

IDA

JOURNAL OF THE
ISRAELI DIETETIC ASSOCIATION

פברואר 2013

כתב העת של עמותת הדיאטנים בישראל

Hot Winter

**האם קיים קשר
בין פרוביוטיקה וכבד שומני?**

גרעין מלא
אינדקס גליקמי וסוכרת

**התנגדות לטיפול
גורמים ודרכי התמודדות**

סיכום הכנס השנתי
"תזונה, טיפול וקריירה - 2012"



עריכה מדעית: ד"ר טלי סיני

עמותת הדיאטנים בישראל



ד"ר טלי סיני - יו"ר עמותת עתיד

דבר העורכת

דיאטנים יקרים,

אני שמחה להגיש לכם את כתב העת, המסכם את הכנס השנתי של העמותה. הכנס, נערך לראשונה תחת הכותרת "תזונה, טיפול וקריירה", ובו בנוסף לעדכונים וחיידשים מתחום התזונה, ניתנה במה משמעותית להיבט הטיפולי ולתכנים עסקיים ושיווקיים.

בכתב העת, תוכלו להתעדכן באסטרטגיות טיפול חדישות הנבחנות עבור מגוון מצבים קליניים. הכתבה שלפנינו מציעה שימוש בפרוביוטיקה למניעה ולטיפול במחלת הכבד השומני, אשר שכיחותה הולכת ועולה בעולם המערבי; ד"ר פורים סוקר אסטרטגיה טיפולית חדשה המאפשרת להירפא מסרטן מעי גס גרורת- אחת ממחלות הסרטן הנפוצות והקטלניות בישראל. בכתבה "קוקטייל מטאבולי" תוכלו לקרוא על המהפך בטיפול התזונתי בנשאי HIV, שהתרחש הודות להתקדמות הרבה בטיפול התרופתי באוכלוסיה זו.

נושא קידום בריאות עולה גם כן על דפי העיתון. כתבה בנושא דגנים מלאים מנסה לשפוך אור על ההבדל בין צריכת גרעין מלא לגרעין מעובד מבחינת השפעתם על האינדקס הגליקמי והסיכון לסוכרת. בנוסף, תוכלו להתרשם ממודל לקידום אורחות חיים במשפחה, המתבסס על הרחבת הפעילות בטיפות חלב.

בעבודתנו השוטפת וכדי להתעדכן, אנחנו קוראים מחקרים רבים. איך נדע לברור מביניהם ולדעת מה אמין ומה לא? כיצד נעריך תוצאות של ניסויים קליניים? ד"ר רפי מרילוס מציע כלים שימושיים שבאמצעותם נוכל לעשות זאת ומזהיר מפני טעויות נפוצות.

הנתונים החדשים העולים במחקרים מתורגמים בהמשך למה שמכונה "רפואה מבוססת ראיות" ולהתוויית הנחיות קליניות מעשיות. אך האם די בכך? הניסיון מלמד, כי אנשים עם מחלות כרוניות ואקוטיות מתקשים לא פעם לאמץ וליישם לאורך זמן את ההנחיות התזונתיות המותאמות למצבם הרפואי. הפסיכולוגית ד"ר עדנה כצנלסון סוקרת את הגורמים לקושי זה ומציעה דרכים להתמודדות עם התנגדויות לטיפול.

שימוש במגוון שיטות טיפול גם כן עשוי לסייע לנו בהובלת השינוי הרצוי אצל המטופלים שלנו. בגיליון זה תוכלו להתרשם מכלי טיפולי נוסף - דמיון מונחה, וכן מתיאורי מקרה המפרטים טיפול בבולמוסי אכילה. בעמודי סיכום הכנס, תוכלו להוסיף ולהתרשם ממגוון התכנים והפעילויות שהתקיימו בו.

בהזדמנות זו אני שמחה לספר על הרחבת מערכת העיתון. בהמשך לקול קורא שהפצנו בקרב חברי העמותה, קבלנו בכרחה דיאטניות נוספות וכישרונית בתחום, אשר הביעו רצון להתנדב לעריכה המדעית של כתב העת. ד"ר סיגל אילת נבחרה לתפקיד העורכת הראשית. אנו מברכים אותה על כך ומאחלים לה הצלחה, סיפוק והנאה במילוי תפקידה! בנוסף, אני שמחה לבשר, כי עם עלייתו לאוויר של אתר העמותה החדש, אנו שוקדים על הוצאתם לאור של כתבי העת שלנו גם בגרסה האלקטרונית.

בברכת חורף חם
וקריאה מהנה!
טלי



ההורים לא מרוצים מאיך שהילד שלהם אוכל?



Y&R ISRAEL
PR-IL-ABT-RED-03(03/11)

משקה בטעמים וניל ושוקי

רופאי הילדים בארה"ב ממליצים:

פדיאשור קומפליט, הפיתוח המדעי שמשלים את התזונה היומית לילדים עם אכילה בורנית!

פדיאשור קומפליט מכיל שילוב מאוזן של כל אבות המזון, 28 ויטמינים ומינרלים, פרוביוטיקה וסיבים תזונתיים. מבית אבוט - יצרנית סימילאק.

פדיאשור קומפליט
לדעת שהילד שלכם מקבל הכל

www.pediasure.co.il
אבוט ישראל - קרית עתידים, בניין 4, ת.ד. 58099, תל אביב
טל: 03-7691000, פקס: 03-6494973



מוצרי חברת easyline נכללים בסל הבריאות משנת 2013

בסל
החל משנת
2013



מוצרים נוספים מסדרת איזילין



easyline

בשלב שהגוף זקוק לחיזוק

תוכן העניינים

- 3 דבר העורכת / ד"ר טלי סיני
- 6 האם קיים קשר בין פרוביוטיקה וכבד שומני?
שירי שרף דגן, ד"ר שירה זלבר - שגיא
- 10 סרטן מעי גס עם גרורות מוגבלות לכבד אסטרטגיה טיפולית חדשה
ד"ר עופר פורים
- 13 קוקטייל מטבולי - על הטיפול האנטי נגיפי בנשאי HIV,
השלכותיו המטבוליות והטיפול התזונתי הנלווה להן
דרור בן נח
- 18 צריכת גרעין מלא וקמח מלא - השלכות על האינדקס
הגליקמי וסוכרת / ד"ר נסטור ליפובצקי
- 21 מודל לקידום אורחות חיים במשפחה הרחבת פעילות תחנות טיפת חלב
ד"ר רני פולק, פרופ' נעמה קונסטנטיני וחברים
- 24 כלים שימושיים להערכה אופטימלית
של ספרות רפואית ומחקרים קליניים
ד"ר רפי מרילוס
- 28 התנגדות לטיפול תזונתי בחולים כרוניים ואקטיים -
גורמים ודרכי התמודדות
ד"ר עדנה כצנלסון
- 31 דמיון מונחה - מהו ולמי מתאים?
ענת נוי עזריאלי ועפרה ויסמונסקי
- 33 תאור מקרה - תהליך של דמיון מונחה עם הדימוי לבולמוס אכילה
ענת נוי עזריאלי
- 34 תאור מקרה - טיפול בבולמוסי אכילה
אפרת גפני פורין
- 36 סיכום כנס עתיד "תזונה, טיפול וקריירה" - ספטמבר 2012

1 כתב העת של עמותת הדיאטנים בישראל
גליון מס' 8

עורכת מדעית:

ד"ר טלי סיני - יו"ר עמותת עתיד
דיאטנית וחוקרת, האוניברסיטה העברית
Tali.sinai@mail.huji.ac.il

עורכות משנה:

טובה קראוזה
ירדנה קסלמן
ד"ר סיגל אילת-אדר
ד"ר אסנת סטון

משתתפים:

שירי שרף-דגן וד"ר שירה זלבר-שגיא, ד"ר עופר
פורים, דרור בן-נוח, ד"ר נסטור ליפובצקי, ד"ר רני
פולק ואח', ד"ר רפי מרילוס, ד"ר עדנה כצנלסון,
ענת-נוי עזריאלי ועפרה ויסמונסקי, אפרת גפני-פורין

עיצוב גרפי:

א.א.ס. עיצוב - אורנה שמיר
ornas@netvision.net.il

מחלקת פרסום:

טלפון: 03-5251740
פקס: 03-5251827

כתובת העמותה למשלוח דאר:

עמותת עתיד
הירקון 39, ת.ד. 1458 בני ברק, 5120430
טל. 03-5251740
פקס. 03-5251827
דוא"ל atid.diet@gmail.com
אתר www.atid-eatright.org.il

פניות למערכת, הצעות והארות,

ניתן לשלוח לפקס: 03-5251827
ובדוא"ל atid.diet@gmail.com

כל הזכויות שמורות ל"עמותת עתיד", אין להעתיק
או לשכפל בכל צורה שהיא מחוברת זו ללא אישור
בכתב. אין העורכים או חברי המערכת אחראים
לתוכן המודעות המתפרסמות בחוברת זו. המודעות
הן על אחריותם הבלעדית של המפרסמים.



אז כמה טונה מותר לצרוך?

בוודאי נתקלת לאחרונה בשאלות של מטופלים בעקבות סקר שפורסם בארה"ב, ואשר מצא תכולה גבוהה של כספית בסוגי דגים. בעקבות פרסום זה, ב-26.11.12 רענן משרד הבריאות את המלצותיו לצריכת דגים בישראל:

"דגים הינם מקור טוב לחלבון, דלים יחסית בשומן רווי ומכילים אומגה-3 ברמות שונות, בהתאם לתזונתם, מקור גידולם וצורת הדיג שלהם. צריכת דגים תורמת לבריאות מבוגרים וילדים.

משרד הבריאות ממליץ לכל האוכלוסייה, כולל ילדים, לצרוך דגים ולגוון את סוגי הדגים בתפריט. אין צורך להגביל את תזונת הדגים בקרב הציבור בכלל ובקרב ילדים בפרט אלא לשמור על תזונה מגוונת ומאוזנת.

המלצת משרד הבריאות הישראלי מותאמת להרגלי התזונה ומצאי המזון בישראל. רוב שימורי הטונה הנצרכת בישראל הינם מטונה בהירה בה ריכוז הכספית נמוך מאוד. דגים העלולים להכיל ריכוזים גבוהים של כספית כגון טונה לבנה (אלבוקור), כריש ודגי חרב אינם נפוצים לצריכה בקרב האוכלוסייה בישראל.

כמו-כן חשוב להדגיש כי משרד הבריאות עוקב אחרי תכולת הכספית בטונה בישראל. מנתונים שנאספו בעת האחרונה עולה כי, רק ב-16% מהדוגמאות של שימורי טונה בהירה נמצאה כספית בכלל וגם זאת ברמה הנמוכה מזו המותרת. בטונה לבנה אשר נצרכת בעיקר כסטייקים, רמות הכספית נמצאו מתחת לרמות המותרות לסוג זה של דג. לנשים בהריון - משרד הבריאות אינו ממליץ על אכילת דגים גדולים כגון: כריש (Shark), חרב (Swordfish), מקרל גדול (King mackerel), ליבנה (Tilefish), טונה לבנה (טונה אלבוקור), העלולים להכיל כספית ברמה גבוהה".

http://www.health.gov.il/NewsAndEvents/SpokemanMessages/Pages/26112012_2.aspx

טונה סטארקיסט מכילה פי 20 פחות כספית מהתקן הישראלי זה של ה-FDA, ופי 4 פחות מהתקן המחמיר של EPA!

2009;1:6ps7.

6. Kootte RS, Vrieze A, Holleman F et al. The therapeutic potential of manipulating gut microbiota in obesity and type 2 diabetes mellitus. *Diabetes Obes Metab.* 2012;14:112-20.

7. Compare D, Coccoli P, Rocco A et al. Gut-liver axis: The impact of gut microbiota on non alcoholic fatty liver disease. *Nutr Metab Cardiovasc Dis* 2012; 22:471-6.

8. Seki E, Schnabl B. Role of innate immunity and the microbiota in liver fibrosis: crosstalk between the liver and gut. *J Physiol.* 2012;590:447-58.

9. Floch MH, Madsen KK, Jenkins DJ et al. Recommendations for probiotic use. *J Clin Gastroenterol.* 2006;40:275-8.

10. Solga SF, Diehl AM. Non-alcoholic fatty liver disease: lumen-liver interactions and possible role for probiotics. *J Hepatol.* 2003;38:681-7.

11. Lata J, Jurankova J, Kopacova M et al. Probiotics in hepatology. *World J Gastroenterol.* 2011;17:2890-6.

12. Li Z, Yang S, Lin H et al. Probiotics and antibodies to TNF inhibit inflammatory activity and improve nonalcoholic fatty liver disease. *Hepatology.* 2003;37:343-50.

13. Ewaschuk J, Endersby R, Thiel D et al. Probiotic bacteria prevent hepatic damage and maintain colonic barrier function in a mouse model of sepsis. *Hepatology.* 2007;46:841-50.

14. Ma X, Hua J, Li Z. Probiotics improve high fat diet-induced hepatic steatosis and insulin resistance by increasing hepatic NKT cells. *J Hepatol* 2008;49:821-30.

15. Velayudham A, Dolganiuc A, Ellis M et al. VSL#3 probiotic treatment attenuates fibrosis without changes in steatohepatitis in a diet-induced nonalcoholic steatohepatitis model in mice. *Hepatology.* 2009;49:989-97.

16. Nardone G, Compare D, Liguori E et al. Protective effects of *Lactobacillus paracasei* F19 in a rat model of oxidative and metabolic hepatic injury. *Am J Physiol Gastrointest Liver Physiol.* 2010;299:G669-76.

17. Loguercio C, De Simone T, Federico A et al. Gut-liver axis: a new point of attack to treat chronic liver damage? *Am J Gastroenterol.* 2002;97:2144-6.

18. Loguercio C, Federico A, Tuccillo C et al. Beneficial effects of a probiotic VSL#3 on parameters of liver dysfunction in chronic liver diseases. *J Clin Gastroenterol.* 2005;39:540-3.

19. Aller R, De Luis DA, Izaola O et al. Effect of a probiotic on liver aminotransferases in nonalcoholic fatty liver disease patients: a double blind randomized clinical trial. *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* 2011;15:1090-5.

20. Vajro P, Mandato C, Licenziati MR et al. Effects of *Lactobacillus rhamnosus* strain GG in pediatric obesity-related liver disease. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2011;52:740-3.

21. Eltawil KM, Laryea M, Peltekian K et al. Rifaximin vs. conventional oral therapy for hepatic encephalopathy: a meta-analysis. *World J Gastroenterol.* 2012;18:767-77.

22. Liu Q, Duan ZP, Ha DK et al. Synbiotic modulation of gut flora: effect on minimal hepatic encephalopathy in patients with cirrhosis. *Hepatology.* 2004;39:1441-9.

23. Malaguarnera M, Greco F, Barone G et al. *Bifidobacterium longum* with fructo-oligosaccharide (FOS) treatment in minimal hepatic encephalopathy: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Dig Dis Sci.* 2007;52:3259-65.

24. Kirpich IA, Solovieva NV, Leikhter SN et al. Probiotics restore bowel flora and improve liver enzymes in human alcohol-induced liver injury: a pilot study. *Alcohol.* 2008;42:675-82.

25. Rayes N, Seehofer D, Theruvath T et al. Supply of pre- and probiotics reduces bacterial infection rates after liver transplantation- a randomized, double-blind trial. *Am J Transplant.* 2005;5:125-30.

26. Lirussi F, Mastropasqua E, Orlando S et al. Probiotics for non-alcoholic fatty liver disease and/or steatohepatitis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007;(1):CD005165.

שקיבלה 5 ימים טיפול בפרוביוטיקה (*Bifidobacterium bifidum* and *Lactobacillus plantarum* 8PA3) לעומת טיפול סטנדרטי (הימנעות מאלכוהול וויטמינים). לאחר 5 ימי הטיפול נמצא שבקבוצת הפרוביוטיקה חל שיפור מובהק ברמת ה-*bifidobacteria* וה-*lactobacilli* וכן נצפתה אצלם ירידה מובהקת ברמת ה-AST וה-ALT בהשוואה לקבוצת הביקורת שקיבלה טיפול סטנדרטי (24).

בניסוי קליני אקראי על 66 חולים בני 50±2 לאחר השתלת כד קיבלה מחצית מהחולים טיפול משולב של הזנה אנטרלית סטנדרטית עם סינביוטיקה (שילוב של פרוביוטיקה שכללה 4 זנים של *Lactobacillus* ופרה-ביוטיקה שכללה 4 סוגי סיבים מסיסים) ומחצית קיבלה טיפול של הזנה אנטרלית סטנדרטית עם פרה-ביוטיקה (4 סוגי סיבים מסיסים) למשך שבועיים. נמצא כי בקבוצת הטיפול בסינביוטיקה הייתה ירידה גדולה יותר באופן מובהק בהיארעות הזיהומים לאחר הניתוח. בנוסף, משך הטיפול האנטיביוטי היה נמוך יותר באופן מובהק בקבוצת הסינביוטיקה (25).

לסיכום:

ראיות מן השנים האחרונות מציעות ששינוי בפלורת המעי יכול להביא לפריצת דרך חדשה בטיפול ובמניעה של מגוון מחלות כבד (7). עדיין לא ברור לחלוטין איך שינוי במיקרופלורה יכול להשפיע על מחלות כבד כרוניות (8) והקשר בין פלורת המעי ובריאות הכבד נמצא תחת מחקר אינטנסיבי. נכון להיום אין הסכמה נרחבת לגבי מתן פרוביוטיקה עבור אינדיקציה כלשהי של הפרעה כבדית, ובפרקטיקה פרוביוטיקה ניתנת כיום רק לטיפול באנצפלופתיה כבדית (11). סריקה של קוקרין משנת 2009 על פרוביוטיקה כטיפול בכבד שומני מסכמת שאין ניסויים קליניים אקראיים משמעותיים מבחינת גודל מדגם, משך מעקב ומדדי תוצאה היסטולוגיים שהתפרסמו על הקשר בין פרוביוטיקה ל-NAFLD או NASH בבני אדם, אך ניסויים קליניים אקראיים קטנים וניסויים קליניים לא אקראיים או לא מבוקרים בבני אדם מציעים שטיפול בפרוביוטיקה יכול לשפר בדיקות של אנזימי כבד ויכול להוריד רמות של סמנים לחמצון ליפידים ועקה חמצונית. בנוסף, מספר מחקרים בבעלי חיים מדגימים כי תוספת של פרוביוטיקה יכולה להשפיע על התפתחות והתקדמות של NAFLD (2, 26).

טיפול בפרוביוטיקה נחשב לטיפול בטוח, לא יקר ובעל סבילות טובה (26). סוגיות בלתי פתורות נוספות שיש לקחת בחשבון לפני התחלת טיפול בפרוביוטיקה ב-NAFLD או NASH הן סוג זני החיידקים שיש לכלול בתוסף, כמות וריכוז החיידקים שיש לכלול בתוסף, משך הטיפול, כמה זמן נמשך האפקט המועיל של הטיפול ודרך ההכנה והאחסון של התוסף (26).

מקורות:

- Lam B, Younossi ZM. Treatment options for nonalcoholic fatty liver disease. *Therap Adv Gastroenterol* 2010;3:121-37.
- MacCarthy EM, Rinella ME. The role of diet and nutrient composition in nonalcoholic fatty liver disease. *J Acad Nutr Diet.* 2012;112:401-9.
- Milić S, Stimac D. Nonalcoholic fatty liver disease/steatohepatitis: epidemiology, pathogenesis, clinical presentation and treatment. *Dig Dis.* 2012;30:158-62.
- Angulo P. Non alcoholic fatty liver disease. *N Engl J Med* 2002;346:1221-31.
- Flier JS, Mekalanos JJ. Gut check: testing a role for the intestinal microbiome in human obesity. *Sci Transl Med*

www.starkist.co.il
היכנסו לאתר החדש של חברת סטארקיסט ותמצאו מידע נוסף על טונה, בריאות, תזונה נכונה ומתכונים מגוונים!
הטבות בלעדיות לנרשמים כחברים

סרטן מעי גם עם גרורות מוגבלות לכבד אסטרטגיה טיפולית חדשה

ד"ר עופר פורים - רופא בכיר ביחידת גדולי מערכת העיכול,
מרכז דוידוף, בית חולים בילינסון, מרכז רפואי רבין.

סרטן המעי הגס הוא אחת ממחלות הסרטן הנפוצות והקטלניות בישראל. בעת אבחון המחלה, כ- 30% מהחולים נמצאים בשלב בו הגידול התפשט לאיברים נוספים, במחציתם מעורבות גרורות לכבד. אסטרטגיה טיפולית חדשה רב-מקצועית, המשלבת טיפול כימותראפי וביולוגי, מאפשרת לבצע כריתה מלאה של הגרורות בכבד והעלאת שיעורי הריפוי מהמחלה.

סרטן מעי גם גרורתי

סרטן המעי הגס והחלחולת, הוא מחלת הסרטן השנייה בשכיחותה בישראל. מידי שנה מאובחנים כ- 3,200 חולים חדשים. הסיכון לחלות במחלה גבוה יותר עם הגיל ושכיחותה זהה בין גברים ונשים. המחלה מאופיינת בארבעה שלבים, על פי מידת התפשטות הגידול הסרטני מעבר למיקומו הראשוני: בשלב ראשון, הגידול נמצא בתוך דופן המעי, בשלב השני, הגידול התפשט דרך כל שכבות דופן המעי ובלוטות הלימפה אינן נגועות, בשלב השלישי, הגידול התפשט לאחת מבלוטות הלימפה הסמוכות או לכמה מהן, ובשלב הרביעי, הגידול התפשט לאיברים נוספים, כגוף, גידול גרורתי (1).

בעת אבחון המחלה, כ- 30% מחולי סרטן מעי גם נמצאים בשלב הרביעי, דהיינו מחלה גרורתית. בקרב כ-50% מחולי סרטן מעי גם גרורתי מעורבות גרורות בכבד, וכ-25% מהחולים הגרורות מוגבלות לכבד בלבד. מבין החולים שלהם גרורות מוגבלות לכבד רק כ- 10-20% הם בעלי מחלה נתיחה בעת אבחון המחלה (1). במידה והגרורות בכבד ברות ניתוח, כריתת הגרורות באמצעות ניתוח היא האופציה היחידה לריפוי בקרב חולי סרטן מעי גם גרורתי. כ- 30% מחולים אלו ישיגו חציון הישרדות של 5 שנים, והם יחשבו שהכריאו ממחלתם (1).

הטיפול בסרטן מעי גם עם גרורות מוגבלות לכבד

הכבד הוא האיבר היחיד בגוף שיש לו תכונת רגנרציה. כריתה של חלק מהכבד (עד כ 70-60 ממנו) תביא תוך ימים לצמיחתו המחודשת עד לנפח המאפשר תפקוד תקין של הגוף. תכונה זו תלויה בתקינות הרקמה והמבנה האנטומי שלה.

כאשר בתיק החולה נמצא כל המידע, האונקולוג מציג את החולה בישיבה רב תחומית בה נוכחים: כירורג כבד, רדיולוג, פתולוג, ואחות דרכי עיכול. בישיבה תעשה הערכה למצבו של החולה, האם קיים פוטנציאל ניתוחי, יקבע פרוטוקול טיפולי ובדיקות עתידיות.

ההתפתחויות בטיפול בסרטן מעי גם גרורתי הביאו איתן שיפור ניכר בשיעור התגובה והישרדות. להלן מתוארות תוצאות הטיפול הקדם ניתוחי בכימותראפיה וטיפול משולב בכימותראפיה וטיפול ביולוגי.

השפעת טיפול קדם ניתוחי בכימותראפיה

במחקרם של פרופ' רנה אדם וחבריו (9) שנערך בין אפריל 1988 ליולי 2002 בוצע מעקב אחר 184 חולי סרטן מעי גם עם גרורות מוגבלות לכבד, שמחלתם הוגדרה כלא נתיחה. קבוצת החולים כללה: 102 גברים ו-82 נשים בגיל ממוצע 58.3 שנה, מספר הגרורות בכבד היה בין 1 ל-22 גרורות, גודל גרורה ממוצע 50 מ"מ בזמן האבחון. בקרב 76% מהחולים היו גרורות בשתי אונות הכבד. החולים קבלו טיפול ניאואדג'ובנטי בכימותראפיה סיסטמית, נעשתה הערכה לתגובת החולים לטיפול והערכה האם החולה מתאים לניתוח בשאלה: האם ניתן להשיג כריתה מלאה של הגרורות. בקרב החולים שהגיבו לטיפול, הגרורות הפכו לנתיחות לאחר 10 מחזורי טיפול של כימותראפיה. רפוי הוגדר: ללא עדות מחלה מעל 5 שנים ויותר.

בקרב 184 החולים שעברו ניתוח: 33% שרדו 5 שנים ו-27% שרדו 10 שנים. 19% מהחולים היו חופשיים לגמרי ממחלה 5 שנים ו-15% היו חופשיים ממחלה 10 שנים. בקרב 148 חולים (80%) אחריהם היה מעקב של 5 שנים ויותר לאחר כריתת הגרורות: 16% (24 חולים) נרפאו ממחלתם. 112 חולים (76%) מתו מהמחלה ולא הגיעו לשלב ניתוח. 12 חולים (8%) הוצאו מהמחקר בשל: משך זמן ללא מחלה נמוך מ-5 שנים לאחר הניתוח ומוות שאינו קשור לגידול (9).

ממחקר זה התחוויר לקהילה הרפואית כי **חולי מעי גם גרורתי בעלי גרורות מוגבלות לכבד יכולים להירפא**. פיתוח אסטרטגיות חדשות אונקו-ניתוחיות, לחולים שאינם נתיחים בשלב האבחון, מאפשרים כיום תוצאות פוטנציאליות של ריפוי והישרדות ארוכה יותר. בניסיון להגדיר גורם מנבא לריפוי, נמצא כי חולים עם עד 3 גרורות שגודלן לא עלה על 3 ס"מ בזמן האבחון, בעלי סיכוי גבוה יותר לרפוי ממחלתם. בנוסף, חולים שהשיגו בניתוח העלמות מוחלטת של המחלה, המאושרת בבדיקה פתולוגית של רקמת הכבד שנכרת בניתוח, ככל הנראה יחלימו ממחלתם (9).

בשנת 2005 פורסמה עבודה חשובה של Folprecht וחבריו (10). החוקרים ערכו סקירה ספרותית שכללה מחקרי מקרה - ביקורת ומחקרי עוקבה שכללו חולים עם סרטן מעי גם גרורתי, אשר נחשבו כלתי נתיחים בעת אבחנתם ודווחו בעיתונות המדעית או הוצגו בכנסים בינלאומיים.

המחקרים חולקו לאלו שהכילו חולים עם גרורות מוגבלות לכבד ולחולים להם גרורות באיברים אחרים. תוצאות המחקר הציגו לראשונה כי קיימת קורלציה מובהקת סטטיסטית בין תגובה לטיפול ושיעור נתיחות. ככל שהתגובה לטיפול עלתה כך עלה שיעור הנתיחות של חולים אלו. כמו כן, דווח כי 40% מהחולים שחיו מעל 5 שנים מהאבחון, עברו ניתוח לאחר טיפול בכימותראפיה (10).

ממצאי המחקרים הנ"ל (9,10) הובילו לשינוי פרדיגמה בגישת הטיפול

בחולים גרורתיים של סרטן מעי גם, שהובילה לשינוי גישה מטיפול פליאטיבי המיועד להארכת החיים לטיפול רפואי המתמקד בניסיון לריפוי חולי סרטן מעי גם עם גרורות מוגבלות לכבד.

אדם וחבריו (11) שבדקו 138 חולים, שנותרו לאחר טיפול ניאואדג'ובנטי, בחנו את שיעורי ההישרדות לטווח ארוך. חוקרים אלה הראו כי חולים עם גרורות נתיחות ראשוניות, שלא מגיבים לכימותראפיה סיסטמית אינם מרוויחים מהכריתה. הם מצאו כי נוכחות שלושה גורמי סיכון כגון: מעל שתי גרורות בכבד, גודל גידול מעל 10 ס"מ, גובה סמני גידול (CA 19-9), כריתת שארית גידול שנמצאה בבדיקה פתולוגית לאחר ניתוח, מיקום גידול ראשוני בחלחולת, וכריתה לא חוזרת של הכבד, קשורה בשיעור צנוע (<1%) בהישרדות לטווח ארוך (11).

השפעת טיפול קדם ניתוחי המשלב כימותראפיה וטיפול ביולוגי

פולפרכט וחבריו (12) בדקו לראשונה יעילות טיפול ניאואדג'ובנטי בכימותראפיה בשילוב ארביטוסק בקרב חולי סרטן מעי גם גרורתי בעלי גרורות מוגבלות לכבד. במחקר השתתפו 106 חולים. חולים עם מעל 5 גרורות בכבד הוגדרו כחולים לא נתיחים. החולים חולקו באופן אקראי לשתי קבוצות וטופלו בכימותראפיה בשילוב טיפול ביולוגי: ארביטוסק. לפני הטיפול, בוצעה לכל החולים בדיקת CT או MRI של הכבד ונאספו בדיקות מעבדה. תגובת הגידול לטיפול בכימותראפיה בשילוב ארביטוסק נבדקה כל 8 שבועות והשוותה לבדיקת הבסיס. הערכה לתגובה לטיפול נעשתה בהתאם לקריטריונים של ה-Response Evaluation Criteria In Solis Tumors (RECIST) הערכת תגובה לטיפול לפי מדידת גודל הגרורות. נערכה בדיקה לנוכחות מוטציה בגן ל-KRAS. 70% (69 חולים) מהחולים הגיבו לטיפול, בקרב חולים להם גן נורמלי ל-KRAS התגובה הגיעה ל-77%. 46.2% מהחולים עברו ניתוח, 34% מהחולים עברו כריתה מלאה של הגרורות מהכבד (ללא שאריות גידול, RO), 8.5% עברו כריתה לא מלאה של גרורות הכבד. נמצא כי שיעור תגובה גבוה מתורגם לאחוזי נתיחות גבוהים יותר ולשיעורי הישרדות גבוהים יותר בקרב חולים אלה (12). כעבור 4 שנים, נמצא כי 50% מהחולים שעברו כריתה מלאה, היו בחיים (13).

מחקר POCHEr נערך באיטליה על ידי Garufi וחבריו בקרב 43 חולים (14). המחקר נערך בין יולי 2006 לספטמבר 2008, גיל ממוצע חולים היה 61, 63% מהחולים היו גברים. ל-90% מהחולים הוסר הגידול הראשוני. החולים הוערכו כלא מתאימים לניתוח להסרת הגרורות בכבד ממגוון סיבות. החולים עברו בדיקה לנוכחות מוטציה בגן ל-KRAS, וטופלו בארביטוסק בשילוב כימותראפיה. שיעור התגובה לטיפול בקרב החולים היה 79.1%, כל החולים שנותרו הגיבו לטיפול. שיעור הנתיחות, בשוליים נקיים של הגרורות היה 60%, בחציון מעקב של 22 חודשים אחר החולים: 16% מהחולים היו בחיים ללא עדות לחזרת מחלה, 39.5% מהחולים נותרו בחיים אך מחלתם חזרה, 39.5% מהחולים נפטרו עקב התקדמות המחלה. מבין 7 חולים שנותרו בחיים ללא חזרת מחלה, 5 היו בעלי KRAS תקין (14).

יעילות שילוב הטיפול הביולוגי עם הטיפולים הקיימים הוכחה בשיפור תגובה והישרדות החולים שאובחנו עם סרטן מעי גם גרורתי (17-15). בדווחים אפימיולוגיים באוכלוסיית ארה"ב, בנוסף לעלייה המשמעותית בשיעור המנותחים, נצפה מתאם חיובי מובהק בין העלייה בשיעור

קוקטייל מטבולי

על הטיפול האנטי נגיפי

בנשאי HIV, השלכותיו המטבוליות

והטיפול התזונתי הנלווה להן

דרור בן נח - תזנאי, היחידה לתזונה ודיאטה, המרכז הרפואי תל אביב ע" סורסקי, שירותי בריאות כללית

בישראל חיים קרוב ל-8000 נשאי HIV. הודות להתקדמות הרבה בטיפול התרופתי, חל שינוי גם במעורבות של דיאטנים בטיפול במחלה. בעוד שבעבר, נכנסו הדיאטנים לתמונה רק במצבים של תת תזונה בקרב חולי איידס בסוף ימיהם, הרי שכיום לדיאטנים תפקיד חשוב במניעה ובאיזון של סיבוכים מטבוליים בקרב נשאי HIV. על מהפכת הטיפול ב-HIV וחיבתו של הדיאטן כחלק מהצוות הרב מקצועי בטיפול בנשאי HIV בכתבה הבאה.

מנגיף הרסני המוביל למחלה קטלנית לכזה הגורם למצב כרוני, שבו נשא HIV המאוזן תרופתית יכול לחיות חיים ארוכים עם הנגיף מבלי שיפגע במערכת החיסון (3). עם כניסתן לשימוש של התרופות החדשות, פחתו גם תופעות הלוואי של הטיפול האנטי נגיפי. תופעות לוואי מטבוליות קשות, שהיו שכיחות בטיפול התרופתי בעבר, כלל אינן נראות בחלק מהטיפולים המוצעים כיום. למרות זאת, לטיפול ב"קוקטייל" עדיין קיימות תופעות לוואי. הקוקטייל המודרני, מעמיד את הנשאים בסיכון מוגבר למחלות קרדיו וסקולריות ולפיתוח של התסמונת המטבולית (3,4).

הטיפול התרופתי כנגד נגיף ה-HIV

הטיפול התרופתי לדיכוי נגיף ה-HIV יפעל לשיבוש אחד מהשלבים או יותר, של התרבות הנגיף בתא הפונדקאי (ראה איור 1). נגיף ה-HIV הוא רטרו וירוס, דהיינו המטען הגנטי שלו מאוחסן בצורת RNA, ובתהליך הכפלתו מתבצע שעתוק לאחור של הגנום מ-RNA ל-DNA. התא הפונדקאי העיקרי של הנגיף הוא תא T מסייע (T helper) השייך למערכת החיסון, המכיל את הקולטן CD4 (ומכונה תא CD4). הנגיף חודר לתא באמצעות שני קולטנים, האחד - CD4 והשני CCR5 או CXCR4. לאחר שהנגיף חודר לתא עליו לשנות את ה-RNA שלו ל-DNA כך שיוכל להחדיר את המטען הגנטי שלו לגרעין התא האנושי. המרה זו מתבצעת על ידי האנזים טראנסקריפטאז הפוך (Reverse Transcriptase, RT). האנזים Integrase מסייע בהחדרת ה-DNA לגרעין ולכרומוזום האנושי ואילו האנזים Protease מסייע בבניית הנגיף מחדש שכפולו. למעשה, רק אז תהליך ההכפלה יושלם והנגיף יוכל לצאת אל מחוץ לתא הפונדקאי ולהדביק תאי CD4 חדשים. הטיפול התרופתי לדיכוי נגיף ה-HIV יפעל לשיבוש

על נגיף ה-HIV ותסמונת האיידס

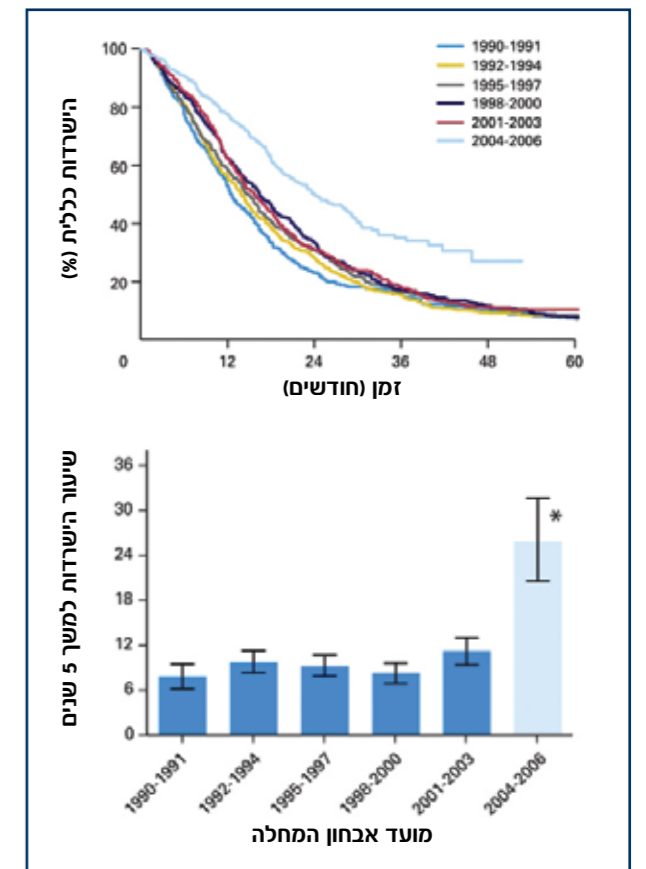
נגיף ה-HIV (Human immunodeficiency virus) פוגע במערכת החיסון, ועלול להביא למצב של כשל מערכתי. תסמונת הכשל החיסוני הנרכש, האיידס (Acquired Immune Deficiency Syndrome) מאופיינת באוסף סימנים קליניים המעידים על כשל במערכת החיסונית שבה מערכת החיסון קורסת ומפסיקה לתפקד. נשא HIV אינו בהכרח חולה בתסמונת האיידס, אלא רק אם הנגיף שכדמו הביא לקריסתה של מערכת החיסון ולהופעתם של סימני התסמונת (1).

בישראל, על פי הערכת משרד הבריאות, חיים כ-7440 נשאי HIV. שיעור ההיארעות של נשאי HIV עמד בשנת 2010 על 55.8 למיליון איש, שיעור הנמוך מזה הקיים ברוב מדינות מערב אירופה וצפון אמריקה. עם זאת, קיימים פערים גדולים בין תת אוכלוסיות שונות בארץ. עוד עולה מנתוני משרד הבריאות, כי ישנה מגמה של עליה בהיארעות ההידבקות בנגיף בין השנים 2011-2006, אך שיפור מהותי בתמותה מהנגיף (2).

נכון לשנת 2010, רובם הגדול של הנשאים מטופלים בתרופות מסוג Highly Active Anti Retroviral Therapy (HAART) טיפול שזכה לכינוי העממי - "הקוקטייל". דבר זה הביא לכך שיש ירידה של כמעט 50% ממקרי התמותה בהשוואה לשנת 1994, ולמעשה לפני התחלת השימוש בטיפול הראשון כנגד הנגיף ה-kaposi's sarcoma, תת תזונה קשה ומוות, אינם שכיחים עוד בקרב נשאי HIV (2). במהלך 15 השנים שעברו מאז ובזכות התקדמות יוצאת מן הכלל ביעילותם של הטיפולים התרופתיים, הפך ה-HIV

- Colorectal Cancer: A Randomized GERCOR Study. J Clin Oncol 2004;22:229-37.
- Van Cutsem E, Köhne CH, Láng I et al. Cetuximab Plus Irinotecan, Fluorouracil, and Leucovorin As First-Line Treatment for Metastatic Colorectal Cancer: Updated Analysis of Overall Survival According to Tumor KRAS and BRAF Mutation Status. J Clin Oncol 2011;29:2011-9.
 - Bokemeyer C, Bondarenko I, Makhson A et al. Fluorouracil, Leucovorin, and Oxaliplatin With and Without Cetuximab in the First-Line Treatment of Metastatic Colorectal Cancer. J Clin Oncol 2009;27:663-71.
 - Hurwitz H, Fehrenbacher L, Novotny W et al. Bevacizumab plus Irinotecan, Fluorouracil, and Leucovorin for Metastatic Colorectal Cancer. N Engl J Med 2004;350:2335-42.
 - Saltz LB, Clarke S, Diaz-Rubio E et al. Bevacizumab in Combination With Oxaliplatin-Based Chemotherapy As First-Line Therapy in Metastatic Colorectal Cancer: A Randomized Phase III Study. J Clin Oncol 2008;26:2013-9.
 - Douillard JY, Siena S, Cassidy J et al. Randomized, phase III trial of panitumumab with infusional fluorouracil, leucovorin, and oxaliplatin (FOLFOX4) versus FOLFOX4 alone as first-line treatment in patients with previously untreated metastatic colorectal cancer: the PRIME study. J Clin Oncol 2010;28:4697-705.
 - Van Cutsem E, Köhne CH, Hitre E et al. Cetuximab and chemotherapy as initial treatment for metastatic colorectal cancer. N Engl J Med 2009;360:1408-17.
 - Adam R. Chemotherapy and surgery: new perspectives on the treatment of unresectable liver metastases. Ann Oncol 2003;14:ii13-6.
 - Folprecht G, Grothey A, Alberts A, et al. Neoadjuvant treatment of unresectable colorectal liver metastases: correlation between tumour response and resection rates. Ann Oncol 2005;16:1311-9.
 - Adam R, Delvart V, Pascal G et al. Rescue surgery for unresectable colorectal liver metastases downstaged by chemotherapy: a model to predict long-term survival. Ann Surg 2004;240:644-58.
 - Folprecht G, Gruenberger T, Bechstein WO et al. Tumour response and secondary resectability of colorectal liver metastases following neoadjuvant chemotherapy with cetuximab: the CELIM randomised phase 2 trial. Lancet Oncol 2010;11:38-47.
 - Folprecht G, et al. EMCC 2011 Abstract No. 6009
 - Garufi C, Torsello A, Tumolo S, et al. Cetuximab plus chronomodulated irinotecan, 5-fluorouracil, leucovorin and oxaliplatin as neoadjuvant chemotherapy in colorectal liver metastases: POCHER trial. Br J Cancer 2010;103:1542-7.
 - Nordlinger B, Adam R, Arnold D et al. The role of biological agents in the resection of colorectal liver metastases. Clin Oncol (R Coll Radiol) 2012;24:432-42.
 - Morris EJ, Forman D, Thomas JD, et al. Surgical management and outcomes of colorectal cancer liver metastases. Br J Surg 2010;97:1110-8.
 - Harari PM, Huang SM. Searching for reliable epidermal growth factor receptor response predictors: commentary re M. K. Nyati et al., Radiosensitization by pan-ErbB inhibitor CI-1033 in vitro and in vivo. Clin. Cancer Res., 10: 691-700, 2004. Clin Cancer Res 2004;10:428-32.
 - Kopetz S, Chang GJ, Overman MJ, et al. Improved survival in metastatic colorectal cancer is associated with adoption of hepatic resection and improved chemotherapy. J Clin Oncol 2009;27:3677-83.

הישרדות חולים אלה להתרחבות השימוש בתרופות הביולוגיות, לאחר שנת 2004. איור 1 מציג את העלייה בשיעור הישרדות בשנים אלו (18).



איור 1. שיעור הישרדות הכללית של חולי סרטן מעי הגס עם גרורות לכבד, על פי מועד אבחון המחלה.

שיעור הישרדות עלה משמעותית בשנים 2004-2006 עם העלייה בשימוש בתרופות הביולוגיות (מעובד מתוך מקור 18).

המחקרים שתוארו לעיל הוכיחו, בין היתר, כי טיפול בחולי סרטן מעי גס עם גרורות מוגבלות לכבד דורש שיתוף פעולה הדוק בין אונקולוגים, מנתחים ורדיוולוגים. האונקולוג המטפל בחולים באמצעות טיפול תרופתי יכול להוביל חולה ממצב בלתי ניתח בעת אבחון המחלה לחולה שניתן לנתחו, כאשר חולה במצב ניתח יכול לעבור כריתת גרורות על ידי מנתח כבד. ממחקרים אלה, עולה הגישה הרווחת כיום, הדוגלת בטיפול ניאואדזבנטי במשלב המשיג אחוזי תגובה גבוהים ביותר וניתוח. כל אלה מובילים לתקווה ששכיחות חולים חיים עם סרטן מעי גס גרורותי תמשיך לעלות בעתיד.

עם זאת, לא נאמרה המילה האחרונה בטיפול במחלה גרורתית של המעי הגס. כבר בעתיד הקרוב יעמדו תרופות וטכנולוגיות חדשות לרשות הרופאים על מנת לשפר את אחוז הנרפאים ממחלה זו, גם כאשר היא מתגלה עם גרורות.

מקורות:

- Adam R, Wicherts DA, De Haas RJ et al. Patients with initially unresectable colorectal liver metastases: Is there a possibility of cure? J Clin Oncol 2009;27:1829-35.
- Tournigand C, André T, Achille E et al. FOLFIRI Followed by FOLFOX6 or the Reverse Sequence in Advanced

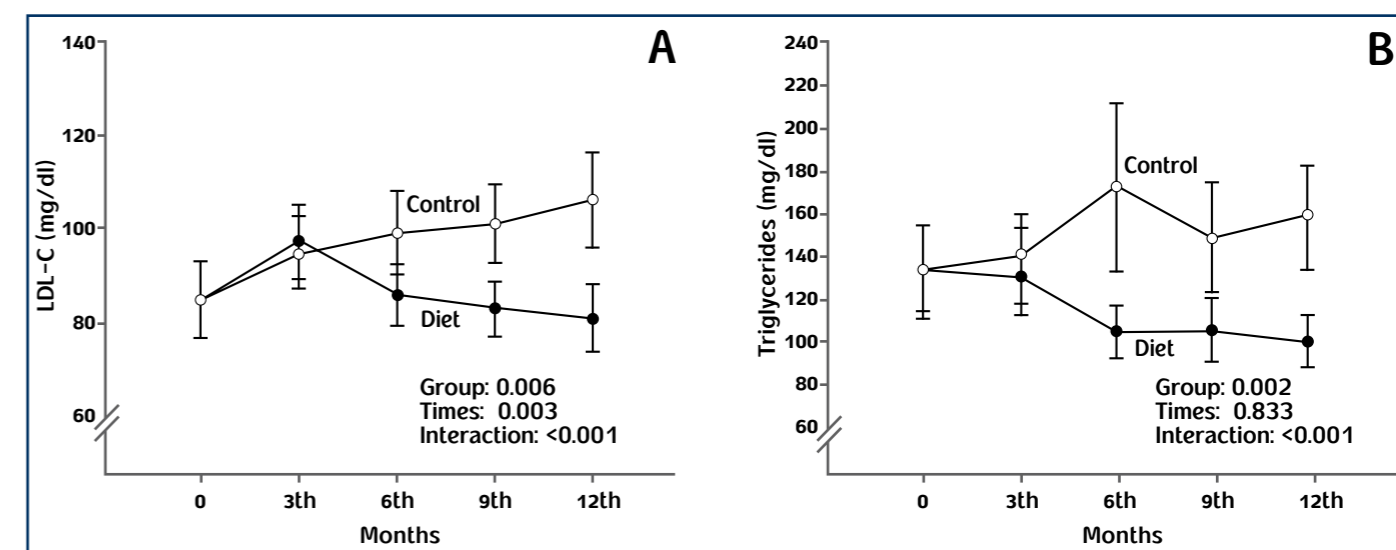
8. Aboud M, Elgalib A, Kulasegaram R et al. Insulin resistance and HIV infection: a review. Int J Clin Pract. 2007; 61:463-72.
9. Anjos EM, Pfrimer K, Machado AA et al. Nutritional and metabolic status of HIV-positive patients with lipodystrophy during one year of follow-up. Clinics (Sao Paulo). 2011; 66:407-10.
10. Salyer J, Lyon DE, Settle J et al. Coronary heart disease risks and lifestyle behaviors in persons with HIV infection. J Assoc Nurses AIDS Care. 2006; 17:3-17.
11. Hester EK. HIV medications: an update and review of metabolic complications. Nutr Clin Pract. 2012; 27: 51-64.
12. Lundgren JD, Battegay M, Behrens G et al. European AIDS Clinical Society (EACS) guidelines on the prevention and management of metabolic diseases in HIV. HIV Med. 2008; 9:72-81.
13. Stradling C, Chen YF, Russell T, Martin et al. The effects of dietary intervention on HIV dyslipidaemia: A systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2012; 7: e38121.
14. Lazzaretti RK, Kuhmmer R, Sprinz E, et al. Dietary intervention prevents dyslipidemia associated with highly active antiretroviral therapy in human immunodeficiency virus type 1-infected individuals: a randomized trial. J Am Coll Cardiol. 2012; 59:979-88.
15. Dong KR, Hendricks KM. The role of nutrition in fat deposition and fat atrophy in patients with HIV. Nutr Clin Care. 2005; 8:31-6.
16. Fitch KV, Anderson EJ, Hubbard JL et al. Effects of a lifestyle modification program in HIV-infected patients with the metabolic syndrome. AIDS. 2006; 20:1843-50.
17. Leyes P, Martinez E, Forga Mde T. Use of diet, nutritional supplements and exercise in HIV-infected patients receiving combination antiretroviral therapies: a systematic review. Antivir Ther. 2008; 13:149-59.
18. Yarasheski KE, Tebas P, Stanerson B et al. Resistance exercise training reduces hypertriglyceridemia in HIV-infected men treated with antiviral therapy. J Appl Physiol. 2001; 90:133-8.
19. Sutinen J, Walker UA, Sevastianova K et al. Uridine supplementation for the treatment of antiretroviral therapy-associated lipoatrophy: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. Antivir Ther. 2007; 12: 97-105.

מחקרים נוספים בנושא על מנת להוכיח את יעילות הטיפול ביורידן בטיפול בליפואטרופיה (19). לסיכום, הטיפול התרופתי המשולב כנגד נגיף ה-HIV הצליח להעניק לנשאים תוחלת חיים זהה לזו של אדם בריא, אך כמו טיפולים רבים אחרים, במחיר של תופעות לוואי, במקרה זה מטבוליות. הספרות על יעילות הטיפול התזונתי לאיזון הבעיות המטבוליות בקרב נשאים אמנם מוגבלת, אך נראה כי יש מקום לאופטימיזציה לגבי מידת האפקטיביות שלה כקו טיפול ראשון, בדומה לאנשים עם דיסליפידמיה שאינם נשאי HIV. זאת במיוחד לאור העובדה כי אוכלוסיית הנשאים פחות מקפידה על אורח חיים בריא ומאופיינת בצריכה של דיאטה עתירת שומן רווי ודלה בסיבים.

כתבה בחסות יאנסן

מקורות:

1. Kallings LO. The first postmodern pandemic: 25 years of HIV/ AIDS. J Intern Med. 2008;263:218-43.
2. Periodic Epidemiological Report 1981-2010, Ministry Of Health, Public Health Services, Department of Tuberculosis & AIDS, Jerusalem, 2011. <http://www.old.health.gov.il/Download/pages/PeriodicReport2011.pdf> (accessed January 2013).
3. Blanco F, San Román J, Vispo E et al. Management of metabolic complications and cardiovascular risk in HIV-infected patients. AIDS Rev 2010; 12:231-41.
4. Van Wijk JP, Cabezas MC. Hypertriglyceridemia, metabolic syndrome, and cardiovascular disease in HIV-infected patients: Effects of antiretroviral therapy and adipose tissue distribution. Int J Vasc Med. 2012;2012:201027.
5. ד"ר לוי איציק. תסמונת מטבולית של מחלת האיידס, מגזין מנוח תנובה למחקר. 2005; 15: 15-17. <http://tnuva-research.co.il> [http://\(accessed: January 2013](http://(accessed: January 2013).
6. ד"ר טורנר דן. מצב האיידס בישראל וטיפולם חדשים כנגד נגיף ה HIV The Medical 2012; 40:15-20. <http://www.themedical.co.il/magazines/medical40/index.html> (accessed: January 2013).
7. Osman H, Bhattacharya S. Novel targets for anti-retroviral therapy. J Infect. 2009; 59:377-86.



איור מס' 2: השפעת דיאטה דלת שומן על בסיס הנחיות ה ATPIII על LDL-C (A) ו-TG (B) בנשאי HIV תחת טיפול ב HAART (מעובד מתוך מקור 14).

משקל), להגביר פעילות גופנית ולבצע שינויים בתפריט (8), שיש ללכו לרוח דיאטה מאוזנת ודלת סוכר, המאופיינת באינדקס גליקמי נמוך וצריכת כמות מספקת של סיבים תזונתיים (20-35 גרם ליום).

השפעת הטיפול התזונתי על ליפודיסטרופיה בקרב נשאי HIV

כפי שצויין, ליפודיסטרופיה איננה עוד תופעה כה שכיחה כבעבר בקרב נשאי HIV. מכיוון שמדובר בהפרעה של שינוע השומן הקיים בגוף, קשה למצוא קשר בין טיפול תזונתי לבין שיפור במדדי ליפודיסטרופיה (15). מחקר, בו נבדקה ההשפעה של שינויים באורח חיים על ליפודיסטרופיה בנשאי HIV המטופלים ב HAART, כלל תוכנית אינטנסיבית לשינוי באורח החיים הכוללת יעוץ תזונתי אישי על בסיס שכוני ואימונים גופניים בקבוצת ההתערבות (N=12), לעומת קבוצת ביקורת שקיבלה יעוץ תזונתי בודד בתחילת המחקר (N=16). הדיאטה בקבוצת ההתערבות התבססה על 30% שומן מסך הקלוריות, הגבלת שומן רווי ל-7% מסך הקלוריות והקפדה על כמות של 25 גר' סיבים ליום, יחד עם ביצוע של 3 שעות פעילות גופנית ליום במשך השבוע. תוצאות המחקר הראו שיפור מובהק אך זעיר במדדי ליפודיסטרופיה אצל המשתתפים בקבוצת ההתערבות (16).

במאמר סקירה בו נבחנו השפעת דיאטה ופעילות גופנית על ליפודיסטרופיה, לא נצפתה תועלת להתערבות תזונתית בשיפור מדדי ליפודיסטרופיה במטופלים ב- HAART. לא נצפתה השפעה ברורה גם לפעילות גופנית אנאירובית על שימור מסת השומן הפריפרי שלהם (17). באשר לנשאים הסובלים מצבירת שומן בטני כתוצאה מליפודיסטרופיה, נמצא כי שימוש בדיאטה היפוקלורית המשלבת אימון גופני משולב (אירובי ואנאירובי) בקרב 18 מטופלים עם השמנה מרכזית הביאה לאחר 12 שבועות לירידה ב-5% ממשקלם (בעיקר ממסת השומן) ולירידה בהיקפים כאשר מסת הגוף הרזה כמעט ולא ירדה, מה שהפך את הדיאטה בטוחה יותר לשימוש באותם נשאים הסובלים גם מליפואטרופיה (ניוון של שומן פריפרי) (18). במחקר קטן שכלל 20 משתתפים עם ליפואטרופיה נמצא כי נטילת תוסף תזונה של יורידין (אחד מארבעת בסיסי ה RNA) במשך 3 חודשים הביאה לעליית מסת השומן בזרוע, בשומן התורן בטני ובסך השומן בגוף בהשוואה לקבוצת הביקורת. המחברים מציינים כי, דרושים

השפעת טיפול תזונתי על דיסליפידמיה בקרב נשאי HIV

במחקר קליני מבוקר ואקראי (14) נבדקה השפעת טיפול תזונתי התואם את הנחיות ה Adult Treatment Panel III (ATPIII) מטעם National Cholesterol Education Program (NCEP) בקרב 83 נשאי HIV תחת טיפול ב HAART. קבוצת ההתערבות כללה 43 נשאים להם הותאמה דיאטה דלת שומן, כאשר 25% מהקלוריות הגיעו משומן (עד 5% שומן רווי), 60% מפחמימות ו-15% מחלבון תוך כדי הקפדה על צריכת 30 גרם סיבים ליום והגבלה של צריכת הכולסטרול ל-200 מ"ג. קבוצת הביקורת כללה 40 נשאים שלא היו תחת טיפול תזונתי. כעבור שלושה חודשי התערבות נצפתה שמירה על ערכי LDL-C ו-TC תקינים בקבוצת הטיפול לעומת עלייה של כ-25% בערכים אלו בקבוצת הביקורת. בנוסף, בקבוצת ההתערבות נצפתה ירידה של כ-50% ברמות TG לעומת עלייה מובהקת של 20% בקבוצת הביקורת (איור מס' 2). בתום שנה מתחילת ההתערבות, ב 68% מהנשאים בקבוצת הביקורת אובחנה דיסליפידמיה לעומת 21% בלבד מהנשאים בקבוצת ההתערבות.

מטה אנליזה אשר כללה 11 מחקרים קליניים מבוקרים הראתה כי טיפול תזונתי המתבסס על הנחיות ה-ATPIII הצליח להוריד את רמות הטריגליצרידים ב 75-40 מ"ג/ד"ל בקרב נשאים שסבלו מהיפרטריגליצרידמיה בהשוואה לקבוצה שלא קיבלה טיפול תזונתי. החוקרים הראו כי טיפול תזונתי המשלב כ-2.8 גרם אומגה 3 כתוסף תזונה עשוי להוריד את רמות ה TG בנשאים ב 100 מ"ג/ד"ל בממוצע. לא היה הבדל מובהק בין קבוצות ההתערבות התזונתית לבין קבוצות הביקורת בכל הקשור לרמות LDL-C, HDL-C, TC עם או ללא טיפול באומגה 3 (13).

אפקטיביות הטיפול התזונתי על תנגודת לאינסולין בקרב נשאי HIV

מחיפוש במאגרי המידע השונים ניכר כי טרם דווח על מחקרים אשר ניסו לאמוד את השפעת הטיפול התזונתי על התנגודת לאינסולין בקרב נשאי HIV. מחקרים בודדים שבדקו כיצד משפיע באופן כללי הטיפול התזונתי על מדדים מטבוליים, לא הצליחו להראות קשר לשיפור באיזון הסוכר.

לאור זאת, ומתוך הניסיון הקליני, הקו הטיפולי הראשון בנשאי HIV עם תנגודת לאינסולין הוא להביא לירידה במשקל גוף (במקרה של עודף

הזמנה

הכשרה בנושא הטיפול התזונתי בנשאי HIV

לאור הצלחת המפגש הראשון והביקוש בקרב מרכזי האיידס לדיאטנים מובילים בתחום, יתקיים יום הכשרה נוסף של "הטיפול התזונתי בנשאי HIV" ב- 7.5.13 בין השעות 9:00 - 14:00 במשרדי חברת יאנסן בשפיים. לכל המשתתפים תוענק תעודה ואפשרות להיכלל ברשימת דיאטנים מומלצים לטיפול בנשאי HIV.

ההכשרה מיועדת לדיאטנים בעלי תעודת דיאטן מטעם משרד הבריאות ההשתתפות אינה כרוכה בתשלום למעוניינים - הסעה תצא מתחנת הרכבת הרצליה

להרשמה יש לפנות במייל לעמותת עתיד: atid.diet@gmail.com

צריכת זרעין מלא וקמח מלא השלכות על האינדקס הגליקמי וסוכרת

ד"ר נסטור ליפובצקי, דיאטן ואפידמיולוג



תחילתו של המחקר בתחום הסיבים

את כל הידוע לנו כיום על סיבים תזונתיים אנו חייבים ליוזמה של חוקר חלוץ בתחום בשם Denis Burkitt. לפני כ-40 שנה כתב Burkitt "מחלות רבות המאפיינות את העולם המערבי המודרני קשורות למשך הזמן הדרוש למעבר תוכן המעי במערכת העיכול ולנפח ומרקם הצואה. אלו מושפעים בצורה משמעותית מתכולת הסיבים בדיאטה ומרמת הסיבים מדגנים במיוחד".

Burkitt השווה את זמן מעבר התוכן הקיבתי במערכת העיכול ומשקל הצואה של אנשי חיל-הים וסטודנטים אנגלים לעומת עובדי אדמה אוגנדים ומצא כי זמן מעבר התוכן הקיבתי גבוה פי שניים ומשקל הצואה קטן כמעט בחמישית אצל אנשי חיל הים והסטודנטים לעומת עובדי האדמה. הדבר גרם ל-Burkitt להאמין שזו הסיבה המרכזית והמכריעה למחלות של העולם המערבי (1). באותה השנה פרסם Trowell (שותפו למחקר של Burkitt) סקר (2) שבדק את שיעור התמותה ממחלת לב כלילית או אירוע מוחי בקרב סוכרתיים באנגליה בין השנים 1920-1970. ממצאי הסקר הראו ירידה של 54% בשיעור התמותה של נשים וירידה של 55% בשיעור התמותה של גברים בין השנים 1941 ועד ל-1954-1957. משנת 1954 שיעור התמותה ממחלות לב כליליות או אירוע מוחי בקרב סוכרתיים נשאר קבוע או עלה במעט. למרבה הפלא, הירידה בשיעור התמותה בין שנת 1942 ל-1953 מקבילה לתקופה בה הייתה חובה באנגליה להשתמש בקמח הלאומי במקום בקמח לבן. הקמח הלאומי היה קמח גס עם אחוז סוכין גבוה. הצריכה הקלורית באותה תקופה לא השתנתה והשימוש בסוכרים אף עלה. לכן לא ניתן לזקוף את הירידה בתמותה לשינויים בצריכה הקלורית או להפחתה בשימוש בסוכר. ברור שגורמים נוספים יכלו להשפיע על הירידה בשכיחות התמותה וסקר לא יכול להוכיח קשר סיבתי, אך העבודה של Trowell המרמזת על השפעה דרמטית של שיעור צריכת הסוכין באוכלוסייה על תמותה ממחלות קרדיוסקולריות אצל סוכרתיים, סללה את הדרך להמשך בדיקת הקשר בין צריכת סיבים תזונתיים למחלת הסוכרת.

הקשר בין צריכת גרעין מעובד והסיכון לסוכרת

בתחילת שנות האלפיים התפרסמו שלושה מחקרים תצפיתיים פרוספקטיביים גדולים (3-5) אשר בדקו את הקשר בין צריכת מזונות

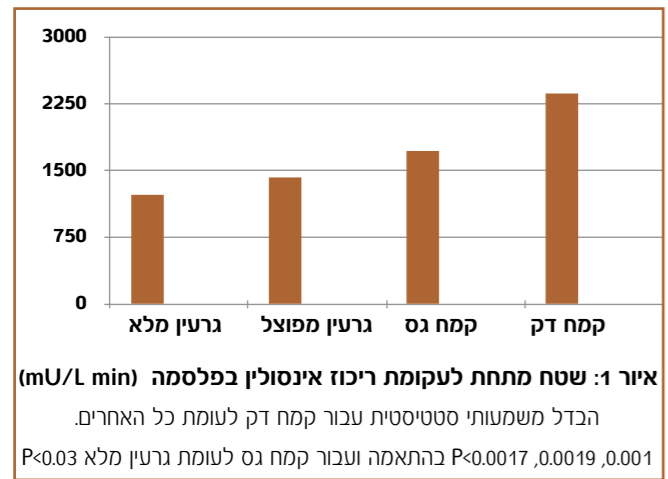
העשויים מגרעינים מלאים על הסיכון לחלות במחלת הסוכרת. לאחר תקנון לערפלנים פוטנציאליים, נמצאה ירידה של 20% עד 30% בסיכון לחלות בסוכרת בקרב נבדקים שצרכו שלוש מנות של מזון העשוי מגרעינים מלאים, בהשוואה לנבדקים שממעיטים בצריכת מוצרים אלו. בנוסף, במחקר האחיות של Liu (3) חושב היחס בין צריכת מזון מעובד לצריכת מזון עם גרעין מלא (refined/whole grain). נשים בחמישון העליון של היחס (אלו שצרכו כמויות יחסית גבוהות של גרעין מעובד או כמויות נמוכות של גרעין מלא) בהשוואה לנשים בחמישון התחתון של יחס זה נמצאו בסיכון מוגבר ב-57% להיארעות לסוכרת. במילים אחרות, נשים שצרכו הרבה מזון מעובד או מעט גרעינים מלאים היו בסיכון גבוה יותר לחלות בסוכרת. מנגד, בשני המחקרים האחרים (4,5) בהם נמצא קשר הפוך בין הסיכון לסוכרת לבין צריכה מוגברת של מזונות עשויים מגרעינים מלאים, לא הצליחו להוכיח קשר חיובי בין צריכת גרעינים מעובדים לבין סיכון לסוכרת. הדבר מנוגד לציפיות מכיוון שסביר להניח שאדם אשר צורך מזון עשיר בגרעינים מלאים יצרוך כמויות נמוכות של מזונות העשויים מגרעינים מעובדים. הבעיה כנראה טמונה בהגדרה של "מזון עשוי מגרעין מלא" בה השתמשו בשלושת עבודות אלו. על פי הגדרה זו, מזון עשוי מגרעין מלא הוא "מוצר המכיל לפחות 25% גרעין מלא או סוכין מתוך סך המשקל". כלומר, אדם הוגדר כצרכן של מזון עשוי גרעין מלא כאשר צרך שלוש פעמים ביום מזון שבו הגרעין המלא לא היווה את רוב תכולת הדגנים במאכל (למשל 25-49%) אלא שרובו היה עשוי בעצם מגרעין מעובד!

שינוי בהגדרת הגרעין המלא

מאוחר יותר בשנות ה-2000 התפרסמו שתי עבודות תצפיתיות גדולות אשר ניסו להתבסס על ההגדרה של משרד התרופות והמזון האמריקאי (FDA) שעל פיה: "גרעינים מלאים מורכבים מהגרעין השלם, יסודי, סדוק או בצורת פתיתים שהמרכיבים העיקריים שלו: אנדוספרם, נבט וסוכין, נמצאים באותם היחסים כפי שקיימים בגרעין השלם". ההגדרה ממשיכה: "מזונות מגרעין מלא שטוברים תהליך ייצור ובנייה מחדש חייבים להיות מורכבים בסופו של דבר עם אותם יחסים של סוכין, נבט ואנדוספרם כדי שיחשבו לגרעינים מלאים" (6). העבודה הראשונה מתוך השתיים הינה עבודה של מחקר האחיות של Liu (7).

האם סיבים הם רק סיבים?

מעבודתו של Heaton (10) מתברר שהצורה בה נמצאים הסיבים במזון משפיעה באופן שונה על רמות האינסולין בדם. השטח שמתחת לעקומת ריכוזי האינסולין וגם רמות האינסולין הממוצעות בכלזמה נמוכים בצורה משמעותית לאחר צריכת סיבים ממקור של קמח גס, גרעין מלא או מפוצל בהשוואה לאכילת אותם הסיבים בצורת קמח דק (ראה איור 1) (10).



ניתן להבין שמעבר למשמעות של הסיב עצמו, קיימת משמעות בריאותית למבנה של הגרעין ולמרכיבי הצמח שקשורים לסיבים באופן בוטני. המרכיבים שאנחנו מכירים, שנמצאים בשפע בסוכין ובנבט של הגרעין המלא הם מינרלים, ויטמינים, ליגננים, בטה-גלוקן, אינולין, פיטוכמיקלים רבים, פיטוסטרולים, פיטין וספינגוליפידים (11,12). הסוכין הינו המגן החיצוני של הנבט והאנדוספרם מנזקים חיצוניים. הוא מכיל תרכובות פנוליות, ויטמינים, מינרלים וסיבים. האנדוספרם הינו המרכיב הגדול ביותר של הגרעין המלא ומכיל פחמימות בצורת עמילנים, חלבון, ויטמינים ומינרלים. האנדוספרם משמש כספק אנרגיה לנבט ולחלקים האחרים של הצמח. הנבט מתייחס ל-embryo, החלק שמרכיב את הצמח החדש ומכיל ויטמינים, מעט חלבון, מינרלים, שומן ותרכובות פנוליות ופיטואסטרונים. יש לציין שאנשים שצורכים כמויות גדולות של גרעינים מעובדים, צורכים למעשה כמויות גדולות של סיבים שמקורם בדופן התא של האנדוספרם שהוא בעל תכונות תזונתיות נחותות

בעדכון נוספה קבוצה חדשה של אחיות ב-1991 (NHS2) בנוסף לקבוצה שהתחילה את המחקר ב-1984 (NHS1). במקום להשתמש בהגדרה המיושנת לגרעין מלא, חילק Munter את צריכת הגרעין המלא לחמישונים כאשר גרעין מלא נאמד ממזונות כגון אורז, לחם, פסטה ודגני בוקר על פי משקלם היבש ומרכיבי הגרעין שלהם. ההגדרה במחקר הזה כללה את הגרעין השלם והמעובד שמכילים את היחס הצפוי של סוכין, נבט ואנדוספרם. בניית הנוכחי הרב משתני עבור NHS1 צריכה חצינית בחמישון העליון (31.2 גר' גרעין מלא) הייתה קשורה לסיכון יחסי נמוך ב-37% בהשוואה לצריכה חצינית בחמישון התחתון (3.7 גר' גרעין מלא ליום), RR=0.63, 95% CI=0.57-0.69; P trend <0.001. עבור NHS2 התוצאה הייתה דומה, ירידה בסיכון יחסי ב-32% (-0.57-0.68 RR), RR=0.68, 95% CI=0.57-0.68; P trend <0.001. בעבודה הזו הקשר בין צריכת סוכין לבין סוכרת היה דומה לקשר שבין צריכת גרעין מלא לבין סוכרת (7).

העבודה השנייה נעשתה על נשים שחורות בארה"ב והגדירה גרעינים מלאים כלחמים שחורים (כגון חיטה, שיפון, פמפרינקל), דגנים עשירים בסיבים, סוכין, גרנולה או פתיתי חיטה. לאחר תיקון רב משתני, נשים שצרכו מנה אחת או יותר של גרעין מלא ליום (הרבעון הגבוה) היו בסיכון נמוך משמעותית לחלות בסוכרת: RR=0.73, 95% CI=0.63-0.85; P trend <0.0001. מאשר נשים שצרכו גרעין מלא פחות מפעם בשבוע (8). מעבר לעובדה שמדובר במחקרים תצפיתיים, אחת ממגבלות המחקר היא שלא נעשתה הבחנה בין גרעין מלא ששומר על המבנה הבוטני הבסיסי שלו לבין גרעין מעובד, שגם אם החלקים העיקריים שלו (סוכין, נבט ואנדוספרם) נמצאים בתערובת ביחסים הדומים למקור, הוא איננו הגרעין השלם המקורי עצמו.

עבודתו של Jacobs בדקה את הצריכה התזונתית של 11,000 נשים במשך 11 שנה (9). הנשים חולקו לשתי קבוצות על פי צריכת סיבים מסך כל הגרעינים. לאחר תקנון רב משתני, שיעור התמותה של נשים שצרכו בממוצע 1.9 גר' סיבים מגרעין מעובד ל-2000 ק"ל ו-4.7 גר' סיבים מגרעין מלא ל-2000 ק"ל היה 17% נמוך יותר (RR=0.83, 95% CI=0.73-0.94). מאשר נשים שצרכו 4.5 גר' ק"ל מגרעין מעובד ורק 1.3 גר' מגרעין מלא.



מכיוון שאינו מכיל את רוב הפיטוכימיקלים שנמצאים בסוכין ובנבט של הגרעין המלא (13). אותם פיטוכימיקלים קשורים לירידה בסיכון למחלות כרוניות (12). לפיכך, ההסתכלות שלנו לגבי סיבים אסור שתמשך להיות כוללת כפי שהייתה עד עכשיו אלא שעלינו לתת את הדעת למקורם של הסיבים.

האינדקס הגליקמי ומחלת הסוכרת

מחקרים הראו קשר בין האינדקס והעומס הגליקמי של המזונות לבין מחלת הסוכרת (14) ולכן טבעי לבדוק האם האינדקס הגליקמי הינו גורם המקשר בין תכונותיו של הגרעין המלא לבין מחלת הסוכרת. בבדיקה השוואתית בין לחם לבן ללחם מקמח מלא שנעשתה בקרב גברים ונשים לא סוכרתיים כאשר גלוקוז משמש כסטנדרט, נמצא אינדקס גליקמי זהה של 6 ± 77 ועומס גליקמי זהה של 38.5 ± 15 . לעומת זאת, במחקר שבדק את השטח מתחת לעקומת הגלוקוז לאחר ארוחת בוקר המורכבת מלחם לבן לעומת לחם המכיל אחוזים גבוהים של גרעין מלא ברמות איזוקלוריות, נמצא שטח מצטבר מתחת לעקומת הגלוקוז של 120.5 ± 9.7 עבור לחם לבן ו- 73.6 ± 4.3 עבור הלחם המכיל גרעין מלא. תמונה דומה התקבלה לגבי השטח המצטבר מתחת לעקומת האנסולין (16). תוצאות מחקרים אלו מרמזות שהאינדקס הגליקמי עשוי להיות מושפע מההבדלים הבוטניים והכימיים שבין סיבים שמתקבלים בנפרד כקמח או כאלו שמתקבלים מתוך המכלול של הגרעין המלא. נקודה זו ידועה מעל 20 שנה מעבודתו של Jenkins (17) על פי בדיקות אצל חולי סוכרת, האינדקס הגליקמי המתקבל מצריכת לחם מקמח מלא גבוה כ-30% מאשר צריכת לחם מגרעין מלא. למשל: אינדקס גליקמי של לחם מחיטה מלאה הוא 11 ± 92 לעומת 4 ± 69 עבור לחם עשוי מ-75% גרעיני חיטה סדוקים. אינדקס גליקמי עבור לחם מקמח שעורה הוא 6 ± 96 לעומת 7 ± 39 עבור לחם עשוי מ-75% גרעיני שעורה. תוצאות דומות נמצאו במחקרו של Liljeberg (18) אצל לא סוכרתיים: אינדקס גליקמי 15.1 ± 94.9 עבור לחם מ-80% קמח שעורה מלאה לעומת 10.3 ± 57.1 עבור לחם עשוי מ-80% גרעיני שעורה. במטה-אנליזה שהתפרסמה לאחרונה בנושא צריכת גרעין מלא והסיכון לסוכרת (19) נמצא סיכון יחסי נמוך ב-26% לחלות בסוכרת בקרב הצורכים גרעין מלא (RR=0.74, 95% CI=0.69-0.80). במטה-אנליזה זו נכללו עבודות אשר השתמשו בהגדרה הישנה לגרעין מלא (מוצר המכיל לפחות 25% גרעין מלא או סוכין מתוך סך המשקל) יחד עם מחקרים שהשתמשו בהגדרה של ה-FDA (גרעינים מלאים מורכבים מהגרעין השלם, יסודי, סדוק או בצורת פתיתים שהמרכיבים העיקרים שלו אנדוספרם, נבט וסוכין נמצאים באותם יחסים כפי שהם קיימים בגרעין השלם). לפיכך, ניתן להניח שהסיכון היחסי הנמוך לחלות במחלת הסוכרת בעקבות צריכת גרעינים מלאים, נמצא בתת-הערכה והוא עשוי להיות נמוך עוד יותר.

השלכות מקצועיות

מוטל עלינו כדיאטנים לשנות את ההתייחסות בכל הנוגע לקשר שבין סיבים תזונתיים לסוכרת. מכיוון שהנושא לא ידוע ולא מפותח מספיק בתעשייה, יש להשפיע על התעשייה לפרט את אחוז הגרעין המלא מתוך לחמים, דברי מאפה שונים ודגנים אחרים. לאחר שהתשתית הזאת תהיה קיימת, חשוב יהיה להמליץ למטופלים עם סוכרת, טרום סוכרת ואפילו לאוכלוסייה הבריאה לעדיף את המוצרים העשויים בעיקר מהגרעין המלא.

מקורות:

1. Burkitt DP, Walker ARP, Painter NS. Dietary fiber and disease. JAMA 1974;229:1068-74.
2. Trowell H. Diabetes mellitus death-rates in England and Wales 1920-70 and food supplies. The Lancet 1974; 2: 998-1002.
3. Liu S, Manson JE, Stampfer MJ et al. A prospective study of whole-grain intake and risk of type 2 diabetes mellitus in US women. Am J Public Health 2000;90:1409-15.
4. Fung TT, Hu FB, Pereira MA et al. Whole-grain intake and the risk of type 2 diabetes: a prospective study in men. Am J Clin Nutr 2002;76:535-40.
5. Meyer KA, Kushi LH, Jacobs DR Jr et al. Carbohydrates, dietary fiber, and incident type 2 diabetes in older women. Am J Clin Nutr 2000;71:921-30.
6. Jonnalagadda SS, Harnack L, Liu RH et al. Putting the whole grain puzzle together: health benefits associated with whole grains-summary of American Society for Nutrition 2010 Satellite Symposium. J Nutr 2011;141:1011S-22S.
7. de Munter JS, Hu FB, Spiegelman D et al. Whole grain, bran, and germ intake and risk of type 2 diabetes: a prospective cohort study and systematic review. PLoS Med 2007;4:e261.
8. van Dam RM, Hu FB, Rosenberg L et al. Dietary calcium and magnesium, major food sources, and risk of type 2 diabetes in U.S. black women. Diabetes Care 2006;29:2238-43.
9. Jacobs DR, Pereira MA, Meyer KA et al. Fiber from whole grains, but not refined grains, is inversely associated with all-cause mortality in older women: the Iowa women's health study. J Am Coll Nutr 2000;19:326S-330S.
10. Heaton KW, Marcus SN, Emmett PM et al. Particle size of wheat, maize, and oat test meals: effects on plasma glucose and insulin responses and on the rate of starch digestion in vitro. Am J Clin Nutr 1988;47:675-82.
11. Okarter N, Liu RH. Health benefits of whole grain phytochemicals. Crit Rev Food Sci Nutr 2010;50:193-208.
12. Liu RH. Potential synergy of phytochemicals in cancer prevention: mechanism of action. J Nutr 2004;134:3479S-85S.
13. Adom KK, Sorrells ME, Liu RH. Phytochemicals and antioxidant activity of milled fractions of different wheat varieties. J Agric Food Chem 2005;23:53:2297-306.
14. Dong JY, Zhang L, Zhang YH et al. Dietary glycaemic index and glycaemic load in relation to the risk of type 2 diabetes: a meta-analysis of prospective cohort studies. Br J Nutr 2011;106:1649-54.
15. Hettiaratchi UP, Ekanayake S, Welihinda J. Glycaemic indices of three Sri Lankan wheat bread varieties and a bread-lentil meal. Int J Food Sci Nutr 2009;60:21S-30S.
16. Keogh J, Atkinson F, Eisenhauer B et al. Food intake, postprandial glucose, insulin and subjective satiety responses to three different bread-based test meals. Appetite 2011;57:707-10.
17. Jenkins DJ, Wesson V, Wolever TM et al. Wholemeal versus wholegrain breads: proportion of whole or cracked grain and the glycaemic response. BMJ 1988;297:958-60.
18. Liljeberg H, Granfeldt Y, Björck I. Metabolic responses to starch in bread containing intact kernels versus milled flour. Eur J Clin Nutr 1992;46:561-75.
19. Ye EQ, Chacko SA, Chou EL et al. Greater whole-grain intake is associated with lower risk of type 2 diabetes, cardiovascular disease, and weight gain. J Nutr 2012;142:1304-13.

חודן אקידום אורחות חיים כמטפחה הרחבת פעילות תחנות טיפת חלב

ד"ר רני פולק^{1,2}, פרופ' נעמה קונסטנטיני³, רוני חסון³, נעמי אידלשטיין⁴, מישל לחמי⁴, ג'ינה ורבו⁴, שולי מעוז⁵, רבקה כהן⁵, ד"ר נהיה דאוד⁶, ד"ר נטלי בן-טוב⁷, ד"ר חן שטיין זמיר^{6,8}
¹מכבי שרותי בריאות, מחוז ירושלים שפלה, ²המרכז לבישול ואורח חיים בריא, מרכז רפואי אוניברסיטאי הדסה ³המרכז לרפואת ספורט, מרכז רפואי אוניברסיטאי הדסה, ⁴לשכת הבריאות המחוזית, מחוז ירושלים משרד הבריאות, ⁵האגף לבריאות הציבור, מינהל שירותי קהילה, עיריית ירושלים, ⁶בית הספר לבריאות הציבור, האוניברסיטה העברית, ירושלים, ⁷שרותי בריאות כללית

רקע

בשנים האחרונות, מגפת ההשמנה ממשיכה להתפשט בעולם. בישראל ההערכה היא שכ-60% מהנשים הבוגרות (1) ומעל 20% מהילדים סובלים מעודף משקל (2). לפי המלצות ועידת המומחים האמריקאית למניעה וטיפול בעודף משקל ובהשמנת ילדים, אחת הדרכים המומלצות להתמודד עם המגפה היא לרכז מאמץ בחינוך כוללני לאורח חיים בריא (3). לעיצוב התנהגויות מקדמות בריאות בגיל צעיר השפעה מרבית ומיטבית על התוצאות לטווח ארוך. בישראל קיימות המלצות לגבי פעילות גופנית ותזונה נאותה (4), אך רק 26% מהאוכלוסייה דואגים לתזונה בריאה ו-20% לביצוע פעילות גופנית בהתאם להמלצות (1). לאחרונה הוגדר המושג "רפואת אורחות חיים" ואף פורסם "ארגז כלים"

למטפל בקהילה הנותן כלים ליצירה ולהטמעה של אורח חיים בריא אצל מטופלים בשילוב תמיכה מהמשפחה, מצוות רפואי רב תחומי ומארגונים בקהילה (5). לפי גישה זו, על מנת להשיג שינוי, ובייחוד לאורך זמן, על שרותי הבריאות לאמץ, פרט לגישה הקלאסית של יעוץ אישי, גם גישה הכוללת טיפול מערכתי רב מקצועי במרפאה ובקהילה (6). תחנות טיפת חלב הינן מוסד ייחודי האמון על רפואה מונעת בקהילה ומאויש ברובו על ידי אחיות בריאות ציבור שיכולות בתחומי קידום בריאות הוכחה (7). טיפת חלב היא תחנה המספקת שירותי בריאות ורפואה בתחום קידום בריאות ומניעה לנשים הרות, תינוקות וילדים (גילאי לידה עד 6 שנים) ומשפחותיהם. תחנות טיפת חלב פזורות בישובים בכל רחבי הארץ והטיפול בהן מוענק ללא תשלום (8).

על פי הנתונים בלשכת הבריאות המחוזית ירושלים, מרבית (מעל 95%) מהמשפחות מביאות את תינוקותיהן לרישום, למעקב ולטיפול בתחנות טיפת חלב, כך שהן מהוות אתר אידיאלי לביצוע התערבויות קהילתיות תוך שותפות רב מגזרית לקידום תוכניות לאורח חיים בריא בקהילה.

מטרה

פיתוח תוכנית לקידום בריאות ואורח חיים בריא בקהילה, אשר תוטמע בפעילויות השוטפות של תחנת טיפת חלב כך שתהפך לנדבך משמעותי במאמץ לחיזוק הפעילות הקהילתית לקידום אורח חיים בריא.

שיטות

תוכנית חלוץ לקידום אורח חיים בריא בקהילה על ידי אחיות בריאות ציבור בתחנות טיפת חלב פותחה והופעלה בכלל מחוז ירושלים. התוכנית הופעלה הן בתחנות לשכת הבריאות המחוזית והן בתחנות המופעלות על ידי אגף בריאות הציבור של עיריית ירושלים. התוכנית כללה את המרכיבים הבאים:

קורס העצמה באורח חיים בריא לאחיות - אחד המוטיבים המרכזיים בתוכנית הוא העצמת סוכני שינוי. לשם כך נערך קורס בהיקף של 40 שעות לכלל האחיות העובדות בתחנות טיפת חלב במחוז ירושלים בנושא תזונה נכונה, פעילות גופנית ושינוי התנהגות. לאור התדמית הסגפנית של אורח חיים בריא אצל חלק נרחב מהציבור (9), כמקובל בתוכניות עדכניות בעולם (10,11), בחלק מרכזי מהתכנים ניתן דגש על סדנאות מעשיות כמו בישול בריא, הליכה מודרכת ותרגול כוח על מנת ליצור חוויה חיובית הקשורה לאורח חיים בריא ושינוי תודעתי אצל המשתתפות.

תוכנית התערבות בקהילה - לבחירת תכני הפעילות הגופנית והתזונה שישולבו בתוכנית בוצעו קבוצות מיקוד בקהילות נבחרות במחוז כפי שהוגדרו על ידי ועדת ההיגוי של הפרויקט. הנושאים שנבחרו הינם פעילות כוח, חלבונים מן הצומח, סידן וברזל. הופקו פוסטרים לתלייה על קירות התחנה, משולשי הדרכה לשימוש האחייות וחומרים לחלוקה. בכתיבת החומרים ניתן דגש על כלים יישומיים כמו מרשמים לפעילות גופנית והדרכה לשימוש בחומרי הגלם הבריאים. כמו כן פותחו ערכות הדרכה לסדנאות קבוצתיות בקהילה בנושאים אלו. כל ערכה כללה תקציר מדעי לאחות, הפעלות קבוצתיות מעשיות ותמריץ חינוכי למשתתפים. כסוכנות שינוי, האחיות התבקשו להשתמש בערכות ובחומרים שהוכנו תוך כדי התאמת התכנים לקהילה בה פועלת התחנה.

ניהול התוכנית - לניהול התוכנית הוקמה ועדת היגוי הכוללת נציגים מכלל הגופים השותפים לתוכנית. הועדה התכנסה מדי חודשיים על מנת לדון בסוגיות מהותיות לקידום התוכנית ולבקרה. לניהול מקצועי מיטיבי של הפרויקט ולהכוננת האחיות הוקם מרכז לתמיכה מקצועית. מרכז זה, הופעל טלפונית ואינטרנטית על ידי הצוות המקצועי של התוכנית.

הערכה - להערכה ראשונית של התוכנית נעשה מחקר פיילוט שכלל מרכיב כמותני ואיכותני. ההערכה הכמותנית בדקה את השינוי בידע, בעמדות ובהתנהגות של האחיות בנוגע לאורח חיים ובעיקר תזונה ופעילות גופנית על ידי שאלון הכולל 57 שאלות שחולק לפני ואחרי קורס ההעצמה. לבדיקת שילוב התכנים ורלוונטיות תוכנית ההעצמה לשגרת התחנה נערכה קבוצת מיקוד לאחיות העובדות בשלוש התחנות

הראשונות להפעלת התוכנית, כשנה לאחר סיום תוכנית להערכת התוכנית בקהילה נערכו תצפיות על שתי סדנאות, כמו כן נערכו ראיונות עומק עם הנשים שהשתתפו בתוכנית כחודש אחרי ביצועה בשלוש התחנות הראשונות להפעלה.

תוצאות:

בין השנים 2008 - 2010 התקיימו 9 קורסי העצמה שבכל אחד 20 אחיות בריאות ציבור, סך הכל 180 אחיות. קורס אחד מתוכם הופעל בשפה הערבית. בין השנים 2011 - 2010 בוצעה תוכנית התערבות בקהילה בכלל תחנות טיפת חלב במחוז ירושלים. סך הכול 45 תחנות, בהן מבקרות אוכלוסיות מכלל המגזרים המרכיבים את החברה בישראל. התוכנית כללה תליית חומרים פרסומיים בתחנות, חלוקת חומרי הדרכה ויעוץ אישי לאורח חיים בריא לקהל המגיע למעקב בתחנה. בתחנות מרכזיות במחוז (10 תחנות) גם בוצעו סדנאות שכללו הרצאות תיאורטיות לקבוצות משתתפים בנושאים הנ"ל והתנסות מעשית בבישול בריא ובפעילות גופנית - סך הכול 628 משתתפים.

40 האחיות שהשתתפו בשני הקורסים הראשונים מילאו את שאלוני הידע (100% היענות). 10 שאלות התייחסו לידע בנושא פעילות גופנית ומזון בהם נצפה שינוי חיובי ברוב התשובות. מבין השאלות שבדקו עמדות נמצא שיפור ב 6 מתוך 7 השאלות, כאשר השאלה היחידה בה לא נמצא שיפור היא שאלה שמצאה עמדות חיוביות עוד לפני התוכנית. השינוי המשמעותי ביותר נצפה בהתנהגות האחיות. לדוגמא 77.8% מהאחייות דיווחו על ביצוע פעילות גופנית אחרי הקורס לעומת 50% לפני, ו-43% בדקו את תכולת השומן הרווי בתוויות המזון לפני הרכישה לעומת 19% לפני התוכנית.

להערכת שילוב התכנים בשגרת התחנה ותרומת קורס ההעצמה נערכה קבוצת מיקוד אחת, שנמשכה כ 100 דקות, לכלל האחיות העובדות בשלוש תחנות טיפת החלב הראשונות לביצוע התוכנית בקהילה, כשנה לאחר תוכנית ההעצמה. מהתייחסות האחיות עולה כי התוכנית חיזקה את הקשר בינם ובין הקהילה אותה הן משרתות ושהמשוב מהנשים שהשתתפו היה מידי ומחזק. האחיות ציינו כי בעקבות הנלמד בהכשרה ערכו שינוי אישי ותודעתי בנושא תזונה ופעילות גופנית ובעקבות כך העבירו את המידע שרכשו במהלך ההכשרה למשפחה ולחברים וכי הן היו מעוניינות מאוד להמשיך עם התוכנית אם כי ארגון הסדנאות, בייחוד המעשיות מורכב עבורן. מתוצאות ההערכה האיכותנית עוד עולה כי לאחיות הייתה חוויה חיובית במהלך קורס ההעצמה אותה הן ניסו לשחזר על ידי שילוב של הרצאה עם התנסות מעשית.

“הייתה לי התנסות מדהימה... לקחתי את התמצית של החוויה שלי בקורס ההעצמה וניסיתי להעביר אותה... אני חושבת שהצלחתי, כיוון שתגובת הקהל הייתה וואו... אני חושבת שאין להם הרבה הזדמנויות בהן הם יכולים לקבל מידע וליישם אותו באותו זמן...”

להערכת התוכנית בקהילה נערכו שתי תצפיות בשתי תחנות טיפת חלב שונות כאשר בשתי הסדנאות הועברו חומרים שונים. 13 ראיונות עומק טלפוניים בוצעו, המהווים מדגם של 30% מכלל המשתתפות בסדנה. הראיונות ארכו כ-30 דקות בממוצע ובוצעו כחודש אחרי הסדנה. ממצאי הערכת התוכנית בקהילה מצביעים על שביעות רצון גבוהה

של המשתתפות מהתוכנית ומהמסרים שהועברו על ידי האחיות. לדעת הנשים הנשאלות, אחת הסיבות המרכזיות להצלחת התוכנית היא העובדה שהמידע הועבר על ידי אחיות. לדבריהן האחיות הפגינו ידע רב והתייחסות מרבית לצרכי המשתתפות בתחנה ולצד זה המידע הועבר “בגובה העיניים”. רוב הנשים דיווחו כי היו מעוניינות להגיע למפגשים נוספים, בעיקר בנושאי תזונה ילדים. הגישה המשולבת הכוללת הרצאות, דפי הדרכה וסדנאות מעשיות זכו לשבחים.

רוב המשתתפות ציינו כי בעקבות התוכנית נעשה שינוי מסוים באורח החיים במשפחה. חלק משמעותי מהשינויים התזונתיים שנעשו היה לא בהכרח אלו עליהם דובר על ידי האחיות, אלא שינויים המיוחסים למטיוויזיה לא ספציפית לתזונה בריאה יותר. לדברי רוב הנשאלות המרכיב המכריע בשינוי היו הילדים. מזונות שהילדים אהבו הוטמעו בתזונת המשפחה כולה ואלו שהילדים לא אהבו לא מצאו את מקומם. מבחינת פעילות גופנית, כל המשתתפות דיווחו כי חשיבות הפעילות הייתה ידועה להם וכי שמחו ללמוד כיצד לשלב אותה כחלק משגרת היום שלהם במקום פעילות מכוונת לה הם לא מוצאים זמן. בכל מקרה כל הנשאלות ראו את עצמן כמנהיגות הבריאות של משפחתן.

מסקנות:

נראה כי תוכנית ההעצמה הביאה לשינוי בידע, בעמדות ובהתנהגות של האחיות. ייתכן והאופי החווייתי של התוכנית הוא זה שגרם לשינוי העיקרי בעמדות ובהתנהגות ואתה “התנסות מדהימה” אותה מתארות האחיות מקורה בהתנסות המעשית. מחקר נוסף בתחום נדרש על מנת לברר את יעילות קורס ההעצמה בכלל ואת יעילות הסדנאות המעשיות בפרט, שהמשאבים הנדרשים לקיומם גבוהים. נראה כי לטווח קצר יש לתוכנית השפעה על אורח החיים של משפחות הנשים שהשתתפו בתוכנית. מחקר ארוך טווח דרוש על מנת לראות האם שינוי זה מחזיק ובר קיימא.

התוצאות הראשוניות מדגימות כי התוכנית ניתנת ליישום ואחיות בריאות ציבור העובדות בתחנות טיפת חלב יכולות לשמש כשותף במאמץ הקהילתי לחינוך לאורח חיים בריא.

בימים אלו נבדקים הידע, העמדות וההתנהגות של כל 180 האחיות שהשתתפו בתוכנית כשנתיים בממוצע לאחר סיומה. כמו כן, מתנהלת במחוז צפון של משרד הבריאות תוכנית דומה בה משתתפת קבוצה כפולה של אחיות טיפת חלב, המחולקות לקבוצת מחקר וביקורת, כאשר

הפרמטרים הנבדקים כוללים פרט לשאלוני ידע, עמדות והתנהגות גם פרמטרים כמו משקל, היקף מותן ומבנה כושר. בהתאם לתוצאות המחקרים שתוארו לעיל יבחן שילוב התוכנית בתוכנית הארצית “ישראל - 2020”.

התוכנית התאפשרה הודות לתרומה נדיבה של “פרויקט אישה - הפדרציה היהודית של קליבלנד”

מקורות:

1. The Israel Center for Disease Control, Food and Nutrition Services - Ministry of Health. MABAT - First Israeli National Health and Nutrition Survey 1999-2001. 2003 (Hebrew).
2. The Israel Center for Disease Control, Food and Nutrition Services - Ministry of Health. MABAT Youth - First Israeli National Health and Nutrition Survey in 7th-12th grade students 2003-2004. 2006 (Hebrew)
3. Barlow SE. Expert committee recommendations regarding the prevention, assessment and treatment of child and adolescent overweight and obesity: summary report. Pediatrics 2007; 120:5164-592.
4. Tebenkin H, Lahad A. The Israeli task force for health promotion and preventive medicine guidelines. 2008. 66-77 (Hebrew)
5. Lianov L, Johnson M. Physician competencies for prescribing lifestyle medicine. JAMA 2010;304: 202- 3.
6. Egger G, Binns A, Rossner S. Lifestyle medicine. Sydney: McGraw-Hill Australia, 2008
7. Davies K. What is effective intervention? Using theories of health promotion. Br J Nurs 2006; 15:252-6.
8. מדינת ישראל, משרד הבריאות. טיפת חלב - תחנות לבריאות המשפחה http://www.health.gov.il/Subjects/pregnancy/health_centers/Pages/family_health_centers.aspx. (Accessed: March 2012).
9. Moreno M, Pearson TA. The quality of lifestyle and the quality of life. Arch Intern Med. 2011; 171:1819-20.
10. Moser EM, Stagnano-Green A. Teaching behavior change concepts and skills during the third-year medicine clerkship. Acad Med 2009; 84:851-8.
11. White LL, Gazewood JD, Mounsey AL. Teaching students behavior change skills: description and assessment of a new Motivational interviewing curriculum: Med Teach 2009; 29: e67-e71.



כאיום שיוואוטייוס

להערכה אופטימלית של ספרות רפואית ומחקרים קליניים

ד"ר רפי מרילוס, MD - אלמר ניהול מחקרים קליניים בע"מ

בעבודתנו השוטפת וכדי להתעדכן, אנחנו קוראים מחקרים רבים. איך נדע לברור מביניהם ולדעת מה אמין ומה לא? כיצד נעריך תוצאות של ניסויים קליניים? במאמר הבא מוצעים כלים שימושיים שבאמצעותם נוכל לעשות זאת וכיצד להיזהר מפני טעויות נפוצות.

מבוא

פרסומים של ניסויים קליניים הם כלים עיקריים המשמשים להעברת ידע חדש לקהילה הרפואית. לפי עיקרון זה, הנתונים החדשים מניסויים אלה מתורגמים מאוחר יותר למה שמכונה "רפואה מבוססת ראיות" (Evidence Based Medicine, EBV), ובסופו של דבר להתוויות הנחיות קליניות מעשיות. הנחיות אלו נועדו באופן שיטתי לסייע לרופאים לקבל החלטות בנוגע לבריאות החולים בהתאם לנסיבות קליניות ספציפיות. היישום של הנחיות אלו יתבטא בפועל בשינויים במדיניות הטיפולית של מגוון רחב של מחלות.

חולים, רופאים וקובעי מדיניות מתרשמים ומושפעים לא רק מתוצאות של המחקרים שבוצעו, אלא גם מהדרך בה המחברים יציגו את התוצאות שלהם.

מטרתו והיקפו של מאמר זה היא להדגיש ולדון בכמה נושאים קריטיים הנוגעים לערכם של רכיבי מפתח של תוצאות הניסויים הקליניים תוך שימת דגש על הנושאים הבאים: התפקידים השונים של המשמעות הקלינית בניגוד למובהקות סטטיסטית, הערך האמיתי של Surrogate endpoints שתכופות מקבל חשיבות יתר מול תוצאות קליניות אמיתיות, המגבלות של בקורות הסטוריות בעת הערכת התוצאות של התערבויות

חדשות, וחשיבות הנתונים בטבלה 1 בהערכת הישמות של תוצאות מחקר למטופלים שלנו.

בנוסף, נדונים נושאים כמו: מגבלות של הפחתת סיכון יחסית לעומת ירידה בסיכון מוחלט, מספר הנחקרים הדרוש לטיפול, המשקף את הסיכוי שמטופל מסוים ייהנה מהתערבות מסוימת, מהי הדרך הטובה ביותר להבחין בין מיתאם וסיביות ולבסוף נדון בנושא של הטייה בפרסום ובפרשנות הנתונים המופיעים במאמר.

Surrogate endpoints לעומת תוצאה קלינית אמיתית: הפרשנות והשימוש בהם בשינוי מדיניות טיפולית

ה study endpoints מחולקות באופן מסורתי לשני סוגים: תוצאה קלינית, (או תוצאה קלינית אמיתית), ו Surrogate endpoints. התוצאות הקליניות הן: הישרדות כללית (Overall Survival, OS) ואיכות החיים (Quality Of Life, QOL) ואין ספק לגבי הרלוונטיות הקלינית של שתי מטרות אלה. כל מחקר המשתמש באחת משתי מטרות אלה הוא בעצם מחקר קליני יקר ערך. רוב המחקרים המשתמשים באחת משתי המטרות הללו הינם מחקרי שלב 3 והשפעתם על רפואה מבוססת

הפוגה מלאה (CR)

במחלות חשוכות מרפא, CR הוא לא Surrogate ותחליף להבראה מכיוון שכרוב המחלות משך CR הוא קצר ונמשך ברוב המקרים כחודש בלבד. הערך הניבוי של CR כ Surrogate end point להישרדות הכללית (OS) הוא נמוך. למשל בסרטן מעי גס גרורתי, הקורלציה בין שיעור התגובה לבין ההשפעה על ההישרדות נמצאה כשמינית (0.12). לכן, ניתן לצפות בחולים עם פרמטרים מדידים של סרטן גרורתי של המעי הגס יתרונות הישרדות נמוכים גם כאשר יש עלייה גדולה מאוד בשיעור התגובה. למעשה, הכפלה של שיעור התגובה מ 20% ל 40% מביאה להארכת הישרדות מ-14 חדשים ל 15.7 חדשים (הארכה של 1.7 חודשים בלבד). במחקרים רבים אחרים שיעור CR לא תורגמו לשום יתרון הישרדות. עד לאחרונה לא לעוצמה ולא לקינטיקה של שיעור התגובה הייתה השפעה של ממש על הישרדות אצל חולים עם מיאלומה נפוצה או לוקמיה לימפוציטית כרונית (1,2,3).

תפיסה מוטעית נוספת בפרשנות של תוצאות ניסוי בניסויים האונקולוגיים בדבר שיעור תגובה או CR, היא הנטייה להשוות חולים מגיבים לאלו שאינם מגיבים, גם אם הטיפול בכללותו אינו עוזר. לחולים מגיבים יש תמיד מהלך יותר טוב מאלו שאינם מגיבים, זאת ללא קשר לאפקטיביות

ראיות (EBM) היא קריטית ומכאן גם מקומם בבניית הנחיות קליניות מעשיות.

Surrogate endpoints אלו תוצאות של בדיקות מעבדה, או הדמייה או סימנים פיסיים היכולים לשמש כתחליף לאחד משני התוצאים הקליניים: תפקוד פונקציונלי או הישרדות.

Surrogate endpoints צריכות להיות בעלות יכולת וערך ניבוי גבוהים של תוצאה קלינית. ההחלפה של תוצאה קלינית ב Surrogate endpoints מאפשרת ביצוע ניסויים קליניים קצרים וזולים יותר ועם פחות מגויסים. רוב מחקרי Surrogate endpoints מבוצעים בפאזה 2 ומשמשים כ "proof of concept", להוכחת יעילותה של תרופה חדשה או התערבות חדשה על ידי שיפור מסוים בפרמטר מעבדה/הדמייה, אך לרוב אינם מפגינים יעילות או שיפור משמעותי קליני.

הפרשנות המוגזמת והמוטעית של ניסויים קליניים המשתמשים ב Surrogate endpoint מביאה לעתים לשינויים בפרקטיקה הקלינית לפני שהודגם שיפור קליני אמיתי.

שתי דוגמאות בולטות של הפירוש הלא נכון של Surrogate endpoint מתייחסות להפוגה מלאה (CR, Complete Remission), ולהישרדות ללא התקדמות מחלה (PFS, Progression Free Survival).

התנגדות לטיפול תזונתי בחולים כרוניים ואקוטיים

זורחים

וקרכי התחוקות

ד"ר עדנה כצנלסון - פסיכולוגית קלינית, אוניברסיטת תל-אביב, החוג לפסיכולוגיה,
בית הספר לרפואה ובית הספר למקצועות הבריאות.

אנשים עם מחלות כרוניות ואקוטיות מתקשים לא פעם לאמץ וליישם לאורך זמן את ההנחיות התזונתיות המותאמות למצבם הרפואי. במאמר זה ננסה לעמוד על הגורמים לקושי זה ולהציע דרכים להתמודדות עם התנגדויות לטיפול.

היענות לטיפול הוא מושג מרכזי בעשייה הטיפולית - רפואית, פרא רפואית או אחרת, המתייחס הן להתחלת טיפול (ושלב של שינוי התנהגות), הן להמשך הטיפול (שימור התנהגות) ולבסוף להפסקתו (שוב שינוי התנהגות). חוסר היענות לטיפול נפוץ מאוד ונובע ככל הנראה מנטיית האדם להישאר ב"אזור הנוחות" שלו, הרי שכאשר מדברים על "טיפול" מתייחסים בדרך-כלל למשהו, החורג מההתנהגות הרגילה והטבעית של המטופל. התופעה, בה מטופל מתנהג באופן שמטרתו להימנע משינוי מצבו, במודע או שלא במודע, מוגדרת כהתנגדות לטיפול. גם טיפול מותאם לחולה, יוגדר ככישלון, אם המטפל לא ידע לצפות סימני התנגדות ולהתמודד איתם בשלבי הטיפול השונים (1).

גורמי התנגדות לטיפול

התנגדויות לטיפול עולות ממגוון רחב של גורמים וסיבות, בהם גורמים הקשורים בחולה, כגון אישיותו של החולה, גיל, מין ומצב כלכלי; גורמים משפחתיים וכן תגובות המטפל להיעדר שתוף הפעולה בטיפול.

שהמזון מהווה עבורם כלי עיקרי בהתמודדות עם לחץ מתקשים לוותר ולהימנע מאכילת סוגי המזון והכמויות להם הם רגילים ובפרט במצב מחלה, המהווה גורם לחץ (3).

משתני גיל ספציפיים עלולים להפריע בנקודות שונות במעגל החיים: התנגדות מתבגרים לשתף פעולה עם מבוגרים, אי-שמירה על דיאטה כמרד התבגרות, קושי להקדיש משאבים לעצמי בבגרות הצעירה ובאמצע החיים ודיכאון כגורם מכשיל בזקנה.

גם **משתני מין** עלולים להוות מכשול: דיאטה שנתפסת כפגיעה בגבריות, טיפול שמתפרש כפגיעה בדימוי העצמי ואלמנות כמכשול לטיפול בעצמי בעיקר בקרב גברים שלא מכינים לעצמם מזון יותר מאשר אצל אלמנות שרגילות להיות אחראיות על התזונה. לאלו יש לצרף חולים **שמסיבות כלכליות** לא יכולים להרשות לעצמם לקנות מזון ספציפי המותאם למחלתם (ללא סוכר, ללא גלוטן, דל-שומן, דל-לקטוז) וחולים מורכבים שהדרישות התזונתיות שלהם עומדות בסתירה בגלל ריבוי המחלות (2).

גורמים משפחתיים: למשפחה הגרעינית ולעיתים גם המורחבת עשויה להיות השפעה על "התנהגות בריאותית" של האדם (4). יחסי זוגיות קשים בין החולה לבן/בת הזוג או בין החולה להוריו או לילדיו (אם הוא בחזקתם או בטיפולם), עשויים להפריע לחולה לשתף פעולה בטיפול. שיתוף פעולה דורש אמון, אמפתיה, סובלנות וסבלנות משפחתית, יכולת להיות בדיאלוג שוטף, להקשיב ולהקריב למען החולה. כשאלו חסרים והמשפחה משדרת כעס, אכזבה ואי-אמון בחולה- הוא יתקשה לגייס כוחות לשמור על תזונה מאוזנת (5). גם משפחה שבה אין גבולות לילדים או שאין סדר יום קבוע ותקשה לקבוע מסגרת מחייבת של תזונה (6,7). אי-הסכמה של הורים בכלל ושל הורים גרושים בפרט, מהווה מקור לקושי טיפולי (8). בנוסף, משפחה שאיננה נותנת אמון בגורמים המטפלים, תסיט את החולה לא לתת אמון באנשי המקצוע, וכך תחבל בשיתוף הפעולה איתם.

תגובות המטפל להעדר שיתוף פעולה בטיפול

העדר שיתוף פעולה מצד מטופלים עלול לעורר אצל המטפל רגשות קשים של כעס, ייאוש או התרחקות מהאדם. במקרים של חולי קשה, עלולים לצוף גם רגשות חרדה. איבוד שליטה מצד המטפל עלול לצור קרע בינו לבין המטופל. חוסר אמון בכוחותיו של המטופל עלול לרפות את ידי המטפל, דבר שיגרום לכך שהחולה ירגיש שלא מאמינים בו ויתקשה לגייס כוחות לעמוד במשימות הטיפוליות. מכיוון שכך, חשוב מאוד שהמטפל יעשה כל מאמץ על-מנת לא לחוש אובדן שליטה. ישנם מטפלים שמצב מסוג זה גורם להם להרגיש מאותגרים, להיות גמישים ולחפש דרכים יצירתיות על-מנת להביא את המטופל לשיתוף פעולה. מטפלים אלו הינם בעלי סיכוי גבוה יותר לצאת מהמשבר (9).

מטפל עלול גם להיות מושפע מדעות קדומות שיש לו כלפי מטופלים שונים. הדבר עשוי להתבטא למשל בהפגנת רגשות של התנשאות כלפי אנשים חולי או נשאי איידס, בקושי ביצירת קשר עם אנשים שחשיבתם, מוצאם או דתם שונה מזו של המטפל (למשל מטפל חילוני ומטופל חרדי) ואף באפליה על רקע גזעני (למשל מהגרי עבודה, עובדים זרים). דעות קדומות של המטפל עשויות להפריע לו בגיוס המשאבים הטיפוליים הנדרשים. מודעות להטיות מסוג זה עשויה למתן את השפעתן אך לא תמיד לבטלן (9).

בקרב תזונאים ניתן למצוא בין היתר דעות קדומות לגבי חולים שמנים. תופעה זו מכונה **Obesophobia** - חרדה לא הגיונית מאנשים בעלי משקל- יתר. מטופלים אלו הם קשים יותר לטיפול והם מואשמים באישיות בעייתית שלא מאפשרת להם שליטה במשקל. מחקרה של אסנת סטון משנת 2010 (10) בדק את השפעת הסטיגמות נגד שמנים על עבודתם של 300 דיאטנים בישראל. במחקר נמצא כי ככל שהמטפל ייחס למטופל אחריות גדולה יותר למשקלו, כך התעוררו בקרב המטפל רגשות שליליים יותר כלפי המטופל שתורגמו לאפליה והתנהגויות שליליות כגון הימנעות ממגע בין-אישי, זמן טיפול קצר יותר בהשוואה לאחרים ואפילו תמיכה בטיפול כפוי.

דעות קדומות עלולות להיות אצל המטפל גם כלפי אנשים חולי נפש, חולים דמנטיים וקשישים. דעות קדומות כנגד קשישים נקראות "אגאיזם" (Ageism) ומקורן בפחד מזקנה ויחסים בעייתיים של המטפל עם הוריו או הורי בני זוגו המבוגרים (11).

דרכים להתמודדות עם חוסר התמדה בטיפול

דרכים להתמודדות עם סירוב לשיתוף פעולה בטיפול כוללות התייחסות למקורות השונים מהם נובע הקושי ולמשתנים הקשורים למערכת היחסים בין המטפל למטופל (12).

נקודת המבט הטיפולית צריכה להיות "**ממוקדת לקוח**" (Service **dominant logic**). כלומר: מבוססת על הקשבה והבנה לעומק של המטופל וצרכיו תוך הבנת המחיר הנתבע ממנו בהשקעת זמן, מאמץ ובשינוי הרגלים. יצירת 'חזקה' עם המטופל הכולל הגדרת ציפיות ברורה ובעיקר דיאלוג פתוח הם המפתח להצלחה. ככל שההיכרות עם המטופל תהיה אישית יותר היא תאפשר למטפל "לתפור" חליפה טיפולית מותאמת באופן אישי לאדם העומד מולו. מעבר להתמקדות בתפריט, כוללת המערכת התייחסות לגורמים אשר בגללם נוצר הצורך לשנות הרגלי תזונה קודמים על-אף האפשרות להיתפס כחריג במשפחה, בחברה ובמקום העבודה או הלימודים (4).

האזנה לדעתו של החולה, מתן אפשרויות בחירה, התאמת התפריט לאורח חייו של המטופל, שיתוף אקטיבי של המטופל במשימות הטיפוליות, בתכנון הטיפול ובמטרות המשותפות הם כלים רבי עוצמה בטיפול המוגדרים כ "**אוטונומיה של המטופל**". ביחסי מטפל-מטופל חשוב להימנע מ"**פטרנליזם**" - ראיית החולה כילד שצריך לתת לו הוראות מבלי להיוועץ עמו. כל כניסה למאבק עם המטופל תקטין את הסיכויים להצלחת הטיפול. גם גישה שרואה את המטופל כחלש ומסכן ומלווה ברגש של רחמים מהווה מכשול טיפולי: חולה חלש נתפס בעיני המטפל כמי שלא יגייס כוחות לטיפול, דבר המוריד את סיכויי הצלחה של הטיפול באופן משמעותי (13).

במהלך הטיפול חשוב לא להפחיד את המטופל באופן קיצוני ("יקרה אסון אם תמשיך לאכול כך") מכיוון שהדבר עלול להגביר את הסיכוי להפעלת **מנגנוני הגנה של הכחשה** שיגרמו למטופל לברוח מהטיפול (14). בהתאם לכך מומלץ לשים דגש חזק יותר על המאכלים שהמטופל כן יכול לאכול לעומת אלו שלא. נוסף על כך, השינויים המוצעים צריכים להיות הדרגתיים בהתאם ליכולותיו של המטופל. מעקב תדיר מגדיל את העזרה הפסיכולוגית והמוראלית שניתנת למטופל, בתנאי שאינה מלווה בביקורתיות ובשיפוטיות מצד המטפל אלא בחיזוק על הישגים, אפילו מזעריים. חשוב להציג למטופל את ההישגים וליחס אותם אליו ולא למטפל.

דמיון מונחה

מהו ואי התאזינה?

ענת נוי עזריאלי ועפרה יסמונסקי, "דרך חבור - דיאלוג עם גוף ונפש" - הדרכה והכשרת מטפלים בדמיון מונחה



דמיון מונחה הוא כלי טיפולי המושתת על היכולת הבסיסית והמולדת של האדם לדמיון. בגישה זו המטופל מוזמן להעלות דימויים ומטאפורות למצבים, רגשות ותחושות, המאפשרים ביטוי יצירתי לעולמו הפנימי ושימוש בתובנות ובפתרונות העולים מתוכו כדי לקדם שינוי רצוי במצבו התפקודי, הרגשי או הגופני.

נבשל היום ועד תכנון פרויקטים מורכבים, בדאגה, בציפייה, בזיכרונות ובתגובות לקולות ולטעמים. הדמיון הוא לא רק ויזואלי, הרי שניתן לדמות בעזרת כל ערוצי החושים, כאשר ישנם אנשים שעבורם ערוץ מסוים יהיה זמין יותר מערוץ אחר.

דמיון הוא השפה של הצד הימני של המוח, הצד האינטואיטיבי והיצירתי הקולט ו"חושב" בתמונות: החוויות הפנימיות, הרגשות, ההקשרים והמחשבות מיוצגים ע"י דימויים או סמלים. שפת הדמיון בעלת הגיון משלה, והיא השפה האוניברסאלית היחידה המשותפת לכל התרבויות (2).

גישת הדמיון המונחה עושה שימוש ביכולתנו להעלות דימויים

דמיון מונחה הוא כלי טיפולי הוליסטי והומניסטי, הנשען על מגוון עקרונות, בהם: בודהיזם, פסיכוסנתזה, גשטלט ועוד. שיטת הדמיון המונחה האינטראקטיבי (Interactive guided imagery) פותחה ע"י Dr. David Bresler ו- Dr. Martin Rossman בתחילת שנות ה-80 (1), והובאה לארץ ע"י תלמידים - ד"ר נמרוד שיינמן, אשר המשיך בפיתוח השיטה וטבע את השם העברי 'דמיון מונחה אינטראקטיבי'.

עבודה עם דמיון מושתתת על היכולת הטבעית, המולדת לדמיון. יכולת זו ניתן לראות במשחקי ילדים והיא מלווה את החיים הבוגרים בצורות שונות, למשל בפעולות של תכנון, החל ממה נלבש או מה

להתמודד עם בעיות הצצות במהלך הטיפול חשוב לשנות אסטרטגיה טיפולית, דבר הדורש גמישות והשקעת מחשבה מצד המטפל.

טיפול תזונתי הוא טיפול לכל דבר ולא רק שינוי תזונתי. לפיכך הוא מחייב הכרה במאפייניו של האדם הנעזר בטיפול ולא רק בבעיות התזונתיות. מעבר לטיפול התזונתי, הדיאלוג עם המטופל צריך לקחת בחשבון גורמי ביוגרפיה, מאפייני משפחה ו"כוחות אני" של האדם שעמו עובדים.

מקורות:

1. הר-שמש א. היענות לטיפול. ויקרפואה http://www.wikirefua.org.il/index.php/%D7%94%D7%99%D7%A2%D7%A0%D7%95%D7%AA_%D7%9C%D7%98%D7%99%D7%A4%D7%95%D7%9C_-_Adherence_with_medical_treatment (כניסה: ינואר 2013)
2. Navon S. The illness/non-illness treatment model: psychotherapy for physically ill patients and their families. Am J Family Therapy 2005;33:103-16.
3. Elfhag K, Rossner S. Who succeeds in maintaining weight loss? A conceptual review of factors associated with weight loss maintenance and weight regain. Obes Rev 2005;6:67-85.
4. אציל מ. אינטליגנציה בריאותית. מודן, 2012.
5. ויטאקר קא, ונפייר א. משפחה במבחן - קורותיה של משפחה בתהליך תרופי. תל-אביב: ספרית הפועלים, 1985.
6. Katzmarzyk PT, Baur LA, Blair SN et al. International association for the study of obesity physical activity task force and the conference speaker panel. International conference on physical activity and obesity in children: summary statement and recommendations. Int J Pediatr Obes 2008;3:3-21.
7. כצנלסון ע. התמודדות הורים עם מחלות כרוניות של ילדיהם. כתב העת של המכללה למנהל. כוורת, 2009, 57-60.
8. ניב - יגודה ע, כצנלסון ע. היבטים משפטיים ופסיכולוגיים של קבלת החלטות בנוגע לטיפול רפואי בילדים במצבי מחלוקת בין ההורים. המשפט טו (2) תשע"א 551-605.
9. אכמון, שפיר ג, וייל ג. מקצועיות אתית בפסיכותרפיה. מאגנס. ירושלים, 2012.
10. סטון א. סטיגמה מקצועית מצד דיאטניות כלפי זקנים עם משקל - יתר לעומת מבוגרים עם משקל יתר: בחינתה של תאוריית היחוס. עבודת תזה. אוניברסיטת חיפה, הפקולטה למדעי הרווחה והבריאות החוג לגרונטולוגיה. 2010.
11. רוזין א. הזדקנות וזקנה בישראל. אשל. ירושלים, 2003.
12. De Ridder D, Schreus K. Developing interventions for chronically ill patients: is coping a helpful concept? Clin Psychol Rev 2001; 21: 205-40.
13. מרגלית א, עשת י. האדם שברופא, הרופא שבאדם. יוזמות הייליגר. תל-אביב, 1997.
14. Daniel MC, Thomas S, Campbell L et al. Family - oriented primary care - a manual for medical providers. New-York: Springer-Verlag, 1992. Ch. 2 :12-33.
15. Newman CF. A case illustration of resistance from a cognitive perspective. J Clin Psychol 2002; 58:145-9.
16. Minuchin S. Families and Family therapy. President and Fellows of Harvard College, 1974.
17. נילמן א. העברה והעברת נגד: פרדיגמת החלימה של ביון, פסיכולוגיה עברית, <http://www.hebpsy.net/articles.asp?id=2612> (כניסה: ינואר 2013).

יש מקום להשתמש גם **בטכניקות קוגניטיביות** של שינוי חשיבת המטופל, כך שוויתור על מזונות מסוימים לא יתפס כעונש, השפלה, או מוגבלות (15). לדוגמה: לא מציעים לי פרוסת עוגה, לא כי מזלזלים בי, אלא כי מודעים למחלתי ודואגים לבריאותי.

חשוב לא להתעלם ממצבו הכלכלי של המטופל ולהציע לו תפריט שמחירו מתאים ליכולות הכלכליות. זיהוי יכולות אלו יתאפשר רק לאחר היכרות עמוקה עם המטופל. יש לקחת בחשבון כי תלוש משכורת או מקום מגורים אינם בהכרח מעידים על מצב כלכלי.

כאשר מערכת היחסים במשפחתו של המטופל עלולה להוות גורם הפוגע בטיפול, ניתן לשקול את הפניית המטופל לטיפול משפחתי או לגישור ולעמוד בקשר עם הגורם המטפל בהסכמת המטופל והמשפחה (16). במקרה ומדובר בבעיה בהצבת גבולות במשפחה יש מקום להפנות להדרכת הורים על מנת להקל על יישום ההמלצות הטיפוליות. לעיתים, יש מקום לכך שהמטפל יבקש פגישה עם משפחת החולה (בהסכמתו, כמובן) על-מנת להסיר את התנגדותם לטיפול ולגייס את תמיכתם (14). מאידך, מתבגרים זקוקים בעיקר לפגישות אישיות, לא בהכרח בליווי הורים.

חשוב להדריך את המשפחה שנושא האוכל לא יהיה הנושא הבלעדי בדילוג בין המטופל לבני המשפחה בארוחות המשפחתיות וכך גם עם איש המקצוע למרות שזוהי מטרת הטיפול.

חולה הסובל מדיכאון או מצוקה נפשית אשר מקשה על שיתוף הפעולה יופנה לטיפול של פסיכולוג, עובד סוציאלי או פסיכיאטר על פי הצורך, זאת לא כבחירה ראשונית ולא בשכיחות גבוהה. מוצע שהדיאטן יכיר את החולה ולא ימהר מייד לקבוע שהוא דיכאוני. אולם, אם באופן עקבי במהלך מספר פגישות הוא מתרשם שהמטופל דיכאוני, לא יהסס להפנות אותו לאיש בריאות הנפש ולשתף אותו פעולה בתהליך הטיפול הדיאטטי (4).

טיפול בחולה שאינו שולט בשפה דורש מתווך שיוודע את השפה ומכיר את התרבות. למשל: שימוש בגורמי תיווך ותרגום אצל מטופלים שהם עולים חדשים.

גם משתני מגדר צריכים להילקח בחשבון: מתבגרים עלולים להירטע ממטפל מהמין הנגדי וכך גם מטופלים דתיים-חרדים.

בעיות בהתמדה בטיפול עשויות לנבוע גם מנושאים הקשורים להעברה נגדית: **"העברה נגדית"** מוגדרת כתגובה של המטפל להעברה אותה עושה המטופל כלפיו או הזדהות המטפל עם הרגשות של המטופל שאינו מודע להם. בעיות בהעברה נגדית שמקורן בהיעדר כימיה של המטפל עם המטופל, דעות קדומות וקשיים סובייקטיביים של המטפל, יתמתנו על-ידי מודעות עצמית של המטפל לקשיים, היעזרות בקבוצת תמיכה של עמיתים (Peer group) וכן באמצעות תמיכה של אנשי מקצוע מתחומים אחרים - אנשי רפואה, אנשי בריאות הנפש וגורמי יעוץ. **"סיעור מוחות"** עם אנשי מקצוע מתחומים נוספים עשוי להביא למהפכה בטיפולים "תקועים". מטפלים צריכים להיות מודעים גם לתחרות בינם לבין אנשי צוות אחרים ולא להיגרר למאבק עם המטופל שנתפס כמי שפוגע ביוקרתם ומקטין את הישגיהם (17).

יש מקום לבנות תכנית ארוכת טווח לגבי כל מטופל ולעדכן אותה בהתאם להישגים. ציפיות לא מציאותיות להתקדמות מהירה, או אי השלמה עם נסיגות (רגרסיה) המתרחשות בטיפולים לעיתים קרובות, עלולים לגרום למתח מיותר ביחסים. במידה ונתקלים בקושי

תאור מקרה

תהליך טל דמיון מונחה

עם הדימוי אבולנט אכילה

ענת נוי עזריאלי

עם סרגל ביד שאומר בטון נזף: "למה? כמה אתה אוכל???" הוא כל הזמן עומד על המשמר, מחכה להזדמנות להכות או מכה. לא הולך לישון אף פעם ולא נרדם בשמירה. כדי להתקדם בטיפול העליתי את אחת השאלות המהותיות בתהליך הטיפול והמאפשרות אמפתיה, הבוחנת מה גורם לו "מבקר", להתנהג כך... והוא משתף שהוא מודאג מהמצב והוא מבקש הבנה כלפי תפקידו.

בהמשך, החזרתי את תשומת הלב לבור ובדקתי מהם הצרכים שלו כעת. כתשובה עולה דימוי-טורנדו ששואב כל דבר שנקרה בדרכו. הכרות עם הטורנדו מלמדת שהוא בעל שליטה - "אני יכול לקחת לתוכי כל מה שאני רוצה" מאד עוצמתי עם יכולת לשאוב אליו כל מה שהוא רוצה, לנווט ולשלוט במה שקורה לו, מאד אסרטיבי. תחושה שאינה מוכרת למטופלת בשגרת יומה, לגביה זו עוצמה מפחידה ביכולותיה.

המפגש עם הטורנדו מפתיע מאד את המטופלת, הדיאלוג עם הטורנדו מלמד אותה על עוצמה, על יכולת לשלוט, מאפשר לה להכיר כוח חדש בתוכה המפוגג את הפחד מהדימוי עצמו, הבור נרגע.

שבוע אחרי היא מספרת שאופן האכילה משתנה לחלוטין, האכילה הופכת למאוזנת. זה כבר נשמר 3 חודשים עד היום.

מלי (שם בדוי) היא אישה בת 45, נשואה ואם לילדים, הגיעה אלי לטיפול לפני כשנה ושלושה חודשים. מלי סבלה מדיכאון קליני וקבלה טיפול תרופתי במעקב פסיכיאטר. היא הגיעה לטיפול במטרה להפחית את הדיכאון, לשפר את איכות חייה ואת התפקוד היומי. לפני כחצי שנה במקביל לטיפול לשיפור משמעותי באיכות חייה, החלה לעלות במשקל, דבר שעורר אצלה חוסר אונים וחרדה חדשה. מלי היתה בעבר בעלת עודף משקל ולדבריה היתרון היחיד של הדיכאון היה הירידה המשמעותית במשקל. ניסיונות הטיפול בבטיית המשקל כללו בתחילה: דיאטה (בליווי דיאטנית), ספורט, טיפול בנושא הייאוש ועוד. בתהליך זה עלה מתוכה כעס, חוסר באהבה עצמית וביקורת עצמית חריפה לגבי ההתנהלות שלה מול האוכל. מצד שני עלתה ההבנה שהאוכל מרגיע אותה.

באחד המפגשים בחרתי לעבוד עם הדחף לאכול באמצעות תהליך דמיון מונחה, במהלכו עלה דימוי של חור/בור עמוק ובדפנותיו ניתן לראות סלעי חול. פתח הבור רחב וככל שמעמיקים הוא נעשה צר יותר, נמצא במרכז הגוף יש משהו שמנסה כל הזמן למלא אותו, אך תחושת הרגיעה והמלאות היא רק לזמן קצר. הדימוי מספר "אני יודע לשאוב אוכל, אבל אין לי תחושת רוויה כי אין לי תחתית - אין יכולת מיצוי".

במקביל נוכח כל הזמן "מבקר" שמתבונן על התהליך ולא מאפשר סיפוק אפילו לרגע. הדימוי שעלה למבקר היה מורה בפנימיה באנגליה

בעצם מזמינים דימוי לנושא שמעסיק את המטופל. החיבור לדימוי נעשה בצורה פשוטה; בחיי היומיום זה יקרה כשנשאל "כמו מה זה?" השאלה הזו מעבירה באחת את התקשורת ממילים, ניסוחים ולוגיקה שמאפיינות את הצד השמאלי של המוח אל הצד הימני שמדבר בתמונות, קולות, צלילים והקשרים אסוציאטיביים. כאשר אדם פוגש את הדימוי לבעיה שלו, נוצרת הזדמנות להכרות שונה, המקדמת שינוי במערכת היחסים עם הקושי ובכך מאפשרת ריפוי.

העבודה באמצעות הדמיון המונחה מבוססת על מספר עקרונות בסיסיים. ראשית, התהליך מתבצע עם הדימויים האישיים שמעלה המטופל, תוך קבלתם כפי שהם, ללא אגנדה מסוימת וללא יוזמה לשנותם. זאת כאמור, מתוך ההנחה הבסיסית שהמונחה בלבד מחזיק בידע מה נכון עבורו. בשונה מתהליכי "דמיון מודרך" בהם המטפל מוצא את "הדימוי הנכון" עבור המטופל, בדמיון המונחה האינטראקטיבי המטפל מנחה להבאת המטופל למפגש ולדיאלוג עם הדימויים הייחודיים שלו עצמו.

הדיאלוג עם הדימוי מהווה שלב מאוד עצמתי בתהליך, בו המנחה מהווה סוג של "מטפל זוגי" המאפשר הקשבה הדדית בין המונחה לדימוי שלו. ההנחיה תכונן להקשבה והתבוננות שאינה שיפוטית, היוצרת ומעמיקה אמפתיה בעולמו הפנימי של המטופל ואפשרות לשינוי במערכת היחסים בינו לבין "הבעיה" שלו. תהליך זה מסייע למטופל ליצור קשר עם משאבים פנימיים ברמות קוגניטיביות, רגשיות וגופניות ולעשות שימוש בתובנות ובפתרונות העולים מעולמו הפנימי.

העבודה עם הדימוי תהיה הדרגתית ותתאים לקצב של עולמו הפנימי של המטופל, ומתאימה לשימוש במבוגרים וילדים החל מגיל 4-5 שנים.

לסיכום, השימוש בדימוי כפרטנר טיפולי מטפח ומאפשר ביטוי יצירתי לעולמו הפנימי של המטופל - רגשות, זיכרונות, תחושות ומשאבים, תוך התבוננות לא שיפוטית וקבלה. הוא ניתן לשילוב בכל תהליך טיפולי בהתאם למטרות הטיפול וצורכי המטופל. השיטה מרחיבה את ארגז הכלים המקצועי של מטפלים שונים ובכללם דיאטנים. על מנת לעבוד עם דמיון מונחה יש לעבור הכשרה מקצועית מתאימה הכוללת התנסות אישית כמנחה ומונחה.

מקורות:

1. Academy for Guided Imagery. What is Interactive Guided Imagery? <http://www.academyforguidedimagery.com> (accessed Dec,2012)
2. Rossman ML. Guided imagery for self-healing. 2000, H J Kramer, New World Library.
3. Mellet E, Petit L, Mazoyer B et al. Reopening the mental imagery debate: lessons from functional anatomy. *Neorolmag* 1998; 8:129-39.
4. Academy for Guided Imagery. Research findings. <http://acadgi.com/researchfindings/index.html> (accessed Dec,2012)
5. Trakhtenberg E. The effects of guided imagery on the immune system: a critical review. *Int J Neurosci* 2008; 118:839-55.
6. Weidenberg MJ, Lane CJ et al. Acute effects of stress-reduction interactive guided imagery SM on salivary cortisol in overweight Latino adolescents. *J Altern Complement Med* 2010; 15: 297-303.

קורס דמיון מונחה

'דרך חיבור' מציעה קורס הכשרה לדיאטנים ומטפלים בדמיון מונחה.

הקורס כולל 12 מפגשים בני 3 שעות כל אחד.

מועד התחלה: יום ד' 6.3.13 ב 16:30 - 19:30

מיקום: "הסוכה", סמוך לתחנת הרכבת בנימינה

עלות: ₪ 2400

עלות לחברי עמותת עתיד: ₪ 1980

חוברת פרטוקולים טיפוליים בדמיון מונחה תינתן למשתתפים.

לפרטים והרשמה:

ענת: 052-8085787, עפרה: 052-3323999

לתחושות, רגשות ומצבים, באמצעות כוח התודעה, על-מנת ליצור שינוי תפקודי, פיזי ורגשי. הדבר אפשרי כיוון ששפת הדמיון מקשרת בין הגוף והמוח. מחקרים מראים, כי אותם מרכזים במוח פועלים הן בהדמיה והן במציאות (3). מכאן, שהגוף מכין את שפת הדימויים ומגיב אליה כמו למציאות. כך למשל, אדם שישמע סיפור מפחיד, גופו יגיב באותו אופן בו יגיב אדם הנמצא במציאות מאיימת, אם כי לא באותה עוצמה.

העבודה עם דימוי מתקיימת בעולם הפנימי, עולם הגוף-נפש, אשר חווה ואוגר חוויות שונות ומגוונות במהלך החיים, במודע ובלא במודע. הפניה פנימה עם בקשה לדימוי - כמו ניגשת לכל הידוע לגוף בנושא המסוים עליו נרצה לעבוד ומאגדת אותו תחת תמונה/דימוי אחד המכיל רבדים שונים ורבים של מידע, זיכרונות, תפיסת עולם (אמונות), רגשות, תחושות ומשמעויות שיחשפו בהדרגה תוך כדי תהליך. דימוי זה - הוא "הפרטנר" הטיפולי (3).

בספרות המקצועית מתועדים דיווחים רבים על יעילות השימוש בדמיון בטיפול ובהתמודדות עם מגוון רחב של מצבים רפואיים ורגשיים, כגון: אלרגיה, סוכרת, תסמונת המעי הרגיז, יתר לחץ דם, כאב כרוני, הרזיה, דיכאון ועוד (4). כך למשל, מאמר הסוקר שורה של מחקרי התערבות, בהם נבחנה השפעת טיפול בדמיון מונחה על מערכת החיסון (5), מראה כי, קיים קשר בין תפקוד מערכת החיסון ודמיון מודרך למצבי מתח/רוגע, וכי דמיון מודרך והרפיה יכולים להפחית מתח ולאפשר למערכת החיסון לפעול ביתר יעילות. בנוסף, עולה במאמר זה, כי טכניקות התערבות בעזרת דמיון מונחה יכולות לגרום לשינוי בספירת כדוריות הדם הלבנות (WBC) בדם, ותרגול טכניקות אלה יכול אף לשנות את תנועת ה-WBC בגוף ואת מיקומו.

במחקר נוסף, נבדקה השפעת הדמיון המונחה על הפרעות אכילה כשישה בני נוער ממוצא לטיני, הסובלים מאכילת יתר וממצבי דחק מתמשכים (6). הנחת המחקר הייתה כי קיים קשר בין חשיפה מתמשכת למצבי דחק ובעקבותיה עליה ברמות הקורטיזול בגוף, לאכילת יתר והשמנה בקרב אוכלוסייה זו. החוקרים נעזרו בהנחיה פרטנית ותרגול של דמיון מונחה למשך חודש, כאמצעי להשגת תחושת רוגע, הפחתה ברמות הקורטיזול והפחתה באכילת היתר. תוצאות המחקר מראות כי תרגול פרטני של תהליכי דמיון מונחה באוכלוסייה הנחקרת גרם להפחתת הורמון הקורטיזול ברוק הנחקרים, דבר המעיד על הפחתה ברמות המתח ובהתאם הפחתה באכילת היתר, בהשוואה לקבוצת הביקורת אשר לא קיבלה תרגול.

בנוסף לטיפול וסיוע בהתמודדות עם מצבים רפואיים ורגשיים, טיפול בדמיון מונחה עשוי לסייע בשינוי הרגלים מעכבים, בנושאי פריון, הריון ולידה, שיפור הישגים ספורטיביים, בדילמות וקבלת החלטות, מערכות יחסים, שינויים בקריירה וקבלת החלטות, ובכלל התפתחות אישית ורוחנית.

כיצד מתבצע הטיפול?

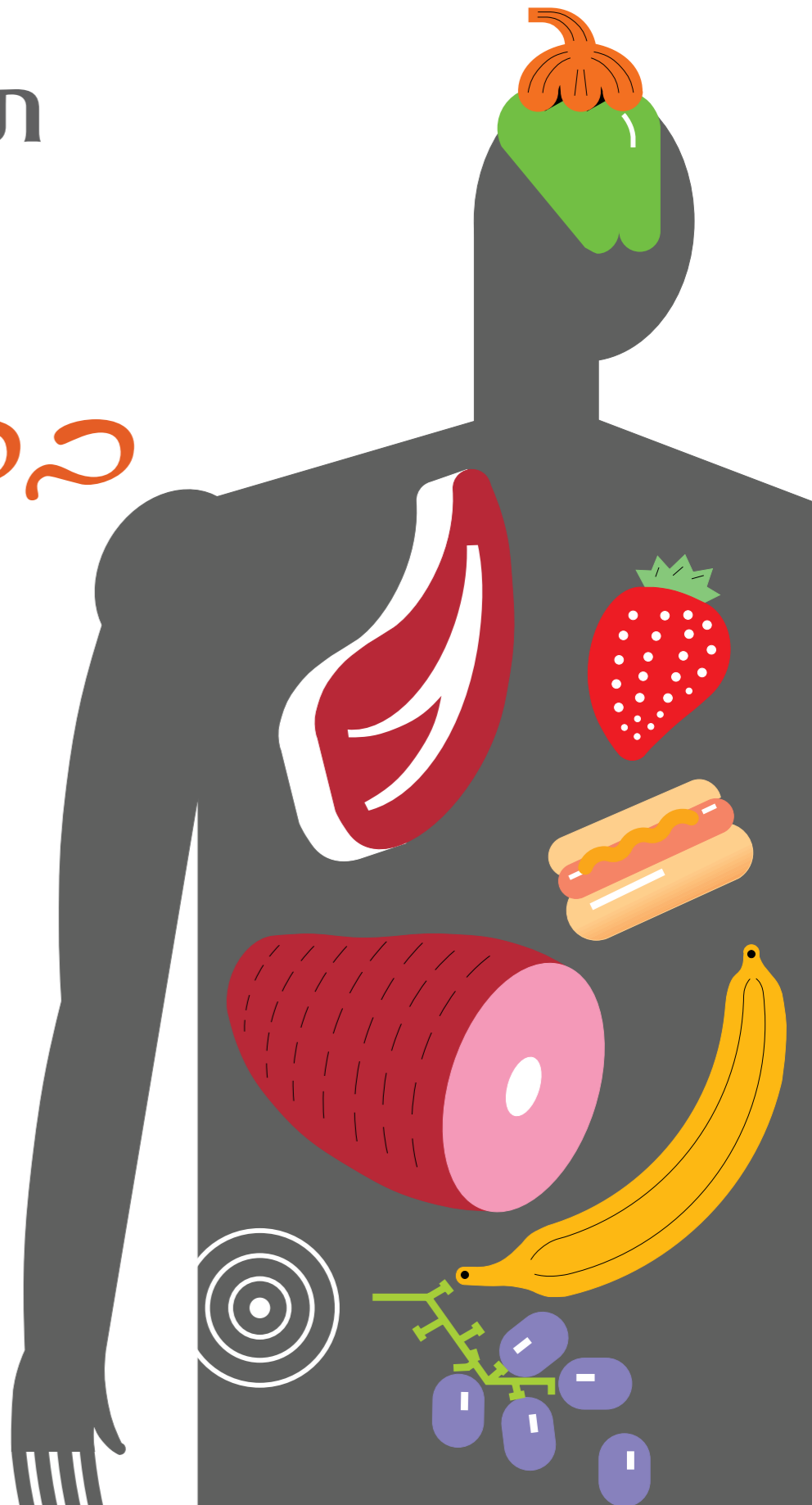
עבודה עם דמיון מונחה נעשית על פי רוב בעיניים עצומות, במהלכה יתקיים מפגש פנימי ודיאלוג מילולי עם הדימויים האישיים של המטופל, מתוך ידיעה כי הדרך והידע לריפוי, שינוי ופתרון הקשיים נמצאים אצל המטופל ותפקיד המנחה לאפשר לו לגלות את הידע הפנימי הזה באמצעות הקשבה לדימויים.

כאשר אנחנו רוצים להכניס את הדמיון לעשייה הטיפולית, אנחנו

תאור מקרה

טיפול בהבולמוסי אזכיואה

אפרת גפני פורוין -
דיאטנית, מכון אג"ם לטיפול
בהפרעות אכילה,
מרכז רפואי שקומי רעות



בהמשך החלו תנודות במשקלו עקב בולמוסי אכילה גדולים עם יציאה לפעילות ספורטיבית אינטנסיבית לאחר מכן. בהגיעו לטיפול, סבל אלכס מעודף משקל (BMI=28.6). הוא דיווח על בולמוסים מידי יום ללא הקאות, או שימוש במשלשלים, ותאר תחושה של חוסר חיוניות וייאוש רב. אלכס דיווח כי עלה במשקל כ- 10 ק"ג בחודש האחרון.

אלכס (שם בדוי) הוא ספורטאי צעיר, בן 21, שסבל מבולמוסי אכילה (Binge eating disorder). אלכס התגורר עם אמו, בעיר במרכז הארץ, עסק בספורט תחרותי מספר פעמים בשבוע ולא עבד. לדבריו היה ילד שמן, ובגיל 14 הגיע למשקל של 110 ק"ג. בתקופה זו הוא התחיל להתאמן בחדר כושר, הצטרף לקבוצת ספורט תחרותי, הוריד בכמויות המזון וירד כ- 40 ק"ג במשקל במשך כשנתיים.

במסגרת הפעילות באג"ם, קיבל אלכס טיפול רב מקצועי שכלל, פסיכיאטר- אחת לחודש, פגישות עם דיאטנית ופסיכולוג אחת לשבוע, וכן טיפול קבוצתי אחת לשבוע, בו השתתף אלכס בטיפול בצילום ובהמשך בפסיכודרמה. בנוסף הוריו של אלכס הגיעו למפגשי הדרכה עם פסיכולוגית. תיאור המקרה מתמקד בטיפול התזונתי.

לטיפול התזונתי הוגדרו מספר יעדים: הפסקת או מיתון הבולמוסים, ניסיון ירידה רצויה ומתונה במשקלו עד BMI תקין לגילו ולגובהו ולענף הספורט שבו עוסק, רכישת הרגלי אכילה בריאים, גיוון התפריט ואיזון בהתאם להוצאה האנרגטית שלו, ויכולת הפרדה בין רגשות לבין אכילה ודחיית סיפוקים.

במפגשים הראשונים, אלכס הביע תסכול וחוסר אמון בעצמו. היה קשה מאד לדובב אותו. הייתה תחושה שאלכס מאד רוצה לרצות אותי אך מתקשה (ולא בטוח שרוצה) לקבל על עצמו משימות לשינוי ההתנהגות וההתנהלות עם האוכל. הייתה תחושה שצריך לגדל אותו, כמו ילד קטן. ללמד אותו הרגלים חדשים, לעזור לו לראות את העולם מזווית ראייה חיובית ולבחון איך הוא יכול להשתלב בו ללא הפרעת האכילה ש"הגנה" עליו. יחד עם זאת, כבר מהפגישות הראשונות ניהל יומן אכילה, שכלל גם תיעוד מפורט של בולמוסי האכילה ומהר מאד הוסיף לתיעוד הזה גם סרגל של רעב ושובט לפני ואחרי כל מה שאכל.

בולמוסי האכילה של אלכס הכילו כמויות אדירות של מזון ואלפי קלוריות. לדוגמה, אחד מבולמוסי האכילה, אשר תיאר אלכס, ארך 3 שעות בשעות הערב, אחרי 3 ארוחות מסודרות במהלך היום, וכלל: סנדוויץ' טונה גדול קנוי, 3 כדורי גלידת שמנת, לחמניה ריקה, 2 משולשי פיצה, מקופלת, 2 חטיפי טוויסט, 2 חטיפי פסק זמן, 2 חבילות כף-כף, 2 חפיסות גדולות של שוקולד פרה, חפיסת אצבעות שוקולד מריר ממולאות בקרם אגוזים, חבילת בייסקוויטים בשוקולד מריר, פוקאצה ענקית, 5 אוזני המן, חבילת נאצ'וס גדולה, 2 חטיפי טעמי וחצי קילו גלידה.

בשלב הראשון, חיזקתי את אלכס על היכולת שלו להביא את עצמו לטיפול ולשתף בבולמוסים גדולים אלו ובכך לאפשר לי לעבוד איתו ולנסות לעזור לו. בהמשך, עבדתי עם אלכס רבות על "ההיכרות" שלו עם הבולמוסים. הרעיון היה להיפגש עם הבולמוס ולא "לתת לזה לעבור לידו". היינו מנסים לשחזר יחד את הבולמוס, לבחון מתי היה מגיע, מה אכל באותו היום והאם ישנו גם רעב פיזיולוגי או רק נפשי, מי היה בסביבתו, היכן ערך את הבולמוס, האם הרגיש במהלך היום שיש סיכוי לבולמוס ועוד. לאורך המפגשים היינו מעבדים את הדברים ובודקים האם ישנם מוטיבים חוזרים על מנת לנסות למנוע את התקפי האכילה. נכון הוא שגם כאשר אלכס היה כבר מצליח להבין שהוא לקראת בולמוס, לא תמיד היה מצליח לעצור אותו. אבל לפחות נכנס אליו במודעות ולעיתים החלטנו יחד שאפילו נכון לשחרר את התחושות ולאפשר במידה כזו או אחרת את הבולמוס, ואז, לרוב עוצמת הבולמוס הייתה נמוכה יותר.

במערך הטיפול הגיע אלכס לתובנה שהספורט איננו בריא לו ודומה בהתנהלות שלו לבולמוסי האכילה. יחד עם מיתון הבולמוסים, הוא

הצליח להפוך את הספורט התחרותי לפעילות חווייתית לשעות הפנאי.

במשך הטיפול התמקדתי עם אלכס על דברים שמקדמים אצלו הרגשה טובה. עם הזמן הצליח אלכס לראות ולהתחבר לדברים הטובים שבו, אותם רשמנו בפנקס מיוחד. ברגעים קשים היה חוזר לרשימות ומנסה לשאוב כוחות מהן.

נושא מרכזי שעלה בטיפול הדיאטני ובטיפול הפסיכולוגי היה תלות גדולה באמו ומאידך אחריות על הטיפול בענייניה ואף בהקשר להפרעת האכילה שלה עצמה. לא אחת יחסה אליו היה תובעני ומקניט. אירועים סביב נושא זה היו לעתים מאוד פוגעניים עבורו, ולרוב ערערו את השגרה שבנינו בטיפול וגרמו לחזרה של הבולמוסים. הוא אמר: "אם פוגעים בי, אני מיד מרגיש צורך להמשיך ולפגוע בעצמי".

במהלך הטיפול באג"ם אלכס הצליח להמיר את הקשר התלתי הזה עם אמו ולהיעזר במטפלים באג"ם. כך הצליח לשחרר את עצמו מהוריו ובהמשך להשתחרר מאיתנו ולהיות עצמאי. נקודת מפנה בטיפול הייתה יציאתו מהבית שנתיים לאחר תחילת הטיפול.

בהדרגה, התחושות שאלכס הביע היו חיוביות יותר. הוא אהב להגיע למפגשים ודיווח כי מרגיש שנתרם מאד מכל המפגשים הטיפוליים. הוא הצליח להשתמש בכלים עליהם עבדנו במפגשים ולהשיג שליטה באכילה וירידה מתונה במשקל למדד מסת גוף תקין (BMI=24). לאחר כשנה בטיפול הוא עבר למפגשי מעקב תזונתי, אחת לשבועיים ואחר-כך אחת לחודש, והמשיך את הטיפול הפסיכולוגי החד שבועי. במהלך שנתיים וחצי של הטיפול חווה אלכס עליות ומורדות במצבו הנפשי, בעיקר סביב סיטואציות משפחתיות. אבל, שכיחות וגודל הבולמוסים היו קטנים בהרבה לעומת תחילת הטיפול. בנוסף, הוא הצליח לקום בבוקר למחרת ולהמשיך את שגרת חייו ואף התקבל לעבודה בחברת סטרט-אפ מצליחה והגיע לתפקיד בכיר ומוערך בחברה.

לקראת סוף הטיפול הופסקו בולמוסי האכילה, על אף שהייתה מעט עליה (לא רצויה) במשקל. הוא קיבל את משקלו החדש והצליח ליהנות מכך שהוא יכול לאכול לפי תחושות של רעב ולעצור כששבע. בשלב זה הוא גם הכיר את בת זוגתו הנוכחית, עבר להתגורר עימה ולנהל חיי זוגיות בריאים.

הטיפול באלכס הסתיים אחרי שנתיים וחצי. אלכס שמר על משקל יציב, עסק בפעילות גופנית כחלק משגרת החיים, ניהל זוגיות מוצלחת, עבד בעבודה מכובדת והמשיך מעקב אצל הפסיכולוגית בעיקר לצורך חיזוק ושימור ההישגים.

הסיפור של אלכס הוא סיפור הצלחה, נותן את הכח להמשיך ולתת מעצמי ומניסיוני כדי להלחם ביחד עם המטופלים שלי, בהפרעת האכילה.

**תודה לאפרת צוק ואמירה ברגר על עזרתן
בכתיבת תיאור המקרה**

תודות למארגנים, למרצים ולשותפים.



גב' עדי זוסמן - חברת ועד



ד"ר שירה זלבר-שגיא - אונ' חיפה



גב' מיקי חיימוביץ - אשת תקשורת



גב' דנה ויינר - חברת ועד



ד"ר אסנת סרון - מנכ"לית עמותת עתיד



ד"ר טלי סיני - יו"ר עמותת עתיד

מנהלי בתי הספר לתזונה



פרופ' ארון תירוש - האונ' העברית



ד"ר אולגה רז - אונ' אריאל



ד"ר גימאל מחגינה - מכללת תל-חי



עתי'ד תזונה, טיפול וקריירה

ימים ד'-ה' 12-13 בספטמבר 2012, מרכז הכנסים, קיבוץ שפיים

ב-12-13 בספטמבר התקיים הכנס השנתי של עמותת עתיד במרכז הכנסים שפיים. לראשונה, מותג הכנס תחת הכותרת "תזונה, טיפול וקריירה" המייצגת את ההתפתחות הרבה שחלה במקצוע בשנים האחרונות. בכנס התקיימו מושבים במגוון רחב של נושאים והוצגו עדכונים וחיידושים מעולם התזונה והבריאות על ידי מיטב המומחים. כמו כן, שולבו בכנס הרצאות ומושבים במגוון גישות טיפול ובנושאים עסקיים ושיווקיים. בכנס השתתפו מעל 500 דיאטנים ועשרות מרצים, יו"רים ומציגים, אשר הביעו שביעות רצון גבוהה מאוד מהפן המקצועי והחוויתי.

תודה לחברי הוועדה המדעית, חברי הוועד וכלל השותפים לעשייה על תרומתכם להצלחת הכנס!



לראשונה, צילום בשידור חי!

היום הראשון של הכנס צולם ושודר בכוכבית 22 לסלולר. ניתן לצפות בקליפ ערוך מהצילומים באתר העמותה או בקישור הבא:
<http://www.youtube.com/watch?v=EwrUTBIcAQ>

בחירות לוועד העמותה

אנו שמחים לציין, כי עם צמיחתה והתרחבות פעילותה של העמותה בשנים האחרונות הולך וגדל גם מספר החברים המגישים מועמדותם לכהן בוועד המנהל. בבחירות שנערכו השנה נבחרו ברוב קולות: אסנת בבורב ואסנת בירנבאום. אנו מברכים אתכן על הצטרפותכן ומאתלים הצלחה, הנאה וסיפוק במילוי תפקידכן!
תודות לרגדה ברקאת, אשר סיימה קדנציה בת שנתיים, על פעילותה המסורה! וכמובן לחברי הוועד הממשיכים בתפקידם: דנה וינר, עדי זוסמן, לילך חופי, אסף בוך - נציג הצעירים, וד"ר טלי סיני - יו"ר העמותה.
קורות חיים מקוצרים ו"אני מאמין" של כל אחד מהחברים ניתן למצוא באתר העמותה.

דיאטנים חוקרים ויוצרים

בכנס התקיימה תערוכת פוסטרים בה דיאטנים הציגו עבודות מחקר לתארים מתקדמים, תיאורי מקרה ייחודיים ופרויקטים בתחום התזונה והבריאות. הפוסטרים נסקרו והוערכו על ידי ועדת שופטים. מתוכם נבחרו שלושה פוסטרים מצטיינים, אשר זיכו את מחבריהם בפרס. בנוסף, התקיים מושב ייעודי, בו הוצגו מגוון עבודות של דיאטנים והתקיים דיון מעשיר. הן ועדת השופטים והן מבקרי הכנס התרשמו לטובה מהאיכות המקצועית של העבודות.

שלושת הזוכים בפוסטר מצטיין:

אתי אמיר על הפרוייקט "מתוקתקים ברשת" - אתר לסוכרתיים מסוג 1

אורן רום, על עבודת המחקר בנושא "סרקופניה ועישון"

יעל כץ על עבודת המחקר: האם נחוצה בדיקת שארית תוכן הקיבה בחולים כרוניים המזונים אנטרלית?

תודות לצוות השופטים:

פרופ' רם רייפן, פרופ' מאיר ברזיס,

ד"ר נסטור ליפובצקי, ד"ר גילה רוזן

תודה לאבוט על מתן החסות.

סדנת "אכילה מודעת"

במסגרת ארוחת הצהרים התקיימה סדנת אכילה מודעת בהנחיית המטפל הרגשי מר רוני מייזליש ובהשתתפות 100 איש. בסדנה הושם דגש על התבוננות אישית במוטיבים כגון: פספוס, שליטה ובחירה ביחסים שלנו עם אוכל.



"החופש לבחור" - סדנת העצמה והגנה עצמית לנשים

בסדנה עסקנו בלמידה והתנסות בטכניקות פשוטות ויעילות של הגנה עצמית, העשויות לסייע בהתמודדות עם מגוון תקיפות, החל בהטרדות וכלה באלימות פיזית. הסדנה הועברה על ידי נציגת ארגון "אל הלב".



טיפול וקריירה

אנשי מקצוע רבים ומצוינים בתחומי הטיפול, הרפואה והייעוץ נתקלים בקושי גדול בהתנהלות עם כסף. אנו בעמותת עתיד ערים לצורך של דיאטנים עצמאיים לקבל כלים והכשרה לניהול מצליח של העסק שלהם. במסגרת הכנס שולבו הרצאות בתחום שיווק ומכירות, תוך שימת דגש להתנהלות נוחה ויעילה עם הכסף מבלי לפגוע בגבולות האתיקה והמקצועיות. סדנאות וקורסי המשך בנושא מפורטים באתר העמותה www.atid-eatright.org.il במדור קורסים מקצועיים.

"השקת פורום צמחונות וטבעונות"

לאור העלייה בשיעור הצמחונים והטבעונים בישראל, הושק פורום חדש בעמותה - פורום צמחונות וטבעונות. הפורום הוקם במטרה לקדם את הידע התזונתי - טיפולי של הדיאטנים בתחום, לשם מתן מענה מקצועי שיבטיח תזונה מאוזנת לציבור הבוחר בתזונה הצמחונית/הטבעונית.
במסגרת מושב בנושא שנערך בכנס, חולקה חוברת המכילה בנוסף לרקע מדעי, מגוון מתכונים לארוחות בוקר, צהרים וערב. בימים אלה אנו שוקדים על הפקתה של חוברת מורחבת בנושא, אשר תוצע למכירה.





לא ליד. לא בערך. לא כמעט.
זה בדיוק מה שהחולה שלך צריך.



Young&Rubicam PR-IL-PRO-NEP-28(1/13)

נפרוקאר

מזון רפואי המותאם במיוחד למטופלי דיאליזה,
לשיפור מצבם התזונתי.^{1,2}

1. Kalantar et al. Nat Rev Nephrol 2011;7:369-384

2. Caglar K et al. Kidney Int. 2002;62:1054-1059

אבוט ישראל, קרית עתידים, בניין 4, ת.ד. 58099, תל אביב
טל: 03-7691000, פקס: 03-6494973 www.abbottnutrition.co.il

 **Abbott**
A Promise for Life