

כרך 143, חוב' י"ב • טבת תשס"ה • דצמבר 2004

סקירות

876 ברקית ראשונית מלידה
ח' לוי, צ' ססלה, א' טמיר, ס' לפשיץ

881 זילוח המוח בטומוגרפיה מחשבית
(Cerebral CT Perfusion) לאיבחון אוטם מוח חד
א' ברמאיר, ע' א' ר' זינה, ע' מחאג'נה, י' בראון, ב' וולר

887 ויטמין B6 (פירידוקסין) – מינונים חריגים בתוספי מזון
ותרופות ללא מירשם רופא
נ' ברק, ד' הומינר, ב' שטהל

891 חמוציות וזיהומים בדרכי-השתן – מציאות או חלום?
ר' תה, ב' חזן, מ' דן

895 השתלת לבלב כחולי סוכרת סוג 1 –
הוריות מעודכנות
ר' נקש, מ' בן חיים, פ' כץ, ט' יחנין

כנסים בישראל

899 כנס היסוד של האגודה הישראלית לכרונוביולוגיה
מחקרית ורפואית תל אביב, 14 באפריל 2004
י' טמיר דולדינסקי, י' דגן

תמונות ברפואה

901 "נחש באגן" – בעת העתיקה ביוון ובימינו
ע' שולט, ל' לבנשטיין, מ' זעירא, ק' כלתום

902 **בראי עקום**

902 **פיוט ורפואה**

903 **מכתבים למערכת**

912 **תקצירי המאמרים בלועזית**

לזיכרו

842 פרופסור יעקב רותם (זויטש) 1912–10.11.2004
י' שינפלד

אקטואליה

845 הגנה על מידע המצוי בתיקי רישום של תרופות
ומעמדה של ישראל בעולם מבחינת שמירה
על זכויות קניין רוחני
י' לפשיץ, א' טמיר, י' שמר

מאמרים

849 ביצוע בדיקות והיענות האימהות לבדיקות שיגרה
בתחנות לכריאות המשפחה
ח' פלטי, ר' גופין, ב' אדלר

856 השפעת פעילות גופנית חדה על רמת הגלוקוזה בדם
בילדים חולי סוכרת סוג 1
ר' דפרין, ז' יוספסברג, מ' קרפ

861 האם קיים קשר בין PUPPP לרעלת הריון, היפרדות
שיליה ומות עובר?
ל' לבנשטיין, ע' שולט, א' פלג, ב' ברנר, א' דרוגן

863 פיתוח והערכה של יחידת לימוד מבוססת חולים
מדומים לשיפור כישורים קליניים בקרב מתמחים
ברפואת ילדים וברפואת משפחה בתחום
רפואת המתבגרים
ר' כהן, ד' הרדוף, ב' ריכמן, י' דנציגר, א' זיו

869 סדנת הדמיה (סימוציה) למנתחים וגינקולוגים
בנושא הסכמה מדעת
ע' לרגא, ט' חלמיש-שני, י' גרשטנסקי, א' קנטור,
ש' בניטה, א' זיו

במת המערכת

873 בדיקות שיגרה בתחנות לכריאות המשפחה:
להשתנות או לחדול
י' אורקין

כ-1/3 מרופאי המשפחה מדווחים על אבחון*
חסר תזונתי
ב קשישים בקהילה
תשפר את התאבון והתפקוד
הקוגניטיבי של מטופליך
שור פלוס לתפריט

PROPERTY OF THE
NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE

*Woo et al. Age & Aging, 1994; 23:40-8 • 2004 • פרומדיקן בלטימור 4, פ"ת 9265957-03
 בנוס פרומדיקן אפריל 2004 • 8 • 23:40-8 • 1994 • Age & Aging, 1994; 23:40-8 • 2004 • פרומדיקן בלטימור 4, פ"ת 9265957-03
 This material was copied at the NLM and may be Subject US Copyright Laws

ACTUALITY

The rise and fall of Vioxx: society, values and their choice

770 D. Caspi

ARTICLES

The role of occupational exposures in the etiology of bladder cancer

772 O. Gordon, R.S. Carel, E. Kordish

Primary esophageal achalasia in octogenarians: does it really exist?

775 N. Kagansky, E. Rimon, A. Eliraz, S. Levy

The relationship between job overload, burnout and job satisfaction, and the number of jobs of Israeli consultants

779 N. Nirel, A. Shirom, S. Ismail

Out-of-hospital resuscitation in Israel 2000

785 M. Canetti, Z. Feigenberg, A. Caspi, J. Leor, H. Hod, M. Green, Y. Hasin, A. Battler, M. Garty, M. Mittelman, A. Porath, E. Grossman, S. Behar

Early stage fallopian tube carcinoma – diagnosis, staging and treatment

790 I. Ben-Ami, R. Halperin, A. Herman, D. Schneider

Trends in multiple births in Israel

794 I. Blickstein, L. Baor

EDITORIAL

The expected shortage of registered nurses in Israel

799 O. Rotem-Picker, O. Toren

MONTHLY • Vol. 143, No. 11 • November 2004

REVIEWS

Female sexual dysfunction: classification, epidemiology, diagnosis and treatment

804 M. Luria, D. Hochner-Celnikier, M. Mock

The development of very low birth weight preterm infants

811 I. Berger

The reemergence of malaria in Israel?

815 E. Anis, H. Pener, D. Goldmann, A. Leventhal

Is there a future for COX-2 inhibitors?

820 Y. Yodfat

Restorogenesis: a new concept

825 O. Keren, A. Ohry

PERSONAL EXPERIENCE

Tetralogy of Fallot, 50-years follow-up: with a note on the history of cardiology and cardiac surgery in Israel and also some personal reminiscences

830 S. Stern

CONFERENCE IN ISRAEL

The Fourth Annual Conference on Integrated Medicine: Women's Health Perspective in Complementary Medicine

831 L. Schachter, O. Mehudar

834 CAMERA OBSCURA

834 POETRY AND MEDICINE

840 ENGLISH SUMMARIES

חדש! מאושר כקו ראשון בכללית!



Safe & Sound IN COMPARISON TO OTHER SSRIs

This material was copied from the WHO Library of Medicine. Subject US Copyright Laws



PROPERTY OF THE NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE



מגמות בלידות מרובות עוברים בישראל

יצחק בליקשטיין, ליאורה באור,

מח' נשים וילדות, בית-חולים קפלן, רחובות, בית-הספר לעבודה סוציאלית, הפקולטה למדעי החברה, אוניברסיטת בראילן, רמת-גן

ונערכה השוואה בין האוכלוסייה היהודית לערבית בין השנים 1994-2001.

חומר ושיטות

מימצאי מחקר זה מבוססים על נתוני היחידות השונות במשרד הבריאות והלישכה המרכזית לסטטיסטיקה, הנמצאים בחלקם באתר משרד הבריאות הישראלי (www.health.gov.il). הנתונים מבוססים על רישום הלידות בישראל, כפי שנדרש על-פי חוק. מאחר שמרבית הנשים בישראל יולדות בבתי-חולים, נתוני הלישכה המרכזית לסטטיסטיקה מדויקים מאוד. דו"ח על מספר הלידות הכללי באוכלוסייה הישראלית מפורסם מידי שנה על-ידי הלישכה המרכזית לסטטיסטיקה. אולם מספר הלידות מרובות העוברים בין השנים 1965-1985 לא נרשם בנפרד ובצורה סדירה, ואילו רישום נפרד של לידות תאומים, שלישיות ויותר החל רק בשנת 1994. מאידך, המידע מהשנים האחרונות מאפשר להבדיל בין האוכלוסייה הערבית ליהודית, בין קבוצות גיל האם ובין קבוצות משקל לידה נמוך ($> 2,500$; $> 1,500$; $> 1,000$ ג').

בנוסף, מצוטטים נתונים כפי שפורסמו בתוצאות מחקרים שנערכו בישראל בעניין לידות מרובות עוברים, ונתונים המתייחסים להריונות אלו לאחר הפריה חוץ-גופית. בישראל, כמו גם במדינות אחרות, אין נתונים לגבי שיעור ההריונות מרובי העוברים לאחר טיפול בהשראת ביוץ. לפיכך, ההתייחסות בדיון בעניין תרומת טכנולוגיית עזר לפוריות היא להפריה חוץ-גופית בלבד.

תוצאות

א' לידות רב-עובריות 1965-2001

בתרשים 1 מודגמים שיעורי לידות התאומים והשלישיות בין השנים 1965-2001. הנתונים מלמדים על שתי תקופות: בראשונה, 1965-1984, היו רוב ההריונות עצמוניים, ולפיכך שיעור הלידות מרובות העוברים היה סביב 1%. שיעור זה הוא הערך המקובל באוכלוסייה הלבנה במדינות שונות בעולם [2]; בשנייה, 1985-2001, מודגמת עלייה עקבית בשיעור הלידות מרובות העוברים, עד 6.5% בממוצע מידי שנה. במספרים מוחלטים מודגמת בתרשים עלייה של 150% במספר הכולל של הלידות מרובות העוברים משנת 1965 ועד היום, אם כי ניכרת האטה מסוימת בעלייה במספר הלידות מרובות העוברים שהחלה בשנת 2000.

לגבי שלישיות, קיימים נתונים בודדים משנות ה-80; בשנת 1984 נולדו 40 ילודים בלידת שלישייה לכל 100,000 ילודים, מספר שהוכפל פי עשרה בתוך 15 שנה, כך שבשנת 1997 נולדו 400 ילודים מהריונות שלישייה לכל 100,000 ילודים. מנתונים מקבילים מארה"ב [2] עולה, כי שיעור הילודים מתוך שלישיות הוכפל פי שיבעה בתוך 25 שנה [2].

ב' לידות במשקל נמוך

כידוע, אחת ההשלכות של לידות רב-עובריות היא לידה במשקל נמוך. נתונים על משקלי לידה קיימים לגבי השנים 1993-2000.

תקציר

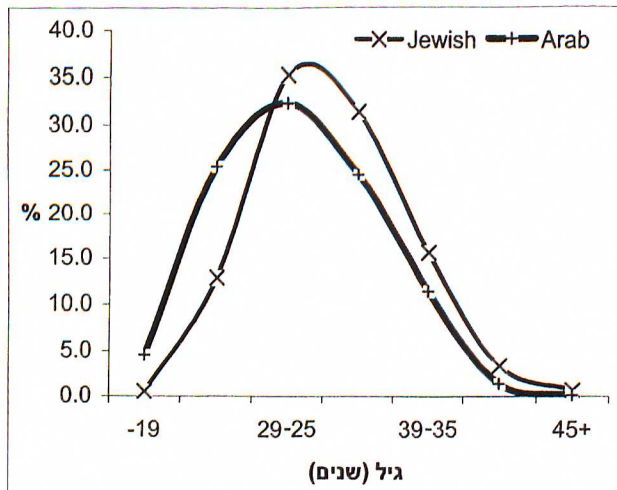
בעבודה זו נבדקו מגמות הלידה מרובת העוברים בישראל, ונערכה השוואה בין האוכלוסייה היהודית לערבית. הנתונים משלושת העשורים האחרונים מצביעים על עלייה בשיעור של 150% במספר הכולל של הלידות מרובות העוברים. מתחת לגיל 20 שנה היו פי שמונה יותר אימהות ערביות שילדו לידה מרובת עוברים מאשר יהודיות, ופי שניים יותר בקבוצת הנשים בגילאי 20-24 שנה. בקבוצת הגיל 40-44 שנה היה מספר היולדות היהודיות גדול פי שניים מזה של היולדות הערביות ופי שנייה בקבוצת הגיל שמעל 45 שנה. כצפוי, הייצוג של לידות שלישיות ויותר בקבוצות משקלי הלידה הנמוכים גדול יותר מאשר זה של תאומים. לידות תאומים ושלישיות שכוחות יותר באוכלוסייה היהודית מאשר בערבית. אולם הנתונים מהעשור האחרון מלמדים על עלייה בלידות שלישיות באוכלוסייה היהודית נמצא במגמת ירידה לעומת מגמת העלייה במיגזר הערבי. ניתן לתלות את העלייה התלולה בשיעור הלידות מרובות העוברים במספר גורמים: הרצון למימוש האימהות בחברה הישראלית, הרקע החברתי-פוליטי התומך במדיניות טיפולי הפוריות, והזמינות של טכנולוגיות עזר לפוריות. ההבדלים בין המיגזרים במגמות לידות מרובות עוברים מוסברים בחלקם בגיל הצעיר יותר של האם הערבייה בהריונה הראשון.

הקדמה

יברך אותם אלוהים ויאמר להם אלוהים פרו ורכו ומלאו את הארץ" (בראשית א', כב) [...] ותרא רחל כי לא ילדה ליעקב ותקנא רחל באחותה ותאמר אל יעקב הבה לי בנים ואם אין מתה אנכי (בראשית ל', א).

שני פסוקים אלו מייצגים בתמצית את משמעות הפוריות בישראל, ומשקפים את חשיבות הילודה והאימהות בתרבות המזרח-התיכון בכלל ובתרבות היהודית בפרט [1]. נתונים לגבי לידות תאומים ושלישיות שפורסמו על-ידי משרד הבריאות והלישכה המרכזית לסטטיסטיקה, מלמדים על מגמות בלידות מרובות עוברים בישראל ועל השפעתן של טכנולוגיות עזר לפוריות (ART – Assisted Reproductive Technologies) על שיעורי הלידות מרובות העוברים בעשורים האחרונים. היות שבישראל קיימת גישה חופשית למירפאות פוריות לכל האוכלוסייה, ניתן לייחס את הפערים בשיעורי הלידות מרובות העוברים בין המיגזר היהודי לערבי להסתייעות בטכנולוגיות עזר לפוריות ולהבדלים אתניים במגמות הילודה. בעבודה זו נותחו נתוני משרד הבריאות והלישכה המרכזית לסטטיסטיקה על מגמות לידה מרובת עוברים באוכלוסיית ישראל בין השנים 1965-2001,

Key words: Multiple pregnancy; Twins; Triplets; Israeli statistics.



תרשים 2: התפלגות גיל האם בלידות מרובות עוברים במיגור הערבי והיהודי.

ראויות לציון שתי המגמות הקיצוניות: בקבוצת הנשים מתחת לגיל 20 שנה היו פי שמונה יותר נשים ערביות מיהודיות (4.6% לעומת 0.6%), ובקבוצת הנשים בגילאי 20-24 שנה היה מספר היולדות הערביות גדול פי שניים ממספר היולדות היהודיות (25% לעומת 12.9%). מאידך, בקבוצת הגיל 40-44 שנה היה מספר היולדות היהודיות גדול פי שניים מזה של היולדות הערביות (3.4% לעומת 1.4%, בהתאמה), וגדול פי שישה בקבוצת הגיל שמעל 45 שנה (0.6% לעומת 0.1%, בהתאמה).

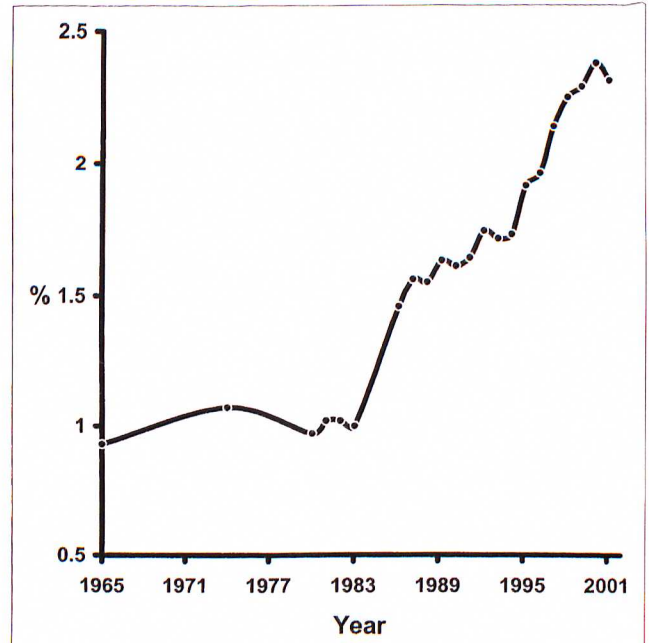
ד' לידות מרובות עוברים באוכלוסייה היהודית והערבית

בתרשימים 3 ו-4 נערכת השוואה בין מספר הלידות מרובות העוברים באוכלוסייה היהודית לעומת הערבית. הנתונים ניתן לראות, כי לידות תאומים ושלישיות שכחות יותר באוכלוסייה היהודית, ככל הנראה עקב ההסתייעות הנפוצה יותר בטכנולוגיות עזר לפרויות בקרב הנשים היהודיות בישראל.

בתרשים 4 מודגמת מגמת עלייה במספר לידות השלישייה באוכלוסייה הערבית, ככל הנראה עקב העלייה במודעות לטיפול בטכנולוגיות עזר לפרויות בקרב אוכלוסייה זו ובנגישותה לטכנולוגיות אלה [6].

דיון

מגמת נתוני הלידות מרובות העוברים בישראל דומה למגמה במדינות אחרות עם נגישות לטכנולוגיות עזר לפרויות [2]. מאידך, לממדי התופעה בישראל אין אח ורע. עובדה זו מקבלת משמעות מיוחדת לנוכח ההשלכות הרפואיות החמורות [7] הקשורות להריונות וללידות מרובות עוברים. ההיבט הכלכלי של לידות מרובות עוברים [8], לנוכח הצורך בטיפול במספר רב של ילודים במשקל לידה נמוך, הוא נושא חשוב ביותר במדיניות המערב. ניתן להעריך הערכה בסיסית בלבד, המבוססת על חישוביהם של קולינס ו-גרייבס [10], שהעלות הכלכלית של הריונות ולידות מרובות עוברים בישראל (עפ"י הכפלת מספר מחזורי הטיפול בעלות הטיפול, ומתוך הנחה כי שיעור הלידות מרובות העוברים גבוה עוד יותר בישראל [9]) היא כמיליארד ₪ בשנה.



תרשים 1: שיעור לידות רביעוריות בישראל בין השנים 1965-2001.

הנתונים עולה, כי בשנים האחרונות אין שינוי בשיעור לידות של עוברים במשקל נמוך. כצפוי, התרומה היחסית של לידות שלישיות ויותר לקבוצות משקלי הלידה הנמוכים גדולה יותר מאשר זו של תאומים. עוד עולה מהנתונים, כי 95.6% מהשלישיות לעומת 56.9% מהתאומים נמצאים בטווח המשקל שעד 2,500 ג' (VLBW) בקבוצת המשקלים שעד 1,500 ג' ובקבוצת המשקלים שעד 1,000 ג' (ELBW) נמצאים 10.3% מהשלישיות ו-2.5% מהתאומים. המשמעות הרפואית של נתונים אלו עצומה, עקב הסיכויים הידועים הכרוכים בפגות. כך, לדוגמה, נמצא, כי הסיכון שלפחות אחד משני התאומים ייולד במשקל נמוך מאוד (VLBW, פחות מ-1500 ג') הוא כ-10.5% [3], והסיכון שלפחות אחד מתוך שלישייה ייולד במשקל נמוך קיצוני (Extremely low birth weight, פחות מ-1,000 ג') עומד אף הוא על כ-10.5% [4]. הסיכון של מבכירה ללדת פג במשקל נמוך מאוד כפול מזה של ולדנית [3, 4].

התרומה של טיפולי הפרויות לסיכונים הפגות ומשקל הלידה הנמוך מתבררת מתוך נתוני מסד הנתונים של רשת הפגיות בישראל (Israel neonatal network), המצביעים על כך ש-34% מהילודים במשקל קטן מ-1,500 ג' שהתקבלו ליחידות לטיפול נמרץ בפגים היו ילודים מלידות מרובות עוברים [3]. יתרה מזו, מתוך היחידנים, 10% היו לאחר טיפול בליקויי-פרויות בהשוואה ל-60% ול-90% בין התאומים והשלישיות שהתאשפזו בפגיות מדינת ישראל, בהתאמה [5].

ג' גיל האם

בתרשים 2 מודגמת התפלגות הלידות הרביעוריות על-פי גיל האם בין השנים 1994-2001. מהתרשים עולה בבירור, כי אימהות יהודיות לתאומים ושלישיות מבוגרות יותר מאימהות ערביות.

בישראל. התפלגות גילאי הנשים העוברות טיפולי הפריה חוץ-גופית בישראל מלמדת על כך שהנשים הישראליות צעירות באופן משמעותי מנשים העוברות טיפולים כאלו בארה"ב ובאירופה [9]. לעובדה זו יש שני הסברים אפשריים: האחד, שהזמינות הגבוהה של טכנולוגיות עזר לפוריות בישראל מובילה נשים לנצל טיפולים אלו מוקדם בהרבה בהשוואה לנשים במדינות אחרות בעולם; השני, שהגישה הרפואית לטיפול פוריות בישראל נמרצת יותר, ולכן ההוריות לתחילת טיפול פוריות גמישות יותר בישראל. כך או כך, נשים בישראל אינן רואות בטיפול פוריות חוץ-גופית משום טיפול חריג או יוצא-דופן, אלא ככלי שנועד לממש את שאיפות הפוריות והילודה שלהן. גישה זו משותפת לקשת רחבה של נשים – החל מנשים חרדיות נשואות וכלה בנשים חילוניות ורוקות [1]. לנוכח נתונים אלו, אין פלא כי שיעור ההריונות והלידות מרובות העוברים הגיע בישראל לממדים מרקייעי שחקים [20]. כך, לדוגמה, אולשצ'וק וחב' [21] העריכו את שיעור התאומים בשנת 2015 על-פי מגמות בילודת תאומים במדינות שונות בעולם. מחברים אלו מצאו, שאם המגמה בישראל תישאר בעינה, שיעור התאומים בישראל בשנת 2015 יהיה "דימויני כמו נובלה של ז'ול וורן" [21].

לסיכום, החברה הישראלית מייחסת חשיבות עליונה לאימהות. הרקע החברתי-פוליטי למשמעות המיוחסת לאימהות מוצא את ביטויו במדיניות טיפולי הפוריות בישראל. למול השאיפה להורות עומדת זמינות טכנולוגיות העזר לפוריות. כל אלו יחד מסבירים את העלייה התלולה בשיעור הלידות מרובות העוברים בישראל. ההבדלים במגמות לידות מרובות עוברים בין המיגזר היהודי למגזר המוסלמי בישראל מוסברים בחלקם בגילה הצעיר יותר של האם הערבייה בהריונה הראשון.

ביבליוגרפיה

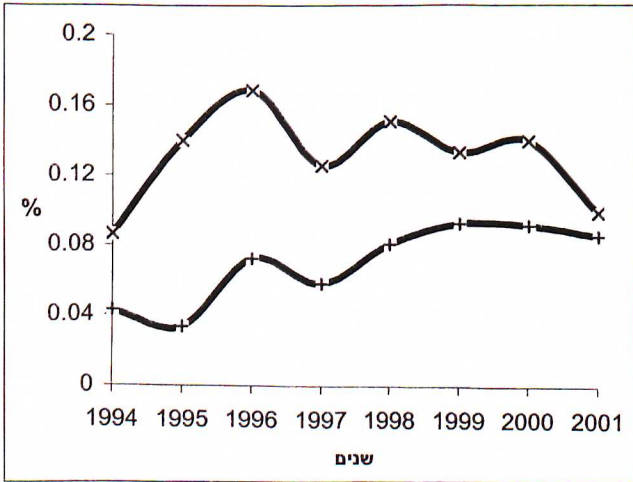
1. Kahn SM, Reproducing Jews: a Cultural Account of Assisted Conception in Israel. 2000, Duke University Press, Durham NC.
2. Blickstein I, Spontaneous and induced triplets. In: Keith LG & Blickstein I, (eds). Triplet Pregnancies and their Consequences. The Parthenon Publishing Group, New York. 2002, pp 9-16.
3. Blickstein I, Goldman RD & Mazkereth R, Risk for one or two very low birth weight twins: a population study. *Obstet Gynecol*, 2000; 96: 400-402.
4. Blickstein I, Jacques DL & Keith LG, The odds of delivering one, two or three extremely low birth weight (< 1000g) triplet infants: a study of 3288 sets. *J Perinat Med*, 2002; 30: 359-363.
5. Shinwell ES, Blickstein I, Lusky A & Reichman B, Excess risk of mortality in very low birthweight triplets: a national, population based study. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*, 2003; 88: 36-40.
6. Goldman RD, Blickstein I & Mazkereth R, The interplay between ethnicity and free access to perinatal care. *Int J Gynaecol Obstet*, 2001; 73: 163-164.
7. Blickstein I & Keith LG, Iatrogenic multiple pregnancy. *Semin Neonatol*, 2002, 7: 169-176.
8. Katz P, Nachtigall R & Showstack J, The economic impact of the assisted reproductive technologies. *Nat Cell Biol*, 2002; 4: 29-32.

היסטורית פטריאכלית שיצרה חברה מסורתית בעלת זיקה משפחתית, ואשר בה המשפחה ממלאת תפקיד ערכי מרכזי. בחברה המוסלמית משפחה ללא ילדים אינה נחשבת משפחה, ולידה אינה נחשבת רק לתפקיד חברתי או ביולוגי, אלא למחויבות משפחתית [16]. לא נמצאו מחקרים [17] שנבדקה בהם השאיפה להורות באוכלוסייה המוסלמית בישראל, ואף לא מחקרים שנבדקו בהם ההיבטים הפסיכולוגיים של ליקויי פוריות והניצול של טכנולוגיות עזר לפוריות בחברה הערבית. ניתן אולי ללמוד על ממדים אלו מהחברה המצרית, שבה אי-פוריות מתוארת כבעלת השפעה הרסנית על חיי האישה.

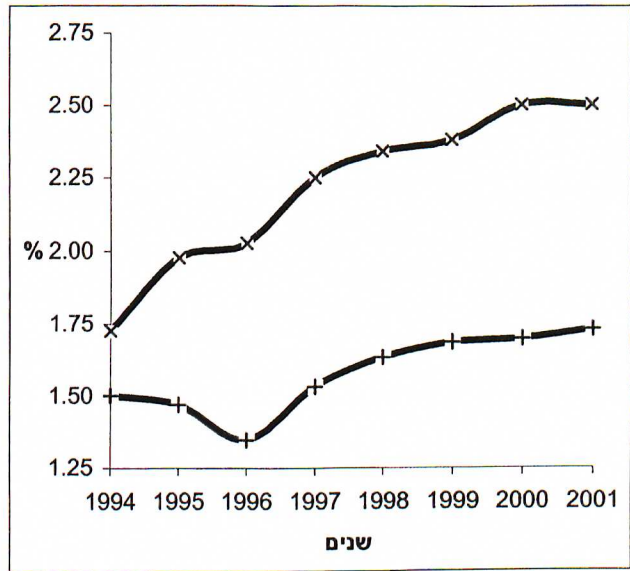
למרות הערכיות הניכרת המיוחסת למשפחה בשני המיגזרים, עדיין ניתן להבחין בשוני התרבותי ביניהן ביחס לפוריות. על-פי נתוני הלישכה המרכזית לסטטיסטיקה, נשים מוסלמיות מתחילות את תהליך האימהות בגיל צעיר יותר בהשוואה לנשים יהודיות, קרוב לוודאי עקב נישואין בגיל צעיר יותר. הנתונים מדגימים, כי לאורך השנים נשמר פער של כ-4 שנים בין גיל הנישואין הממוצע של נשים מוסלמיות לנשים יהודיות בישראל: בשנת 1990 היה גיל הנישואין הממוצע של נשים מוסלמיות ויהודיות 21.2 ו-25 שנים, בהתאמה; ובשנת 2001 היה הגיל הממוצע 21.9 ו-25.9 שנים, בהתאמה. גיל ממוצע זה משקף את העובדה שנשים יהודיות רבות יותר נמצאות בתחום הגבוה של התפלגות הגילים, וכמו בשאר העולם המערבי, דחיית ההריון הראשון לגיל מבוגר יותר כרוכה ברידת כושר הפוריות ובצורך מוגבר לניצול טכנולוגיות העזר לפוריות. יש להניח, כי ההבדל בשיעור הלידות מרובות העוברים הקיים בין האוכלוסייה היהודית למוסלמית בישראל, קשור, בין השאר, לגיל הריון ראשון צעיר יותר באוכלוסייה המוסלמית.

צרכים תרבותיים ודתיים המדגישים את חשיבות הילודה במדינת ישראל מצאו ביטוי במדיניות הבריאות הממשלתית הנותנת עדיפות לתחום הפוריות ומקדמת אותה [1]. על-פי מדיניות זו, טיפולי פוריות – כולל ניצול טכנולוגיות העזר לפוריות – ממומנים במלואם על-ידי משרד הבריאות ונגישים לכל אזרחי המדינה, ללא הבדל דת או מצב משפחתי. אחת התוצאות של מדיניות זו היא הגדלת היחס בין מספר מירפאות הפוריות למספר האזרחים בישראל בהשוואה לכל מדינה אחרת בעולם [18]. יתרה מזאת, בישראל נמדד השיעור הגבוה ביותר של מחזורי טיפול בהפריה חוץ-גופית (IVF). במחקר שבמהלכו נסקר שיעור ההפריה החוץ-גופית כ-48 מדינות, הודגם ממוצע של 289 מחזורי הפריה חוץ-גופית לכל מיליון אזרחים בשנה, בעוד שבישראל נמצא שיעור של 1,657 מחזורי הפריה חוץ-גופית לכל מיליון אזרחים בשנה [18,19]. יש הגורסים כי שיעור זה גבוה עוד יותר ועמד על כ-3,500 מחזורי הפריה חוץ-גופית למיליון אזרחים בשנת 1998 [19]. אין אינסוף, לא פורסם, מצוטט ברשות]. מספר מחזורי הטיפול בהפריה חוץ-גופית בישראל נמצא במגמת עלייה מתמדת, ובין השנים 1993-1991 חלה עלייה בשיעור של 3%-6% מדי שנה. בשנת 1995 עלה מספר המחזוריים כ-50% בהשוואה לשנת 1994 [9].

אין, כמובן, במספרים אלו כדי להצביע על שיעור גבוה יותר של ליקויי פוריות בנשים בישראל, אלא על המיכלול החברתי, התרבותי והפוליטי שהוביל לניצול מרבי של זמינות טיפולי הפוריות, ובמיוחד של טכנולוגיות העזר לפוריות הקיימות



תרשים 4: שיעור לידות שלישייה בין השנים 1994-2001 באוכלוסייה היהודית (X) והערבית (+).



תרשים 3: שיעור לידות תאומים בין השנים 1994-2001 באוכלוסייה היהודית (X) והערבית (+).

ההשלכות הרפואיות של העלייה במספר הלידות מרובות העוברים נוגעות בעיקרן לתוצאות ההריון. מנתונים שהתקבלו מארה"ב [12] עולה, כי שיעור הפגים מתחת לגיל 33 שבועות הריון הוא 14% לתאומים ו-41% לשלישיות, ושיעור הילודים במשקל קטן מ-1,500 ג' הוא 10% לתאומים ו-32% לשלישיות [12]. בישראל, כאמור, שיעור הילודים שנולדו בלידה מרובת-עוברים ושמשקלם קטן מ-1,500 ג' גבוה פי 15 ויותר מהשיעור היחסי של לידות מרובות עוברים באוכלוסייה [5]. כפועל יוצא, שיעור התחלואה קצר-הטווח וארוך-הטווח עולה בהתאמה. כולט במיוחד הוא הקשר האקספוננציאלי בין מספר הילודים בלידה מרובת-עוברים לבין שיעורי שיתוק מוחין מלידה (Cerebral palsy), שמודגם בו סיכון יחסי לשיתוק מוחין הגבוה פי 6 בתאומים ופי 23 בשלישייה בהשוואה להריון יחידי [13].

הממדים של לידות מרובות עוברים בישראל והתרומה של טכנולוגיות העזר לפוריות להגעה לממדים אלו, כפי שעולה מניתוח המגמות בלידות מרובות עוברים בישראל, אינן בבחינת חדשות במדינות המערב [14]. הטיפול בגורמים למגמות אלו מוטל על קובעי מדיניות הרפואה בישראל, החייבים למצוא את האיזון הנכון בין הניצול של טכנולוגיה עתירת משאבים לבין הצורך הקיומי של יחידות הטיפול בליקויי פוריות לייצר הצלחה, ולבין היכולת המוכחת של הרפואה בישראל לספק — יותר מאשר בכל מקום אחר בעולם — את הכמיהה לאימהות המושרשת בחברה.

ההבדלים התרבותיים, המוצאים ביטוי בהבדל בשיעור הלידות מרובות העוברים בין שתי האוכלוסיות, אינם באים לידי ביטוי בנגישות ובניצול של השירותים הציבוריים למעקב אחר האם והילוד באוכלוסייה הערבית בישראל [6, 15]. כידוע, בישראל, קיימת גישה חופשית לשירותים אלה לכלל האוכלוסייה, והדבר מתבטא בתוצאות המיילדותיות הדומות בכלל הנוגע למשקלי לידה בשתי האוכלוסיות [15].

לאימהות בחברה המערבית המודרנית (ובחברה היהודית) יש תפקיד מרכזי בחיי המשפחה בכלל ובחיי האישה בפרט. מדינת ישראל, כמדינה מערבית בלב המזרח-התיכון, נתונה להשפעה

עם זאת, הנתונים מהעשור האחרון מלמדים על מגמה של ירידה בשיעור לידות שלישייה בקרב האוכלוסייה היהודית, העשויה לנבוע משני גורמים:

- 1) ניצול מושכל יותר בתקופה האחרונה בטכנולוגיות-עזר לפוריות, כגון צימצום מספר העוברים המוחזרים בהפריה חוץ-גופית. ההנחה היא כי מספר ההריונות של שלישייה, וכפועל יוצא גם מספר הלידות עם מספר עוברים זה, נמצא במגמת ירידה.
- 2) ביצוע ליברלי של הפחתת ("דילול") עוברים מהריון שלישייה לתאומים (Multi-fetal pregnancy reduction). ההנחה היא, כי מספר הריונות השלישייה לא השתנה, אך השיעור שמסתיים בלידת שלישייה נמצא במגמת ירידה.

אף-על-פי שנודעת חשיבות רבה להבדל בין שני הגורמים המאפשרים להסביר את הירידה במספר לידות השלישייה, לא ניתן לדעת בוודאות מהו משקלם היחסי בישראל, מאחר שההתייחסות בנתוני משרד הבריאות היא ללידות בלבד. יתירה מזו, נתוני משרד הבריאות לגבי הפסקות הריון בישראל אינם מאפשרים לדעת כמה דילולי עוברים נערכים בכל שנה. ניתן להסיק לגבי מספר הדילולים ומידת השכיחות של פעולה זו ממחקרם של ליפיץ וחב' [11], שערכו 36 דילולים במשך 6 שנים (1984-1989), ובהמשך נערך מספר זהה של דילולים במשך 3 שנים (1990-1992). על-פי הערכה שאיננה מבוססת על נתונים, מתבצעים בישראל כ-5 דילולי עוברים בשבוע — נתון המלמד על שיעור הריונות שלישייה הגבוה פי שניים עד שלושה לעומת לידות שלישייה בישראל. מבלי להתייחס להיבטים השונים של דילול שלישיות, אלמלא היו נערכים דילולים אלו, היו נוספות מדי שנה כ-200-250 שלישיות, מספר הילודים היה עולה על מספר העריסות הקיים בפגיות בישראל, והדבר היה גורם בסבירות רבה לעומס ניכר עד-כדי קריסה של השירות לילוד במדינת ישראל. הדילול כשלעצמו אומנם מקטין את מספר השלישיות, אך השפעתו לגבי משקל הילודים וגיל ההריון בלידה טרם הוברר סופית.

המחסור הצפוי באחיות מוסמכות בישראל

אורלי חותם פיקר¹, אורלי תורן²

¹ הסתדרות מדיצינית הדסה, ² מרכז רפואי שיבא, תל-השומר,

ת ק צ י ר

מחסור באחיות מוסמכות הוא מצב קיים במדינות רבות בעולם, ותופעה זו צפויה להחמיר בשנים הקרובות. במחקרים עכשוויים ורחבי-טווח מודגשת החשיבות שיש לאחיות מוסמכות בהשגת איכות טיפול, במניעת סיבוכים, ובהשגת תוצאות רפואיות ובריאותיות רצויות. לכן, למחסור הכמותי באחיות יש השלכה ישירה על בריאות האוכלוסיה.

הסיבות למחסור העכשווי הן רבות ומגוונות, ונעוצות בין היתר במדיניות שגויה של פיתוח ושימור משאב חיוני זה.

מספר הבוגרים החדשים שהצטרפו בשנים האחרונות למערכת הבריאות בישראל היה קבוע ויציב. מהתבוננות במגמות של העסקת אחיות בשנים האחרונות אנו למדים על עלייה במספר האחיות המועסקות, למרות הירידה בשיעור האחיות לכל אלף נפש המועסקות בישראל. מגמה חיובית זו של העסקת אחיות בישראל עומדת להשתנות מסיבות רבות, ובראשן ירידה במספר העולים – קבוצה שהייתה מקור חשוב ומרכזי של כוח-האדם החדש במערכת. סיבות נוספות למחסור במספר האחיות המוסמכות שתירשנה למערכת נעוצות במדיניות משד הבריאות לסגירת תוכניות לימוד מבלי לפתח באופן מיידי חלופות להכשרת האחיות המוסמכות, בשיפור במצב הכלכלי, ובעלייה בביקוש כתוצאה ממורכבות רפואית הולכת וגדלה של המטופלים, המצריכה התערבות סיעודית מיקצועית באישפוז ובקהילה.

השלכותיה של בעייה זו מחייבות את מערכת הבריאות לגבש באופן מיידי פתרונות יצירתיים, הנשענים על אסטרטגיה רחבה וארוכת-טווח. חיוני לשמר תוכניות ומיסגרות חינוך קיימות עד לפיתוח חלופות שתעננה על כל צרכי המערכת. לכווח-אדם סיעודי מוסמך.

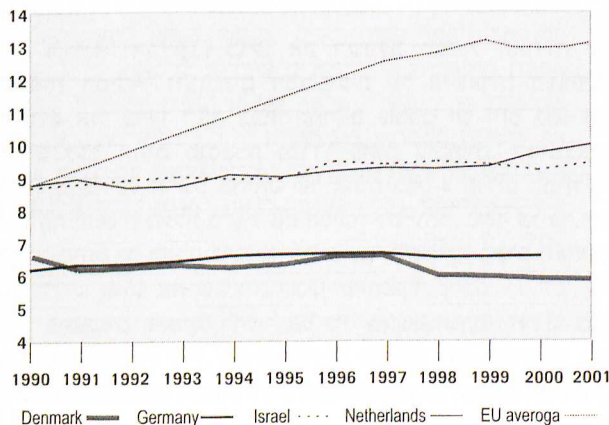
ה ק ד מ ה

ת קופות של מחסור ועודף באחיות מלוות את מיקצוע הסיעוד בכל שנות קיומו, והמטוטלת נעה לעיתים תכופות לכיוון של מחסור בכוח-אדם. בסיפורת המיקצועית בנושא דווח על מחסור חמור באחיות במדינות המערב, כמו ארה"ב, קנדה, אנגליה ואוסטרליה [1]. כמו-כן, מסתמנת תחילתו של מחסור גם במדינות הידועות כספקיות כוח-אדם סיעודי לכל העולם, כמו הודו, הפיליפינים ומדינות בדרום-אמריקה. הסיעוד, המהווה את קבוצת העובדים הגדולה ביותר במיקצועות הבריאות בישראל ובעולם, משפיע ישירות על התפתחות תחום הבריאות וקידומו, ועל איכות התוצאים הרפואיים [2,3]. לכן, התנודות בכוח-האדם בתחום זה צפויות להשפיע רבות על מערכת הבריאות.

רוזן ויגולדווג [4] טוענים כי אין כיום בישראל מחסור באחיות. אחד ההסברים לכך הוא קליטת העלייה בעשור האחרון, אשר הביאה למערכת הבריאות מספר גדול של ידיים עובדות [5]. כמו-כן, למצב הכלכלי הנוכחי, לאבטלה ולמיתון השפעה חיובית על פנייה למיקצוע הסיעוד ועל הישארות בעבודה [2].

בחמש השנים האחרונות קיים בישראל מספר יציב למדי של אחיות מוסמכות המוכשרות מידיי שנה [5]. יחד עם זאת, בישראל לא נקבע מדד של שיעור אחיות מומלץ ל-1,000 נפש או כל מדד אחר למספר האחיות הנדרש במערכת הבריאות. מבין המדינות המתועשות נמצאת ישראל במקום ה-11 מתוך 18 מדינות בשיעור האחיות ל-1,000 נפש [6]. בשנים האחרונות חלה ירידה בשיעור האחיות המועסקות לאלף נפש אף מתחת למוצע האירופי (תרשים 1). מאחר שמספר האחיות בישראל בשנים האחרונות מושפע ביותר ממספר העולים, קיימת סכנה שלא נוכל לשמר גם שיעור נמוך זה של אחיות, בשל הירידה במספר העולים המגיעים לישראל. על-פי נתוני הלישכה המרכזית לסטטיסטיקה (למ"ס), חלה ירידה מתמשכת וחדה בכמות העולים לישראל בכל שנה (בשנת 1999 עלו לישראל 80,000 איש, ובשנת 2002 – כ-40,000 בלבד) [7]. עם השיפור במצב הכלכלי בעתיד, וכתוצאה מעלייה בביקוש לאחיות המוסמכות עקב שינויים בתחלואה ובצורכי החולים באישפוז ובקהילה, יש להניח כי המחסור העולמי באחיות מוסמכות לא ידלג על ישראל, וזו תחווה מצוקת אחיות בתוך שנתיים עד שלוש שנים.

המטרות במאמר הנוכחי הן לדווח על התופעה העולמית של מחסור באחיות, לבחון את מגמות ההכשרה וההעסקה של כוח-האדם הסיעודי בישראל בשנים האחרונות, ומתוך כך לנסות ולהסביר את הכיוונים המסתמנים המצביעים על מחסור בעתיד באחיות מוסמכות בישראל.



תרשים 1: שיעור האחיות ל-1,000 תושבים בישראל בהשוואה למדינות נבחרות באירופה.

Key words: Nursing shortage; Nursing education; Staffing; Recruitment; Burnout; Retention.

9. *Insler V, Gonen O, Levran D & al*, Israel National Registry of assisted reproductive technologies. Assisted reproductive technologies reported in the National Registry of Israel 1995-1996. *Harefuah*, 2000; 139: 421-495.
10. *Collins J & Graves G*, The economic consequences of multiple gestation pregnancy in assisted conception cycles. *Hum Fertil (Camb)*, 2000; 3: 275-283.
11. *Lipitz S, Yaron Y, Shalev J & al*, Improved results in multifetal pregnancy reduction: a report of 72 cases. *Fertil Steril*, 1994; 61: 59-61.
12. *Alexander G, Kogan M, Martin J & Papiernik E*, What are the fetal growth patterns of singletons, twins, and triplets in the USA. *Clin Obstet Gynecol*, 1998; 41: 115-125.
13. *Blickstein I*, Cerebral palsy and multiple pregnancy. *Harefuah*, 1999; 136: 885-889.
14. *Blickstein I & Keith LG*, (eds). *Iatrogenic Multiple Pregnancy: Clinical implications*. The Parthenon Publishing Group, New York. 2001.
15. *Goldman RD, Mazkereth R & Blickstein I*, Twinning and birth weight in the Israeli Jewish versus Muslim maternities. *Twin Res*, 2002; 5: 15-18.
16. *Serour GI*, Islamic aspects of assisted reproductive technology. In: *Blickstein I & Keith LG*, (eds). *Iatrogenic Multiple Pregnancies: Clinical implication*. The Parthenon Publishing Group. New York. 2001; pp 247-248.
17. *Inhorn MC*, Missing motherhood: infertility, technology, and poverty in Egyptian women's lives. In: *Ragone H & Twine FW*, (eds). *Ideologies and Technologies of Motherhood: Race, Class, Sexuality, Nationalism*. Routledge, New York. 2000; pp 139-167.
18. *Blickstein I*, The worldwide impact of iatrogenic pregnancy. *Int J Gynaecol Obstet*, 2003; 82: 307-317.
19. *Nygren KG & Andersen AN*, Assisted reproductive technology in Europe, 1999. Results generated from European registers by ESHRE. *Hum Reprod*, 2002; 17: 3260-3274.
20. *Imaizumi YA*, Comparative study of twinning and triplet rates in 17 countries, 1972-1996. *Acta Genet Med Gemellol*, 1998; 47: 101-114.
21. *Oleszczuk JJ, Keith DM, Keith LG & Rayburn WF*, Projections of population-based twinning rates through the year 2100. *J Reprod Med*, 1999; 44: 913-921.

מחבר מכותב: יצחק בליקשטיין, מחלקת נשים ויולדות,
 בית-חולים קפלן, רחובות
 טל: 08-9441930; פקס: 08-9411944; נייד: 0545-201789
 דוא"ל: blick@netvision.net.il

כרוניקה

מיפרצת בוותין הביטני: תיקון בניתוח או בגישה מילעורית

התמותה לאחר 30 יום היה נמוך משמעותית בגישה המילעורית
 (Lancet, 2004; 364: 843).
 א' צימליכמן

חוקרים שהישוו במחקר רב-מרכזי ואקראי בין טיפול בחולים
 עם מיפרצת בוותין הביטני על-ידי הכנסת תומכן תוך-כלי
 בגישה מילעורית לבין תיקון בניתוח סטנדרטי, מצאו כי שיעור

כרוניקה

זיהומי ויבריו וולניפיקוס

דקירות מסנפירים או עצמות. מעל מחצית מהנפגעים לקו בעבר
 במחלות כרוניות, בסרטן הכבד, או שהיו שתיינים.
 מתוך 84 חולים, 57 שרדו ו-25 נפטרו. רוב החולים טופלו
 במיזבנים שונים של אנטיביוטיקה, 43 טופלו על-ידי חיתוך
 וניקוז האזור הנגוע, ושישה נזקקו לכריתת איברים.
 החוקרים ממליצים לפרסם את הסיכונים שבחיידק מגיח
 זה, ולהזהיר בני-אדם הלוקים במחלות כרוניות כמו אלה
 שהוזכרו לעיל ומטפלים בבעלי-חיים ימיים, שעליהם להגן על
 עצמם מפני חשיפה על-ידי חבישת כפפות.

א"י

ויבריו וולניפיקוס הוא מתג גראם-שלילי המצוי על שטח הפנים
 של בעלי-חיים ימיים, כמו דגים, צדפות וסרטנים. קיימים מספר
 זנים, והביוטיפ I אלים לבני-אדם. בישראל מדווח על מספר
 זיהומים בחיידק זה מידי שנה, הגורמים לאלח-דם, להלם רעלי,
 לריקבון, ולעתים אף מסתיימים בקטיעת איברים או במוות.
 הסיו חב' (Emerging Infect Dis, 2004; 10: 1363) חקרו
 84 מקרי זיהומים בחיידק זה בטאיוואן משנת 1995-2000,
 ותיעדו את האפידמיולוגיה של זני החיידקים שבודדו מהחולים.
 החוקרים מצאו שונות מרובה בין הזנים, אך 90% שויכו
 לביוטיפ I. החולים נחשפו לחיידק בעקבות אכילת מוצרי מזון
 מן הים שלא בושלו או עקב חשיפה לעור, בעיקר עור פצוע או