



אינפורמציון

מגזין המרכז הרפואי בני ציון | ספטמבר | 2013 | גיליון 21





« דבר המנהל

עמיתי,

חלפה לה עוד שנה. שנה מלאת אתגרים, שנה נוספת בה אנו יכולים להרשות לעצמנו להיות מרוצים ממעשי ידינו. בימים אלה, ומאז אישור תקציב המדינה, נכנסנו לדיונים אינטנסיביים מול קופות החולים לקראת חתימת הסכם הפעילות הבא ל-3 השנים הבאות.

אלו הם הסכמים טובים אשר לכל תת סעיף בהם ישנה משמעות חשובה ל"איכות החיים" שלנו בשנים הקרובות. אנחנו, יחד עם עמיתינו בבתי החולים האחרים באזור, מנהלים בנושא שיחות אין סופיות, כאשר כל צד מושך לכיוונו. מטרתנו היא להביא להסכמים שכל הצדדים מרוויחים מהם - הן הקופות והן בתי החולים ובמילים אחרות: הנזקקים לשרותינו.

אני מקווה כי עד מועד הרמת הכוסית לכבוד החג נוכל לבשר לכם על התקדמות חיובית בעניין זה.

בהנהגת ובתמיכת משרד הבריאות, העמדנו בפנינו מספר מטרת כיעדי שיפור וביניהן אמנה את שיפור איכות הטיפול הרפואי, שיפור השירות והבטיחות למטופל, קידום בריאות בקרב צוות בית החולים והבאים בשעריו, ניהול מושכל של משאבי האנוש והרחבת והעצמת מערכות המידע.

קצרה היריעה מלפרט כאן את ההישגים שלנו בכל תחום ותחום. חלק מהדברים בוודאי מוכרים לכם ואתם נוטלים חלק פעיל בהגשמתם. את הכל תוכלו לראות ולקרוא בחוברת המפורטת של תכנית העבודה שלנו לשנה זו ולשנה הבאה עלינו לטובה.

פרויקט חשוב נוסף אליו נכנסנו בשנה האחרונה הוא תהליך האקרדיטציה, תהליך אשר בסופו ייקבעו נהלים ברורים לכל פעולה ולכל תהליך בבית החולים. כל אחת ואחד מכם ייטול חלק בפרויקט הזה אשר בעתיד יהווה תנאי להארכת תוקף רישיון בית החולים.

למרות המחסור הכרוני בתקציבי פיתוח, אנו מצליחים לשפץ, לבנות ולחדש מחלקות ומכשור רפואי מתוחכם. אמנה חלק מפרויקטים אלה בדברי בטקס הרמת הכוסית.

זוהי שוב הזדמנות נאותה לי להודות לכולכם על התכונות שהופכות אותנו לבית חולים מועדף ע"י חלק גדול מהאוכלוסייה - עבודה מסורה, אכפתיות, הדרות עמוקה עם מקום העבודה, מאור פנים ומקצועיות ללא פשרות.

חג שמח, שנה טובה לכם ולכל יקיריכם,

ד"ר א. רופא
מנכ"ל המרכז הרפואי

כל הכתוב במגזין "אינפורמציון" מהווה מידע בלבד, ואינו מהווה תחליף מכל סוג שהוא ליעוץ ו/או לטיפול רפואי, ואין לראות בו הוראה לטיפול עצמי, לאבחון ו/או המלצה לטיפול מכל סוג שהוא. כל יעוץ ו/או טיפול חייב להינתן באופן אישי ע"י רופא ותחת פיקוחו.

» דבר המערכת

אם סוקרים את התפתחות הרפואה ניתן לראות כי ההתייחסות לחולים עברה שינוי משמעותי. כיום כבר ברור כי כדי להעניק טיפול מיטבי לחולה יש לראות את המכלול ולהתאים את הטיפול לחולה הספציפי. פריצת הדרך שהושגה בשנים האחרונות בהקשר לגנום האנושי במצבי בריאות וחולי, יחד עם ההתקדמות המדעית והקלינית עשויים לסייע בהתאמת טיפול אישי ונכון לכל מטופל.

ואכן, הרפואה האישית כדיסציפלינה מתפתחת מבקשת להתאים את ההתנהגות הרפואית למאפיינים האישיים והביולוגיים של המטופל. שני אנשים המאובחנים באופן זהה עשויים להגיב באופן שונה לאותה תרופה. לאחד יעזור הטיפול, ואילו לשני לא תהא כל תועלת ממנו. הרעיון של טיפול רפואי מותאם אישית הוא להשתמש בידע המצטבר על ההבדלים הגנטיים והביולוגיים בין בני האדם לתכנון הטיפול הרפואי כך שיהיה מותאם לכל אוכלוסיית מטופלים ייחודית. התאמת הטיפול למטופלים היא מטרה שאפתנית. אמנם התובנות המדעיות הקיימות כיום מאפשרות להגיע להתאמה טובה יותר של הטיפול למטופלים, ואולם, הגילוי והפיתוח של תרופות חדשות ושל סמנים ביולוגיים ייחודיים שיישעו באבחון עודם משימות מורכבות מאוד וממושכות מאוד.

זוהי אולי אחת הסיבות לכך שמקומה של הרפואה המשלימה גדל במסגרת הרפואה הקונבנציונלית ואנו עדים ליישום טיפולים המשלימים את הטיפולים הרפואיים המקובלים אף במסגרת אשפוז. טיפולים אלה, המותאמים באופן אישי, מסייעים גם לצוות המטפל ומאפשרים ביצוע טוב יותר של הטיפולים הקונבנציונליים.

התאמת הטיפול למטופל רלוונטית גם כאשר מדובר בהבדלים מגדריים. ההבדלים הביולוגיים בין נשים וגברים הם משמעותיים כמעט בכל מערכות הגוף. התקף לב לדוגמה הוא לעיתים קרובות שונה אצל נשים וגברים ומחייב גישה מערכתית שונה - החל משלב האבחון, דרך שלב הטיפול האקוטי ועד הטיפול התרופתי המשמר. נשים וגברים אף חווים מצבים באופן שונה מה שמספיע על סיכונים בריאותיים שונים.

ההבדלים המגדריים באים לידי ביטוי כבר בגיל ילדות ומלווים אותנו כחוט השני בשלבי החיים השונים. ההיסטוריה מלמדת שגם בתקופת השואה ההתמודדות היה שונה. התמודדות זו נעוצה כנראה גם בשוני המגדרי. תחום רפואי שיקר בהבדלים בין נשים וגברים יובטא זאת בגישה מחקרית והטיפולית - יוכל לספק רפואה טובה יותר ונכונה יותר.

שנה טובה ובריאה,
המערכת

» המערכת

עורכת

עו"ד חנית שורץ מנהלת מח' שיווק וקשרי חוץ

חברי המערכת

אינה גרינברג אחות אחראית, מח' קרדיולוגיה
רחל וויטיץ מתאמת מערך טרום ניתוח
ד"ר מקס כהן רופא בכיר, היח' להפריה חוץ גופית
רחל קליין אחות אחראית, מח' לרפואה דחופה
ד"ר אהרון קסל רופא בכיר, המכון לאלרגיה ואימונולוגיה קלינית
יעל ריינר עו"ס, השרות הסוציאלי
ג'אנה שפס מרכזת פיתוח צוות בסייעוד

מתחת לאר

« ד"ר משה גולדשר
רופא בכיר, אחראי תחום ניתוחי אף וסינוסים, מח' א.א.ג.

בשנים האחרונות מתרחשת מהפכה שקטה בתחום ניתוחי האף האסתטיים. השינוי הוא לאו דווקא בטכניקות הרפואיות, כי אם בפרופיל האנושי של קהל הפונים: מילדה בת 14 ועד לקיבוצניק שחצה את גיל ה-80. האם הפתרון הניתוחי מתאים לכולם? מתי המנתח צריך לומר: "לא!" ומה העיתוי הכי פופולארי לניתוח? לפניכם, מידע שכדאי לדעת על ניתוחי אף בישראל 2013.

גם בתקופה שבה הניתוח הפלסטי הפופולארי ביותר בישראל הוא הגדלת חזה, לא נס ליחם של ניתוחי האף. נהפוך הוא - הביקוש לניתוחי האף האסתטיים הולך וגדל בשנים האחרונות, דווקא בקרב פלחי אוכלוסייה חדשים.

כבר משחר ההיסטוריה נחשב אף מושלם לאידיאל היופי, ולא בכדי. אין ספק, שצורת האף משפיעה באופן דרמטי על המראה שלנו, וזאת בשל מיקומו בין שני האיברים הכי תקשורתיים בפנים: העיניים והפה.

אין עוררין על כך שאף מעוצב המצוי בהרמוניה מלאה עם הפנים, עשוי לשפר את המראה ובכך גם את הביטחון העצמי. ניתוחי אף אסתטיים מבוצעים מזה עשרות שנים, אולם, בשנים האחרונות אנו עדים למגמות חדשות ומעניינות בביקוש אליהם.

הניתוח המשולב: גם בריאות גם יופי

קיימות שתי סיבות לביצוע ניתוחי אף: סיבה בריאותית-תפקודית וסיבה אסתטית. בכל ניתוח אף אסתטי האתגר הוא יצירת מראה אטרקטיבי וטבעי תוך שמירה על תפקודו התקין של האף כאיבר הנשימה. אחת המגמות המובילות כיום היא הניתוח הפלסטי המשלב את אסתטיקת האף עם שיפור מעברי האוויר. קיים קשר בין צורת האף לבין תפקודו כאיבר הנשימה, והתוצאה היא שמטופלים רבים מבקשים "לצוד שתי ציפורים" בניתוח אחד - אף אסתטי שדרכו יוכלו לנשום טוב יותר.

מי פונה היום לניתוח אף אסתטי?
בשנים האחרונות חל שינוי דרמטי באוכלוסייה המבקשת לעבור ניתוח אף. ראשית, המהפכה הגברית: אחרי עשרות שנים שבה ניתוח אף נחשב לנחלת המין הנשי, אנו רואים כיום יותר ויותר גברים המבקשים לשנות בדרך זו את חזותם.

שינוי נוסף הוא מגזרי: גידול משמעותי במספר הפונים מקרב הציבור הערבי והציבור הדתי. עד לאחרונה הוצגה הנושא במגזרים הללו ומספר הפונים היה מצומצם ביותר. אלה שעשו את הניתוח ניסו להסתירו ולהדגיש שהסיבה לכך היא רפואית (למשל: חבלה ישנה באף או הפרעות נשימה עקב סטייה במחיצת האף). מצב זה משתנה בשנים האחרונות, אם כי עדיין חוזרת ונשנית הבקשה במגזרים האלה: "אל תעשה לי אף קטן מדי וסולד מדי".

אף אחד, סקאלה שלמה של גילאים

המגמה הבולטת ביותר בתקופה הנוכחית היא הנטייה הגוברת לעבור ניתוח אסתטי בגיל צעיר מאד, לעתים בגיל 14 עוד לפני סיום הגדילה או בגיל מבוגר מאוד. הקיצוניות הגילאית הזאת כבר אינה מפתיעה את המנתחים הפלסטיים.

מהו הגיל המינימלי לניתוח אף? התשובה אינה חד משמעית. חשוב לזכור כי בגיל צעיר מדי האף עדיין לא סיים את התפתחותו. לכן, כדאי מאוד להמתין לפחות עד גיל 15 וחצי על מנת לוודא שהגדילה הסתיימה. חשוב לא פחות שלנער או לנערה תהיה בשלות נפשית מספקת כדי להתמודד עם השינוי.

עיתוי הניתוח: מתי עושים את זה?

נקודה מעניינת נוספת היא העיתוי. ניתוח אף הוא לרוב חלום רב שנים. ובכן, באיזו נקודה בחיים בוחרים "לקפוץ למים"? במקרים רבים, קיימת נטייה לעבור את הניתוח בתקופה שלפני אירועים משפחתיים גדולים. כמו כן, אנשים מבקשים לשנות

את מבנה האף גם כאשר הם נפרדים מכן זוג או מבצעים שינוי משמעותי אחר במהלך חייהם. הביקוש בקרב בני נוער גדול במיוחד בשתי תקופות בשנה: חופשת פסח וחופשת הקיץ, תקופה המאפשרת להחלים בשקט ולחזור לבית הספר עם המראה החדש והאטרקטיבי.

שוקלים ניתוח אף? כדאי שתקראו!

בניתוח אף, כמו בניתוחים אסתטיים אחרים, יש גם מרכיב פסיכולוגי שחשוב להיות מודעים אליו. במקרים רבים מסייע הניתוח לחיזוק הערך העצמי והביטחון. עם זאת אין לשכוח, שכל ניתוח פלסטי הוא הליך רפואי הטומן בחובו גם סיכונים. מומלץ לשקול בכובד ראש ולהבין מה מקור הרצון לניתוח - צורך אמיתי, השפעת יתר של פרסומות דימוי עצמי מוטעה, השפעת יתר של פרסומות וכדומה. במילים אחרות, חשוב לברר אם יש צורך אובייקטיבי בניתוח, או שהוא נועד למילוי חסכים אחרים שאינם קשורים בבעיה אסתטית, ושלגביהם כדאי לשקול פנייה ליעוץ פסיכולוגי.

החלטתם ללכת על זה? חשוב לתאם ציפיות, להגיע לניתוח עם ציפיות ריאליות ולא לפנטז על מה שאינו אפשרי. הניסיון להשיג אף "סופר מושלם" עלול לגרום לעיתים לתוצאה הפוכה - והרי איש אינו מעוניין במראה מלאכותי ("תסמונת מייקל ג'קסון") אלא במראה יפה וטבעי גם יחד.

לסיכום: גם כשמדברים על אסתטיקה, הבריאות היא תמיד מעל הכל. זכרו שמדובר בהליך רפואי-כיורגי, וחשוב להיות בטוחים שהוא נעשה תוך עמידה בכל אמות המידה המקצועיות. כדאי גם לדעת שהאף הוא האיבר היחיד בגוף, שכמעט ואינו ניתן להסתרה. על כן, תוצאה גרועה של ניתוח אף תיראה לעין. בחרו במנתח מנוסה ומיומן, שידע ליצור את ההרמוניה ואת האיזון הנכונים - אותו סוד הקסם שמעצים את יופי הפנים ומעניק את "הלוך" הטבעי והמשודרג גם יחד. ■

תסמונת סוואנט

«ד"ר יעקב גניזי נירולוג ילדים, מנהל היח' לאשפוז יום ילדים»

ב 14 במרץ 2004 נכנס דניאל טאקט למוזיאון להיסטוריה של המדע באוניברסיטת אוקספורד, היכל התהילה של אחד ממרכזי הלמידה החשובים בעולם. הוא התיישב על כיסא מול שישה מתמטיקאים ומול קהל של כמה עשרות עיתונאים החל למנות בקול רם, מזיכרונו, את הספרות אחרי הנקודה העשרונית של המספר פאי. הדקלום נמשך חמש שעות וכלל 22,514 ספרות בלא שגיאה אחת. עבור טאמט, אחד מכ-50 "סוואנטים" - אנשים בעלי יכולות על-אנושיות לחישוב וזיכרון - דקלום ספרות הפאי היתה משימה קלה. יותר מכך, זו היתה עבורו חוויה חושית, כמעט רוחנית. תסמונת סוואנט מתארת אנשים אשר למרות נכותם הגופנית או הנפשית הקשה הינם בעלי כישרונות יוצאי דופן. זוהי תופעה נדירה, אך עם זאת ישנם מספר מקרים המתועדים היטב. התסמונת הגיעה להכרה ציבורית רחבה עם צאתו של הסרט "איש הגשם". תסמונת סוואנט היא אולי אחת התופעות המרתקות ביותר במחקר של הפסיכולוגיה הקוגניטיבית, ויש הטוענים כי לא נבין באמת את הזיכרון האנושי עד שנבין כראוי תסמונת זו.



הוא התיישב על כיסא מול שישה מתמטיקאים ומול קהל של כמה עשרות עיתונאים והחל למנות בקול רם, מזיכרונו, את הספרות אחרי הנקודה העשרונית של המספר פאי.

תסמונת סוואנט מתארת אנשים אשר למרות נכותם הגופנית או הנפשית הקשה הינם בעלי כישרונות יוצאי דופן.

תסמונת סוואנט הוכרה לראשונה על ידי ד"ר לאנגדון דאון בשנת 1887, אשר טבע את המונח "idiot savant" - אידיוט מלומד. הביטוי מקורו במילה הצרפתית "סבואר" - יודע או חכם, כדי לתאר מישהו אשר יש לו זיכרון יוצא דופן, אך עם פגם משמעותי ביכולת החשיבה. כיום המונח יצא משימוש עקב הקונוטציות השליליות והמונח "תסמונת סוואנט" תפס את מקומו. מונח אחר, "מלומד אוטיסטי" נמצא אף הוא בשימוש נרחב, אם כי יש בו מידה מסוימת של חוסר דיוק שכן, אמנם קיים קשר חזק לאוטיזם, אך רק בכמחצית מן המקרים של תסמונת סוואנט היא מופיעה באוכלוסיית האוטיסטים וב 50% מופיעה בנכויות התפתחותיות ובסובלים מפגיעות מוחיות אחרות.

תסמונת סוואנט הינה מצב נדיר שבו אנשים המאובחנים כאוטיסטים, או עם הגבלה נפשית חמורה אחרת כולל מחלת נפש, מדגימים איים של יכולת אשר עומדת בניגוד מוחלט לנכות הכוללת שלהם. המצב יכול להיות מולד או נרכש, לאחר פגיעה מוחית באנשים תקינים. התסמונת מופיעה בשכיחות גבוהה יותר בגברים מאשר בנשים ביחס משוער של 6 ל-1. הכישורים יכולים להופיע באופן פתאומי, ללא הסבר, וכבר דווח כי לפעמים נעלמו באותה פתאומיות. ניתן לחלק את הכישורים המיוחדים האלה לשלוש הקטגוריות הבאות:

- 1. מיומנות מפוצלת** - אשר בה הסוואנט הינו בעל כישורים ספציפיים העומדים בניגוד לרמה הכללית של תפקודו.
- 2. גאונים מוכשרים** - מצב בו הסוואנט מציג רמה גבוהה של יכולת שכלית ביחס לנכותו.
- 3. גאונים עצומים** - מצב נדיר הרבה יותר אשר בו היכולת או הגאונות היא לא רק מרהיבה בניגוד לנכות, אבל תהיה יוצאת דופן גם בהשוואה לאדם שאינו נכה.

השכיחות המשוערת של תסמונת סוואנט באוכלוסייה האוטיסטית הוא כ-10%, ואילו השכיחות באוכלוסייה עם לקות למידה היא כנראה פחות מאחוז אחד. אך ההגדרה בעייתית שכן מחד, סביר להניח כי סוואנטים רבים לא התגלו, ומאידך, הגדרת שכיחות התופעה תלויה באילו משלוש הקטגוריות מתכוונים. על כן, ההיערכות לגבי היארעות של תסמונת סוואנט יכולה להשתנות במידה רבה. במקרה של גאונים עצומים קיימת הערכה כי ייתכן שיש פחות מ-100 מקרים שדווחו בספרות העולם במאה השנים האחרונות. ■

(רשימת מקורות נמצאת אצל הכותב)

א וטם בשריר הלב (או התקף לב) הוא מצב שבו קיימת חסימה חריפה ופתאומית של אחד מעורקי הלב אשר גורמת להרס של שריר הלב. למרות ההתקדמות שחלה הן בנושא ההסברתי לציבור הרחב והן בנושא הטיפול באוטם חריף בשריר הלב, עדיין מהווה אוטם בשריר הלב גורם תמותה מספר אחת (בקבוצת גילאים מסוימת) בעולם המערבי בכלל ובארץ בפרט. יתרה מזאת, באחוז לא מבוטל מהמקרים, מדובר באנשים צעירים שנמצאים בשיא הקריירה המקצועית ובהקמת חיי משפחה.

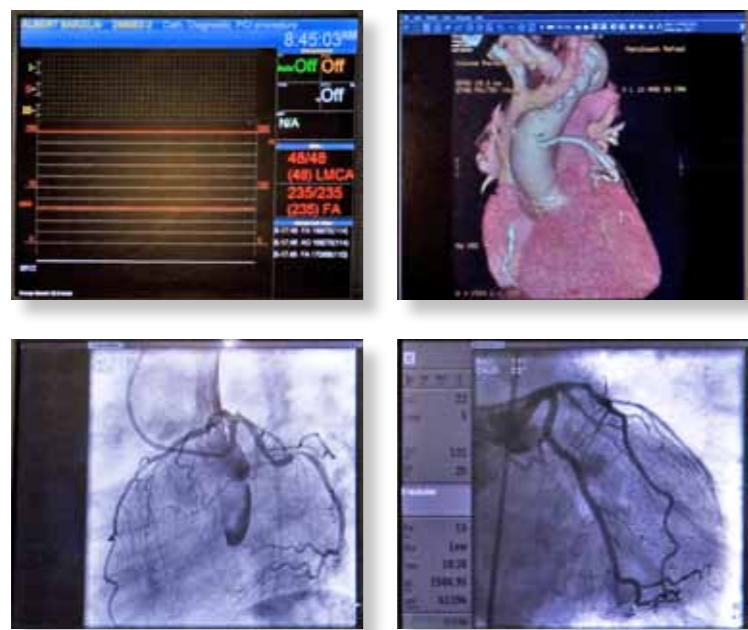
לפי נתוני ACSIS (Acute Coronary Syndrome Israeli Survey) העוסק בסקירה של אירועי לב בישראל, כ-15% מהמטופלים המאושפזים ביחידות לטיפול נמרץ לב עם אוטם חריף בשריר הלב, הם אנשים צעירים מתחת לגיל 50. רוב רובם של חולים אלה הם גברים. בסקירה זו אנסה לעמוד על גורמי הסיכון לאוטם שריר הלב באוכלוסייה זו, על הטיפול בשלב החריף של ההתקף, על הטיפול הכרוני ועל התהליך השיקומי לאחר ההתקף.

לפי נתוני סקר ACSIS ונתונים מסקירות בינלאומיות, כ-80% מהחולים הצעירים עם אוטם לב סובלים לפחות מגורם סיכון אחד. גורמי הסיכון העיקריים הם: עישון, השמנה, רקע משפחתי, סכרת, יתר לחץ דם ויתר שומנים בדם. בכ-20% מהחולים הצעירים עם אוטם לא ניתן למצוא אף לא גורם סיכון אחד "קלאסי" למחלת לב. במקרים הללו יש לחפש סיבות נדירות אחרות כגון: מחלות דלקתיות של כלי הדם בלב (ווסקוליטיס), מצבים שונים של קרישיות יתר, שימוש בסמים (קוקאין בראש ובראשונה), דיסקציה או קרע של עורק כלילי (לדוגמא, באישה בשנות ה-30 לחייה הכורעת ללדת). לא משנה מה האטיולוגיה מאחורי האוטם, המטופל יתייצג בדרך כלל עם כאב לוחץ בחזה ושינויים אופייניים בא.ק.ג. במרבית בתי חולים בארץ הטיפול המועדף במקרים אלה הוא צנתור דחוף ופתיחת העורק המוצר או החסום. הצנתור נעשה במקביל למתן תרופות לדילול דם שמטרתן למנוע התפשטות של קרישי דם בעורק ולמנוע התפתחות של קרישי דם חדשים לאחר פתיחת העורק.

כבר בשלב החריף של האוטם מתחילים בטיפול תרופתי שמטרתו למנוע התקפי לב בעתיד ולשפר את תפקוד שריר הלב שנפגע כתוצאה מהאוטם. טיפול זה מורכב ממספר תרופות לרבות תרופות לדילול דם, תרופות להורדת כולסטרול (סטטינים), תרופות לאיזון לחץ דם ותרופות להורדת דופק.

לאחר הטיפול החריף באוטם, המטופל ישהה באשפוז במשך 3 - 5 ימים. אם הכל מתנהל כשורה הוא ישוחרר להמשך החלמה בביתו. כשישה שבועות לאחר האוטם, מתחיל בדרך כלל התהליך השיקומי, שמטרתו לשפר את הכושר הגופני ואת הביטחון העצמי של המטופל. באותה תקופה המטופל יכול לחזור בצורה הדרגתית לנהל גם חיי מין. במקביל לתהליך השיקום שנמשך כשלושה חודשים, יחזור המטופל באופן הדרגתי לעבודתו. בתום התהליך השיקומי, רוב המטופלים יחזרו לעבודה סדירה.

בשלב זה של המחלה, הדבר הקריטי ביותר הוא טיפול אגרסיבי בכל גורמי הסיכון של המטופל, כולל הפסקת עישון מוחלטת, ירידה במשקל, איזון הסכרת, טיפול במינון גבוה של סטטינים פוטנטיים (לפיטור או קרסטור) במטרה להוריד את הכולסטרול "הרע" (LDL) מתחת ל-70 ולאזן יתר לחץ דם.



אוטם בצעירים

«ד"ר אלה לובוביץ רופאה בכירה ביח' צנתורים, מח' קרדיולוגיה»

”

למרות ההתקדמות שחלה הן בנושא ההסברתי לציבור הרחב והן בנושא הטיפול באוטם חריף בשריר הלב, עדיין מהווה אוטם בשריר הלב גורם תמותה מספר אחת בקבוצת גילאים מסוימת בעולם המערבי בכלל ובארץ בפרט.

אנחנו, הצוות הרפואי והסיעודי של מכון הלב, מציעים את מגוון הטיפולים המתקדמים באוטם שריר הלב, החל מצנתור דחוף וכלה בשיקום לב לאחר האוטם. אנו מדגישים לכל המטופלים שחוו אוטם, שלמרות מחלתם הכרונית, טיפול נכון ואורח חיים בריא, ברוב המקרים יאפשר קיום חיים רגילים ומלאים.

לסיכום, התקף לב עלול להתרחש גם בגיל צעיר. קריטי בשלבים הראשונים של ההתקף להגיע במהירות האפשרית לבית חולים מפני שבמקרה של התקף לב הזמן קריטי בהיבט של פגיעה בשריר הלב. על כן, בכל מקרה של כאב בחזה, בגב עליון או ביד שמאל, אפילו אם אתם צעירים ולא ידוע לכם על שום גורם סיכון, אני ממליצה לא לקחת סיכון מיותר ולא לחשוב פעמיים, אלא לגשת ללא דיחוי לחדר מיון לצורך אבחון וטיפול. ■

פגיעה עצמית בגיל ההתבגרות

«ד"ר נגה כרם מנהלת מרפאת מתבגרים

פגיעה עצמית, שבעבר נחשבה כביטוי למצבים פסיכיאטריים, הולכת ומתרחבת בקרב בני נוער בריאים. הספרות המערבית מעדכנת שכ-20% מבני הנוער מדווחים בשאלונים אוניברסיטתיים כי התנסו בכך בעבר.



מהי פגיעה עצמית?

הגדרתה של פגיעה עצמית הינה פגיעה מכוונת וחוזרת בגוף, שלא מתוך כוונה או בדיקה. הפגיעה באה מתוך מצוקה, לעתים מצוקה שנראית ונחוות רק על ידי הפוגע, מבלי שסביבתו מודעת לקשיים שהוא חווה, והיא גורמת להקלה מסיימת בתחושת המצוקה, גם אם ההקלה הינה זמנית בלבד. באנגלית קרויה התופעה non suicidal self-injury (NSSI), כשהשם הישן היה self-harm behavior. קיימות מגוון צורות של פגיעה עצמית: שפשוף העור עד כדי פגיעה בשלמותו, דקירת העור (באמצעות מחט, עיפרון מחודד, מחוגה), חיתוך (ע"י סכין, מספריים), בליעת פחמים או חומרים (סיכות מכפלת, למשל), הכאה חוזרת (כמו מכות אגרופ לקיר), צריבה (טפטוף חלב נרות על העור) ועוד. השיטות היותר נפוצות הן דקירה וחיתוך אצל בנות, חיתוך והכאה חוזרת אצל בנים.

אירוע הפגיעה העצמית המפורסם ביותר הוא זה של הצייר ואן-גוך, שחתך את אוזנו אחרי יוכוח מר עם חברו, הצייר גוגן, בשנת 1888. כיום רוב אירועי הפגיעה העצמית הם הרבה פחות דרמטיים, פחות מתוקשרים ולכן גם יותר קשים לאבחון.

מדוע מישהו פוגע בעצמו?

תיאוריות פסיכולוגיות רבות ניסו להסביר את הסיבות לפגיעה עצמית. התשובה לשאלה מדוע מתבגר מסוים

תופעה המורכבת הזו מעוררת בקרב רבים רתיעה וחרדה, יחד עם התחושה ש"אצלי זה לא יקרה". המספרים ההולכים ועולים של מתבגרים המעורבים בהתנהגויות מסוג זה מדברים בעד עצמם, לכן החשיבות הגדולה של העלאת המודעות לתופעה. חשוב לזכור, שלא רק להורים קשה להתמודד עם התופעה, היא מאתגרת גם אנשי טיפול ורפואה. התופעה תוארה כבר בשנת 1938 אך רק כחמישים שנה אחר כך "התמסדה" כתופעה. רק השנה, בספר האבחנות הפסיכיאטרי המעודכן (DSM V) ניתן לה מקום כתופעה בפני עצמה, שאיננה קשורה בהכרח לתופעות רגשיות ופסיכיאטריות אחרות. השילוב של הקושי בהתמודדות של ההורים והקושי בהתמודדות של המטפלים גרם לתופעה להיות מודחקת לשוליים, ואולי עקב כך להגיע לממדים שאנו מתמודדים עימם היום.



הפגיעה באה מתוך מצוקה, לעתים מצוקה שנראית ונחוות רק על ידי הפוגע, מבלי שסביבתו מודעת לקשיים שהוא חווה. והיא גורמת להקלה מסיימת בתחושת המצוקה, גם אם ההקלה הינה זמנית בלבד.

בוחר לפגוע בעצמו כדי להקל על מצוקתו בעוד שאחר יבטא את המצוקה במילים, הינה מורכבת מאוד. קיימת, כנראה, פגיעות גנטית, כלומר שאנשים עם מבנה גנטי מסוים יהיו יותר פגיעים לפתח את התופעה. אך למרכיב האישי, למרכיב המשפחתי ולחוויות החיים של המתבגר יש תרומה משמעותית ביותר להתפתחות התופעה. חשוב לזכור שיש מרכיב נלמד, ורבים מבני הנוער הפוגעים בעצמם מספרים שנחשפו אליה לראשונה אצל חבריה, או באחד מכלי המדיה. בשנים האחרונות יש התייחסות רבה לתופעה בסדרות טלוויזיה, בשירים, ובעיקר באינטרנט (בכתיבת המושג 'פגיעה עצמית' באנגלית מופיעות מעל 90 מיליון תוצאות!).

כששואלים את בני הנוער שנוהגים לפגוע בעצמם מדוע הם עושים זאת מתקבלות מגוון תשובות. הנפוצות יותר מובאות להלן:

- הפיכת כאב נפשי, שקשה לתאר אותו, למשהו גופני. כאב גופני מוכר לרבים מבני הנוער יותר מאשר כאב רגשי, ולכן יחושו שהם מסוגלים יותר להתמודד עם סוג זה של כאב.
- זהו כלי להענשה עצמית על "חטאים" שהמתבגר מרגיש שחטא בהם (ולא משנה אם זה משהו שקרה במציאות או חטא מדומה).
- אקט אימפולסיבי שמבטא תסכול ומצוקה רגשית משמעותית.
- כלי לשליטה ולניהול של סבל. סיבה זו מתוארת בעיקר על ידי מתבגרים שבעברם חוו פגיעה או התעללות כלשהי. אותו אירוע מהעבר נתפס על ידם כמשהו שלא הייתה

להם כל שליטה עליו, והפגיעה העצמית שהם גורמים לעצמם, גם אם היא מכאיבה להם, נותנת תחושה של "הפעם אני זה שמחליט מה, איך וכמה יהיה הסבל, זו תחושה של כוח".

- החצנה של כאב פנימי, קריאה לעזרה. לרבים מהמתבגרים קשה להודות בקושי, וגם קשה להגדיר אותו ולתת לו שם, אך כשהסביבה רואה פגיעה פיזית (חתך, סימנים כחולים) היא מייד מגיבה ומנסה להתגייס לסייע, ולכן המתבגר חש מוגן ומטופל יותר.

"והייתי מוכרחה להרגיש שמישהו באמת כואב לי. לא כזה כאב לא-נתפס ואינסופי של בור בבטן ושקט באוזניים, כאב שאני לא מסוגלת להכיל בתוכי כי הוא פשוט טורף אותי כולי. הייתי צריכה משהו שיסיט לי את המחשבות... כן, בדיקה, רציני כאב אמיתי, כזה שאפילו אני אוכל לראות שהוא כואב"
(מתוך: אני לא יכולה שכועסים עלי/ עידית שמר)

כיצד מתבצעת הפגיעה העצמית?

רוב הפוגעים בעצמם, לפחות בשלבים הראשונים של התפתחות התופעה, יעשו זאת בשיטות קבועות. הם ישתמשו בחפצים זמינים, המצויים בהישג יד (עיפרון, סרגל, מחוגה, מספריים, סכין גילוח), ועם חומרתה ניסו שיטות פגיעה נוספות. הפגיעות בגוף יהיו במקומות אופייניים: אמות הידיים, בעיקר אמת יד שמאל (אופייני לחיתוך ולדקירה), גב כף היד (במקרים של צריבה והכאת קיר), כתפיים, ירכיים, שיפולי הבטן (בחיתוך). חלק מהמקומות אמורים להיות

גלויים, גם אם לעתים מוסתרים בריבוי צמידים, או בשרולים ארוכים. חלק מהמקומות מוצנעים ולכן יותר קשים לגילוי.

האם הורים יכולים למנוע את התפתחות הפגיעה עצמית אצל ילדיהם?

לצערנו, אין לאנשי הטיפול (רופאים ואנשי בריאות הנפש כאחד) תשובה ברורה לשאלה זו. ברור, שכדי להפחית את הסיכון להתפתחות התופעה חשוב להיות רגישים וקשובים לילדים, להנהיג כבר מגיל צעיר שיח פתוח ויומיומי בבית (למשל, בזמן ארוחות משותפות) סביב מה שקורה להם ביומיום, ובכך ללמוד לא רק על מה שקורה סביבם, אלא גם על איך הם תופסים את האתגרים שלהם. לא תמיד זו משימה פשוטה, אם בגלל אורח החיים התובעני בגינו מצוי ההורה שעות רבות מחוץ לבית, אם בגלל שבמשפחות רבות לא נהוג לדבר על קשיים, ואם מכיוון שחלק לא מבוטל מהילדים ועוד יותר מבני הנוער מעדיפים לשמור על עולמם האישי סגור בפני הוריהם, בעיקר לגבי נושאים שיותר קשים להם. כשהורה מרגיש שמופיעים רמזים לאי שקט או לקושי שנראה חמור יותר מאשר "עוד יום פחות מוצלח בחייו של מתבגר", הרי החשוב להתייעץ, עם איש צוות עליו סומכים בבית הספר (מורה, יועצת, מרכזת שכבה) או לפנות לאיש טיפול, המתמחה בעבודה עם בני נוער. זיהוי מוקדם של מצוקות עשוי, במידה רבה, למנוע את התפתחות תופעת הפגיעה העצמית. ■

מי מפחד מחלב?

«פרופ' אלכסנדרה לביא מנהלת מכון גסטרו

שתיית לקטוז. הלקטוז עובר למעי הגס ושם מפורק ע"י חיידקי המעי לחומצות שומן וגז. תאי גוף האדם אינם מסוגלים לייצר מימן. כאשר אין ספיגה של פחמימה/סוכר יתרחש פירוק ע"י חיידקים. בין תוצרי הפירוק ייווצר גז המימן. חלק מהמימן נספג אל זרם הדם ומשתחרר באוויר הננשף החוצה. באמצעות נשיפה לתוך מכשיר מיוחד ניתן לדגום את ריכוז המימן ביחידות של PPM. במצבים של שלשול חריף או נזק נרחב לרירית המעי, כגון במחלת צליאק לא מאובחנת, תהיה אי סבילות משנית ללקטוז ויש להפסיק נטילתו כדי למנוע החמרה סימפטומטית.

לאנשים רגישים מומלץ להימנע מצריכת מוצרי חלב, אולם להעשיר את כלכלתם בסידן ממקורות אחרים. ניתן גם לנסות תכשירים של אנזים הלקטאז הקיימים בשוק, אם כי ערכם ויעילותם מוטלים בספק. ■

חלב הוא מוצר המזון הבסיסי ביותר של היונקים הצעירים והוא מועבר מהאם לתינוק, יונקים צעירים אינם מסוגלים לעכל מזון אחר וחייהם תלויים בחלב. החלב עשיר במרכיבים חשובים כגון: סידן, ויטמינים מקבוצה B, אבץ ואשלגן, זאת בנוסף לחלבון ולסוכר. בהמשך החיים חשיבות החלב כמזון עיקרי אמנם משתנה, אך עדיין חלב ותוצריו הוא מרכיב מזון חשוב ביותר.

בשנת 2011 נוצרו בחוות חלב ממוצעת כ 730 מיליון טון חלב, כאשר הודו היתה יצרנית החלב וצרפת החלב המובילה. במשגים גלובלים חלב משפר את תזונת העולם, בעיקר בארצות מתפתחות.

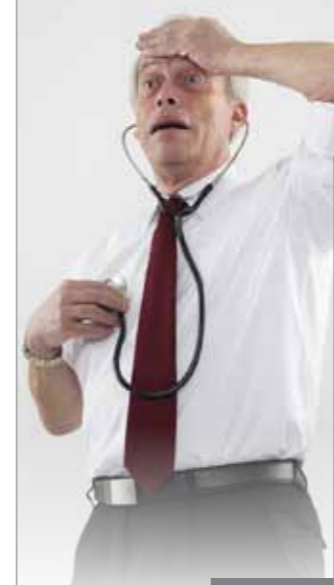
כ 2.5% מהילדים יפתחו אלרגיה לחלב, העלולה לגרום לכאבי בטן, לשלשול ולקשיי נשימה. על ילדים אלה להימנע מצריכת חלב ולהיות ניוונים מתחליפים שונים. בנוסף לתופעה הנדירה של אלרגיה לחלב, קיימת

אבחון ההפרעה יכול להיעשות בשתי צורות:

- **מדידת רמות הסוכר בדם לאחר שתיית תמיסת לקטוז.** בחולים עם אי סבילות לא תהיה ספיגת גלוקוז והרמה לא תעלה.
- **בדיקת נשיפה** - בדיקה פשוטה יותר המודדת את רמות המימן באוויר הנשאף לפני ואחרי

החולה המדומה

«ג'אנה שפט מרכזת פיתוח צוות בסיעוד»



”

דאגה מודרנית לבריאות כרוכה בסכלול רחב של אופני התנהגות, חשיבה וצרכנות. לא בכדי, הפילוסוף ש'היפוכונדריה היא מחלתו של המשכיל'.

”

ההיפוכונדריה כתבטאת בדאגה סופרת לבריאות הגוף. הכינויים "חרדת בריאות" או "חרדת סחלה" משמשים אף הם לתיאור ההפרעה.

ושחוסר התפקוד וחוסר לקיחת האחריות נסלחים לו. כלומר, התסמינים ההיפוכונדריים הם מפלט מאתגרים וממחויבויות בחיים.

מכיוון שכ-80% מהלוקים בהיפוכונדריה סובלים גם מהפרעת דיכאון או חרדה, יש הרואים בהיפוכונדריה תת-סוג סומאטי של הפרעת מצב רוח או של חרדה.

הטיפול באדם הסובל מהיפוכונדריה יכול להיות מאתגר מאוד, משום שבמקרים רבים נתקלים בהצמדות לתלונות גופניות ובחוסר רצון לטפל לעומק בבעיות נפשיות. יש גישות שונות לטיפול בסובלים מהיפוכונדריה, וכדאי להתאים את הדרך לנטיית ולהעדפות של המטופל.

פסיכותרפיה קבוצתית היא טיפול מומלץ. היא מספקת תמיכה ואינטראקציה חברתית, שעוזרות להקל על המתח והחרדה שמלווים את ההפרעה. טיפול פסיכולוגי פרטני יכול לעזור, אך הוכח כיעיל פחות, בשל רמת המוטיבציה הנמוכה להתעמקות בתכנים נפשיים.

הטיפול הקוגניטיבי - התנהגותי נמצא כטיפול היעיל ביותר בהפרעה. במהלך הטיפול האדם לומד לזהות את דפוסי החשיבה האופייניים לו בהקשר של חולי ובריאות, ולהבין את הקשר ביניהם ובין ההתעסקות האובססיבית בתסמינים הגופניים ובפירושם. הטיפול מסייע בהשבת תחושת הביטחון של המטופל בנוגע לבריאותו ולתפקודו הגופני דרך תיקון האמונות המוטעות של המטופל, לצד טכניקות התנהגותיות של חשיפה מדרגת להפחתת התנהגויות של הימנעות, ולמניעת הבדיקות הנשנות של הגוף. חשיפה לנושאים הקשורים במחלה ובמוות יכולה גם להיות חלק מהטיפול, מאחר והיא מסייעת בהתמודדות עם פחדים הנוגעים בנושאים אלה ובהבנתם כחלק מהחיים.

כאשר המרכז החרדתי בהפרעה ניכר באופן משמעותי, מומלץ לשלב טיפול בבייפידבק, טיפול בבייפידבק נועד ללמד את האדם לשלוט בתסמינים הגופניים דרך משוב חיצוני המראה מדדים, כגון טמפרטורה, קצב הלב, מתח שרירים והזעה. באמצעות משוב זה מצליח המטופל להגיע להרפייה המקטינה את החרדה, ולומד לזהות את התגובה הגופנית של הגוף למצבי החרדה.

לפעמים יש צורך בשילוב של פסיכותרפיה ותרופות פסיכיאטריות. היפוכונדריה עלולה לפגוע בתפקוד החברתי ולגרום למצוקה פסיכולוגית רבה. ההיפוכונדרי עלול לחוש תסכול וזלזול הן מצד המטפלים והן מצד האנשים הסובבים אותו. לעיתים בני המשפחה נושאים בנטל של השלכות הפתולוגיה.

הפילוסוף עמנואל קנט שסבל מהיפוכונדריה אמר "אדם יכול לחוש בטוב אך לעולם לא ידע שהוא בריא". בזאת הוא ביטא את הדאגה המתמדת הטורדת את נפשו של ההיפוכונדרי.

וודי אלן מגדיר את עצמו כאלרמיסט או פאניקר. לדעתו זה די דומה להיפוכונדרי, עם הבדל אחד מהותי: אלרמיסט אינו חווה מחלות דמיוניות, המחלות שלו הן אמיתיות. למשל מהופעת התסמין הקל ביותר, כגון שפתיים סדוקות, האלרמיסט יסיק שהסדקים מעידים על מחלה קטלנית, כמו גידול במוח או סרטן בריאות. וודי אלן מתאר את התנהגותו באופן הבא "כשאני יוצא מהבית כדי ללכת לסנטרל פארק, או לשתות קפה לאטה בסטארבקס, אני עשוי להיכנס בדרך לעשות איזה קרדיוגרם וזיזי או סי-טי, רק לשם מניעה".

המחזה "החולה המדומה" מאת מולייר מספק לנו נקודת מבט מרתקת על התופעה. הדמות הראשית במחזה היא ארגאן ההיפוכונדרי. ארגאן חולם שבתו תינשא לרופא, מסיבות ברורות - אם יתחתן, יהיה הרופא תמיד זמין לטפל בו. ארגאן עורג לאמפתיה ולהבנה, והדאגות הבריאותיות שלו הן הכלי הטראגי להשגתן.

(רשימת מקורות נמצאת אצל הכותבת)

נשא המגדר מעסיק את האנושות מזה שנים רבות. התפקידים המגדריים של כל אחד מהמינים השתנו עם השנים, כאשר הגבולות מיטשטשים, והדיכוטומיות הולכת וקטנה. גל של תנועות נשים במערב בשנות ה-60 המאוחרות ובשנות ה-70 המוקדמות נתן תנופה להתפתחות מחקרים שכיום ניתן לקרוא להם מחקרים מגדריים.

מגדר הוא הגדרה חברתית. מרגע הולדתם, מתוודעים בני האדם למערכת ערכים מובנית מראש שבה לנשים מיועד תפקיד פסיבי, ולגברים - אקטיבי.

במהלך המאה האחרונה השתנתה נקודת המבט על נשים באופן רדיקלי. עד כה הבדלי המינים קיבלו תשומת לב מועטה ביותר בפיתוח שירותי בריאות. בשנים האחרונות הולך ומתהווה גוף ידע העוסק בסיבות להיווצרותם של פערים אלה ובעיקר מתמקד בשוני בין התפקידים המגדריים, ובהתנהגותם הבריאותית של שני המינים. בקרב חוקרי בריאות גובר העניין בלימוד התהליכים המובילים לחוסר שיוון חברתי וההופכים לסכנה בריאותית ממשית. גברים ונשים חווים בצורה שונה מצבים דומים, לדוגמה: עבודה, חיי משפחה ועבודות בית. נשים נתקלות באופן תדיר בלחץ הנובע מכפילות תפקידים כשהן נדרשות לתפקד הן כרעיות ואימהות במגרש הביתי והן לשאת באחריות להכנסה. ככל התפקידים יוצר מתח נפשי ועומס שקשה לעמוד בו, ומכאן הסיכון הבריאותי שאינו מבושש לבוא. פעמים רבות, היותן של נשים נותנות הטיפול העיקריות בביתן גורם לכך שהן מקריבות את בריאותן שלהן למען זו של בני ביתן. כיצד בא לידי ביטוי המחיר הבריאותי אותו משלמות נשים על כפילות תפקידיהן?

ביום עיון בנושא "מגדר ברפואה ובסיעוד" אשר נערך לאחרונה בביה"ח שלנו, נידון הנושא מהיבטים שונים. בתחום הקרדיולוגי מתבטאים ההבדלים בכך שלדוגמה, זמן העיכוב בפניה לביה"ח גדול יותר בקרב נשים מאשר בקרב גברים; נשים ממתונות זמן רב יותר במלר"ד מרגע האבחון ועד הקבלה לאשפוז; הסיכון שישלחו אישה הביתה עם אבחנה מוטעית הוא גדול פי 4 בהשוואה לגבר שמגיע למלר"ד; אחוזי התמותה ממחלה איסכמית בקרב נשים גבוהים יותר בהשוואה לגברים. הסיבות לתופעות אלה יכולות לנובע מכך שכאשר נשים מציעות תסמינים "אטיפיים" ולא סטנדרטיים, הדבר עלול לבלבל את המטפל. ייתכן גם כי חלק מההסבר הינו פסיכולוגי: נשים תופסות את עצמן לעתים כחזקות עד כי למעשה הן "מושכות" ומעכבות את משך זמן הפניה בעקבות התלונות.

בחברה המערבית קיימים הבדלים בין המינים הן בשיעורי התחלואה והן בשיעורי התמותה. יותר נשים מאשר גברים מדווחות על חולי, על מתח נפשי ועל סימפטומים פסיכיאטריים. מחקר שפורסם ב-2011 בכתב העת Journal of Abnormal Psychology, מראה שההבדלים בין המינים באים לידי ביטוי גם בהפרעות שמוגדרות נפשיות, כמו דיכאון. אחד משבעה גברים ואחת מחמש נשים ידווחו על תסמיני דיכאון בשלב כלשהו בחייהם. תופעת הדיכאון נפוצה בקרב נשים בשיעור כפול מזה של גברים. קיימים שלבים במעגל החיים המהווים גורם סיכון עבור נשים ללקות בדיכאון עקב שינויים ביולוגיים והורמונאליים, ביניהם: גיל ההתבגרות, תסמונת קדם וסתית - PMS (לאורך שנים), הריון, החודשים שלאחר הלידה, גיל המעבר. בכל שלב ישנה התמודדות פסיכו-סוציאלית הנדרשת מהאישה. במחלת הדיכאון בולטים

המגדר כן קובע?

« יוליה ארנצ'וק מחלקת שיקום»

ההבדלים המגדריים בין המינים: הביטוי אצל גברים הינו דיכאון "ללא עצה" - גברים נוטים להרגיש כעס, עצבנות ותסכול. ההתמודדות שונה גם כן - פזיזות, כפייתיות יתר בעבודה/תחביב, התמכרויות, התנהגות אימפולסיבית בקרב גברים ועוד.

המודעות להבדלים בין המינים יוצרת שינוי בתפיסה של שירותי הבריאות לגבי עיצוב שירותים המותאמים לצרכיהם של גברים ונשים מתוך התחשבות בהבדלים המגדריים ביניהם. אחד התחומים, בהם ניכר הצורך בהתאמת השירותים עפ"י מגדר הינו, השיקום. שיקום נועד לאפשר למטופל לחזור לתפקוד מירבי מבחינה פיזית, חברתית ונפשית, במטרה לקיים אורח חיים פעיל ובריא במשפחה ובחברה. קיים שוני בתוצאות בין נשים לגברים במבחני התפקוד לאחר שבץ מוחי בשלב האקוטי וכן כשנה לאחר השבץ. נשים קיבלו ניקוד נמוך יותר במבחני תפקוד: מוטורי, קוגניטיבי ו-ADL. לנשים היה קושי רב יותר מאשר לגברים בהליכה בעת השחרור מאשפוז וגם כעבור חמש שנים מהשבץ. פעמים רבות נשים זקוקות לעזרה רבה יותר בביתן. ייתכן כי ניתן להסביר זאת ע"י כך ששירותי השיקום מעוצבים עפ"י צרכיהם של גברים. שיקום מתמקד בשיפור תפקוד מוטורי, מה שמקנה לגברים יתרון ניכר בתוצאות. תכניות האימונים דומות לאלה המיושמות בפעילויות ספורטיביות - לכן, יש יתרון גברי עקב כוח פיזי רב יותר בכל הגילאים לעומת נשים וכן, כיוון שפעילויות מסוג זה מאפיינות יותר גברים. שבץ עלול להוביל להפרעות קוגניטיביות וליכולות תפקוד מופחתות. נשים, שנותר עם מוגבלות ניכרת, דיווחו על תחושת פגיעות גדולה כיוון שגופן מייצג את נשיותן. עם זאת, גם גברים חולקים את התסכול בשל חוסר ציונות של הגוף והשפעתו על אורח החיים. שינויים אלה מציבים את שני המינים בסיטואציה שונה לחלוטין מזו שהייתה קודם לכן ונדרשות דרכי התמודדות חדשות.

כאחות מוסמכת במח' שיקום במרכז הרפואי שלנו עלי לצוין כי מתצפיות בשטח, עולה לעתים קרובות תחושה בקרב הצוות כי דווקא נשים משתקמות טוב יותר מגברים, וכי נוכחות אישה לצד בעלה ותמיכתה בו הינן טיפוסיות ושכיחות יותר מטיפול הגבר באשה. נראה כי זהו עוד ביטוי להבדל המגדרי ולדרישות החיים העומדות בפני נשים. כאנשי סיעוד עלינו להיות מודעים להבדלים המגדריים בין נשים לגברים ולעזור למטופלינו להיות מעורבים יותר בתהליך הטיפול. עלינו לנסות למצוא את נקודות ההתערבות הקריטיות בהן מתן מענה המותאם לאדם עפ"י צרכיו הביו-פסיכו-סוציאליים וכן המגדריים יכול להכריע בין טיפול מוצלח לכושל. עלינו להמשיך ולחקור את הנושא מהפן המגדרי, הסיעודי והרפואי על מנת להפוך את הטיפול לאפקטיבי יותר עבור המטופל, איתו ולמענו. ■

(רשימת מקורות נמצאת אצל הכותבת)

מגדר הוא הגדרה חברתית. מרגע הולדתם, מגיעים בני האדם למערכת ערכים מובנית מראש שבה לנשים מיועד תפקיד פסיבי, ולגברים - אקטיבי.

המודעות להבדלים בין המינים יוצרת שינוי בתפיסה של שירותי הבריאות לגבי עיצוב שירותים המותאמים לצרכיהם של גברים ונשים מתוך התחשבות בהבדלים המגדריים ביניהם.



על

אנדומטריוזיס

אי פריון ומה שביניהם...

«ד"ר מקס כהן רופא בכיר, היח' להפריה חוץ גופית»

אנדומטריוזיס הנה מחלה שבה מוקדים של רקמה הדומה לרירית הרחם (אנדומטריום) נמצאים מחוץ לרחם במקומות שונים בגוף. הפיזור האופייני הנו באגן, סביב הרחם, בשחלות, בחצוצרות, בשלפוחית השתן ומאחורי הרחם. מוקדים אלו מושפעים מהשינויים ההורמונאליים בדיוק כמו רירית הרחם ולכן, הם גדלים במשך החודש ומדממים בזמן הווסת. הגדילה והדימום המחזורי גורמים ליצירת תהליך דלקתי כתוצאה מהפעלת המערכת החיסונית ומיצירת הידבקויות באגן ובבטן. במשך הזמן נוצר עיוות של האנטומיה התקינה של האגן הגורם לכאבים ולפגיעה בפוריות. מחלת האנדומטריוזיס נפוצה בקרב נשים בגיל הפוריות והיא אחת הסיבות השכיחות לאי פריון. שכיחות המחלה נעה בין 3% ל-10% מהנשים, אך השכיחות עולה באופן משמעותי בקרב נשים עם בעיות פריון. הדיווחים מצביעים על כך ששליש מהמטופלות בהפריה חוץ גופית (IVF) סובלות מאנדומטריוזיס. כשליש מהנשים עם אנדומטריוזיס סובלות מבעיות פריון.



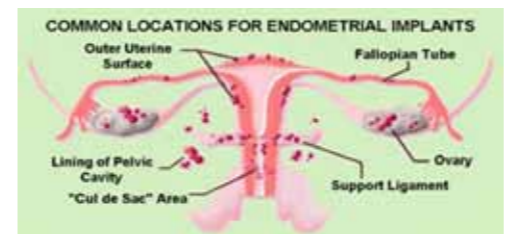
אנדומטריוזיס הנה מחלה שבה מוקדים של רקמה הדומה לרירית הרחם (אנדומטריום) נמצאים מחוץ לרחם במקומות שונים בגוף.



התהליך הדלקתי שמלווה את נגעי האנדומטריוזיס עלול לגרות קצות עצבים באגן ועל ידי כך לגרום לכאב אגני, לפגיעה בתפקוד החצוצרות, לירידה ביכולת ההשרשה של רירית הרחם ולפגיעה בהתפתחות הביציות והעובריים. אי-פריון, בנשים הסובלות מאנדומטריוזיס, יכול להיגרם גם מחסימה מכנית של החצוצרות.

התפתחות אנדומטריוזיס

קיימות מספר השערות ביחס להתפתחות נגעי אנדומטריוזיס. ההשערה המובילה טוענת כי בזמן הדימום הוסתי החודשי ישנו מעבר של רקמת אנדומטריום בדם הוסתי דרך החצוצרות לחלל הבטן. תאים אלו משתרשים על גבי הפריטוניאום ומתחילים לשגשג. במקביל, יש כנראה צורך בפגם מולקולארי או חיסוני שמשפיע על התפתחותם של נגעי האנדומטריוזיס בפריטוניאום. מחקרים הראו שברקמת האנדומטריום של נשים עם אנדומטריוזיס, ישנה הגברה של מסלולים אונקוגנים וייצור מוגבר של אסטרוגן, ציטוקינים, פרוסטאגלנדינים ומטאלופרוטאינוזות. שינויים אלה, בנוסף לכישלון של מערכת החיסון במניעת ההשרשה, מסייעים להשרשה הלא תקינה של רקמת האנדומטריום על הפריטוניאום האגני. השערה שנייה גורסת, שהמקור לנגעי האנדומטריוזיס הינו תאים מזותליאליים, שנמצאים בפריטוניאום ועוברים מטאפליסיה לרקמה דמוית אנדומטריום. השערה שלישית טוענת, שהמקור לתאי האנדומטריוזיס הוא רקמת אנדומטריום בדימום וסתי, שמועברת מחלל הרחם לאגן דרך כלי דם ורידיים או כלי לימפה והשערה רביעית מציעה, שתאי דם שמקורם במח העצם מתפתחים לתאי אנדומטריוזיס ברקמות שונות.



אבחנה:

האבחנה של המחלה נעשית לרוב באיחור ומתבססת על הסימפטומים של המחלה כפי שמדווחת האישה, על הבדיקה הגניקולוגית ועל הבדיקה העל קולית שמבצע הרופא לזיהוי ציסטות או ממצאים אופייניים באגן. חשוב להדגיש כי בדיקת האולטרה סאונד מזהה ציסטות שחלתיות, אך לא מזהה מוקדים אחרים או מעורבות של איברים נוספים. האבחון הסופי מתבסס על הלפרוסקופיה, שבה מוחדר סיב אופטי לבטן באמצעותו ניתן לבצע סקירה של איברי הבטן

והאגן, ולקחת דגימות רקמה לבדיקה היסטולוגית לאישור סופי של האבחנה. במהלך הניתוח מסווגים את המחלה לארבע דרגות חומרה: מזערי, קל, בינוני וקשה. סיווג זה אינו עומד תמיד בהתאמה עם דרגת חומרת התסמינים.

הטיפול בנשים עם אנדומטריוזיס

הטיפול במחלה כולל טיפול ניתוחי וטיפול תרופתי: הטיפול התרופתי מבוסס על כך שמוקדי האנדומטריוזיס (בדומה לרירית הרחם התקינה) מגיבים להורמון האסטרוגן המופרש מהשחלה. מטרתו של הטיפול לדכא את עוצמת המחלה על ידי דיכוי הפעילות השחלתית והורדת רמות האסטרוגן בדם. בעבר השתמשו בדנזול, אולם בשל תופעות הלוואי נהוג היום להשתמש בגלולות למניעת הריון, פרוגסטרון או באנלוגים של GnRH. הטיפול התרופתי ניתן לתקופה של 3-6 חודשים.

הטיפול הניתוחי מבוסס על הלפרוסקופיה. הלפרוסקופיה הינה פעולה ניתוחית שמבוצעת תחת הרדמה כללית. הסיבוכים נדירים וההתאוששות אחרי הניתוח מהירה (בדרך כלל שוהים בבית החולים מספר שעות עד יומיים). אם מתגלים ממצאים בנייתוח מומלץ לטפל בהם ולבצע הפרדת הדבקויות, צריבה של המוקדים השטחיים וכריתה של מוקדי האנדומטריוזיס. המטרה הינה לכרות את מירב הנגעים ללא פגיעה באיברי האגן הבריאים תוך הקפדה על שימור הפריון. חשוב שניתוחים אלה יבוצעו על ידי מנתחים המיומנים בנייתוחי אנדומטריוזיס.

טיפול באי-פריון בנשים עם אנדומטריוזיס

לאור שכיחות המחלה בקרב נשים עם אי פריון חשוב במהלך הביורור לשלול אנדומטריוזיס קליני. נשים עם חשד קליני לאנדומטריוזיס זקוקות להערכה לשלילת מעורבות של איברים נוספים.

לנשים עם אנדומטריוזיס בדרגת חומרה קלה אשר אינן מצליחות להרות באופן טבעי, מומלץ מתן טיפולי פריון על ידי תרופות להשריית ביוץ בשילוב עם הזרעה תוך רחמית. טרם תחילת הטיפול יש לבצע צילום רחם. חשוב להדגיש כי במקרים אלה אין המלצה למתן טיפול לדיכוי הורמונאלי לפני תחילת הטיפול. סיכויי ההצלחה בטיפולים אלה דומים לסיכויי ההצלחה בטיפול פריון מסיבות אחרות ונעים סביב 20% למחזור טיפול. אם לא מושג הריון תוך מספר חודשים, יש מקום לשקול את הצורך בביצוע לפרוסקופיה אבחנתית ו/או לעבור לטיפול בהפריה חוץ גופית (IVF). יתרונות ההפריה החוץ גופית לטיפול בעקרות בנשים עם אנדומטריוזיס ברור, שכן בשיטה זו אין צורך בחצוצרות פוטנטיות.

לנשים עם אנדומטריוזיס בינוני וקשה מומלץ מתן טיפול תרופתי למשך 3 - 6 חודשים לפני ביצוע ההפריה החוץ גופית. טיפול זה נמצא כמעלה את שיעור ההריונות באופן משמעותי. לגבי נשים אלה מומלץ לשקול גם ביצוע ניתוח לפרוסקופי לכריתת הנגעים ולשחזור המבנה התקין של האגן.

שיעור ההריונות המדווח בנשים המטופלות ב-IVF בשל אנדומטריוזיס נמוך משיעור ההריונות בנשים



כאשר לא חושג הריון לאחר מספר מחזורי טיפול בהפריה חוץ גופית ואם ולא בוצעה לפרוסקופיה קודם לכן, מומלץ על ביצוע לפרוסקופיה לצורך אבחנה וטיפול.

המטופלות ב-IVF על רקע מכני ללא אנדומטריוזיס. הבדל זה מיוחס לפגיעה של המחלה באיכות הביציות. כאשר לא מושג הריון לאחר מספר מחזורי טיפול בהפריה חוץ גופית ואם ולא בוצעה לפרוסקופיה קודם לכן, מומלץ על ביצוע לפרוסקופיה לצורך אבחנה וטיפול.

כריתת ציסטות שחלתיות (אנדומטריומות) לטיפול פריון הנו נושא שנוי במחלוקת, בשל החשש לפגיעה ברזרבה השחלתית במהלך הניתוח לעומת הרווח הקיים מהוצאת הציסטה. ולכן, יש לקבל החלטה ביחס לכל אישה ואישה בהתאם למכלול הגורמים הרלוונטיים לה. כמובן שלניסיון ולידע בסוג ניתוחים זה משמעות רבה ביותר.

בדרך כלל כאשר הציסטה הנה בגודל של מעל 4 - 5 ס"מ מומלץ לכתות אותה. חשוב לזכור כי לעיתים יש לבצע לפרוסקופיה אבחנתית בשלב מוקדם יותר כדי לקבל אבחנה סופית של ציסטה חשודה.

בנשים עם אנדומטריוזיס קיים תמיד החשש מחשיפה לרמות גבוהות של הורמונים (אסטרוגן) במהלך טיפולי הפריון. בהיבט הזה חשוב להדגיש כי גדילה מואצת או חזרה של המחלה בעקבות טיפולי פריון היא נדירה.

כאשר האישה נכנסת להריון בעקבות הטיפול, הדבר מביא בדרך כלל לרגיעה במחלה ולשיפור בתסמינים, אם כי חשוב להדגיש כי אין מדובר בריפוי המחלה, ונשים אלה זקוקות להמשך מעקב וטיפול. ■

(תודה למרכז לטיפול באנדומטריוזיס בבי"ח שיבא ובי"ח כרמל על תרומתם לכתבה)

שינויים גנטיים אצל העובר

« ד"ר חנן סלומה מח' נשים ויולדות

דיקור מי שפיר לעובר היא בדיקה פולשנית שכיחה, שלצד יתרונותיה מצויים גם חסרונותיה, אחד מהם הוא הסיכון להפלה. אם לא חייבים לבצע בדיקה פולשנית, כדאי לשקול אבחון לא פולשני המבוסס על בדיקת DNA בדם האם.

בדיקת מי השפיר היא בדיקה נפוצה, שמטרתה לבצע בדגימת העובר מגוון של בדיקות גנטיות, כגון בדיקת כרומוזומים (לצורך איתור עודף בכרומוזום 21 בתסמונת דאון), בדיקה גנטית בזוגות נשאים הנמצאים בסיכון למחלה גנטית ידועה (כמו טיי זקס, X שביר, ציסטיק פיברוזיס ואחרות), ולאחרונה גם בדיקה מעמיקה של המטען הגנטי בעובר באמצעות שבבי DNA (צ"פ גנטי).

כאמור, לצד היתרונות קיימים גם חסרונות, אחד מהם הוא הסיכון להפלה בשיעור של 1:200 - 1:400. קיימת גם בדיקת סיסטי שליה המאפשרת אבחון בשלב מוקדם של ההיריון (שבוע 10 - 12), אך היא כרוכה בסיכון אף גבוה יותר להפלה (כ-1%).

במשך עשרות השנים האחרונות נעשו ניסיונות רבים למצוא דרך לאבחון גנטי בלתי פולשני, שימנע את הסיכון להפלה. מרבית השיטות שהתמקדו בניסיונות לבדוד תאי עובר בדם האם כשלו. ב-2011 התבררנו על פריצת דרך. מדובר באבחון לא פולשני המבוסס על איתור מקטעי DNA חופשיים המצויים בדם האישה ההרה.

פריצות הדרך בתחום בשנים האחרונות

כשלושה עשורים ידוע כי ניתן למצוא תאים עובריים שונים בדמה של האם. ב-1991 הוכיחו לראשונה החוקרים סימפסון ועמיתיו מיוסטון, טקסס, כי ניתן להשתמש בתאים אלה לצורך אבחון פגמים כרומוזומליים בעובר, כאשר הצליחו באמצעות נוגדנים הנקשרים לתאי דם אדומים בעלי גרעין שמקורם עוברי, לבצע הפרדה של תאי העובר מאלה של האם. ב-1997 גילו החוקר דניס לו ועמיתיו מהונג-קונג כי בנוסף לתאים העובריים ישנו גם DNA עוברי חופשי בדמה של האם. מקורו של DNA זה הוא בתאי שליה שמתו וה-DNA שלהם נספג בדם האם. עם זאת, בשלב זה עדיין לא היה ברור כיצד ניתן להשתמש בדנ"א זה לצורך אבחון העובר, מאחר שה-DNA העוברי מהווה 10% בלבד מסך ה-DNA בפלסמת הדם (נטולת תאים) של האם. ב-2011 נמצאה השיטה המיוחסת לחוקרים באוניברסיטת סטנפורד שבקליפורניה בראשות החוקר ס. קווייק הראו כי די בריצוף של כ-2% מהגנום של האם ושל העובר כדי לזהות בוודאות את קיומה של התסמונת. שיטה זו מתאפשרת בשל ההתפתחויות שחלו בתחום ריצוף ה-DNA, המאפשרות ריצוף במקביל של מקטעי DNA רבים. מקטעי ה-DNA מרוצפים וכל מקטע מתווג על פי הכרומוזום אליו הוא שייך. ספירת מספר המקטעים שרוצפו עבור כל כרומוזום ומציאת כרומוזומים שעבורם נמצאו מקטעי DNA רבים מדי או מעטים מדי בדמה של האם (ייצוג יתר או תת-ייצוג של כרומוזום מסוים), מצביעה על בעיה בעובר. הייחודיות בשיטה זו לעומת השיטות שהוצעו בעבר היא, שאין כאן צורך בהפרדת ה-DNA העוברי מה-DNA של האם.

בדיקה גנטית אצל העובר באמצעות דם האם

באמצעות טכניקות גנטיות חדשות אלה ניתן למדוד כיום באופן מדויק את ריכוז המקטעים, ואת המידע המתקבל ניתן לנצל לצורך גילוי שינויים במספר הכרומוזומים. לדוגמה, בתסמונת דאון יש עודף כרומוזום 21, ובהריונות אלה צפויה עליה של כ-5% בריכוז המקטעים שמקורם בכרומוזום 21. הטכניקות החדשות של ריצוף כלל גנומי הן מאד רגישות, מאפשרות לזהות שינויים אלה בצורה מדויקת, ובכך להבדיל בין הריון עם עובר תקין לבין הריון עם עובר הלוקה בתסמונת דאון. באופן דומה ניתן גם לבדוק שינויים בכרומוזומים 13 ו-18 ובכרומוזומי המין X ו-Y.

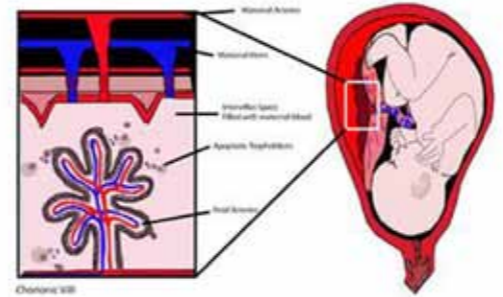
בסדרה של מחקרים רבי משתתפים הוכח כי לבדיקה זו שיעור דיוק העולה על 99% בהערכת הסיכון לטריזומיה 21, ושיעור גילוי מעט נמוך יותר לטריזומיה 18 ו-13. בנוסף לעובדה כי הבדיקה בטוחה ולא פולשנית, ניתן לבצע אותה בשלב מוקדם יותר (החל מהשבוע העשירי להריון) מאשר בדיקת מי שפיר. כמו כן, מחקרים רבים הראו כי דם האם מתגקע מדנ"א עוברי חופשי מספר שעות לאחר הלידה. לפיכך, אין חשש של מעבר הדנ"א החופשי מהריון אחד לשני.

מתי צריך גם בדיקה פולשנית

יש להדגיש כי הבדיקה אינה מחליפה לחלוטין דיקור מי שפיר, אלא נותנת הערכה מדויקת של הסיכון להפרעות הכרומוזומליות הכללו בלבד. במקרה של תוצאה המצביעה על סיכון גבוה להפרעות אלה, עדיין מומלץ לאמת את התוצאות בבדיקה פולשנית בטרם יחולט על הפסקת הריון. חשוב להדגיש כי בדיקה זו בוודאי אינה מהווה תחליף לדיקור מי שפיר מסיבות אחרות, כמו חשד להפרעות כרומוזומליות אחרות, מחלות גנטיות אחרות (ציסטיק פיברוזיס, טיי זקס וכו'), תסמונות גנטיות שאינן קשורות לכרומוזומים, מומים בעובר המחייבים בדיקת צ"פ גנטי ועוד. הבדיקה מומלצת היום במקרים בהם קיים סיכון ספציפי לתסמונת דאון וכאשר מדובר ב"הריון יקר" בו מנסים להימנע מבדיקות פולשניות עקב הסיכון להפלה. מומלץ לבצע את הבדיקה רק לאחר ייעוץ גנטי מסודר המתבסס על כל הנתונים הקליניים.

יצוין כי כיום, לאחר שנים של מחקר על האפשרות לבצע בדיקות גנטיות של העובר בדם האם, מספר חברות מציעות ביצוע בדיקות לגילוי תסמונת דאון בשלבים מוקדמים של ההיריון באופן פרטי, על ידי הפרדה של DNA עוברי הנמצא בדם האם בכמויות זעירות.

לבדיקה הנלקחת מדם האם אחוזי דיוק גבוהים מאוד (כ-99%) ויתכן שבעתיד היא תחליף בדיקות סקר ובדיקות טרום לידתיות כגון סיסטי שליה או מי שפיר, המשמשות כיום לאבחון תסמונת דאון ומחלות תורשתיות אחרות. ■



שיטת ההפקדה במחלקת יילודים

« ליאורה סבח אחראית תחום בטיחות היולדת והילוד בהנהלת הסיעוד

מאז שנות השישים של המאה העשרים, התרבו והעמיקו תחומי העשייה הסייעודית. כתוצאה מכך עלה הצורך בהתמחות בתחומים ספציפיים. שינויים במבנה האוכלוסייה, בתוחלת החיים, בתחלואה, במורכבות המטופלים, בהשכלה, בטכנולוגיה ובגישה הצרכנית של הקהל דחפו את מקצועות הבריאות בכלל ואת הסיעוד בפרט לערוך שינויים מהותיים בשיטות העבודה הנהוגות ובאמצעים הננקטים למען השירות למטופלים. תהליך זה השליך ישירות על עבודת האחות אשר השתתפה ממתן טיפול לחולים בשיטת הסרט הנע (השיטה הפונקציונלית) לעבודה בשיטת ההפקדה בה כל אחות מופקדת על טיפול כולל במספר מוגדר של מטופלים (השינוי לשיטת ההפקדה פסח על מחלקות יילודים בארץ, בהן ממשיכה שיטת הטיפול להיות השיטה הפונקציונלית).

חויית המטופל משקפת את האופן בו הוא תופס את מכלול ההתנסויות שלו עם מערכת הבריאות לאורך הרצף הטיפולי. חווייה זו מושפעת ממכלול המפגשים בין המטופל למטפלו, מציפיות המטופל ממערכת הבריאות ומהתרבות הארגונית בכל אחת מהמסגרות איתן הוא בא במגע. טיפול ממוקד מטופל נחשב לאחד המרכיבים של טיפול איכותי, והוא מוגדר כ"טיפול שמכבד את המטופל ומגיב להעדפות, לצרכים ולערכים של המטופל". נכללים בו מימדים כמו תמיכה רגשית, יחס מכבד, תמיכה פיזית, מידע ותקשורת, רצף ותיאום הטיפול, מעורבות המטופל ומשפחתו ונגישות לטיפול (חוזר מנכ"ל משנת 2011).

כחלק משינויי מהותי בחשיבה ורצון לקדם את נושא טיב השירות וחויית המטופלות, וכן, מתוך ראייה רחבה של היולדת והיילוד כיחידה ובמטרה להבטיח טיפול כוללני מיטבי, איכותי ובטוח לכלל היילודים ואמהותיהן, עבר הצוות הסייעודי במחלקת יילודים לעבודה בשיטת ההפקדה.

הדגש הוא על סביבה ידידותית לתינוק ולאימו המאפשרת ביות גומלין לפי רצון האם ושהיית התינוק במהלך האשפוז ליד אימו כמטפלת דומיננטית, תוך כדי עידוד והדרכה לחשיבות מגע עור לעור, הנקה, בטיחות היילוד, שמירה על חום גופו ועוד.

לפני המעבר לשיטת ההפקדה, טופלו האמהות על ידי אחיות ורופאי מחלקת יילודות, היילודים טופלו על ידי אחיות ורופאי מחלקת יילודים - כל אחד לפי תחומו. התקשורת בין הצוותים התקיימה בעיקר כאשר התעוררה בעיה אצל האם או אצל היילוד. לא אחת קרו מקרים בהם זיהו אחיות מחלקת יילודים אמהות חרדות בעיקר בנוכחות היילוד. לא היה תהליך מסודר ומובנה של העברת המידע בין אחיות מחלקת יילודים לאחיות מחלקת יילודות ולהפך.

תיאור מקרה

בביצוע אנמנזה של יולדת בלידה ראשונה שהתקבלה לחדר לידה, היא סיפרה כי היא בריאה לחלוטין. לאחר הלידה הרגילה, בעת ששהתה במחלקת יילודות נראתה

רגועה ובכל שאלה שהייתה קשורה לילוד פנתה לאחיות מחלקת יילודים. במחלקת יילודים, בכל משמרת פנתה לאחות אחרת (לא היה רצף טיפולי), ושאלה שאלות חוזרות ונשנות על הטיפול ביילוד, שאלות שביטאו פחד, חרדה, חוסר ביטחון, וחוסר אונים, רק ביום בו עמדה היולדת להשתחרר מבית החולים, עבדה אחות שכבר הכירה את האם ממשמרות קודמות ודיווחה לאחיות מחלקת יילודות כי נראה שמהו אינו כשורה עם האם וכי היא מבטאת חשש וחוסר אונים חריג מהטיפול ביילוד. עובדת סוציאלית ששוחחה עימה דיווחה כי היא חולת סכיזופרניה וכי עם תחילת ההיריון הפסיקה ליטול הכדורים מחשש שיפגעו ביילוד. הזמן ייעוץ פסיכיאטרי והיולדת אובחנה בהתקף פסיכטי עם מחשבות שווא. הוחל טיפול תרופתי והיולדת נשארה באשפוז עוד כשבוע. היא שוחררה לביתה לאחר שנמצאה מטפלת שתשהה בעבודה. אילולא ערנותה של אחות מחלקת יילודים היולדת הייתה משתחררת לביתה בלי זיהוי הבעיה.

זהו מקרה אחד מיני רבים להם נחשף צוות מח' יולדות ויילודים. השינוי לשיטת ההפקדה נועד לתת מענה לבעיות כגון אלה ולקידום התפישה כי היולדת והיילוד הינם יחידה אחת וכי עלינו לטפל בהם תוך שיתוף פעולה מלא ומובנה של הצוותים.

בשיטת ההפקדה האחיות במחלקת יילודים מופקדות על היילודים בהתאמה להפקדה הנעשית במחלקת יילדות. אחות מחלקת יילודים נותנת לילוד טיפול כוללני בזמן שהותו במחלקת יילודים וכשהיילוד יוצא לאימו למחלקת יולדות, יוצאת עימו האחות המופקדת, מציגה עצמה בפני אחיות מחלקת יילדות המופקדות, הן מעבירות מידע רלוונטי על האמהות והיילודים ואז עוברות האחיות המופקדות בין האמהות: נותנות מידע רלוונטי על היילוד ועל בדיקות שנעשו, מבצעות הדרכה רלוונטית לאחר שבוצע אומדן קשר אם-יילוד, אומדן צרכים הדרכתיים עונות על שאלות ועוזרות להתמודד עם קשיים בטיפול ביילוד. אם הן מזהות בעיות רגשיות או פיזיות עם האם או היילוד, הן מדווחות שוב לאחיות מחלקת יילדות. בנוסף לשירות זה, ניתנים שירותי יעוץ רלוונטיים ליולדות לדוגמה יעוץ להנקה ע"י יועצת הנקה מוסמכת. בצורה זו חשופה היולדת לטיפול של צוות מקצועי העובד על פי סטנדרטים מקצועיים גבוהים ומקבלת תשומת לב ראויה. תהליך השינוי בעיצומו, אנו ממשיכים להפיק לקחים ולא שוקטים על השמרים. תפישת העולם באגף האמהות היא להיות קשובים לצרכי היולדת ומשפחתה ולהתפתח בהתאם למגמות עולמיות העוסקות בקידום בריאות, שיפור חויית המטופל ואיכות הטיפול. ■

(תודה לניצה דהן, אחות אחראית מח' יולדות ולמירי חמו, אחות אחראית מח' יילודים, שעזרו בכתיבת הכתבה)

”

כחלק משינויי מהותי בחשיבה ורצון לקדם את נושא שירות וחויית המטופלות, וכן, מתוך ראייה רחבה של היולדת והיילוד כיחידה אחת במטרה להבטיח טיפול כוללני מיטבי, איכותי ובטוח לכלל היילודים ואמהותיהן, עבר הצוות הסייעודי במחלקת יילודים לעבודה בשיטת ההפקדה.

”

בשיטת ההפקדה האחיות מופקדות על היילודים בהתאמה להפקדה הנעשית במחלקת יילדות.



אימונולוגיה

חיסון תת-לשוני אופק חדש בטיפול באלרגיה

« ד"ר קסל אהרון רופא בכיר, המכון לאלרגיה ואימונולוגיה קלינית

נזלת אלרגית ואסטמה הן מהמחלות הכרוניות השכיחות בגיל הילדות ואצל מבוגרים צעירים בישראל ובעולם. אלרגיה בדרכי נשימה נובעת מתגובת מערכת החיסון המתווכת על ידי אימונוגלובולין E לאלרגנים סביבתיים. תגובה זו גורמת למחלה דלקתית בדרכי הנשימה אשר באה לידי ביטוי במקרה של נזלת אלרגית בסימפטומים כגון: נזלת, עיטוש, גרד באף, גרד בלוע ובעיניים או קשיי נשימה ושיעול בחולי אסטמה. קיימת פגיעה בולטת באיכות החיים של המטופלים הלוקים בנזלת ובאסטמה אלרגית - בשל פגיעה בחיים החברתיים, ביכולת העבודה, בשינה ובלימודים.

במשך שנים רבות מחפש עולם הרפואה דרכים להתמודד עם האלרגיה ועם תסמיניה. הטיפול הראשוני המקובל במצבים אלה כולל טיפול תרופתי כגון: משאפים המכילים קורטיקוסטרואידים לאף ולדרכי נשימה ושימוש בתרופות אנטיהיסטמיניות. במרפאה האלרגית מוצעים תבחנים עוריים המאפשרים זיהוי של הגורם לתסמינים האלרגיים, שעשוי להיות: חלבון המופרש מקרדית אבק הבית, אבקנים של עשבים, דשא ועצים, אלרגן המופרש מהרוק ומהפרוות של בעלי חיים. במקרים מסוימים ניתן להמליץ על טיפול סביבתי, להורדת כמות הקרדית בסביבה הקרובה של המטופל, או על הימנעות ממגע עם חתולים, במקרה של אלרגיה לפרוות חתולים.

במעקב של שנים נמצא שהטיפולים התרופתיים מפחיתים את הסימפטומים של האלרגיה בצורה טובה, מקטינים את כמות האשפוזים ומשפרים בצורה ניכרת את איכות חיים של חולים אלה. יחד עם זאת, טיפולים אלה אינם משנים את המהלך הטבעי של המחלה ובחלק גדול מהחולים קיימת הטבה כל עוד הם נוטלים את הטיפול התרופתי.

אימונותרפיה הינה אחת משיטות הטיפול בחולים הלוקים בנזלת ובאסטמה עקב אלרגיה לאלרגנים נשאפים סביבתיים (כגון קרדית אבק הבית, אבקנים של דשא, עשבים ועצים). שיטת טיפול זו פותחה לפני עשרות שנים והיא כוללת מתן זריקות תת עוריות של האלרגן אליו החולה רגיש במינונים הולכים ועולים בפרקי זמן קצרים (מדי שבוע) למשך כשלושה חודשים עד להגעה למנת אחזקה (מנה קבועה). בשלב שני, המטופל מקבל את מנת האחזקה מדי חודש למשך שלוש עד חמש שנים. מתן החיסון גורם ליצירת סבילות ייחודית לאותו אלרגן אליו מקבלים את החיסון ובכך, מפחית את התהליך הדלקתי הנגרם מהאלרגן עד להיעלמות או עד להפחתה ניכרת של הסימפטומים האלרגיים. טיפול זה נמצא יעיל

נזלת אלרגית ואסטמה הן המחלות הכרוניות השכיחות בגיל הילדות ואצל מבוגרים צעירים בישראל ובעולם.



היכולת של בדיקת ניקור לנבא ממאירות בקשרית

« ד"ר לאונרד סאיג רופא בכיר, המכון האנדוקריני

רוב החולים עם קרצינומה של בלוטת התריס מתייצגים עם קשרית בבלוטה או אשר כתגלה ע"י החולה. הרופא או אמצעי דימות שונים. הסיכון לממאירות בקשרית בבלוטה התריס נע בין 5% עד 10%. כ-80% עד 85% מהקרצינומות המסוימות של בלוטת התריס הן מסוג פאפילרי, לעומת כ-10% עד 15% מהסוג הפוליקולרי.



אלה הם גידולים של תאים אפיתליאלים פוליקולאריים אשר יוצרים זקיקים קטנים עם סיעוט של קולואיד.

בדיקת ה-FNA (ניקור בהדרכה של סוגר) הינה הבדיקה האבחנתית הראשונית החשובה ביותר בבירור של קשרית בבלוטת התריס והדיקת של הבדיקה נע בין 70% עד 97%. כ-70% מהבדיקות מוגדרות שפירות, 4% ממאירות, 10% חשודות ו-16% מהבדיקות מוגדרות כלא אבחנתיות. 5% - 20% מבדיקות ה-FNA (Fine-Needle Aspiration) של קשרית בתריס מוגדרות כנאופלזיה פוליקולרית. אלה הם גידולים של תאים אפיתליאלים פוליקולאריים אשר יוצרים זקיקים קטנים עם מיעוט של קולואיד. המראה הצייטולוגי של נאופלזיה פוליקולרית יכול להימצא בקשריות מסוגים שונים כגון: קשרית היפרפלסטית, אדנומה פוליקולרית, קרצינומה פוליקולרית וקרצינומה פאפילרית של תריס. המראה הצייטולוגי של תאים ממקור של אדנומה או של קרצינומה פוליקולרית הינו די דומה, והפוטנציאל הממאיר של תאים אלה לא ניתן להערכה ודאית לפי הקריטריונים הצייטולוגיים המקובלים המתקבלים מבדיקת ה-FNA. הקריטריון הפתולוגי המקובל לשם הבחנה בין גידול שפיר לממאיר תלוי בתכונות הפולשניות של הגידול, בחדירה לכלי דם ובחדירה לקופסית, שאותם ניתן לראות רק בבדיקה ההיסטולוגית, כלומר, לאחר הוצאה כירורגית של הנגע.

בדיקת סוגר של בלוטת התריס הינה בדיקה חיונית להערכה של חולה עם קשרית בבלוטת התריס. ההמלצה המקובלת לביצוע בדיקת ה-FNA בהדרכה של סוגר הינה לצורך ניקור אותן קשריות שקשה למששן, או על מנת לבחור לניקור רק קשריות עם מראה סונוגרפי חשוך, כאשר מדובר בבלוטה עם קשריות מרובות. ואולם, בעבודות רבות

נמצא כי גם בקשריות שניתן למששן, לבדיקה הסונוגרפית חשיבות רבה לצורך ההכוונה של בדיקת ה-FNA, דבר המעלה את מידת הדיוק של הבדיקה. הגישה המקובלת היום ביחס לכל קשרית עם אבחנה ציטולוגית מסוג נאופלזיה פוליקולרית הינה כריתה חלקית של בלוטת התריס עם השלמה של הניתוח לכריתה שלמה של הבלוטה כאשר מתברר שהגוש הינו ממאיר. בעבודה, שהיא פרי של שיתוף פעולה של המכון האנדוקריני, מכון US והמכון לפתולוגיה, בדקנו את היכולת של מאפיינים צייטולוגיים שונים ושל מאפיינים סונוגרפיים שונים לנבא ממאירות בקשרית עם אבחנה צייטולוגית מסוג נאופלזיה פוליקולרית.

השיטה: המחקר כלל 145 חולים שעברו בדיקת FNA בהכוונת סוגר של קשרית מבלוטת התריס, כשהתמונה הצייטולוגית של הקשרית הייתה של נאופלזיה פוליקולרית, ואשר עברו ניתוח כריתה של הנגע. בדיקות ה-FNA בהכוונת סוגר בוצעו במכון US במרכז הרפואי שלנו, בשינופה של ד"ר טובי אורורה מנהלת המכון, ובשיתופו של ד"ר בכר יעקב מנהל המכון לפתולוגיה. ביצענו רביזיה של משטחי הצייטולוגיה ושל תמונות הסוגר של אותן בדיקות. נבדקו מאפיינים צייטולוגיים שונים ומאפיינים סונוגרפיים שונים, ואת ערך הניבוי שלהם לממאירות.

תוצאות: ב-21 חולים (14.5%) אובחנה ממאירות וב-124 חולים (85.5%) ההיסטולוגיה הייתה שפירה. קרצינומה פאפילרית הייתה בעלת השכיחות הגבוהה ביותר בין הממאירות. בבדיקת המאפיינים השונים של הבדיקה הצייטולוגית ראינו, שלכמה מהמאפיינים הצייטולוגיים היה קשר סטטיסטי מובהק עם ממאירות. המאפיינים שהראו קשר סטטיסטי מובהק היו: קיום מיקרו-פרגמנטים, הידחסות של התאים, כמות התאים במשטח, המצאות גרעינונים ואטיפיה. בבדיקת המאפיינים הסונוגרפיים, המאפיינים שהראו קשר סטטיסטי מובהק עם ממאירות היו גודל הקשרית ומיקרו-קלציפיקציות.

לצורך ניבוי שיעור הממאירות בקרב החולים על סמך המאפיינים עם ערך הניבוי הגבוה ביותר, נבנתה נוסחה סטטיסטית שמורכבת משלושה מאפיינים - שני מאפיינים צייטולוגיים שהם מיקרו-פרגמנטים וגרעינונים, ומאפיין סונוגרפי אחד שהינו מיקרו-קלציפיקציות. עבור חולה שאצלו המאפיינים האלו לא נצפים, הסיכון לממאירות הינו נמוך ועומד על 2.65%. ככל שמאפיינים אלה נצפים יותר הסיכון לממאירות עולה ועומד על 93.93% כשכל המאפיינים הללו נצפים ביחד.

לסיכום, על סמך התוצאות ועל סמך מאפיינים צייטולוגיים וסונוגרפיים שונים, נבנתה נוסחה שיכולה להעריך את הסיכון לממאירות בקשרית בתריס עם צייטולוגיה מסוג נאופלזיה פוליקולרית. ניתן להיעזר במאפיינים אלה על מנת לתת השערה לפוטנציאל הממאירות, ולהעלות את ערך הניבוי של הבדיקה הצייטולוגית בהכוונת סוגר בנגע מסוג פוליקולרי. היעדר כל המאפיינים מוריד את הסיכון לממאירות. לעומת זאת, הימצאות אחד או יותר מהמאפיינים עלול להגדיל את הפוטנציאל הממאיר של הקשרית. דבר זה יכול לעזור בקבלת החלטה לגבי מי מהמטופלים עם קשרית מסוג נאופלזיה פוליקולרית הינו בעלי סיכון גבוה לממאירות ובשל כך כדאי לשלוח לניתוח, ומצד שני להימנע מניתוחים מיותרים בקשרית מסוג נאופלזיה פוליקולרית עם סיכון נמוך לממאירות. ■

אנדוקרינולוגיה





גריאטריה

הזקן המאושפז - האתגר

«ד"ר אפרת גיל מומחית ברפואה פנימית ובגריאטריה, מח' פנימית ג'»

כחחצית מבני ה-65 ומעלה שחיו אי פעם על פני כדור הארץ חיים היום. עובדה זו משקפת אולי בצורה המוחשית ביותר את הזדקנות האוכלוסייה הגלובלית.

אוכלוסיית ישראל, שתוחלת החיים בה היא מהגבוהות בעולם, מזדקנת אף היא בקצב ניכר. החולה אצלנו היום הוא זקן יותר ובעתיד יהיה יותר ויותר זקן. האם אנחנו מוכנים לקראתו? האם למערכת הרפואה המתקדמת והמתוחכמת שלנו, שמשכיחה להאריך את החיים עוד ועוד, יש כלים להתמודד עם זקניה מאריכי הימים?

מה מיוחד במטופלים זקנים?

שני המאפיינים החשובים ביותר המייחדים את המטופל הזקן הם ירידה ברזרבה ותחלואה נלווית (co-morbidity). הזדקנות נורמאלית קשורה לשינויים פיזיולוגיים בכל מערכות הגוף. השינויים הם רבים ומגוונים. כל מערכת בגוף משתנה באופן מעט שונה, אך קיימים מאפיינים דומים: תכולת המים יורדת במערכות הגוף השונות, דבר המתבטא בעיקר בהפיכת הפרשות הגוף לצמיגות יותר (נטיית יתר ליצור "פקקים" באזניים, ונטייה לעצירות)

אוכלוסיית ישראל, שתוחלת החיים בה היא מהגבוהות בעולם, מזדקנת אף היא בקצב ניכר.

הן שתי דוגמאות אופייניות) ולקומים; שרירים שונים הפכים קשיחים יותר ופחות גמישים (לדוגמה, עור התוף באוזן ונאדיות הריאה, שריר הלב, הסרעפת והשרירים בעין); קיימת נטייה להסתיידות הן של דפנות כלי הדם והן של סחוסים; המפרקים עוברים שינויים ניווניים (החל מהמפרקים הזעירים בין עצמיימי השמע באוזן, וכלה במפרקי הירכיים).

ביום-יום יתכן כי השינויים האלה לא יבואו כמעט כלל לידי ביטוי, אך בכל מצב בו האדם נדרש לרזרבה של אחת המערכות למשל - מאמץ גופני, התרגשות, חום, המערכת האחת עלולה להיכשל ולגרור אחריה כשל של מערכות אחרות. כך, לא נדיר כלל לטפל בחולה זקן שלקה "רק" בדלקת בדרכי השתן, ובמהלך מחלתו התפתחו גם אוטם בשריר הלב ואי ספיקה נשימתית.

התחלואה הנלווית מסבכת את העניין עוד יותר. שכיחותן של רוב המחלות הכרוניות עולה עם הגיל, ולכן פעמים רבות כאשר המטופל הזקן נכנס לחדר המיון עם מחלה חריפה אחת, הוא נושא על גבו "שק" כבד של מחלות כרוניות ושל תרופות, שהופכות את הטיפול בו למורכב הרבה יותר.

ועוד לא דיברנו על תפקוד

הירידה ברזרבה במערכות השונות ובעיקר, במערכת השלד-שריר ובמערכת העצבים המרכזית (המוח) וכן, מחלות של המוח ששכיחותן עולה עם הזקנה גורמות לירידה התפקודית האופיינית לזקנה. רבים מהזקנים המאושפזים זקוקים לעזרה בתפקודי היום-יום הבסיסיים. גם ירידה תפקודית משנית לאשפוז (שנקראת גם deconditioning) שכיחה מאוד. המחלה עצמה, האשפוז במקום לא מוכר, אכילה ושינה לא מספקות, ריבוי תרופות, ריתוק למיטה וחייבוור לצינורות ולמכשירים תורמים כולם לתופעה.

מצבם של אחוז משמעותי מהזקנים המגיעים מהבית לאשפוז מתדרדר, והם נזקקים בסיומו לסידור מוסדי.

האם אפשר לעשות את זה טוב יותר?

מודעות לירידה ברזרבה במערכות הגוף של הזקן ולמורכבות הטיפול בו היא המפתח לשיפור.

יועץ גריאטרי יכול לסייע לצוותים במחלקות בית החולים הכללי בזיהוי הבעיות האופייניות למטופלים הזקנים ובהתמודדות עימן.

חשוב מאוד להגדיר את מצבו התפקודי של הזקן מיד עם הקבלה לבית החולים ולהכיר בשמירה שלא יתדרדר כאחת ממטרות האשפוז החשובות.

האויב הגדול ביותר של השמירה על התפקוד בעת אשפוז הוא הריתוק למיטה (או אי-מוביליזציה). כדי להילחם בריתוק למיטה נדרשת עבודה משותפת של אנשי צוות רב מקצועי: אלונקאים שסייעו בהורדה מהמיטה, פיזיותרפיסטים שיתרגלו הליכה וצוות סיעודי שיעודד ויתמוך.

במחקרים של מרכזים רפואיים גדולים בעולם הצליחו להראות כי גיוס והכשרת צוותים מקצועיים ומתנדבים המפעילים באופן יזום וסדיר את החולים הזקנים, שיפרו מאוד את התוצאות התפקודיות של האשפוז.

במציאות החיים במערכת הבריאות הציבורית הישראלית הכורעת תחת העומס, ריתוק למיטה הוא פעמים רבות ברירת המחדל.

כדי לשפר את איכות הטיפול שמקבלים הזקנים בבתי החולים בישראל, נדרשת הגדרת מדיניות אחידה, המחייבת את כלל הגורמים המטפלים, ומציבה את התפקוד במרכז. ■

לזיכרון חשיבות ומשמעות רבה בכל שלבי חייו של האדם. הזיכרון הינו היכולת לקלוט מידע, לעבד, לאסוף, לשלוף, להשוות לזיכרונות אחרים ובעיקר להשתמש בו כשהוא נחוץ. זוהי היכולת להשתמש ולהיעזר באירועים ובהתנסויות מן העבר. רוב פעולותיו היומיומיות של אדם הינן מימוש הזיכרון, זהו תהליך בלתי נראה המתרחש במוחנו בין תחושת הגירוי לבין התגובה.

הזיכרון בנוי ממספר מרכיבים:

• **זיכרון חושי** - המידע נקלט באמצעות גירוי בחושי הראיה, השמיעה, התחושה או הריח ועובר עיבוד ראשוני, צורני ללא התייחסות לתוכן. אם הגירוי נקלט, הוא יעבור שלב. אם לא - הגירוי שבא אחריו ימחק אותם.

• **זיכרון לטווח קצר** - "זיכרון עבודה", מעבד את המידע החושי המתקבל למשך מספר שניות, מקשר בין סוגי המידע שמתקבלים, מאכסן כמות מידע מוגבלת של בין חמישה לתשעה פריטים.

• **זיכרון לטווח ארוך** - מאכסן מידע רב לזמן ארוך, כמעט ללא הגבלה.

קיימים שני סוגי זיכרונות:

• **זיכרון שאינו מודע** - מוגדר כיכולת ללמוד כלל קבוע, הרגל או מיומנות.

• **זיכרון מודע** - זיכרון לעובדות, לאירועים ולמשמעותיות הטמונות בהם.

יש חוקרים שמשווים את ההבדל בין זיכרון לטווח קצר וזיכרון לטווח ארוך לבין סקס של לילה אחד ונישואין - הקבלה זו ממחישה את קוצר ימיו של האחד לעומת היציבות של משנהו.

המבנה החשוב ביותר לזיכרון במוח הינו ההיפוקמפוס, לו תפקיד חשוב מאוד ברכישת מידע והפיכתו לאבני הבניין של הזיכרון. ההיפוקמפוס מאכסן בתוכו את הזיכרון המודע, והצרבולם (המוח הקטן) מאכסן את הזיכרון הלא מודע. הזיכרון קשור גם לשכבה החיצונית של המוח, לקורטקס. היכולת המופלאות של הזיכרון האנושי תלויות בקשרים המסופעים בין ההיפוקמפוס לקורטקס.

התפתחות הזיכרון לאורך החיים

הבזקי הזיכרון המוקדמים ביותר יורדים עד גיל 3, ושחזור רציף של מכלול אירועים מתאפשר החל מגיל 7. בשלוש השנים הראשונות, מוח הילד מנהל למידה פעילה והארכיטקטורה של מסלולי התקשורת משגשגת. הילד רוכש מיומנויות אולם, החוויות והאירועים בהם התנסה לא נרשמים במאגר של שימור הקבע, היות והרשתות הממונות על שימור המידע טרם הגיעו לבשלות הנדרשת.

מוח המתבגר עובר תהפוכות הורמונאליות ושינויים במבנה ובכימיה. התכונות שמאפיינות את מוחו כגון פזיזות, קשיי עכבה, נטילת סיכונים, חוסר משמעת והיעדר שליטה עצמית, מתחילות להתמתן עקב הבשלה מזוהות של הקורטקס הקדמי. בגיל ההתבגרות חל שיפור ניכר בקשב הבררני, בזיכרון לטווח קצר, בפתרון בעיות ובשליטה עצמית. קליפת המוח הפריפונטלית היא האחרונה להתפתח ובה מתנהל עיקר תהליך הזיכרון קצר הטווח, עיכוב מידע שאינו רלוונטי. בזכות הבשלת מערכת זו, מוחו של האדם הצעיר מעפיל לרמות חדשות של חשיבה, לארגון ולשליטה עצמית.

מחקרים משני העשורים האחרונים מפריכים את הסברה שהלמידה הינה נחלת המוח הצעיר. המוח ממשיך ללמוד, להסתגל ולהשתנות לאורך החיים. שימור המידע והלמידה, מתאפשר בזכות תכונת הפלסטיות של המוח, שהינה היכולת

זיכרון גורלי

« **אינה גרינברג** אחות אחראית, מח' קרדיולוגיה

לשנות ולארגן מחדש את רשתות התקשורת העצבית בעקבות התנסות וגרייה חושית.

שינויים בזיכרון

חוקרים סבורים שקצב השינויים בזיכרון מתוכנת בנו מלידה ומושפע מנסיבות וסגנון החיים, וכל אחד מאיתנו מתמודד עם סוג כלשהוא של שינוי בזיכרון. השינוי הינו תהליך איטי וראשיתו בגיל מוקדם מכפי שמקובל לחשוב. חוקרים מיפן בדקו 150 אנשים בני 25 - 30 ומצאו שיותר מעשירית מהם סבלו מבעיות זיכרון.

אנו זוכרים בדרך כלל דברים חשובים ומשמעותיים, דברים הקשורים לידע ולמומחיות מקצועית, אירועים מיוחדים ויוצאי דופן, מיומנויות גופניות, דברים מרגשים במיוחד אך שוכחים דברים משעממים, מטלות שאיננו רוצים למלא, דברים שאינם חשובים לנו, דברים שגרתיים החוזרים על עצמם.

בני האדם אינם אמורים לזכור בלי סוף. שכחה היא חלק מהמבנה הביולוגי והיא פועלת לטובתנו. ישנם פרטים רבים שהיינו רוצים לזכור, אך ישנם זיכרונות לא נעימים שכדאי לשכוח (כאב לידה, אובדן אדם קרוב) כך שאם נזכור הכל נתמוטט פיזית ונפשית. זיכרון דומה לאוויר לנשימה, הוא מובן מאליו, אנו משתמשים בו בכל רגע בחיינו, אך מודעים לקיומו רק כשהוא מתחיל לבגוד בנו. שכחה וזיכרון אינם הפכים, אנו זקוקים לשניהם במידה הנכונה.

גיל הינו הגורם המשמעותי הרלוונטי לשכחה. עד סוף שנות ה-70 הירידה בזיכרון היא מתונה ואינה פוגעת בתפקוד. היא מתחילה להיות מורגשת כשמיגיעים לשנות ה-80.

עם הגיל, מופיעה האטה בתהליכי הזכירה, האטה במהירות התפקוד של מערכת העצבים ואובדן תאי מוח. מתחילה ירידה בריכוז ומופיעים שינויים באיברי החישה (שמיעה, ראייה) אשר פוגמים ביכולת לרכוש מידע חדש ועקב כך לירידה במהירות שליפת המידע.

גורמים נוספים הקשורים לשכחה הם: ירידה בזרימת הדם לתאי המוח (אירוע מוחי); מחלות כגון אלצהיימר; דמנציה; מחלות לב וכלי דם; סוכרת; דיכאון; טראומה; רמת ויטמינים ירודה (בעיקר B12); דיאטה לא מאוזנת; היעדר פעילות ספורטיבית ופעילות חברתית ואינטלקטואלית.

הטכנולוגיה הינה סיבה נוספת לירידה בזיכרון - היא מאפשרת גישה לכל מידע רצוי ללא צורך להפעיל מנגנוני זיכרון.

חשוב ל"אמן את המוח", כשם שפעילות גופנית מחזקת את הגוף, פעילות שכלית מחזקת את המוח. התמידו בפעילות גופנית, הקפידו על תזונה מאוזנת, שפרו טכניקות רכישת מידע (תשבצים, סודוקו), שמרו על חוג חברים, חוגים, טיולים וכו'.

גבריאל גרסיה מרקס, אמר כי "החיים אינם מה שחינו, אלא מה שנזכר, והאופן שנזכר אותם כדי לספרם". ■

(רשימת מקורות נמצאת אצל הכותבת)

נוירולוגיה



הזיכרון הינו היכולת לקלוט מידע, לעבד, לאסוף, לשלוף, להשוות לזיכרונות אחרים ובעיקר להשתמש בו כשהוא נחוץ.



חוקרים סבורים שקצב השינויים בזיכרון מתוכנת בנו מלידה ומושפע מנסיבות וסגנון החיים, וכל אחד מאיתנו מתמודד עם סוג כלשהוא של שינוי בזיכרון.

מצבים מסכני ראייה במחלות סיסטמיות

«**רחל קליין** אחות אחראית, המח' לרפואה דחופה

בעבודה, שעסקה במצבי אובדן ראייה בחולים עם מחלות סיסטמיות העלולות להתבטא בפתולוגיה עינית ועקב כך לגרום לירידה בראיה עד לעיוורון, טוען ד"ר עורואה נאסר סמחלקת עיניים כי ירידה בראיה גורמת להיארעות דיכאון.

פי שניתן לתאר, ראייה ירודה מהווה גורם סיכון לנפילות, לחבלות ולירידה בפעילות הגופנית והחברתית, לפגיעה בתפקוד היומיומי ובקיום פעולות פשוטות ולפגיעה בעצמאות האדם. שיפור בראיה וטיפול במחלות מסכנות ראייה נמצאו כמשפרות איכות חיים וכמשפרות את התפקוד הפונקציונאלי.

במחקר, שבוצע בבית החולים בילינסון, נמצא כי קיימת ירידה של 50% בהיארעות עיוורון בישראל בעשור הקודם לעומת העשור שלפניו. לטענת החוקרים, שיפור זה נוצר בעיקר בעקבות שיתוף פעולה בין רופאי משפחה ורופאים ראשוניים לבין רופאי העיניים, ובעקבות השיפור בעשור האחרון הן בטיפולים הרפואיים והן בנגישות החולים לטיפולים. המסקנה היא שניתן למנוע ירידה בראיה ואף עיוורון ע"י שיתוף פעולה בין הרופאים המטפלים כאשר היעד הוא - לשפר את איכות החיים ואת התפקוד היומיומי של החולים.

לדברי ד"ר נאסר, רופא עיניים, הסוכרת הינה גורם שכיח לעיוורון. סוכרת גורמת לפתולוגיה ברקמת הרשתית, שהיא למעשה אחראית על קליטת ועיבוד התמונה מהסביבה והעברתה למוח (רטינויה סוכרתית). בהתבסס על מחקרים שונים, לאחר שני עשורים ממועד אבחנת הסוכרת כ-60% מהחולים עם סוכרת סוג 2 וכ-90% מהחולים עם סוכרת סוג 1 יסבלו מרטינופתיה סוכרתית. הרטינופתיה הסוכרתית מתבטאת בבצקת, באוטמים, בסתימות של כלי דם, בדימומים ובתפליטים ברקמת הרשתית. ממצאים אלה עלולים לגרום לירידה בראיה ואף לעיוורון. בנוסף, ממצאים אלה עלולים לגרום לסיבוכים כמו דימום בזוגיות והיפרדות רשתית - מצב הגורם לירידה פתאומית בראיה ולכן שנדרשת התערבות מיידית ולעיתים, כירורגית.

בעבודתו טוען ד"ר נאסר כי מניעת התפתחות רטינופתיה

ניוון מקולרי תלוי גיל

«**ד"ר רינת קהת** מומחית ברפואת עיניים ומחלות רשתית, מח' עיניים

רשתית העין הינה הציפוי הפנימי של העין והיא מכילה תאי עצב הקולטים את האור, מתרגמים אותו לאות חשמלי עצבי ומעבירים אותו למוח. במרכז הרשתית ישנו אזור - הקרוי מקולה - הקולט את רוב התמונה עליה אנחנו מסתכלים, ולכן, הוא אחראי על קליטה ועל עיבוד של מירב המידע המגיע מהעין למוח. כיוון שרוב המידע הראייתי מתבצע באזור זה - היכולת לראות, לקרוא, לנהוג, לזהות פנים, וכל ראייה מדויקת אחרת מתבצעת במקולה. ניוון מקולרי תלוי גיל או בלעז Age Related Macular Degeneration היא מחלה עינית תלנית גיל היכולה לגרום לעיוורון. בעולם המערבי מחלה זו היא הסיבה השכיחה ביותר לאיבוד ראייה חמור בקרב בני 50 ומעלה ושכיחותה עולה עם הגיל. במצבה הקשה ביותר, נהרסת המקולה וראייתו המרכזית של החולה נפגעת באופן קשה. למרות שהמחלה כמעט שאינה גורמת לעיוורון מוחלט, כיוון שהראיה ההיקפית של החולה נשמרת, הרי שהיא מגבילה מאוד את החולים בפעולות יומיומיות.

ישנן שתי צורות של ניוון מקולרי הקשור לגיל: הצורה היבשה והצורה הרטובה. המחלה מתחילה בד"כ בצורה היבשה - בבדיקת קרקעית העין באיזור המקולה ניתן להבחין בנקודות צהובות המכונות דרוזן (Drusen), אך ברוב המקרים החולה אינו סימפטומטי. יותר מ-90% מהסובלים מהמחלה יישארו בשלב זה. יש לציין, כי בשכיחות נמוכה קיים איבוד ראייה משמעותי גם בצורה היבשה של המחלה.

בכ-10% מהחולים ב AMD יבש, המחלה מתקדם לשלב הרטוב, המאופיין על ידי גדילת כלי דם פתולוגיים מתחת לרשתית. אלה הם כלי דם "חדשים" בלתי תקינים הגדלים ומתפרצים אל הרשתית. כלי דם אלה דולפים נוזלים, פלזמה ונוסף הם מדממים. בשלב זה החולים מתחילים לסבול מהפרעות בראיה כגון: עיוות במרכז שדה הראיה, עקמומיות של קווים ישרים וירידה כללית בראיה. בשלבים מאוחרים יותר נוצרת רקמת צלקת אשר מחליפה את רקמת הרשתית במקולה וגורמת לאובדן ראייה מרכזי בלתי הפיך.

בעבר נהגו לצרוב את כלי הדם הבלתי תקינים בלייזר. קרן הלייזר הורסת את כל שכבות הרשתית ואת כלי הדם ומשאירה צלקת, ומכאן חסרונה. בהמשך פותח טיפול פוטודינמי (PDT) בעזרת לייזר 'קר', שבו מוחדר דרך וריד היקפי נוזל פוטודינמי לכלי הדם ברשתית. הלייזר מכונן לכלי הדם הפתולוגיים, וגורם לעירור החומר הפוטודינמי. העירור גורר שחרור רדיקאלים חופשיים אשר פוגעים בכלי הדם בהם נמצא החומר הפוטודינמי, וכך נעצרת הדליפה מכלי דם אלה.

הורמון הגדילה האחראי על התפתחות כלי דם הקרוי Vascular Endothelial Growth Factor - VEGF זוהו כחלבון האחראי להתפתחות כלי דם חדשים. היום ידוע כי מעורבות VEGF אינה ייחודית למחלת AMD אלא,

מעורבת גם במחלות רשתית אחרות כמו רטינופתיה סוכרתית, בצקת מקולרית משנית לרטינופתיה סוכרתית ובצקת מקולרית משנית לחסימות ורידיות (Retinal vein occlusion). זיהוי הורמון זה, כמפתח להתפתחות AMD רטוב ולמחלות רשתית נוספות, הביא לפריצת דרך בטיפול במחלות. אכן, מאז שנת 2006, נעשה שימוש גובר בהזרקות תרופות נוגדות VEGF לעין. תרופות אלה עוצרות את תהליך יצירת כלי הדם החדשים ומפחיתות את הדלף בשלב הרטוב של AMD. ברוב המקרים, התרופות מייצבות את חדות הראייה אצל החולים ולעיתים, אף מצליחות להביא לשיפור בחדות הראייה שלהם.

פיתוח מספר תרופות לניטרול החלבון VEGF. רניביזומב (Ranibizumab LUCENTIS) הינו פרמגנט של נוגדן הומני (Fab) הקושר את כל האיזופורמים של VEGF A. תרופה זו היתה הראשונה שהביאה למהפכה בטיפול ב AMD רטוב, ועדיין משמשת כסטנדרט אליו מושוות התרופות האחרות. כמו שאר התרופות המנטרלות את ה VEGF, תרופה זאת ניתנת בהזרקות תוך עינית בתדירות של כאחת לחודש. בשל מחירה היקר נעשה שימוש נרחב off label בעולם ובארץ בנוגדן אחר - בוויזומב (AVASTIN Bevacizumab) כתחליף. תרופה זאת פותחה כתרופה כמוטראפית כנגד VEGF במספר סוגי סרטן, אולם מחקרים הראו שהיא אפקטיבית גם ב AMD. יתרונה העיקרי על פני הלוסנטים הוא מחירה הנמוך.

לאחרונה פותחה תרופה חדשה כנגד ה VEGF. מחקרים הראו כי אחת מהדרכים הטובות ביותר לעכב VEGF היא למנוע ממנו להקשר לרצפטור שלו על ידי יצירת מלכודת/ פתיון רצפטורי. לשם כך פותח החלבון VEGF eye-trap (Aflibercept) הממזג בתוכו את אתרי הקשירה החוץ תאיים של הרצפטורים ל VEGF 1 ו-2 עם אזור Fc של נוגדן הומני. לתרופה זאת אפיונות גבוהים ביותר ל VEGF-A: פי 500 מאוסטין ופי 140 מלוסנטים. יתרון נוסף מתוכנן של התרופה הוא, שפעילותה בזוגיות העין ארוכה יותר ונמשכת כשמונה שבועות אחרי הזרקת בודדת.

האבחון והמעקב העיקריים אחר חולים במחלות רשתית הוא בדיקה קלינית על ידי רופא עיניים מומחה במחלות רשתית ובאמצעי הדמייה. העיקרי ביניהם הוא ה OCT (Optical Coherence Tomography) - צילום המראה את הרשתית - המקולה בחתכי עומק, כך שניתן ללמוד על המבנה ועל סדירות שכבות הרשתית ועל עובי הרשתית. ובעזרתו ניתן להעריך את מידת הבצקת, הנוזלים או הדימום ואת התגובה לטיפול. הבדיקה קלה, מהירה, אופטי, לא פולשנית, ללא קרינת רנטגן. בדיקת ה OCT החליפה בהרבה מקרים את צילום הפלואורסצין- הזרקת חומר פלורסנטי לוריד המאפשר לראות את כלי הדם ונוכחות דלף מאותם כלי דם פתולוגיים, כיוון שאינה דורשת הזרקת חומר. בחלק מהמקרים עדיין יש צורך להשלים את בדיקת ה OCT בצילום פלואורסצין.

במרפאת הרשתית במחלקת העיניים במרכז הרפואי בני ציון נבדקים ומטופלים מדי יום חולים רבים הסובלים מ AMD וממחלות רשתית אחרות. המרפאה מצויידת במכשיר ה OCT Optical Coherence Tomography (OCT) המאפשר הערכה מדויקת של מצב המחלה. חולים עם AMD רטוב מטופלים במרפאה בהזרקות תוך עינית על ידי התרופות החדשניות נוגדות VEGF. טיפולים אלה נעשים על בסיס אמבולטורי ואינם דורשים אשפוז. אנחנו תקווה שמעקב וטיפול קפדניים ביחד עם התרופות החדשות יביאו לעצירת ההתדרדרות ואף לשיפור בראייה של חולים הסובלים מ AMD וממחלות רשתית אחרות. ■

רשתית העין הינה הציפוי הפנימי של העין והיא מכילה תאי עצב הקולטים את האור, מתרגמים אותו לחשמלי עצבי ומעבירים אותו לחוליה המרכזית של המוח.

בעולם המערבי מחלה זו היא הסיבה השכיחה ביותר לאיבוד ראייה חמור בקרב בני 50 ומעלה ושכיחותה עולה עם הגיל.



שיפור בראיה וטיפול במחלות מסכנות ראייה נמצאו כמשפרות איכות חיים וכמשפרות את התפקוד הפונקציונאלי.

רפואה משלימה באשפוז

«ד"ר צחי ארנון אחראי היפנוזה, היח' לרפואה משלימה»



הטיפולים כוללים רפלקסולוגיה, דיקור סיני (אקופונקטורה), דמיון מודרך, הרפיה מבוססת נשימות והיפנוזה, הטיפולים ממוקדים בהקלת סימפטומים של כאב, קוצר נשימה, לחץ דם מוגבר, דופק מהיר וחרדה.



בר מעל שלוש שנים פועל השרות לרפואה משלימה במרכז הרפואי שלנו. תחילת הדרך הייתה במחלקה בכירורגיה, לשם הצטרפו שני מטפלים בדיקור סיני, מטפל ברפלקסולוגיה ומומחה בהיפנוזה, שעסק גם בהכנה היפנוטית לניתוחים בריאטריים. ההשפעה המיטיבה על החולים ועל הצוות הובילה להרחבת השירות - לפני מעל שנה הצטרפה רפלקסולוגית לכירורגית ילדים; במהלך השנה האחרונה נבנתה תכנית ייחודית להכנה לניתוחי שד; הרפואה המשלימה הוכנסה למחלקה הקרדיולוגית. בדומה להקלטות בשלוש שפות להכנה טרום ניתוחית, הניתנות להורדה חינם אין כסף מאתר האינטרנט של בני ציון, אנו מכינים כעת הקלטות של היפנוזה עצמית שיינתנו לחולים בקרדיולוגיה הן כהכנה לתהליכים רפואיים מעוררי חרדה כצנתור והכנסת קוצבים, והן כחלק מתהליך השיקום לאחר התקף לב.

במח' כירורגית ילדים, בניהולו של פרופ' גורג' מוגילנר והאחות האחראית גב' סימה שרון, ניתנים טיפולים ברפלקסולוגיה לילדים, תוך התמקדות בסימפטומים טרום אופרטיביים: הן לפני הניתוח לצורך הקטנת חרדה וכאב, והן לאחר הניתוח כאב, בחילות, אי שקט, עצירות וכדומה. מחקרים מצביעים על קשר הדדי בין חרדת הילדים לבין חרדת ההורים. הילדים קולטים את המתח של ההורים ומקרינים את החרדה שלהם על ההורים. הטיפול הרפלקסולוגי בילדים מפעיל תהליך של השפעה הדדית חיובית: הילדים חווים הקלה בסימפטומים המציקים ורמת החרדה שלהם יורדת, וההורים מגיבים לשינוי החיובי ובכך מועצמת יכולתם להוסיף ולהרגיע את ילדיהם. התהליך מוצלח במיוחד כאשר ההורים לומדים מספר טעויות עיסוי עדינות לכפות הרגליים, ובכך מוקד השליטה חוזר להורים. במחלקה הקרדיולוגית בניהולו של פרופ' אורי רוזנשיין, והאחות האחראית אינה גרינברג מטפל הצוות הרב תחומי של הרפואה המשלימה בחולים המוזמנים אלקטיבית לצנתורים אבחנתיים וטיפולים, בחולים המאושפזים לאחר אירוע לבבי ובחולים אקוטיים המובהלים למחלקה ישירות מאמבולנס של טיפול נמרץ לב.

הטיפולים כוללים רפלקסולוגיה, דיקור סיני (אקופונקטורה), דמיון מודרך, הרפיה מבוססת נשימות והיפנוזה. הטיפולים ממוקדים בהקלת סימפטומים של כאב, קוצר נשימה לחץ דם מוגבר, דופק מהיר וחרדה. החרדה הגבוהה המתלווה לבעיות לב נובעת מהאיום הגלוי על המשך החיים ומהווה גורם סטרסוגני משמעותי המחריף סימפטומים גופניים. כאשר לחץ הדם עולה והדופק מואץ, פוטנציאל הסיבוכים עולה. לפיכך, הפחתת החרדה וסימפטומים קרדיו-וסקולריים באמצעות טיפולי הרפואה המשלימה לא

רק שמקלה על תחושותיו והרגשתו של החולה אלא, אף תורמת באופן ישיר לטיפול הרפואי שניתן לו.

בשנים האחרונות עלתה המודעות למשמעויות מרחיקות הלכת של חרדה וטראומה הנלווים למחלת לב חריפה. מחקרים רבים מצביעים על הקשר שבין חרדה טרום פרוצדורה רפואית לבין תוצאות הליך הרפואי. באופן ספציפי מדווחים המחקרים כי בעיה לבבית אקוטית יכולה להתפתח להפרעה נפשית (התגובה הפוסט טראומטית) וכן להפרעת חרדה שתפגע משמעותית הן בתהליכי ההחלמה והן באיכות חיי החולה גם לאחר שליבו "תוקן". בהמשך למחקרים אלה מתבססת מגמה לטיפול באופן נמרץ בתופעות הנפשיות הללו בשלב החריף של האשפוז בכדי למנוע סיבוכים מאוחרים. לאור זאת, אנו שמים דגש בטיפולי רפואה משלימה על יצירת מצב של שליטה פנימית והפחתת חרדה. נכון להיום טופלו מעל 50 חולים במחלקה הקרדיולוגית, מהם עולה כי טיפולי הרפואה המשלימה הפחיתו באופן משמעותי (62%) את מידת החרדה, וכי תחושת הרווחה (Well-Being) השתפרה.

לפני כחודשיים, עדכנה ד"ר עידית דוברצקי-מרי, מנהלת היח' לטיפול נמרץ לב, את הצוות כי אל המחלקה מובל אדם בעיצומו של התקף לב, ואכן תוך זמן קצר הוכנס אדם על אלונקת מד"א, אדם פנים, מזיע, מתנשף ומבוהל. אל צוות טיפול נמרץ המאבחן ומתכנן את הטיפול הצטרפו אנשי היח' לרפואה המשלימה מתחום הדיקור הסיני וההיפנוזה.

שילוב של דיקור סיני ממוקד והיפנוזה קצרה החלו להוריד את רמת המתח של החולה. דקות לא רבות לאחר מכן היה צורך להוציא את המחטים ולהפסיק את ההיפנוזה משום שהחולה הובהל לחדר הצנתורים. לבוש בגדים סטריליים, נכנס צוות הרפואה המשלימה לחדר הצנתורים וליווה את החולה בשלבי ההכנה לצנתור. מחטים סיניות הונחו בקצרה וממוקדת הסיחה את תשומת לב המטופל מהסביבה החיצונית של החדר עמוס המכשירים אל המקום השקט הפנימי בתוך נפשו ודמיונו. הרגיעה שהושגה אפשרה את התחלת הצנתור והפחתה בתרופות נוגדות כאב וחרדה. הטיפול בחולה נמשך גם לאחר סיום הצנתור בימי האשפוז הבאים ועד לשחרורו.

הרפואה המשלימה, משלימה את הרפואה הקונבנציונלית במקומות הנכונים, כמו גלגלי שיניים מתואמים בהם כל יזי נכנס בדיוק למקום הפנוי עבורו ברווח בין השיניים של הגלגל הסמוך. התנועה שנוצרת הינה תנועת סינרגיה בין הגלגלים. ■

אם עברנו את פרעה נעבור גם את זה

«יעל ריינר עו"ס, השרות הסוציאלי»

בבית החולים שלנו טופלו בסהלך השנים נשים וגברים רבים ניצולי שואה. הם עברו את שנות מלחמת העולם השנייה בגטאות, במחנות עבודה ובמחנות השמדה, במקומות מסתור ובקבוצות פרטיזנים. בתום המלחמה קמו מההריסות והקימו חיים חדשים. חלק ניכר מהחולים דיווחו בצורה זו או אחרת על הקושי להתמודד עם האשפוז ועם חולי "כי צריך להיות בריא וחזק, אחרת זה גזר דין סוותר". חלק דיווחו על חוסר דאגה וחששות בגלל המחלה כי "מה שאני עברתי בשואה רק כחשל", "אם עברנו את פרעה, נעבור גם את זה".

אנו, העובדות הסוציאליות במחלקות השונות, שמות לב במהלך הקשר הטיפולי שלנו עם שורדי שואה, שיש הבדלים בסיפוריהן של נשים ובסיפוריהם של גברים על החוויות ועל דרכי ההתמודדות בתקופת השואה.

ואכן, מסתבר לפי עבודות מחקר, ספרים ומאמרים שמתפרסמים בשנים האחרונות על התמודדותם של גברים ונשים בשואה, שיש דמיון ושיש הבדלים בין המגדרים. יש לציין שקיים ייחוס אם יש לערוך הבחנה בין נשים לגברים בתפקוד ובדרכי ההישרדות שכן, החוויות הן כה טראומטיות עבור שני המינים, והנאצים שמו לעצמם מטרה לשלול כל זהות וסממני מגדר ולמעשה, להשמיד כל יהודי ללא הבדל מין, גיל, מעמד, תפקיד.

גברים ונשים, ילדים ומבוגרים חוו בשואה חוויות נוראיות דומות: קיום אורח חיים בתנאי קיצון מתמשכים ובהתנסויות טראומטיות נמשכות, אובדן של בני משפחה, של אורחות חיים, של רכוש, של תרבות ומסורת, של ריסוק האני ושל אובדן הערך העצמי. נשים וגברים נאלצו לחוות פרידות, רעב, בושה, השפלה, פגיעה מהותית באמון באדם ובעולם, שינוי ערכי מוסר, יחסים בין אישיים קשים, מאבקי הישרדות מורכבים, חוסר יכולת לנהל חיי שגרה ולחוש ביטחון, פגיעות קשות בנפש ובגוף האדם, מאבק מתמשך לשרוד ולשמור על צלם אנוש. בראיונות של שורדי שואה ובספרות המחקרית המתפרסמת בשנים האחרונות מסתמן שישנם הבדלים בין נשים לגברים באירועי השואה ובדרכי ההישרדות וההתמודדות.

אובדן ושינויים בתפקידים

בגטאות, הגברים איבדו רבים מתפקידיהם המסורתיים, בעיקר כמפרנסים וכבעלי תפקידים דתיים ולכן במקרים רבים חלו שינויים בחלוקת התפקידים המסורתיים בין גברים לנשים. גברים נאלצו לוותר על עבודתם ולא יכלו להמשיך לשמור על מעמדם החברתי-דתי. במצב זה נשאר הנשים כמשענת העיקרית לבני המשפחה הן בשמירה על המסורת, החינוך והערכים והן מבחינה כלכלית. עדויות מעידות על תושיה, כושר המצאה והסתגלות של נשים רבות בגטאות כדי לכלכל את המשפחה ולהתמודד עם מחלות,

חלקן תוך התעלמות מן הרעב והחולי שלהן עצמן. זאת מתוך אחריות ושליחות למילוי תפקידיהן המסורתיים גם בתנאים הקשים של המלחמה. בגטאות יותר גברים מאשר נשים איבדו משמעות ותקווה.

במחנות הריכוז חוו נשים אובדן נשיות, אובדן תנאי היגיינה, אובדן היכולת לאמהות או חוו לידה שלוותה מיד בהמתת היילוד. מקרי אובדן אלה נחו על ידי הנשים כמשמעותיים בשל אובדן סממני נשיות ואובדן תפקידיהן המסורתיים. מאידך, הגברים עבדו בעבודות פיזיות קשות ומפרכות יותר מאשר הנשים. בתנאים הקשים במחנות, באותה תזונה דלה, יכלו הנשים לשאת את הרעב ביתר קלות, והתדרדרותן הייתה איטית יותר משל הגברים.

בריחה והסתתרות

גברים התקשו יותר מנשים להסתיר את זהותם היהודית בשל היותם נימולים ובשל הצורך להסתיר סממנים יהודיים בביגוד ובמראה החיצוני (זקן ופאות, ציציות ושטריימל) דבר שהיה קשה מעשית ורגשית (במיוחד לגברים הדתיים).

מעורבותן של הנשים בפעילויות כלכליות וחברתיות לפני המלחמה, העניקה להן את היכולת להסתדר ולהשיג תעודות מזויפות, למצוא עבודה ולהיעזר במכרים, שסייעו בידן למצוא מקומות מסתור או מקומות מגורים (בלתי לגליים) מחוץ לגטו. אחד הגורמים העיקריים שהבטיחו את יכולת הישרדותן בחברת הגויים היו יכולות התקשרות שהן טבעיות יותר לנשים, ידיעת השפה המקומית ובקיאותן במנהגים מקומיים. כמו כן, נשים מדגישות תקווה בספרן על חיים בצל מתח מתמיד כשהיו במסתור, את התקווה שיינצלו, ואת הציפייה שיוכלו לפגוש שוב בני משפחה. אולם, היו מצבים בהם תפקידיהן המסורתיים של הנשים - דאגה לטיפול בבני המשפחה מבוגרים ותינוקות - דווקא בלמו את סיכוייהן לברוח ולהינצל. גברים יכלו לברוח מהגטאות ולהינצל בהיותם עצמאיים יותר ומשוחחרים יותר מנשים מדאגה לבני משפחה נזקקים.

שמירה על צלם אנוש ועל עזרה הדדית

נשים רבות חשו רצון וצורך, למרות כל התנאים הקשים, להמשיך לשמור על צלם אנוש.

היכולת להעניק תמיכה הדדית בולטת יותר אצל הנשים מאשר אצל הגברים, והיא מהווה מקור כוח להתמודדות. לא מעט נשים סיפרו לנו על "משפחה חלופית" על "אחות למחנה", על פעילות של עזרה ותמיכה הדדית, על החלפת מתכונים, שיטות בישול וזיכרונות מסעודות חג כדי להתמודד עם הרעב, עם הבדידות ועם אובדן המשפחה. גברים רבים הפסיקו להתרחץ ולהתגלח, ואילו הנשים המשיכו ככל שניתן לשים לב להיגיינה האישית ולשמור על הופעה אנושית ואף נשית.

דיכאון מול התמודדות, פסיכיות מול לחימה

בעדויות מתואר שכתגובה לחוסר אוניס או לביוזי ולהשפלה בפומבי, גברים סבלו מדיכאון חמור ומאפתיה שגרמו לעתים קרובות חולי ומוות. נשים הצליחו לצלוח ביתר חוסן נפשי השפלה וביוזי. הן סיפרו על מאמצים שעשו כדי לשמור על הרוח היהודית והאנושית, של עצמן ושל אחרים, לנוכח האמביציה למחוק את צלם האדם היהודי.

לסיכום, דיווחים מניצולים מאופיינים בעיקר בסיפורים על בריחה ועל לחימה, על שמירת אמונה באלוהים או להיפך על המשך החיים בצל אובדן האמונה. דיווחים על גברים מאופיינים בתיאורים של חוסר אונים ודיכאון, בשינוי בתפקידים המסורתיים ובחיים ללא המשפחה. יותר גברים מנשים מתארים תגובות של דיכאון, אוזלת יד ואובדן תחושת שליחות ומשמעות. וגם להיפך - בתיאורי לחימה וגבורה כפרטיזנים. דיווחים מפי ניצולות ועל נשים בשואה מאופיינים בתיאורי לחימה יומיומית להישרדות, למען בני משפחה, על אימוץ תפקידים גבריים ומילוי תפקידים חדשים, על עזרה הדדית כמקור לכוח ולהצלה. מיעוט נשי מתאר את עצמן כלוחמות אקטיביות בגטאות, במחנות השמדה (סוביבור, אושוויץ, בירקנאו) וכפרטיזניות. רובן מתארות לחימה מתמדת לשמירה על מוראל, על תקווה, על שליחות במשמעות של שמירה על המשכיות של חיים נורמאליים ככל האפשר כולל חיי תרבות, אמנות, מלאכת יד, מסורת ודת. ■

(ספרות מקצועית נמצאת אצל הכותבת)

אנקדוטות מחיי המלר"ד

« רחל קליין אחות אחראית, המח' לרפואה דחופה

לא פעם כאשר נשאל המטופל המגיע למח' לרפואה דחופה (מלר"ד) על הסיבה לפנייתו, התשובה המתקבלת גורמת לחיוך או להרמת גבה. דוגמאות לא חסרות...

בחור כבן 40 פנה למלר"ד בתלונה שמזה כעשרה ימים לא הייתה לו יציאה. בבדיקה רקטלית ע"י הכירורג נמצאה "צמחייה ענפה" כתוצאה מתפוח אדמה שהוציא ענפים ועלים והשתרש כהוגן.	עציר הגיע למלר"ד אזוק ומלווה בשוטר. תלונתו הייתה כאבי בטן והוא נשאר להשגחה במהלך הלילה. השוטר אזק את העציר למיטה, ושם את המפתח בכיס חולצתו. הוא ישב על כיסא ושמר על העציר. לאחר זמן מה שקע השוטר בשינה בעדינות את המפתח מהכיס, פתח את אזיקו וברח. בהמשך הוצקה משטרת ישראל כדי לחפש את עקבותיו של העציר שנעלמו.	באחד מהבתים ברחוב ארלזחורוב התקלקל ברז וטפסף ללא הרף. הבעל והאישה ניהלו וויכוח מי יתקן את הברז ויפתור את הבעיה. הבעל החליט להפתיע את אשתו ולהזמין אינסטלטור. כשהאישה נכנסה הביתה, הייתה בטוחה שבעלה הוא זה השוכב מתחת לכיור. בניסיון להקניטו היא צבטה אותו באיבר מוצנע. האינסטלטור איבד את הכרתו והוזמן עבורו אמבולנס מד"א כדי לפנותו לחדר המיון. צוות מד"א העלו את האינסטלטור על האלונקה כשחיוך נסוך על פניהם. כשירדו במדרגות, נפל האינסטלטור האומלל מהאלונקה ושוב איבד את הכרתו. סיבת פנייתו הייתה חבלת ראש והתעלפות כפול שתיים.	בחורה צעירה, בשנות העשרים לחייה, שפנתה בשעות הלילה המאוחרות למלר"ד כשתלונותיה העיקריות היו חוסר יכולת לישון ועייפות. במקרה אחר, אדם אמר באופן מפורש כי פנה למלר"ד כדי לקבל אוכל. כן, רעב הייתה הסיבה לפנייתו.
חולה פנה למלר"ד כשבכף ידו נשא את אפו. הוא ננשך על ידי חברו הטוב שכעס עליו על כך שבגד בו בביתו עם אשתו. הפונה נדרש לניתוח מסובך מאוד וארוך מאד ע"י רופאי א.א.ג והיח' לכירורגיה פלסטית.	מסיבת אירוסין הסתיימה בכך שלחנתו נתקעה מחס בגרונו לאחר אכילת העוגה שחמותו הכינה.	אדם מבוגר פונה למלר"ד מבית אבות בתלונה על כאבים בחזה. האדם פונה ללא שינוי התובנות. במהלך שהותו ביקש לאכול דבר מה, לגמרי במקרה היו מונחות בקופסה שיניים תותבות של חולה אחר שעזב זמן קצר לפני כן את המלר"ד. המלווה שמה לחולה את השיניים וכשהמשפחה הגיעה עם השיניים מבית האבות הם שיבחו מאוד את המלר"ד שאפילו שיניים תותבות הם מחלקים.	בהתרגשות רבה סיפרו האחיות במשמרת הערב, על אישה שפנתה בתלונה על כאבי בטן עזים. עלה חשד לאבנים בכליות. בזמן שהאישה המתינה לאורולוג, להפתעתן הרבה של האחיות, המטופלת הכאובה נמצאה במיטתה פסוקת רגליים כשמכין רגליה בצבץ ראשו של תינוק. בדיעבד, התברר שהאישה כלל לא ידעה שהיא רה.
לאחר אכילת שני ארגזים (!!) מלאים בסברס, הגיעה למלר"ד אישה סובלת מכאבי בטן עזים ומעצירות. חוקנים לא פתרו את הבעיה, ולא היה מנוס מהתערבות כירורגית.	גבר נשלח על ידי אשתו למלר"ד בסביבות ארבע לפנות בוקר כיוון שהשתעל והפריע לה לישון. השיעול התריד את מנוחתה, היא הפנתה אותו למיון לקבלת טיפול בעוד היא המשיכה בשנתה בבית.	אסיר הובא למלר"ד לאחר בליעת סוללות ובזמן הניתוח התגלתה בבטנו מערכת של מזלגות, סכינים, סוללות, סיכות ועוד.	בחור צעיר פנה למלר"ד בטענה שטיפס על עץ תמר וחשב שחדר לו קוץ לגב. בהמשך נמצא קליע בחוליות צוואריות 3C, 4C. כנראה שציידיים היו בקרבת מקום וקליע של רובה אוויר פגע בו.

רוסית קשה שפה?

« אורלי אלטמן ס' אחות אחראית נפרולוגיה ומרכזת קורס רוסית

מראות בעיטוק, פיזיותרפיסטיות, טכנאי רנטגן, עובדי מעבדות, עובדי יחידת המחשב ועוד. מעבר להקניית ידיעת השפה הרוסית כללה תכנית הקורס גם הרצאות על התרבות, המנטליות וההיסטוריה של היהדות ה"רוסית", ארוחת ערב חגיגית עם תפריט "רוסי" ויציאה ל"מופע של רוסים" בתיאטרון חיפה. האווירה הלימודית מתאפיינת בחוויות של הומור, שותפות ורצון לגעת, ללמוד ולהבין את האדם הפונה ואת מערכת המושגים, שבמסגרתה הוא מבין ומפרש בריאות וחולי.

לאור מספרם הרב של המטופלים דוברי הרוסית הפונים לשירות בבית החולים שלנו, חשובה השליטה של אנשי הצוות בשפה הרוסית המדוברת היומיומית ובהבנת הסביבה התרבותית ממנה מגיעים מטופלים אלה. יכולת אלה תורמות הן לציבור מטופלינו, הזוכים לשירות טוב יותר, והן לצוות, הנהנה מהעשרה לשונית ומפתיחות תרבותית. ■

לידי ביטוי בשביעות הרצון מהטיפול, בתוצאות הטיפול ובמניעת סיכונים לתלואה ולתמותה. במסגרת תפקידי כמייצגת את מגזר העולים מחבר העמים בבית החולים, התבקשתי על ידי גב' תמי בומרד, מרכזת תחום ההנגשה התרבותית בבית החולים, לארגן קורס להוראת השפה הרוסית לצוות הרפואי, הסייעודי והפארא רפואי.

בתחילת התהליך המרתק הזה, נפגשנו עם גב' יוליה שטראים, סגנית ראש העיר חיפה ואחראית על תחום קליטת העליה, שהשקיעה מאמצים רבים לסבסד את הלימודים, הזמינה מורה מקצועית ללימוד השפה הרוסית, גב' אנה רוזנבלט, ותמכה בפרויקט לאורך כל הדרך.

הביקוש להשתתפות בקורס היה אדיר, ובחודש מרץ 2013, יצא לדרך הקורס הראשון בארץ ברוסית, שיועד לעובדי בית החולים. הקורס הורכב מצוות מגוון שכלל מנהלי מחלקות, אחיות אחראיות, עובדות סוציאליות,

קשר בין הגירה לבריאות הוא הדוק ביותר. מעבר לבעיות הבריאות ש"מייבאים" המהגרים ממדינות מוצאם, הם מביאים עמם סגנון חיים ייחודי בתחומים הקשורים לבריאות, כגון: הרגלים בצריכת מזון, סיגריות ואלכוהול; דפוסי הסתייעות בשירותי בריאות; תפיסות תרבותיות על אופן התפקוד הראוי של ספקי שירותי בריאות. הגירה כרוכה בשינויי חיים מרחיקי לכת, ומהווה אירוע חיים הגורם ללחץ בשל הצורך בגיוס משאבי התמודדות נרחבים. גורמים רבים הקשורים בהגירה עלולים ליצור מצב של דחק, כשהעיקרי ביניהם הוא מפגש התרבויות בין החברה הקולטת לחברת העולים, הכולל גם שונות לשונית.

בשנים האחרונות התחזקה ההכרה בכך שהתאמה תרבותית ולשונית של שירותי בריאות ורפואה לצרכינה, הינה גורם בעל חשיבות רבה לרווחתם של המטופלים. היא מאפשרת לבני אדם מתרבויות שונות לפנות לשירותי בריאות ולהפיק מהם את התועלת המיטבית, דבר שבא

חדשות אגודת הידידים

« קן כביר מנהלת אגודת הידידים

אירועים ופעילויות בארץ:

- ערב הגאלה לשנת 2013 יתקיים בתחילת 2014 בהצגת הבכורה למחזמר "גבירתי הנאה" של תיאטרון הבימה, בכיכובם של נתן דטנר ושני כהן בהיכל מוצקין.
- במסגרת הנסינות לשתוף פעולה עם חברות על מנת להקטין את ההוצאות ולהגדיל את ההכנסות, המלצנו לרשת "גרג" לחגוג עימה 20 שנה להיווסדה. סוכם כי במהלך 2014 יתקיים אירוע גדול במרכז הקונגרסים, שחלק נכבד מהכנסותיו יועבר לאגודה.
- הידוק הקשר עם ועדים וארגונים גדולים באזור במטרה ליצור שיתופי פעולה שונים הכוללים תרומות למכשור רפואי, הפקת ימי בריאות לעובדים, צירוף עובדות למועדון הליידיס, רכישת חבילות שי למאושפזים ועוד. מועדון הליידיס ממשיך בפעילות ענפה ולאחרונה התקיימו מגוון אירועים, כולל:
- **מסיבת שבועות חגיגות** בשיתוף מרכז פנורמה - עיצוב שולחן החג וטיפים לאירוח, הרצאה וטעימת גבינות ויין.
- **צעדת בריאות** - זו השנה השלישית שצעדו כ-400 נשים לאורך חוף דדו ובסיומה ניהנו מהפנינג ספורט גדול ותוסט בשיתוף הולמס פלייס וכן, קיבלו טיפולים אלטרנטיביים מתלמידי מכללת רידמן. החל מהשנה הבאה יתקיים האירוע בשיתוף רשות הספורט העירונית ויזכה למימון.
- **אירוע קיץ לנשות חיפה** - בתחילת יולי האחרון התקיים ערב חגיגי, מלא צחוק והומור בגן הקונגרסים בשיתוף מועצת הנשים ליד ראש העיר. מטרת האירוע הינה לפתוח את



- שער המועדון ולגייס חברות חדשות. כ-300 נשים ניהנו מארוחת ערב חגיגית, מהרצאה בנושא תזונה וממופע של קובי אריאלי - "עלילות הדוס בעיר הגדולה".
- **תרומות בולטות:**
- חנה וד"ר יצחק אלמוג תרמו לרכישת ציוד ולשרוג חדר ישיבות ורופאים במחלקת פנימית ב.
- מרכז הבהאי העולמי.
- משפחת קליש.
- "שלדות".
- קרן תרבות חיפה תתמוך בתכנית לטיפול במוסיקה ובריקוד לילדים עיוורים.
- קמפיין תרומה ייחודי של אוונגליסטים אוהבי ישראל למען ניצולי שואה בביה"ח, המיועד למימון ע"ש יעודית לטיפול יומיומי בניצולים.
- **פעילות בחו"ל:**
- בחודש מאי השתתף ד"ר רופא, מנכ"ל ביה"ח, בערב התרמה מיוחד בניו יורק בו העניקו עיטור כבוד לד"ר דימיטריוס קוסטופולוס, מומחה בעל שם עולמי לטיפול בכאב ובעל רשת מרפאות לפיזיותרפיה ברחבי ניו יורק. ד"ר קוסטופולוס ביקר בביה"ח והתחבר רגשית למח' השיקום ולפעולה הייחודי. הכנסות הערב חולקו בין מח' השיקום לבין ארגון וולנטרי הלני לרווחת מהגרים מיוון בארה"ב.
- שיתוף פעולה ייחודי נרקם בין ד"ר רופא וד"ר ניל פלומנבאום, מנהל חדר המיון בבי"ח הפרסביטריאני בניו יורק. בביקורו האחרון בניו יורק נפגשו השניים וד"ר רופא זכה לסיור ייחודי ברחבי ביה"ח, שם הציג את התכנית לבניית מלר"ד ממוגן. בסיום המפגש סיכמו

המרכז הרפואי
בני ציון
להרגיש בבית, גם כשחולים

