

פדיתון

P E D I T O N



ירחון החברה הישראלית לפדיאטריה אמבולטורית (חיפ"א)

Israel Ambulatory Pediatric Association Magazine

גיליון 1-2023 | יוני 2023 | www.pediatrics.org.il



מערכת העיתון

עורך:

ד"ר סטיבן ריינגולד
מייל: sreingold@gmail.com

מערכת:

ד"ר סטיבן ריינגולד, פרופ' יעקב אורקין, ד"ר דינה צימרמן, ד"ר שמעון ברק.

תוכן העניינים

4	דבר העורך
	סקירות
6	ישראל כחלק מה-ECPCP (ארגון אירופאי)
12	Food security and food safety
22	Food Safety perspective in Israel
24	רופאי ילדים כשומרי סף בפני אובדנות
34	תפקיד רופא הילדים בבריאות הנפש בחסות גושן
37	Umbilical Cord Care in the Newborn Infant
40	גישות טיפוליות בגדם הטבור, משרד הבריאות
	התפתחות
42	תזונים על דפוסי הנקה בישראל ומשמעותם לרופא הילדים
45	מעקב משקל תינוקות יונקים
50	חדשות מתפרצות בעריכת בעז גינזבורג, מערכת e-Med
	מדור תזונה בחסות מכון מטרנה.
55	אכילה בררנית בגילאי הילדות המוקדמת

הוצאה לאור:

טל: 09-7658233, פקס: 09-7658229
כתובת למשלוח דואר: ת.ד. 4801 כפר יונה 40300
אימייל: webmaster@e-med.co.il

e-Med
מנכ"ל: בעז גינזבורג
מנהלת שיווק ומכירות: שירי ברק
מנהלת עיצוב גרפי: נעמה שומרוני



ציור שער:

מיקה, גן חובה, מודיעין



שלום רופאים וחברים יקרים,

אנו שמחים להגיש לכם את הגיליון החדש של פדיטון.

בשנתיים האחרונות, היו"ר שלנו בחיפ"א, ד"ר שמעון ברק, כיהן גם כיו"ר הקונפדרציה האירופאית לרפואת ילדים ראשונית (ECPCP).

בעמודים הראשונים של הגיליון, שמעון מספר על הארגון והכנס

שהיה בתל אביב לפני כחודשיים. בין הנושאים שנדונו בכנס: Dr Massimo Pettolello - Mantovani, הנציג מאיטליה, חיבר תקציר של הרצאתו על בטיחות וביטחון מזון באירופה, ומנהלת שירות המזון הארצי, פנינה אורן-שנידור, הביאה תקציר על הנושא במדינתנו.

השכיחות של בעיות בריאות הנפש בקרב ילדים עלתה באופן אקספוננציאלי במהלך שני העשורים האחרונים. כחלק מהיוזמה הלאומית והתוכנית הלאומית למניעת אובדנות, ד"ר דבי כהן מספקת לנו כלים לזיהוי ילדים בסיכון וכן בהתערבות. עמותת גושן, העובדת להגברת היכולות של הרופאים בקהילה, מביאה חזון למעורבות שלנו בניהול צרכי בריאות הנפש של מטופלינו.

מגוון הגישות לטיפול בחבל הטבור הוביל לבלבול בקרב הורים חדשים ולפעמים גם לצוותים הרפואיים. ד"ר ג'ניפר אייזנשטט מסבירה את התפתחותן של גישות שונות והנחיות עדכניות ברחבי העולם. אנו מצפים שמידע זה יעזור לקוראים שלנו לקבל החלטות מושכלות.

נתונים שפורסמו לאחרונה מדגימים מגמות עכשוויות בהנקה שאינן עומדות ביעדים הלאומיים. ד"ר דינה צימרמן דנה במגמות אלה ובנוסף מספקת סקירה על מעקב משקל בתינוקות יונקים. בהמשך לנושא של תזונה ואכילה, טל שדה-קון מתייחסת לאכילה בררנית.

אנו מודים למכון מטרנה על תמיכתם בפרסום בכתב עת זה, ולחברת אי-מד שמעצבת ומפרסמת אותו וגם מנהלת את האתר שלנו.

מצפים לראות את כולכם בכנס שלנו ביום רביעי, ה-13 בספטמבר, במלון דוויד אנטרקונטיננטל בתל אביב. את התוכנית ודרך הרישום נשלח בהקדם.

עד אז, שיהיה לכולנו קיץ נעים ובריא.

סטיבן ריינגולד

*“And I beseech you hear me, who professes
Myself your loyal servant, your physician,
Your most obedient counselor, yet that dares
Less appear so in comforting your evils.”*

Shakespeare, The Winter’s Tale: Act 2, Scene 3

**“וְאֲנִי מִתְחַנֶּנֶת שְׂתַקְשִׁיב לִי,
נִשְׁבַּעַת שְׂאֲנִי עֶבֶד מְסוּר
שְׁלֶךְ, רוֹפֵא, וְהַיּוֹעֵץ הַכִּי
צִיְתוֹ; אָבֵל אֲנִי לֹא מִתְחַזֶּה
לְהִרְאוֹת כְּזֹאת וּלְטַפֵּחַ
אֶת מַחְלַתְךָ כְּמוֹ אֵלֶּה שְׂסֻבִּיבְךָ”**

שייקספיר, אגדת חורף: מערכה 2 סצנה 3



**כנס הקיץ
של חיפ"א**

13 בספטמבר, 23

כ"ז אלול תשפ"ג | מלון דויד אינטרקונטיננטל, ת"א

SAVE THE DATE

ישראל כחלק מה-ECPCP (ארגון אירופאי)

ד"ר שמעון ברק
יו"ר חיפ"א

בחודש מרץ השנה אירחה חיפ"א, החברה הישראלית לרפואת ילדים אמבולטורית-קהילתית, את המפגש ה-22 של הקונפדרציה האירופאית לרפואת ילדים ראשונית (ECPCP = European Confederation Of Primary Care Pediatricians), ארגון של כ-40.000 רופאי ילדים ראשוניים מעשרים ושניים ארגונים אירופאיים. חיפ"א חברה מן המניין בארגון ובעלת מעמד מכובד בהנהגתו, כאשר נציגיה עמדו ועומדים בראש הועדה המדעית ואני שימשתי עד המפגש כנשיא הארגון. עם סיום תפקידי ב-ECPCP, מצאתי לנכון לסכם עבורכם את פעילויות הארגון, במה תורמת לנו החברות בו ומה אנחנו תורמים לו. ולספר מעט על המפגש בתל אביב.

תחילה הסבר קצר כיצד נקלענו למצב בו חיפ"א הפכה חברה בארגון.

כידוע, רוב המומחים ברפואת ילדים בישראל מוצאים פרנסתם בעיסוק ברפואה אמבולטורית. יש ביניהם כאלה המקדישים את הבקרים שלהם לעבודה בבתי חולים בתת-ההתמחות בה בחרו (המכונה בפיהם "התמחות על" למרות שבעיני אין בה שום עליונות) ואת אחרי הצהריים מקדישים למרפאותיהם. אחרים נקלעו לרפואה ראשונית כי כך כיוונו אותם נסיבות החיים, למצוא בכך את עיסוקם. אני גאה להימנות עם קבוצה שלישית, של אלה שבחרו במודע ומן התחילה להיות מה שכונה על ידי פרופסור פרנק אוסקי "רופא ילדים שלם או Whole Pediatrician¹, ברואם ברפואת הילדים הראשונית-קהילתית את הרפואה ה"שלמה", היפה והטובה, הדואגת לבריאות ורווחה מיטביים של תינוקות, ילדים ומתבגרים ומלווה את המטופלים באופן רציף מינקות לבגרות, בקשר עם משפחתם, קהילתם ותרבותם. הגעתי לכך בזכות הדרכה צמודה של פרופסור ישראל הימן ז"ל, מנהל מרפאות הילדים של בית החולים ע"ש רוקח בו התמחיתי. היה מזלי לעשות כן, כי ההכשרה שניתנה למתמחי רפואת הילדים בימי (ולצערך גם היום...) אינה מכינה אותנו למטלות ולא תגרים שנכוננו לנו בהגיענו למרפאות הראשוניות.

בכך אנחנו לא לבד. העדר סטנדרטים ברורים להכשרת רופאי ילדים ראשוניים הביאה לפני יותר משלושה עשורים, בשנת 1989, קבוצה של פדיאטרים אירופאים ובראשם רופא הילדים הספרדי הדגול פרנשסק פראנדי אי פראס (Francesc Prandi i Farràs 1928-) (2011) להקים את האגודה האירופית לרפואת ילדים אמבולטורית (European Society For Ambulatory Pediatrics = ESAP) שנועדה לעודד ייצוג הולם של רפואת הילדים הראשונית של מדינות האיחוד האירופי בארגונים פאן-אירופיים לרפואת ילדים, להילחם

נגד חוסר האיזון והדעות הקדומות ולהתוות ניירות עמדה. הארגון קיים כעשרים כנסים ביבשת אירופה ופירסם ניירות עמדה חשובים ורבים, לרבות הגדרה ראשונה של מאפייניה האקדמיים של רפואת הילדים הראשונית, קביעת אבני היסוד בהכשרה המיוחדת הנדרשת לצורך עיסוק בה, פיתוח מחקר על איכות הפרמטרים לטיפול והתייחסות לשיקולים תקציביים, מקצועיים, אקדמיים ואתיים של הדיסציפלינה.

אני התוודעתי לחבורה זו בשנת 2004, עת שימשתי נציג האגוד הישראלי לרפואת ילדים באקדמיה האירופאית לרפואת ילדים, (= European Academy Of Pediatrics = EAP) ובאיגוד האירופאי לרפואת ילדים (EPA UNEPSA = EUROPEAN PEDIATRIC ASSOCIATION). בהזדמנות, כשיהיה לי הרבה הרבה זמן ולכם המון סבלנות אנסה להסביר מדוע יש באירופה שני ארגונים שלמעשה מייצגים את אותם האנשים. האירופאים החשיבו מאוד את הרפואה הראשונית הישראלית, בין השאר בזכות פעילותו של מנואל כ"ץ כמה שנים לפני והמאמר החשוב שהוביל בנושא ופורסם ב-PEDIATRICS². השתלבותי נשאה פרי עת מוניתית חבר בועדה מטעם UNEPSA לקביעת מאפייני רפואת הילדים במאה ה-XXI³, והפכתי פעיל בקבוצת העבודה של הרפואה הראשונית באקדמיה וברבות הימים, לאחר שהתקנון שונה ואיפשר לישראל להיבחר לכך, ליושב ראש הקבוצה.

חברי האגודה האירופית לרפואת ילדים אמבולטורית היו פעילים מאוד בשני הפורומים האלה אך במקביל עמדו בפני משבר ואפילו פירוק שכן מבחינה פוליטית וציבורית השפעתו היתה אפסית ומספר חבריו ירד באופן דראסטי ולא עלה על כמה מאות.

בשנת 2008 הם הזמינו מספר רופאים ישראלים למפגש השנתי שלהם בבודפשט וזכור לי כיצד בהפסקות הקפה דיסקסנו, ד"ר אריה בהיר ואני, את חוסר התכלית שבאגודה המשתדלת לשמור סימני חיות אך בהעדר אופק ומטרות מוצאת עצמה לועסת את טרוניותיה ומגבלותיה במפגשים שנתיים בהם חבריה מקטרים בינם לבין עצמם. הועד שלהם הקדיש ישיבה לדיון בדרכים להציל מה שניתן ומזכיר הארגון, ד"ר פרנץ קדר מהונגריה, הזמין אותי להשתתף בישיבה ולהביע דעתי על דרכים להחיות את ה"חולה הסופני". הצגתי בפורום גישה לפיה ארגון המתיימר לייצג את הרפואה הראשונית האירופאית חייב להיות קונפדרציה של הארגונים הלאומיים וכך לייצג אלפים ולא מאות בודדות. בחוצפה ישראלית אופיינית הצעתי את עזרת חיפ"א והאיגוד הישראלי בהקמת ארגון שכזה למרות שלא נדברתי עם פרופסור מימוני או פרופסור אמיתי (מי שהיה אז יושב ראש חיפ"א), ורק התניתי את השתתפותינו בכך שבסופו של דבר ישראל תתקבל כחברה מלאה ושוות זכויות. הדבר הוביל למפגש בברלין שנה מאוחר יותר ואכן בשנת 2009 נוסדה הקונפדרציה האירופאית של רופאי ילדים ראשוניים (European Confederation Of Primary Care Pediatricians = ECPCP) ואני זכיתי להיות בין מייסדיה ולנסח את מסמך גילוי הדעת של הארגון שעיקריו:

- לילדים זכות בלתי מעורערת לבריאות טובה, רווחה וגישה לסטנדרטים הגבוהים ביותר של שירותי בריאות ומתקנים.
 - כל הגבלה במתן טיפול מתאים, לרבות אי פיתוח מערכת בריאות ראשונית נאותה, סותרת את אמנת האו"ם בדבר זכויות הילד ו-ECPCP תחתור לאשרור האמנה ע"י ממשלות אירופה כדי להבטיח טיפול מיטבי בילדים.
 - ECPCP דוגלת ברופאי ילדים כמספקי ההשגחה והטיפול הבריאותי הראשוני בקהילה מלידה ועד הבגרות, תוך התחשבות בחולה, משפחתו וסביבתם החברתית. שירותים אלו צריכים להיווצר ולהתעצב על פי צרכי המטופל ושלביו הפיזיים/התפתחותיים ולא לפי גילם הכרונולוגי וצרכים לכלול מלבד אבחון רפואי, טיפול וריפוי גם קידום של חינוך לבריאות, הדרכה ואמצעי בריאות מונעים.
 - מדינות חסרות כח אדם, מתקנים ומימון להקמת מערך של רופאי ילדים ראשוניים צריכות להבטיח שהשירות יינתן על ידי אנשי מקצוע בעלי ידע הולם, מיומנויות מתאימות והכשרה פורמלית ברפואת ילדים ובטיפול ראשוני, שנרכשו על ידי גיבוש אקדמי של סטנדרטים מקובלים. במדינות אלו, ילדים, מתבגרים ומשפחות המעוניינים וזקוקים לייעוץ מקצועי של מומחה, צריכים להיות בעלי גישה קלה ומהירה ל"חוות דעת שנייה" של רופאי ילדים.
 - בתי ספר לרפואה צריכים לקדם את הדיסציפלינה של רפואה ראשונית בנושא הוראה. עליהם להקים מחלקות אקדמיות בכל האוניברסיטאות ולנקוט בצעדים פעילים לקראת המשך הפיתוח מחקר בסביבת הטיפול הראשוני
 - החינוך וההכשרה לרפואה ראשונית צריכים להיעשות בכל הרמות, מסטודנטים לרפואה ועד רופאים מוסמכים, במיוחד במדינות בהן הרופא הראשוני אינו רופא ילדים, ויש לגבש וליישם תוכנית לימודים הולמת.
 - רפואת ילדים ראשונית צריכה להילמד בסטנדרטים שקופים של פרקטיקה רפואית טובה תוך יישום הבטחת איכות וחינוך רפואי מתמשך ואולי להוביל להסמכה של רופא הילדים הראשוני.
 - ECPCP מתחייבת לקדם מחקר, הוראה, הדרכה וגיבוש קווים מנחים לתרגול קליני מיטבי ולקדם רעיונות, יעדים, קשרים ושיתוף פעולה בין רופאי ילדים ראשוניים העוסקים ומלמדים רפואת ילדים ראשונית/קהילתית תוך שתוף פעולה עם איגודי ילדים אירופאים ובינלאומיים אחרים הדוגלים באותם עקרונות.
- כבר במפגשים הראשונים עמיתינו האירופאים התרשמו עמוקות מן הרמה הקלינית והאקדמית של הרפואה הראשונית בישראל. ובקבוצות העבודה שהוקמו היו נציגי ישראל פעילים מאוד. אמנם תחילה היתה ישראל חברה נלווית אך בשנת 2011 התקבלנו כחברים מן המניין. פרופסור יונה אמיתי ז"ל נבחר לעמוד בראש ועדת המחקר והאקדמיה (תפקיד שמאוחר יותר תפס פרופסור יעקב אורקין יבל"א הממלא מקום זה עד היום). ד"ר מנואל

כ"ץ נבחר לחבר בוועדת ה-Advocacy, פרופסור חן זמיר היתה פעילה בוועדת החיסונים, ד"ר אלי גזלה בוועדת הקוריקולום ואני שימשתי יושב ראש ועדת האסטרטגיה ומאוחר יותר נבחרתי לתפקידים במסגרת הוועד הפועל.

ECPCP ערכה עד כה 22 מפגשים וודאי חלק מכם זוכרים את המפגש שנערך בישראל, בשנת 2013. מן המפגשים האלה ומן העבודה המשותפת יצאו ניירות עמדה ומאמרים רבים, חלקם כשתוף פעולה עם שאר הארגונים האירופאיים לרפואת ילדים, אך עיקר הגאווה של הארגון הוא בכמה יצירות מקוריות חשובות:

- פיתוח מערכת אינדיקטורים לפרקטיקה של רפואת הילדים הראשונית⁴
- פיתוח קוריקולום⁵ להתמחות ברפואת ילדים ראשונית אשר אומץ על ידי הקונסורציום העולמי לחינוך פדיאטרי⁶ GPEC ותורגם לסינית, ספרדית ופורטוגזית ומשמש בסיס להתמחות בכמה מדינות דרום אמריקה.
- מערכת מיומנויות מקצועיות להתמחות ברפואת ילדים ראשונית⁷ Entrustable Professional Activities
- שתוף פעולה הדוק בכתיבת ספר הכיס של ארגון הבריאות העולמי סניף אירופה ברפואת ילדים ראשונית⁸
- פרסום סדרת מאמרי סקירה על התערבויות מניעתיות ברפואת ילדים ראשונית⁹ כאמור, בשנת 2019 נבחרתי לסגן נשיא הקונפדרציה ובשנים 2021-2023 שימשתי כנשיא. היתה זו תקופה לא קלה, מושפעת בעיקר ממגיפת הקורונה העולמית. הפעילות שלנו ב-ECPCP נתנה בידינו כלים לפיתוח קוריקולום משלנו¹⁰ ודחפה את חיפ"א לפעילות בהרחבת ההכשרה הניתנת למתמחים ברפואת ילדים בנושא הרפואה הראשונית – קהילתית.



המפגש בחודש מרץ בתל אביב נערך בחסות ההסתדרות הרפואית והאיגוד לרפואת ילדים בישראל במתחם מידטאון תל אביב. הוא נפתח בברכות מטעם פרופסור ציון חגי, יו"ר הר"י ופרופסור צחי גרוסמן, יו"ר האיגוד הישראלי וכלל סימפוזיון בנושא בטיחות מזון בילדים ובו הרצאות מטעם פרופסור מחמט ווראל מטורקיה ופרופסור מאסימו פטואלו מנטובני מאיטליה.

פרופסור רלף וייגל מאוניברסיטת ויטן הרדקה בגרמניה הרצה על רפואת ילדים גלובלית והשפעתה על הרפואה הראשונית. פרופסור צחי גרוסמן דיבר על מחקר במתאר הרפואה הראשונית ושמענו סקירה מפיה של יושבת ראש האיגוד לרפואת ילדים באוקראינה,

פרופסור מרינה ממנקו, אודות הקשיים בעת מלחמה. עיקר זמן המפגש נועדו לעבודה בועדות אך 40 הנציגים האירופאיים ביקרו ביום שישי ביפו העתיקה וביום ראשון ביקור עבודה במרכז לבריאות הילד של כללית ברמת אביב ג' בהנהלתו של ד"ר יוסי לקס.

מאז המפגש אני מוצף במיילים של משתתפי הכנס עם הבעת תודה על האירוח, הרושם העז מן המדינה ומן המפגש עם עמיתים (ליממה הראשונה הוזמנו פרט לחברי ועד חיפ"א, כמה רופאים ישראליים וביניהם פרופסור יעקב ברקון, ד"ר יעקב שכטר, פרופסור אלי סומך, פרופסור אבנר הרמן כהן, פרופסור חן שטיין שמיר ועוד).

לא נותר לי אלא להודות לכל מי שטרח להצלחת האירוע.



1. McMillan J, Nieburg PI, Oski FA: The whole pediatrician catalog: A compendium of clues to diagnosis and management W.B. SAUNDERS COMPANY 1977
2. Katz M, Rubino A, Collier J, Rosen J, Ehrich JH. Demography of pediatric primary care in Europe: delivery of care and training. Pediatrics. 2002 May; 109(5):788-96. doi: 10.1542/peds.109.5.788. PMID: 11986438.
3. Barak S, Rubino A, Grguric J, Ghenev E, Branski D, Olah E; EPA/UNEPSA Committee. The future of primary paediatric care in Europe: reflections and Report of the EPA/UNEPSA Committee. Acta Paediatr. 2010 Jan; 99(1):13-8. doi: 10.1111/j.1651-2227.2009.01546.x. PMID: 19832739.
4. Ewald DA, Huss G, Auras S, Caceres JR, Hadjipanayis A, Geraedts M. Development of a core set of quality indicators for paediatric primary care practices in Europe, COSI-PPC-EU. Eur J Pediatr. 2018 Jun;177(6):921-933. doi: 10.1007/s00431-018-3140-z. Epub 2018 Apr 14. PMID: 29654400.
5. https://www.ecpcp.eu/fileadmin/pdf_doc_ppt/EPAs-ECPCP__Def_.pdf
6. <http://www.globalpediatrics.org/globalcurriculum/curriculumdownloadpdf.html>
7. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36584098/>
8. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/352485>
9. <https://bmcpediatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12887-021-02787-w>
10. <https://www.pediatrics.org.il/images/curriculum2015.pdf>

עדכונים מאתר חיפ"א

בעריכת ד"ר סטיבן ריינגולד
הכנסו למאגרי מידע באתר ותמצאו מידע רב:



- אלרגיה
- ספר כיס לרפואת ילדים ראשונית
- טיפת חלב
- תזונה והנקה
- חיסונים
- אישורים / חוזרים
- ועוד...

www.pediatrics.org.il

Food security and food safety: the importance of monitoring the presence of contaminants in the food chain to ensure food safety for children. (Commentary)

Massimo Pettoello–Mantovani MD, PhD^{1,2}, Francesca Scaltrito MD^{1,2}, Maria Teresa Grimaldi MD^{1,2}, Ida Giardino MD^{1,2}, Maria Pastore MD^{1,2}

1) European Pediatric Association–Union of National European Pediatric Societies and Associations, Berlin, Germany

2) Residency Course in Pediatrics, Scientific Institute “Casa Sollievo della Sofferenza” SGR, University of Foggia, Foggia, Italy.

The Authors declare no conflict of interest.

Corresponding Author:

Massimo Pettoello–Mantovani, MD, PhD,
Department of Pediatrics, Scientific Institute “Casa Sollievo della Sofferenza”,
University of Foggia, Foggia, Italy, E-MAIL: mpm@unifg.it – Phone:+39.0881588099 /
FAX: +39.0881.733718

Introduction

Food safety is undoubtedly an extremely topical issue that we hear about on a daily basis, often generalizing. In fact, the definition of food safety often generates confusion, and it is therefore important to define what is meant specifically by food safety and to clarify the important difference between Food safety and Food security¹.

So, before venturing a definition of food safety, it is necessary to split the concept into its two meanings: one related to "health" and the other related to "social economic." It is precisely from this splitting of the concept of food security that two additional concepts arise that are fundamental to a better understanding of the first: food safety and food security. In fact, in the agrifood sector, whenever food safety is mentioned, reference is made to these two categories: different from each other but complementary². Food safety is related the aspects related to safety understood as the hygiene and wholesomeness of a food. It is, in essence, that set of norms placed to protect human health, the basis of which is usually found in the constitutional charters of nations as the protection of citizens' right to health. Food security, on the other hand, is related to the more ethical (economic and social) aspects: it is, in fact,

the universal possibility of access to enough food to lead a dignified life. As mentioned earlier, the two concepts are complementary to each other and represent two different meanings of security: food security means the economic and social security of availability of food supplies and food safety means the hygienic and sanitary security of food supplies. In brief: Food security is a state of having a stable and sufficient or adequate supply of food, while food safety simply means freedom from any hazards^{3,4,5}.

This commentary article briefly describes the global impact of food insecurity and specifically discusses the issue of food safety and the importance of ensuring effective food monitoring that avoids the presence of contaminants, which due to their ability to bioaccumulate in the body, are detrimental to the health of the population from birth through childhood and adolescence and into adulthood.

The global issue of food insecurity

Food insecurity affects 41 percent of the world's children. According to UNICEF, the battle against hunger and malnutrition is not only fought in developing countries: 605 million children worldwide live in food insecurity, one in five in the U.S. and England^{3,4,5}. The Goal of Ending Hunger by 2030 set by the WHO and UNICEF also affects high-income countries. In fact, according to the Unicef Report "Prevalence and correlates of food insecurity among children across the globe," food insecurity continues to persist worldwide, regardless of the income category of countries. UNICEF data provide an estimate of food insecurity among children under the age of 15 through the "Gallup World Poll" (Gwp), a global survey that has also measured the prevalence of moderate to severe food insecurity among the population since 2014 through the "Food Insecurity Experience Scale" (Fies) metric. Starting with a concept of food security that refers quantitatively to sufficient availability of food and qualitatively to satisfactory nutritional and hygienic levels of food, the survey examines the responses provided by an adult in the household in which the child lives, which are considered indicative of the child's food insecurity status. Overall, in the countries covered by the survey, 41 percent of children under the age of 15 (605 million children globally) live in a household where food insecurity is moderate or severe, 19 percent (260 million) in a household in a state of severe food insecurity, and 45 percent (688 million children) in a household where, in the previous 12 months, there was not enough money to buy food. The Table shows that among high-income countries, it is Saudi Arabia, the United States and England that have the highest rates of child food insecurity: 27 percent, 20 percent and 19 percent, respectively. In other words, one in five children in these countries do not have access to food in sufficient

quantity and of satisfactory quality. In Japan, by contrast, only 1 percent of children live in this condition. Among low- and middle-income countries, 38 have levels of child food insecurity above 50 percent, stating that more than half of the children under the age of 15 in these countries have problems accessing enough nutritious food. Ranking first in terms of the number of children in this status is South Sudan (92 percent), followed by Liberia (89 percent) and Haiti (80 percent).

Food safety: a global problem

The World Health Organization (WHO) pays special attention to food security and safety, with respect to which it aims to facilitate prevention, detection and global response to public health threats associated with unsafe products^{3,4,5}. WHO data indicate that unsafe foods containing harmful bacteria, viruses, parasites or chemicals cause more than 200 illnesses-ranging from diarrhea to cancers. About 600 million-almost 1 in 10 people worldwide-get sick after eating contaminated food and 420,000 die each year, resulting in the loss of 33 million healthy life years (DALYs). Diseases such as diarrhea are the most common of those from contaminated food, affecting 550 million people and causing 230,000 deaths each year. Children under 5 years of age in particular suffer 40 percent of the damage from foodborne illness, with 125,000 deaths each year.

Access to sufficient quantities of safe and nutritious food is critical to sustaining life- However, promoting good health, and nutrition and food security are linked. Unsafe food fuels a vicious cycle of disease and malnutrition, particularly for the most fragile part of the population that includes infants, young children, the elderly, and the sick. Foodborne diseases hinder socioeconomic development by affecting health systems and affecting national economies, tourism and trade. Food supply chains cross multiple national borders. Good collaboration between governments, producers and consumers helps to ensure food security is universally recognized as the determining factor in solving this problem. However, this simple solution is poorly practiced due to numerous political-economic issues that prevent open and effective collaboration among stakeholders involved in public health assurance processes. The burden of foodborne illness with respect to public health and well-being and the economy has often been underestimated due to under-reporting and difficulty in establishing causal relationships between food contamination and subsequent illness or death.

As the world's population grows, the intensification and industrialization of agriculture and animal production to meet the growing demand for food create both opportunities and challenges for food security. Climate change also affects food

security, where changes in temperature alter the security risks associated with food production, storage, and distribution.

These challenges assign greater responsibility to food producers and handlers to ensure food safety. Local incidents, according to WHO, can quickly evolve into international emergencies due to the speed and range of product distribution. Serious foodborne disease outbreaks have occurred on all continents in the past decade, often amplified by global trade.

Unsafe food brings global health threats, endangering everyone and especially the vulnerable part of the population. For example, each year 220 million children contract diarrheal diseases and 96,000 die. Unsafe food feeds a vicious cycle of diarrhea and malnutrition, threatening the nutritional status of the most vulnerable. If food supplies are unsafe, people tend to switch to less healthy diets and consume more "unsafe food" where health risks are chemical, microbiological and others.

Food can be contaminated at any point of production and distribution, and data indicate that although food manufacturers bear the main responsibility, a large percentage of foodborne illness incidents are due to improperly prepared food or at home, in food service establishments or markets.

Food safety in the perspective of the European Union regulations

From an essential health perspective, food safety is understood as food and feed hygiene safety from the perspective of integrated environmental supply chain¹. In the legal understanding, food is defined as any processed, partially processed, or unprocessed substance or product intended to be ingested, or reasonably expected to be ingested, by human beings². However, the precise definition of food safety is still not so unambiguous, and in the countries of the European Union (EU), the closest notion is that of "food at risk," which is found to be covered in Article 14 of European Regulation EC 178/2002^{2,3}. This regulation is a key reference for the evolution of food law in Europe, as it introduces the general principles and requirements of food law, which are monitored by the European Food Safety Authority (EFSA)⁴, also establishing procedures in the field of food safety. The EFSA is responsible for the scientific assessment of risks while decisions regarding their management are the responsibility of European Union experts⁴. The regulations issued by the European Union^{3,4}, plays a priority role in food legislation which must be followed locally by the EU countries and issues some specific principles including risk analysis. Risk analysis is a systematic methodology for assessing the likelihood of occurrence of undesirable effects on

human health, associated with a specific type of food, in order to provide for the adoption of effective and targeted measures with the aim of increasing the safety of food use in adults and children. The EU pays close attention to the certification of foods and their contents, both in terms of allergenic agents and as contaminants^{2,5}.

Food safety: the protection of children's nutrition

Indeed, infants and children represent particularly vulnerable individuals with specific nutritional needs closely related to their condition as growing and developing organisms. The safety of food for consumption in infancy becomes imperative in the face of the functional immaturity of organs and apparatuses that physiologically characterizes this age group but exposes children to greater metabolic, biological and toxicological risks^{6,7}. The child differs from the adult in terms of efficiency of absorption mechanisms, different tissue compartmentalization, with higher percentage of total body water, reduced efficiency of protein-binding mechanisms, immaturity of enzymatic mechanisms and renal excretory that condition a potentially greater exposure to toxic contaminant metabolites from food. In addition, because food consumption per unit body weight is proportionally higher in children, for the same consumption, the risk of exposure to contaminants is higher than in adults⁸.

The quality of a food should be guaranteed from the field to the consumer. The phrase "From farm to fork" encapsulates the spirit of regulatory and control intervention in recent years: to ensure healthy and safe food throughout the production chain. The invitation posed to parents is to read the labels placed on foods and always document the origin of foods. The awareness that harmful and toxic substances, whether natural or synthetic, may be contained in foods leads to a desire to use all available resources to contain them below levels deemed safe for health. Particular attention must be paid to the health of children⁹.

Life expectancy since the last century has been increasing to the current 80 years. Having a long life expectancy is a great advantage, but it brings new problems. In order to reach advanced age in good health, risk factors for chronic-degenerative diseases that reduce quality of life must be reduced. Among the weapons available to maintain health, nutrition plays a key role since the infancy.

Prevention begins therefore at birth, in fact in the first years of life the human organism has specific characteristics that make it more sensitive. In fact, the child has different anatomical, physiological and functional aspects than the adult. An exposure in the early years of life to toxic substances may affect health many years later, when

showing a correlation will be difficult. For this reason, the principle of caution and precaution must always be the basis of any intervention aimed at infant feeding¹⁰.

It must be remembered that risk assessment associated with foods is based on certain parameters. The main one is the Recommended Daily Dose. This dose represents the amount of additive or contaminant that can be considered safe even when taken throughout life.

What most distinguishes a child's exposure from that of an adult is his or her consumption of food and drink, relative to body weight, is much higher. A child's needs are higher in terms of calories, nutrients, and water. This leads, for the same concentration of substances in the diet, to greater exposure in children than in adults. The risk of exceeding the threshold intake values per kg of body weight, as defined by toxicological studies, is therefore higher.

The main contaminants in food products can basically be divided into three main categories:

- **CONTAMINANTS FROM TREATMENTS:** pesticides, hormones, antibiotics, additives, GMOs, infectious prion;
- **NATURAL CONTAMINANTS:** mycotoxins, nitrates, bacteria, viruses;
- **ENVIRONMENTAL CONTAMINANTS:** metals, polychlorinated biphenyls, radionuclides, nanoparticles.

Recent data from the literature report that about 2 percent of fruit samples and about 1 percent of vegetable samples are found to be irregular due to the presence of pesticides above legal limits. In addition, about 25 percent of fruit samples and 5 percent of vegetable samples contain multi-residues, that is, residues of multiple pesticides are present at the same time.

Among the substances that can be carried by food we can specifically include Pesticides, i.e. herbicides, fungicides, which are by their nature endowed with potential toxicity. For these substances, maximum residue levels in food are set by law at the European level and regulated with particular restriction in the early childhood sector.

Substances used in animal husbandry practices. In animal husbandry various substances are used in the context of prophylaxis or treatment of diseases, i.e., antibiotics, or for feed improvement such as antioxidants. All of these substances can be residual in trace amounts in foodstuffs of animal origin.

Another important category for human health and in particular for children's health, are contaminants of natural origin i.e. mycotoxins and phycotoxins, and of environmental origin: heavy metals, dioxins. Substances all generally strictly regulated for their possible harmful effects.

Even in the case of GMOs, the precautionary principle applies and thus the desire not to have children eat meals that contain GMO vegetables and fruits.

Choosing foods that are safe for the child is therefore a responsibility that must be shared by those involved in the child's growth. It is therefore necessary to ensure that the child's diet is biologically safe, as well as varied and nutritionally adequate in terms of energy, macro and micronutrients for the proper development of his or her body.

The problem of infant food contaminants in the European Union

The EU's focus on child food safety is due to numerous studies that have reported health risks to children 0-3 years old due to the presence of food contaminants⁸. A recent study, published by the French Food Safety Agency (ANSES), analyzed during a six-year period 97 percent of the products that were part of the diets of a study group of children up to three years of age⁹. The ANSES researchers selected about 5.500 products and performed 457 samplings, totaling more than 200 thousand analytical results and analyzed 670 substances, belonging to different families of contaminants: metals and minerals, persistent organic pollutants, additives, substances released from food contact materials, newly formed compounds, mycotoxins, natural steroids, phytoestrogens and pesticide residues, and calculated the risk associated with the food products. The results showed that exposure levels and associated risk are considered acceptable or tolerable for only 90 percent of the substances considered, and for nine substances and families of compounds the researchers rate the situation as worrisome. The list includes arsenic, lead, nickel, polychlorinated dibenzodioxins and polychlorinated dibenzofurans (PCDD/Fs), polychlorinated biphenyls (PCBs), mycotoxins T2 and HT2, acrylamide, deoxyvalenol (DON) and furan. In particular, rice and rice products were found to be the main source of arsenic exposure. As for heavy metals, children are exposed to inorganic-toxic arsenic, mainly through rice, rice cereals, and homogenized fish and vegetables, should be closely monitored in order to limit their contamination.

Prevention of food contamination by an effective integrated monitoring system: the EU Horizon 2020 Safe Food For Infants (SAFFI) program

In a food context, the hazard implies a potential impact on consumers. Pathogenic microorganisms, chemical contaminants or physical agents can pose a threat to food, while hazard is defined as a biological, chemical or physical agent that makes a food unhealthy and exists when its ingestion causes harm. Despite efforts to minimize the presence of hazards, food safety is not absolute, and hazards are frequent. They can be unintentional or intentional¹⁰, and risk depends on both the likelihood of an adverse health effect and the severity of that effect, resulting from a hazard in a food. The EU pays close attention to the certification of foods and their contents, both in terms of allergenic agents and as contaminants^{2,5}. In particular, the EU has recently made an effort in the area of infant food safety, sponsoring a project⁶, called safe food for infants (Saffi), developed by a consortium of 14 partners from seven EU countries, which goal is to provide solutions to develop a most efficient multi-stakeholder surveillance system in the infant food sector⁷. The project will serve the object to integrate the tools and methods for detecting and managing infant food chain risks from primary production to the consumer. The European Pediatric Association-Union of National European Pediatric Societies and Associations (EPA-UNEPSA) is part of the consortium. The research centers involved in the European project SAFFI have adopted an integrated, multitask approach that can be applied to different areas of clinical relevance to food safety. Their integrated research program aims to develop an extensive and coordinated food hazard identification system based on multiple data sources and a risk classification procedure.

Conclusions

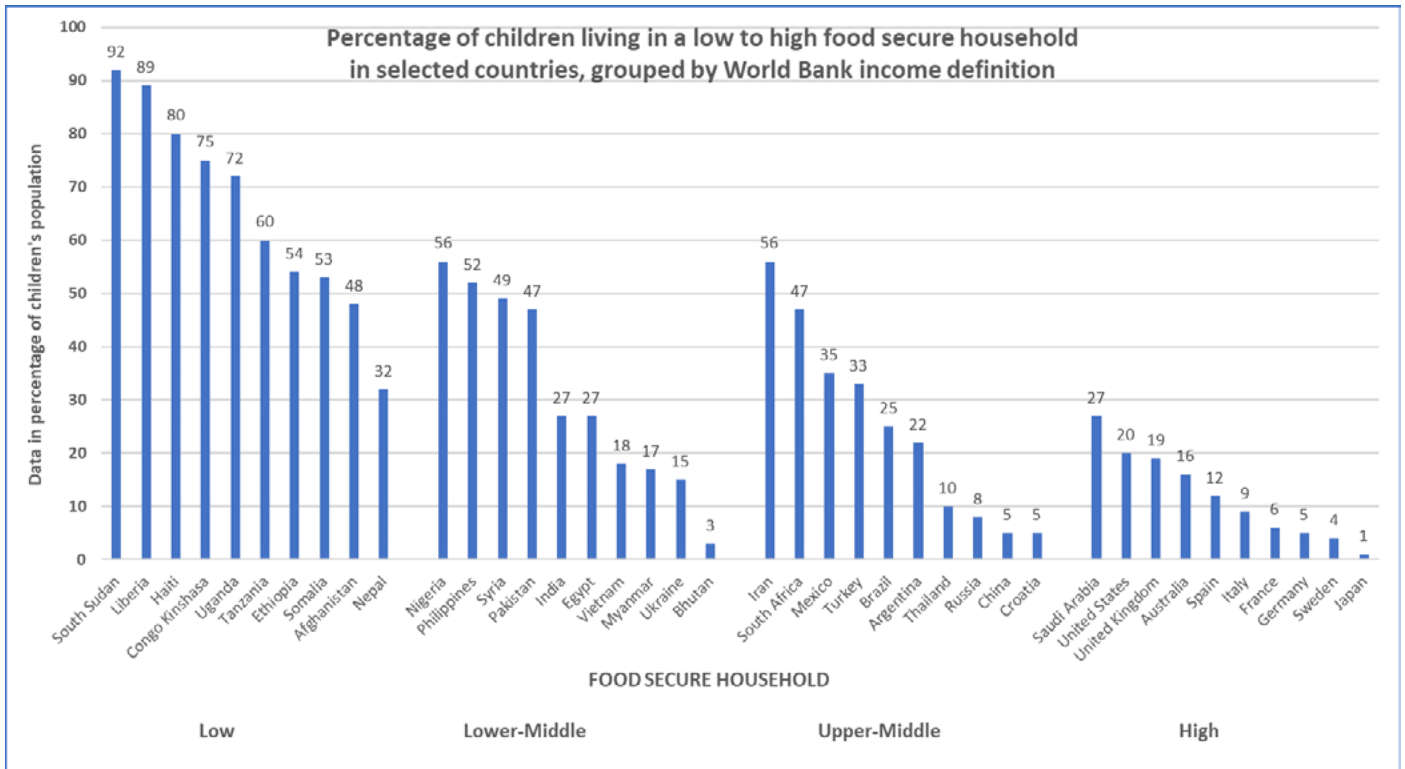
Good and safe nutrition is the key to ensuring the growth and healthy development of children¹¹. The European SAFFI project will contribute to the protection of children from unforeseen contaminants through predictive toxicology and improved risk-based food safety management of biohazards, and will provide stakeholders with an effective Hazard Control Decision Support System to improve safety monitoring throughout the food chain.

Acknowledgments: Authors are part of the Safe Food for Infant Sino-European project (SAFFI), funded from the European Union's Horizon 2020 research and innovation programme, grant agreement N°861917

References

1. Food and agriculture organization of the United Nations. Report of the World Food Summit. Rome, 13-17 November 1996. <https://www.fao.org/3/w3548e/w3548e00.htm> (Accessed April 1, 2023)
2. Pettoello-Mantovani C, Olivieri B. Food safety and public health within the frame of the EU legislation. *Global Pediatrics*. Volume 2, December 2022, 100020. <https://doi.org/10.1016/j.gped.2022.100020>.
3. European Commission. Working Document. Guidance document on the application of article 14 of regulation (EC) n°178/2002 as regards food contaminated with shiga toxin-producing escherichia coli (STEC). (Accessed April 1, 2023)
4. The European Food Safety Authority (EFSA). Overview. [https://european-union.europa.eu/institutions-law-budget/institutions-and-bodies/institutions-and-bodies-profiles/efsa_en#:~:text=The%20European%20Food%20Safety%20Authority,risks%20in%20the%20food%20chain](https://european-union.europa.eu/institutions-law-budget/institutions-and-bodies/institutions-and-bodies-profiles/efsa_en#:~:text=The%20European%20Food%20Safety%20Authority,risks%20in%20the%20food%20chain.). (Accessed April 1, 2023)
5. European Commission. Farm to Fork strategy. The European Green Deal Brief. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://food.ec.europa.eu/system/files/2020-05/f2f_action-plan_2020_strategy-info_en.pdf (Accessed April 1, 2023)
6. Republique Francoise. INRAE Institute. Safe Food for Infants in China and the EU project. https://www6.angers-nantes.inrae.fr/secalim_eng/Expertise-Projects/Hazard-analysis-and-Microbial-Risk-Assessment/SAFFI/SAFFI-H2020-Project (Accessed April 1, 2023)
7. Hauta-Alus HH, Korkalo L, Holmlund-Suila EM, Rosendahl J, Valkama SM, Enlund-Cerullo M, et al. Food and Nutrient Intake and Nutrient Sources in 1-Year-Old Infants in Finland: A Cross-Sectional Analysis. *Nutrients*. 2017 Dec 1;9(12):1309. doi: 10.3390/nu9121309. PMID: 29194422; PMCID: PMC5748759.
8. Mielech A, Puścion-Jakubik A, Socha K. Assessment of the Risk of Contamination of Food for Infants and Toddlers. *Nutrients*. 2021 Jul 9;13(7):2358. doi: 10.3390/nu13072358. PMID: 34371868; PMCID: PMC8308760.
9. French Agency for Food, Environmental and Occupational Health & Safety (ANSES). dietary exposure of children to chemical substances. https://chemycal.com/news/f2404ffd-ee74-418e-8c2e-5fa03dc7ee64/ANSES_presents_results_of_its_study_on_dietary_exposure_of_children_to_chemical_substances_ (Accessed April 1, 2023)
10. Al-Taher F, Jackson L, DeVries J. Intentional and Unintentional Contaminants in Food and Feed. American Chemical Society Symposia. 2029 Washington DC. OXFORD UNIV PR. <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://pubs.acs.org/doi/pdf/10.1021/bk-2009-1020.ch001> (Accessed April 1, 2023)
11. Petito A, Pop TL, Namazova-Baranova L, Mestrovic J, Nigri L, Vural M, et al. The Burden of Depression in Adolescents and the Importance of Early Recognition. *J Pediatr*. 2020 Mar;218:265-267.e1. doi: 10.1016/j.jpeds.2019.12.003. Epub 2020 Jan 10. PMID: 31932020

Table



Modified data from the World Bank

Food Safety perspective in Israel

Pnina Oren-Shneider,
Head of Food Control Service, Ministry of Health

From the perspective of Israeli regulations, food safety is a priority to protect consumers' health, maintain the integrity of the Israeli food industry, and promote international trade. The primary responsibility for food safety is shared between several government bodies, chiefly the Ministry of Health and the Ministry of Agriculture and Rural Development. These agencies implement the regulations and standards outlined in the Israel Food Law and other relevant legislations.

Key elements of Israeli food safety regulations include:

Production standards: These regulations ensure that food is produced and processed under sanitary conditions. It includes rules for the use of inputs such as pesticides and veterinary drugs, and principles of good manufacturing practices (GMPs) for food processing.

Hygiene and Sanitation: Businesses must maintain cleanliness in all areas where food is prepared, stored, or sold. Staff must be trained in proper food handling techniques to prevent contamination.

Risk Management: Many businesses are required to have a Hazard Analysis Critical Control Point (HACCP) plan, which identifies and controls potential hazards in food production and processing.

Storage and Transportation: Regulations are in place to ensure that food is stored and transported under conditions that prevent spoilage and contamination, such as maintaining appropriate temperature control for perishable foods.

Labelling: All food products must be accurately labelled. This includes information about ingredients, nutritional content, potential allergens, and the country of origin. Misleading advertising and claims are also regulated.

Import and Export Compliance: Both imported and exported food must comply with the food safety standards of the respective countries, including the Israeli standards for food safety and quality.

Inspections and Enforcement: Regular inspections are carried out to verify compliance with food safety regulations. Non-compliant businesses may face fines, product recalls, and in severe cases, closure of the business.

Recalls: In cases where food is found to be unsafe after it has been sold, a recall may be necessary to remove the product from the market. Businesses are required to cooperate fully in such situations.

Food safety is viewed as a shared responsibility in Israel, with both government and industry playing important roles. The goal of the regulations is not only to prevent foodborne illnesses, but also to build consumer confidence in the safety and quality of food products. The regulations are constantly evolving to keep pace with advances in food science and technology, changes in the global food supply chain, and shifts in consumer demands and expectations.

The year 2023 marked a significant shift in the food industry and regulatory approach to food safety standards in Israel. In an effort to streamline bureaucracy for both regulatory bodies and food businesses, while still maintaining internationally recognized food safety standards, the Israeli food safety authority within the Ministry of Health implemented adaptations of specific EU regulations. These regulations pertain to chemical and microbial contaminants, as well as pesticide residues.

The adopted regulations, adapted to fit the common foods and habits specific to Israel, are as follows: EC 2073/2005 addressing microbiological contaminants, EC 396/2006 focusing on pesticides, and EC 1881/2006 pertaining to chemical contaminants in food.

A novel pathway for food importation was also established, specifically targeting importers who incorporate a comprehensive food safety plan and risk management strategy throughout their entire supply chain.

This innovative approach shifts the responsibility for the safety of imported foods to the importer. Under this scheme, the importer is required to notify the regulatory authority about the food products they are importing, maintain complete traceability of the food, but they are not required to secure premarket approval and an import license from the Ministry of Health.

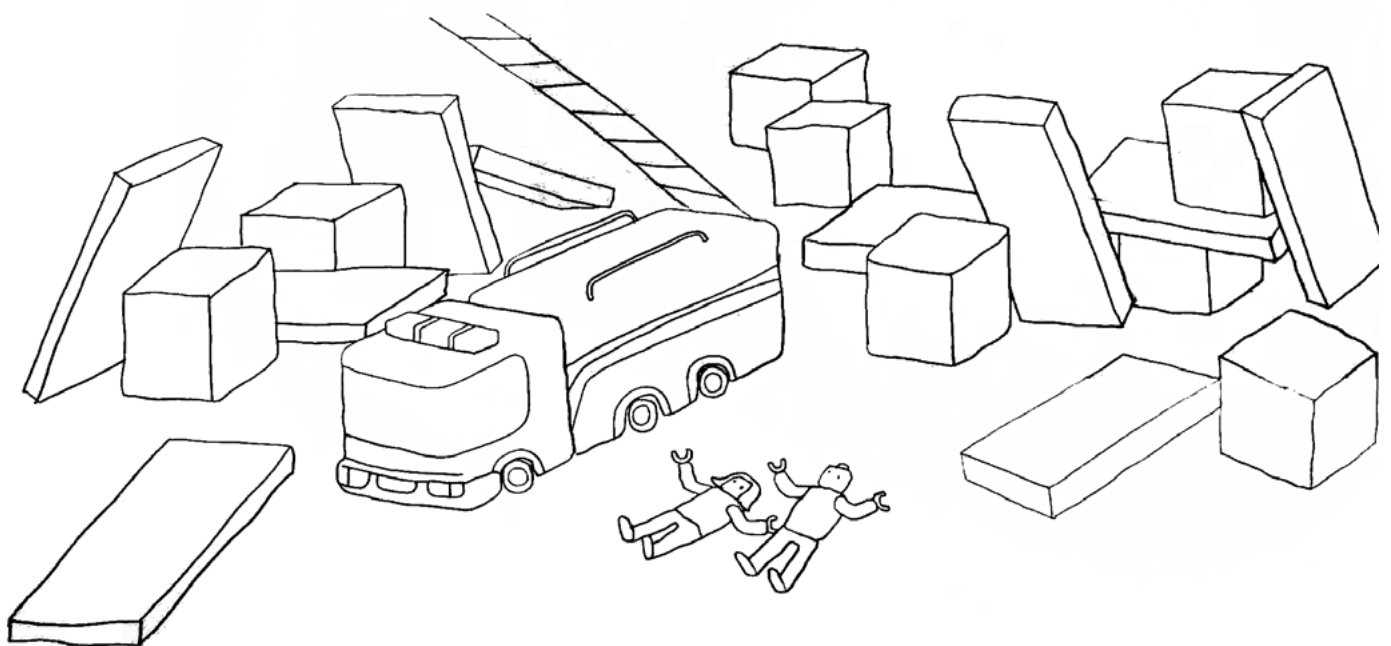
רופאי ילדים כשומרי סף בפני אובדנות

ד"ר דבי כהן,
רכזת תחום מניעת אובדנות, מחוז ירושלים, משרד החינוך

תקציר

אובדנות של ילדים ונוער היא אחת התופעות הטרגיות בתחום הפסיכיאטריה של הנוער והילד. בקרב בני 15-24 ההתאבדות מביאה בכל שנה בממוצע למותם של 80-100 קטינים וצעירים, והיא סיבת המוות המובילה כיום בישראל וברוב מדינות העולם המערבי. נתונים מראים כי 15%-25% מבני הנוער חושבים על התאבדות בכל רגע נתון. בעבר רווחה התפיסה שילדים בטרום גיל ההתבגרות אינם מתאבדים, אבל צבר הראיות הקיים היום בארץ ובעולם מעיד כי גם ילדים מסוגלים לרצות למות, לתכנן התאבדות ואף להוציאה לפועל. מציאות זו מחייבת את כלל הגורמים האמונים על הטיפול בילדים ובנוער לקחת חלק פעיל בתוכניות מניעת התאבדויות.

מאמר זה מתמקד בתפקיד רופא הילדים כ'שומר סף' (Gatekeeper) בפני אובדנות. שומר הסף צריך להיות מודע לנושא אובדנות בקרב ילדים ונוער, מסוגל לזהות סימני אזהרה התנהגותיים, קוגניטיביים, חברתיים ורגשיים לאובדנות, מסוגל לבצע בירור ראשוני עם הילד/ה והוריו/ה המאפשר תקווה, ולעזור להם להגיע לטיפול המתאים. ככל שסימני האזהרה מזוהים מוקדם והילד/נער שנמצא בסיכון מקבל עזרה, כך תהיה התוצאה טובה יותר. תוכניות מניעה מסוג זה מופעלות בהצלחה במסגרות רפואיות שונות ברחבי העולם.



במאה העשרים חלה עלייה דרמטית בשיעורי ההתאבדות בעולם, ואילו מאז שנות ה-90 חלה ירידה בשיעורי ההתאבדות של צעירים בעולם. קיימים הבדלים גדולים בשיעורי ההתאבדות בין אזורים שונים ובין מדינות שונות. ככלל, שיעורי ההתאבדות נוטים לעלות עם הגיל וכן ישנו דפוס מגדרי להתאבדות. התאבדות בקרב צעירים בגילאי 15-29 מהווה 8.5% מכלל ההתאבדויות בעולם, והיא הסיבה השנייה בדירוג הסיבות המובילות למוות בקרב צעירים. בישראל, כ-100 מתוך 500 המתאבדים בשנה הינם בגילאי 15-24 והתאבדות היא סיבת המוות הראשונה בקבוצת גיל זו. מספר גדול יותר של בנים מתים מהתאבדות, למרות שמספר גדול יותר של בנות מנסות להתאבד. ניסיונות התאבדות נחשבים לתופעה המאפיינת את גיל ההתבגרות והגילאים הפגיעים ביותר הינם 16-21. בשנים האחרונות כניסת עולם המסכים ובמיוחד הטלפון החכם וכן מגפת הקורונה נמצאו כבעלי השפעה שלילית על בריאות הנפש של ילדים ונוער וכן נמצאו קשורים להתנהגויות אובדניות.

עד לעשור האחרון אובדנות של ילדים בטרם גיל ההתבגרות (הגדרת המונח 'ילדים' אינה זהה בכל המחקרים) זכתה לתשומת לב מועט במחקרים ובהתערבויות מניעה וטיפול. בעשור האחרון מתרבים הסימנים המעידים על גידול ניכר בארץ ובעולם במחשבות ובהתנהגויות אובדניות בגילאים צעירים ואף במספר הילדים המתים בהתאבדות. משנת 2007 נמצאה בבדיקה של נתוני התאבדות בארצות הברית עלייה בשיעור ההתאבדות של ילדים בני 10-14, בעיקר בקרב קבוצות שהיו נתונות בסיכון נמוך עד כה כגון בנות בכלל ובנים אפרו-אמריקנים בפרט (Ruch et al., 2019; Bridge et al., 2015). גם מנתוני משרד הבריאות בישראל עולה שמספר הילדים בני 14 ומטה שמתו בהתאבדות מ-2012-2016 כפול ממספר הילדים שמתו בהתאבדות מ-2002-2006 (חקלאי אחרים, 2019). אשר לניסיונות אובדניים בארץ, בתוך עשור נמצא גידול של 62% במספר הילדים בני פחות מ-14 שהגיעו לחדרי מיון לאחר ניסיון אובדני, ועם זה בשנה הראשונה של מגפת הקורונה נרשמה ירידה במספרם (211 ניסיונות ב-2008 לעומת 342 ניסיונות ב-2018 ו-300 ניסיונות ב-2020, על פי נתוני המועצה הלאומית לשלום הילד, לקטי נתונים מ-2018 ומ-2020). על אף הגידול במספר הניסיונות האובדניים בגיל צעיר לא נרשם גידול של ממש במספר הקטינים (עד גיל 17) שביצעו ניסיונות אובדניים נכון ל-2018 (ברמן, ילדים בישראל שנתון 2018). נתונים אלה עשויים להצביע על מגמה של ירידה בגיל ביצוע ניסיון האובדנות. חשוב לציין שמספרים אלה ככל הנראה חסרים, מאחר שהם מתבססים על דיווחי משרד הבריאות ונכללים בהם רישומי פניות לחדרי מיון בלבד. בדיווחים אלה לא נכללים ניסיונות אובדנות שלא הגיעו לאשפוז, או שהגיעו למיון וסווגו כתאונה. במקרים רבים מעשה אובדני של ילד צעיר יסווג כתאונה בשל הטיה בגלל גיל הילדים, אופי האירוע או קושי של הילדים לדווח רטרופקטיבית על כוונת מעשיהם (אור־בך, 1987; Crepeau-; Hobson, 2010; Rosenthal & Rosenthal, 1984). אשר למחשבות אובדניות אצל ילדים, מחקרים מעידים של-6%-14% מהילדים באוכלוסייה הכללית היו מחשבות אובדניות, ו-1% מהם מדווח שביצע ניסיון אובדני (Giannetta et al., 2012; Janiri et al., 2020; Lin et al., 2014).

במדגם פיילוט ראשון (כהן ושות', 2023) מסוגו בארץ אסף משרד החינוך דיווחים של פסיכולוגים חינוכיים על ילדים ונוער שהתעורר כלפיהם חשד לסיכון אובדני. הדיווחים נאספו מ-38 שירותים פסיכולוגיים ברחבי הארץ שנכללו בתוכנית הלאומית. התקבלו דיווחים מיישובים שמייצגים את כלל האוכלוסייה בישראל מבחינת מגזר (יהודי/ערבי, חרדי/דתי/חילוני), רמה סוציאקונומית, גודל היישוב, ומיקומו הגאוגרפי. הפסיכולוגים בשפ"חים התבקשו למלא דיווח מקוון על כלל הפניות שטיפלו בהם ועלה חשד לסיכון אובדני. בדיווחים נכללו פרטים אישיים (גיל, כיתה, מגזר, מגדר) וכן נתונים שנוגעים לחשד האובדני (אופי האירוע – מחשבות/כוונות/ניסיון) ורמת הסיכון המוערכת (נמדד על סולם של חמש רמות – לא קיים סיכון עד סיכון גבוה מאוד). התקבלו 547 דיווחים על ילדים ובני נוער בני 5–19 שעלה חשד להיותם בסיכון אובדני. מניתוח הנתונים הראשוניים עלה ש-54% מהדיווחים היו על ילדים בני 5–12. עוד נמצא שככל שעולה גיל הילדים, כך עולה שכיחות התופעה. כמו כן, הדפוס המגדרי היה שונה בקבוצות הגיל השונות. בגיל צעיר, מגן חובה ועד כיתה ג', היה מספר הבנים בסיכון אובדני גדול ממספר הבנות; מכיתה ד' ועד ו' הייתה השכיחות בין המגדרים דומה; ומחטיבת הביניים והלאה המאזן מתהפך, ומספר הבנות שעלולות להיות בסיכון אובדני עולה לעומת הבנים. נוסף על כך נמצא שרמת הסיכון האובדני המוערכת אצל מרבית הילדים והנוער המגיעים לבירור בקהילה היא קלה עד בינונית, ומיעוטם ברמות הסיכון הגבוהות. רמת הסיכון המוערכת עולה במתאם עם גיל הילד – ככל שהילד מבוגר יותר כך עולה רמת הסיכון.

מהממצאים מהעולם ומהארץ המתוארים לעיל עולה שאף שמוות מהתאבדות בקרב ילדים הוא אירוע נדיר, אובדנות קיימת גם בקרב ילדים, ויש צורך להבין את התופעה ולטפל בה. ממצאים אלה מאששים את טענתו של אור־בך (1987) ולפיה עיסוק במוות מתחיל כבר בגיל שנתיים–שלוש, ורוב הילדים בני חמש עד שבע, וכמעט כל הילדים המבוגרים מהם, מבינים דיים שהמוות סופי, ופעולה שמכוונת להתאבדות תגרום למוות. כמו כן מציאות זאת שוללת את הטענה שילדים אינם מפותחים דיים לחוות רגשות קשים בעוצמה רבה כל כך, או לחלופין אינם מסוגלים לעבור משלב המצוקה הרגשית לתוכניות ואחר כך להוציאן אל הפועל. לצערנו, הניסיון המצטבר בשטח מעיד שבניגוד לרצון הטבעי שלנו, המבוגרים, לראות בילדים יצורים שמחים שנושא המוות אינו מעסיק אותם, בפועל ישנם ילדים שרוצים למות, ומיעוטם אף מנסים להוציא מחשבות אלה לפועל. הימנעות מהנושא או הכחשתו עלולות לפגוע ביכולת שלנו, כאנשי מקצוע האמונים על בריאות ילדים, לספק מענה מקצועי מותאם גם בתחום זה.

רופאי ילדים כשומרי סף בתחום אובדנות, לפי מודל ה-QPR:

אחת האסטרטגיות הנפוצות למניעת אובדנות היא הכשרת 'שומרי סף' (Gatekeepers) בשלב הראשון ברצף טיפולי כולל. המונח 'שומר סף' מתייחס לאנשים בקהילה שיש להם מגע ישיר עם מספר רב של חברי קהילה כחלק מהשגרה הרגילה שלהם. האנשים המוגדרים כ'שומרי סף' פוטנציאליים עשויים להשתנות בין אוכלוסיות שונות (כגון מורים, תלמידים

וצוות רפואי). שומרי סף משתתפים בהכשרה ייעודית כדי שיוכלו לבצע את הנדרש מהם במסגרת תפקידם כשומרי סף. במסגרות רפואיות, צוות טיפול ראשוני וצוות חדר מיון הוכשרו להיות שומרי סף (Tsai, Lin, Chang, Yu & Chou, 2011; Matthieu, Cross, Batres, Flora & Knox, 2008). שומר הסף צריך להיות מודע לנושא ומסוגל לזהות סימנים מדאיגים לאובדנות. תפקיד שומר הסף הוא לבצע התערבות עם הקטין אשר מאפשר תקווה, עוזר לו להגיע לטיפול המתאים ובכך מונע התאבדות.

רופאים זוהו כשומרי סף פוטנציאליים במניעת אובדנות בקרב נוער, מבוגרים וקשישים, בן השאר בשל הממצא שלמעלה ממחצית מהאנשים שמתו בהתאבדות פנו לרופא המשפחה שלהם בחודש שקדם למותם. עובדה זו קשורה ככל הנראה לכך שאנשים רבים חווים מצוקה רגשית באופן סומטי או נותנים פירוש סומטי למצוקה הנפשית. לחילופין, במקרים בהם הייתה פגיעה לא אובדנית או פגיעה אובדנית שלא הביאה למוות, הילד יגיע לרופא בכדי לטפל בצד הפיזי של הפגיעה. בנוסף, רופא נתפס כגורם סמכות אליו פונים במצב של מצוקה, גופנית ונפשית כאחד.

ההנחיות הקיימות לרופאים באשר לתשואל בנושא אובדנות נחלקות להנחיות הרואות תשואל בנושא זה, בכתב או בעל פה, כחלק מביקורת שנתית שגרתית המתייחסת למרכיבים פסיכו-סוציאליים בנוסף למרכיבים הגופניים, או לחילופין תשואל הנדרש לאחר שהרופא הבחין באותות אזהרה לסיכון אובדני. אותות אזהרה האמורים לחייב תשואל הינם מהתחום ההתנהגותי (התנהגות פגיעה עצמית לא אובדנית, התנהגות מסכנת, ניסיונות אובדניים קודמים, חלוקת חפצים, השארת מסר אובדני, היעדרות מביה"ס, הפרעות באכילה ושינה), קוגניטיבי (עיסוק כפייתי בנושא המוות, מחשבות אובדניות, ירידה בתפקוד הלימודי ובריכוז, חשיבה נוקשה/ צרה ומצומצמת, בלבול), חברתי (מסתגר בבית, נסיגה בתפקוד חברתי), רגשי (דכדוך, חרדה, חוסר אונים, חוסר תקווה/ ייאוש/ תחושת מלכוד, כעס, מחשבות שליליות לגבי עצמי, רגשות אשמה, תחושה שהוא לא רצוי ומיותר בעולם). יש להדגיש שאצל ילדים צעירים לעיתים קרובות התנהגות אובדנית נראית כתאונה (נפילה ממקום גבוה, כניסה לכביש סואן). תשואל של רופא כחלק ממעקב שגרתית או במענה לאותות אזהרה, מחייב הקצאה של זמן שהינה מעבר לנהוג בביקור רופא שגרתית העומד כיום על כ-7 דקות למטופל. הקצאת זמן זו אמורה להספיק לשלושת מרכיבי התשואל אשר יפורטו להלן.

תכנית ה-QPR (Quinnet, 1995) הינה התכנית הידועה והנפוצה ביותר להכשרת שומרי סף למניעת התאבדויות. מדובר בתכנית להכשרת שומרי סף בקהילה הבנויה משלושה מרכיבים: תשואל, שכנוע והפניה. על פי המודל, למידה של שלושה צעדים פשוטים יכולה למנוע מאדם להתאבד. ראשית, חשוב שאנשים יזהו את סימני האזהרה למחשבות ולרגשות אובדניים (תשואל, Question) ככל שסימני האזהרה המוקדמים מזוהים מוקדם והאדם שנמצא בסיכון מקבל עזרה, כך תהיה התוצאה טובה יותר. שנית, התשואל מוביל לשיחה בה מעודדים את האדם לפנות לגורמי סיוע וטיפול מתאימים (שכנוע, Persuade). לבסוף,

ההפנייה מובילה לביצוע התערבות וטיפול מוקדם, שיובילו לתוצאות טובות יותר (הפנייה, Refer).

חשוב שהשיח של הרופא עם הילד/ה יעשה באווירה מקבלת ולא שיפוטית. ילדים רגישים עד מאוד לתגובה הרגשית של המבוגר. ילד הקולט את תגובת ההלם של המבוגר ייסוג במהרה, מאחר ויבין מתגובת המבוגר שאין נושא זה מקובל לשיחה ושסור לדון בו. לחילופין, מבוגר המגיב בצורה פתוחה ומקבלת משדר לילד שניתן לשוחח גם על נושאים מורכבים כגון עצב ורצון למות. על המבוגר להיות קשוב גם למסרים הלא מילוליים שעוברים במהלך תהליך ההערכה ומצביעים על סימנים לדאגה כגון חוסר שקט, אפקט שטוח/ לא תואם/ מדוכדך (שער, 2018).

השיחה עם הקטין כוללת שאלות ישירות על מחשבות, שיטה, כוונה ותוכנית בתחום האובדני וכן בתשאל של ילדים יש להוסיף שאלות שמוודאות שהילד מבין את מושג המוות, ובכלל זה את סופיות המוות. **חשוב להדגיש שתשאל ישיר לגבי מחשבות והתנהגויות אובדניות, אינו מעלה את הסיכון להתנהגות אובדנית בעתיד, אלא מפחית אותו** (Shain, 2016; Gould et al., 2005). בתהליך הערכתו של ילד חשוב לזכור שילדים לעיתים יתקשו לבטא את הרגשתם במדויק. הקושי בשיום עשוי לנבוע מקושי שפתי (הילד אינו מכיר את המילה להתאבד), מקושי בזיהוי רגשות (יאמר "משעמם לי" במקום "עצוב לי") או מקושי בין-אישי (חשש מפני חשיפה בפני אדם לא מוכר). בסוף השיחה עם הילד חשוב להוסיף אמירה ברורה שאני מאוד דואג/ת לו ולא רוצה שהוא ימות או יפגע בעצמו. כמו כן, יש להסביר לילד/ה מה הצעדים הבאים בטיפול במצוקה שלו/ה. יש לזכור שמחובתם של המבוגרים בחיי הילד לדאוג לשלומם ולכן לסירוב של הילד לקבלת עזרה, אין תוקף חוקי.

גיוס ההורה להבנת המצב ולשיתוף פעולה: בחדר רופא הילדים, בזמן הבירור הראשוני, נמצאים הילד ולרוב אחד מהוריו או מבוגר אחר. במידה והמטופל נמצא ללא מבוגר, יש להקפיד ליצור קשר עם ההורים או אפוטרופוס, ליידעם בצעדים שננקטו ולבקש שיגיעו ללוות את ילדם. אם נקבע שישנו חשד לסיכון אובדני, אין לאפשר לילד ללכת לדרכו ללא השגחה.

מלבד בירור ראשוני של הסיכון האובדני, מטרת הפגישה היא לגייס את ההורה כסוכן שינוי משמעותי בחיי הילד בשלב הקריטי שאליו הם נקלעו. חשוב לאזן נטייה טבעית של ההורה להכחיש ולהקטין את האירוע או לחילופין נטייה לשקוע בתוך תחושות של חרדה ויאווש. בשלב ראשון, להורים תפקיד מרכזי בנתינת פשר לחשד האובדני שעלה כחלק מתהליך הבירור הראשוני. בשלב שני, ההורים מתבקשים להעביר מסר ברור לילד של שותפות, דאגה ותקווה לשינוי; ובשלב השלישי, חשוב שההורים יהיו שותפים מלאים בצעדים הדרושים לשיקום התחושה של הילד שהוא מוערך ושווה ולכן שחיו בעלי משמעות ושאינו לפגוע בהם.

חשוב לברר עם הורי הילד האם הם ערים לשינויים בהתנהגות של הילד שהתרחשו במקביל להופעת החשד לסיכון אובדני (שינויים בדפוסי אכילה, שינה, משחק, ירידה בתפקוד הלימודי, כאבים פיזיים לא מוסברים). יש לברר האם קרה לאחרונה משהו בסביבתו של הילד המסביר את השינוי הנצפה במצב רוחו, כגון האם הילד נחשף באופן ישיר או עקיף לטראומה או למוות בסביבתו הקרובה וכן האם יש פסיכופתולוגיה במשפחה. בנוסף, כדאי לשאול את ההורים האם יש אחרים בסביבתו של הילד המשתמשים באמירות אובדניות אותם הילד יכול לחקות. יש לשאול את ההורים האם הם היו חשופים לאמירות ישירות או עקיפות (דרך משחק) או להתנהגויות אובדניות מצד הילד. חשוב לשאול גם לגבי נטייה של הילד לבצע מעשים מסוכנים (לדוגמא, טיפוס על מקומות גבוהים, ריצה לכביש סואן), שכן התנהגויות אובדניות בגיל צעיר מתויגים לעיתים קרובות על ידי הסביבה כתאונות.

לאחר שיחת הבירור הראשוני עם הילד והוריו הרופא ישתף את ההורים בדאגה לסיכון אובדני. הרופא ידגיש בפני ההורים את חשיבות ההשגחה על הילד עד להשגת תשובה לגבי רמת הסיכון הקיימת ויבדוק יחד איתם האם יש צעדים מידיים שיש לנקוט להפחתת זמינות לאמצעי פגיעה (לדוגמא, התקנת סורגים על חלונות בקומה גבוהה, נעילת מרפסת, הוצאה של כלי נשק ותרופות מהבית). חשוב לברר את העמדה של ההורים ביחס לאמירה האובדנית או להתנהגות האובדנית של ילדם ולהדגיש בפני ההורים את הרגישות הרבה של הילד לתגובה הרגשית שלהם. הרופא ייתן להורים המלצות ברורות לגבי המשך תהליך ההערכה וכן יצייד את ההורים עם דו"ח מסכם כתוב קצר לטובת גורמי הערכה וטיפול.

במקרים של חשד לסיכון אובדני, הקפידו לעבוד בצוות. יש להתייעץ עם גורם בריאות הנפש בקופת החולים ולהקפיד על תיעוד. הקפידו לבצע מעקב על ביצוע ההמלצות שניתנו.

הנחיות QPR מתוך ספרון כיס לשומר סף של התכנית הלאומית למניעת התאבדויות במשרד הבריאות:

Question / לשאול באופן ישיר על מחשבות / כוונה / שיטה / תוכניות:

- בירור רצון למות: "האם את/ה כל כך עצוב/ה עד שאת/ה רוצה למות או לישון ולא לקום?" , "כשאנשים עצובים, הם לפעמים רוצים למות. גם את/ה מרגיש/ה ככה?"
- בירור מחשבות אובדניות: "האם יש לך מחשבות על לפגוע בעצמך או להרוג את עצמך?"
- בירור כוונה להתאבד: " אתה מתכוון לפגוע בעצמך? להרוג את עצמך?"
- בירור שיטה / תוכנית: "חשבת על איך תפגע בעצמך? מתי? איפה?"

Persuade / לשכנע לקבל עזרה מקצועית:

בשלב זה יש לשקול עד כמה המצב הוא קריטי (חירום) והאם הוא מצדיק הזמנת משטרה, אמבולנס או פניה למיון.

אם ההחלטה היא לא להזמין גורם אחר, השלב הבא הוא שלב השכנוע: לשכנע את הילד/ה ואת הוריו לקבל עזרה מקצועית. חשוב לתת לילד/ה ולהוריו הרגשה שהם לא לבד ולפתוח פתח של תקווה. חשוב שהאמירה תכלול אמפטיה והבנה למצבו של הילד/ה וגם הצעה למוצא. מטרת האמירה: לשכנע שיש מה לעשות ושטיפול יכול לעזור.

לדוגמא: "אני יודע/ת שקשה עכשיו לראות תקווה, אבל יש הרבה אנשים טובים/ אנשי מקצוע שיכולים לעזור לך ולתת לך כלים להתמודד"

בין אם הילד הסכים לקבל עזרה ובין אם לא, ההמלצה היא לא להשאיר אותו לבד ולא להישאר לבד.

בכל קופת חולים ישנה כתובת לנושא. חשוב לדעת מי הכתובת ולפנות אליה כשצריך.

Refer תהליך ההפניה:

לאחר קבלת הסכמה מההורים לקבל עזרה, יש לתת להם מידע על מקורות עזרה ולעזור להם להגיע אליהם.

גורמי סיוע של בריאות הנפש בקופות החולים:

כללית 2700*
מכבי 4555*, 3555*
מאוחדת 3833*
לאומית 1-700-727466

הפניה בחירום: חדרי מיון בבתי חולים כלליים ובבתי חולים לבריאות הנפש

סיכום והמלצות

ההכרה בהיקף תופעת האובדנות בקרב קטינים בישראל מדגישה את הצורך בהעלאת המודעות לנושא זה בקרב רופאי ילדים המטפלים בילדים ובנוער, זאת בכדי לאפשר איתור מוקדם והפניה מהירה להערכה וטיפול בסיכון אובדני. רופא הילדים הפוגש ילדים ונוער כחלק משגרת עבודתו יכול לשמש כ'שומר סף' (Gatekeeper) בפני אובדנות, כחלק מרצף טיפולי כולל. על שומר הסף לזהות סימני אזהרה התנהגותיים, קוגניטיביים, חברתיים ורגשיים לאובדנות, לבצע בירור ראשוני עם הילד/ה והוריו/ה המאפשר תקווה, ולעזור להם להגיע לטיפול המתאים. ככל שסימני האזהרה מזוהים מוקדם והקטין שנמצא בסיכון מקבל עזרה, כך תהיה התוצאה טובה יותר.

בכדי שרופא הילדים יוכל למלא תפקיד זה באופן מקצועי יש צורך בהכשרת שומרי סף לכלל רופאי הילדים בישראל. תשאל של רופא כחלק ממעקב שגרתו או במענה לאותות

אזהרה, מחייב הקצאה של זמן שהינה מעבר לנהוג בביקור רופא שגרתי העומד כיום על כ-7 דקות למטופל. כמו כן חשוב שתהיה לרופאי הילדים כתובת זמינה להתייעצות עם גורמי מקצוע בזמן אמת וכן רשימה של אנשי מקצועות בריאות הנפש אליהם ניתן להפנות ילדים ונוער בסיכון אובדני באופן מידי להמשך הערכה וטיפול. חשוב ללוות התערבות זו באיסוף נתונים לגבי יעילות ההתערבות וכן הכרעה בשאלה האם יש לשלב שאלת אובדנות כחלק ממעקב שנתי שגרתי או רק בהתערבות לאחר שעולה חשד לסיכון אובדני.

רשימת ספרות

1. אור-בך, ישראל (1987). ילדים שאינם רוצים לחיות. רמת-גן: אוניברסיטת בר-אילן
2. ברמן, צ' (2018). ילדים בישראל – שנתון 2018. המועצה הלאומית לשלום הילד. <https://bit.ly/3k97Qkt>
3. המועצה הלאומית לשלום הילד. ילדים בישראל 2019, השנתון הסטטיסטי לקט נתונים. ירושלים. <https://bit.ly/3iEHmjF>
4. המועצה הלאומית לשלום הילד. ילדים בישראל 2021, השנתון הסטטיסטי לקט נתונים. ירושלים. <https://bit.ly/3IUz1mq>
5. חקלאי, צ', גולדברג, נ' ואבורבה, מ' (2019). אובדנות בישראל, עדכון יוני 2019. משרד הבריאות. <https://www.health.gov.il/PublicationsFiles/Loss-nov2021.pdf>
6. כהן, ד., ברונשטיין קלומק, ע., יצחקי, ל. (2023). סיכון אובדני אצל ילדים עד גיל 12. פסיכואקטואליה, 89, 21-29
7. משרד הבריאות, היחידה למניעת אובדנות. התכנית הלאומית למניעת אובדנות: ספרון כיס לשומר סף
8. שער, יזהר (2018). לרצות למות ולהשאר בחיים. המפגש האמפטי והערכת סיכון אובדני בקרב בני נוער. פרסום פנימי.
9. Bridge, J. A., Asti, L., Horowitz, L. M., Greenhouse, J. B., Fontanella, C. A., Sheftall, A. H.,... Campo, J. V. (2015). Suicide trends among elementary school-aged children in the United States from 1993 to 2012. *Journal of the American Medical Association Pediatrics*, 169, 673– 677. <http://dx.doi.org/10.1001/jamapediatrics.2015.0465>
10. Crepeau-Hobson, F. (2010). The psychological autopsy and determination of child suicides: A survey of medical examiners. *Archives of Suicide Research*, 14(1), 24-34.
11. Giannetta, M.M., Betancourt, L.M., Brodsky, N.L., Wintersteen, M.B., Romer, D., Giannetta, J.M., & Hurt, H. (2012). Suicidal ideation and self-harm behavior in a community sample of preadolescent youth: A case control study. *Journal of Adolescent Health*, 50, 524-526.
12. Gould MS, Marrocco FA, Kleinman M, Thomas JG, Mostkoff K, Cote J, Davies M (2005). Evaluating iatrogenic risk of youth suicide screening programs: a randomized controlled trial. *JAMA*. ;293(13):1635.
13. Janiri, D., Doucet, G. E., Pompili, M., Sani, G., Luna, B., Brent, D. A., & Frangou, S. (2020). Risk and protective factors for childhood suicidality: A US population-based study. *The Lancet Psychiatry*, 7(4), 317–326. doi:10.1016/S2215-0366(20)30049-3
14. Lin, F.G.; Lin, J.D., Hsieh, Y.H. & Chang, C.Y. (2014). Quarrelsome family environment as an enhanced factor on child suicidal ideation, *Research in Developmental Disabilities*, 35, 3245-3253.

15. Matthieu, M. M., Cross, W., Batres, A. R., Flora, C. M., & Knox, K. L. (2008). Evaluation of gatekeeper training for suicide prevention in veterans. *Archives of Suicide Research*, 12(2), 148-154
16. Quinnett P. QPR: Ask a Question, Save a Life. The QPR Institute and Suicide Awareness/Voices of Education; 1995.
17. Rosenthal, PA., Rosenthal, S. (1984). Suicidal behavior by preschool children. *The American Journal of Psychiatry*, 141(4), 520-525.
18. Ruch, D.A., Sheftall, A.H., Schlagbaum, P., Rausch, J., Campo, J.V., & Bridge, J.A. (2019). Trends in suicide among youth ages 10-19 years in the United States, 1975-2016. *JAMA Networks Open*, 2(5), e193886. Doi: 10.1001/jamanetworkopen.2019.3886
19. Shain, B. (2016). Suicide and Suicide Attempts in Adolescents. *Pediatrics* ;138(1)
20. Tsai, W. P., Lin L. Y., Chang H. C., Yu L. S., and Chou M. C., "The Effects of the Gatekeeper Suicide-Awareness Program for Nursing Personnel," *Perspectives in Psychiatric Care*, Vol. 47, No. 3, July 2011, pp. 117-125.

קיים חשש שמטופל שלך נמצא בסיכון אובדני? רוצה להתייעץ כיצד לפעול?

מוקד ייעוץ פסיכיאטרי לאנשי מקצוע*

עומד לרשותך

ראשון עד חמישי

08:00-16:00

***6045**

המוקד מאויש ע"י צוות פסיכיאטרים ומיועד למטפלים הזקוקים לייעוץ והכוונה כיצד לסייע ולפעול במקרים של חשש למצוקה אובדנית



התוכנית הלאומית
למניעת אובדנות



אתר התוכנית הלאומית
למניעת אובדנות



שאלון אונליין להערכה
ראשונית של סיכון אובדני

*המוקד מיועד לייעוץ בלבד, היעוץ אינו מהווה תחליף להערכת סיכון מסודרת על ידי איש מקצוע מומחה

מהי?
התנהגות מוכיח
מדאיגה אצל
ילדים?

האם?
הבית שלי בטוח עבור הילדים שלי?

איך?
מצויבים גבולות
נכונים לילדים?
באיזה
גיל מתחילים
להקריא סיפורים?
ואיזה?

איך?
מתחילים
גמילה
מחיתולים?

מדוע?
חשוב להקדיש זמן
לארוחות משפחתיות?

מתי?
כדאי להיפרד
מהמוצץ?
מתי?
גם לילדים אפילו
CLX ואלו
יש?

מדוע?
חשוב לבנות דימוי גוף
חיובי מגיל צעיר?

איך?
מטפלים בחוסר
בטחון?
מתי?
התעוררות משינה
בלילה הופכת לבעיה?

איילו
משחקים אפשר להכין
ממה שיש בבית?

?

יש לך שאלות? לנו יש תשובות!

www.gadalta.org.il



גושן
GOSHEN

בריאות ורווחת הילד בקהילה
Community Child Health & Well Being
صحة ورفاهية الطفل في المجتمع المحلي

كيف كبرنا!

منتدى صحة ورفاه الطفل في المجتمع
من قبل جمعية جوشن، بمرافقة أطباء ومختصين

בפיקוח
ועדה
רחנית

צת אמדוא!

פורטל בריאות ורווחת הילד והמשפחה
מבית עמותת גושן, בליווי רופאים ואנשי מקצוע

איך מדארת!

פורטל בריאות ורווחת הילד בקהילה
מבית עמותת גושן, בליווי רופאים ואנשי מקצוע



תפקיד רופא הילדים בבריאות הנפש



בריאות ורווחת הילד בקהילה
Community Child Health & Well Being
صحة ورفاهية الطفل في المجتمع المحلي

איפה זה פוגש אותנו?



"נראה שכלום לא מעניין אותו וכלום לא משמח אותו יותר", "אני מודאגת מצורת האכילה שלה והירידה במשקל", "מתלמידה מצטיינת היא הפכה לסרבנית לימודים", "היא לא מוכנה יותר לנסוע ברכבת הקלה, אני נאלצת להסיע אותה לכל מקום", "היא ישנה רק עם אור וקמה שוב ושוב בלילה".

אמירות אלו ודומות להן נשמעות בחדר הרופא במרפאה על בסיס כמעט יומיומי, ועשויות להוות שער כניסה לתוך עולם בריאות הנפש של הילדים המטופלים אצלנו.

עד כמה זה שכיח?



בריאות נפשית הינה חלק אינטגרלי מבריאותם הכללית של ילדים, לצד בריאותם הפיזית. בגיל הילדות ובתקופת הנעורים, שכיחות הקשיים והבעיות בתחום בריאות הנפש הוא גבוה - במחקרים מסויימים מגיע עד לכדי 1 מתוך כל 5 ילדים¹. בסקר הורים שבוצע בישראל, דיווחו מעל 25% מההורים לילדים בגילאי שנתיים עד 10 שנים על מטרדות בנוגע לקשיים נפשיים של ילדיהם, בעיות התנהגות, בעיות סומטיות חוזרות או התמודדות עם היבטים פסיכוסוציאליים משפחתיים². סקר נוסף מצא כי כ-5% אחוז מילדים ובני נוער בגילאים 12-18 סובלים מדיכאון, כ-8% סובלים מחרדה, כ-3% סובלים מהפרעות אכילה וכ-10% סובלים מדחק³, שכיחות קשיים אלו גדלה במהלך מגפת הקורונה, כתוצאה מהריחוק החברתי והשלכותיו³⁻⁷.

בשנים האחרונות אנחנו רואים עליה מתמדת בצריכת שירותים בתחום, שלצערנו אינה מלווה בעלייה מספקת בזמינות השירות, ועל כן ילדים רבים החווים קשיים נפשיים אינם מאובחנים, או אינם מקבלים טיפול בזמן⁸. בהעדר מענה מתאים יהפכו חלק מהבעיות לכרוניות, ועלולות להשפיע לא רק על שנות הילדות והנוער, אלא לתת את אותותיהן גם בחיים הבוגרים, בהשפעה על בריאות הנפש, השכלה, תעסוקה, חיי חברה, עבריינות, שימוש בסמים ועוד⁹.

בריאות הנפש במרפאה הראשונית



למרות השכיחות הגבוהה של בעיות אלו, ילדים רבים פונים לקבלת סיוע נפשי בשלבים מאוחרים יחסית, כשעוצמת הסימפטומים כבר גבוהה, בשל שילוב של מגוון סיבות, ביניהן- זיהוי מאוחר של קשיים, פניה מאוחרת לשירותי בריאות- בשל חשש מפני סטיגמה ותיג, וכן העדר זמינות של אנשי מקצוע, היבטים כלכליים של טיפול פרטי, ועוד.

פער זה מעמיד בפני רופאי הילדים בקהילה את ההזדמנות, כמו גם את האחריות, למתן מענה ראשוני בתחומים אלו, החל מקידום בריאות נפשית בשגרה, ועד זיהוי גורמי סיכון, איתור מוקדם של בעיות, ומתן מענה ראשוני במסגרת הקהילה. כשירות אוניברסלי, לא סטיגמטי ונגיש במדינת ישראל, רופא הילדים בקהילה הוא לרוב הכתובת הראשונה לפניה של הורים וילדים עם קושי בתפקוד ועם שאלה בנוגע לבריאות הנפש. בנוסף, ייחודיותו של רופא הילדים כבעל מערכת יחסית טיפולית ארוכת טווח עם ילדים ומשפחות, המבוססת על אמון והעצמה, וממוקד במשפחה, מאפשרת לו להיות במקום המתאים ובזמן המתאים עבור משפחות וילדים הזקוקים למענה בתחום זה.

לרופא הילדים פוטנציאל השפעה וסיוע בשמירה על בריאות הנפש של הילדים באופנים רבים, ולכל אורך רצף החומרה, באמצעות סוגים שונים של התערבויות:

- חיזוק חוסן נפשי בקרב הורים וילדים, באמצעות עידוד וקידום בריאות נפשית תקינה, תשומת לב להתפתחות חברתית, רגשית ולימודית.
- הכרה באירועים משמעותיים בילדות ובהשפעה שלהם לאורך החיים, והתמודדות עם השלכות של אירועי חיים שליליים.
- מתן התערבויות מניעתיות והנגשה של כלים.
- איתור מוקדם של בעיות ומתן מענה ראשוני.
- טיפול ומעקב בילדים מתמודדים ועם הפרעות משמעותיות, תוך תיאום טיפול עם גורמי בריאות הנפש ומעקב אחר טיפול תרופתי.

לצערנו, על אף תפקידו המשמעותי של רופא הילדים כציר טיפולי מרכזי בתחום, כמחצית מההורים המוטרדים מבעיות בתחום זה בישראל, דיווחו כי לא שיתפו את רופא הילדים בקושי של ילדיהם, בעיקר כי לא ראו ברופא הילדים כתובת בנושאים אלו, במחשבה כי נושאים אלו אינם רלוונטיים לעבודת רופא הילדים, ובמקביל דיווחו רופאי הילדים כי אין להם די ידע וכלים על מנת להתמודד עם נושאים אלו².

על מנת לתת מענה רגיש ומותאם כך שהילד יוכל לשוב למסלול התפתחותי תקין, ניתן להיעזר בהמשגה חדשה, שעשויה לסייע להורים ולרופאים לאתר מוקדם יותר את הזקוקים לטיפול, תוך התערבות מתאימה בכל שלב. מודל זה, שהוצע באוסטרליה, מציע להתרחק מהקביעה הבינארית של ילד בריא נפשית/ילד עם קושי מאובחן, ובמקום זאת לבחון כיצד ההתמודדות של הילד ממוקמת על רצף שבין בריאות וחוסן נפשי לקושי משמעותי. על פני רצף שכזה מחד יהיו ילדים שהינם בעלי בריאות וחוסן נפשי (well), ילדים המתמודדים באופן זמני או קבוע עם אתגרים (coping)- המסוגלים באמצעות משאבים פנימיים לצלוח את האתגרים, ילדים הנאבקים עם קושי מסוים (struggling) וזקוקים לעזרה ותמיכה נוספים, וילדים עם הפרעות משמעותיות (unwell) הזקוקים לעזרה מקצועית ומורכבת.

תפקיד רופא הילדים בקהילה

- על מנת להתמודד עם ההצפה בקשיים בתחום בריאות הנפש, עלינו לחתור למספר יעדים ליישום במסגרת מרפאות הילדים בקהילה.
- עידוד וקידום בריאות וחוסן נפשיים
- זיהוי ילדים שמתקשים יותר (struggling) ובעלי הפרעות משמעותיות (unwell), וסיוע בהפנייתם למקורות טיפול ועזרה.
- ניהול ותיאום הטיפול הרב מקצועי
- ליווי ותמיכה מתמידים לילד ולמשפחה לאורך ציר הזמן

כלים בסיסיים להתמודדות במרפאה הראשונית

על מנת לאפשר לרופאי הילדים בקהילה לתת מענה מותאם, יש צורך בבניית מערך הכשרה וליווי מקצועי וכן פיתוח כלים ייעודיים המתאימים לשימוש במסגרת מרפאות ראשוניות, תוך יצירת תשתיות עבודה המתאימות לעבודה מסוג זה. עם זאת, גם בהעדר הכשרה מוכוונת וספציפית בבריאות הנפש, לרופא הילדים אפשרויות רבות למתן תמיכה ועזרה. דוגמה אחת למודל תמיכה כזה הוא מודל 10 HELP, מודל פשוט וקליל.

Hope- העניקו תקווה, כמרכיב חיוני להתמודדות. הדגישו חזקות של הילד והמשפחה התומכת והציגו אפשרויות שונות לקבלת עזרה ושיפור המצב. עם זאת, היו מציאותיים והציעו צעדים קטנים לשינוי והקלה.

Empathy- הקשיבו והיו אמפטיים, אל תמהרו להציע פתרונות, 'היו שם', ללא שיפוטיות- בהקשבה ומתן מקום לקושי.

Language- דברו "בגובה העיניים" של הילד והמשפחה, השתמשו במילים של הילד והמשפחה על מנת לשקף את מה שהבנתם, והזמינו אותם לתקן אם הבנת לא נכון.

Loyalty- שדרו נאמנות לאינטרס של הילד והמשפחה, דברו בכנות, תוך הצעת תמיכה ומחויבות למתן סיוע ועזרה.

Permission- כבדו את הפרטיות של הילד ומשפחתו, בקשו רשות לשאול שאלות רגישות, ולהציע הצעות להמשך ברור או טיפול בהסכמה ומתוך הבנה משותפת.

Plan- על בסיס העדפות הילד והמשפחה, ובהתאם לרמת הדחיפות והצורך, בנו יחד תכנית- שלבים הדרגתיים להתמודדות עם הקושי הספציפי, בהתאם לקושי, למוטיבציה ולמשאבים של הילד והמשפחה. תכנית כזו עשויה לכלול צעדים להמשך אבחון, או שינויים קטנים ליישום בבית- לשינוי התנהגות או רוטינות משפחתיות, וכן פניה לגורמי תמיכה וסיוע- במערכת הבריאות, החינוך או הרווחה, כל זאת תוך הצעה להמשך ליווי ומעקב.

Partnership- הציעו שותפות בעבודה המשותפת עם המשפחה, תוך זיהוי חסמים ואתגרים, והצעה משותפת של פתרונות אפשריים המתאימים למציאות החיים הפרטית של כל ילד ומשפחה.

עם הפנים לעתיד

בימים אלו, אנו בגושן, יחד עם שותפינו מקופות החולים ומהיחידה הפסיכיאטרית בהדסה, עמלים על בניית תכנית התערבות שתאפשר לרופאי הילדים לתת מענה ראשוני במסגרת מרפאת הילדים בקהילה. כחלק מתכנית זו אנו נמצאים בעיצומו של תהליך פיתוח גבולות ואופי ההכשרה באמצעות תהליך דלפי לקבלת הסכמה על ידי מומחים, בשיתוף עשרות רופאי ילדים, פסיכיאטרים לילדים ונוער, מומחים בבריאות הנפש, וכן הורים לילדים, על מנת לחדד את הצורך ואת דרכי המענה המתאימות ולהניח בסיס למודל טיפולי מקצועי, אחראי ונגיש.

מוזמנים לעקוב אחר התקדמות המחקר והפיתוח של התכנית, ובהמשך להיות שותפים לשלבי היישום.

1. WHO (2003). Caring for children and adolescents with mental disorders: Setting WHO directions. [online] Geneva: World Health Organization
2. Gadassi H, Millo David I, Yaari M, Kerem E, Katz M, Porter B, Stein-Zamir C, Grossman Z. Enhancing the primary care pediatrician's role in managing psychosocial issues: a cross sectional study of pediatricians and parents in Israel. Israel Journal of Health Policy Research. 2022 Dec;11(1):1-8.
3. Yehezkelli, Miri Mizrahi-Reuveni, Anat Ekka-Zohar, Shirley Shapiro Ben David, Uri Lerner, Gilad Bodenheimer, Shira Greenfeld. Data-driven assessment of adolescents' mental health during the COVID-19 pandemic. doi: <https://doi.org/10.1101/2022.01.06.22268809>
4. המועצה הלאומית לשלום הילד. שנתון סטטיסטי "ילדים בישראל 2021".
5. Ghanamah R, Eghbaria-Ghanamah H. Impact of COVID-19 pandemic on behavioral and emotional aspects and daily routines of Arab Israeli children. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2021 13;18(6):2946. <https://doi.org/10.3390/ijerph18062946> Bilu Y, Flaks-Manov N, Bivas-Benita M, Akiva P, Kalkstein N, Yehezkelli Y, Mizrahi-Reuveni M, Aka-Zohar A, David SS, Lerner U, Bodenheimer G. Mental health assessment of Israeli adolescents before and during the COVID-19 pandemic. medRxiv. 2022, Jan 1. <https://doi.org/10.1101/2022.01.06.22268809>
6. Bivas-Benita M, Akiva P, Kalkstein N, Yehezkelli Y, Mizrahi-Reuveni M, Aka-Zohar A, David SS, Lerner U, Bodenheimer G. Mental health assessment of Israeli adolescents before and during the COVID-19 pandemic. medRxiv. 2022, Jan 1. <https://doi.org/10.1101/2022.01.06.22268809>
7. Ma L, Mazidi M, Li K, Li Y, Chen S, Kirwan R, Zhou H, Yan N, Rahman A, Wang W, Wang Y. Prevalence of mental health problems among children and adolescents during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. Journal of Affective Disorders. 2021 Oct 1;293:78-89. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.06.021>
8. מבקר המדינה ותלונות הציבור. דין וחשבון לשנת 2020. מדינת ישראל, 2021
Retrieve from: <https://www.mevaker.gov.il/he/Transparency/Din/Din-2020.pdf>
9. Green CM, Foy JM, Earls MF, Lavin A, Askew GL, Baum R, Berger-Jenkins E, Gambon TB, Nasir AA, Wissow LS, Joffe A. Achieving the pediatric mental health competencies. Pediatrics. 2019 Nov 1;144(5). <https://doi.org/10.1542/peds.2019-2758>
10. Foy JM, Kelleher KJ, Laraque D; AAP task force on Mental Health. Enhancing pediatric mental health care: strategies for preparing a primary care practice. Pediatrics 2010; 125 (SUPPL 3): 587-5108



Umbilical Cord Care in the Newborn Infant

,Dr Jennifer Eisenstat, MD MPH
Maternal and Child Health, Municipality of Jerusalem
ד"ר ג'ניפר אייזנשטאט, MD MPH, רופאת אם וילד, עיריית ירושלים

Bacterial infections account for a considerable amount of neonatal morbidity and mortality. The umbilical cord provides an ideal substrate for bacterial growth and also has direct access to the bloodstream thereby increasing risk of bacteremia. The concern for neonatal umbilical cord care stems from this risk of infection-namely omphalitis, peri-umbilical cellulitis, thrombophlebitis of the umbilical veins, peritonitis, intra-abdominal abscess and bowel ischemia. The method of caring for the umbilical cord after birth affects both bacterial colonization and time to cord separation. Topical substances have been applied to the umbilical cord to prevent infections but more recently, particularly in high-resource countries, the treatment paradigm has shifted toward dry umbilical cord care.

Various topical substances have been and continue to be used for umbilical cord care around the world to mitigate the risk of serious infection including: hexachlorophane, chlorhexadine, triple dye, povidine-iodine, antibacterial ointments, and alcohol.

Hexachlorophane and chlorhexidine are broad-spectrum antimicrobials against gram-positive and gram-negative bacteria, and some yeast. Hexachlorophane baths were popular in the 1950s and 1960s but associated toxicity was recognized in the 1970's causing its use to be discontinued and chlorhexidine was introduced as an effective and safe alternative. Now it is accepted that hexachlorophane is safe when properly used and has been reintroduced.

Triple dye contains three ingredients: brilliant green, crystal violet, and proflavine hemi sulfate which are bacteriicidal to both gram-negative and gram-positive bacteria. It was widely used in the 1950s until the popularity of hexachlorophene baths took over. In 1971, when hexachlorophene baths were no longer recommended, triple dye was reappraised. Since the early 1970s, triple dye has been used commonly for umbilical cord care. Toxicity of triple dye is rare, but it can cause skin necrosis if inadvertently applied to the skin surrounding the umbilical stump.

Povidone-iodine (Betadine) is another common topical antimicrobial used for umbilical cord care. However, when absorbed in significant amounts, this agent can increase serum iodine levels enough to stimulate neonatal hypothyroidism. Disturbance of thyroid function can be associated with intraventricular hemorrhage, cognitive abnormalities, growth and motor retardation, and death.

Antibacterial ointments such as bacitracin, neomycin, gentamicin, and silver sulfadiazine have also been widely utilized. The safety of these ointments depends on avoidance of systemic absorption. Toxicities from topical antimicrobials can include local irritation, allergic contact dermatitis, anaphylaxis, and neural deafness. The emergence of bacterial resistance has also been seen with topical use of antibiotics that are used systemically. It has been documented that antimicrobial ointment exposure can sensitize the skin to allergic reactions later in life.

In recent decades the use of 70% alcohol daily and as often as each diaper change has been recommended to decrease infection and shorten cord separation time. Cases of acute alcohol toxicity in infants up to 21 days old have been reported after generous applications of alcohol to the umbilical stump. Ironically, in one study of an alcohol cord care regimen, umbilical cord cultures showed a dramatic increase in bacterial colonization almost immediately after a perinatal unit initiated the new alcohol cord care regimen. Approximately 6 months after implementation of the new alcohol cord care regimen, physicians in the community, who were unaware of the change in hospital practices, reported an increase in the number of infant skin infections and all cases cultured positive for *Staphylococcus aureus* (Paes 1987). Alcohol may offer more adverse effects than benefits. Alcohol was also proven to significantly prolong cord separation time (Quattrin 2016). There are risks related to cord care including the annihilation of healthy bacterial growth, allowance for selective growth of resistant and more pathogenic organisms, and delayed time to cord separation.

Umbilical cord separation is initiated by thrombosis and contraction of the umbilical vessels followed by phagocyte-mediated tissue breakdown and epithelialization of the cord stump, and generally occurs within two weeks after birth. Antimicrobials may inhibit migration and activity of leukocytes. Delayed cord separation can be associated with underlying immunodeficiency and neutrophil dysfunction. Infants with delayed cord separation or signs of umbilical infection should have their neutrophil level and function evaluated to rule out leukocyte adhesion defects.

Drying of the cord to aid in cord separation may be helped by keeping the diaper folded below the umbilicus, thereby exposing the cord to air. Importance has been noted for promoting colonization of the umbilical cord by nonpathogenic bacteria to help prevent the development of neonatal omphalitis. "Skin to skin" contact with the mother and can create an environment conducive for colonization from less pathogenic bacteria acquired from the mother's flora. This type of colonization helps to reduce colonization and infection from potentially pathogenic organisms that are ubiquitous in the hospital environment.

Current guidelines for umbilical cord care differentiate between at home versus in hospital births, and between resource-limited versus high-resource communities. The American Academy of Pediatrics clinical care guidelines since 2016 have stated that antimicrobial agents be applied to the umbilical cord of infants born at home in resource limited communities but not in hospital settings in high resource communities. The World Health Organization since 2013 recommends clean, dry cord care for newborns born in health facilities, and at home in low neonatal mortality settings. Dry cord care includes keeping the cord clean and leaving it exposed to air or loosely covered by a clean cloth. If it becomes soiled, the remnant of the cord is cleaned with soap and sterile water. Whereas daily chlorhexidine (4%) application to the umbilical cord stump during the first week of life is recommended for newborns who are born at home in settings with high neonatal mortality (neonatal mortality rate >30 per 1000). The current policy recommendations of the Israeli ministry of health were updated in 2022 and state:

יש שתי שיטות מקובלות: השארת הטבור ייבש ונקי או שימוש באלכוהול 70% 2-3 פעמים ביום.

במקרה של אודם, הפרשה סביב הטבור או הופעת ריח חזק יש לפנות לרופא ילדים. אם הטבור אינו נושר מעבר לשבועיים מומלץ להתייעץ עם רופא.

א. מומלץ להשאיר את גדם הטבור מחוץ לחיתול.

ב. מומלץ להחזיק את התינוק ולאפשר מגע עור לעור בין התינוק להורה, המקדם את צמיחת החיידקים הידידותיים המקדמים ייבוש ונשירת הטבור.

The current MOH guidelines allow for physician discretion given that the conditions vary greatly throughout the country.

References

1. Paes B, Jones CC. An audit of the effect of two cord-care regimens on bacterial colonization in newborn infants. *Qual Rev Bull* 1987;13:109-113.
2. Quattrin R, Iacobucci K, De Tina AL, Gallina L, Pittini C, Brusaferrero S. 70% Alcohol Versus Dry Cord Care in the Umbilical Cord Care: A Case-Control Study in Italy. *Medicine (Baltimore)*. 2016 Apr;95(14):e3207. doi: 10.1097/MD.00000000000003207.
3. Stewart D, Benitz W; COMMITTEE ON FETUS AND NEWBORN. Umbilical Cord Care in the Newborn Infant. *Pediatrics*. 2016 Sep;138(3):e20162149. doi: 10.1542/peds.2016-2149.
4. WHO Recommendations on Postnatal Care of the Mother and Newborn. 2013.
5. המלצות לטיפול בתינוק בשבועות הראשונים לחייו. מחלקות אם וילד, סיעוד בבריאות הציבור, משרה"ב 5.1.2021.
6. גישות טיפוליות בגדם הטבור, מחלקה לאם וילד, משרה"ב 17.8.2022



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

שירותי בריאות הציבור
המחלקה לאם ולילד
Department of Maternal and Child Health

כ' באב, התשפ"ב
17 אוגוסט 2022
881872822

אל:
רופאים מחוזיים
מפקחות מחוזיות
מנהלי אגף רפואי בקופות החולים
מנהלות הסיעוד בקופות החולים
מנהלות הסיעוד בעיריות

שלום רב,

הנדון: גישות טיפוליות בגדם הטבור

זיהום של חבל הטבור נקרא omphalitis. מצב זה עלול לגרום לתחלואה קשה ואף לתמותה. יתכן רצף בחומרת המחלה הנע בין הפרשה בעלת ריח ועד לתחלואה קשה ואף תמותה. הזיהום נגרם ע"י חיידקים לא ידידותיים לרוב staph aureus.

שכיחות של המחלה בארצות בהן רמת ההכנסה גבוהה היא 1:1000 ובארצות בהן רמת הכנסה נמוכה השכיחות גבוהה יותר. במשך השנים ניתנו המלצות לחיטוי גדם הטבור במטרה למנוע זיהום. ההמלצות כללו שימוש במספר חומרים אנטיספטיים כמו: אלקוהול, אלקוקסידין, בטדין וכדומה. עם הוספת הידע בתחום זה נראה שקיימים גם חסרונות בשיטות אלה בשל האפשרות למצבים הבאים:

1. הרעלת הילוד מחומר החיטוי (מצב נדיר).
2. הריגת החיידקים הידידותיים.
3. הגברת העמידות של החיידקים.

לאור זאת, בשנת 2014 ארגון הבריאות העולמי הוציא המלצות לשימוש בשיטה של השארת הטבור יבש (ללא שימוש בתכשירים), כלומר לתת לגדם הטבור להתייבש לבד ללא התערבות. ההמלצות לטיפול יבש ניתנו במדינות בהן רמת ההכנסה בינונית וגבוהה ובתינוקות שנולדו בבתי חולים. ההמלצות כוללות גם הנחיות למגע עור לעור וביות על מנת לעודד צמיחת חיידקים ידידותיים.

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97603/?sequence=1>

בשנת 2016 ארגון רופאי הילדים של ארה"ב הוציא הנחיות דומות.

<https://publications.aap.org/pediatrics/article/138/3/e20162149/52610/Umbilical-Cord-Care-in-the-Newborn-Infant>

Department of Maternal and Child Health
Ministry of Health
39, Yirmiyahu st
P.O.B. 1176, Jerusalem 9446724
Aviva.uliel@moh.gov.il
Tel: 02-5080548 Fax: 02-5655952

המחלקה לאם ולילד
משרד הבריאות
רח' ירמיהו 39
ת.ד. 1176, ירושלים 9446724
Aviva.uliel@moh.gov.il
טל: 02-5080548, פקס: 02-5655952



שירותי בריאות הציבור
המחלקה לאם ולילד
Department of Maternal and Child Health

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

לציין כי בישראל נכון לעכשיו שתי השיטות מקובלות. ניתן לראות במכתבי השחרור של תינוקות המשתחררים מבתי החולים השונים לאחר לידה, את שני סוגי ההמלצות.

ככלל יש להדריך את ההורים בטיפות החלב בהתאם להנחיות שקיבלו בבית החולים בהם נולד התינוק. יחד עם זאת, ניתן להדריך בהתאם לכתוב באתר משרד הבריאות לשתי השיטות:

"טיפול בטבור - יש שתי שיטות מקובלות: השארת הטבור ייבש ונקי או שימוש באלכוהול 70% 2-3 פעמים ביום.

במקרה של אודם, הפרשה סביב הטבור או הופעת ריח חזק יש לפנות לרופא ילדים. אם הטבור אינו נושר מעבר לשבועיים מומלץ להתייעץ עם רופא.

א. מומלץ להשאיר את גדם הטבור מחוץ לחיתול.

ב. מומלץ להחזיק את התינוק ולאפשר מגע עור לעור בין התינוק להורה, המקדם את צמיחת החיידקים הידידותיים המקדמים יבוש ונשירת הטבור."

ב ב ר כ ה

ד"ר דינה צימרמן
מנהלת המחלקה לאם,
לילד ולמתבגר

Department of Maternal and Child Health
Ministry of Health
39, Yirmiyahu st
P.O.B. 1176, Jerusalem 9446724
Aviva.uliel@moh.gov.il
Tel: 02-5080548 Fax: 02-5655952

המחלקה לאם ולילד
משרד הבריאות
רח' ירמיהו 39
ת.ד. 1176, ירושלים 9446724
Aviva.uliel@moh.gov.il
טל: 02-5080548, פקס: 02-5655952

נתונים על דפוסי הנקה בישראל ומשמעותם לרופא הילדים

ד"ר דינה רחל צימרמן, מנהלת המחלקה לאם לילד ולמתבגר, חטיבת בריאות הציבור, משרד הבריאות

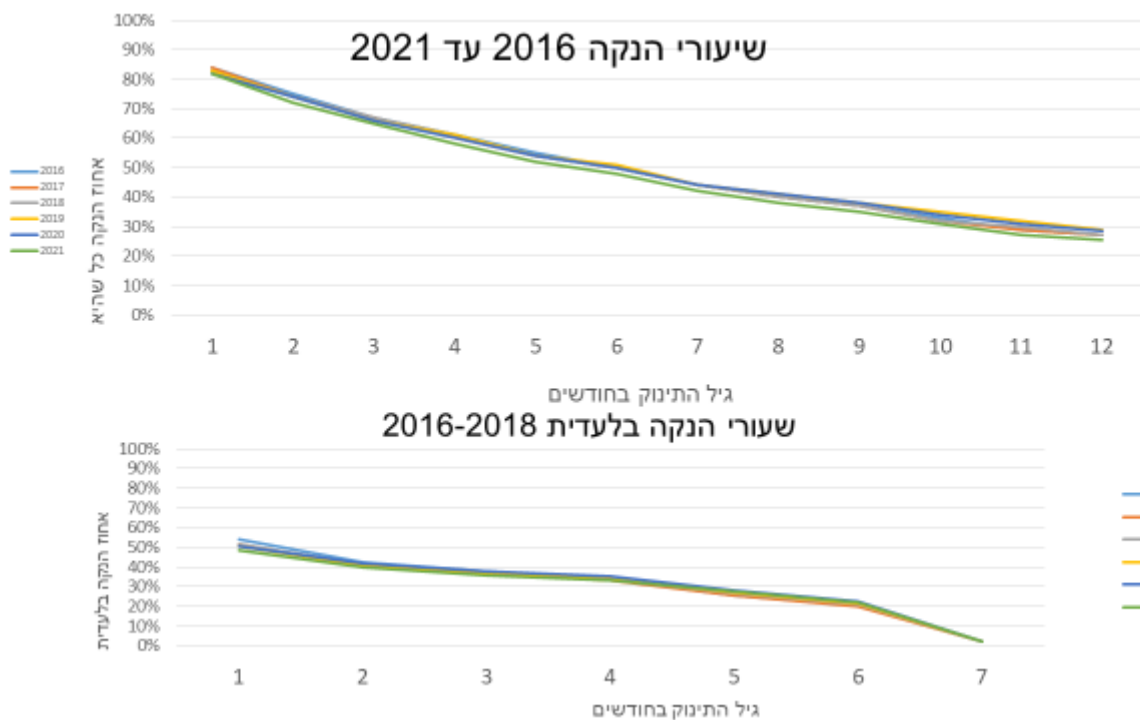
הרפואה המודרנית דוגלת ברפואה מבוססת מידע. מטרת מאמר זו היא לסכם נתונים לגבי דפוסי הנקה עדכניים בישראל, הבנת מקורם ודיון על משמעותם לגבי עבודת רופא הילדים בקהילה.

עד לשנת 2009, רוב המידע על שיעורי הנקה בישראל היה מבוסס על חלק של האוכלוסייה או לפי אזור גאוגרפי. ב-1994, מאמר מעקב על כ-8500 נשים מירושלים מצא שמשנת 1974 עד 1976 כ-79.3% של האימהות התחילו להניק לאחר הלידה, ו-36.8% המשיכו עד 3 חודשים לאחר מכן. סקר משנת 2005, בין אימהות שקבלו שירות מתחנות טיפת חלב בתל אביב, מצא ש-78.5% מהאימהות התחילו להניק. ההתמדה בהנקה בחודשים 2,4,6,12 באחוזים היו 55.8, 36.8, 22.9, ו-11.8% בהתאמה¹. מאמר מאותה שנה בקרב 93 נשים שהגיעו מאתיופיה הראה ש-92% הניקו ילדיהם שנולדו בחו"ל ו-76.8% בתינוקות שנולדו בישראל².

נושא הנקה נכלל בכמה סקרים לאומיים. במחקר שנערך בין 1979-1981 נמצא ש-80% מהנשים היהודיות ו-100% מהנשים הלא יהודיות החלו להניק בבתי חולים אבל רק 7% עדיין הניקו בגיל חצי שנה³. בין שנת 2009 ל-2012 בוצע סקר "מבט לרך" שעקב אחרי תזונת מדגם מייצג של 2000 תינוקות מלידה עד גיל שנתיים. בסקר זה 90% מהנשים הביעו את רצונם להניק; 60% באופן בלעדי. בפועל 67.2% מהילודים קיבלו תמ"ל (תרכובת מזון לתינוקות, פורמולה) כבר בעת השהייה בבית חולים. אחוזי הנקה והנקה בלעדית בגיל חודשיים וחצי שנה היו 58%/75% ו-20%/54% בהתאמה. 29.3% מהאימהות הניקו בשילוב עם אוכל משלים, עד גיל שנה, כשבאותה עת זו הייתה ההמלצה של משרד הבריאות. 2.4% מהאימהות המשיכו כך עד גיל שנתיים, בהתאמה להמלצת ארגון הבריאות העולמי.

מאז שנת 2016, נאספים בישראל נתונים שנתיים לאומיים. נתונים אלו מבוססים על מערכת "מחשבה בריאה" – הרשומה הרפואית האלקטרונית של תחנות טיפת חלב של המדינה, עיריות ירושלים ותל אביב וקופ"ח לאומית. מאגר זה משקף כ-65% של ילדי ישראל בפריסה ארצית. להלן נתונים על אחוזי הנקה לפי חודש מהלידה ועד גיל שנה להנקה בלעדית, ועד 7 חודשים להנקה בלעדית.

ניתן לראות שלמרות התחלה בהנקה של 92% מהילודות בישראל עד גיל חודש יש ירידה עד לסביבות 80% ובסביבות 50% להנקה בלעדית. רק כ-30% של היולדות התמידו בהנקה



בלעדית בגיל חצי שנה ומספר דומה התמידו בהנקה בגיל שנה ללידה. בנוסף יש ירידה קלה משנה לשנה.

למספרים אלו יש משמעות עבור רופאי הילדים. הם צריכים ליזום פעילות לשיפור שיעורי ההנקה בישראל. התרומה של הנקה לבריאות והתפתחות של התינוקות סוקרה במחקרים רבים. בגלל תרומה זו ההנחיות עדכנו. כיום ההמלצה היא של הנקה בלעדית כחצי שנה והמשך הנקה עד גיל שנתיים כל עוד האם והתינוק מעוניינים בכך⁴. ההנחיות של משרד הבריאות עודכנו בהתאם⁵.

חלק ניכר מהגורמים להפסקת הנקה אינם קשורים לחזרה לעבודה מאחר ונצפית הפסקת הנקה גם בתוך תקופת חופשת הלידה (שכעת נמשכת עד שבוע 15). כנראה שחלק מהבעיה קשורה לחוסר תמיכה לנשים המתמודדות עם אתגרי הנקה. מול השיווק האגרסיבי של תמ"ל^{6,7}, או בעקבות קבלת מידע מוטעה, נשים רבות "בוחרות" להוסיף תמ"ל או להפסיק להניק, פעולות אשר פוגעות בבריאות האם והילד.

אז מה רופאי ילדים יכולים לעשות?

1. לידע כל אישה על 10 הצעדים להנקה מוצלחת של ארגון הבריאות העולמי⁸. צעדים אלו, מבוססי מחקר, מעוגנים (לפחות בגרסתם הקודמת) בחוזר מנהל רפואה 2016/1⁹ וזוהי זכות של כל יולדת לדרוש את המידע מבתי החולים.

2. לדעת על מקורות תמיכה בהנקה. לפי חוזר ראש שירותי בריאות הציבור, כל אחות טיפת חלב אמורה לעבור הכשרה בתמיכה בהנקה¹⁰. אחיות טיפת חלב עובדות לפי קווים מנחים בהנקה על מנת שהמידע הנמסר לאימהות יהיה מעודכן ואחיד¹¹. משרד הבריאות

מפעיל מוקד אחיות טיפת חלב, הפתוח לכל האוכלוסייה, ב-5400*. המוקד פועל בימי ראשון עד חמישי משעה 16:00 עד 21:00 וביום שישי משעה 08:00 עד 13:00. בכל משמרת עובדת בו לפחות יועצת הנקה אחת.

3. להיות מעודכן במידע על הנקה. קיימים הנחיות קליניות מטעם הר"י על "תפקיד הרופא בעידוד ותמיכה בהנקה וטיפול באם המניקה ובתינוקה"¹². הנחיות אלו כוללות המלצות טיפול לרוב האתגרים בהנקה. קיים גם קורס אינטרנטי של החברה לרפואת הנקה בישראל שמטרתו לתת "ארגז כלים" בסיסי לכל מי שעובד עם נשים מניקות ו/או תינוקות יונקים – כמובן שרופאי ילדים נמנים בקבוצה זו¹³.

בעוד כשלוש שנים יתחילו לפרסם את תוצאות מדד האיכות של הנקה בלעדית בבית החולים. מדד זו ייתן מידע על התחלת הנקה באופן שוטף וישלים את הנתונים המתקבלים כעת ממערכת "מחשבה בריאה". נתונים אלו משרתים את משרד הבריאות במאמציו לשפר את שיעור ההנקה בישראל לטובת בריאות הילדים, אימהותיהם וכדור הארץ.

רשימת ספרות

1. Berger-Achituv S, Shohat T, Garty BZ. Breast-feeding patterns in Central Israel. *Isr Med Assoc J.* 2005 Aug;7(8):515-9
2. Rubin L, Nir-Inbar S, Rishpon S. Breastfeeding Patterns Among Ethiopian Immigrant Mothers, Israel 2005-2006. *IMAJ* 2010;12:657-661
3. לבנטל א, ניצן-קלוסקי ד. הענקה שבהנקה – קידום הנקב בישראל. הרפואה 2000;138:617-622
4. Joan Younger Meek, Lawrence Noble, Section on Breastfeeding; Policy Statement: Breastfeeding and the Use of Human Milk. *Pediatrics* July 2022; 150 (1): e2022057988.
5. https://www.gov.il/BlobFolder/policy/phs-25102022-01/he/files_regulation_public-health-services_25102022-01.pdf
6. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240046085>
7. <https://www.who.int/teams/maternal-newborn-child-adolescent-health-and-ageing/formula-milk-industry>
8. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241513807>
9. https://www.gov.il/BlobFolder/policy/mr16-2013/he/files_circulars_mr_mr16_2013.pdf
10. https://www.health.gov.il/hozer/bz06_2017.pdf
11. <https://www.gov.il/he/departments/policies/phs-25102022-01>
12. <https://www.ima.org.il/main/EditClinicalInstruction.aspx?ClinicalInstructionId=1398>
13. <https://www.ima.org.il/Main/ViewContent.aspx?CategoryId=19127>

מעקב משקל תינוקות יונקים

ד"ר דינה רחל צימרמן,
מנהלת המחלקה לאם לילד ולמתבגר, חטיבת בריאות הציבור, משרד הבריאות

ההנקה, לאור חשיבותה לבריאות אימהות^{1,2}, ילדים^{3,4} ושמירה על כדור הארץ⁵, היא עניין של בריאות הציבור⁶. לרופא המטפל באם המניקה ותינוקה תפקיד מרכזי בתמיכה והגנה על ההנקה, ועל כן חשוב שלכל רופא המטפל באם המניקה ותינוקה יהיה את המידע העדכני והמהימן בנושא זה⁷. התייחסות למשקל התינוק מחייבת הבנה של דפוסי הגדילה הצפויים בתינוק היונק. מטרת מאמר זה הינה לסקור את המידע המבוסס מחקר והעדכני ביותר בנושא הערכת משקל התינוק היונק עבור כלל אנשי המקצוע המטפלים באימהות ותינוקות. יש לציין כי המידע תואם את נוהל "קווים מנחים להדרכה בטיפת חלב" של משרד הבריאות מאוגוסט 2022⁸.

הנקה מוגדרת כנורמה בתזונת תינוקות, ומכאן, שהערכת דפוסי האכילה והגדילה של כלל התינוקות תעשה בהשוואה ובהתייחס לאלו של התינוק היונק. הנקה היא תהליך נרכש המבוסס על זיהוי סימני רעב ורצון לאכול מחד, ועל סימנים של שובע מאידך. הגבלת ההנקה לזמנים קצובים עלולה לפגוע בייצור החלב בהתאם לצרכי התינוק, ומכאן, שאין להגביל את משך או תדירות ההנקה. במקרים בהם קיים דפוס עקבי של הנקות ממושכות (מעל שעה) יש להפנות לגורם מוסמך בהנקה להערכת חיבור התינוק לשד ופעולת היניקה. חשוב להדריך את ההורים לזהות את סימני הרצון לינוק ולהציע לתינוק לינוק לפי סימנים אלו. במהלך החודש הראשון לחיים צפויה תדירות של כ-10 עד 12 הנקות ביממה ובהמשך ירידה הדרגתית בתדירותן במהלך חצי השנה הראשונה.

כמויות החלב המיוצר על ידי האם המניקה לפי סימני רעב ושובע של התינוק מותאמות לאספקת צרכיו במלואם. במהלך היממות הראשונות לחיי התינוק כמויות החלב קטנות מאד, יחד עם זאת, ייצור זה הוא הפיסיולוגי והתקין. משקל התינוק לאחר הלידה כולל תוספת עודפי נוזלים אשר מטרתם להגן מפני התייבשות בימים הראשונים בהם הוא רוכש את מיומנות היניקה. קיים מנעד של כמויות החלב המיוצרים על ידי האימהות המניקות במהלך השבוע הראשון לאחר הלידה. במהלך היממה הראשונה צפוי ייצור ממוצע של עד 1-2 מ"ל בכל הנקה⁹, סך של כ-6 מ"ל לק"ג משקל של הילוד לאחר לידה נרתיקית, וסך של כ-4 מ"ל לק"ג לאחר ניתוח קיסרי¹⁰. חשוב להדגיש כי ייצור זה הוא הפיסיולוגי והתקין, ומכאן, שאין מקום לתיסוף, אלא מתן הזדמנויות לאם ותינוקה לרכוש את מיומנות ההנקה תוך כדי תמיכה והדרכה. מיעוט או העדר חלב ראשית (קולוסטרום) בשלעצמו אינו סיבה לתיסוף אלא להערכת הנקה על ידי גורם מקצועי בהנקה. קיים מנעד רחב של התנהגויות פיזיולוגיות של היילוד בהנקה הכוללת הנקות תכופות ("צבר הנקות") ועד ישנוניות מרובה במהלך היממה הראשונה. במהלך היממה השנייה צפוי המשך ייצור חלב ראשית בכמויות הולכות ועולות של עד 5-15 מ"ל בכל הנקה¹⁵, סך של 25 מ"ל לק"ג משקל היילוד בממוצע לאחר לידה נרתיקית וסך של 13 מ"ל לק"ג בממוצע לאחר ניתוח קיסרי¹⁶.

גירוי תכוף של השד הצפוי ביממה השנייה, בהנקה ישירה או בסחיטה, ממשיך להיות מהותי לביסוס ההנקה והמשך ייצור חלב באופן תקין. ערנות התינוק, סימני רעב ורצון תכוף לחיבור לשד, כ-12-10 הנקות ביממה, במרווחי זמן לא אחידים, הינם צפויים ובעלי תפקיד בייצור החלב וביסוס מיומנויות ההנקה של המניקה והיילוד.

בתינוקות בריאים שנולדו במועד אין מקום לסחיטה, שאיבה ו/או שקילות ניסיון לשם מדידת כמויות החלב שכן אלו אינן משקפות את ייצור החלב או צריכת החלב היומית של התינוק. שקילת ניסיון יכולה לשקף בצורה מוגבלת ולא מדויקת את מעבר החלב רק לאותה הארוחה, כאשר גם בכך יש מנעד גדול. הערכת הנקה הינה מעקב קליני אשר בשבועיים הראשונים עיקרו – מעקב אחר יציאות היילוד ומשקלו. היציאות הראשונות לאחר לידה הינן שחורות (מקוניאליות). תוך יומיים שלושה צפוי שינוי צבע הצואה לחום-ירוק ובגיל 5-7 ימים הצואה צפויה לקבל גוון חרדל ולעתים גרגירי. צואה שאינה בצבע חרדל בשבוע השני לחיים היא סיבה להערכת ההנקה על ידי גורם מקצועי בהנקה. מתן שתן יכול גם הוא לשמש כסימן למעבר חלב תקין, עם זאת חשוב לזכור כי הכמויות הצפויות הינן קטנות (כ-10-5 סמ"ק) ועלולות ללכת לאיבוד בחיתול או בצואה.

מדד אובייקטיבי להנקה תקינה הינו משקל התינוק, יחד עם זאת, חשוב להקפיד על מספר כללים בשימוש במדד זה. ראשית, חשוב לבצע מעקב משקל בהתבסס על משקלים שנמדדו על אותו המשקל. בעת שימוש במשקלים שונים כמו במעבר מבית החולים לקהילה, יתכנו הבדלים משמעותיים במשקל שאינם נובעים מהנקה שאינה תקינה אלא מהבדלים בין המשקלים. במקרים אלו יש לבסס ההערכה על שקילה חוזרת באותו משקל לאחר יומיים. כלל חשוב נוסף בחודשים הראשונים הוא שקילת התינוק כאשר הוא ערום ללא כל בגד או חיתול. להלן התייחסות מותאמת גיל למשקל התינוק:

בשבוע הראשון לאחר הלידה תיתכן ירידה במשקל של עד 10% ממשקלו של התינוק¹¹. שיעור התינוקות היורדים 10% ממשקל הלידה גבוה יותר בקרב יילודים לאחר ניתוח קיסרי. יש לציין כי ירידה כזו ביממה הראשונה לחיים אצל יילוד לאחר ניתוח קיסרי משקפת פעמים רבות פינוי עודפי נוזלים שעברו לתינוק במהלך הניתוח הקיסרי עקב מתן תוך ורידי של נוזלים לאם המנותחת^{12,13}. עם זאת, ירידה של 10-12 אחוז ממשקל לידה הינה יותר משתי סטיות תקן מהנורמה שהיא כ-6 אחוז. על מנת להגן על ההנקה, ובפרט זו הבלעדית, חשוב להתייחס לירידה של כ-8-7 אחוז כנורה אדומה המצריכה הערכת ההנקה, דאגה לתקינותה ושיפורה במידת הצורך¹⁴.

במהלך 5-7 הימים הראשונים לאחר הלידה הירידה במשקל אמורה להיעצר, אם כי לא בהכרח לעלות. מגיל 5-7 ימים לאחר הלידה צפויה עליה הדרגתית במשקל עד לחזרה למשקל הלידה בגיל 10-21 יום מהלידה¹⁵. משך הזמן לחזרה למשקל הלידה באופן פיזיולוגי צפוי להיות ארוך יותר לאחר לידה בניתוח קיסרי¹⁶, וכן במקרה של יילוד במשקל לידה גבוה¹⁷. חשוב להדגיש, כי משך זמן בתחום הגבוה של הנורמה (21-14 ימים לאחר הלידה) לחזרה למשקל הלידה אינו מעיד על הנקה שאינה תקינה, אך מומלצת הערכת ההנקה ומעקב קליני. קשיים בתחילת ביסוס ההנקה ו/או בחיבור התינוק לשד עלולים לעכב

את החזרה למשקל הלידה. אי חזרה למשקל הלידה בגיל שבועיים תחשב כנורה אדומה המצריכה הערכת ההנקה, דאגה לתקינותה ושיפורה במידת הצורך.

לאחר הגעה למשקל לידה ועד גיל כחודשיים מצופה עליה במשקל של 30-20 גרם ביממה בממוצע או בין 135-150 גרם בשבוע. יש לציין שמדובר על ממוצע המשקף מנעד של עליה במשקל לאורך שבועות וחודשים. מכאן שתינוק אשר מדגים עליה מתחת לזו המפורטת לעיל במדידה אחת, ומצבו הקליני ובדיקתו תקינים, יש לבדוק אותו בשנית לאחר שבוע נוסף על מנת להעריך באם מדובר בעליה ממוצעת תקינה או שמא מדובר במצב המצריך הערכה והתערבות בהתאם.

מגיל חודשיים, ניתן לעקוב אחרי גדילה של הילד בעקומות גדילה של כלל קופות החולים בישראל, שהינן מבוססות על עקומות הגדילה של ה-WHO לתינוקות יונקים. חשוב להמשיך לעקוב אחר גדילת התינוק עד התייצבות על אחוזון גדילה מסוים. חשוב לציין כי צפויים לעתים שינויים מאחוזון המשקל לאחר הלידה (המשקף את הגדילה התוך רחמית) וכן במהלך החודשים הראשונים לחיים, שינויים המשקפים את דפוסי הגדילה במשפחה והמטען הגנטי של התינוק.

בכל מקרה בו קיים חשש לגדילה לא תקינה של התינוק, יש לבצע אומדן של ההנקה ובמידת הצורך להפנות לייעוץ הנקה. אומדן הנקה כולל את כל הבאים:

1. תצפית על אחיזת התינוק וחיבורו לשד ושליטת כאב בהנקה.
 2. פרטים על אופן ההזנה - הנקה ישירה ו/או חלב שאוב ו/או תמ"ל או שלובם, וכן כימות של כל אחד מאלו (במידה ומשולב).
 3. ברור דפוסי האכילה, כולל משך זמן הארוחות ותדירותן, הצעת הזדמנויות להנקה, האם התינוק יונק באופן פעיל או מרבה לישון בעת ההנקה.
 4. אומדן שתן ויציאות בהתאם לגיל התינוק. לפרטים ניתן לבדוק את הקווים מנחים: <https://www.gov.il/he/departments/policies/phs-25102022-01>
- במקרים של עליה שאינה מספקת במשקל אצל תינוק יציב מבחינה קלינית, ללא סימני התייבשות, יש לנקוט בצעדים כדלקמן:

1. במקרים של קשיים בחיבור התינוק לשד יש להדריך לתיקון והמשך מעקב עד לחיבור תקין בהעדר כאב ועליה תקינה במשקל.
2. במקרים של תדירות הנקות נמוכה יש להדריך להגדלת תדירות ההנקות ושקילה חוזרת לאחר יומיים בשבועות הראשונים, ולאחר שבוע בילדים גדולים יותר. במידה שהודגמה עליה מספקת במשקל בהתאם לגיל, ממשיכים במעקב שגרתי.
3. במידה שאין עליה מספקת, יש להמליץ על שאיבה לאחר הנקות המתקיימות במהלך היום (אין צורך לשאוב בלילה), ולא בהכרח לאחר כל ארוחה (לרוב די ב-3-4 פעמים ביממה). יש לתסף את התינוק בחלב השאוב שיצא. בילודים קיימת עדיפות למתן החלב השאוב באמצעות כפית, מזרק או כוסית. במעמד הערכה חוזרת לאחר התערבות, אם אין

עליה מספקת במשקל, יש להפנות ליועצת הנקה. במידה ואין זמינות מיידית של יועצת הנקה, יש לשקול מתן תמ"ל בכמות קצובה ליממה. כאשר מושגת עליה תקינה במשקל, ותוך ליווי של יועצת הנקה, יש לגמול את התינוק מתמ"ל. בתינוקות מעל גיל 4 חודשים אשר מדגימים עליה שאינה מספקת במשקל, ניתן לשקול תיסוף במוצקים במקום תמ"ל. נשים בישראל יכולות לקבל תמיכה באמצעות מוקד אחיות של טיפת חלב 5400* שלוחה 9 בשעות הערב בימים א'-ה' ובבוקר בימי שישי, במוקדי אחיות של קופות החולים, בתחנות טיפת חלב נבחרות בקופות החולים ובאמצעות הביטוחים המשלימים.

רשימת ספרות

1. Tschiderer L, Seekircher L, Kunutsor SK, et al. Breastfeeding is associated with a reduced maternal cardiovascular risk: Systematic review and meta-analysis involving data from 8 studies and 1 192 700 parous women. *J Am Heart Assoc* 2022; 11:e022746.
2. Bartick MC, Schwarz EB, Green BD et al. Suboptimal breastfeeding in the United States: Maternal and pediatric health outcomes and costs. *Matern Child Nutr* 2017; 13:e12366.
3. Rollins NC, Bhandari N, Hajeebhoy N, et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *Lancet* 2016; 387:491–504.
4. Victora CG, Bahl R, Barros AJ, França GV, Horton S, Krasevec J, Murch S, Sankar MJ, Walker N, Rollins NC; Lancet Breastfeeding Series Group. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*. 2016;387:475-90.
5. Karlsson JO, Garnett T, Rollins NC, et al. The carbon footprint of breastmilk substitutes in comparison with breastfeeding. *J Clean Prod* 2019; 222:436-445.
6. Joan Younger Meek, Lawrence Noble, Section on Breastfeeding; Policy Statement: Breastfeeding and the Use of Human Milk. *Pediatrics* July 2022; 150 (1): e2022057988. 10.1542/peds.2022-057988.
7. <https://www.ima.org.il/MainSiteNew/EditClinicalInstruction.aspx?ClinicalInstructionId=1398>
8. <https://www.gov.il/he/departments/policies/phs-25102022-01>
9. Ann Kellams et al. Academy of Breastfeeding Medicine Protocol #3 Revised 2017. *Breastfeeding Medicine* 2017; 1-8.
10. Feldman-Winter L, Kellams A, Peter-Wohl S, Taylor JS, Lee KG, Terrell MJ, Noble L, Maynor AR, Meek JY, Stuebe AM. Evidence-Based Updates on the First Week of Exclusive Breastfeeding Among Infants ≥ 35 Weeks. *Pediatrics*. 2020;145:e20183696.
11. Flaherman et al. Early weight loss nomograms for exclusively breastfed newborns. *Pediatrics* 2015;35:1-8.
12. Okumus N, Atalay Y, Onal EE, Turkyilmaz C, Senel S, Gunaydin B, Pasaoglu H, Koc E, Ergenekon E, Unal S. The effects of delivery route and anesthesia type on early postnatal weight loss in newborns: the role of vasoactive hormones. *J Pediatr Endocrinol Metab*. 2011;24(1-2):45-50.
13. Preer GL, Newby PK, Philipp BL. Weight loss in exclusively breastfed infants delivered by cesarean birth. *J Hum Lact*. 2012 May;28(2):153-8.
14. Bertini G, Breschi R, Dani C. Physiological weight loss chart helps to identify high-risk infants who need breastfeeding support. *Acta Paediatr*. 2015 Oct;104(10):1024-7.
15. Paul et al. Weight Change Nomograms for the First Month After Birth. *Pediatr* 2016;138:1-7.
16. Kelly NM, Keane JV, Gallimore RB, Bick D, Tribe RM. Neonatal weight loss and gain patterns in caesarean section born infants: integrative systematic review. *Matern Child Nutr*. 2020 Apr;16(2):e12914.
17. Crossland DS et al. Weight change in the term baby in the first 2 weeks of life. *Pædiatrica/Acta Pædiatrica* 2008 97, pp. 425–429.
18. Chen CF et al Influence of breastfeeding on weight loss, jaundice and waste elimination in neonates. *Pediatr Neonatol* 2011;52:85-92.

למה להיות חבר חיפ"א?



- השתתפות בכנסים ומפגשים מקצועיים של חיפא ואיגוד רופאי הילדים
- להיות מעודכן במה שקורה ברפואת ילדים בקהילה בישראל
- להיות מעודכן בחידושים מקצועיים ברפואת ילדים קהילתית
- להיות שייך למשפחה של מטפלים הרואים את רפואת הילדים בקהילה כקריירה עבורם
- להיות חבר באיגוד הפועל ברמת קבלת החלטות של מדיניות ברפואת ילדים בקהילה, ולהיות מסוגל להשפיע על המדיניות.
- להיות שותף בפעילות מחקר והוראה הנתמכים על ידי חיפ"א
- למצוא עמיתים לייעוץ קליני

להצטרפות לחץ כאן

www.pediatrics.org.il

ילדים עם נזלת אלרגית והשמנה בסיכון מוגבר לסיבוכים בעקבות חשיפה לזיהום אוויר (Sci Rep)

במאמר שפורסם בכתב העת Scientific Reports מדווחים חוקרים על תוצאות מחקר חדש, מהן עולה כי ילדים עם נזלת אלרגית והשמנה פגיעים יותר לנזקי חשיפה לזיהום אוויר.

ברקע למחקר מסבירים החוקרים כי אין מחקרים קודמים להערכת הקשר בין זיהום אוויר, נזלת אלרגית והשמנה.

המחקר הנוכחי כלל ילדים בגילאי 7-17 שנים עם נזלת אלרגית, מהם 52 ילדים עם השמנת-יתר ו-152 ילדים ללא-השמנה. החוקרים עקבו אחר מדד PRQLQ (או Pediatric Rhinoconjunctivitis-Quality of Life Questionnaire) ומדד NPEF (או Nasal Peak Expiratory Flow) ובחנו את הקשר בין הציונים בשני מדדים אלו ובין ריכוזי זיהום אוויר ממוצע בתוך שבעה ימים לפני השלמת המדדים.

בעקבות חשיפה לריכוזים גבוהים יותר של פחמן חד-חמצני, חומר חלקיקי קטן מ-10 מיקרומטר (PM10) וחומר חלקיקי קטן מ-2.5 מיקרומטר (PM2.5), שיעורי אי-נוחות נזאלית חמורה עמדו על 39.4%, 44.4% ו-39.3% בילדים עם השמנה; ועל 18%, 21.9% ו-19.7% בילדים ללא-השמנה, בהתאמה.

בהשוואה לילדים ללא השמנה, באלו עם השמנה תועדו ריכוזים גבוהים יותר של פחמן חד-חמצני (יחס סיכויים של 3.54, רווח בר-סמך 95% של 1.15-10.92), חומר חלקיקי קטן מ-10 מיקרומטר (יחס סיכויים של 3.26, רווח בר-סמך 95% של 1.01-10.57) וחומר חלקיקי קטן מ-2.5 מיקרומטר (יחס סיכויים של 3.30, רווח בר-סמך 95% של 1.03-10.54), עם קורלציה גבוהה יותר בין ריכוזי פחמן חד-חמצני, PM10 ו-PM2.5 ובין אי-נוחות נזאלית חמורה יותר כפי שנקבע לפי מדד PRQLQ גבוה יותר.

החוקרים מציינים עוד כי תועדה קורלציה בין ריכוזים גבוהים יותר של פחמן חד-חמצני, PM2.5 ו-PM10 ובין מדדים גבוהים יותר של דלקת רירית האף, כפי שנקבע לפי מדדי NPEF נמוכים יותר.

ממצאי המחקר מעידים כי להשלמה השפעה שלילית על חומרת נזלת אלרגית כאשר ילדים עם נזלת אלרגית חשופים לריכוזים גבוהים יותר של פחמן חד-חמצני, חומר חלקיקי קטן

מ-10 מיקרומטר או מ-2.5 מיקרומטר. החוקרים מציעים כי עליה בדלקת אפית עקב חשיפה לזיהום אוויר עשויה לעמוד בבסיס הקשר הנ"ל.

Sci Rep, Mar 4, 2023

ההשפעה של חשיפה בגיל צעיר לבעלי חיים על הסיכון למחלות אלרגיות בילדות (Int J Epidemiol)

מחקרים קודמים הציעו כי לחשיפה לבעלי חיים בשלב מוקדם של החיים השפעה מגינה וכן השפעה מזיקה על אסתמה ועל מחלות אלרגיות. מנתונים חדשים שפורסמו בכתב העת *International Journal of Epidemiology* עולה כי השפעות אלו תלויות בסוג בעל החיים, מקור החשיפה, היסטוריה הורית של אסתמה או אלרגיות ומועד החשיפה.

מטרת המחקר הייתה לבחון גורמים העשויים להשפיע על הקשר בין חשיפה לבעלי חיים בגיל צעיר ובין אסתמה ומחלות אלרגיות, במטרה להבין טוב יותר את הנושא. החוקרים התבססו על נתונים אודות ילדים ממאגר Danish National Birth Cohort שגויסו בזמן הריון בין 1996 ועד 2002 והיו במעקב עד גיל 13 שנים. מודלים סטטיסטיים שימשו להערכת הקשר בין חשיפה בגיל צעיר לחתולים, כלבים, ארנבים, מכרסמים, ציפורים ומשק חי ובין אטופיק דרמטיטיס, אסתמה ודלקת לחמית אלרגית באופן כללי, כמו גם לפי מקור החשיפה (ביתית או תעסוקתית), היסטוריה של אסתמה או אלרגיה אצל ההורים, רמת השכלה אימהית ומועד החשיפה.

בסיכומו של דבר, הקשר בין חשיפה לבעלי חיים ובין התוצאים הרלבנטיים היה חלש. עם זאת, חשיפה לכלבים לוותה בסיכון מופחת באופן שולי לאטופיק דרמטיטיס ואסתמה (יחס סיכון מתוקן של 0.81, רווח בר-סמך 95% של 0.70-0.94 ויחס סיכון של 0.88, רווח בר-סמך 95% של 0.82-0.94, בהתאמה), בעוד שחשיפה לפני הלידה לציפורים בבית לוותה בעליה קלה בסיכון לאסתמה (יחס סיכון מתוקן של 1.18, רווח בר-סמך 95% של 1.05-1.32).

מקור החשיפה, היסטוריה של אסתמה או אלרגיה אצל ההורים ומועד החשיפה השפיעו על הקשר בין חשיפה לבעלי חיים ובין הסיכון למחלות אלרגיות. חשיפה לבעלי חיים בגיל צעיר לא הביאה לעליה בסיכון לדלקת אלרגית של הלחמית.

החוקרים מסכמים וכותבים כי הקשר החלש שתואר בין חשיפה לבעלי חיים ובין אטופיק דרמטיטיס, אסתמה ודלקת לחמית אלרגית היה תלוי בסוג בעל החיים, מקור החשיפה, היסטוריה של אסתמה או אלרגיה אצל ההורים ומועד החשיפה, רמז לכך שיש לקחת בחשבון גורמים אלו כאשר בוחנים את הסיכון הקשור בחשיפה לבעלי חיים בגיל צעיר.

Int J Epidemiol, Apr 5, 2023

אימון חוש הריח מפחית רגישות לכאב בילדים ומתבגרים עם כאבי ראש (Front Pan Res)

במאמר שפורסם בכתב העת *Frontiers in Pain Research* מדווחים חוקרים על תוצאות מחקר חדש, מהן עולה כי לחשיפה לריחות ואימון חוש הריח (Olfactory Training) השפעה חיובית על תפקוד חוש הריח וסף כאב בילדים ומתבגרים עם כאב ראש ראשוני.

ברקע למחקר מסבירים החוקרים כי שכיחות כאבי ראש בילדים ומתבגרים עלתה בשנים האחרונות. אפשרויות טיפול מבוססות-ראיות לכאבי ראש הן עדיין מוגבלות. מחקרים הציעו השפעה חיובית לריחות על כאב ומצב רוח וכעת הם ביקשו לבחון את ההשפעה של חשיפה חוזרת לריחות על הערכת כאב, מוגבלות על-רקע כאבי ראש ותפקוד חוש ריח בילדים ומתבגרים עם כאב ראש ראשוני.

מדגם המחקר כלל 80 חולים עם מיגרנה או כאב ראש על-רקע מתח שרירים (גיל ממוצע של 13.1 שנים), מהם 40 עברו אימון יומי של חוש הריח עם ריחות נעימים שנבחרו באופן פרטני למשך שלושה חודשים ו-40 קיבלו את הטיפול האמבולטורי הטוב ביותר כקבוצת ביקורת.

בתחילת המחקר ולאחר שלושה חודשי מעקב, החוקרים בחנו את תפקוד חוש הריח לפי סף ריח; הבחנה בין ריחות; זיהוי ריח ומדד Threshold, Discrimination, Identification (או TDI) וכן העריכו את סף זיהוי מכאני וסף כאב, סף כאב חשמלי, תוצאים לפי דיווח המטופלים על מוגבלות משנית לכאבי ראש, מוגבלות עקב כאב ותדירות כאבי ראש.

מהתוצאות עולה כי אימון עם ריחות הביא לעליה משמעותית בסף לגירוי חשמלי, בהשוואה לקבוצת הביקורת ($p=0.001$). בנוסף, אימון חוש הריח הביא לעליה משמעותית בתפקוד חוש הריח לפי מדד TDI ($p=0.007$), בפרט בסף חוש הריח, בהשוואה לביקורת ($p=0.008$).

תדירות כאבי ראש, מוגבלות עקב כאבי ראש לפי מדד Pediatric Migraine Disability Assessment ומוגבלות עקב כאב לפי מדד Pediatric Pain Disability Index, השתפרו משמעותית בשתי הקבוצות, ללא הבדל בין הקבוצות.

החוקרים מסכמים וכותבים כי אימון חוש הריח ועליה בסף החשמלי לכאב עשויה להפחית את הרגישות לכאב באלו עם כאבי ראש תדירים. ממצאים אלו מעידים על התועלת האפשרית של אימון חוש הריח כאמצעי לא-תרופתי להקלה על כאבי ראש בילדים.

גורמי סיכון לאשפוז ילדים עם אסתמה

(מתוך כנס ה-AAAAI)

מספר גורמים עשויים לנבא את הסיכון לאשפוז של ילדים לבית חולים בשל התקף אסתמה, כולל גיל החולה, סוג אסתמה, פניה קודמת לחדר מיון והיסטוריה משפחתית, כך עולה מנתונים שהוצגו במהלך הכנס השנתי מטעם ה-American Academy of Allergy, Asthma & Immunology.

מטרת המחקר הייתה להבין טוב יותר את ההשפעה של מאפיינים טרם האשפוז, כולל מאפיינים דמוגרפיים, מצב סוציו-אקונומי ומדדי טיפול כרוני באסתמה על הסיכון לאשפוז מחדרי מיון למחלקות אשפוז בבית החולים.

בעת הפניה לחדר המיון, מרבית הילדים עם התקף אסתמה מגיבים היטב לטיפול הראשוני בסטרואידים סיסטמיים ומרחיבי סמפונות; עם זאת, חלק מהילדים עשויים לפתח מצוקה נשימתית מתקדמת או כשל נשימתי.

החוקרים השלימו מחקר מקרה-ביקורת רטרוספקטיבי שכלל 240 חולים בגילאי 1-21 שנים שפנו לחדרי מיון במערכת BronxCare Health System בשל התקף אסתמה. לכל חולה שאושפז ליחידת טיפול נמרץ בילדים התאימו החוקרים שני חולים שאושפזו למחלקת ילדים ושלושה חולים ששוחררו מחדר המיון.

ממצאי המחקר מעידים על הבדלים מובהקים סטטיסטית בגילאי החולים ששוחררו מחדר המיון ואלו שאושפזו ליחידת טיפול נמרץ בילדים ($p=0.0044$) ואלו שאושפזו למחלקת ילדים ($p<0.0001$).

במודל רב-משתני זיהו החוקרים מספר מאפייני בסיס שנקשרו באופן מובהק סטטיסטית עם אשפוז ילדים עם אסתמה, בהשוואה לשחרור ילדים מחדרי מיון: גיל 5 שנים ומעלה (יחס סיכויים של 0.21, רווח בר-סמך 95% של 0.05-0.82, $p=0.03$), אסתמה עיקשת בדרגה בינונית לעומת אסתמה לסירוגין (יחס סיכויים של 5.99, רווח בר-סמך 95% של 1.14-41.02, $p=0.05$), פניה קודמת לחדר מיון למעלה מ-12 חודשים קודם לכן, בהשוואה לפניה לחדר המיון ב-12 החודשים האחרונים (יחס סיכויים של 8.72, רווח בר-סמך 95% של 1.57-62.33, $p=0.02$), אשפוז קודם אחד בשנה האחרונה בהשוואה להעדר אשפוזים אי-פעם (יחס סיכויים של 6.48, רווח בר-סמך 95% של 1.34-37.94, $p=0.03$).

הגיל וחומרת אסתמה נקשרו באופן בלתי-תלוי עם הסיכון לאשפוז ילדים בשל התקף אסתמה.

יתרה מזאת, החוקרים מדווחים כי אסתמה עיקשת קלה לא לוותה בסיכון מוגבר לאשפוז, בהשוואה לאסתמה לסירוגין, בעוד שאסתמה עיקשת מתונה לוותה בסיכון מוגבר לאשפוז.

מהנתונים עולה כי מאפייני בסיס שלא נקשרו עם הסיכון לאשפוז ילדים עם אסתמה כללו את מין החולה, גזע, שליטה בשפה האנגלית, זמינות ההורים, אופן הגעה לחדר מיון, מעקב מסודר אצל רופא ריאות וביטוח רפואי.

החוקרים מסכמים וכותבים כי ממצאי המחקר תומכים בהשלמת מחקרים נוספים במטרה לקבוע אם גורמים אלו עשויים לשמש כמנבאים אפשריים של הסיכון לאשפוז ילדים בשל התקף אסתמה. יתרה מזאת, המודל המנבא עשוי לאפשר לרופאים ולמטפלים לנבא את רמת הטיפול הנדרשת בעת הופעת התקף אסתמה.

מתוך כנס ה-AAAAI

לידיעה ב-Healio



אכילה בררנית בגילאי הילדות המוקדמת

טל שדה – קון, דיאטנית ילדים, RD, MSc.Nutrition, מרפאת האכילה לגיל הרך, בית החולים ספרא לילדים, המרכז הרפואי שיבא, והמרכז הרפואי פוריה.

בשנים האחרונות גוברת המודעות והעניין של אנשי המקצוע באכילה בררנית בגילאי הילדות המוקדמת, במקביל לעלייה במספר הפניות של הורים המודאגים מהרגלי האכילה, התזונה והגדילה של ילדם.

בררנות אכילה יכולה להתבטא באכילה של מגוון מצומצם של מזונות, תוך העדפה ברורה למזונות ספציפיים ואלימינציה של מזונות ואף קבוצות מזון שלמות, ו/או חוסר נכונות לטעום מזון חדש ו/או אכילה בכמות קטנה.

ניתן לסווג בררנות אכילה לפי רמת החומרה מהקל לכבד:

תפיסה מוטעית של ההורים: מקרים אלו מתאפיינים בציפיות הוריות שאינן מותאמות. ההורים בטוחים שילדם תאבון ירוד, כשלמעשה הוא תואם את גילו ואת תבנית הגדילה הייחודית לו. הם מתארים שילדם אמנם אוכל מגוון, אך בכמות קטנה ומעלים החשש שמא כמות זו איננה מספקת לתמיכה בגדילתו. הם תופסים את ילדם כ"קטן" ו"חלש", כשבפועל ילדם גדל לאורך אחוזון המשקל הנמוך מהממוצע לגיל ולמין, באופן עקבי ויציב, ובהלימה לאחוזון הגובה, ולכן אוכל בכמות קטנה התואמת את הפיסיולוגיה שלו ואת מימדי גופו.

בררנות קלה: ילדים אשר צורכים פחות מזונות מהממוצע, אך התזונה שלהם מספקת להם את רוב אבות המזון ומאפשרת להם גדילה והתפתחות תקינה. כך למשל, ניתן להבחין בילדים שאוכלים מגוון לא רע של מזונות, אך מקבוצת הבשר מעדיפים רק שניצל או ילדים שלא אוכלים ירקות אך כן אוהבים פירות. לצד זאת, ההורים אינם מרוצים מבחירותיו התזונתיות של ילדם ומחוסר היענותו להתנסות במזון חדש, "בריא" יותר.

המאפיין המשותף למקרים אלו, של תפיסה מוטעית או בררנות קלה, הוא שהילד ה"בררן" יאכל בהנאה וברצון את מגוון המזונות שאוהב, בכמות שתהיה, כאמור, תואמת את ממדיו/תבנית הגדילה שלו, ותאפשר גדילה והתפתחות טובים ותקינים. אך לצד זאת, עלולה להיות דאגה הורית מוגזמת ואולי אף מאמץ מוגזם ומיותר לעודד את הילד לאכול עוד, מעבר ליכולותיו הפיסיולוגיות ו/או לטעום מזונות נוספים. דאגה מוגזמת זו עלולה להוביל את ההורים לתסכול, ליצירת אווירה לא נעימה, ואף כפייתית, סביב שולחן האוכל. הנ"ל יגרמו לחוויות אכילה שליליות עבור הילד והתנגדויות מצידו, ליחסי גומלין המתאפיינים במאבקי

כוח, משא ומתן, התניות (למשל, "תקבל קינוח רק אם תטעם קציצה"), מבלי לכבד את בחירותיו התזונתיות של הילד ו/או את התיאבון היחסי שלו.

במקרים אלו תיאום ציפיות עם ההורים, הפחתת הדאגה ההורית והדרכה מתאימה, יכולות לתרום להפחתת המצוקה וליצירת אווירה נינוחה ומכבדת סביב הארוחה המשפחתית.

במחקר שבדק את תופעת הבררנות באכילה בגיל הרך ואת המשכיות התופעה כתלות בדאגה ההורית, נמצא שכ- 50% מהפעוטות בגיל 15 חודשים התאפיינו עם אכילה בררנית. השכיחות הולכת ופוחתת לכדי 17% בגיל 38 חודשים בממוצע כשההורה לא מביע דאגה מהתופעה, ואילו נותרת 50% כשההורה מביע דאגה מהתופעה. זאת אומרת שהדאגה והמצוקה ההורית משפיעות על אופי היחסים, על האווירה ועל הדינמיקה המשפחתית, שנוצרות סביב האכילה ועלולות להשפיע על המשכיות התופעה ומכאן גם על ההתפתחות הרגשית, על התנהגותו של הילד ועל גדילתו.

המחקר הפרוספקטיבי הקיים מלמד שבהיעדר טיפול מתאים, קשיי האכילה עלולים להיות ממושכים. כך למשל, עד כ- 40% מהילדים החריגים באכילתם בגילאי הילדות יהיו כאלו גם בגיל ההתבגרות.

בררנות בינונית-קשה מתייחסת לילדים אשר אוכלים מצומצם באופן חריג, שתפריטם מוגבל לכדי 10-5 מזונות בלבד או שדפוסי האכילה שלהם פתולוגיים, כגון שתיה ממושכת של תמ"ל מבקבוק ללא מעבר למזון משלים/מוצק, הרבה מעבר למצופה לגיל, או אכילה של מעדן חלב בלבד. לפעמים ניתן לראות תלות בטעם אחד או של חברה מסחרית אחת בלבד או אכילה של חטיפים מסוימים בלבד. ללא פירות, ירקות, עוף, בשר ומוצריו בתפריט היומי. חלקם יגלו מצוקה ממשית סביב סיטואציית האכילה ובמסגרת הארוחה החברתית – משפחתית תיתכן סלידה ממשית ממזונות מסויימים המושפעת ממראה, ריח או טעם. לעיתים ניתן יהיה לזהות קושי בנושאי בריאות נוספים כגון קשיים רגשיים, תנודות במצב הרוח, קשיים בלמידה ובהתנהגות ורגישויות חושיות אחרות.

מאפיינים נוספים הינם זמני ארוחה ממושכים, אווירה מתוחה סביב הארוחה, היעדר אכילה אוטונומית תואמת גיל ועוד. במקרים מורכבים אלו, המאפיינים הבולטים, אם כן, הם **תזונה שאיננה תואמת את הגיל הכרונולוגי, ואיננה תומכת במיומנויות האכילה המצופות לגיל, העלולה לפגוע בגדילה ולגרום לחסרים תזונתיים.** בררנות בינונית/קשה בילדים מוכרת לנו במרפאות האכילה לגיל הרך, אך ברובם המכריע, נהגנו לראותם לאורך השנים בעיקר בקרב אוכלוסיית הילדים עם הצרכים המיוחדים כגון ילדים עם תסמונות גנטיות או ילדים על הספקטרום האוטיסטי, להם מיומנויות אכילה ותפקודי פה דלים ו/או שהקושי באכילה מהווה סימפטום אחד מתוך מכלול מצבים, ביניהם נוקשות מחשבתית וחרדה. ואילו בתקופה האחרונה, מופנים יותר ויותר מקרים למרפאות המתמחות גם מקרב אוכלוסיית הילדים הבריאים והמפותחים.

אכילה בורנית ותבנית הגדילה:

נקודה חשובה ומבלבלת היא הגדילה של אותם ילדים. אכילה בורנית אמנם עלולה להשפיע על המשקל ולהוביל להאטה בקצב הגדילה, בעיקר במקרים בהם הצריכה התזונתית נפגעת ונותרת נמוכה. אך היא אינה מתקשרת בהכרח למשקל נמוך, שכן ישנם ילדים עם דפוסי אכילה פתולוגיים השומרים בכל זאת על משקלם. כך למשל, אחדים מהם מסרבים לאכול מזונות מוצקים אך שותים כמות לא מבוטלת של בקבוקים ביום. מבחינה תזונתית, הם מקבלים את כל אבות המזון התומכים בגדילתם, ועל פניו, הרושם הוא שהילד גדל היטב. במקרים אחרים, ישנם ילדים שבדפוסי האכילה הפתולוגיים שלהם יאכלו אך ורק מעדן חלב בטעם מסוים, ויסרבו לטעום כל דבר מזון אחר. מבחינה תזונתית, גם במקרים אלו, יתכן וגדילתם תהיה באחוזון הממוצע ואף גבוה מכך, שכן הם יקבלו מהמעדן כמות טובה, לפעמים עודפת, של קלוריות וחלבון שיתמכו בגדילתם. ילדים אלו יכולים לאכול כמות לא מבוטלת של מעדנים במהלך היום על מנת לשבוע ולספק לגופם את צרכיו התזונתיים מבחינת מאקרונוטריאנטים. יחד עם זאת, גופם עלול לפתח צריכה תת אופטימלית של ויטמינים ומינרליים חיוניים.

ירידה במשקל או אי-עלייה מצופה במשקל בהחלט אפשריים אך אינם בגדר קריטריון הכרחי. ישנם ילדים צעירים עם דפוסי אכילה פתולוגיים השומרים על משקלם. כך למשל, אחדים מהם מסרבים לאכול מזונות מוצקים אך שותים כמות לא מבוטלת של בקבוקים ביום.

תיאור מקרה מתוך הטיפול במרפאת האכילה – What you can C in a selective eating child

ילד בן 5 שנים, הגיע למיון עם כאבים ברגל לסירוגין שנמשכו מספר חודשים, בנוסף לתלונות על עייפות וחולשה. הכאב גרם בהדרגה לצליעה ובהמשך הדרדר עד כדי קושי לעלות ולרדת במדרגות, לרוץ ולשחק עם חברים. ללא היסטוריה של פציעה, חום, פריחה בעור או תלונות בדרכי הנשימה או מערכת העיכול.

בקהילה נעשתה הערכה ראשונית שכללה סריקות רנטגן וייעוץ אורטופדי, ללא רושם לממצאים חריגים. נערכו בדיקות מעבדה ראשוניות שהראו אנמיה מחסר ברזל. ונעשה ניסיון לטיפול פומי בברזל שלא צלח בשל חוסר שיתוף פעולה מצידו של הילד ליטול התרופה.

ברקע: הצעיר מבין 3 אחים, מהלך הריון ולידה תקינים. נולד במועד, במשקל 3700 גרם. התפתחות תקינה. הנקה עד גיל שנה ו-10 חודשים כאשר בגיל חצי שנה היה ניסיון לטעימות ומעבר למזון משלים. ההורים תיארו שלא הביע עניין וכנראה הניחו לו. כשהפסיק לינוק תזונתו התבססה על מעדן שוקולד, דגנים מסוימים, כריך עם חומס, פיצה, עוגיות, קרואסון. הוא מעולם לא טעם ירקות, פירות, בשר ומוצריו. דפוס גדילה לאורך אחוזון 1 בעקומות המשקל והאורך/גובה.

בקבלתו לאשפוז הורחב הבירור הרפואי בשאלה של מחלה מטבולית או דלקתית של העצם. הורחבו גם בדיקות המעבדה, ונכללו גם פרופיל של ויטמינים ומינרלים. במקביל נעשתה בדיקת MRI של העצם שהדגימה ממצאים שיכולים להתאים ל**צפדינה**. ומשחזרה רמה נמוכה של ויטמין C, האבחנה אוששה. בנוסף לחסר המשמעותי בויטמין C, נמצא גם חסר בויטמין A, וכאמור, אנמיה מחסר ברזל.

- vitamin C < 4 mg/L (reference range: 4.6 to 14.9 mg/L)
- vitamin A 0.22 mg/L (ref. 0.3-0.7 mg/dL)
- Vitamin D, B1, B6, B12, E, zinc, Mg levels were normal
- HgB 8.96 (ref. 9.5-20.5 gr/dl)
- Ferritin 9.7 ng/ml (reference range: 10 to 55 ng/mL)

הספרות המקצועית מתארת מקרים דומים, הן של ילדים בריאים והן של ילדים בעלי צרכים מיוחדים, שצרכו מגוון מצומצם באופן חריג של מזונות, ובאחוזים גבוהים סבלו מצפדינה כמחסור השכיח ביותר, לצד חסר בויטמין A, ויטמינים מקבוצת B (בעיקר תיאמין B1, B12), בויטמין D, אבץ וברזל.

צפדינה, חסר חמור בויטמין C, היא מחלה נדירה בעולם השפע התזונתי. יחד עם זאת, בשנים האחרונות אבחנו במרפאתנו מספר קטן אך לא מבוטל של ילדים עם צרכים מיוחדים ובעיות אכילה מורכבות, כגון ילדים על הספקטרום האוטיסטי, עם חסרים תזונתיים וביניהם חסר בויטמין C, אשר גורם לפגיעה בייצור קולגן ומוביל להשלכות קליניות משמעותיות ביניהן צליעה כתוצאה מפגיעה בעצם ודימומים בריריות כגון חניכיים. זהו תיאור המקרה הראשון במרפאתנו בו אובחנה צפדינה בילד **בריא ומפותח**, נטו בגלל סיבה תזונתית הקשורה באכילה סלקטיבית קיצונית.

במהלך האשפוז החלו טיפול בויטמין C, תחילה דרך הוריד ובהמשך כתוסף פומי והחלמה היתה כמעט מיידית. עוד באשפוז יצרו את הקשר והחיבור של המשפחה עם מרפאת האכילה לגיל הרך של בית החולים והוא שוחרר להמשך טיפול במרפאה. מתן טיפול בויטמין C מתקן את רמות הויטמין בגוף וכל הסימפטומים נעלמו כליל. אבל בעוד הסימפטומים הקליניים הפיכים, בעיית האכילה הראשונית נשארת, ואם היא לא תקבל מענה, זהו מעגל מרושע שיכול לחזור על עצמו.

במרפאה האכילה לגיל הרך ניתן מענה על ידי צוות רב מקצועי וההתייחסות הינה לכל החלקים – הגופניים, התזונתיים, הרגשיים, הדינמיקה והאינטראקציה עם ההורים והמשפחה, הרגלי האכילה וכלל חוויות האכילה שהצטברו מאז ינקותו. לאורך הטיפול במרפאה מגוון המזונות הורחב מ 5-4 פרטי מזון לכדי 20-18, מקבוצות מזון מגוונות. ובתום 6 חודשי מעקב גם נתוני הגדילה השתפרו (אחוזון 25-50). כמו כן, תואר שהיה יותר שמח, חיוני ואף הצטרף לחוג כדורסל.

מעניין לחשוב שדווקא בעולם של שפע תזונתי, ישנה עלייה במספר המקרים המתוארים על ידי ההורים ו/או המגיעים לאנשי מקצוע מסיבות של אכילה בררנית. הנטייה הטבעית שלנו, כאנשי מקצוע, היא להסתכל על הילד הבריא, שגדל היטב, ולנחם את הוריו ש"זהו רק שלב בחיים", "הילד לא יתגייס עם הבקבוק לצבא", "אין מקום לדאגה". לעיתים, מתוך כוונה טובה, ניתנת המלצה להורים "להניח לזה" או לחילופין, להפסיק באופן חד וקיצוני את מתן התמ"ל/המעדן, מתוך הנחה שכשהילד יהיה "רעב", "לא תהיה לו ברירה והוא יאכל". אילו הם חלק מהפתרונות העולים מן השטח. הניסיון הקליני מלמד, שפתרונות אילו אינם מסייעים לילד עם הקושי המשמעותי באכילה והם עלולים להחמיר את הסטרס המשפחתי ואת המצב הכללי, מבלי לטפל לעומק בשורש הבעיה.

ישנה חשיבות להטות אוזן קשבת לדיווח ההורים על קשיי האכילה של ילדם ולדאגה שלהם בנושא, לתאם ציפיות ולהדריך את ההורים. למשל, לתאם עם ההורים ציפיות בהתאם לתבנית הגדילה של ילדם, כמויות ריאליות של מזון, הרגלי אכילה והאם הם תואמים את הגיל והמיומנויות המצופות לשלב ההתפתחותי. כמו כן, להסביר להורים על חשיבות תפקידם בדוגמה אישית ואחריותם ביצירת ארוחות מסודרות, הגשת מזון שהילד אוהב לאכול, לצד חשיפה ספונטנית למגוון מזונות נוסף ששאר בני המשפחה אוכלים, במסגרת ארוחה משפחתית, ללא צורך בשכנועים והתניות ותוך יצירת אווירה נינוחה ונטולת מאבקים סביב שולחן האוכל המשפחתי.

לצד זאת, ישנה חשיבות לתשומת לב לדגלים אדומים. המקרה המוצג בכתבה אמנם נדיר, אך מדגים עד כמה אכילה סלקטיבית משמעותית עלולה לסכן את הילדים הצעירים מפני צריכה תת אופטימלית וחסרים תזונתיים משמעותיים. הוא מלמד עד כמה חשובה האנמנזה התזונתית, ההתייחסות להרגלי האכילה של הילד ומשפחתו, ולרמת הדאגה ההורית, מעבר לבחינת עקומות הגדילה. ועד כמה חשוב המענה בהתאם, על ידי יועצים נוספים/אנשי מקצוע בקהילה או במרפאות אכילה ייעודיות, על ידי צוותים רב מקצועיים.

מסרים חשובים לקחת הביתה

- אכילה בררנית היא תופעה שכיחה בפעוטות וילדים צעירים.
- חשוב להבדיל בין "בררנות קלה" שאיננה תמיד מצריכה התערבות של אנשי מקצוע, כי אם תיאום ציפיות והדרכה בסיסית להורים בנושא תבנית הגדילה של הילד, כמות המזון שהילד אוכל והאם תואמת את גילו ואת תבנית הגדילה שלו, כמו גם מיומנויות האכילה והתאמתם לשלבי ההתפתחות.
- ובין "בררנות קשה" בה התפריט מצומצם לכדי 10 פרטי מזון ומטה והיא יכולה להיות מאופיינת בדפוסי אכילה נוקשים שאינם תואמים הגיל הכרונולוגי ומיומנויות האכילה המצופות לשלב ההתפתחותי.
- עקומות הגדילה הם כלי חשוב במעקב אחר ילדים צעירים, אך במקרים של בררנות אכילה הן אינן יכולות להוות כלי ההערכה העיקרי.

- בהיעדר טיפול מתאים אכילה בררנית בדרגת חומרה "בינונית-קשה" עלולה להיות ממושכת ולהציב את הילד בפני קשיים רגשיים, התנהגותיים, פגיעה בגדילה וסיכון לחסרים תזונתיים קליניים.
- צפדינה מהווה חסר קליני שכיח במקרים של אכילה בררנית "קשה" ותפריט מצומצם, בעיקר בקרב ילדים עם צרכים מיוחדים, אך גם בקרב ילדים בריאים ומפותחים.
- חסרים תזונתיים שכיחים נוספים הם חסר בוטמין A, ויטמין D, ויטמינים מקבוצת B, אנמיה מחסר ברזל ואבץ.
- יש להטות אוזן קשבת לדאגה ההורית, לשים לב לדגלים אדומים התנהגותיים וקליניים (צליעה, חניכיים אדומות, פריחה חריגה, בצקת), להתייחס בביקור לתשואל התזונתי, הרגלי האכילה של הילד ומשפחתו

סקירת ספרות

1. Miri Keren. Diagnosis and treatment of feeding disorders in infants. DC: 0-5. 2016.
2. Hsun-Chin Chao. Association of Picky Eating with Growth, Nutritional Status, Development and Health. *Frontier in pediatrics* 2018 (6); 22.
3. Benny Kerzner, Kim Milano, William C et al. A Practical Approach to Classifying and Managing Feeding Difficulties. *PEDIATRICS* 135 (2), February 2015: 344-53.
4. Kim Milano, Irene Chatoor, Benny Kerzner. A Functional Approach to Feeding Difficulties in Children. *Current Gastroenterology Reports* 2019;21: 51.
5. Caroline M Taylor and Pauline M Emmett. Picky eating in children: causes and consequences. *Proc Nutr Soc* 2020.
6. Anthony J. Mascola, Susan W. Bryson, and W. Stewart Agras. Picky eating during childhood: A longitudinal study to age 11- years. *Eat Behav.* 2010; 11(4): 253–257.
7. Pauline M. Emmett, Nicholas P. Hays and Caroline M. Taylor. Factors Associated with Maternal Worry about Her Young Child Exhibiting Choosy Feeding Behaviour. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2018, 15, 1236.
8. Feldman R et al. *J Am Acad Child Adolesc. Psychiatr.* 2004; 43:1089-1097
9. Nancy Zucker, William Copeland, Lauren Franz et al. Psychological and Psychosocial Impairment in Preschoolers with Selective Eating. *PEDIATRICS* 2015; 136 (3): e582–e590.
10. Tinu Mary Samuel, Kathy Musa-Veloso, Manki Ho et al. A Narrative Review of Childhood Picky Eating and Its Relationship to Food Intakes, Nutritional Status, and Growth. *Nutrients* 2018; 10:1992.
11. Timothy Hahn, Whitney Adams and Keith Williams. Is vitamin C enough? A case report of scurvy in a five-year-old girl and review of the literature. *BMC Pediatrics* (2019) 19:74.
12. Khulud Diab Shehade, Ron Lamdan, Dvora Aharoni, Yonatan Yeshayahu. "What can you C in a limping child?" Scurvy in an otherwise healthy "picky eater". *Nutrition* 82 (2021) 111019.
13. Hsun-Chin Chao, Jang-Jih L, Chang-Yo Yang et al. Serum Trace Element Levels and Their Correlation with Picky Eating Behavior, Development, and Physical Activity in Early Childhood. *Nutrient* 2021, 13, 2295.
14. Summer Yule, Jillian Wanik, Elizabeth M. Holm et al. Nutritional Deficiency Disease Secondary to ARFID Symptoms Associated with Autism and the Broad Autism Phenotype: A Qualitative Systematic Review of Case Reports and Case Series. *JOURNAL OF THE ACADEMY OF NUTRITION AND DIETETICS.* March 2021; 121 (3).
15. Giulia Ceglie, Giulia Macchiarulo, Maria Rosaria Marchili et al. Scurvy: still a threat in the well-fed first world? *Arch Dis Child* 2019; 104:381–383.
16. Ren Yi Kow, Nik Alyani Nik Abdul Adel, Ardilla Hanim Abdul Razak et al. Scurvy: A Neglected Cause of Muscle Pain and Weakness in a Child with Picky Eating Behavior. *Cureus* 13(7): e16289.

דאגה

בלבול

אהבה

התרגשות

עייפות

תינוק חדש מביא איתו המון...

חרדה

שמחה

עצב

אושר

ציפייה

חדש!

שירות תמיכה רגשית
לאימהות ואבות אחרי לידה
בשיתוף **עמותת ער"ן**



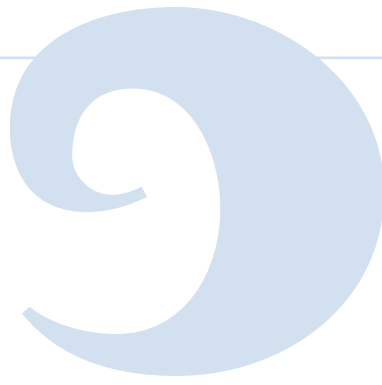
בצ'אט 
באתר ער"ן

בוואטספ 
באתר ער"ן

*9061 

הקו החם להורים מופעל על ידי עמותת ער"ן ובפיקוחה ואחריותה המקצועית. מובהר כי מטרנה אינה מעורבת בתפעול המקצועי של הקו ואינה חשופה למידע אודות תוכן הפניות וזהות הפונים במסגרתו.





www.pediatrics.org.il