular fibrillation) הינה הפרעת הקצב השכיחה ביותר הגורמת לדום לב, והפסקת הפרפור (דפיברילציה - defibrillation) הוא הטיפול היחיד המסוגל להפוך פרפור חדרים לקצב סינוס. שיעור ההחייאות המוצלחות הינו 90% אם הפסקת הפרפור מבוצעת עד דקה מרגע ההתמוטטות. שיעור זה יורד בכ-10% לכל דקת איחור עד כדי 2% - 5% להפסקת פרפור אשר נעשתה מעל 12 דקות מתחילת האירוע.

הפסקת פרפור הייתה עד כה פעולה המצריכה ידע בקריאת תרשימי א.ק.ג וכן, מיומנות וניסיון בהפעלת מפסיקי הפרפור. פיתוחו של מפסיק פרפור חיצוני אוטומטי למחצה - AED (Automatic External Defibrillator) מהווה, לכן, מהפכה ביכולת הטיפול בדום לב.

קיים מגוון של מכשירים, כולם מתאפיינים בגודל קטן, במשקל קל ובהפעלה פשוטה. היתרון הגדול של מכשיר זה טמון בכך שמפעילו לא נדרש להיות איש רפואה. הכשרת אנשים שאינם עובדי בריאות לצורך הפעלת המכשיר נמשכת כ-4 שעות בלבד, וזורשת רענון שנתי של כשעתיים עד ארבע שעות של תרגול.

הניסיון המצטבר בעבודה עם מפסיקי פרפור אוטומטיים למחצה, ניסיון שנאסף בעולם במחקרים שונים בהם נבדק השימוש ב-AED, הדגים שעורי הישרדות הנעים בין 26% עד ל-53%, שעורים גבוהים בהרבה ממוצע הישרדות של 5% ללא שימוש ב-AED. השימוש ב-AED נמצא בטוח, עם שיעור נמוך של דיווחים (פחות מ-0.1%) על מתן מוטעה של מכת חשמל במצבים שבהם לא היה פרפור חדרים.

ב-2008 אישרה הכנסת הצעת חוק שמחייבת הצבת מכשירי החייאה במקומות ציבוריים. מקומות ציבוריים הם: קניונים, שדות תעופה ונמלים, תחנות מרכזיות, בתי אבות, בתי סוהר, מקומות רחצה מוכרזים, בריכות שחיה, וכן מקומות שמגיעים אליהם למעלה מ-500 איש. עלות AED הינה כ-\$1500-\$3000. יש לציין כי קיים

קושי בחישוב עלות-תועלת בשל מספרם הזעום של מחקרים השוואתיים.

טרם הוסדרה באופן חוקי האפשרות למכור מכשירים ישירות למשפחות, כלומר, מעין מכירת OTC. הדבר נעשה בארץ במימדים זעירים ללא כל הנחיות וחקיקה כפי שנעשה בארה"ב.

ביה"ח רכש מספר מפסיקי פרפור אוטומטיים למחצה, והציב אותם במחלקות בהן מקרי החייאות אינם שכיחים. בנוסף, הוצבו מכשירים במרפאות חוץ ובמערך המעבדות. הצוות במחלקות אלה עבר הכשרה לתפעול המכשיר. ההדרכות לתפעול ולטיפול במכשירים מועברות על ידי ספקי המכשור, ומתואמות על ידי היחידה להנדסה רפואית בבית החולים.

ג'אנה שפס,

מרכזת תחום פיתוח צוות בסייעוד

קבוצת תמיכה למושטלי דפיברילטור

נוכחתי לגלות כי לרבים מהמטופלים ולבני משפחותיהם יש יחס דו ערכי כלפי הדפיברילטור: חשש מהתרחשות מכת חשמל מחד, ותלות נפשית במכשיר כמציל חיים, מאידך. תלות זו כרוכה בחשש מפני תקלה במכשיר שתמנע את הפעלתו בעת הצורך. צעירת המשתתפים סיפרה על חוויה טראומטית שעברה, סידרת שוקים חשמליים בעקבות שבר באלקטרודה. השוקים החשמליים התרחשו בלילה בנוכחות בנותיה הצעירות ומאז היא חרדה להירדם בלילות. חברי הקבוצה גילו רגישות למצבה, תמכו בה, חיזקו אותה ועצו לה עצות.

הפעילות בקבוצה הייתה מגוונת וכללה שימוש בכלים יצירתיים השלכתים כגון שימוש בקלפים, בסימולציות ובדמיון מודרך. ד"ר סמנייה השתתף בחלק מהמפגשים וסיפק את המידע הרפואי.

"רכשתי יותר ידע על המחלה, על המכשיר וכיצד להתנהל איתו", "למדנו לשמור על אופטימיות", "להודות על מה שיש", "למדתי שכדאי לדבר, לשחק, לא להתבייש לבקש עזרה כשצריך", "למדתי לשדר עסקים כרגיל" - אלה מקצת ההיגדים של חברי הקבוצה.

ההדים החיוביים לפעילות הקבוצה, הן מקרב חבריה והן מצוות המחלקה, העלו את האפשרות לקיים בעתיד מפגשים נוספים למושטלים ולבני משפחותיהם.

מירב פרנצ'ס,

עו"ס היחידה לטיפול נמרץ לב

הקניית מידע רפואי; חיזוק תחושת השותפות עם בני המשפחה.

אותרו מושטלים הסובלים מאי ספיקה לבבית אשר חוו טראומה נפשית בעקבות מצבים בריאותיים קשים. רובם חוו דום לב או הפרעות קצב מסכנות חיים וסובלים ממחלת לב כרונית קשה. בתהליך גיוס המושטלים כמועמדים פוטנציאליים להשתתף בקבוצה התגלתה מוטיבציה גבוהה הן של המושטלים והן של בני משפחותיהן להשתתף במפגשים.

הקבוצה נמתה 11 משתתפים, מתוכם 3 זוגות, שאחד מבני הזוג הינו מושטל דפיברילטור בגילאי 37 עד 80. משתתפי הקבוצה הגיעו מבתים אחת לשבוע בחודש יוני, למפגש בן שעה וחצי. המפגשים נערכו ביחידה לטיפול נמרץ לב, הונחו על ידי האחיות שירה כהן (מהמרכז הרפואי תל-אביב) ועל ידי. ההנחיה נערכה במסגרת קורס מיומנויות בהנחיית קבוצות בתחום הבריאות.

תוכנו ארבעה מפגשים, אך לדרישת חברי הקבוצה נוסף מפגש חמישי, כולם ללא תשלום. במהלך המפגשים, עלו תכנים שונים הקשורים למשבר ולהסתגלות למצב החדש, להשלכות של ההשתלה על התפקוד, לשוני באיכות החיים, לחרדה ולהתמודדות עם השוקים החשמליים, לפחד מכשל של המכשיר וממוות. המשתתפים שיתפו בחוויה האישית בעקבות אירועי הטראומה והשוקים החשמליים שעברו. במפגשים ניתן מקום לביטוי קשיים של בני המשפחה ולייעוץ להתמודדות יעילה.

השימוש בדפריילטור חולל מהפכה בטיפול הרפואי, בתחום מניעת מוות פתאומי בקרב חולים בסיכון גבוה. מושטלי הדפיברילטור חוו טראומה נפשית קשה ומתמשכת, הן לפני ההשתלה (רובם המכריע חוו דום לב או הפרעות קצב מסכנות חיים, סובלים ממחלת לב כרונית קשה, ועברו בדיקות רפואיות מרובות וקשות) והן לאחר ההשתלה (המודעות לסכנה של אירועים חוזרים והחרדה מהתרחשות מכות חשמל). למרות העובדה שהדפיברילטור מספק רשת ביטחון למושטלים, מתברר כי איכות חייהם נפגמת לעיתים קרובות, בעיקר עקב התרחשותן של מכות חשמל, הגורמות לחרדה ולאי זדאות לגבי המותר והאסור בתחומי החיים השונים.

ד"ר נימר סמנייה, אחראי השרות האלקטרו פיזיולוגי, המטפל ועוקב אחרי המושטלים במסגרת המרפאה, נחשף להשלכות הנפשיות והרגשיות של המטופלים ובני משפחותיהם. הוא זיהה את הצורך בהדרכה רפואית ובתמיכה רגשית ופנה אלי, במסגרת תפקידי כעו"ס המחלקה. החלטת על הקמת קבוצת מידע ותמיכה למושטלים ולבני משפחותיהם במטרה להשיג שיפור באיכות חייהם. הרעיון להקמת הקבוצה זכה לתמיכה רבה של מנהל המחלקה פרופ' רוזנשטיין, האחיות האחראיות גב' שושי לזרוביץ וכל צוות היחידה.

היעדים שהוגדרו הם - יצירת תנאים לביטוי חששות ורגשות; אפשרות חווית שותפות ולגיטימציה על ידי מפגש עם מושטלים אחרים ובני זוגם; מתן וקבלה של עזרה וחיזוקים לדרכי התמודדות;

לאחרונה, התברר כי עבודת הגמר של ד"ר דנה יהודאי, מתמחה מפנימית א' בבית החולים, זכתה בפרס הדיקן של בית הספר לרפואה של הטכניון. העבודה מהווה חלק מהדרישות לקבלת התואר בבית הספר לרפואה. תעודת ההצטיינות על עבודה זו ניתנת במעמד חלוקת התואר בסיום הלימודים.

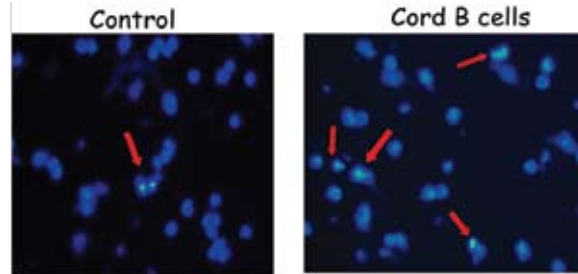
חשוב לציין, שזהו הפרס היוקרתי ביותר הניתן לסטודנטים המסיימים את לימודיהם. העבודה בוצעה על ידי ד"ר יהודאי במחלקה לאימונולוגיה של בית החולים תחת הדרכתם של פרופסור טובי אליאס וד"ר קסל.

עבודת המחקר עסקה בסוגיה: האם

תאים מסוג B, הנלקחים מחבל הטבור לאחר לידת הילוד, שונים בתהליך האפופטוזיס (מוות תאי מתוכנת) שהם עוברים מתאי B הנלקחים מאנשים בגרים.

תהליך זה חשוב בשמירה על שיווי משקל של התאים, אשר גורם לשמירתם חיים כל עוד הם תקינים, ומביא למוות מהיר, ללא תהליך דלקתי, כאשר הם הפכו לפגומים עקב בעיה תפקודית אחרת. ממחקרים קודמים ידוע כי תאי B מדם טבורי שונים מדם של אדם בוגר במספר היבטים כגון: הם מייצרים כמות נמוכה יותר של נוגדנים,

יש להם תפקיד בתגובה למזהמים חידקיים, הם אינם מפרישים ציטוקינים (חלבונים בעלי חשיבות ביולוגית בין תאית) בדומה לתאי B בוגרים. בעבודתה, הראתה ד"ר יהודאי במספר שיטות כי תאי B מחבל טבור עוברים תהליך אפופטוזיס מוגבר יותר מתאי B מאנשים בגרים (ראה תמונה).



תאים זוהרים המסומנים בחצים אדומים מציינים תאי B העוברים אפופטוזיס.

בשלב השני של העבודה בדקה ד"ר יהודאי מהם הגורמים המשפיעים על תהליך זה אשר גורמים לכך, שתהליך האפופטוזיס יהיה מוגבר בתאי B מחבל טבור.

ד"ר יהודאי מצאה כי רמת החלבון BCL-2 בתאים מחבל הטבור הייתה נמוכה משמעותית מתאי B בוגרים. לחלבון זה חשיבות גדולה מאד בתהליך האפופטוזיס, ותפקידו בתאים הוא למנוע התפתחות תהליך זה. כמו כן, נמצא בעבודת המחקר כי רמת BAFF בסרום של הדם

הטבורי נמוך גם הוא בצורה משמעותית מרמתו בדם של אדם בוגר. BAFF הוא חלבון המופרש על ידי תאים אחרים של מערכת החיסון, והוא מהווה אחד הגורמים החשובים בשמירת החיות של לימפוציטים מסוג B. חשיבותו כה רבה, שלמחלות בהן קיימת פעילות יתר של תאי B פותחה תרופה אשר מטרתה למנוע את פעילותו. ד"ר יהודאי הדגימה כי רמת הקולטנים לחלבון זה על גבי תאי B מחבל טבור הייתה זהה לזו שעל גבי תאי B מאדם בוגר כלומר, הבעיה נובעת מרמה נמוכה של החלבון בדם של התינוקות הנולדים.

בביצוע העבודה השתמשה ד"ר יהודאי בשיטות אימונולוגיות מתוחכמות הכוללות: בידוד הלימפוציטים מסוג B, צביעתם על ידי נוגדנים פלורוסנטים, ובדיקת חלבונים תוך-תאים בשיטות של הפקת חומר גרעיני ותרגום לחלבון.

עבודת המחקר פורסמה בעיתון הרפואי Clinical Experimental Immunology העוסק בעיקר בסוגיות אימונולוגיות ואשר שייך לאגודה הבריטית לאימונולוגיה. לאור כישוריה, אנו מקווים שד"ר יהודאי תמשיך לעסוק במחקר גם בשנים הבאות.

ד"ר אהרון קסל,

המכון לאלרגיה ואימונולוגיה קלינית

על פילאטיס ופיזיותרפיה

הגוף כיחידה אחת. לפי פילאטיס, גישה זו אפקטיבית יותר מאשר חיזוק כל חלק גוף בנפרד.

המחשה נוספת לקשר בין פילאטיס לפיזיותרפיה מצויה בטיפול בבעיות גב הנפוצות באוכלוסייה. ייצוב שרירי הגו (בעיקר על ידי חיזוקם וחיזוק שרירי הבטן העמוקים) תוך שמירה על גמישות שרירי הגפיים, יפתרו חלק מתלונות המטופל. מחקרים מצאו שלאימוני הפילאטיס יש השפעה חיובית לטווח ארוך (עד שנה) על כאבי גב. ההשפעה ניכרת לא רק ברמת הכאב שהמתאמנים חוו, אלא גם ברמת התפקוד היומיומי.

הפילאטיס משמש גם ככלי מניעתי לאנשים עם גורמי סיכון לבעיות גב. לדוגמה: נשים לאחר לידה עם היחלשות שרירי הבטן ורצפת האגן, אנשים שאינם פעילים, המאבדים מיכולתם הפונקציונלית של השרירים ושל המפרקים לתפקד נכון.

חשוב לדעת שהשיטה אינה מהווה תחליף לטיפול פיזיותרפיה, אלא שהיא מהווה תוספת נפלאה להתמודדות עם מגוון רחב של מצבים אורתופדיים או נירולוגיים. בנוסף, זוהי שיטה מהנה לשיפור גמישות, כוח ובריאות הגוף באופן כללי.

יעל נרי-ארבל,

פיזיותרפיסטית (BPT) ומדריכת פילאטיס מוסמכת

תבנית תנועה נכונה על השרירים להיות באורך הנכון ובעלי הכוח הנכון.

במסגרת עבודתי כפיזיותרפיסטית במחלקת השיקום בבית החולים אני משלבת את ידיעותי כפיזיותרפיסטית ואת הידע והניסיון שלי בעולם הפילאטיס. עקרונות השיטה חשובים ליישום בתרגול הן בשלב ביצוע הפונקציה אותה אנו מעוניינים לשפר (כמו הליכה או הורדת הפץ ממדף), והן בשלבים המכינים לפונקציה, שבהם נדרשים לחזק או לייצב את האזור הפגוע בגוף.

כאשר נדרשת למידה מחדש של ביצוע נכון של פעולה אשר נפגעה בעקבות מחלה או חבלה, יש להקפיד על ייצוב מרכז הגוף (החזקה נכונה של שרירי הבטן והגו). זאת על מנת שתתקבל תנועה איכותית בגפיים, תוך דגש על אופן נשימה נכון, על מנת למנוע בזבוז אנרגיה. שיטת הפילאטיס תורמת רבות לשמירת תצורת החמצן, החיונית במיוחד לחולים הלומדים להכיר מחדש את גופם ובכך להפיק ממנו את המרב.

הטיפול בחולים עם פגיעה על רקע נירולוגי, בתפקודי שרירים (כגון סינדרום ע"ש גיליאן ברה או טרשת נפוצה) הוא לרוב ממושך ואינטנסיבי ושיטת הפילאטיס מספקת מגוון תרגילים העונים על הצורך בהתייחסות הוליסטית לגוף, כלומר,



שיטת פילאטיס, אשר הומצאה לפני למעלה מ-70 שנה על ידי ג'וזף פילאטיס, הינה רפרטואר עשיר של תרגילי מתיחה וחיזוק. התרגילים משלבים את עקרונות הריכוז והתודעה של המזרח (כמו יוגה) יחד עם עבודה מדויקת ודינמית אשר נבנתה על יסוד הכרה עמוקה של עקרונות ביומכניים, אנטומיים ופיזיולוגיים של תנועת הגוף. השיטה מבוססת על מספר עקרונות החשובים ליישום בכל תרגול גופני והם: ריכוז וזיוק במנוח הגוף בעת ביצוע התרגיל, שליטה מלאה בגוף תוך כדי ייצוב נכון שלו ותיאום בין נשימה לתנועה.

הסיבה שהפילאטיס נחשבת לשיטה טובה לטיפול בגוף, טמונה בכך שהיא מהווה אמצעי שיקומי. לכן, פיזיותרפיסטים רבים ממליצים למטופליהם, לאחר אבחון וטיפול מנואלי, על תרגול שיטת הפילאטיס בהתאם לצרכיהם. זאת כדי לשמר את התנועה סביב המפרק הפגוע או האזור הכאוב בתבנית הנכונה. על מנת לשמר

הפנוטיפ של ההפטוגלובין ברעלת הריון

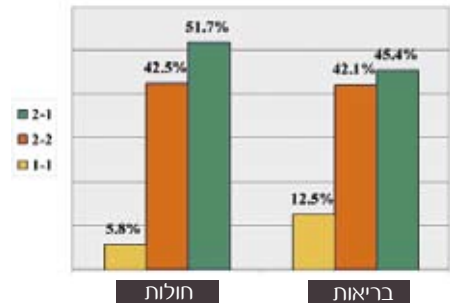
הנשים היהודיות: 15% לעומת 5%, בהתאמה. בנוסף, נמצא שבנשים בלידה ראשונה, 75% מהנשים עם הפנוטיפ 1-1 היו בריאות, בעת שרק 50% מהנשים עם הפנוטיפים האחרים היו בריאות. בהשוואה זו נמצאה מובהקות סטטיסטית גבולית ($p=0.053$). לפי חישוב אחר, נשים בלידה ראשונה שהיו עם הפנוטיפ 2-2 או 1-2 היו בסיכון פי 3 לפתח רעלת הריון בהשוואה לנשים עם הפנוטיפ 1-1 ($p=0.063$). לא נמצא קשר בין הפנוטיפ של ההפטוגלובין לבין חומרת המחלה או שבוע ההריון בו הופיעה המחלה.

לפיכך, ממצאי מחקר זה תומכים בקיומו של תפקיד הגנטי של הפנוטיפ 1-1 בפתוגנזה של רעלת הריון. ייתכנו הודות לאפקט האנטיאוקסידנטי שלו. בנוסף, ההפטוגלובין 2-2 עלול להיות בעל השפעה מזיקה ברעלת הריון.

חשיבותה של עבודה זו היא לא רק בשפיכת אור על הפתוגנזה של רעלת הריון ומציאת הסבר אפשרי לנטייה הגנטית הידועה שלה, אלא גם במציאת סמן פוטנציאלי לרעלת הריון. עבודות רבות בוצעו על מנת למצוא סמנים שונים המנבאים התפתחות של רעלת הריון. נוכחות סמנים אלה מהווה גורם סיכון להתפתחות רעלת הריון, ובדיקתם בתחילת ההריון או לפני ההריון עשויה לשמש כלי לניבוי התפתחות רעלת הריון בהמשך. הממצאים יוכלו לסייע בנקיטת אמצעי זהירות מבחינת ניהול ההריון, ובבוא הזמן גם במתן טיפול מניעתי למחלה זו.

ד"ר רמי סמור,
מח' נשים ויולדות

פחות "טוב") יהיה שכיח יותר בנשים עם רעלת הריון. לפיכך, בוצעה השוואה של הפנוטיפ של ההפטוגלובין בין 240 נשים בריאות לבין 120 נשים עם רעלת הריון, לאחר תיקון לפי מוצא (יהודי/ערבי), שילדו במרכז הרפואי שלנו. רעלת הריון הגדרה כעליית לחץ דם מעל 140/90 במדידות חוזרות, בליווי חלבון בשתן של +1 בסטיק או מעל 300 מ"ג באיסוף של 24 שעות. דגימות הדם נלקחו לאחר הגעה לחדר לידה או למחלקת יולדות, עברו סרכוז והקפאה, ובהמשך בוצעה אנליזה על ידי אלקטרופורזה בג'ל על מנת לקבוע את הפנוטיפ. בצורת זו נקבעה התפלגות הפנוטיפים השונים של ההפטוגלובין בנשים בריאות לעומת נשים עם רעלת הריון. השכיחות של הפנוטיפ 1-1 בקרב הנשים הבריאות היתה 12.5%, בעת שפנוטיפ זה נמצא ב 5.8% מהיולדות עם רעלת הריון (ראה גרף).



הבדל זה היה מובהק סטטיסטית. ההבדל בין שני הפנוטיפים האחרים היה בלתי מובהק מבחינה סטטיסטית בין שתי הקבוצות. ההבדל בלט בקרב

רעלת הריון הינה אחת הסיבות המובילות לתחלואה ולתמותה אימהית גם בימינו אנו. לאור השפעתה הרבה על בריאות היולדות קיים כיום מחקר אינטנסיבי, המנסה להבהיר את האספקטים השונים שלה. קיימות השערות רבות בנוגע לסיבות המובילות להתפתחות מחלה זו, אך אף לא אחת מהן מוכחת. אחת ההיפותזות מניחה את קיומו של מרכיב חמצוני ונזקים של רדיקלים חופשיים של חמצן. לאור כך, ייתכן ולנוגדי חמצון (אנטיאוקסידנטים) קיים תפקיד הגנטי ברעלת הריון.

ההפטוגלובין הינו חלבון קושר-המוגלובין הנמצא בפלזמה והוא בעל תכונות נוגדות חמצון לאור יכולתו לקשור את קבוצת ה HEME של ההמוגלובין שמכילה יון ברזל. באדם, קיימים שלושה גנוטיפים להפטוגלובין היוצרים שלושה חלבונים שונים הנקראים הפנוטיפים 1-1, 2-1 ו- 2-2. הפנוטיפ 1-1 הוא לכאורה הכי פוטנטי מבחינת היכולת האנטי-אוקסידנטית שלו, לאור הגודל הקטן יותר של המולקולה שלו, בעת שההפטוגלובין 2-2 הוא האנטיאוקסידנט החלש ביותר.

העבודה הנוכחית בוצעה במחלקת נשים ויולדות בבית החולים שלנו, בשיתוף עם המעבדה של פרופ' אנדרו לוי בפקולטה לרפואה בטכניון. בעבודה זו רצינו לבדוק אם להפטוגלובין 1-1 קיים תפקיד הגנטי בפתוגנזה של רעלת הריון, הבא לידי ביטוי בשכיחות גבוהה שלו בנשים בריאות בהשוואה לנשים עם רעלת הריון. במקביל, רצינו לבדוק אם הפנוטיפ 2-2 (שהוא, כביכול,

תת תזונה בבתי חולים

מסיחים את דעתם מהרעב הממושך ומובילים להחמרת הבעיה. כל הגורמים הנ"ל מצטרפים לבעיה הראשית איתה הגיעו החולים כמו גם לימי הצום הרבים הנערכים לשם בדיקות רפואיות, לתרופות המורידות תיאבון, לחוסר יכולת פיזית, להגבלות תזונתיות, לקשיי בליעה, לבעיות גסטרואינטסטינאליות ועוד.

איך אנחנו יכולים להשפיע? יש מקום להכרה בחומרת הבעיה בבית החולים, להבנה כי תזונה מהווה חלק מהטיפול הרפואי ולהחלטה על פעולה גורפת לשינוי המצב. כצעד ראשון יש צורך בשיתוף פעולה בין צוות הדיאטניות לבין כלל הגורמים המטפלים. בנוסף, יש להבהיר את חשיבות הנושא למטופלים עצמם.

מבחינה מעשית השינוי יכול להתבטא בתשומת לב אישית בזמן האכילה ולאחריה (האכלה נעימה, איריה נוחה ובקרה תזונתית), שעות הגשה נוחות, הגשה אסתטית של המזון ובמידת הצורך, התאמת תפריט אישי או מתן תוספי העשרה תזונתיים.

הדיאטניות בביה"ח תשמחנה ליעץ ולהתאים טיפול לכל מקרה.

צוות דיאטניות בית החולים

תקופה של שישה חודשים. כמו כן, ניתן לאבחן מצב תזונתי ירוד על ידי מדדים אחרים הנכללים במבחני סינון (SCREENING) ובהערכה התזונתית. ידוע כיום כי תת תזונה גורמת לעלייה בשכיחות סיבוכים ודלקות בזמן אשפוז, לעלייה במשך האשפוז וביעילותו ולעלייה באחוזי התמותה. הדבר בולט במיוחד בקרב בני הגיל השלישי. מגוון פרמטרים תורמים לשכיחות הגבוהה של תת תזונה. בעת מחלה לרוב עולה הדרישה הקלורית והחלבונית של האדם. אולם דפוסים תזונתיים, גורמים פסיכולוגיים וסוציאליים וגורמים פיזיולוגיים מונעים מלהגיע אל הקצובה המומלצת.

מבחינה תזונתית ניתן להבחין בישראל בערב רב של טעמים, של דפוסים בישול ושל הרגלי אכילה. בבישול מוסדי קיים קושי לקלוע לטעמים ולצרכיהם של מרבית החולים. מעבר לכך, טעמי כשרות, היגיינה, אמונות מוטעות והגבלות שמקורם לא תמיד ידוע, לעיתים מנחים את החולים, ומובילים להפחתה משמעותית בצריכת המזון. מבחינה פסיכולוגית, מרבית החולים אינם פנויים להקדיש כוחות לאכילה, ומעדיפים להתעלם מהבעיה התזונתית המתהווה. דיכאון, כאב, פחד וחששות הממלאים את מחשבותיהם,



בחברה המערבית אוכל ממלא תפקיד עיקרי, ממלא את מרבית מחשבותינו, את שגרת יומנו, ומהווה חלק חשוב מהחיים החברתיים הנורמטיביים. למרות ששפע הינו מנת חלקנו, קשה להתעלם מהתופעה המדאגה - תת תזונה בקרב מאושפזים. תת תזונה מוגדרת כמצב של חסר תזונתי אשר ניתן לייחסו לצריכה תזונתית בלתי מספקת או לספיגת מזון לא תקינה. תופעה זו הובאה לסדר היום הציבורי בשנת 1974. כיום נמצא ששכיחותה אצל המאושפזים היא 35% - 65% (כתלות במחקר, במיקומו ובאופן המדידה).

מבחינה קלינית תת תזונה מאובחנת כאשר רמות האלבומין בסרום הן מתחת ל-3.5 גר/דצ"ל; כאשר ספירת הליוקוציטים (Total Lymphocyte Count) היא מתחת ל-1,800 מ"מ; כאשר משקל הגוף יורד, שלא במכוון, ביותר מ-15% במשך

התעללות והזנחה של זקנים הוכרה בעולם כבעיה חברתית ובריאותית, הגורמת לפגיעה ולסבל לזקנים ולבני משפחתם. בארץ החלו לעסוק בבעיה במהלך שנות התשעים, בעקבות שינויים חברתיים והחלתם של חוקים חדשים המחייבים מעורבות רבה יותר של אנשי מקצוע ושל מטפלים על מנת לדאוג ולהגן על שלום הזקנים ורווחתם.

התעללות היא פעולה חד פעמית, או התנהגות המתרחשת בתדירות כלשהי, ופוגעת במישור אחד או יותר מאלה: פיזי, מיני, נפשי וכלכלי. התעללות בדרך כלל נגרמת בידי אדם אחד או יותר, מסביבתו של הזקן.

הזנחה היא חסך באספקת צרכים בסיסיים או שירותים חיוניים לבריאות הזקן (מזון, תרופות, טיפול רפואי, סיוע בתפקוד). הזנחה נגרמת גם על ידי בידוד הזקן ו/או נטישתו על ידי בן משפחה או מטפל בשכר. יש המבחינים בין הזנחה מכוונת להזנחה לא מכוונת. בשני המצבים נגרם לזקן נזק וחסך בצורכי חיים בסיסיים.

תוצאות ההתעללות וההזנחה הם: סבל, נזק, עלייה ברמת הסיכון לפגיעה בשלומם, בבריאותם ובביטחונם של הזקן ולעיתים אף לחייו.

התעללות כוללת טווח רחב של התנהגויות פוגעות:

התעללות פיזית - גרימת כאב פיזי או פגיעה, מכות, דחיפות, דקירות, כוויות, חבלות, קשירה פיזית וקשירה כימית, כלומר, מתן מיון יתר של תרופות הרגעה.

פגיעה מינית - שימוש בכוח ובמגע מיני מכל סוג, המתבצע ללא הסכמה (כולל בזקנים שאינם מסוגלים להביע את דעתם).

התעללות נפשית - גרימת סבל נפשי, הבאה לידי ביטוי בצעקות, בקללות, בעלבונות, בהשפלות,

באיזמים וביחס ילדותי.

ניצול כלכלי - שימוש וניצול לא חוקי ולא הולם בכספו ובמשאביו של הזקן.

הפרת זכויות - הגבלת תנועה, בידוד חברתי, ניסיון לכפות צורת מגורים, קבלת החלטות במקום הזקן.

המאפיינים הייחודיים:

1. ההתעללות נגרמת בידי אדם מסביבתו הקרובה של הקרבן (בן משפחה, מטפל), ובדרך כלל קיימים ביניהם יחסי גומלין ויחסי תלות.

2. טווח ההתנהגויות הפוגעות הוא רחב.

3. ההתנהגויות הפוגעות מתרחשות באופן תדיר.

4. להתנהגויות הפוגעות יש תוצאות והשלכות מזיקות במישורים: הנפשי, בריאותי, כלכלי וחברתי.

הזנחה של זקנים מייצגת בעיה חברתית רבת היקף, שככל הנראה אינה מאותרת ולפיכך, גם אינה מדווחת ואינה מטופלת בהתאם. ממצאי מחקרים בצפון אמריקה מדווחים כי 60% - 70% מכלל הדיווחים לרשויות ולשירותים המטפלים בזקנים הם מקרי הזנחה.

בתחילת 2005 פורסמו ממצאי הסקר הארצי על התעללות והזנחה של זקנים בישראל. מן הנתונים אנו למדים כי 18.4% מכלל הזקנים נחשפו לסוג אחד או יותר של התעללות בשנה שקדמה לביצוע הסקר. מציאות קשה זו מחייבת הערכות פעילה למניעת התופעה והשלכותיה על ציבור הזקנים. על אף היקפה המדאיג של הבעיה, אנו עדים לקשיים בחשיפתה.

לאנשי המקצוע במערך הבריאות יש תפקיד חיוני באיתור ובזיהוי זקנים בסיכון ועליהם להכיר את

הסימנים המזהים:

● הופעה כללית של הזקן.

● שפת הגוף של הזקן.

● מצב רגשי של הזקן.

● יחסי גומלין מילוליים ובלתי מילוליים בין הזקן לחשוד בפגיעה.

קיימים מספר חוקים המהווים כלי חשוב בהתמודדות עם הבעיה. החוק המרכזי בתחום הנו - חוק העונשין, פגיעה בחסרי ישע, 1989. החוק מגדיר את התעללות והזנחה של חסרי ישע כעבירה פלילית.

מיהו חסר ישע? - מי שמחמת גילו, מחלתו או מוגבלותו הגופנית או הנפשית, ליקויו השכלי או מכל סיבה אחרת אינו יכול לדאוג לצורכי מחייתו, לבריאותו או לשלומו.

זקן שהוא קורבן להתעללות ולהזנחה, ובשל כך אינו יכול לדאוג לבריאותו או לשלומו או לצורכי חייו, יכול להיחשב כחסר ישע, גם אם הוא צלול בדעתו.

חובת הדיווח - במקרים של חשד להתעללות ו/או הזנחת חסרי ישע, קיימת חובת דווח לפקיד הסעד או למשטרה. חובה זו מוטלת על כלל הציבור עם דגש מיוחד על אנשי המקצוע (רופא, אחות, עו"ס או עוסק במקצוע פרה-רפואי).

בבית החולים פועלת תת וועדת התעללות כלפי זקנים. הוועדה עוסקת באיתור, דיווח והכשרה בנושא ההתעללות בזקנים. חברים בוועדה: ד"ר שוסטרמן סמיון, קליין רחל והר"מ. ניתן לפנות ולהתייעץ עם חברי הוועדה בעת הצורך.

עו"ס מירב פרנצ'ס,

מרכזת תחום אלימות במשפחה

רשומות בשבע עיניים

הסוציאלי של בית החולים, בניהולה של גב' נעמי אדלס, ובשיתוף עם שירותי הרווחה לקשישים בקהילה. עובדת הקשישים בקהילה, הציעה לפנות לפקיד סעד לחסרי ישע. במקביל נוצר קשר עם עובד דרי הרחוב של עיריית חיפה, שהיה מעורב בתהליך השחרור של הקשיש מהאשפוז. הוא חיזק את החשד שלזוג שהופיע במשרדי המחלקה אין כל קשר משפחתי עם הקשיש, זהותם מוכרת ולמעשה קיים סביר שהם מנצלים חסרי ישע. האירוע דווח על ידי המחלקה לרישום ולמידע רפואי לפקיד הסעד הראשי להגנת קשישים.

יצוין כי עד לסגירת הגליון לא הגיעה כל תלונה מטעמו של עורך הדין להנהלת בית החולים או לכל גורם אחר.

יעל ריינר,

השרות הסוציאלי

תשומת ליבה של בתי גבאי, מזכירת הקבלה במחלקה לרישום ולמידע רפואי, הביאה לפעולות בסגנון "בלשי" שתוצאתן היתה סיום הוגן לפרשה מפוקפקת.

ביוני האחרון הופנתה למחלקה לרישום ולמידע רפואי בקשה של עורך דין לקבל מידע רפואי אודות קשיש שאושפז בבית החולים. לבקשה צורף כתב ויתור סודיות תחום על ידי הקשיש וייפוי כוח ממנו לאישה אשר הציגה עצמה כבתו.

במהלך בדיקת הבקשה, בשלב אימות הנתונים, התעורר בליבה של גבאי חשד שפנייתה של האישה למידע רפואי על החולה היא מניפולטיבית, הנובעת ממניעים זרים שיש בהם כדי לפגוע בו.

חשד זה הביא לבדיקה מעמיקה של הבקשה. עיון ברשומה הסוציאלית בתיק הרפואי של הקשיש הבהירה שאין לו קשר עם בני משפחתו, שהינו דר רחוב ואלכוהוליסט. נמצא כי האישה כלל אינה בתו של הקשיש. חשדם של עובדי המחלקה לגבי טיב הקשר בין ה"בת" ובן זוגה עם אותו קשיש



לניתוחים התוך עיניים בוצעו למעלה מ-100 ניתוחי עפעפיים עקב טרכומה מעוררת לעין עם טריכיאזיס. יש לציין, שאלה אשר הגיעו לניתוחי הקטרקט היו עיוורים עקב ירודים

בשתי עיניהם, ואצל כולם חל שיפור בראייה לאחר הניתוח.

בעבר, שהה ד"ר בן ציון בעמק זה כשנה וחצי מטעם ארגון אורביס - ארגון הנמצא בחסות האו"ם, ובעזרת רוח עשייה והתנדבות השריש את מחנה הניתוחים הזה. המטרה היא שהצוות המטפל המקומי יגדל ויוכל לתפקד באופן עצמאי, כשעל הארגון תוטל המשימה לדאוג למימון הכסף.

ניקול דן,
מח עיניים

הארגון מכשיר צוות מקומי לטיפול בבעיות עיניים. לאח המקומי מימן הארגון את לימודי ההתמחות בבעיות עיניים, והוא זה המטפל בילידים עד הגעת הצוות הרפואי.

את המחנה הקימו בעמק זה בתנאי שטח ד"ר בן ציון והרופא המקומי שלו, שאומן ושהונחה על ידי בן ציון. יחד הם ביצעו כ-290 ניתוחי קטארקט, מתוכם לכ-20 ילדים מתחת לגיל 6 בהרדמה מלאה וכן, ניתוחים של גלאוקומה מולדת. פרט

ד"ר בן ציון, מומחה ברפואת עיניים אצל ילדים, הגיע אלנו מבית החולים "העמק" בעפולה, לאחר שחזר מ - FELLOWSHIP באינדיאנפוליס ארה"ב. ד"ר בן ציון מתנדב

בארגון התנדבותי בשם: EYES FOR AFRICA שבאוסטרליה, ושב לאחרונה מביקור התנדבותי בן שבועיים במחנה לניתוחי עיניים בנהר עמק האומו שבאתיופיה. אזור זה נחשב לאזור הנידח והמבודד ביותר בעולם, שבו שבטים מנותקים לחלוטין מהציביליזציה, והם בבחינת עולם הולך ונעלם.

זאת הפעם השלישית שבאזור נידח זה מקימים מחנה רפואי לניתוחי עיניים, והייחוד הוא בכך שיש המשכיות לפעילות זו.

חדשות אגודת הידידים

תרומות:

במאי האחרון התקיים האירוע השנתי של עמותת "שים לב ללב" לציין 25 שנות פעילות התנדבותית ברכישת ציוד רפואי חדיש למכונת הלב של בתי החולים בעיר. באירוע החגיגי בירך ד"ר רופא בשם מנהלי בתי החולים, והעניק ליו"ר העמותה, גב' רבקה זיידס, פמוטים מכסף עם הקדשה חרוטה. בערב זה קיבלה המחלקה הקרדיולוגית את התרומה השנתית על סך 150,000 ₪. ד"ר רופא ציין כי "בזכות דביקותה של גב' זיידס במטרה, ניצבים מכונת הלב בחיפה בקדמת רפואת הלב בארץ, ומציעים לתושבי חיפה והצפון רפואה במיטבה".

ועד עובדי חברת חשמל ממשיכים לתרום. לאחרונה, תרמו לרכישת SCANNER וטלוויזיה LCD לחדר האוכל במחלקה האורולוגית, ומכשור למחלקת הרדמה.

עמותת "רעות" תרמה לרכישת מכונת הרדמה חדישה ומשוכללת המופעלת כבר בחדרי הניתוח.

יוזמה חדשה ומחממת את הלב בקרב חברי הועד המנהל של האגודה, המוותרים על מתנות יום ההולדת ומבקשים מהמוזמנים להביא במקומן תרומות לביה"ח. הראשונה לעשות היתה דורית אבקסיס, ואחריה הצטרפו דני וענבל נשיליס, אייל פרדיס (לשעבר דובר ביה"ח) ליאורה וחנן קליש ומירי בלור. יוזמות נהדרות אלה מניבות תרומות מכובדות, המסייעות לפעילותנו לרווחת ציבור המטופלים.

כמיטב המסורת, אירח בהתנדבות מלון דן פנורמה את הילדים העיוורים של מעון עופרים, הוריהם והצוות המקצועי להפנינג סוף שנה ליד הבריכה.

קן וינד-כביר,
מנהלת אגודת הידידים

פלורידה. הם קיימו הפנינג שמח במחלקת יולדות והפגיה, תחת הכותרת "גשם ברכות", בו בירכו את היולדות וחילקו מתנות לתינוקות. בסיום הביקור המשמח העניקה הקבוצה לד"ר רופא תרומה על סך \$10,000.

בתחילת ספטמבר השתתף ד"ר רופא במספר אירועי התרמה ובחוגי בית בניו יורק ובלוס אנג'לס. בנובמבר יתקיים בדאלאס ערב הגאלה השנתי לטובת ביה"ח, ואחר כך יפתחו אירועי שת"פ עם ביה"ח אוונטורה, פלורידה.

אירועים:

במאי, קיימו בשיתוף התזמורת הסימפונית חיפה, ערב מחווה למילטון יעקבי ז"ל (ארה"ב), מחשובי התורמים לביה"ח. הקונצרט החגיגי נערך באודיטוריום רפפורט בניצוחו של נועם שרף ובהשתתפות: אבשלום שריד - ויולה, אוטה כריסטינה גיאורג - מצו סופרן ודיוויד ליטקר - טנור, אשר ניגנו אל מול אולם מלא את הקונצ'רטו לויולה של שרף, את "הסימפוניה הבלתי גמורה" של שוברט ואת "שירת האדמה" של מהלר. הכנסות האירוע ישמשו להקמת כיתת לימוד במח' כירורגית ילדים החדשה.

במסגרת פעילותנו בקהילה, מעבירים מומחי ביה"ח הרצאות במקומות שונים: לאחרונה הרצו פרופ' פוטסמן, ד"ר קרן וד"ר בר-מאיר ברפא"ל; ד"ר קוגלמן הרצה בפני תורמים בניו יורק.

חילופי יו"ר באגודה: עו"ד דפנה אלבאז-הרשקוביץ סיימה את תפקידה כיו"ר לאחר שלוש שנות עשייה. במקומה נבחרה ליאורה קליש המביאה לתפקיד מוטיבציה, רעיונות חדשים וניסיון קודם. עבור ליאורה התפקיד מהווה מעין סגירת מעגל, היות שהיא בתה של ד"ר גלדיס שור, מנהלת מח' הרדמה בעברת ויו"ר מיתולוגית של ועד הרופאים בביה"ח.

חדשות חו"ל:

לאחר שנה ארוכה של פגישות, אושר לאחרונה שיתוף פעולה רפואי ומדעי בין ביה"ח בני ציון לביה"ח היוקרתי אוונטורה שבפלורידה. התוכנית תכלול שיתוף פעולה מחקרי, חילופי מדענים וחילופי ידע בנושאים כמו: היערכות לאירועים רבי נפגעים, המרכז הרב תחומי לנפגעות תקיפה מינית, היפנוזה בילדים, אורולוגיה אונקולוגית ושיטות טיפול חדשניות בסרטן הערמונית, רפואת מטיילים, שתל כולכילארי וטיפול באוזון למניעת קטיעות בקרב חולי סכרת. בקרוב יתקיים סמינר בנושא היערכות לפגיעה המונית בו ישתף מניסיונו ד"ר מיכאל קפקא את עמיתיו באונטורה, המתמודדים עם חששות לנפגעים רבים כתוצאה מסופות הוריקן שעלולות להתרחש באזור.

חידושים בבני ציון ארה"ב:

סניף לוס אנג'לס מתעורר לחיים עם כניסתו של מנהל אזור חדש, המוביל תהליך של בניית ועד מנהל דינאמי, המנסה לתקוע יתד בכל כיוון אפשרי בעיר, כולל: שת"פ עם ארגון AIMA של רופאים ישראליים בארה"ב; אפשרות לשת"פ מחקרי בתחום הציטולוגיה עם Mayo Newhall Memorial Hospital ועם ד"ר בכר מהמעבדה הפתולוגית שלנו; פעילות קהילתית ענפה כולל מסיבות לצעירים על מנת להעלות את המודעות ל"בני ציון"; ארגון משלחת תורמים לארץ כדי שיתרשמו מהפרויקטים ומהעשייה הרבה בשטח לצד טיול חוויתי בארץ.

הצוות המקצועי צירף לשורותיו מארגן אירועים ארצי במטרה לארגן אירועי התרמה בכל ארה"ב, בעיקר באזורים בהם בני ציון אינם פעילים.

שני מנהלי קמפיין חדשים מונו לסניף ניו יורק, כדי להגדיל באופן משמעותי את התרומות מהקהילה היהודית הגדולה ביותר בארה"ב.

ביוני ביקרה אותנו קבוצה של נוצרים אוהבי ישראל, בראשות ג'ימי ונייל לאש, מתומכי ביה"ח

מה חדש? תפוח בדבש

המשתמשים בו כ"סם" טבעי, מעורר ומתגבר אנרגיה. הדבש מתוק כסוכר, משמש כממתק טבעי. למרות מתיקותו הרבה הוא מכיל פחות קלוריות מסוכר תעשייתי לבן (304 קלוריות במאה גרם דבש לעומת כ-400 קלוריות בסוכר).

חתונה ירח דבש - בתרבויות רבות נפוצה האמונה כי אכילת דבש במשך 30 יום לאחר החתונה מבטיחה שהנישואים יהיו מתוקים. 30 יום הם זמן הקפת כדור הארץ על ידי הירח ולכן תקופה זו שלאחר החתונה נקראת ירח דבש (Honey Moon). המצרים הקדמונים השתמשו בדבש לרקחת תרופות שונות, שחלקן יועדו נגד אימפוטנציה ובעיות פריון. אטילה מלך ההונים השתמש בדבש כאפרודיזיאק (ויאגרה טבעית). בימי הביניים הכינו מהדבש משקאות פיתוי.

סגולות ריפוי - אנטיביוטיקה של הטבע: לדבש, בעיקר לדבש שלא חומם, מיוחסות סגולות מרפא שונות עוד בתרבויות הקדומות. ייחסו לדבש סגולה לריפוי פצעים בזכות תכונתו האנטיספטית. על סגולות הדבש ידע לספר גם היפוקרטס היווני, "אבי הרפואה", שהיה טבעוני וניזון מדבש באופן קבוע. הפילוסוף היווני אריסטו, האמין כי אכילת דבש היא המפתח לחיים בריאים וארוכים. הסופר הרומאי פליניוס הזקן המליץ לשתות כוס דבש מדי יום כדי לנקות את הגוף. הרמב"ם, הנחשב גדול חכמי ישראל וגדול הרופאים בכל הזמנים, ייחס ערך רב לשימוש בדבש כמקור לריפוי.

כיום קיימת גם תמיכה מדעית המאששת את ממצאי העבר לגבי סגולותיו הבריאותיות והרפואיות של הדבש. בדבש קיימים מספר רכיבים המצייבים אותו כמוצר ייחודי בעל סגולות בריאותיות ותכונות רפואיות טיפוליות. הדבש נמצא יעיל, במקרי זיהום במערכת העיכול, במיוחד בטיפול בילדים. יש לזכור שאין לתת דבש לפעוטות מתחת לגיל שנה מפני שהדבש עלול להכיל חיידק היוצר רעלן בוטוליזם המסוגל לגרום פגיעה במערכת העצבים. הדבש זוכה להתעניינות מחודשת כאמצעי אנטי-דלקתי לטיפול בזיהומים חיצוניים, כגון פצעים, צלקות, כוויות ופצעי לחץ.

תוצרי הלואי של הדבש - פולן, מזון מלכות ופרופוליס, משמשים בתעשיית הבריאות והקוסמטיקה. הפולן - מכיל חלבון, חומצות אמינו ואנזימים ומשמש להאכלת הרימות בכוורת. השמן המופק ממנו, משמש בתעשיית הקוסמטיקה כמקנה לחות. ניתן להשתמש בפולן גם כתוספת תזונתית. הפולן כשר למאכל. את הפולן, מזון המלכות והפרופוליס מומלץ לקנות בנפרד מהדבש, היות וחומציות הדבש מנטרלת חלק מהאפקטיביות שלהם. מזון מלכות משמש להאכלת המלכה בכוורת. רבים מייחסים לו סגולות לאריכות ימים ולבריאות, אף שעדיין אין לכך הוכחה. פרופוליס - מופק משרף עצים ומשמש בכוורת כחומר בניית ולחניטת פולשים. הרפואה האלטרנטיבית ממליצה להשתמש בפרופוליס לחיזוק המערכת החיסונית.

כל מעלות הדבש הפכו אותו למוצר נצרך ביותר בתעשיית המזון והבריאות, מימי קדם ועד ימינו אנו. למרות כל המעלות, אין להגזים באכילתו. צריכה מוגברת של דבש משמעה, צריכה קלורית מוגברת. מומלץ שדבש יהווה לא יותר מ-10 אחוזים מכלל הפחמימות שאדם צורך ליום. ובינינו, לא מומלץ להתייחס לדבש כתחליף לרופא.

יעל ריינר,
השרות הסוציאלי

"דבש ניגר כמי נהר, מתק דבש של יום חדש" שרים צמד הפרוורים, "על הדבש ועל העוקץ, על המר והמתוק" - כתבה ושרה נעמי שמר, שאף הציעה לכנות את המטפל בדבורים, את הכוורן - דבוראי (כדי שלא יישמע הכוורן כקברן). רבים מאתנו, כמיטב המסורת, כסגולה להבטחה שהשנה החדשה תהיה טובה ומתוקה - יאכלו תפוח בדבש ועוגת דבש בארוחות החגיגות של ראש השנה.

דבש ואיסוף דבש היו מוכרים כבר לאדם הקדמון. ציור מערה מלפני כ-10,000 שנה, שנתגלה בספרד מציג שני גברים המנסים לטפס לכוורת דבורים כדי להשיג את החומר המתוק. בתנ"ך, כביטוי לשפע, מתוארת ארץ ישראל כארץ זבת חלב ודבש. לאחר ששמעו הרג את האריה, דבורים בנו להן כוורת בין צלעותיו של פגר האריה, ומאז הביטוי "מעז יצא מתוק" וגם "מהאוכל יוצא מאכל".

מקור המילה דבש אינו קשור לדבורים, אלא לנוזל מתקתק המופק מתמרים, אחד משבעת המינים שנתברכה בהם ארץ ישראל. על כן למעשה, התמר הוא הדבש המוזכר בפסוק "ארץ זבת חלב ודבש". רמז לכך ניתן למצוא בשפה הערבית, שבה פירוש המילה "דבש" היו תמרים. בכתבים קדומים נהגו לקרוא לכל נוזל מתוק, שהוכן על ידי האדם ממיצי פירות, בשם דבש. בשל מתיקותו קיבל גם דבש הדבורים את הכינוי דבש, ועם חלוף הזמן רק הוא נותר עם השם הזה.

על אף עבודתו העמלנית והסיזיפית של הדבורים, הן מייצרות את הדבש ועוסקות במלאכתן, באותה המתכונת הטבעית כבר אלפי שנים. כנראה שלא ישנו מדרן המיוחדת להן להכנת דבש. ללא התייעלות, ללא מיכון, ללא הרחבת פסי ייצור, ללא שיווק וללא פרסום נראה שברור להן שייצור דבש לא יתקיים בלעדיהן, והן מנצלות זאת היטב לטובתן. כי בינינו, לולא הדבש כבר מזמן היינו מפתחים תרסיס קטלני כזה או אחר כנגדן.

ישנם למעלה משלוש מאות (!) סוגים של דבש והם נבדלים זה מזה בצבע, בסוגי הצמחים מהם הוא מופק, בעונות הפרחים ובאזור הגידול. דבש המיוצר מסוג פרח אחד נחשב טוב יותר מזה המעורב. בארץ, בתקופת הקיץ, נוכל למצוא בעיקר דבש הזדים, בסתיו - דבש אקליפטוס, באביב - דבש מפרחי אבוקדו ובקיץ - דבש זעתר בהיר.

הדבש מורכב מגלוקוזה, פרוקטוזה, סוכרוזה, מלטוזה, חומצות צמחים, כמויות קטנות של ויטמינים A;B;D;C;E;K, מינרלים, נתרן, סידן וברזל, חומצות אמינו, הורמונים, שמנים אתריים ויסודות בקטריצידיים אנטיביוטיים - 181 מרכיבים בסך הכול. לדבש ערך תזונתי רב. כ-80% מהפחמימות שבו הם סוכרים הנספגים במהירות בדם. תכונה זו מחבבת אותו על ספורטאים,

שינויים הורמונאליים - כדאי לדבר על זה!



גיל המעבר, טיפול הורמונאלי ואירועים תרומבואמבליים, מיניות בגיל הפלטינום וסרטן צוואר הרחם. החלק החווייתי של יום העיון כלל מופע של רקדניות בטן שהדגימו את נפלאות האגן בריקודים אמנותיים משגעים. הטלפונים והברכות שקיבלתי לאחר יום העיון המחישו את הצלחת היום ואני מקווה שבעתיד נוכל לקיים מפגשים נוספים, שיהוו פסק זמן חיובי ובריא עבורנו.

אסנת מליץ,
אחות אחראית מחלקת נשים

מקצועיים, אך לעיתים שוכחות להתמקצע בטיפול בעצמנו. יום העיון הוקדש לדברים החשובים לבריאות שלנו כנשים ולנושאים שלא נהוג לדבר עליהם. ההרצאות הועברו על ידי אחיות רופאי ביה"ח, כאשר השתדלנו להקיף את הנושאים ה"חמים" ביותר. ביום העיון השתתפו 120 אחיות ואנשי סגל מתוך בית החולים וכן, אחיות מבתי חולים שונים בארץ ומהקהילה. ההרצאות עסקו בדליפת שתן במאמץ, בריאות האישה בהיבט תרבותי, תסמונת קדם וסתית,

השאלה כיצד לחיות עם שינויים הורמונאליים בהרמוניה מעסיקה נשים רבות. הוכחה לכך הייתה ההיענות הגדולה של המשתתפות ביום העיון שארגנתי בעזרתה של ג'אנה שפס, מרכזת תחום פיתוח צוות ומחקר במשרד אחות ראשית. הרצינות לבחירת יום עיון כזה הגיע מתוך המחשבה שלנו כנשים אין די זמן להעסיק את עצמנו בשאלות, למרות שיש הרבה. כנשים אנו "חובשות כובעים" רבים: רעיות, אמהות, נשות קריירה, מחנכות, עקרות בית, סבתות וכו'. אנו מקפידות ללמוד ולהכיר תכנים

בחודש האחרון, נתרמו ילקוטי בית ספר עם תכולת מכשירי כתיבה וציוד לשנת הלימודים שזה עתה נפתחה. את התרומה נשאו גב' **אילנית בר-לביא** מהמכון לפיזיותרפיה שלנו, ואחותה גב' **הדס מירון**. התיקים נתרמו לילדי עובדי בית החולים ואחראים על הפרויקט עמותת "עמית" - עזרה מידיד יפה תמיד. תודה לאילנית ולהדס.

זו השנה השלישית שמתקיימת בבית החולים קבוצת תמיכה ייחודית בארץ - קבוצת תמיכה והעשרה לבני השירות הלאומי המתנדבים בבית החולים. על ארגון הקבוצה, הפעלתה והנחייתה אחראים הסטודנטים המתמחים בעבודה סוציאלית ביחידה לבריאות הנפש.

לרבים מבני השירות הלאומי הצעירים, העבודה כאן הינה מפגש ראשוני עם בית חולים, מפגש המעלה רגשות בעוצמה רבה: חששות, רתיעה, עצב. לרובם העבודה במחלקות היא התנסות ראשונה בעבודת צוות ובעבודה תחת סמכות והיררכיה.

בשלוש השנים האחרונות, בני השרות הלאומי, בהנחיית הסטודנטים, נפגשו מידי שנה במשך שמונה מפגשים בני שעה וחצי כל אחד. במפגשים יכלו להביע וללבו את רגשותיהם ובעיותיהם, ולקבל הדרכה, חיזוק ותמיכה. המתנדבים הצעירים נהנו מהתפתחות אישית, מגיבוש קבוצתי, מלמידה של טכניקות התמודדות יעילות, ומייעוץ הדדי בנושאים הקשורים לעבודה ולהשלכות המפגש עם חולים והצוות. הם העלו לדיון גם תכנים קרובים ללבם הקשורים לחיי היום יום שלהם כגון: דילמות לגבי יחסים עם הורים, חברות, זוגיות.

המשוב חיובי מחברי הקבוצה ומהאחראים להם במחלקות לגבי יעילות הקבוצות ותורמתן הן למתנדבים והן לצוותים איתם הם עובדים, הביאו להחלטה להתמיד בפרויקט.



בסוף אוגוסט הוזמנו כל עובדי ביה"ח עם בני/בנות הזוג ע"י הנהלת ביה"ח לחגוג את סוף הקיץ. המסיבה, שהתקיימה באולמי **כינורות** כללה ארוחת ערב עשירה, הופעה של **שימי תבורי** ובניו, שביצעו את מיטב הלהיטים המוכרים ולבסוף - מסיבת ריקודים סוחפת. לכל עובד חיכתה הפתעה - על כל כסא הונחו שקית ידידות לסביבה נושאת לוגו בני ציון והסיסמא - **בני ציון להרגיש בבית**, ומעטפת שי תרומת **הולמס פלייס - גרנד קניון**. בנוסף, חולקו פרסים והגרלות יקרות ערך. הנהלת ביה"ח ואגודת הידידים מבקשים להודות לכל מי שתרום וסייע להצלחת המסיבה: **אולמי כינורות, הולמס פלייס - גרנד קניון, DUKE** פאב-מסעדה, **מלון דן כרמל**, מסעדת **RENNE**, מסעדת **אל גאצ'ו, פרסום שפי** ולכל העובדים שהגיעו לחגוג שנה של עשייה, מקצוענות ומסירות.

במהלך חודשים ינואר-יוני נערכו ע"י הנהלת הסיעוד חמישה ימי עיון בנושא "בטיחות ובריאות העובד", בהם השתתפו כ-450 אחים ואחיות. שני מושגים עיקריים היוו בסיס לקיום יום עיון זה: **בריאות - מצב של רווחה גופנית, נפשית, חברתית; ובטיחות - שליטה בסיכונים וצמצומם**. בין הגורמים העלולים לסכן את העובד נמנים גורמים ביולוגיים, פיזיקאליים ופסיכולוגיים. מטרת ההרצאות והדגמות הייתה למנוע ולמזער את הגורמים הללו, ולשמר את בריאות העובד.

ההרצאות ניתנו על ידי צוות מומחים מתחומים שונים: צוות פיזיותרפיסטים בראשות **קובי שוורץ** - מנהל מכון הפיזיותרפיה, **טובה נתיב** - מרכזת תחום מניעת זיהומים, **סרגיי מזיס** - סגן אחות אחראית פנימית א', **ד"ר נעמי יוספברג** - היחידה לניהול סיכונים של חב' ענבל ו**ד"ר אבי יונר** - מנהל המכון לרפואה תעסוקתית וסביבתית מבי"ח רמב"ם. ההרצאות העשירו את המשתתפים בידע, ניפצו מיתוסים, פתחו צוהר להבנת הנושאים ונתנו מענה מקצועי לשאלות.

אחים ואחיות מיחידות לטיפול נמרץ מכל רחבי הארץ הוזמנו לכנס, שנערך במרכז הרפואי בני ציון בחסות העמותה לקידום סיעוד קרדיאלי וטיפול נמרץ בישראל. שושי לזרוביץ, האחיות האחראיות מהיחידה לטיפול נמרץ לב, יזמה וארגנה את הכנס בשיתוף עם הנהלת הסיעוד.

ההרצאות עסקו במגוון רחב של נושאים כגון: מוות בכבוד, היצרות קנה הנשימה בחולה לאחר הנשמה מלאכותית ממושכת, שיתוף בני משפחה בעת החייאה.

ההרצאות ניתנו על ידי אחיות בית החולים: **איילת שולץ ואולג שמייך** - מהיחידה לטיפול נמרץ כללי, **רוית רפאלי** - סגנית אחות אחראית פנימית ג', **שושי לזרוביץ** - אחות אחראית טיפול נמרץ לב ו**ג'אנה שפס** - מרכזת פיתוח צוות. הרופאים המומחים **ד"ר מיליאן קרויטורו** ו**ד"ר חמוד מחמוד** וכן, העובדת הסוציאלית **מירב פרנציס**, לקחו חלק בכנס ותרמו להצלחת היום.

איילת שולץ ואולג שמייך הוזמנו להשתתף ולהרצות בכינוס הבינלאומי השישי לטיפול נמרץ בישראל אשר יתקיים בחודש אוקטובר הקרוב בתל אביב. את היום חתמה הצגת יחיד של שחקנית התיאטרון החברתי הדוקומנטארי - **רזיה ישראל**, אשר ריגשה את כל המשתתפים.



צילומים מרהיבים של בלונים ססגוניים, אבטיחים גדולי ממדים, "מרבדים" פרחוניים בגוונים ובעיטורים אתניים ועוד תלויים להנאת העוברים ושבים במסדרון הקומה השישית - כולם פרי צילומיה של מינה פוטסמן מפסטיבל חג הפסחא בגואטמלה.

פרופ' ישראל פוטסמן ומינה אשתו, אשר ביקרו לפני כשנה בגואטמלה, חזרו נלהבים, מצוידים במגוון צילומים, מתוכם נבחרו והוצגו הפיים ביותר.

כדאי לבקר במרפאת המטיילים שלנו, על שם תומר, לא רק לצורך קבלת חיסונים. את קירות המרפאה מעטרים צילומים נוספים, שצולמו במקומות אקזוטיים, גם הם על ידי מינה פוטסמן.

פרידריך פרלברג, הר הכרמל עם חיפה, 1905

