



יצרנית משפחת אנפמיל, נוטרמיגן, ופרג'יסטמיל.  
1-800-22-6470



## קשר בין משך הצפייה בטלוויזיה של ילדים ובין תחלואתם כמבוגרים

**הערות המערכת:** חשיבותו של מחקר זה, הראשון מסוגו, היא שהוא מוצא קשר נסיבתי בין משך צפיית ילדים בטלוויזיה ותחלואתם כמבוגרים. המחקר נעשה ברובו לפני עידן המחשבים והאינטרנט. יתכן שזמן היתר המוקדש לעיסוק במחשבים הינו לא פחות מזיק לעומת צפיית יתר בטלוויזיה. המחברים לא יכלו לבדוק קבוצת ביקורת של ילדים שלא צופים בטלוויזיה, כי אין כאלה בניו זילנד. יתכן שבשארל, בה קיימות אוכלוסיות ילדים חרדיים שבמודע לא נחשפים לטלוויזיה ניתן יהיה לבצע עבודה שתכלול גם קבוצת ביקורת. יתכן אף שיש מקום להתריע בפני נזק בריאותי אפשרי אצל ילדים מצפיית יתר בטלוויזיה בדומה להתרעות מפני חשיפה לשמש ועישון סיגריות.

Hancox RJ, et al. Association between child and adolescent television viewing and adult health: a longitudinal birth cohort study. Lancet. 2004 Jul; 364:257-62.

בסה"כ, ניתן להעריך שמשך צפייה מוגזם בטלוויזיה מוסיף כ-15%–20% על גורמי הסיכון לתחלואה גבוהה בגיל 26. יש להדגיש שהעבודה הייתה מחקר צופה ולא מבצע, לכן לא ניתן להוכיח קשר סיבתי בין צפייה בטלוויזיה ובין תחלואה בגיל מבוגר. יחד עם זאת קיימות מספר סיבות אפשריות לקשר סיבתי כזה. באלה ניתן למנות: הרגלי אכילה לא בריאים, הימנעות מפעילות פיזית וההשפעה הלא רצויה של תוכן הצפייה והפרסומות. בנוסף, הרגלי הצפייה בטלוויזיה הנרכשים בילדות קרוב לוודאי משפיעות מהוות מטווחים נוספים. הרגלי צפייה בילדות ממשיכים גם בגיל המבוגר, וזו סיבה נוספת לדאגה. המחברים ממליצים לאמץ את ההמלצות של האקדמיה האמריקאית לרפואת ילדים, שהורים צריכים להגביל את שעות הצפייה בטלוויזיה של ילדים לעד שעתיים ביום. זה אמנם נראה קשה, אך בוודאי קל יותר מלשנות הרגלי חיים לא בריאים בגיל המבוגר.

מחקרים שבוצעו במדינות מתועשות מעריכים שמשך הזמן הממוצע של צפיית ילדים בגילאים 5–15 שנים בטלוויזיה מגיע ל-7 שעות ליממה. אצל ילדים רבים משך זמן הצפייה עולה אף על משך שהותם בבית הספר. נמצא קשר בין משך צפיית יתר בטלוויזיה לתחלואה בקרב ילדים, כמו אכילה והשמנת יתר, עישון, אלימות, התנהגות מינית לא אחראית, כושר גופני ירוד, שימוש בסמים, עליה ברמות כולסטרול ויתר לחץ דם. עד כה לא נעשו עבודות שבדקו את ההרגלים של ילדים של צפייה בטלוויזיה ובין בריאותם בתור מבוגרים. בעבודה זו, הראשונה מסוגה, חוקרים בניו זילנד עקבו אחרי כאלף ילדים, מגיל 5 שנים, באופן רציף עד גיל 26 שנים. נמצא שככל שמשך הצפייה בטלוויזיה היה ארוך יותר כך המצב החברתי-כלכלי של משפחת הילד והפעילות פיזית בגיל הנערויות היו ירודים יותר. הייתה התאמה בין משך הצפייה לשיעור העישון של ההורים, להשמנה של ההורים ולהשמנת הילד. באוכלוסיית המחקר הייתה התאמה בין משך הצפייה בטלוויזיה בתור ילדים ובין השמנת יתר, רמות כולסטרול גבוהות ועישון, אך לא עם יתר לחץ דם כמבוגרים.

## יעור התרחשות "כאבי-צמיחה" בילדים צעירים

ונמצא שאצל 36.9% מהילדים היו "כאבי-צמיחה".

**הערות המערכת:** "כאבי-צמיחה" בילדים מוכרים היטב לרופא הילדים הראשוני. צורת התבטאותם אופיינית, ואינם דורשים ברור מעבדתי או הדמייה והסחולפים בדרך כלל ללא טיפול תרופתי פרט אולי לטיפול נגד כאבים. יחד עם זאת המצב מדאיג מאד את ההורים בגלל המחשבות על זיהום או גידול בעצם. על כן ועיקר הטיפול הוא הרגעה, תמיכה, והמלצה לטיפול נגד כאבים. ראוי לציין שבשאלון של המחקר לא נבדקו נתונים נוספים שיכולים היו להאיר אספקטים נוספים של "כאבי-צמיחה" פרט לשיעור התרחשות התופעה.

Evans AM et al. Prevalence of "growing pains" in young children. J. Pediatrics August 2004; 145:255-258

"כאב-צמיחה" (Growing pain) היא תופעה שתוארה כבר לפני 180 שנים אך ישנם רק 9 מחקרים שבדקו את שיעור התרחשות התופעה. אחד המכשולים היא הגדרה לא אחידה ולכן במחקרים השונים התקבלו שיעורים שונים שבין 2.6% ל-49.4% מהילדים. ההגדרה המקובלת היום, על פי PETERSON, היא: "כאב המופיע לסירוגין ברגליים, לא במפרקים ובעיקר בסופו של יום או בלילה. ללא תופעות גופניות נלוות כגון נפיחות, צליעה או הפרעה בתנועת מפרקים ובדיקות המעבדה וההדמיה תקינות". האטיולוגיה אינה ברורה וישנן מספר תיאוריות:

התעייפות כתוצאה מפעילות גופנית שכל-כך אופיינית בגילאים אלה, בעיות אנטומיות כמו רגל שטוחה ו"נעילת ברכיים", ובעיות "פסיכולוגיות". העבודה הנוכחית נערכה בדרום אוסטרליה בשיטה של שאלונים שנמסרו להורים לילדים בני 6–4 שנים

### עורכים

ד"ר דני מירון, ד"ר שמואל גור

### שותפים:

ד"ר אנתוני לודר, ד"ר מיקי שטיין, ד"ר צחי גרוסמן, ד"ר ישראל עמירב, ד"ר שי חנניה, פרופ' דני אנגלהארד, ד"ר יהודה סנצקי.

### חובת מערכת:

מחלקת ילדים א' מרכז רפואי העמק, עפולה 18101 טלפון 03-6494316/216 דוא"ל – miron\_da@clalit.org.il

# טרואידים בשאיפה והסיכון לשברים בילדים ומתבגרים



המעניינות, למחקר מספר מגבלות. לא היו נתונים מספקים על עישון בקבוצת המחקר והבקרה (ממחקרים על מבוגרים מעשנים ידוע שעישון מגביר הסיכון לשברים). לא הייתה ידועה מידת הפעילות הגופנית שהינה גורם סיכון לפגיעה ושברים אך גם לשימוש במשאפי סטרואידים. המחקר התבסס על מרשמים שנופקו ולא הייתה התחשבות בתרופות שניתנו באשפוז כולל סטרואידים פומית ולכן עלולה להיווצר תת הערכה של מסי הטיפוליים במשאפי סטרואידים וסטרואידים שניתנו פומית.

דומים בקבוצת הבקרה. 1010 ילדים שסבלו משברים טופלו באותה עת או בעבר בסטרואידים בשאיפה. לאחר ניתוח תוצאות ההשוואה, הגיעו החוקרים למסקנה ששימוש במשאפי סטרואידים (פלטיקוזון, בודזונייד, בקלומטאזון) לא העלה את הסיכון להתרחשות שברים. יחד עם זאת עקב מגבלות המחקר אין אפשרות לשלול לחלוטין עלייה בסיכון לשברים בשימוש ממושך מאוד בסטרואידים בהשאפה. מאחר וחלק מהילדים קיבלו בנוסף גם קורסטיס טיפוליים בסטרואידים פומית נבדקה גם תת קבוצה זו ולא נמצא שקיים סיכון מוגבר לשברים גם אצלם. **הערת המערכת:** נראה שטיפול ממושך במשאפי סטרואידים אינו מעלה את הסיכון לשברים. למרות התוצאות

ע"פ ההנחיות הקיימות, מומלץ להתחיל טיפול בסטרואידים בשאיפה בחולי אסטמה, כבר בשלב מוקדם של המחלה. מתן התרופה בשאיפה מביא את הסטרואידים לאתר הדלקת, קרי דרכי הנשימה ובכך מפחית את תופעות הלוואי יחסית למתן פומי של סטרואידים. למרות זאת, חלק מהתרופה נשאר בחלל הפה, נבלע ונספג לדם ולכן הסיכון הפוטנציאלי לתופעות לוואי סיסטמיות של סטרואידים עולה עם הזמן. בנוסף לסיכון של לפגיעה בתפקוד בלוטות יותרת הכלי, קיים חשש מפגיעה בחילוף החומרים של העצם ובגדילה. במחקר נכללו ילדים בגילאי 5-17, מהם 3744 סבלו משברים כל שהם ו-21,757 ילדים שהיוו את קבוצת הביקורת. לכל ילד שסבל משבר בעצם כלשהי הוצמדו עד 6 ילדים עם נתונים אפידימיולוגיים

Raymond G et al. Inhaled Corticosteroids and the Risk of Fractures in Children and Adolescents. Pediatrics 114 No. 2 August 2004, pp. 469-473.

# 3 יהום אבר המין בנגיף הרפס סימפלקס לאחר ברית מילה: רפואה מודרנית מול מסורת דתית



בהעברת זיהומים (לא רק הרפס וכמו כן לא רק מהמוהל לילוד אלא גם מהילוד למוהל – למשל HIV) יש מקום להעיר את אוני ההורים לפני ביצוע הברית ולדרוש מהמוהלים עמידה על כל עקרונות הבידוד (כולל הקפדה על היגיינת ידיים ושימוש בכפפות בעת ביצוע הברית).

הזיהום ו-1 סבל מאנצפליטיס עם נזקים נוירולוגיים שאריתיים. אצל כל 4 המוהלים שביצעו את הברית נמצאו נוגדנים כנגד הרפס סימפלקס. מסקנת המחקרים היא שמציעה בה מתקיים מגע ישיר בין פה המוהל שעלול באותו הזמן להכיל את הנגיף ברוק, ובין איבר המין, עלולה להיות מסוכנת לילוד. **הערת העורך:** אף כי לא הוכחה על ידי אנליזה של DNA הנגיף זהות בין הנגיף שפגע בילודים וזה אצל המוהלים, סמיכות הזמנים מדברת בעד עצמה. בימים אילו שמגע דם עם ריריות עלול להיות קשור

המאמר נכתב על ידי מחברים מביה"ח הדסה עין כרם, ביה"ח לילדים ספרא בתל השומר וביה"ח סורוקה בבאר שבע. מתוארים בו 8 ילודים שסבלו מזיהום של הפין על ידי הרפס סימפלקס מסוג 1 לאחר ברית מילה שהתבצעה על ידי מוהלים בצורה מסורתית. בשיטה זו המבוצעת רק על ידי מיעוט מהמוהלים כיום, מוצץ המוהל את קצה הפין מיד אחרי חיתוך הערלה, כך שיש מגע ישיר בין פי המוהל לעטרה. משך הזמן מביצוע הברית ועד להופעת הזיהום היה  $2.5 \pm 7$  ימים. 6 ילודים טופלו באציקלוויר תוך ורידית. 4 ילודים סבלו מהישנויות

Gesundheit B et al. Neonatal Genital Herpes Simplex Virus Type 1 Infection After Jewish Ritual Circumcision: Modern Medicine and Religious Tradition. PEDIATRICS August 2004, 114: e259-e263.

# סיבות לעלפון (Syncope) בילדים המגיעים לחדר מיון



עצביים ולבביים נמצאו בקבוצות שסבלו מבעיות עצביות ולבביות בהתאמה. המחקרים מסכמים כי לאנמנוזה מדוקדקת ולבדיקה גופנית קפדנית תפקיד מכריע ומרכזי בהחלטה לגבי הצורך בהמשך ברור העילפון. רוב הילדים עברו ברור רפואי מיותר והמחקרים מצרפים תרשים זרימה לברור ילדים הסובלים מעילפון. **הערת המערכת:** רוב הילדים שסובלים מעלפון לא ישלחו לחדר המיון ע"י רופא הילדים והפנייה היא בדרך כלל מיוזמתם של בני משפחה או מטפלים הנבהלים מהאירוע. התרשמותם של מחברי המאמר שהברור הרפואי שנועד, רובו ככולו, הוא בד"כ מיותר, משקפת גם את הנעשה אצלנו. אפשר להשתמש בתרשים הזרימה שבמאמר לברור הגיוני יותר של תופעת העילפון שאינה נדירה כלל בעבודתו של רופא הילדים הראשוני בקהילה.

בלחץ-דם כתוצאה מעמידה ממושכת, התרגשות מסיבות שונות ובעיות נפשיות. בקבוצת החולים שאובחנו כסובלים NCS נמצא שאף אחד מהם לא היה במצב שכיבה לפני האירוע, אלא ברובם הייתה עמידה ממושכת או מצב אחר המגביר סיכון ל-NCS כמו טמפרטורת סביבה גבוהה, מחלה זיהומית קלה, ציחיון (דהידרציה) קלה, מחזור ממושך, כאב, שעול וכד'. בקבוצה זו שכיח למצוא מצב מקדים הכולל בחילה, חיוורון, והזעה. העדר תלונות ונסיבות כאלה שלל אבחנה של NCS. סיבות נוספות, פחות שכיחות היו: בעיה במערכת העצבים ב-21 ילדים (הפרעה פירכוסית, דלקת גיפית של קרום-המוח, נרקולפסיה), ב-5 ילדים נמצאו בעיות לבביות ( הפרעות קצב ואי-תקינות קוצב-לב), ב-4 ילדים התקפי עצירת נשימה (holding spells-breath) וב-4 ילדים עקב הרעלה. הבדיקה הגופנית הייתה ללא רבב ב-218 ילדים ואילו ממצאים

עילפון היא איבוד הכרה פתאומי וחולף המלווה בשינוי טונוס הגוף וההתאוששות ממנו עצמונית. 13% מהילדים סובלים מאירוע אחד לפחות של עלפון עד הגיעם לבגרות. בדיכ הסיבה שפירה אך לעיתים ישנם מצבים לבביים, עצביים ומטבוליים הגורמים לעלפון על מנת לבדוק את הסיבה לעלפון בקרב ילדים המגיעים לחדר המיון נבדקו 226 ביקורים עוקבים של ילדים בני 3-16 שנים שהובאו לחדר המיון בגלל עלפון. מספר זה מהווה 0.41% מכלל הפניות לחדר המיון באותה עת. 144 מהילדים נשלחו לביתם בתום בדיקתם ואילו 82 התקבלו לאשפוז להמשך ברור. הסיבה העיקרית לעלפון שנמצאה ב-181 (80%) ילדים הייתה נוירוקרדיוגניטית (Neurocardiogenic Syncope (vasovagal) NCS). תסמונת זו כללה בין היתר: נפילות



מכון אמריקה

## ה עדיף להורדת חום – איבופרופן או פראצטמול?



מתחת רגלי החוקרים.  
**הערת המערכת:** שתי תרופות אלו מצויות בשימוש רב ובדרך כלל בהצלחה, ואנו נשאלים יום ויום ושעה שעה על המלצתנו. מעבר לעובדה שאיבופרופן פועל משך זמן ארוך יותר בהורדת חום – האם הוא אכן חזק יותר? לא בטוח. בכל עשר העבודות שנסקרו במטאאנליזה זו בנושא חום, רק אחת השוותה בין מינונים הנהוגים על ידנו – 10 מ"ג לק"ג איבופרופן ל-15 מ"ג לק"ג פראצטמול. ברור שאם הדבר כך, שאר 9 העבודות ששמשו את החוקרים בביצוע המטאאנליזה בדקו מינונים שלגבינו אינם כלל ריאליים! בנוסף, הספקות המועלים במאמר המערכת אודות עצם השיטה שנקטו בה החוקרים אף הם מטילים ספק גדול במסקנתם. נשארנו אם כן עם שתי תרופות טובות אך ללא הוכחה מדעית של עליונות מבחינת חוזק האחת על פני השנייה.

במינון 10–15 מ"ג לק"ג בהורדת החום שעתיים, ארבע ושש שעות לאחר המתן. **3. בטיחות:** ב-17 העבודות שנבחנו, לא היה הבדל בין התרופות, ובינן לבין פלצבו בשיעור תופעות לוואי הקלות או החמורות.

מסקנת החוקרים היא שבמינונים שנבדקו, איבופרופן אינו מפחית כאבים טוב מפראצטמול, אך הוא יעיל יותר בהורדת החום. לגבי נושא הבטיחות, החוקרים מודים שכיון שתופעות לוואי חמורות הן נדירות, והמחקרים בהיקפים שבוצעו היו קטנים מידי מכדי לאתר תופעות כאלה, ויש צורך במחקרים גדולים בהרבה.

בעיתון מופיע מאמר מערכת השולל מכל וכל את דרך ביצוע המטאאנליזה הזו ותוקף את השיטה הסטטיסטית שעליה היא בנויה. במיוחד בולט הדבר בניחוח הפרק על הורדת החום. מסתבר שמחצית מהעבודות השתמשו ב-outcome אחד, ומחציתן ב-outcome שונה במקצת. בכדי להביא את כל 10 העבודות למכנה משותף, השתמשו החוקרים בשיטה של סטנדרטיזציה הקרויה standardized effect. מאמר המערכת שולל שיטה זו, כאמור, ובכך שומט את הקרקע

שתי תרופות משמשות היום את רופא הילדים להורדת חום ולהקלת כאבים: איבופרופן ופראצטמול. בספרות ניתן למצוא עבודות המוכיחות עליונות או שוויון של איבופרופן על פני פראצטמול, אך טרם נעשה ניסיון לרכז את כל העבודות הללו ולהציא מסקנה.

בעבודה שלפנינו, קבוצת חוקרים מאוסטרליה ריכזו ועיבדו את העבודות המשוות פראצטמול לאיבופרופן למטאאנליזה, בניסיון לענות על השאלות הבאות: השוואת יעילות בטיפול בכאב, השוואת יעילות בהורדת חום, והשוואת בטיחות אחת מול השנייה ומול פלצבו. בסך הכל נכנסו למטאאנליזה 17 עבודות שנערכו בילדים מתחת גיל 18 שנים.

**1. כאב:** נמצאו שלוש עבודות שבדקו הקלת כאבים. בעבודות אלו נערכה השוואה בין איבופרופן במינון 4–10 מ"ג לק"ג, לבין פראצטמול במינון 7–15 מ"ג לק"ג. לא היה הבדל בין התרופות בהקלת הכאבים.

**2. הורדת חום:** נמצאו תשע עבודות שבדקו הורדת חום. איבופרופן במינון 5–10 מ"ג לק"ג נמצא יעיל יותר מפראצטמול

Perrott DA et al. Efficacy and safety of acetaminophen vs ibuprofen for treating children's pain or fever. Arch Pediatr Adolesc Med 2004;158:521-526

## יך לתת ונטולין לילד קטן בזמן התקף אסטמה? באמצעות מכשיר אינהלציה או ספייסר?



האם זה רק קשור לסביבה הטכנית במיון (היעדר משפאים? היעדר ספייסרים?) או גם הרגלים וקונספציות ישנות? לדעתנו יש לחפש את הסיבה במניעים שמביאים לשינוי התנהגות ברופאים – מה הכי משפיע עלינו? בנושא מתן תרופות בשאיפה אין הרבה עבודה אצל הרופאים של חברות התרופות או המכשירים בנושא זה, אין תעמולה של תועמלנים, אין הרבה דיונים ציבוריים, אין מספיק סדנאות בנושא וההחלטה מבוססת הרבה פעמים על הניסיון האישי של הרופא בשטח.

בנבולייזרים! ההבדל היה משמעותי יותר בחולים שבהם הייתה המחלה קשה יותר (הפחתה ב-73%).

**הערת המערכת:** מחקר זה יכול להיות דוגמה קלאסית לשאלה-מדוע EBM לא עובד? הספרות מלאה בעדויות אמיונות כי ספייסרים טובים לפחות כמו אם לא יותר מכשיר אינהלציה לטיפול בהתקף אסטמה. המחקר הנוכחי מביא מטא אנליזה של מחקרים כאלה בגיל הגן. כאשר מצרפים מספר מחקרים – ההבדל שהיה קטן במחקרים הבודדים הופך להיות גדול ומרשים. אז למה בכל זאת, למרות כל העדויות, למרות כל ההנחיות (כך יש הנחיות ברורות לטיפול בספייסרים בחדר מיון ולא במכשירי אינהלציה). אנחנו מתעלמים וממשיכים לטפל במכשירי אינהלציה?? זאת צריכה להיות שאלת המחקר הבאה.

מדובר במטא אנליזה של מחקרים שונים אשר בוצעו במחלקות לרפואה דחופה ובדקו את היעילות של מתן ונטולין על ידי ספייסרים לעומת מתן באמצעות מכשירי אינהלציה לטיפול ראשוני בילדים בגיל הגן שסבלו מהתקף אסטמה. מתוך 25 מחקרים שנמצאו מתאימים לכאורה בסקירת הספרות מ-1966 ועד 2003, נבחרו 6 שנמצאו ראויים מדעית להיכלל בהשוואה. היו אלה מחקרים מבוקרים, כפולי סמויות, שבוצעו בצורה אקראית, וביניהם גם עבודה מישראל. שני המשתנים שנבדקו היו שיעור האשפוזים לאחר הטיפול ומידת השיפור הקליני ושניהם היו באופן מובהק טובים יותר (פחות אשפוזים ושיפור קליני גדול יותר) בעת שימוש בספייסרים. שיעור האשפוזים לאחר טיפול בספייסרים היה נמוך בכ-58% בהשוואה לזה שלאחר טיפול

Castro-Rodriguez JA et al. Beta agonists through metered-dose inhaler with valved holding chamber versus nebulizer for acute exacerbation of wheezing or asthma in children under 5 years of age: A systematic review with meta-analysis J. Pediatrics August 2004; 145: 172-177



בחסות  
MeadJohnson  
Nutritionals  
פרמהבסט

מכון ארבעה ✓

# תפרצות מחלת אבעבועות רוח בביה"ס יסודי המיוחסת לכישלון חיסון קודם: השפעה על מדיניות החיסון



לאחר שחוסן. עדין לא ברור מה הגורם לתופעה וישנן מספר השערות ובהן: אי הקפדה על שרשרת הקור ואופן המתן, מתן סמוך מדי לחיסון MMR, גיל צעיר מ-15 חודשים בעת המתן, חוסר תגובה מספקת לאורך זמן של מערכת החיסון ועוד. יתכן שאמנם יהיה צורך לחסן בחיסון נוסף. בכל זאת יש לומר: 1. אבעבועות רוח היא מחלה קשה שיש בה סיבוכים לא מעטים המשפיעה גם על המשפחה מבחינת אבדן ימי עבודה וכד'. 2. גם אם היעילות מופחתת הרי החיסון יעיל יותר מלא לחסן. 3. גם אם ילד מחוסן יחלה, המחלה קלה לעין שיעור מזו שבה יחלה במידה ולא יחוסן. צריך על כן להמשיך ולעודד ביתר שאת לחסן ילדים ואף לכלול את החיסון התכניתי השגרתית. יחד עם זה יש לידע את ההורים במידע על האפשרות של מחלה למרות החיסון ("בבחינת גילוי נאות").

Brian R et al. An Elementary School Outbreak of Varicella Attributed to Vaccine Failure: Policy Implications. JID 2004; 190: 484-488

היו מדבקים מאד במידה שווה. המאמר דן בסיבות אפשריות לכישלון החיסון בעת התפרצות אולם בסופו מדגישים המחברים מספר נקודות:

1. היעילות הרבה של החיסון במניעת מחלה בינונית או קשה.
2. חשיבותה של הרחקה מביה"ס של כל ילד עם אבעבועות רוח גם אם המחלה קלה.
3. החשיבות של הגברת שיעור ההתחסנות בקרב ילדים.
4. הצורך לשקול מנת דחף של החיסון לצורך הגברת ההגנה.

**הערת המערכת:** הדיווחים החוזרים (מאז שהוחל להשתמש בחיסון, זהו הדיווח השמיני) בספרות על יעילות מופחתת של בעית התפרצות המחלה במעונות יום או בתי ספר, מטרידים. נתונים דומים התקבלו גם מסקר בישראל שמתבצע בצפון הארץ. אגב, בחוברת Pediatrics של חודש אוגוסט 2004, ישנו תיאור של ילד שסבל מאבעבועות רוח ואנצפליטיס 18 חודשים

במאמר מתוארת התפרצות של מחלת אבעבועות רוח בכיתות א'-ה' במדינה מינסוטה שבה חיסון כנגד המחלה אינו תנאי להכללה בביה"ס יסודי. נכללו במחקר מועילות החיסון 154 תלמידים שלא חלו בעבר ומהם חוסנו (יותר מ-6 שבועות לפני ההתפרצות) 118 (77%). בסה"כ חלו באבעבועות רוח 49 ילדים ללא סיפור קודם של מחלה ושיעור התחלואה היה 56% בקרב לא מחוסנים ו-25% בקרב מחוסנים. מעניין לציין ש-6 ילדים שחלו בעבר חלו כעת שוב. מועילות החיסון נמצאה 56% כנגד מחלה בכלל ו-90% כנגד מחלה בינונית או קשה. התחסנות יותר מ-5 שנים לפני ההתפרצות הייתה גורם סיכון למחלה בקרב מחוסנים. גיל ילדים שחוסנו ופיתחו מחלה היה משמעותית נמוך יותר מזה של אלה שחוסנו ולא פיתחו את המחלה (15 חודשים ו-20 חודשים בהתאמה). התחסנות בגיל צעיר מ-16 חודשים הייתה אף היא קשורה בשכיחות גבוהה יותר של מחלה. ילדים חולים בין אם חוסנו בעבר או לא

# קשר בין הידע, היחס והאמונות של אנשי צוות אחרים בביה"ס לחיסונים לבין הימנעות חיסון ילדים מסיבות לא רפואיות



הברית מראה עד כמה חוסר מספק של ידע ובשילוב עם אמונות שאינן מבוססות של העוסקים בחיסונים יכולים להשפיע על החלטה הורים שלא לחסן את ילדיהם ושל הגורם המחסן להביא להחלטה שלא לחסן ילד. חיסון ילדים בישראל הוא באחריות משרד הבריאות בתחנות טיפות חלב ובבתי ספר והוא אחראי על שמירת רמת ועידכון הצוות. יחד עם זה, לנו כרופאי הילדים במרפאות חלק לא פחות חשוב במקביל אחרי התחסנות הילדים שבטיפולינו ודאגה לרמתו. פרט להתיישבות העובדת, לא קיימת מערכת מסודרת של רישום החיסונים במרפאות הילדים, וההורים אינם נושאים באופן קבוע את פנקס החיסונים אתם. צריך למצוא מנגנון כזה שיעדכן את רופא הילדים על מצב התחסנות הילד ויתריע על בעיה. ללא קשר לכך, כחלק מעבודתנו השגרתית עלינו גם לברר בצורה שגרתית את מצב התחסנות הילדים שבטיפולינו, ולדאוג להשלמתם. באמצעות הקשר שיש לנו עם ההורים אנו יכולים להעשירם בידע ולשנות אמונות ותפיסות שאינן מבוססות אצלם. כמו כן אנו מחויבים לעשות זאת גם אצל אחיות ביה"ס אם יש לדעותינו בעיה.

Daniel A et al. Knowledge, Attitudes, and Beliefs of School Nurses and Personnel and Associations With Nonmedical Immunization Exemptions. PEDIATRICS Vol. 113 No. 6 June 2004, pp. e552-e55

מחסון ילדים בביה"ס. ליותר מ-90% מהנשאלים היה ביטחון בשלטונות הבריאות של המדינה ובמרכז לבקרת מחלות. ל-65% – 70% היה ביטחון במערכת בריאות בכללה. בבתי ספר בהם האמינו הנשאלים וסמכו על מערכת הבריאות היה שיעור הלא מחוסנים קטן ב-54% מאלה בהם לאנשי הצוות לא הייתה אמונה בשלטונות הבריאות. כמעט מחצית מהנשאלים או בני משפחותיהם השתמשו ברפואה חלופית.

**הערת המערכת:** דיווח זה מדגים את ההשפעה השלילית שיש לכוח אדם לא מוכשר, לרמת ידע נמוכה ולדעות קדומות על רמת ההתחסנות הילדים. אין שום ספק שלהתחסנות ילדים יש חלק מכריע בהיעלמות מחלות ילדים קשות מנוף רפואת הילדים. הדיווח לאחרונה על תחלואה רבה בחצבת ואף מוות של ילד המשתייך לקהילת ברסלב בירושלים (בה לא מחסנים כנגד המחלה) ממחיש נקודה זו. לחסון ילדים בבתי ספר יש חשיבות עצומה בשמירת על רמת ההתחסנות הגבוהה. כל מי שעוסק בזאת בצורה פעילה יודע עד כמה צריך להשקיע בהסבר ועידכון ההורים על המחלות והחיסונים כדי להביאם לשיתוף פעולה. זאת כנגד הרבה מידע, ברובו המכריע לא מבוסס, הנמצא בערוצי המידע הפומביים, וניתן גם על ידי אנשי "מקצוע" בצורה מהימנה וקליטה אך מוטעית ולא מבוססת. המחקר שנעשה אמנם בארצות

המחקר נעשה ב-4 מדינות בארצות הברית: קולורדו, מסצ'וסטס, מיסורי ווינגטון. נשלח שאלון למדגם אקראי של 1000 אחיות/אחים או אנשי צוות אחרים שעוסקים בהתחסנות ילדים בביה"ס. השאלון בדק את הכשרתם והידע שלהם על חיסונים, חומרת המחלות שהם מונעים ועל יעילותם ובטיחותם. בנוסף התבקשו הנשאלים לציין את אמונתם והיחס שיש להם לגבי שימוש בחיסונים, שימוש שהם עושים ברפואה אלטרנטיבית והביטחון שיש להם בשלטונות הבריאות. הניתוח הסטטיסטי של משתנים אלה נעשה ביחס לשיעור הילדים שלא חוסנו בבית הספר שלהם והסיבות לכך.

כ-70% מהנשאלים ענו לשאלון. בבתי ספר בהם אחיות אחראיות לחיסונים, היה שיעור הלא מחוסנים נמוך משמעותית בכ-60% מבתי ספר בהם איש צוות ללא הכשרה רפואית אחראי לנושא. כ-96% מהנשאלים שענו סברו שהחיסונים תורמים לילד ולחברה. ידע ואמונה חיובית היחס לחיסונים וחשיבותם נמצא בשיעור גבוה יותר אצל אנשי צוות רפואי. ככל שהידע על חומרת המחלות שנמנעות על ידי חיסונים בילדים היה רחב יותר כך היו פחות ילדים שלא חוסנו מסיבות לא רפואיות. יחד עם זאת 19% מהמשיבים חשבו שריבוי חיסונים פוגע במערכת החיסונית ומחליש אותה. נמצא קשר בין תפיסה זו ובין הימנעות