

IDA

JOURNAL OF THE
ISRAELI DIETETIC ASSOCIATION

מרץ 2014

כתב העת של עמותת הדיאטנים בישראל

פעילות גופנית
ותפקוד המה בילדים

טיפול תזונתי
בפצעים קשיי ריפוי

ניתוחים לעיצוב הגוף
לאחר ירידה ניכרת במשקל

סיכום הכנס השנתי
"תזונה, טיפול וקריירה - 2013"



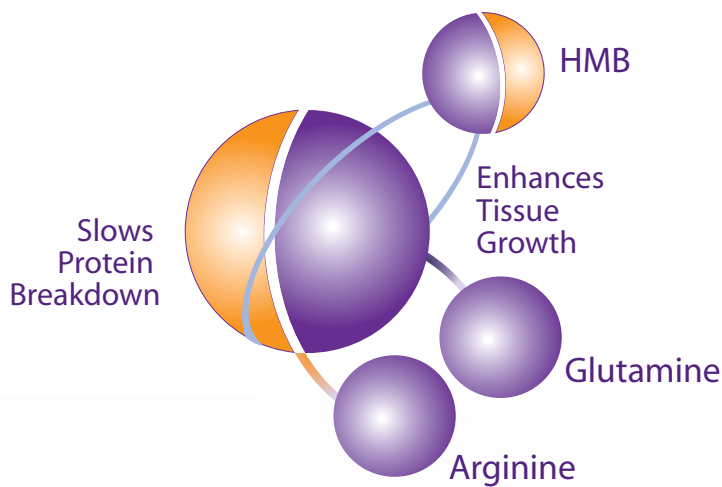
עריכה מדעית: ד"ר טלי סיני

עמותת הדיאטנים והתזונאים בישראל



Abound®

שילוב ייחודי של: ארגינין • גלוטמין • HMB
המסייע באיחוי פצעים קשי ריפוי
ובבניית מסת גוף כחוש.¹⁻⁴



חדש!
ניתן להשיג בבתי
מרקחת פרטיים,
ברשתות הפארם
ובקופ"ח מכבי



PR-IL-PRO-ABOU-23(10/13) magdesign

References: 1. Willams JZ , Abumard N, Barbul A. Ann Surg. 2002;236:369-374. 2. Clark RH, Feleke G, Din M, et al. JPEN. 2000; 24:133-139. 3. Ratmacher JA, Nissen S, Panton L et al. JPEN. 2004; 28:65-75. 4. May PE, Barber A, D'Olimpio JT, Hourihane A, Abumrad NN. Am J Surg. 2002;183:471-479.

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

 **Abbott**
A Promise for Life



ד"ר טלי סיני - יו"ר עמותת עתיד

דבר העורכת

דיאטנים יקרים,

מגיפת ההשמנה והתחלואה הנלווית לה, הם נושאים שמעסיקים אותנו רבות. ארגון הבריאות העולמי שוקד בימים אלה על החרפת ההגבלה של צריכת הסוכרים המומלצת לציבור, ובישראל, אנו מקדמים חקיקה לסימון הסוכר המוסף, סימון קלורי במסעדות וצעדים נוספים אשר יוכלו לאפשר לצרכנים לבצע בחירות נכונות ובריאות יותר. בפרויקט משותף של פורום "דור העתיד" וחברת יוניליוור, יצאנו למסע **היכרות עם הצרכן הישראלי**, ובכוונתנו לפתח כלים דיגיטליים, אשר יסייעו לציבור בארץ לאמץ אורח חיים בריא. במישור הטיפולי, אנו מקפידים להעשיר את הידע ולהתעדכן בחידושים בתחום התזונה והרפואה וכד בבד להתחדש **בגישות טיפול מגוונות**, המסייעות לנו לקדם את בריאותם והרגשתם של המטופלים. בכתב העת המונח לפניכם, תוכלו לקרוא מגוון מאמרים בנושאים חשובים אלה.

דגש מיוחד שמנו השנה על הטמעת הדרכת עמיתים - **סופרוויז'ן** - בעבודה השוטפת של דיאטנים. לשם כך, הכשרנו מדריכות ואנו ערוכים לביצוע הדרכה קבוצתית ופרטנית בפריסה ארצית. על אופייה של ההדרכה ותועלותיה לעבודתנו תוכלו גם כן לקרוא בגיליון זה.

ראויה לציון פעילותינו **לאכיפת חוק העיסוק במקצועות הבריאות**. בכתבתו של עו"ד עידן אבוהב, תוכלו להתעדכן מה אומר החוק, להתרשם מהישגנו עד כה ומהם המהלכים המתוכננים לעתיד לבוא. כדי לקדם פעילותנו בנושא הפקנו סטיקר לרכב: **"דיאטנים עם רישיון"**, המצורף לגיליון זה. נשמח לראותו על הרכב של כל אחד ואחת מכם! בדפי סיכום הכנס השנתי של העמותה תוכלו להוסיף ולהתרשם מפעילותינו המקצועית, מההפריה ההדדית, וכן, מהמפגש החברתי, האווירה החיובית וההנאה שבעשייתנו המשותפת.

בהזדמנות זו אני מבקשת לברך בשם כולנו את **ד"ר אסנת סטון** על הולדת בתה כליל. אנו מוקירים ומודים לה על פעילותה הענפה והמסורה בתקופת כהונתה כמנכ"לית העמותה ומאחלים לה הצלחה בהמשך דרכה האישית והמקצועית! ברכתנו נתונה גם למנכ"לית העמותה הנכנסת - הגב' **עמית גנור**. אנו מאמינים ביכולותיה וכישוריה ומאחלים לה הצלחה והנאה במילוי תפקידה!

תודות לחברי הועד המנהל של העמותה - היוצאים והמצטרפים, לכלל השותפים התורמים מזמנם ומכישוריהם לקידום המקצוע, ולכם חברי העמותה - המסה הקריטית, המאפשרת לנו להגשים את חזוננו ולהוביל את עולם התזונה בישראל!

קריאה מהנה!

שלכם,

טלי

תוכן העניינים

כתב העת של עמותת הדיאטנים בישראל
גליון מס' 9

- 3 דבר העורכת / ד"ר טלי סיני**
- 6 פעילות גופנית ותפקוד המוח בילדים - אסטרטגיה טיפולית חדשה**
ד"ר גל דובנוב-רז
- 10 לזרות עובדות על הפצעים - טיפול תזונתי בפצעים קשיי ריפוי**
דנה ויינר
- 14 ניתוחים לעיצוב הגוף לאחר ירידה נכרת במשקל**
ד"ר טלי פרידמן
- 17 טיפול תזונתי פורץ גבולות גיאוגרפיים**
תרצה שני ועדי זוסמן
- 20 תטא הילינג בשירות הטיפול באכילה רגשית - הלכה ומעשה**
מיטל גבע אוחיון ויפעת קדם
- 23 ספרוויז'ן לדיאטנים - דיאלוג מקצועי חדש, מחזק ותומך**
ד"ר רות מסר קויצקי ונדיה גרינשטיין כהן
- 26 Selenium and Mercury**
בחסות סטארקיסט
- 30 צרכני העתיד - מסע בין שותפים**
פרויקט משותף לתעשייה ולפורום צעירים של עמותת עתיד
אסף בוך, צרי בריקנר, אנה פישמן, דקלה אופיר,
קרן ברכיהו, ואורנה לוי
- 33 עמותת עתיד - דיאטנים עם רישיון!**
סקירת פעילות העמותה לאכיפת חוק העיסוק בתזונה
עידן אבואב, עו"ד
- 36 סיכום כנס עתיד "תזונה, טיפול וקריירה" - אוקטובר 2013**
- עורכת מדעית:**
ד"ר טלי סיני - יו"ר עמותת עתיד
דיאטנית וחוקרת, האוניברסיטה העברית
Tali.sinai@mail.huji.ac.il
- עורכות:**
ד"ר סיגל אילת-אדר
ד"ר אסנת סטון
- משתתפים:**
ד"ר גל דובנוב-רז, דנה ויינר, ד"ר טלי פרידמן,
תרצה שני ועדי זוסמן, מיטל גבע אוחיון ויפעת קדם,
ד"ר רות מסר קויצקי ונדיה גרינשטיין כהן, אסף בוך,
צרי בריקנר, אנה פישמן, דקלה אופיר, קרן ברכיהו,
ואורנה לוי, עידן אבואב
- עיצוב גרפי:**
א.א.ס.עיצוב - אורנה שמיר
ornas@netvision.net.il
- מחלקת פרסום:**
טלפון: 03-5251740
פקס: 03-5251827
- תוכנת 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.

SAVE THE DATE



הכנס השנתי 2014 עתיד

ימים ג' - ד' 17-16 בספטמבר
במרכז הכנסים והאירועים - כפר המכביה

הנכם מוזמנים להשתתף בכנס הממלכתי השנתי של הדיאטנים והתזונאים בישראל. הכנס עוסק בעדכונים, חידושים ומגמות בעולם התזונה והרפואה ונערך בשיתוף איגודים מקצועיים, משרד הבריאות והאקדמיה.

בכנס ישולבו תכנים להעשרה במגוון גישות טיפול, העצמה אישית ופיתוח מקצועי ועסקי, ויערך יריד אקדמי בו יוצגו עבודות מחקר, תכניות התערבות חדשות ותיאורי מקרה ייחודיים. בתערוכה ינתן מידע מקצועי ומקיף אודות מוצרי מזון חדשים וספרות מקצועית רלוונטית.

בכנס תתקיימנה בחירות לוועד המנהל של העמותה ותיערך אסיפת החברים השנתית, בה יוצגו פעילויות העמותה וייבנו תכניותינו לעתיד. נוכחותכם חשובה לנו!

אנו רואים בכנס ייחודי ומגוון זה במה חשובה להעשרה מקצועית, למידה הדדית והעצמה אישית!

נשמח לראותכם!

גב' עמית גנור
מנכ"לית עמותת עתיד

ד"ר טלי סיני
יו"ר עמותת עתיד

פעילות גופנית ותפקוד המוח בילדים אסטרטגיה טיפולית חדשה

ד"ר גל דובנוב-רז, מרפאת ספורט, תזונה ואורח חיים בריא, בית החולים אדמונד ולילי ספרא לילדים,
מרכז רפואי ע"ש חיים שיבא, תל השומר



פעילות גופנית בילדים ידועה כבעלת יתרונות בריאותיים רבים. בנוסף לחשיבותה במניעת השמנה, שיפור מסת העצם והכושר הגופני, ניכר כי לפעילות גופנית השפעה מיטיבה על תפקוד רגשי וקוגניטיבי. כתבה זו מתמקדת בהשפעתה של פעילות גופנית על הישגים אקדמיים ויכולת הריכוז והקשב בקרב ילדים.

פעילות גופנית ותפקוד קוגניטיבי בילדים

במספר מחקרים תצפיתיים נמצא קשר חיובי בין כמות הפעילות הגופנית שמבצע ילד, לבין הישגיו האקדמיים. במחקר שבוצע מטעם ה-Centers for Disease Control and Prevention-CDC בארה"ב הקיף למעלה מ- 5,300 ילדים, אשר היוו מדגם מיצג של אוכלוסיית הילדים בארה"ב (3), הילדים ביצעו מבחנים אחידים בחשבון ובקריאה בגן חובה ובכיתות א', ג', ה'. המורים דיווחו לגבי כמות הפעילות הגופנית בשיעורים בבי"ס לכל ילד, ובוצעה חלוקה לשלישונים מבחינת כמות הפעילות (שלישון תחתון - עד 35 דקות

מבוא

לפעילות גופנית (פ"ג) בילדים ישנם יתרונות בריאותיים רבים (1,2). הפן הגופני הינו הנחקר ביותר: פ"ג סדירה מפחיתה את כמות השומן בגוף ואת הסיכון לפתח השמנה, משפרת את הפרופיל המטבולי, מגבירה את מסת העצם ומשפרת את הכושר הגופני. בנוסף, קיימת השפעה מיטיבה על תפקוד המוח, הן מההיבט הנפשי והן מההיבט הקוגניטיבי. פ"ג סדירה מצמצמת את הסיכון לפתח דיכאון וחרדה, משפרת את הדימוי העצמי ומשפרת את התפקוד האקדמי, יכולת הלמידה ויכולת הריכוז והקשב.

נמצא כי 20 דקות של הליכה בקצב בינוני, שיפירה את ביצועי הילדים במספר סוגי מבדקים, תוך הגברת הפעילות החשמלית המוחית.

פעילות גופנית בגיל צעיר ותפקוד המוח בבגרות

מעניין כי ההשפעה המיטיבה של פ"ג בגיל הצעיר על תפקוד המוח, אינה מוגבלת רק לגיל זה. במספר מחקרים נמצא כי פעילות בגיל הצעיר קשורה עם סיכון מופחת לליקוי קוגניטיבי בגיל השלישי. במחקר בקרב כ-9,300 נשים בגילאי 65 ומעלה, נשאלו הנבדקות לגבי הרגלי פ"ג בתקופות חיים שונות, ונבדק הקשר עם תפקוד קוגניטיבי בגיל המבוגר (15). נמצא כי בכל תקופת גיל, פ"ג היתה קשורה עם סיכון מופחת לפגיעה קוגניטיבית בגיל המבוגר. פעילות בגיל ההתבגרות היתה קשורה לסיכון מופחת ב-35% לפגיעה קוגניטיבית, במידה רבה יותר מאשר פעילות בכל תקופת גיל אחרת. כך שגם בתחום זה, בדומה להיבט הקרדיוואסקולרי, נראה שפ"ג סדירה בגיל הילדות צפויה לצמצם את הסיכון לירידה קוגניטיבית בגיל מבוגר יותר.

פעילות גופנית והפרעת קשב וריכוז (ADHD) בילדים

במספר מחקרים אשר עסקו בקשר בין ביצוע פ"ג לבין קשב וריכוז, נמצא כי בהחלט תתכן השפעה מיטיבה של פעילות בעצימות בינונית על רוגע, ריכוז, ויכולות קוגניטיביות בילדים בעלי הפרעת קשב וריכוז (16-19). המנגנונים הביולוגיים מוכרים בחלקם: יש הטוענים לשינוי ברמת הקטכולאמינים בזמן פ"ג בקרב ילדים עם ADHD, ויש המתמקדים בחלבון Brain-derived neurotrophic factor - BDNF, כפי שנמצא במבוגרים. יחד עם זאת, קיימת הטרוגניות רבה במחקרים אלו ובאיכותם, ומפתיע לגלות כמה רב המחסור במחקר איכותי בנושא זה נפוץ. שיפור בקשב של ילדים בעלי הפרעה זו, ואף בקרב ילדים ללא אבחנת הפרעת קשב וריכוז, יכול להיות מנגנון נוסף דרכו פ"ג מגבירה את יכולת הלמידה והתפקוד בבית הספר. ראוי לציין כי ההשפעה אינה גדולה כמו זו של הטיפול במתיל-פנידט ("ריטלין", "קונצרטרה"), אולם בהחלט יכולה להיות בעלת משמעות בשעות אחר-הצהריים למשל, כאשר השפעת הטיפול הפרמקולוגי פגה.

למרות ההטבה הנצפית בעת ביצוע פ"ג בעצימות בינונית (סביב 50-60% מהיכולת המירבית, כזו הגורמת להתנשפות והזעה קלה, ותחושה כי המאמץ "קשה במקצת"), תצפיותינו כשטח, ואשר נתמכות על ידי מחקרים בנושא, מעידות כי פעילות גופנית עצימה עד כדי תשישות פוגעת באופן זמני בתפקודים מוחיים גבוהים (20). לדוגמה, 48 נבדקים בוגרים ביצעו בדיקת מאמץ מירבית, ועברו לפנייה ואחריה הערכת זיכרון מילולי, זיכרון עבודה חזותי, תגובות מוטוריות, מהירות תגובה, יכולות סכימה מתמטיות ויכולות של קשב וריכוז. מיד לאחר ביצוע המאמץ נצפתה ירידה ביכולת המוחית, וזו חזרה לערכים הבסיסיים בבדיקה שנעשתה שוב רק לאחר 3 ימים. בילדים, תופעה זו לא נבדקה עד לביצוע מחקר בנושא על ידי הקבוצה שלנו (21).

הנחת המחקר התבססה על המוכר ממבוגרים, כי פעילות בעצימות גבוהה תגרום לירידה זמנית בתפקודים מוחיים. אוכלוסיית המחקר כללה 20 ילדים בגילאי 17-8 שנים אשר ביצעו בדיקת מאמץ מירבי עד כדי תשישות. המשתתפים ביצעו סדרת מבדקים קוגניטיביים הבדוקים קשב וזיכרון- לפני בדיקת המאמץ, מיד לאחריה, ופעם נוספת אחרי שעה מסיימה. כצפוי, נצפתה ירידה בתפקוד קוגניטיבי בתחומי קשב

בשבוע; שלישון אמצעי - 69-36 דקות בשבוע; שלישון עליון - מעל 70 דקות בשבוע בממוצע). נמצא כי בקרב הבנות בלבד, כרוב הגילאים נמצא קשר בין הימצאות בשלישון התחתון של הפעילות - לבין ציונים נמוכים בקריאה ובחשבון, בהשוואה לשלישון העליון של פעילות. במחקר נוסף, בקרב 134 ילדים בכיתות ג', ד', ה', נאספו נתוני ריצה, קפיצה, כפיפות בטן ו-BMI יחד עם ציוני מבחנים סטנדרטיים בחשבון ושפה (4). נמצא קשר חיובי בין מהירות ריצה וכוח שריר, לבין ציונים בחשבון. קשר דומה נמצא גם עם מבחני הקריאה, אך בבנות בלבד. במחקר בקרב 232 תלמידי כיתות ט' בו לא השתמשו בשאלונים, אלא מדדו את הכושר באמצעות מבחן מאמץ ואת כמות הפעילות הגופנית באמצעות מדי-תאוצה, נמצא קשר חיובי בין ציונים לבין כמות הפ"ג המאומצת (הוגדרה כמעל 6 Metabolic equivalents (METs) בכנות בלבד, בעוד בכנים נמצא קשר חיובי בין הציונים לבין הכושר הגופני (5). מחקרים נוספים במגוון גילאים ושיטות מחקר, תומכים בהנחה הקיימת, כי פ"ג סדירה או כושר גופני טוב קשורים עם תפקוד טוב יותר בביה"ס, ועם ציונים טובים יותר (9-6).

סיבתיות הקשר בין פ"ג או כושר טוב וההישגים בלימודים לא ניתנת לזיהוי ממחקרי חתך. ניתן לטעון כי ילד אשר משקיע ומצליח בלימודים - גם משתדל יותר בשעורי החינוך הגופני ופעיל בספורט, ומאידך, כי הספורט הוא המשפר את ההישגים הלימודיים. לצורך כך, יש להתבונן במחקרים התערבותיים (10). בסקירה אשר פורסמה בשנת 2012, סוכמו 10 מחקרי עוקבה פרוספקטיביים בהם נבחן הקשר בין פ"ג לבין הישגים אקדמיים עתידיים, ו-4 מחקרי התערבות (11). למרות הטרוגניות רבה ואיכות מתודולוגית לא גבוהה, במרבית מחקרי ההתערבות, אשר נמשכו ממספר חודשים ועד שנתיים ושלוש, נמצא כי אכן ישנה השפעה של פעילות גופנית על ההישגים האקדמיים. הגדיל לעשות ה-CDC בארה"ב אשר פרסם מסמך מפורט בו מסוכם, כי במעל למחצית הבדיקות שנערכו מתוך 50 מחקרים בנושא, אכן נמצא כי פ"ג משפרת תפקוד בבי"ס (12). זהו מידע חשוב כיוון שבמקרים רבים, מוותרים בתי הספר על שיעורי חינוך גופני לטובת שעורים עיוניים, מתוך תקווה לשפר את הישגי התלמידים. מסתבר, כי דווקא פעילות בשיעור החינוך הגופני הינה דרך מצוינת לשיפור ההישגים.

מנגנון שיפור תפקוד המוח בילדים

בדומה לאוכלוסייה המבוגרת, גם בילדים נערכו ניסיונות לזיהוי המנגנון דרכו משפיעה פ"ג על תפקוד המוח. באחת הסקירות בנושא (13), סיכמו המחברים כי המחקרים האיכותיים ביותר מדגימים קשר חיובי בין פ"ג לבין מדדי הבנה, IQ, הישגים אקדמיים, תבחינים מילוליים, תבחיני חשבון, דרגה התפתחותית ומוכנות לבי"ס, כך שניתן למקד את החיפוש לאזורי מוח אשר קשורים לפעילויות אלו. ממצא חשוב נוסף הוא, כי גודל האפקט הממוצע הוא משמעותי ואף דומה לזה שמודגם בקשישים, וסביר כי מדובר באותם אזורי מוח בכל הגילאים. בדומה למבוגרים, מחקרים בקרב ילדים וחיות ניסוי מדגימים הפעלה מוגברת של אזור המוח הקדמי, יחד עם אזורים הקשורים להבנת הנקרא, זיכרון וחישוב, בעקבות הפעילות. לדוגמה, לפני שנים ספורות פורסם מחקר בו נבחנה ההשפעה של פ"ג בעצימות בינונית על הפעילות החשמלית באזור מוח הקשור לריכוז וזיכרון (P300), במקביל לביצוע מבדקים קוגניטיביים, בקרב 20 ילדים בגיל ממוצע של 9.5 שנים (14).

5. Kwak L, Kremers SP, Bergman P, Ruiz JR, Rizzo NS, Sjöström M. Associations between physical activity, fitness, and academic achievement. *J Pediatr* 2009;155:914-918.
6. Castelli DM, Hillman CH, Buck SM, Erwin HE. Physical fitness and academic achievement in third- and fifth-grade students. *J Sport Exerc Psychol* 2007;29:239-52.
7. Chomitz VR, Slining MM, McGowan RJ, Mitchell SE, Dawson GF, Hacker KA. Is there a relationship between physical fitness and academic achievement? Positive results from public school children in the northeastern United States. *J Sch Health* 2009;79:30-7.
8. Fox CK, Barr-Anderson D, Neumark-Sztainer D, Wall M. Physical activity and sports team participation: associations with academic outcomes in middle school and high school students. *J Sch Health* 2010;80:31-7.
9. Ruiz JR, et al. Physical activity, fitness, weight status, and cognitive performance in adolescents. *J Pediatr* 2010;157:917-922.
10. Diamond A, Lee K. Interventions shown to aid executive function development in children 4 to 12 years old. *Science* 2011;333:959-64.
11. Singh A, Uijtendwilligen L, Twisk JW, van Mechelen W, Chinapaw MJ. Physical activity and performance at school: a systematic review of the literature including a methodological quality assessment. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2012;166:49-55.
12. Centers for Disease Control and Prevention. The association between school based physical activity, including physical education, and academic performance. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services; 2010. http://www.cdc.gov/healthyyouth/health_and_academics/pdf/pa-pe_paper.pdf
13. Sibley BA, Etnier JL. The relationship between physical activity and cognition in children: a meta-analysis. *Ped Exerc Sci* 2003;15:243-56.
14. Hillman CH, Pontifex MB, Raine LB, Castelli DM, Hall EE, Kramer AF. The effect of acute treadmill walking on cognitive control and academic achievement in preadolescent children. *Neuroscience* 2009;159:1044-54.
15. Middleton LE, Barnes DE, Lui LY, Yaffe K. Physical activity over the life course and its association with cognitive performance and impairment in old age. *J Am Geriatr Soc* 2010;58:1322-6.
16. Gapin JI, Labban JD, Etnier JL. The effects of physical activity on attention deficit hyperactivity disorder symptoms: the evidence. *Prev Med* 2011;52:S70-4S.
17. Archer T, Kostrzewa RM. Physical exercise alleviates ADHD symptoms: regional deficits and development trajectory. *Neurotox Res* 2012;21:195-209.
18. Taylor AF, Kuo FE. Children with attention deficits concentrate better after walk in the park. *J Atten Disord* 2009;12:402-9.
19. Smith AL, Hoza B, Linnea K, McQuade JD, Tomb M, Vaughn AJ, Shoulberg EK, Hook H. Pilot physical activity intervention reduces severity of ADHD symptoms in young children. *J Atten Disord* 2013;17:70-82.
20. Covassin T, Weiss L, Powell J, Womack C. Effects of a maximal exercise test on neurocognitive function. *Br J Sports Med*, 2007; 41; 370-374.
21. אופיר זבדי. השפעות פעילות גופנית עצימה על תפקודים נוירוקוגניטיביים בילדים. עבודת גמר המוגשת כחלק מהדרישות לשם קבלת תואר דוקטור לרפואה, בית הספר לרפואה של האוניברסיטה העברית והדסה, ירושלים. 2013.

וזיכרון לאחר מבחן המאמץ בכל שלושת המבחנים. בכל המצבים, החזרה לכיוון ערכי הבסיס התרחשה כעבור שעה של מנוחה. נראה, כי גם בילדים ונוער, פעילות גופנית עצימה עד כדי תשישות הינה בעלת השפעה שלילית, אך זמנית, על קשב וריכוז. בבואנו לספק המלצות פעילות גופנית לילדים ובני נוער, יש להכיר את המחקרים הקיימים על מנת לספק המלצות מיטיבות - ולא לגרום לנזק או לפגיעה בתפקוד.

המרשם לפעילות גופנית לילדים

לשם שיפור מספר מדדים בריאותיים בילדים, ולשם שיפור יכולת הזיכרון, התפקוד האקדמי, ההתנהגות והריכוז, מומלץ להיצמד למרשם המוכר לפ"ג בילדים ובני נוער (1): צבירת לפחות 60 דקות ביום של פעילות אירובית בעוצמה בינונית ומעלה. בנוסף, 3 פעמים בשבוע יש לכלול פעילות גופנית מאומצת יותר ופעילות לפיתוח שריר וחיזוק העצם. טיפים להגברת הפ"ג וצמצום הנייחות בילדים: הגעה עצמאית לביה"ס, ברגל או באופניים; לוודא השתתפות פעילה בשעורי חינוך גופני בבית הספר; ניצול ההפסקות למשחקי כדור, משחקי פנאי ונופש, ו"משחקי רחוב"; הגברת פעילות עצמאית בשעות אחר הצהריים כגון משחקי כדור, רכיבה על אופנים ולמעשה כל סוג של פעילות ספורטיבית - לפי העדפת הילד; השתתפות בחוגי ספורט; הגבלת שעות המסך לשעתיים ביום; אימוץ כלב והליכה עמו לטיולים; שימוש במד צעדים וצבירת לפחות 12,000-13,000 צעדים ביום לבנות, ו- 15,000-16,000 לבנים; ובאופן כללי, לייצר אווירת אורח חיים בריא וספורטיבי בכלל המשפחה.

סיכום

מספר מחקרים תצפיתיים זיהו קשר חיובי בין כמות הפ"ג שמבצע ילד, לבין הישגיו האקדמיים בבית הספר. מחקרי התערבות חיזקו ממצאים אלו ואיפשרו לזהות את המנגנון דרכו הפעילות משפרת את תפקוד המוח בגיל הצעיר. פ"ג משפרת קשב וריכוז - הן בבעלי ADHD, והן בקרב בריאים. עם זאת, פעילות מאומצת מאוד עלולה לפגוע ביכולות קשב וריכוז באופן זמני. לשם שיפור התפקוד המוחי בילדים, יחד עם שיפור במדדים בריאותיים רבים אחרים, מומלץ להיצמד למרשם המוכר לפ"ג בילדים, הכולל צבירת לפחות 60 דקות ביום של פעילות אירובית בעצימות בינונית.

מקורות:

1. Physical Activity Guidelines Advisory Committee. Physical Activity Guidelines Advisory Committee Report, 2008. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, 2008.
2. Strong WB, et al. Evidence based physical activity for school-age youth. *J Pediatr* 2005;146:732-7.
3. Carlson SA, Fulton JE, Lee SM, Maynard LM, Brown DR, Kohl HW 3rd, Dietz WH. Physical education and academic achievement in elementary school: data from the early childhood longitudinal study. *Am J Public Health* 2008;98:721-7.
4. Eveland-Sayers BM, Farley RS, Fuller DK, Morgan DW, Caputo JL. Physical fitness and academic achievement in elementary school children. *J Phys Act Health* 2009;6:99-104.

לקריאה נוספת
ראו מאמר
בעמ' 26-29

- ★ האם בטונה יש כספית?
- ★ כמה טונה מותר לאכול?
- ★ מהם כיווני המחקר בתחום?



קבלו את התשובות ב-25 דקות!

סרקו את הקוד לצפייה בהרצאה המקצועית

הכל על טונה

רותי אבירי
דיאטנית קלינית
יועצת תזונה לסטארקיסט

או חפשו ביוטיוב: כל מה שצריך לדעת על טונה ב-25 דקות

לשאלות ומידע נוסף, רותי אבירי health@starkist.co.il

Star Kist
הפילה של הטונה

לזרות עובדות על הפצעים

טיפול תזונתי בפצעים קשיי ריפוי

דנה וינר, דיאטנית, MSc מדעי הרפואה
מ"מ מנהלת המחלקה לתזונה קלינית, הקריה הרפואית רמב"ם

פצעים כרוניים מהווים מעמסה על המטופל ועל מערכת הבריאות. עם הזדקנות האוכלוסייה והעליה בשיעור מחלות כרוניות דוגמת סוכרת, התופעה מתרחבת. לתזונה חלק חשוב במניעה ובטיפול בפצעים קשיי ריפוי. רכיבי תזונה בעלי חשיבות מיוחדת כוללים: חלבון, חומצות אמינו ארגינין וגלוטמין, בטא הידרוקסי מתיל-בוטיראט, ויטמינים ומינרלים שונים. הספרות בתחום לא לגמרי מבוססת והטיפול נשען ברובו על הניסיון של אנשי המקצוע בשטח.

מבוא

טיפול בפצעים מהווה מעמסה בריאותית משמעותית בעולם המערבי. פצעים קשיי ריפוי מהווים נטל כלכלי על מערכות הבריאות, כתוצאה מתלות של המטופלים, אשפוזים ממושכים ואשפוזים חוזרים. לפצעים כרוניים קיימת גם השפעה שלילית על איכות החיים של המטופלים והמטפלים בהם (1-2).

לתזונה תפקיד חיוני בריפוי פצעים, ולכן תמיכה תזונתית צריכה להוות חלק בסיסי בטיפול בפצעים בכלל, ובפצעים קשיי ריפוי בפרט, הואיל ותמיכה תזונתית היא בעלת יחס עלות-תועלת גבוה. תזונה לקויה לפני או בזמן תהליך הריפוי עלולה לעכב את ריפוי הפצע (3).

על ידי שילוב הידע הרפואי והסיעודי הקיים בנוגע לתהליך ריפוי הפצע, עם תזונה מתאימה ותומכת, נראה, שניתן להפחית את התחלואה והתמותה הקשורות בפצעים כרוניים, כמו גם הפחתת העלות הטיפולית בהם.

פצעים קשיי ריפוי - הגדרה וגורמי סיכון

פצעים יכולים להיות אקוטיים או כרוניים. חתכים ניתוחיים, כוויות ופציעות טראומטיות הן דוגמה לפציעות אקוטיות. אם פציעות אקוטיות הן נרחבות או מסתככות על ידי זיהום, הן עשויות להפוך להיות יותר קשות לריפוי. פצעים קשים לריפוי אחרים כוללים: כיבים ורידיים ברגליים, כיבים ברגל סוכרתית ופצעי לחץ. אלו יכולים להתפתח אצל אנשים עם מחלות כרוניות (כגון: אנשים עם ליקויים נוירולוגיים, נייחות לתקופות ממושכות, חולים עם סטומות, חולים אונקולוגיים, שברים מורכבים ועוד). פצעים

קשים לריפוי אינם מצליחים להשתפר ולהתקדם לקראת ריפוי על פי רצף תיקון פיסיולוגי תקין. פצע נחשב לכרוני כאשר תהליך הריפוי נמשך מעבר ל- 30 ימים (1,2).

פצעים כרוניים שכיחים יותר בקרב קשישים וחולים עם מחלות כרוניות. עם הזדקנות האוכלוסייה, קיימת עליה בשכיחות המחלות הכרוניות, ועל כן, באופן בלתי נמנע, טיפול בפצע יהפוך לנושא חשוב ומשמעותי עוד יותר למערכת הבריאות (4-6).

סוכרת מהווה אחת הסיבות העיקריות לעליה בשכיחות פצעים. בהתחשב בעובדה כי מספר חולי הסוכרת הולך ועולה, כך גם התדירות של כיבים וקטיעות גפיים תחתונות (הנגרמות על ידי כיבים כרוניים) עולה בארה"ב ובאירופה, וכן בישראל- כמפורט להלן (7).

שכיחות פצעים כרוניים

מצב תזונתי תקין מאפשר לגוף לרפא פצעים באופן מואץ. ריפוי פצע הינו תהליך מורכב. תהליך בו מתרחשת החלפת רקמה פגועה ברקמה חדשה. תהליך זה דורש צריכה מוגברת של רכיבי תזונה, בפרט אנרגיה וחלבון (6-7).

פצעים גורמים למספר שינויים בגוף, שיכולים להשפיע על תהליך הריפוי, כולל שינויים במטבוליזם של אנרגיה, חלבון, פחמימות, שומן, ויטמינים ומינרלים. בזמן פציעה, משתחררים הורמוני לחץ, המשנים את חילוף החומרים, על מנת לספק לאזור הפגוע את החומרים המזינים, בכדי לרפא את הפצע. זהו השלב הקטבולי המתבטא בעליה בחילוף חומרים, ירידה בכמות המים החופשיים בגוף, ועליה בשחלוף הקולגן.

לא קיימות המלצות לגבי תיסוף בגלוטמין. תופעות לוואי: תוספת ארגינין עלולה לגרום לשלשולים. עלייה הדרגתית של מינון יומי עשויה לעזור לסבילות (10, 14, 19, 22).

בטא הידרוקסי מתיל-בוטיראט

HMB - β -hydroxy-beta-methylbutyrate זהו מטבוליט של חומצת האמינו לאוצין. הוא מעלה ייצור של קולגן, פעולה חיונית לסגירת פצע וריפוי (23). HMB הוכח כמעכב פרוטאוליזה של שרירים, מעלה ניצול מולקולות חנקן לבניה (כלומר ירידה בפירוק חלבון) וגם בעל תכונות אנטי דלקתיות (24). במחקרים בהם נתנו תוסף מזון המשלב ארגינין, גלוטמין ו-HMB, הוכח, שהשימוש בהם בטוח, והם בעלי פוטנציאל לשיפור תהליכים המעורבים בריפוי פצעים (24-26). יש להסתייג, כי מחקר זה נעשה באוכלוסיית מבוגרים בריאים, אשר יצרו במכוון תהליך פצע, ובדקו רמות של הידרוקסיפירולין, שהינו מדד ידוע להיווצרות קולגן. בנחקרים אשר קבלו את תוסף המזון המשלב ארגינין, גלוטמין ו-HMB, חלה עליה משמעותית ברמות הידרוקסיפירולין, אך החוקרים לא בחנו זמן ריפוי פצע (23). מרבית המחקרים נעשו בקבוצות מחקר קטנות, והרבה מהספרות מבוסס על תיאורי מקרה ופחות על מחקרי התערבות אקראיים מבוקרים.

אנרגיה

המקורות העיקריים של אנרגיה לגוף האדם ולריפוי פצע הינם פחמימות ושומנים. בריפוי פצע אלו משמשים בעיקר לסינתזת קולגן. הדרישה הקלורית לריפוי הפצע הינה בהתאם לגודלו ומורכבותו של הפצע. דרישות האנרגיה מוערכות ב-35-30 קק"ל/ק"ג/יממה (9,22). דרישות האנרגיה משתנות על פי מין, גיל, פעילות ומצב קליני. יש לכוון לשמירה על משקל יציב בזמן ריפוי פצע. גם לאדם הסובל מעודף משקל, עד לריפוי מלא של הפצע. אנשים אלו לרוב יורדים במשקל בשל המחלה הממושכת, ועל כן הינם כבר בסיכון לתת תזונה של חלבון ואנרגיה. אדם בתת משקל יש לשאוף להביא לטווח המשקל הנורמלי.

לעתים קרובות עלולה להיות סתירה בין מטרות תזונתיות שונות, באותו מטופל. לדוגמה בחולים עם מחלת כליה כרונית. מצד אחד נדרשת מגבלת חלבון, ומצד שני העשרת חלבון לריפוי הפצע. במצבים כאלו, יש להתייחס למחלה מסכנת החיים, במקרה זה, פצע קשה ריפוי. דוגמאות נוספות: אנשים המקפידים על תזונה צמחונית או טבעונית, אלרגיות למזון, או דיאליזה צריכים להיבחן בזהירות ולהיות במעקב צמוד של דיאטנית.

שומנים

שומנים מהווים ספק אנרגיה משמעותי לריפוי פצעים. חומצות שומן הן מרכיב מרכזי של קרום התא. בזמן פציעה, עולה הדרישה לחומצות שומן חיוניות, בעיקר חומצות שומן רב בלי רוויות חיוניות אשר הגוף אינו יכול לסנתז (9). היתרון בתוספת אומגה 3 לריפוי פצעים טרם הוכח ולא קיימות המלצות לתיסוף או העשרה בתזונה (9).

ויטמינים נוגדי חמצון

ויטמין C:

בעל תפקיד חשוב בסינתזת הקולגן ו-crosslinking שלאחר מכן, הוא שותף גם בהיווצרותם של כלי דם חדשים (אנגיוגנזה) (8-9). יש לו תכונות נוגדות חמצון המסייעות למערכת החיסונית, ולהגברת ספיגת הברזל

במידה והשלב הקטבולי ממושך ו/או לגוף אין אספקה תזונתית נאותה, הגוף עלול להיכנס למצב של תת תזונה של חלבון אנרגיה Protein and Energy malnutrition-PEM (6-7).

תת תזונה של חלבון ואנרגיה (PEM) הינה הסוג החמור ביותר של תת תזונה - כאשר ישנה קליטה לקויה של חלבון ואנרגיה. מצב של PEM גורם לגוף לפרק חלבון לאנרגיה, בכך להביא למצב האספקה של חומצות אמינו הדרושות כדי לשמור על רמת החלבונים בגוף ולצורך ריפוי, ובסופו של דבר יגרום לאובדן מסת גוף רזה. לכן PEM עשוי להיות קשור ישירות לפצעים קשיי ריפוי. PEM יכול להתבטא כמסת גוף נמוך (BMI) Body mass index, או בירידה לא מכוונת במשקל (של 5% או יותר בטווח של 3-6 חודשים) עם הפסד של שומן תת עורי ו/או שריר (8). קיימים איבודי חלבון דרך העור/פצע עצמו (exudate). חבישה המתבצעת בתדירות גבוהה בשל כמות גדולה של exudate, עלולה להגביר אובדן (8).

קיימת הערכה כי, עד 60% מהחולים המבוגרים בבתי חולים סובלים מתת תזונה, או בסיכון לתת תזונה. בקרב מוסדות גריאטריים, מדובר בהערכה של בין 40-85% - 20-60% מהחולים בטיפול בתי (7). מידע זה מהותי, הואיל וקשישים נוטים לסבול יותר מפצעים, והם בסיכון גבוה יותר להיות בתת תזונה. תזונה המתאימה לריפוי לפצעים כרוניים צריכה להיות מוערכת על בסיס פרטני. על כן, פצעים כרוניים צריכים להיות בראש סדר עדיפויות עבור מומחי בריאות במונחים של מתן תמיכה ותוספי מזון.

הטיפול התזונתי - רכיבי תזונה חיוניים בריפוי פצע

חלבון

החלבון חיוני לתחזוקה ולתיקון של רקמות גוף. רמות חלבון נמוכות יגרמו לירידה בהתפתחות קולגן והאטה בתהליך ריפוי הפצע. רמות חלבון נאותות יסייעו להשיג ריפוי פצע אופטימלי (9). הצריכה המומלצת היא 1.5 גר/ק"ג/יממה ומתאמת למרבית הצרכים החלבונים של רוב המטופלים. אך ישנם מחקרים בהם צריכה עד 3 גר/ק"ג/יממה יכולה להתאים במצבי פצע חמורים מאוד (9). במצבים חריגים, בהם יש צורך בהגבלת חלבון (כמו למשל מחלות כליה) נדרשת הערכה פרטנית מדויקת יותר.

חומצות אמינו

L-ארגינין וגלוטמין - לחומצות אמינו ארגינין וגלוטמין תפקיד חשוב בריפוי פצעים (10-13). גלוטמין וארגינין חיוניות לסינתזת קולגן (14-16). חומצות אמינו אלו משמשות כמקור אנרגיה לתאי מערכת החיסון, ולמניעת זיהומים פוטנציאליים בפצע הכרוני (17-18). בנוסף, לארגינין תפקידי מפתח בסינתזה של חלבונים מבניים, בייצור מתווכים המשפעלים את הפעילות של תאים חיסוניים ומשפרים את היווצרותם של כלי דם חדשים (אנגיוגנזה) (19-20). ארגינין חיונית לגירוי מסלול NO ומעלה רמות הורמון גדילה ואינסולין, שגם הם מעורבים בריפוי פצעים. שתי חומצות אמינו אלה, המוגדרות ככלתי חיוניות במצב בריאות הופכות לחיוניות במצב מחלה. מחקרי התערבות הראו כי, תוספי תזונה עם ארגינין משפרים את חילוף החומרים של חלבון ומסייעים להפחתת אובדן שריר, עליה בסינתזת הקולגן, בנוסף לעובדה כי L-ארגינין, חשוב לריפוי פצעים ומניעת זיהומים (21-22). אנשים עם פצעי לחץ שטופלו בתוספי מזון המכילים 8-12 גר' ארגינין, הראו שיפור משמעותי בשיעור ריפוי הכיב. בעוד הצריכה התזונתית הממוצעת מספקת כ-4 גר' ארגינין ביממה, תוספת של 9 גר' ארגינין ליממה הועילה לשיפור פצעים כרוניים.

(9). חסר בוויטמין C פוגע בריפוי פצע ונמצא גם קשור בנטייה מוגברת יותר לזיהומים של פצעים. המינון המומלץ הוא 200-60 מ"ג ביום. מינונים מעל 200 מ"ג ביום אינם נחוצים, הואיל והרקמות רוויות כבר בשלב זה בוויטמין (9). תופעות לוואי: תוספי ויטמין C עלולים לגרום לשלשולים.

ויטמין A:

מצבים של עקה או פציעה חמורה מעלים את הדרישה לוויטמין A. המנגנון טרם הובהר. ההשערה היא כי ויטמין A מגביר את התגובה הדלקתית של הגוף במצב של פצעים קשיי ריפוי ומגרה את סינתזת הקולגן (9). מתח או פציעה חמורים יכולים לגרום לעלייה בדרישות לוויטמין A. נטילת תוסף ויטמין A דורשת זהירות רבה, שכן קיים סיכון לרעילות. המינון המומלץ במקרים של מחסור בוויטמין A הוא 700-3000 יחידות בינלאומיות. בגברים הטווח אף יכול להיות גבוה יותר (8).

ויטמין E:

נכון להיום אין הוכחות מחקריות למתן תוספים של ויטמין E וריפוי פצעים (8-9).

מינרלים

אבץ:

לאבץ תפקיד מרכזי בסינתזת חלבון וקולגן, ובחידוש רקמות (8). מחסור באבץ קשור בעיכוב ריפוי פצעים וייצור מופחת של תאי עור (9). רמות אבץ בדם של פחות מ- $100\mu\text{g}/100\text{mL}$ נמצאו קשורות עם ריפוי פצעים לקוי. הבעיה היא ביכולת הערכה מדויקת של חסר באבץ, שכן בדיקות הדם אינן משקפות בהכרח את סטטוס האבץ בגוף. על כן, רק בחשד ברור של חסר או במקרה של חולה עם צריכה נמוכה, יש לתת תוסף. הצריכה המומלצת של אבץ לפצעי לחץ קשיי ריפוי היא 15 מ"ג/יממה. במקרה של פצעים גדולים שאינם נרפאים, ניתן להשתמש ב- 25-50 מ"ג ביום, אבל רק ל-14 ימים. עודף אבץ עלול גם להפריע לריפוי פצעים (8). תופעות לוואי: תוספי אבץ עודפים יכולים לגרום לתלונות במערכת העיכול (9).

ברזל:

מחסור בברזל (וכתוצאה ירידה בהמוגלובין), עלול לפגוע בריפוי פצעים. מחסור בברזל עלול גם להביא לייצור לקוי של קולגן (9). הואיל וברזל ואבץ מתחרים על ספיגה, במידה שהמטופל מקבל תוספים, יש להפרידם. ההמלצה נעה בין 8-18 מ"ג ליממה (9). תופעות לוואי: תופעות גסטרואינטסטינליות רבות. לעיתים קרובות, במצבי מחלה כרונית, ישנה פגיעה בספיגת ברזל ואז יש לשקול מתן IV.

נוזלים

הידרציה תקינה חיונית לריפוי פצעים. התייבשות גורמת לעור פחות אלסטי, שביר ורגיש יותר. התייבשות גם תוריד את זרימת הדם, וכתוצאה תפגע אספקת חמצן וחומרים מזינים לפצע (9). בהנחה שאין מגבלת נוזלים ההמלצה: 30-35 מ"ל/ק"ג/יממה (9).

תמיכה תזונתית- כלים יישומיים

עלינו להתייחס לריפוי הפצע כתהליך הוליסטי, רפואי, סיעודי ותזונתי. לעיתים ניתן להגיע להמלצות בעזרת מזון בלבד, ובמקרים אחרים דרושה תוספת של מזון רפואי ייעודי. הטיפול התזונתי המינימאלי כולל שלושה שלבים: הערכה, התערבות

ומעקב. הערכה תזונתית נעשית באמצעות כלי סיקור מתוקף להערכת מצב תזונתי וסיכון לתת תזונה, לקיחת מדדים אנטרופומטריים, הערכת מצב העור, מעקב אחר מדדים ביוכימיים. עוד כוללת הערכה תזונתית חישוב הוצאה אנרגטית ודרישות תזונתיות אחרות, תוך התחשבות בתחלואה נלוות כמו סוכרת, מחלות לב/כבד/כליה. חשוב להקפיד על תיעוד של צריכת מזון והערכת פרוגנוזה רפואית/טיפולית של החולה.

שלב ההתערבות כולל שיפור צריכת מזון ונוזלים, שיפור איכות המזון מבחינה תזונתית ובמקרה של צריכה נמוכה, העשרה עם מזון רפואי פומית ו/או אנטרלית.

שלב המעקב כולל הערכה של הצריכה התזונתית ומידת הצלחת הטיפול. מעקב תזונתי לוקח בחשבון הן מדדים אובייקטיביים והן מדדים סובייקטיביים (תאבון, משקל, גודל פצע, הפרשות ועוד). הצלחה יכולה להימדד גם על ידי הערכה סובייקטיבית של ריפוי פצע וחוסר ההתפתחות של פצעים חדשים. יש לעקוב גם אחר שיפור/שינוי במדדים ביוכימיים (28).

צוות רב מקצועי

יישום התכנית התזונתית ואספקת תמיכה תזונתית מתאימה לאדם, דורשים מעורבות של כל צוות ניהול הפצע ותקשורת יעילה.

צוות הטיפול בפצע הוא רב תחומי וצריך לכלול: רופאים (רצוי מומחים לריפוי פצעים), פיזיותרפיסטים, אח מומחה לטיפול בפצע, פודיאטרים, אחיות מוסדיות, מרפא בעיסוק, אחיות קהילה/טיפול בית, רוקחים, דיאטנים ומשפחה ו/או מטפלים אחרים.

קישורים שימושיים

www.npuap.org -
The National Pressure Ulcer Advisory Panel
www.ewma.org -
The European Wound Management Association
www.epuap.org -
European Pressure Ulcer Advisory Panel

מקורות:

1. Williams JZ, Barbul A. Nutrition and wound healing. Surg Clin N Am. 2003; 83;571-96.
2. Arana V, Paz Y, González A, Méndez V, Méndez JD. Healing of diabetic foot ulcers in L-arginine-treated patients. Biomed Pharmacother. 2004;58:588-97.
3. Wallace E. Feeding the wound: nutrition and wound care. Br J Nurs. 1994;3:662-7.
4. Chaby G, Senet P, Vaneau M, et al. Dressings for acute and chronic wounds: a systematic review. Arch Dermatol. 2007;143:1297-304.
5. Edmonds J. Nutrition and wound healing: putting theory into practice. Br J Community Nurs. 2007;12:S31-4.
6. Hurd TA. Nutrition and wound-care management/prevention. Wound care. 2004;2:20-4.
7. Horn SD, Bender SA, Ferguson ML, Smout RJ, Bergstrom N, Taler G, Cook AS, Sharkey SS, Voss AC. The National Pressure Ulcer Long-Term Care Study: Pressure ulcer development in long-term care residents. J Am Geriatr Soc. 2004;52:359-67.
8. Langemo D, Anderson J, Hanson D, Hunter S, Thompson P, Posthauer ME. Nutritional considerations in wound care. Adv Skin Wound Care. 2006;19:297-303.
9. Ord H. Nutritional support for patients with infected wounds. Br J Nurs. 2007;16:1346-52.

protein synthesis and improves nitrogen balance. Ann Surg 1989;209:455-61.

20. Holeczek M: Relation between glutamine, branched chain amino acids, and protein metabolism. Nutrition 2002;18: 130-3.

21. Demling RH, DeSanti L: Use of anticatabolic agents for burns. Curr Opin Crit Care 1996;2:482-491.

22. Himes D. Protein-calorie malnutrition and involuntary weight loss: the role of aggressive nutritional intervention in wound healing. Ostomy Wound Manage. 1999;45:45-51, 54-55.

23. Williams JZ, Abumrad N, Barbul A, et al. Effect of a specialized amino acid mixture on human collagen deposition. Ann Surg 2002;3:369-75.

24. Nissen S, Sharp RL, Panten L, et al. Beta-hydroxy-beta-methylbutyrate (HMB) supplementation in humans is safe and may decrease cardiovascular risk factors. J Nutr. 2000;130:1937-45.

25. Smith HJ, Mukerji P, Tisdale MJ. Attenuation of proteasome-induced proteolysis in skeletal muscle by beta-hydroxy-beta-methylbutyrate in cancer-induced muscle loss. Cancer Res 2005;65:277-83.

26. Kuhls DA, Rathmacher JA, Musngi MD, Frisch DA, Nielsen J, Barber A, et al. Beta-hydroxy-beta-methylbutyrate supplementation in critically ill trauma patients. Journal of Trauma 2007;62:125-32.

27. Campos ACL, Groth AK, Branco AB. Assessment and nutritional aspects of wound healing. Curr Opin Clin Nutr. 2008;11:281-8.

10. Efron D, Barbul A. Arginine and immunonutrition: A reevaluation. Nutrition, 2000:1673-74.

11. Barbul A, Lazarow SA, Efron DT, et al. Arginine enhances wound healing and lymphocyte immune responses in humans. Surgery 1990;108:331-7.

12. Kirk SJ, Hurson M, Regan MC et al. Arginine stimulates wound healing and immune function in elderly human beings. Surgery 1993;114:155-160.

13. Hurson M, Regan MC, Kirk SJ, Wasserkrug HL, Barbul A. Metabolic effects of arginine in a healthy elderly population. JPEN 1995;19:227-30.

14. Barbul A, Sisto DA, Wasserkrug HL, et al. Nitrogen sparing and immune mechanisms of arginine: Differential dose-dependent responses during postinjury intravenous hyperalimentation. Curr Surg 1963;40:114-6.

15. Hallemeesch MM, Lamers WH, Deutz NEP. Reduced arginine availability and nitric oxide production. Clin Nutr 2002;21: 273-9.

16. Bellon G, Chaquor B, Wegrowski Y, et al. Glutamine increases collagen gene transcription in cultured human fibroblasts. Biochim Biophys Acta 1995;1268:311-23.

17. Karna E, Milyk W, Wolcynski S, et al. The potential mechanism for glutamine-induced collagen biosynthesis in cultured skin fibroblasts. Comp Biochem Physiol B Biochem Mol Biol 2001;130:23-32.

18. MacCay D, Miller AL. Nutritional support for wound healing. Altern Med Rev 2003;8:359-77.

19. Hammarqvist F, Wernerman J, Ali R, et al. Addition of glutamine to total parenteral nutrition after elective surgery spares free glutamine in muscle, counteracts the fall in muscle

easyline

הזנה בלעדית החל מגיל 4 למוצרים:

חדש!

easy meal-12



easy fiber



בשלב שהגוף זקוק לחיזוק | טל' 04-6327777 | www.easyline.co.il

ניתוחים לעיצוב הגוף

לאחר ירידה נכרת במשקל

ד"ר טלי פרידמן, MD, MHA

כירורגית פלסטית בכירה ומומחית בניתוחים לעיצוב הגוף לאחר ירידה במשקל
מנהלת המרפאה לעיצוב הגוף, מרכז רפואי אסף הרופא

הפחתה ניכרת במשקל מהווה אתגר גדול, אך לאחר שמטרה זו מושגת, מטופלים רבים נתקלים בכביה אסתטית ותפקודית חדשה - עודפי עור. זוהי בעיה מורכבת, המשפיעה על מישורים רבים בחיי המטופלים: הפסיכולוגי, הבריאותי והבינאישי. תחום הניתוחים לעיצוב הגוף לאחר ירידה במשקל, נותן כיום מענה איכותי לבעיה זו. מייחדים את התחום הזה ניתוחים מורכבים אסתטית, שיטות מתקדמות וגישה רב-שלבית המאפשרת למטופל לסיים סדרת ניתוחים בפרק זמן הקצר משנה. בסיום התהליך, המטופל ממשיך בחייו עם מראה אסתטי אופטימלי, דמוי גוף ובטחון עצמי גבוהים יותר. מאמר זה מתייחס לתהליך עיצוב הגוף לאחר ירידה ניכרת במשקל.

פתוגנזיס של עודפי העור

בעשור האחרון, השמנת יתר הפכה לתופעה נפוצה. במקביל קיימת התקדמות בשיטות הטיפול בכביה זו וביעילותן. עם ההצלחה לרדת משקל רב, נתקלים היורדים במשקלם בכביה חדשה, לא צפויה ברוב המקרים, והיא הופעת עודפי עור במקומות בהם שכנו קודם לכן מצבורי השומן.

לעור תכונה הקרויה אלסטיות, אשר משמעותה שהעור יכול להימתח ולהתכווץ לסירוגין מבלי להיקרע. לכן, כאשר נפח רקמת השומן פוחת, העור מעל מתכווץ באופן טבעי, אולם בשלב מסוים יכולתו להתכווץ פוחתת, וכך נוצרים עודפי העור.

במחקרים שונים מדווח על קיומם של עודפי עור בשפולי הבטן בקרב 96% מהמטופלים שהציגו ירידה נכרת במשקל - massive weight loss, המוגדרת מבחינה מקצועית כירידה מעל המישים פאונד (1). תופעת עודפי העור שכיחה גם בקרב אוכלוסייה רזה, ובמקרים אלו קשורה לעליות במשקל עקב הריונות, איכות עור לקויה גנטית, סיבוך של שאיבות שומן, חשיפה למפגעים חיצוניים כמו שמש ועשן סיגריות וגיל מתקדם (2-4).

רבות נכתב באשר לפתוגנזה של עודפי העור אולם עד היום לא ממש

ידוע מדוע מטופל אחד יסכול מעודפי עור ניכרים בעוד שאצל אחר העור יתכווץ היטב ועודפי העור יהיו פחותים. ידוע שקצב ירידה איטי במשקל הגוף קשור בהתכווצות טובה יותר של העור, כמו גם גיל צעיר, פעילות גופנית קבועה ומין גברי (1-4).

עודפי העור עלולים להופיע במקומות רבים בגוף: באזור הבטן, צדי האגן והעכוז, חזה - בו יתבטאו כשדיים צנוחים וריקים בנשים ובמראה הדומה לגניקומסטיה (חזה נשי) בגברים. באזורי הגפיים עודפי העור עלולים להופיע לאורך כל הגפה, כאשר לרוב יהיו ניכרים יותר בחלק הפנימי של הגפה, בזרוע או בירך (2).

ניתן להבחין בדרגות חומרה שונות של עודפי עור בין מטופלים, ומשום כך במרכז לעיצוב הגוף המוביל שבפיצבורג פיתחו שיטה המדרגת ומסווגת את חומרת עודפי העור במקומות שונים בגוף (2). מטרת השיטה הייתה לסייע לכירורגים פלסטיים בהחלטה הקלינית באשר לאופי הטיפול הניתוחי המתאים לכל אזור אסתטי.

השלכות בריאותיות ונפשיות של עודפי עור

כאשר בעיית עודפי העור קיימת בדרגת חומרה גבוהה, קיימות לכך השלכות במגוון מישורים, בהם: המישור הפסיכולוגי, הבריאותי והבינאישי.



תמונה 1: ר.ל. בחור בן 20, לאחר ירידה של 70 ק"ג, עקב ניתוח בריאטרי.

משמאל: המטופל מציג עודפי עור גדולים בחזהו (pseudogynecomastia) הנראים כחזה נשי, בבטנו (apron) ובחלקי גוף נוספים. מימין: חודשיים לאחר מתיחת בטן היקפית לעיצוב חזות הבטן, ירכיים צידיות ועכוז, וחמישה חודשים לאחר תיקון החזה.

מטופלים לאחר ירידה נכרת במשקל (במיוחד מטופלים לאחר ניתוחים בריאטרים) עלולים לסבול מחסרים תזונתיים כמו חסרים בברזל, אבץ, B12 ועוד. חסרים תזונתיים אלו יכולים להשפיע על ספירת הדם (אנמיה), קצב ההחלמה מהניתוח, ומידת ההצטלקות לאחר הניתוח הפלסטי. לכן, קיימת חשיבות רבה לערוך בדיקות רלוונטיות טרם הניתוח, לזהות חסרים מטבוליים באם קיימים ולאזנם (6). עישון גם הוא גורם חשוב המשפיע על קצב ההחלמה של פצעי הניתוח ואיכות ההצטלקות (7). לכן, מומלץ להפסיק את העישון חודש לפני הניתוח ועד להחלמת פצעי הניתוח (7).

כמו כן, בשל העדויות הקיימות לשכיחות גבוהה של בעיות טרומבואמבוליות במטופלים אלו (8), על המנתח להקפיד על איסוף היסטוריה אישית ומשפחתית העלולה להצביע על נטייה לקרישיות יתר, השלמת ברור המטולוגי לפי הצורך והקפדה על טיפול מניעתי הולם לאחר הניתוח (9).

ההליך הניתוחי

בשל משך הניתוחים ומורכבותם, התוכנית הניתוחית נבנית בהתאמה אישית למטופל ומבוססת על מספר שלבים. מומלץ לנתח בכל שלב שניים עד שלושה אזורים. באופן זה ניתן להשלים את הסרת עודפי העור בכל הגוף בפרק זמן של כחצי שנה עד שנה.

כדי להדגים הליך ניתוחי יפורט **תיאור המקרה של המטופל ר.ל.** - בחור צעיר בן 20 אשר ירד 70 ק"ג במשקלו תוך שנה באמצעות ניתוח בריאטרי. מדד מסת גוף טרם הניתוח לעיצוב הגוף היה 25 ק"ג למטר רבוע, אינו מעשן וללא מחלות רקע. המטופל סבל מעודפי עור היקפיים; סביב הבטן, בירך הצידיית ובעכוז, כמו גם עודפי עור גדולים בחזהו הקדמי והצדדי, ובגפיו.

התוכנית הניתוחית של ר.ל כללה שני שלבים עיקריים, בתחילה הרמת פלג גוף עליון הכוללת עיצוב החזה והזרועות ובשלב השני הרמת פלג גוף תחתון (או ניתוח מתיחת בטן היקפית). בקביעת סדר העדיפות הקליני הוחלט להתחיל את הטיפול בפלג גופו העליון; ראשית, בשל

השלכות אלו גורמות להפרעה יום-יומית בתפקודו ובחיויו של המטופל. אדם בעל עודפי עור רבים מרגיש בעיני עצמו מעוות ובמקרים רבים ישמיע אמירות כמו: "בשביל מה להתאמץ אם נשארתי מעוות" או "נשארתי שמן", או "הייתי יפה יותר שמן". אנשים אלו מרגישים תחושת תסכול וביטחונם העצמי ירוד. הם יעשו רבות על מנת להסתיר את עודפי העור באמצעות מחטבים ובגדים רחבים. במקרים רבים אנשים אלו ימנעו מיצירת קשרים אינטימיים על מנת להימנע מלחשוף את גופם. מבחינה רפואית קיומם של עודפי העור מלווה לעיתים בהופעת דלקות חוזרות ונשנות מתחת לקפלי העור (Intertrigo Dermatitis). הדלקת נראית כאודם מקומי, ומלווה בתלונות על ריחות רעים וגרד, ולעיתים מהווה מקור חדירה לפטריות וחיידקים בשל הפגיעה בשלמות האפידרמיס (3).

גישות מתקדמות בתחום הכירורגיה הפלסטית מציעות פתרון לכביה ז.

Body Contouring after Weight Loss

ניתוחים לעיצוב הגוף לאחר ירידה במשקל (Body Contouring after Weight Loss) הינם תחום צעיר יחסית בכירורגיה הפלסטית, אשר התפתח בארה"ב (5). בנייתוחים אלו מסירים את עודפי העור והשומן המיותרים, מהדקים את השרירים הרפויים ומעצבים את רקמת השומן והעור באזורים הסמוכים. באמצעות השיטות המתקדמות, התוצאה הסופית הינה מראה חטוב ואסתטי של הגוף, התואם לקווי המתאר של הגוף הרזה כמו בגד המותאם אישית (5). יש לציין שצורת הריפוי התקינה של הגוף האנושי הנה באמצעות רקמת צלקת. לפיכך, בשיטות הניתוחיות החדישות ננסה למקם את הצלקות במקומות נסתרים באופן יחסי (5-8).

הכנת המטופל לניתוח

ניתוח לעיצוב הגוף הינו ככלל ניתוח, הליך שצריך להתכונן לקראתו. כאשר מטופל מחליט, שברצונו לעבור ניתוח לעיצוב הגוף, מומלץ להגיע למשקל היעד, ולהיות יציב בו במשך מספר חודשים. עליה או ירידה משמעותיות במשקל הגוף לאחר הניתוח הפלסטי עלולות לפגום בתוצאות הניתוח (1,4).

בשמירה על אורח חיים בריא וביציאה ארוכת טווח ממעגל ההשמנה. מחקרים אלו סיכמו את תרומת הניתוח הפלסטי כמשמעותית ביותר, והמליצו על ביצוע ניתוחים לעיצוב הגוף כחלק אינטגרלי חשוב בטיפול בבעיית ההשמנה (11,12).

סיכום

ניתוחים לעיצוב הגוף לאחר ירידה נכרת במשקל הנם חלק חשוב בטיפול ההוליסטי, הרפואי והפסיכולוגי, בבעיית ההשמנה. לניתוחים אלו תרומה חשובה בשיפור דימוי הגוף של המטופלים ומסייעים ליכולת המטופלים לשמור על משקל הגוף הנמוך שהושג לאורך זמן.

מקורות:

1. Rubin JP, Nguyen V, Schwentker A. Perioperative management of the post-gastric-bypass patient presenting for body contour surgery. *Clin Plast Surg* 2004; 31:601-10
2. Song AY, Jean RD, Hurwitz DJ, Fernstrom MH, Scott JA, Rubin JP. A classification of contour deformities after bariatric weight loss: the Pittsburgh Rating Scale. *Plast Reconstr Surg* 2005;116:1535-44; discussion 1545-6.
3. Kitzinger HB, Abayev S, Pittermann A, Karle B, Bohdjalian A, Langer FB, Prager G, Frey M. After massive weight loss: patients' expectations of body contouring surgery. *Obes Surg* 2012;22:544-8.
4. Michaels J 5th, Rubin JP. Discussion. A comparative analysis and systematic review of the wound-healing milieu: implications for body contouring after massive weight loss. *Plast Reconstr Surg* 2009;124:1683-4.
5. Gusenoff JA, Rubin JP. Plastic surgery after weight loss: current concepts in massive weight loss surgery. *Aesthet Surg J*. 2008;28:452-5.
6. Naghshineh N, O'Brien Coon D, McTigue K, Courcoulas AP, Fernstrom M, Rubin JP. Nutritional assessment of bariatric surgery patients presenting for plastic surgery: a prospective analysis. *Plast Reconstr Surg* 2010;126:602-10.
7. Colwell AS, Borud LJ. Optimization of patient safety in postbariatric body contouring: a current review. *Aesthet Surg J* 2008;28:437-42.
8. Aly AS, Cram AE, Chao M, Pang J, McKeon M. Belt lipectomy for circumferential truncal excess: the University of Iowa experience. *Plast Reconstr Surg*. 2003 Jan;111:398-413.
9. Friedman T, O'Brien Coon D, Michaels V J, Bontempo F, Young VL, Clavijo JA, Rubin JP. Hereditary coagulopathies: practical diagnosis and management for the plastic surgeon. *Plast Reconstr Surg*. 2010;125:1544-52.
10. Sjöström L, Lindroos AK, Peltonen M, Torgerson J, Bouchard C, Carlsson B, Dahlgren S, Larsson B, Narbro K, Sjöström CD, Sullivan M, Wedel H; Swedish Obese Subjects Study Scientific Group. Lifestyle, diabetes, and cardiovascular risk factors 10 years after bariatric surgery. *N Engl J Med*. 2004;351:2683-2693.
11. Balagué N, Combescure C, Huber O, Pittet-Cuénod B, Modarressi A. Plastic surgery improves long-term weight control after bariatric surgery. *Plast Reconstr Surg*. 2013;132:826-33.
12. Friedman T, Ziv O, Heller L, Avinoah E. The effect of reconstructive plastic surgery on weight maintenance of post bariatric patients. The 39th Annual Meeting of The Israel Society of Plastic & Aesthetic Surgery. Nov, 2013 (Abstract).

חומרת הבעיה האסתטית האובייקטיבית באזור זה, אשר הנה בדרגת החומרה הגבוהה ביותר. שנית, בשל ההשלכות הנפשיות והפיזיות אשר גרמו לפיתוח עמידה כפופה עם כתפיים שמוטות בניסיון להסתיר את עודפי העור הגדולים שבחזהו ולתלונות על כאבי גב ממושכים. לאחר השלמת עיצוב פלג גופו העליון, נשלח ה.ל. לטיפול פיזיותרפיה והחל להתאמן בצורה מסודרת, וכאבי הגב חלפו. השלב השני בוצע שלושה חודשים לאחר השלב הראשון, וכלל ניתוח בודי ליפט או מתיחת בטן היקפית, הכוללת הסרה של עודפי עור בבטנו, כירך הצידי, והרמת העכוז (תמונה 1).

על מנת להעניק טיפול אופטימלי למטופלים לאחר ירידה במשקל יש להשתמש בשיטות ייחודיות המאפשרות ניצול מרבי של הרקמה הרכה, וזאת במיוחד בקרב נשים. באופן זה ניתן להגדיל שדיים כחלק מניתוח הרמת חזה תוך שימוש ברקמה העודפת מצידי החזה ולעצב עכוז כחלק משלים לניתוח מתיחת הבטן הקלאסית. ניתוח זה, הקרוי הרמת פלג גוף תחתון או בודי ליפט, הנו נפוץ בקרב מטופלים לאחר ירידה במשקל השואפים לטפל בכל ההיקף, 360 מעלות בו זמנית (5,8). בתמונה 3 מוצגת מטופלת בת 35, שירדה 50 ק"ג במשקל לפני ואחרי ניתוח בודי ליפט.

חשיבות הניתוחים הפלסטיים בשמירה על משקל הגוף לאחר ההרזיה

ידוע שניתוח בריאטרי מביא לירידה נכרת במשקל, אולם כ-50% מהמטופלים מחזירים לעצמם חלק מהמשקל שהורידו, במהלך 10 השנים שאחרי הניתוח הבריאטרי (10). מחקר חדש מעיד על כך שלניתוחים להסרת עודפי עור קיימת השפעה חיובית נכרת על שמירת משקל גוף תקין לאורך זמן, גם שנים רבות לאחר ניתוח מעקף קיבה (11). מחקר זה אשר בוצע בשוויץ השווה את משקל גופם של מטופלים שעברו ניתוח מעקף קיבה ולאחר מכן ניתוחים לעיצוב הגוף, עם קבוצת מטופלים, שעברו ניתוח מעקף קיבה בלבד. במחקר נבדק משקלן הממוצע של הקבוצות כעבור כ-7 שנים בממוצע מאז ניתוח מעקף הקיבה. נמצא, שקבוצת הביקורת העלתה חזרה בממוצע 22.9 ק"ג לעומת עליה ממוצעת של 6.2 ק"ג בלבד בקבוצת המחקר. עליה הגבוהה מ-10% ממשקל הגוף נצפתה ב-25% מהמשתתפים בקבוצת המחקר לעומת 58% בקבוצת הביקורת. מחקר זה הנו הראשון (!) המאמת תפישות קליניות שלנו, המנתחים, אשר חוזים בסיפורי הצלחה רבים של מטופלים המשנים את חייהם בצורה דרמטית, וממשיכים לשמור על משקל גוף נמוך, כחלק משינוי מלא של אורח חייהם.

ממצאי עבודה שערכנו בארץ והצגנו לאחרונה בכנס האיגוד הישראלי לכירורגיה פלסטית, תומכים גם כן בהשפעה החיובית שיש לניתוחים לעיצוב הגוף על שמירת משקל הגוף שהושג לטווח הארוך. במחקר זה, שנערך באופן כפול סמיות בהשתתפותם של 100 מנותחים בריאטריים, נמצא כי ניתוח להסרת עודפי עור היה גורם מגן מפני השמנה חוזרת כעבור 10 שנים מהניתוח הבריאטרי (12).

תוצאות מובהקות אלו, באוכלוסיות שונות (השוויצרית והישראלית) ניתנות להסבר בכך שאותם מטופלים שעברו ניתוחים לעיצוב הגוף הנם בעלי שביעות רצון גבוהה מגופם החדש, מצב המשפר את ביטחונם העצמי. יכולתם הפיזית והנפשית לסגור מעגל מנטאלי של השמנה ולחוש לראשונה בחייהם רזים וחטובים מאפשרת להם להשקיע אנרגיות

טיפול תלונתי פורץ גבולות גיאוגרפיים

תרצה שני ועדי זוסמן - דיאטניות, חברות עמותת עתיד



תופעות הגלובליזציה וההתמקצעות מגיעות גם לעולם הייעוץ והטיפול התזונתי. יותר ויותר מטופלים מחפשים את אנשי המקצוע שיכולים לתת מענה מדויק יותר לצרכיהם, ופחות תלויים במיקום הגיאוגרפי. שימוש באמצעות טכנולוגיות תקשורת מתקדמות מאפשר מתן ייעוץ מקוון, ממנו נשכרים הן המטופלים והן המטפלים. בכתבה זו נציג את העקרונות והמאפיינים, כמו גם את היתרונות והאתגרים שמציב הטיפול התזונתי מרחוק.

הנהוגים. הללו נחלקים לתקשורת אישית או קבוצתית, כאשר כל אחת מהן יכולה להיות בעלת אופי סינכרוני (on line) או א-סינכרוני, כמפורט בטבלה 1 (2).

הטיפול מרחוק

טיפול מרחוק מוגדר כ- "העברת מידע וטיפול רפואי באמצעות שימוש בטכנולוגיות של תקשורת מתקדמת" (American Telemedicine Association) (1), הכוללת בין היתר את השימוש באינטרנט - טפול מקוון/טיפול ברשת.

טיפול באמצעות הרשת מתקיים כבר שני עשורים, כשהוא הולך ותופס מקום חשוב כחלק ממגוון הטיפולים הקיימים כיום. עם הופעתו היו רבים שהסתייגו מדרך טיפול זו, אך עם התקדמות הטכנולוגיה והבנת הצרכים של המטופלים והמטפלים, הוא הולך ומשתלב במרחב הטיפולי (1).

טיפולים ראשוניים באמצעות הדואר האלקטרוני (דוא"ל) התחילו כבר בשנת 1995, ובשנת 1999 התחילו לערוך ייעוץ אישי דרך פנייה לאתר אינטרנט. פרסומים מדעיים על טיפול מקוון החלו להופיע כשנתיים-שלוש לאחר תחילת השימוש בטכנולוגיה זו (2). עם התקדמות פיתוח של טכנולוגיות תקשורת מתקדמות הלכו והתרחבו סוגי התקשורת

טבלה 1. סוגי התקשורת הנהוגים

א-סינכרוני	סינכרוני ON LINE	אישי
דוא"ל הודעות בפייסבוק מסרונים (SMS)	צ'אט / WhatsApp טלפון ICQ* מסנג'ר* סקייפ*	
רשימת דוא"ל פורום קבוצות פייסבוק	חדר צ'אט / WhatsApp סקייפ* וובינר* קורס אינטרנטי*	קבוצתי

*שיחת Videoconference

עדי זוסמן: "תחום ההתמקצעות שלי הוא מחלות מעיים דלקתיות. באחד הימים קיבלתי שיחת טלפון מסבתא של נער חולה בקרוהן, שגר בצפון הארץ. הם היו מעוניינים ביעוץ ואימון שלי, אך התקשו לנסוע לקליניקה השוכנת במרכז. ההצעה על ליווי באמצעות סקייפ הציתה תקווה חדשה בלב הנער. לאחר פגישה ראשונה פרונטלית עברנו לפגישות מקוונות. במהלך החודשים הבאים ניהלנו 18 פגישות של שעה, כולן באמצעות סקייפ, השינוי שהתרחש היה כאילו היו אלה ייעוץ ואימון פרונטליים."

תרצה שני: "גם אלי הגיעה פנייה של זוג הורים המתגוררים בריחוק גיאוגרפי ממקום מגורי בגליל. ילדם בן השנה סבל מחוסר שגשוג (FTT) והורים, למרות שמילאו אחר הוראות הרופא, לא ראו שיפור במשקלו של הילד. כבר בפגישות הראשונות גיליתי שניתן להשתמש בסקייפ לצורך תצפית האכלה בבית. תצפית כזו, בסביבה הטבעית של הילד מהווה יתרון על פני פגישה בקליניקה. במהלך הייעוץ, ההורים קיבלו המלצות שעזרו להם לארגן את האכילה של הילד באופן שתרם לעלייה במשקלו התואמת את גילו וגובהו. ההורים ואני מצאנו את הייעוץ המקוון כנוח, יעיל, ואולי חשוב מכל, מביא לתוצאות טובות."

דגשים בטיפול מרחוק

באופן כללי, הטיפול מרחוק מתנהל בצורה דומה לטיפול הקלאסי. עם זאת, ישנם כמה דברים שמייחדים אותו. אחד הדברים החשובים והמומלצים ביעוץ מקוון הוא לבצע איסוף מידע רפואי על המטופל לפני הפגישה המקוונת. ניתן לעשות זאת על ידי שליחת טופס נתונים אישיים/שאלון אותו מתבקש המטופל למלא ולשלוח לפני פגישת הייעוץ בדואר אלקטרוני או בפקס. עוד חשוב לבקש מהמטופל לשלוח מראש תוצאות של בדיקות דם ובדיקות רלונטיות נוספות. איסוף מידע זה לפני המפגש הטיפולי מסייע ליצירת שיחה ותשאל מובנים. כמובן שבמהלך הטיפול המקוון יעשה איסוף מידע נוסף. דיאטניות שעוסקות בתזונת ילדים יכולות לבצע תצפית אכילה והאכלה של הילד בסביבתו הטבעית, כחלק משלים לאיסוף המידע.

כמו בכל טיפול, חשוב לעשות תיאום ציפיות עם המטופל כבר בפגישה הראשונה. עוד בדומה להתקשרות טיפול רגילה, כדאי לבחון אפשרות להחתמה על חוזה טיפולי או הסכם התקשרות. ניתן להציע סדרת פגישות מוזלת לעומת תשלום עבור כל פגישה בנפרד. היות שהטיפול נעשה באמצעי מקוון, מקובל מאד להמשיך תקשורת מקוונת בין המטפל למטופל הכוללת: שליחת קישורים למאמרים או פוסטים, שליחת קבצים עם תרגילי אימון/יומן אכילה ועוד. התקשורת בין הפגישות, למשל בקשת תמיכה, שאלות ותשובות ניתן לבצע באמצעות מייל/וואטס-אפ/מסרונים או כל תוכנה אחרת להעברת מסרים. כאשר, חשוב להגדיר מהם גבולות הקשר ומהו האמצעי המועדף ליצירת קשר ולתאם ציפיות לגבי זמינות ומענה מצד המטפל. באמצעים מקוונים ניתן להעביר בין המטפל למטופל את סיכום השיחה/המפגש. נהוג וכדאי להשתמש באמצעי תשלום חדשנים: חברות סליקה/חב' אשראי, או באמצעות העברה בנקאית/שליחת המחאות לפני הפגישה. על המטפל לשלוח חשבונית/קבלה לדואר הרגיל/האלקטרוני.

יעילות הטיפול מרחוק - ממצאי מחקרים

מחקרים מקיפים על יעוץ מרחוק דווחו בעיקר בעשר השנים האחרונות. Backhaus ועמיתיו (3), מצאו מעל 800 מאמרים הדנים בטיפול מרחוק, מתוכם סקרו מחקרים העוסקים בשימוש ב- Videoconference בטיפולי פסיכותרפיה ונתחו 47 מחקרים כמותיים. רוב הנבדקים במחקרים האלה היו מבוגרים, אשר טופלו במגוון בעיות מתחום הפסיכולוגיה והפסיכיאטריה, בהן: טראומה, בעיות הקשורות באכילה ועוד. פורמט הייעוץ היה אישי, משפחתי או משולב. במחקרים אלה נבדקו שיטות הטיפול, שביעות הרצון של

המטופלים, אפשרות היישום והתוצאות הקליניות.

החוקרים הסיקו כי הייעוץ מרחוק ניתן ליישום, אך מחייב הכנת תשתית טכנולוגית מתאימה, וכן הדרכת מטפלים ומטופלים לגבי שימוש יעיל בטכנולוגיות מתקדמות כדי ליעל את התקשורת. עוד הסיקו החוקרים כי הייעוץ מתאים לאוכלוסייה מגוונת וזוכה לשיעור רצון גבוהה בקרב המטופלים. במרבית המחקרים שנכללו בסקירה, התוצאות הקליניות של הייעוץ מרחוק נמצאו לאלה של הטיפולים המסורתיים הפרונטליים. ניכר כי הייעוץ מרחוק נמצא מתאים לשימוש בטיפול קוגניטיבי-התנהגותי (CBT), בעוד בגישות טיפוליות אחרות, נדרש עוד מחקר, לבחינת ההתאמה והיעילות של הייעוץ מרחוק.

בסקירה על שימוש בטלרפואה לטיפול בסוכרת מסוג 1 ו-2 (4), נמצאו 27 מחקרים, שבחנו שלוש שיטות טיפול מרחוק: שיחות ועידה בווידיאו, שיחות באמצעות טלפונים ניידים, כולל מסרונים ושיחות באמצעות טלפונים ניידים. משך המחקרים נע בין 3 חודשים למספר שנים. מהתוצאות נראה שיפור במדדים המטבוליים של המשתתפים ב-23 מתוך 27 מחקרים, שינוי זה היה משמעותי ב-12 מתוך 23 מחקרים. ברוב המחקרים נעשה שימוש בטיפול קוגניטיבי - התנהגותי (CBT). בבדיקת מרכיב עלות-תועלת לא נמצא הבדל מול קבוצת הביקורת שקיבלה טיפול מסורתי פנים אל פנים אך לא נלקחו בחשבון גם יתרונות עקיפים כמו חיסכון בזמן ובהוצאות דלק ונסיעות. מחברי הסקירה הסיקו כי שילוב של טלרפואה הינה אלטרנטיבה מבטיחה, והשימוש בשינוי התנהגות הנתמך במעקב ברשת נמצא כמתאים ביותר לטיפול מרחוק. עם זאת נדרשים מחקרים נוספים לבחינת יעילות השיטה (4).

מחקר גדול נוסף נערך באוסטרליה בקרב כ-800 חולים במחלות לב וכלי דם (5). כל המשתתפים קיבלו טיפול מסורתי להורדת גורמי סיכון למחלות לב וכלי דם. קבוצת המחקר קיבלה תוספת של אימון דרך הטלפון והדוא"ל בעוד שקבוצת הביקורת קיבלה טיפול מסורתי בלבד. נבדקו רמות סך כולסטרול ופקטורים פיזיולוגיים ותזונתיים נוספים.

קבוצת האימון השיגה ירידה גדולה פי שלוש ברמות סך הכולסטרול - 21 mg/dL לעומת 7 mg/dL בקב' הטיפול המסורתי (P<0.0001). שיפור גדול יותר הושג גם בגורמי סיכון נוספים והערכת איכות החיים בקבוצת האימון. מסקנת החוקרים היא שאימון באמצעות הטלפון והדוא"ל הינו דרך אפקטיבית ליצירת שינוי בריאותי (5).

לשימוש בשיחות וידאו (סקיפ) מספר יתרונות בולטים, הן עבור המטופל והן עבור המטפל. ראשית כל, השימוש בטכנולוגיה זו, הניתנת להתקנה בקלות וללא תשלום, מבטל את המגבלה הגיאוגרפית ומגיש לכל אדם, גם זה המתגורר בפריפריה את היכולת לבחור כל מטפל. בכך טמון אפוא פוטנציאל לצמצום פערי השוויון באיכות הטיפול הרפואי/תזונתי. יתרון חברתי נוסף הוא ההיבט האקולוגי. הטיפול מרחוק מפחית את הצורך של המטפל והמטופלים בשימוש בתחבורה ובכך יכול לתרום להפחתת זיהום האוויר. יתרון נוסף לשני הצדדים הוא יתרון של עלות-תועלת. בעוד שעלות הייעוץ זהה, הרי שהמטופל חוסך עלויות של זמן ביטול, נסיעה ובייביסיטר והמטפל חוסך עלויות של השכרת קליניקה. מספר אוכלוסיות יכולות ליהנות במיוחד מהטיפול באמצעות סקיפ. במקרה של הורים לילדים עם בעיות אכילה והאכלה, ניתן להיעזר בסקיפ לביצוע תצפית האכלה בסביבתו הטבעית של הילד, בדומה לביקור בית. אנשים עם בעיות רפואיות שמגבילות את הניידות שלהם (מחלות מעי דלקתיות, נכות, חולים עם מערכת חיסונית ירודה ועוד) לא צריכים לצאת מפתח הבית על מנת לקבל ייעוץ. ישנם מגזרים בהם יש מחסום לגשת לקבל ייעוץ מחשש לסטיגמה החברתית הנלווית לכך ולעתים אף קיים קושי למצוא מטפל שדובר את שפת האם של המטופל.

גם בהרצאות לקהל הרחב, הסקיפ יכול להוות חלופה טובה. ניתן להגיע לקהל של מאות אנשים באמצעות וובינר - לא פחות ואף יותר משיכול להכיל אולם הרצאות סטנדרטי בקהילה.

האתגרים שבייעוץ מרחוק ודרכי התמודדות

בצד כל היתרונות, ישנם גם כמה חסרונות שחשוב להכיר על מנת להתמודד איתם. בטיפול האמצעות סקיפ, טווח הקליטה של המצלמה מצומצם ולכן לא ניתן לצפות בכל שפת הגוף של המטופל. ניתן להתגבר על מגבלה זו באמצעות פיתוח המיומנות של המטפל ויכולותיו. עוד מיומנות שהמטפל נדרש לחדד היא היכולת להישאר קשוב ולהאזין למטופל, לזהות כל שינוי בטון הדיבור וקריאת הבעות הפנים שלו. עוד

חשוב שהמטפל יפתח צורת דיבור והעברת מסרים מדויקות וברורות. הטיפול בסקיפ עלול להיתקל בבעיות טכניות וניתוקים בתקשורת האינטרנטית. במקרים כאלה, יש לנסות לסגור את הווידאו, ולעבור לטלפון נייד/נייד, להשתמש ברמקול/אוזניות. הטיפול המקוון מעלה גם סיכונים לפגיעה בחסיון המידע הרפואי ופרטיות המטופל, ניתן להתגבר על כך באמצעות דרכים לאבטחת מידע כגון: תוכנות ייעודיות לנושא.

עוד חסרונות פוטנציאליים לטיפול המקוון כוללים חסמים מצד המטופל. למטופל עלולה להיות רתיעה מחדשנות, חשש משימוש בטכנולוגיה וחשש שאיכות וטיב הייעוץ ייפגעו.

עמדת משרד הבריאות וכיסוי ביטוחי

משרד הבריאות הוציא בשנת 2012 חוזר מטעם מנהל הרפואה (6). החוזר מתייחס בעיקר לגופים מוסדיים, אך יש בו גם התייחסות קצרה למטפלים העצמאיים.

עפ"י מדנס- סוכנות לביטוח בע"מ - "הפוליסה מכסה תביעות אשר תוגשנה בישראל הנובעות ממתן שירותי טלרפואה (טלפון/צ'ט/סקיפ) המבוצעים על ידי מטפל הנמצא בישראל, בהתאם להנחיות משרד הבריאות ובכפוף לשאר תנאי הפוליסה". כלומר מטפלים בישראל מכוסים מבחינת הביטוח המקצועי למקרה של טיפול וייעוץ למטופלים הגרים בישראל או היוצאים לחופשות בחו"ל בלבד. ניתן דגש לכיסוי ביטוחי כנגד תביעות המוגשות בישראל בלבד.

סיכום

הייעוץ/אימון/טיפול דרך הסקיפ, טלפון ודוא"ל מהווים עוד דרך טיפולית, שיכולה להתאים לחלק מהאוכלוסייה. זו מאפשרת התמצקות ומיקוד של הדיאטנים ונותנת מענה לבעיות של נגישות והנגשה. הטיפול המקוון נתמך מחקרית ולכן, מומלץ לשקול אותו כאופציה ולהציע אותו למטופלים. החזון הטיפולי הוא, שאפשרויות מתן הייעוץ מרחוק כחלק ממגוון השירותים הטיפולים של קופות החולים ומרפאות בתי החולים ילך ויתרחב. בדרך זו יזכו המטופלים בייעוץ תזונתי ללא קשר למקום הגיאוגרפי.

המלצות מעשיות - המסכמות את שלבי היישום של הטיפול בסקיפ

- התקינה את התכנה ופתחו מיומנות בשימוש בה, בתחילה רצוי בשיחות עם מכרים
- ידעו את חברת הביטוח ובדקו את דרישות כיסוי האחריות המקצועית
- הגדירו לעצמכם כללי עבודה עקרוניים, כגון: שעות עבודה, זמינות ודרכי התקשרות עם המטופלים, טפסים רלוונטיים ואמצעי תשלום, על מנת שתוכלו להציב גבולות ברורים למטופלים כבר בראשית הדרך.
- החליטו על דרך התשלום הנוחה לכם: באמצעות חברות אשראי/סליקה אינטרנטית, שליחת המחאות או העברה בנקאית. בדקו עמלות של כל דרך תשלום.

בהצלחה!

RB, Katulanda P, Hewapathirana R. A review of telemedicine interventions in diabetes care. J Telemed Telecare. 2012 Apr; 18(3):164-8. doi: 10.1258/jtt.2012.SFT110

5. Vale MJ, Jelinek MV, Best JD, Dart AM, Grigg LE, Hare DL, Ho BP, Newman RW, McNeil JJ. Coaching patients On Achieving Cardiovascular Health (COACH) Arch Intern Med. 2003; 163:2775-2783.

6. http://doctorsonly.co.il/wp-content/uploads/2012/05/24052012_Returns-Medical-Administration-Ministry-of-Health-Telemedicine.pdf (Accessed October 22nd 2013).

מקורות:

1. <http://www.americantelemed.org/learn> (Accessed October 22nd 2013).
2. <http://www.youtube.com/watch?v=dnHq6Q75Ro8> (Accessed October 22nd 2013).
3. Backhaus A, Agha Z, Maglione ML, Repp A, Ross B, Zuest D, Rice-Thorp NM, Lohr J, Thorp SR. Videoconferencing psychotherapy: a systematic review. Psychol Serv. 2012;9:111-31. doi: 10.1037/a0027924
4. Siriwardena LS, Wickramasinghe WA, Perera KL, Marasinghe

תטא הילינג בשירות הטיפול באכילה רגשית - האכה ואקסה

מיטל גבע אוחיון, דיאטנית ומטפלת באכילה רגשית M.Sc.,
מורה ומטפלת מוסמכת בתטא הילינג, מרכז להיות חברה של הגוף™
יפעת קדם, MA בלימודי מגדר, מורה ומטפלת מוסמכת בתטא הילינג

תטא הילינג היא שיטת אבחון וטיפול אנרגטית, המתבצעת כאשר גלי המוח של המטפל והמטופל נמצאים בתדר תטא, הנקשר במחקרים לזיכרון, יצירתיות, חרדה, יכולות קשב ועוד. חלקו הראשון של המאמר, ההלכה, יעסוק בהצגה תיאורטית של השיטה - הן המדעי והן הרוחני. חלקו השני של המאמר, המעשה, יציג שני תיאורי מקרה של טיפול באכילה רגשית בהם נעשה שימוש בשיטת התטא הילינג.

ודכאון, שיפור יכולות קשב ממוקד וממושך ואינטראקציה בין חלקי המוח השונים (9).

הצד הרוחני של השיטה מזכיר ומנגיש לנו יכולות שיש בנו ושכאופן תרבותי חברתי עודדנו להתעלם מהן או להפחית מחשיבותן, דוגמת אינטואיציה, חיבור לרגש, חיבור לידע גבוה (שיש שיקראו לו הבורא/ אנרגיית הבריאה/ המקור/ אנרגיית אהבה ללא תנאי, כל אחד על פי השקפותיו ואמונותיו), שאינו בהכרח ניתן להסבר לוגי רציונאלי! בדרך זו חווית האדם הולכת ומתרחבת על ידי הכרה ומתן ביטוי לרב הממדיות של ההווה האנושית. כאשר המטפל נמצא בתדר תטא מועצמות אצלו באופן משמעותי יכולות אלו. הכניסה למצב תטא מנגישה עבור המטפל את תת המודע של המטופל ובכך מאפשרת אבחון ושינוי מדויק ומהיר של "אמונות השורש" המגבילות. מצב זה מאפשר למטפל גישה לכמות עצומה של ידע, נוסף על זה המגיע דרך החשיבה הרציונאלית והצד השמאלי של המוח (10). בכך שונה השיטה משיטות טיפול אחרות, קוגניטיביות, רגשיות והתנהגותיות, בהן הטיפול אינו מתבצע בתדר המוח תטא.

בטיפול, כאשר אנו מאפשרים למטופל לצעוד בדרך של שינוי, קיים ערך עצום ליכולת האבחון והזיהוי של אמונות חוסמות לא מודעות אשר מקשות עליו להתקדם. שיטת התטא הילינג מאפשרת לזהות אמונות כאלו ולשלוף אותן בתהליך ישיר ופשוט. יכולת זו מאפשרת למטופל

ההלכה - רקע תיאורטי

תטא הילינג היא שיטה המחברת בין ידע מדעי קיים לבין אפשרויות רוחניות זמינות. בדומה ובמקביל להתפתחות הטכנולוגית, המאפשרת לנו למקסם יכולות ולקצר מרחקים וזמנים, מתקיימת התפתחות רוחנית המאפשרת לנו לקצר זמנים של ריפוי ולפשט תהליכים מורכבים, על מנת להשיג תוצאות עמוקות ביתר מהירות ופשטות.

הצד המדעי של השיטה מתבסס על היכולת להגיע באופן מכוון לתדר גל המוח תטא (1). במחנה קיימים תדרים חשמליים אותם ניתן למדוד באמצעות מכשיר אלקטרואנצפלוגרם EEG; Electroencephalogram (2). מתוך חמשת התדרים במוח אותם עובר כל אדם במהלך יממה (3), תדר התטא הוא תדר איטי (4-8 Hz) המתקיים בזמן מדיטציה עמוקה ושינה פעילה - Rapid eye movement (REM) sleep (4). תדר התטא מאפשר נגישות לתת מודע, גם בזמן ערות מוחלטת (5). בטיפול תטא הילינג, גלי המוח, הן של המטופל והן של המטפל, נמצאים במצב תטא. הטיפול מתבצע בטכניקת שיחה טיפולית פשוטה, מובנית ועם זאת אינטואיטיבית מאוד, בהתאם לנושא ולטיפול הספציפי. הטכניקה יכולה לשלב גם מעט דמיון מודרך/ נובע, והיא מתבצעת בעיניים עצומות או פקוחות, ללא צורך במגע פיזי. מאחר וקיימות אמונות מגבילות רבות המאוחסנות בתת-המודע (6), אפשרות של נגישות ישירה ומודעת אליו מאפשרת לנו להגיע לאבחון ולריפוי. תדר תטא נקשר במחקרים רבים לשיפור תפקודי זיכרון מסוגים שונים (7,8), יצירתיות, הפחתה בחרדה



ביותר עם האוכל, ופחד עצום מתחושת רעב. "אוכלת וסובלת" היא אחת מהגדרות על פיהן אפיינה את עצמה ואת אכילתה. אכילתה בתחילת הטיפול התאפיינה באכילה "לפי הספר" כשהיא בחברה, ו"חיסול" כמויות גדולות של פחמימות ריקות במהירות ו"בחזירות", כהגדרתה, כשאינו רואה. ר' אגרה כמויות גדולות של אוכל במזווה ביתה, והתעורר בה חוסר שקט רב כאשר המזווה אינו מלא.

בילדותה גדלה ר' בבית שבו שמו דגש על שליטה וייצוגיות: נדרשה להיות זקופה, מחייכת, נראית טוב, תלמידה טובה, מקובלת חברתית וכיו"ב. היא חוותה הרבה ביקורתיות מצד האם ומעולם לא מרדה בה. ר' הייתה רעבה להכרת הסביבה בהצלחותיה, להערכה ולאהבה. המקום היחידי בו היה, עבור ר', סדק צר בחומת הייצוגיות והמושלמות הוא האוכל, והיא שאפה בכל מאודה לסגור גם סדק זה. רצונה בשליטה מוחלטת בכל תחומי החיים הביא לחוסר שליטה באכילה.

במהלך הטיפול עבדנו על מספר נושאים עיקריים, שזוהו ועובדו באמצעות התא: הקשבה לצרכים, שליטה וחוסר שליטה, הפחד מרזון, הפחד מתחושת רעב, תחושת ה"אני ראויה" שלה, הצלחה וכישלון. בתהליך זהו ושנו אמונות מגבילות לא מודעות, כגון: "שחרור שליטה הוא מוות עבורי", "רק ע" שליטה אני יכולה להיות אהובה", "אני חייבת לשלוט בגופי ובתחושת הרעב שלי", "אסור לי לאפשר לעצמי חופש", "האוכל

ולמטפל להתרכז בצדדים המודעים וההתנהגותיים של הטיפול, ללא העוגנים המעכבים הנמצאים בתת המודע. את הידע לגבי אמונותיו המגבילות של המטופל, ניתן לאמת על ידי בדיקת שריר ידנית פשוטה manual muscle testing; MMT המתבססת על תגובת הגוף למחשבות או היגדים שונים. הבדיקה מתבצעת ע"י המטפל או המטופל בעצמו, ובודקת את כוח השריר באצבעותיו, המשתנה כאשר הוא אומר בקול אמונות שונות שעלו מתת המודע שלו במהלך הטיפול. כאשר המטופל נמצא ב"כן" כלפי אמונה או היגד, כוח השריר יהיה גבוה יותר מאשר אם הוא ב"לא" ביחס לאותם אמונה/היגד (11).

המעשה - תיאורי מקרה

בשני התהליכים הטיפולים להלן, תטא הילינג היווה את אחד הכלים המרכזיים לאבחון ויצירת שינוי במערכת היחסים של הנשים עם עצמן, גופן והאוכל.

התהליך הטיפולי של ר'

ר', בת 55, נשואה+4 ילדים, עברה תהליך טיפולי שארך כ-9 חודשים. אישה בריאה, הגיעה לטיפול עם עודף משקל קל, ממוקד באזור הבטן. אשת קריירה, מטופחת וייצוגית מאוד בכל מעגלי חייה, חביבה ונעימה לכל סובביה. ר' הגיעה לטיפול במצב של מערכת יחסים המתאפיינת בחוסר שביעות רצון עמוק וכעס רב ביחס לגופה, מערכת יחסים מורכבת

נותן לי חופש", "אסור לי לטעות", "רזון זה רוע, חוסר גמישות, נוקשות", "אם אהיה רזה, אהיה כמו אמי", "שומן הוא שמחה, חיים, גמישות" ועוד. במקומן הוטמעו אמונות מיטיבות ומדויקות יותר עבורה.

במהלך התהליך, שחררה ר' חלק מהצורך העצום שלה בשליטה. היא הסכימה לאפשר לעצמה להרחיב את הסדק בחומת המושלמות והשליטה ואף להתחיל לפורר אותה, תוך יצירת בטחונות פנימיים שיחליפו את הצורך בחומה זו. ההערכה העצמית שלה עלתה והיא הפסיקה לומר לעצמה משפטים מחלישים ומקטינים. היא החלה "למרוד" בהוריה ובמה שמייצגים (סדר, ניקיון, שליטה) ואפשרה לגמישות, יצריות ושמחה להיכנס לחייה. יחסה לגופה השתנה לטובה והיא הגדירה אותו כ"בסדר, ואפילו הרבה יותר מזה". אפיזודות התקפי האכילה, האכילה בסתר ואגירת המזון נעלמו כמעט לחלוטין, וכמויות המזון שהיא אוכלת קטנו. לראשונה בחייה הבוגרים היא החלה לאכול, גם בציבור, מאכלים שעד אז היו מקוטלגים אצלה כ"אסורים" (כגון לשבת בבית קפה עם חברות ולהזמין עוגה) ויכלה לחוות הנאה מאכילתם. ר' הגדירה את אכילתה בסוף הטיפול כך: "אני קשובה לצורך שלי באוכל ומספקת אותו במדויק, ללא רגשות אשמה", ודיווחה על תחושת חופש עצומה שהיא חווה במעגלי החיים השונים ביומיום שלה. בנוסף, דיווחה ר' על ירידה של כ-6 ק"ג ממשקלה בחמשת החודשים האחרונים של הטיפול. לדבריה "על כל קילוגרם שירד מהבטן, ירדו לפחות חמישה קילוגרמים פנימיים מכבידים וכולאים".

התהליך הטיפולי של ד'

ד', בת 26, נמצאת בטיפול במשך כ-6 חודשים. ד', רווקה, בעודף משקל קל ביותר, סיפרה שמרגישה ש"תופסת המון שטח בחלל". טבעונית לאחרונה, עם אפיזודות "זלילה" של מזון לא טבעוני. מתעסקת המון באוכל ואכילה וזה גם מרגיע וגם מעייף אותה. אם יורדת קילוגרם או שניים, מיד מעלה אותם בחזרה. ד' סיפרה ש"אין הפרדה ביני לבין האוכל" וכשנשאלה עם מי בחייה עוד אין לה הפרדה, ענתה שעם אמה. ד' מרגישה שגופה "לא מספיק, לא ראוי" - לא מספיק רזה, לא מספיק יפה. לדבריה, אם גבר יראה את גופה כפי שהוא - הוא יברח. "אם הייתי רזה הייתי מוצאת זוגיות".

התמה המרכזית המעסיקה את ד' היא זוגיות. זה הדבר שהיא הכי רוצה בחייה, אך במקביל, באופן פחות מודע, זה גם הדבר המפחיד אותה ביותר. אביה של ד' נפטר בפתאומיות כשהייתה בת 8, אחותה עזבה את הבית בגיל צעיר והיא נשארה לכד עם אמה, אישה שמנה שמעולם לא יצרה זוגיות אחרת. מההתחלה הרגישה צורך לגונן על אמה, שאת יחסיה היא מגדירה "סימביוטיים". ד' חוותה בחייה גברים נוטשים, לא מכילים ולא קשובים לצרכיה.

בטיפול בד' אנו מתמקדות בנושא הזוגיות, מערכת היחסים שלה עם אמה וההקבלות בינה לבין מערכת היחסים שלה עם האוכל, ותפקיד השומן עבורה (התחושה "אני שמנה"). בתהליך זהו ושונו אמונות מגבילות לא מודעות, כגון: "גברים הם נוטשים", "בזוגיות אין בטחון", "השומן שומר עלי מפני זוגיות", "אם אהיה בזוגיות אימא לא תשרוד", "אני חייבת להיות דומה לאימא כדי לגונן עליה", "אסור לי לבגוד באימא", "אסור לי לבכות". במקומן הוטמעו אמונות מיטיבות ומדויקות יותר עבורה. בטיפול לומדת ד' לשחרר את השומן מתפקידיו, שהעיקריים שבהם הם הגנה בפני זוגיות וחיבור לאמה. היא מצליחה בהדרגה לעשות את ההפרדה

ולשחרר את הזוגיות בינה לבין אמה, ולהטמיע שמותר לה להקשיב לצרכיה ורגשותיה ולבטא אותם מול העולם, וגם מול גברים.

התהליך עדיין בעיצומו, אך השחרור מאמונות מגבילות כבר ניכר בחייה, יחסיה עם אמה הפכו מדויקים יותר וכוללים פחות עבורה ולאחרונה החל בחיי ד' קשר חדש, שלאשונה היא חווה אותו כבטוח יותר ומגדירה אותו כ"הקשר הכי נורמאלי שהיה לי עם גבר מאז ומעולם". ד' נמצאת בדרך לשחרור השומן והאוכל מתפקידיהם המגבילים.

סיכום

בטיפול באכילה רגשית מאפשר השימוש בתטא הילינג דיוק והאצת תהליכי האבחון והריפוי. פעמים רבות, הקושי בהתקדמות התהליך הטיפולי מצוי בפרע ובמאבק המתקיימים בין הרצון המודע לבין מה שחבוי בתת המודע. שיטת התטא הילינג הופכת את תת המודע לנגיש יותר, ומציעה כלים המאפשרים שינוי ישיר וריפוי ישיר ברובד התת מודע. על ידי זיהוי ושליפה של אמונות מעכבות שאינן תואמות את הרצון המודע והחלפתן באמונות מקדמות, הופך התת מודע לגורם התומך בתהליך המודע במקום לגורם המעכב אותו. דבר זה מאפשר יצירת תהליך מיטיב ומרפא במערכות היחסים של מטופלים עם הגוף והאוכל, ובכל נושא האכילה הרגשית.

מקורות:

1. Lubenov EV, Siapas AG. Hippocampal theta oscillations are travelling waves. *Nature* 2009 ;459: 534-9.
2. Klimesch W. EEG alpha and theta oscillations reflect cognitive and memory performance: a review and analysis. *Brain Res Brain Res Rev* 1999;29:169-95.
3. Von Stein J, Sarnthein J. Different frequencies for different scales of cortical integration: from local gamma to long range alpha/theta synchronization. *Int J Psychophysiol* 2000;38: 301-13.
4. Coeytaux A, Wong K, Grunstein R, Lewis SJ. REM sleep behaviour disorder - More than just a parasomnia. *Aust Fam Physician* 2013;42:785-8.
5. Bell A, Harnpattanapanich T, Hash M, Xiao J. Effect of Eye-Closure on Working Memory: An Analysis of Theta Wave Forms. <http://jass.neuro.wisc.edu> Accessed Nov 18, 2013.
6. Williams LE, Bargh JA, Nocera CC, Gray JR. The unconscious regulation of emotion: nonconscious reappraisal goals modulate emotional reactivity. *Emotion* 2009;9:847-54.
7. Reiner M, Rozenkurt R, Barnea A. Better than sleep: Theta neurofeedback training accelerates memory consolidation. *Biol Psychol* 2013; pii: S0301-0511(13)00221-4.
8. Schack B, Klimesch W, Sauseng P. Phase synchronization between theta and upper alpha oscillations in a working memory task. *Int J Psychophysiol* 2005;57:105-14.
9. Gruzeliel J. A theory of alpha/theta neurofeedback, creative performance enhancement, long distance functional connectivity and psychological integration. *Cogn Process* 2009; 1:S101-9.
10. Başar E. Oscillations in "brain-body-mind"-a holistic view including the autonomous system. *Brain Res* 2008;1235:2-11.
11. Conable KM, Rosner AL. A narrative review of manual muscle testing and implications for muscle testing research. *J Chiropr Med* 2011;10:157-65.

סופרוויז'ן אדיאטנים

דיאלוג מקצועי חדש, מחזק ותומך

ד"ר רות מסר קויצקי, פסיכולוגית קלינית מומחית בפסיכותרפיה, היפנותרפיה וסופרוויז'ן
נדיה גרינשטיין כהן, דיאטנית, מדריכת סופרוויז'ן - עמותת עתיד, מרכז שיווי משקל

סופרוויז'ן (הדרכת עמיתים) הוא סוג של הדרכה מקצועית, המקובל בקרב העוסקים בתחומים טיפוליים שונים ומתמקד בהיבטים רגשיים ותקשורתיים של עבודת הטיפול. בהיותו כלי חשוב ויעיל להעצמת מטפלים, יש מקום לשלבו בעבודה השוטפת של דיאטנים. כתבה זו סוקרת את נושא הסופרוויז'ן, החל משורשיו ההיסטוריים, דרך שילובו במקצועות הטיפול השונים, וכלה בקידומו ויישומו בקרב הדיאטנים בישראל ביוזמתה ובהובלתה של עמותת עתיד.

הדדית ובדיקת קשיים אקוטיים ביחסי מטפל מטופל ומצא בכך אפקטיביות רבה. מפגשים אלה מתקיימים בעולם כולו עד עצם היום הזה תחת הכינוי "קבוצות באלנט" (3). אנשי מקצוע מנוסים וותיקים נוהגים להיעזר בסופרוויז'ן אצל אנשי מקצוע מנוסים אחרים.

מהו סופרוויז'ן וכיצד מבוצע?

סופרוויז'ן הינו הדרכה מקצועית המתמקדת בעיקר בהיבטים רגשיים ותקשורתיים של עבודת הטיפול. ההדרכה, ניתנת על ידי אדם מנוסה, שמקצועו בדרך כלל זהה למקצועו של המודרך - "הדרכת עמיתים". המדריך עובר הכשרה, בה הוא לומד על נושא ההדרכה, מתנסה בה ומקבל הדרכה על הדרכה למשך תקופה (4). מפגשי הסופרוויז'ן יכולים להתבצע באופן פרטני או בקבוצות קטנות (3-7 משתתפים), בצורה חופשית או מובנית. כשהם מובנים, רצוי שיכללו חלקים קבועים ויודעים מראש לכל המשתתפים: הפגישה מתחילה בניסוח שאלה על ידי המודרך באמצעותה מוגדרת מטרת המפגש. לאחר מכן, מתבצעת הצגת מקרה ממוקדת שסביבו התעוררה השאלה, ובהמשך ניתן משוב מהקבוצה ומהמדריך לגבי השאלה הספציפית שעלתה. משוב זה מתפתח בדרך כלל לדיון משמעותי. עבודת סופרוויז'ן איכותית מתבצעת לאורך תקופה ובכך מהווה למעשה עבודה תהליכית (4).

סופרוויז'ן - סקירה היסטורית

שורשי הסופרוויז'ן מיוחסים לכומר האנגלי Barnett, שעבד בסוף המאה ה-19 עם מתנדבים בקהילתו במתן עזרה ברובע העני Whitechapel שבלונדון. הוא שוחח עימם ב "4 עיניים", במקביל לעבודתם ההתנדבותית הקשה, והבחין, שעבודתם נהייתה יעילה יותר ומכבידה פחות הודות לשיחות אלו (1).

ניתן לראות את ניצני הסופרוויז'ן עוד קודם לכן, בגילדות המקצועיות באירופה בימי הביניים, כשהוכנסו בהן הרגלי עבודה חדשים של מבחני איכות ומנגנוני פיקוח עצמי. במאה ה-17, עם הפרדת העיסוק במדע מן הכנסייה, הקימו המקצועות העצמאיים שהתבססו אז - רופאים, עורכי דין - גופים פנימיים לפיקוח ובדיקה עצמית במקרים חריגים כמו מוות בלתי צפוי. בסוף המאה ה-19, עם כניסת מקצועות העבודה הסוציאלית והפסיכותרפיה (פסיכואנליזה), נהייה הסופרוויז'ן גם בהם חלק מהרוטינה המקצועית. ספר ראשון בנושא הסופרוויז'ן נכתב ב-1903 ע"י Brackett בבית הספר לעבודה סוציאלית, באוניברסיטת קולומביה שבניו יורק (2).

הרופא Balint 1896-1970, דמות משמעותית בנושא ההדרכה המקצועית, נהג לכנס אנשי מקצוע מלומדים ומנוסים ממקצועות טיפוליים שונים בקבוצות קטנות, למטרת למידה, שיתוף, הכלה

ספרוויז'ן קבוצתי ופרטני

מטעם עמותת עתיד

הכשרת מדריכים

במהלך שנת 2013 הוכשרו על ידי עמותת עתיד 15 מדריכות ספרוויז'ן. ההכשרה כללה 40 שעות אקדמיות בנושא הדרכת עמיתים קבוצתית, בהדרכתה של גב' רבקה גרוס מ.א בהתנהגות ארגונית, מומחית בהנחיית קבוצות ובהדרכת מנחים בארגוני בריאות, ובנוסף, 6 שעות אקדמיות בנושא הדרכת עמיתים פרטנית, בהדרכתה של הפסיכולוגית ד"ר רות מסר-קויצקי - פסיכולוגית קלינית מומחית בפסיכותרפיה, היפותרפיה וספרוויז'ן. חשוב להדגיש כי כל המשתתפות בהכשרה הינן דיאטניות בעלות ותק של לפחות 10 שנים במקצוע, בוגרות קורס הנחיית קבוצות ועוסקות בכך בעבודתן השוטפת, ובעלות הכשרות טיפוליות נוספות שונות דוגמת: NLP, CBT, נון דיאט, ראיון מוטיבציוני, פסיכודרמה ועוד. כמו-כן, כל המדריכות עברו (ועוברות כל הזמן) ספרוויז'ן בעצמן.

הדרכת עמיתים בפריסה ארצית

הדרכת העמיתים מתקיימת בפריסה ארצית. עד כה התקיימו קבוצות בצפון (כרמיאל), במרכז (ת"א) ובירושלים. עמותת עתיד ערוכה להרחבת הפעילות באזורים רבים נוספים בארץ (14 ישובים שונים). חשוב לציין את שיתוף הפעולה לו זוכה העמותה מצד קופות החולים. חלק מקבוצות העמיתים מתקיימות במתקני הקופות השונות.

לפרטים והרשמה ניתן לפנות אל משרדי העמותה במייל: atid.diet@gmail.com

חיסה * כרמיאל * אפולה * הנהגינה * כפר שמריהו * האד השרון * הרצליה
* על אביה * גמזים * ראשון לציון * אשדוד * מארזין * ירושלים * האר שמו

תועלות הספרוויז'ן

מטרת העל של הספרוויז'ן היא יצירת אפקט לימודי עמוק ועוצמתי, על ידי מתן האפשרות לאיש המקצוע, להיות "הדיוט" בחדר ההדרכה הסגור: לדבר על כל נושא ולשאול בחופשיות כל שאלה לגבי התהליך הטיפולי המורכב והסבוכך רגשית, אותו הוא עובר עם המטופלים שלו, וזאת בסודיות מוחלטת, וללא עמדה שיפוטית מאף אחד מהנוכחים בדיון. ניכר, כי אופי ייחודי זה של הדיון, הופך את הספרוויז'ן לכלי עבודה חזק ויעיל, המאפשר ראייה של תהליכי הטיפול מזוויות חדשות וקבלת פרספקטיבה חדשה על תהליך העבודה המקצועית, לשיפור איכותה ותוצאותיה (5).

יתר על כן, הספרוויז'ן תורם להפחתת תחושת הבדידות של המטפל מול מטופלים, קולגות או ארגון, והעצמת יכולת ההכלה של מצבים מורכבים ומלחיצים. הוא עוזר להתמודד עם משברים במקום העבודה או סביב הזהות המקצועית, ומסייע בפתרון בעיות בקבוצות וצוותים במקום העבודה. בנוסף, הספרוויז'ן עוזר בהפחתת השחיקה המקצועית - בעיה ידועה וקשה בעבודה עם אנשים (1).

הטמעת הספרוויז'ן ככלי עבודה קבוע בקרב הדיאטנים בישראל עשויה לשפר את איכותה ותוצאותיה של עבודתם המקצועית.

יישום הספרוויז'ן בעולם הדיאטנים

תחום התזונה הינו תחום שהתפתח מאד בעשורים האחרונים. המקצוע החל כבעל אופי פארה-רפואי, אך עם הזמן קיבל תפנית

מסוימת לכיוון יותר טיפולי-התנהגותי. מגפות ההשמנה והסוכרת, הדורשות תהליכים מורכבים של שינוי הרגלים ושימורם לאורך זמן, חזקו מגמה זו. אחת הראיות לשינוי שחל בתפיסת המקצוע היא העובדה שדיאטנים רבים בוחרים בהמשך ללימודיהם המקצועיים האינטנסיביים, להרחיב את הכשרתם בתחום הטיפולי-התנהגותי. רבים בוחרים ללמוד קורסים שעוסקים בקשר בין מטפל-מטופל, כגון טיפול קוגניטיבי-התנהגותי (CBT), ראיון מוטיבציוני ועוד וחלקם אף משתתפים בקבוצות ספרוויז'ן, בהדרכת פסיכולוגים או עובדים סוציאליים.

דרך מצוינת להתקדם ולהתפתח בנושא הקשר הטיפולי היא באמצעות ספרוויז'ן - הדרכת עמיתים.

הדרכת עמיתים מסייעת לדיאטן לבדוק את עצמו ואת האמונות שלו לגבי תזונה והתהליך הטיפולי הספציפי עם מטופל, על מנת שיוכל לקדם את המטופל למטרותיו, מבלי שהדעות האישיות שלו ישפיעו על פעולותיו המקצועיות. ספרוויז'ן לדיאטנים, הוא גם מקום לדבר על פחדים. על תחושה שהמטופלים מציפים בנושאים שמתאימים יותר לטיפול פסיכולוגי מאשר תזונתי, ומתן כלים להתמודדות במצבים של חוסר אונים ותחושת חוסר יכולת לתרום משמעותית למטופל.

לקיחת חלק בקבוצת הדרכה יוצר בדרך כלל מצבי חשיפה של הדיאטן מעולמו הפנימי. מדובר בתחושות וברגשות שגורמות

לפעמים יש לדיאטן תחושה שהוא "נדבק" מהתנהגויות של מטופלים, ואף חזרה הביתה עם תחושות כבדות מיום עבודה, תחושת חוסר ערך ומשמעות.

"גם אם זה לא קל, חשוב לחלוק את ה"חולשה" עם אחרים. המפגש בחדר ההדרכה עם דיאטנים נוספים, נותן לגיטימציה לדבר על כל התחושות שמלוות את העבודה. התובנה כי דברים מורכבים וקשים בטיפול קורים לא רק לי כמטפל, מביאה לתחושת הקלה בחדר. עד מהרה מסתבר כי יש מי שכבר עבר את מה שאני כמטפלת עוברת ויכול לעזור לי מהניסיון שלו. הסופרוויז'ן מאפשר לתת רעיונות להסתכלות חדשה ולפעמים גם פתרונות פרקטיים למצבים סבוכים".

מקורות:

1. Belardi N., Supervision Grundlagen, Techniken, Perspektiven. Muenchen: Beck, 2009.
2. Brackett, J., Supervision and Education in Charity, New York: 1903.
3. Balint, M. Der Arzt, sein Patient und die Krankheit, Stuttgart: Klett Cotta 1996.
4. Belardi, N. Supervision fuer soziale Berufe, 2 ed. Basel: Weinheim, 1998.
5. Puehl, H. Handbuch der Supervision. Berlin: Puehl 1994.

לדילמות מקצועיות, וכל אחד מוצא דרך ופתרונות אישיים. ראוי לציין, כי לא רק בפתרונות עוסקים בקבוצת ההדרכה אלא גם בשימוש בהם כנקודת חוזק המייחדת את העבודה של הדיאטן ומגבשת את הזהות המקצועית שלו. כך נעלמות גם תחושות הבדידות והשחיקה.

מדבריהן של דיאטניות, אשר השתתפו בהדרכה:

"מדובר בקבוצה קטנה וסגורה בה מדברים על כל מה שקורה לנו כדיאטניות בקליניקה. הקשיים שלנו מול מטופלים, התלבטויות מקצועיות, תקשורתיות, שיווקיות ועוד. הכל יוצא החוצה. המדריכה, אשר מנחה את הקבוצה לא מספקת תשובות לנושאים שעולים, אבל יודעת לשקף ולכוון אותנו למצוא את התשובות שלנו. אין נכון ולא נכון - בסופו של דבר כל אחת נוקטת בגישה שלה. השיקוף והצפת הדילמות והסיטואציות הפוכות אותי לדיאטנית טובה יותר".

"כשהדיאטנית מגיעה לסופרוויז'ן, חולף זמן עד שהיא מרגישה נוח מספיק כדי לדבר על מה שקורה לה באמת עם המטופלים שלה. אבל כשהסכר נפרץ - הנושאים הרלוונטיים רבים ומגוונים. הדרכת עמיתים יכולה לסייע באותם מקרים בהם מטופל הגיע שלא מרצון או מביע התנגדות לטיפול, התמודדות עם מטופל שאינו פועל לפי המלצות הדיאטן, ולעתים אף מאשים אותו בכישלון הטיפול, מטופלים שמעסיקים את הדיאטן הרבה מעבר לשעה הטיפולית;

קלצ'צ'ו D₃ ביטוח לעצמות שלך

בטעם תפוז ובטעם לימון

טבליות לעיסה, להשלמת סידן וויטמין D למניעה ולטיפול באוסטאופורוזיס

- הטבליות ללעיסה היחידות המכילות 400 יח' של ויטמין D בהתאם לקצובה המומלצת לנשים וגברים על-ידי האיגוד העולמי לאוסטאופורוזיס.
- התכשיר הנרשם ביותר על-ידי הרופאים באירופה (על-פי נתוני IMS).
- ניתן להשיג את קלצ'צ'ו D₃ פורטה בכל בתי המרקחת ורשתות הפארם.


SINCE 1921
1-700-700-182



אתר: <http://www.facebook.co/cts.pharma> | www.cts.co.il




STRONG COMBINATION FOR STRONG BONES

The selenium–mercury connection

The affinity constant for selenocysteine’s selenium and mercury is $\sim 10^{22}$, and the free selenides that form during each cycle of selenocysteine synthesis have an exceptionally high affinity constant for mercury: 10^{45} . Mercury selenide precipitates have extremely low solubility, ranging from 10^{-58} to 10^{-65} ; thus they are thought to be metabolically inert. Therefore, once a mercury atom binds to a selenium atom, the selenium atom becomes unavailable to participate in selenoprotein formation.

Selenium is highly regulated and conserved in the brain and endocrine system. The importance of selenium in these tissues is emphasized by the fact that mechanisms of tissue redistribution have evolved to maintain normal concentrations of selenium in the brain and endocrine tissues, even during severe dietary selenium deficiency. Consequently, any substance that can surpass the protective blood–brain barrier and disrupt selenoprotein synthesis in the brain and endocrine tissues will accomplish what multigenerational selenium deficiency cannot. Mercury not only has the ability to cross the placental and blood–brain barrier, but its extremely high affinity for selenium enables it specifically to sequester the brain’s selenium by forming insoluble mercury selenides, thereby diminishing selenoprotein synthesis in these otherwise protected tissues.

In addition to stealing available selenium from selenoprotein synthesis, methylmercury can also bind to the selenium of the selenocysteine in the selenoprotein. Mercury is, therefore, biochemically defined as a “highly specific, irreversible selenoenzyme inhibitor.” Based on evidence such as this, scientists are recasting the concept of mercury toxicity in terms of its effect on selenium physiology.

Methylmercury is
a highly specific,
irreversible
inhibitor of
selenium-dependent
enzymes.

Rx

Mercury can combine with selenium, preventing selenium from doing its job.



Selenium is the key to understanding mercury exposure risks. Scientists discovered that if a body has sufficient selenium to maintain proper function, the risks from mercury are mitigated.

Turning the tables: mercury tackles selenium

It is well established that selenium can counteract mercury toxicity. This antidotal effect has been known since the 1960s and has been noted in all investigated species of mammals, birds, and fish. Until the importance of selenium was understood, this phenomenon was speculated to be the result of selenium binding to Hg, rendering it ineffectual at creating mayhem. It is now understood that selenium’s antidotal effect for counteracting methylmercury occurs by ensuring that normal selenoprotein synthesis is maintained. Therefore, this can be viewed as a matter of molar ratio: the number of selenium atoms versus mercury atoms present or consumed.

Selenium and Mercury

Fishing for Answers

An essential element

Selenium (Se) is essential for many functions in our bodies. Selenium fosters growth and development, has powerful antioxidant and cancer prevention properties, and is essential for normal thyroid hormone homeostasis and immunity. Studies indicate selenium is especially important for the brain, heart, and immune system. Selenium is even the target of certain types of viruses that disrupt essential function by stealing the selenium from our cells.

Compromised selenium-dependent metabolic processes have been linked to congenital muscular dystrophy, autism, Alzheimer's disease, Down syndrome, brain tumors, diabetes, liver diseases, and other conditions associated with increased oxidative stress or inflammation, such as rheumatoid arthritis, pancreatitis, asthma, and even obesity.

Sources of selenium

Ocean fish are among the richest sources of nutritional selenium in the American diet. Seafood constitutes 17 of the top 25 sources of dietary selenium commonly consumed in the United States. Other good sources are foods made from grains grown in selenium-rich soils, such as breads and pasta, and beef grazed on selenium-rich grasses.

The developing story

Less than 30 years ago, scientists discovered the 21st amino acid, selenocysteine. This amino acid is unique from the other 20 amino acids in that it contains selenium and it is required as the active component of selenoproteins. Scientists now know that selenium is essential for the normal function of 20–30 very important enzymes involved in numerous biological functions. The process of selenocysteine incorporation into proteins requires a complex system which is also regulated by selenoproteins. Remarkably, selenocysteine is the only amino acid that must be degraded and reformed during each cycle of selenoprotein synthesis. Selenide is released from selenocysteine when it is degraded, making it vulnerable to binding with heavy metals such as mercury because of its high binding affinity for these elements. Once bound to mercury, selenium is no longer available for selenoprotein synthesis. Therefore, if selenium is not replenished, selenoprotein synthesis cannot be maintained, and their related functions will be compromised.



Rx

Our bodies need selenium to function properly. Selenium has important roles throughout our bodies, especially in our brain and nervous system and protects against oxidative stress.

Insufficient selenium in our diets is linked to many diseases occurring from prenatal development through old age.

Some of the best sources of selenium in our diet come from ocean fish.

The American Heart Association recommends that people eat at least 2–3 servings of fatty fish a week to maintain DHA levels.

More to fish than selenium

Omega-3 fatty acids play very important roles in our bodies, roles that can't be replaced by other fats. The long-chain polyunsaturated fats, DHA (docosahexaenoic acid) and EPA (eicosapentaenoic acid) are two especially important essential omega-3 fatty acids involved in many physiological systems. They are known to fight cardiovascular disease and promote brain function, and they are vital for neurological development during the early years of life (beginning during pregnancy). Ocean fish and seafood are the best and almost only sources of DHA and EPA in our diets! This table lists some of the seafood that are good sources of these omega-3s and have more selenium than mercury.

Seafood Type	DHA and EPA Content, mg/ 4-oz serving ¹	Selenium Content, µg/ 4-oz serving ¹
Anchovies, Herring, and Shad	2300–2400	50–75
Tuna: Bluefin and Albacore	1700	50
Oysters: Pacific	1550	170
Mackerel: Atlantic and Pacific	1350–2100	50
Salmon: Atlantic, Chinook, Coho	1200–2400	40–50
Sardines: Atlantic and Pacific	1100–1600	40–60
Tuna: White (albacore) Canned	1000	70
Salmon: Pink and Sockeye	700–900	40
Pollock: Atlantic and Walleye	600	50
Tuna: Bigeye ²	500	100
Mahimahi ²	400	60
Wahoo ²	375	70
Flounder, Plaice, and Sole (flatfish)	350	35
Spearfish ²	350	60
Crab: Blue, King, Snow, Queen, and Dungeness	200–550	45–54
Clams	200–300	60
Halibut: Atlantic and Pacific	250	60
Cod: Atlantic and Pacific	200	30–40
Tuna: Skipjack and Yellowfin	150–350	50–100
Tuna: Light Canned	150–300	90
Tilapia	150	60

¹Except where noted, data are from the U.S. Department of Agriculture and the U.S. Department of Health and Human Services Dietary Guidelines for Americans, 2010. See more at www.cnpp.usda.gov/DGAs2010-PolicyDocument.htm and www.ars.usda.gov/SP2UserFiles/Place/12354500/Data/SR23/reports/sr23fg15.pdf.

²Data are from www.hawaii-seafood.org (DHA and EPA) and from Kaneko, J.J.; Ralston, N.V.C. Selenium and Mercury in Pelagic Fish in the Central North Pacific near Hawaii. *Biol. Trace Elem. Res.* 2007, 119(3), 242–254

Should you worry about mercury?

Current mercury advisories focus only on the mercury levels in fish. They do not account for the beneficial nutrients or the selenium–mercury interactions. Regardless, the current federal advisory for fish consumption recommends that everyone eat ocean fish for the healthy nutrients fish provide.

Pregnant and Nursing Moms. The U.S. Food & Drug Administration (FDA) recommends that pregnant and nursing moms eat 12 oz of fish weekly for the health of their babies, avoiding the fish that are highest in mercury: swordfish, shark, tilefish, and king mackerel. FDA also recommends checking local advisories for fish you catch yourself.

Young Children. Because the brains of young children are still developing, the FDA recommends that young children also eat a variety of fish but, as a precaution, avoid swordfish, shark, tilefish, and king mackerel.

Everyone Else. Bon appétit! There are no recommendations to avoid any ocean fish. Dark and oily fish provide the most omega-3s, but eating a variety of ocean fish will provide balanced nutritional benefits and please your palate.

For more information on nutrition and fish, visit our Web site:

www.undeerc.org/fish

This public awareness effort was sponsored by the National Oceanic and Atmospheric Administration Fisheries Service Pacific Islands Regional Office (Cooperative Agreement No. NA09NMF4520176), the U.S. Department of Energy's National Energy Technology Laboratory (Cooperative Agreement No. DE-FC26-08NT43291), and the Energy & Environmental Research Center's Center for Air Toxic Metals® at the University of North Dakota.



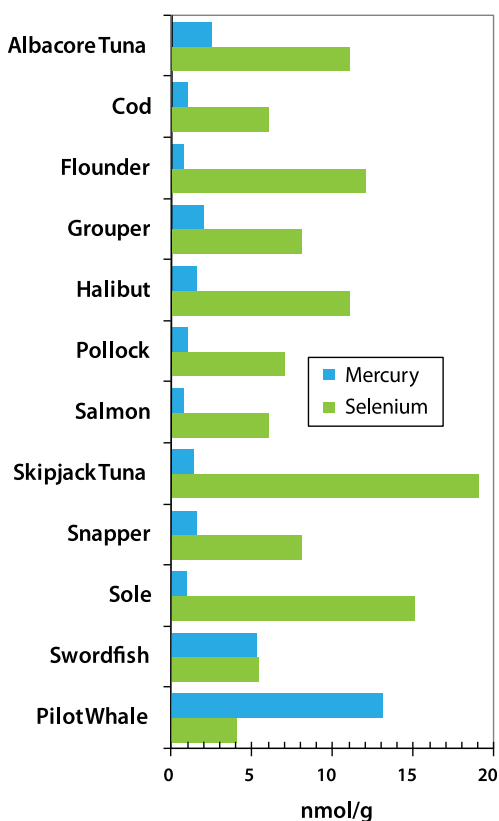
Practical applications

Mercury exposure through fish consumption

Human populations are exposed to mercury through fish consumption. Understandably, people are concerned about “eating mercury.” In reality, the health risks of fish consumption vary with fish type and location. Methylmercury exposure risks vary in response to the selenium:mercury molar ratios in fish (the higher the ratio of selenium to mercury, the more likely that selenoprotein synthesis will be undisturbed) as well as individual and regional differences in selenium intake. Environmental availability of selenium is highly variable, abundant in soils of one area and dangerously low in regions only miles away. Although the overall selenium status in the United States is good, differences in relative quantities and quality of food choices can result in individual differences in selenium status.

Ocean fish

Oceans are rich in selenium. Thus most ocean fish contain more moles of selenium than of mercury (as presented below). Importantly, the detrimental effects from eating seafood were associated with maternal consumption of pilot whale, a marine mammal that contains much more mercury than selenium.



Most ocean fish contain more selenium than mercury.

Rx

Although it is a natural element in the environment, we don't usually think about mercury exposure except at the table, because the most common exposure is from eating fish.

However, fish are also packed with nutrients: omega-3s, vitamins, high-quality protein, and minerals including selenium. It is essential for our health that we understand the real risks of avoiding fish versus the potential risk of mercury exposure from eating fish.

Since ocean fish are excellent sources of selenium, they provide nutrients without repercussions from mercury exposure.

Less is known about freshwater fish, but this is an active area of research.

Freshwater fish

Although typical varieties of ocean fish are selenium-rich, the selenium in freshwater fish is more variable and may be limited in certain regions.

The selenium levels in lake fish reflect the regional selenium levels in the soils. Methylmercury concentrations are higher in fish living in lakes where selenium availability is limited. Likewise, the lakes that have higher selenium availability tend to have fish with low methylmercury levels. In studies of low selenium-high methylmercury lakes, adding selenium to the lakes resulted in mercury levels in fish diminishing by more than 75%.

Therefore, the risks of consuming freshwater fish will vary, depending on their mercury and selenium levels. So while ocean fish offer nutritional benefits, the benefits of freshwater fish can be regionally specific. Although selenium levels may not be known for most lakes, local consumption advisories will inform you of the mercury levels in fish, so look to these to determine meal frequency and portion size. Freshwater advisories may change as health officials better understand the local and regional selenium:mercury levels.



צרכני העתיד - מסע בין סופרים פרויקט משותף לתעשייה ולפורום צעירים של עמותת עתיד

אסף בוך¹, צרי בריקנר¹, אנה פישמן¹, דקלה אופיר², קרן ברכיהו³, אורנה לוי³ - צוות היגוי.
¹חברי פורום צעירים, עמותת עתיד; ²פרולוג-שיווק חברתי; ³דיאטניות יוניליוור ישראל וחברות עמותת עתיד

מדפי המזון מביאים לנו היצע רחב ומתחדש מדי יום, עם תקשורת, תקנות וטכנולוגיות שגם לאנשי מקצוע לא תמיד יש את כל הידע על מנת להדריך ולסייע לצרכן לבחור את הטוב יותר עבורו. חברת יוניליוור זיהתה את הצורך הזה של דיאטנים, במיוחד הצעירים, להרחיב את הידע וההבנה של הקשר בין תעשיית המזון לצרכן הישראלי. וכך, בפרויקט משותף וארוך טווח עם פורום צעירים של עמותת עתיד, אנו מקווים לפתח כלים שיסייעו למטופלים שלנו לאמץ אורח חיים בריא יותר.

טבעי, נבחר פורום צעירים של עמותת עתיד כשותף. בפורום, חברים תזונאים לעתיד ודיאטנים צעירים בעלי מוטיבציה גבוהה להשפיע על פני המקצוע ועל ציבור הצרכנים. הדור הצעיר, שלא מכבר יצא מספסל הלימודים ועכשיו נדרש לראשונה לגשר בין הידע התיאורטי הרב שרכש במהלך לימודיו, לבין המציאות שלה כללי משחק משלה.

פער זה בין הרצוי למצוי מציב אתגר לדיאטנים שרוצים להגיע אל הצרכן ולסייע לו לעשות את השינוי ההתנהגותי לכריאות טובה יותר. על מנת לגשר בין התיאוריה למציאות יצאנו למסע משותף במטרה להרחיב את ההיכרות שלנו עם עולם התעשייה ועם הצרכן הישראלי בתקופת הניו-מדיה.

כיצד נולד הפרויקט?

חברת השפע מביאה לציבור הצרכנים פיתויים וריגושים באופן מתמיד. קהל הצרכנים רוצה מצד אחד ליהנות ולהתפנק, אך במקביל ישנה עלייה במודעות שלו לקשר בין תזונה ובריאות ויש ציפייה לאזן בין השניים. הדיאטנים ותאגידי מזון רבים עוסקים אפוא בסוגיות כריאות בצורות שונות ומנהלים שיח עם קהל מגיב, יוזם ומשפיע. כל זה מהווה אתגר גדול בפיתוח מוצרים איכותיים יותר.

צוות הדיאטניות ביוניליוור בחר לקחת סוגיה זו צעד נוסף קדימה ולמצוא שותף נכון, אסטרטגי ומקדם לצורך התמודדות עם אתגר זה: שיפור מזונות וסיוע לצרכן לבחור את המזון הנכון עבורו. באופן



היכרות עם התעשייה

על מנת לבנות את השותפות התחלנו בהיכרות: מי היא התעשייה? אל מי היא פונה? מה היא מנסה לקדם? הרגולציה בישראל ובעולם והאתגרים שעומדים בפני התעשייה וכן בפני אנשי מקצוע הממליצים על תזונה, מזונות והרגלי חיים. בכנס "תזונה מונעת-איחוד כוחות" הוזמנו סטודנטים לתזונה משנה ג' להשתתף במושב ששיקף את תפקידה של הדיאטנית בתעשייה, האתגרים העומדים בפני איש בריאות בתעשייה וההזדמנות להשפיע על בריאותו של הציבור. כמו כן, ניתנו כלים במטרה לגשר על המעבר מהאקדמיה לעבודה היומיומית של הדיאטן, וכיצד מתחילים להשפיע ולהיות מעורבים בבריאותו של הציבור.

במהלך סוף שבוע אביבי שהתקיים בזיכרון יעקב, קיימנו מפגשים וסדנאות של חברי פורום צעירים עם מיטב הטכנולוגים ואנשי השיווק של חברת יוניליוור. חלקנו ידע, נחשפנו למידע חדש ועדכני בתחום. במפגש זה נעשה מיפוי של האתגרים העומדים בפנינו, לתורך גיבוש החלטה במה להעמיק ולהתמקד בשלב הראשון. ההחלטה שהתקבלה הייתה להכיר את הצרכן - הקונה הישראלי והרגליו היומיומיים.

היכרות עם הצרכן

התחלנו לחקור את אופיו של הצרכן הישראלי: מיהו הקונה הישראלי? מהם הקווים האופייניים לדמותו? כל זאת במטרה למצוא פתרונות

שישפרו ויאפשרו לצרכנים לעשות את הבחירה הבריאה.

ממחקר שערכה חברת שילוב Millward Brawn אודות הצרכן הישראלי ב-2012 (ICI - Israeli Consumer Insights 2012) - סגנון חיים, תמורות ומגמות) עולה כי בני הנוער הנם ילידים דיגיטליים - הם נולדו לתוך העולם הטכנולוגי, מדברים בו בצורה שוטפת וחושבים טכנולוגית. לעומת זאת, המבוגרים ברובם הם "מהגרים דיגיטליים" הם התרגלו לטכנולוגיה לאט, למדו את יתרונותיה, אך לא לגמרי סומכים עליה. אז בין אם הצרכן שלנו הוא "יליד דיגיטלי" או "מאמץ נלהב", ניכר כי הצרכן הישראלי הוא צרכן "דיגיטלי", ולכן חשוב לנו לפתח כלים דיגיטליים שיייעו לו ויעודדו אותו לאמץ הרגלים נכונים לעצמו. על מנת להכיר יותר לעומק את התחום הדיגיטלי קיימנו סדנא בנושא שנערכה במסעדת ליליות, הפועלת לקידום חברתי.

כמושב שנערך בכנס השנתי של עמותת עתיד, הוצג בפנינו פרופיל הקונה הישראלי: מה הוא מחפש? מה הוא רוצה? וכיצד ננגיש לו את כל המידע הנ"ל?

מאחר שהיום יותר מתמיד הצרכן נמצא ברשתות החברתיות השכלנו ב-10 תוכנות על הקהל במדיה החברתית, מתוך הרצאתו של ד"ר יובל דרור, מבית הספר לתקשורת, המכללה למנהל כמו: איך להשתלב בשיחה? מיהם החברים ברשת? מהי משמעות העובדה שאנשים נמשכים לאנשים שדומים להם? בנוסף, למדנו כי המדיה מתמחה במה שקורה עכשיו וניתן לראות איך השיחה משתנה בזמן אמת והבנו, כי במדיה החברתית אין מי שיגיד נכון/לא נכון, כך שלמעשה אפשר לומר כמעט הכל.

יצאנו לשטח - ביקור בבית הצרכן

לא הסתפקנו בלימוד תיאורטי של הצרכן הישראלי. ולכן, יצאנו לשטח לבקר את הצרכן בביתו, במטרה להבין לעומק את הרגליו. כמו שאנו יודעים, לא תמיד מה שהצרכן מדווח לנו, בביקור במרפאה לדוגמה, זה מה שבאמת קורה במציאות. לכן החלטנו להצטרף לתהליך מרתק שכולל הצצה למציאות היומיומית האמיתית של הצרכן, תוך כדי אפשרות לשיחה עימו וחשיפה להרגליו האמיתיים.

מחולקים לצוותים קטנים של 2-3 אנשי מקצוע, בהם דיאטנים וטכנולוגים קבלנו הצצה לביתו של הצרכן הישראלי. משפחות מאזור המרכז פתחו לנו את דלת ביתם, את פינת האוכל, המטבח והמקרר ואנו ניצלנו הזדמנות זו על מנת לשאול על הרגלי הקניה, הצריכה, הבישול והאכילה של בני הבית באופן בלתי אמצעי. אספנו לא מעט חוויות. לדוגמה: בהרבה בתים גילינו שהילדים הם אלו שמחליטים אילו דגני בוקר קונים. בהרבה בתים יש קושי לשלוט בחטיפים ובמתקים. אנשים היו רוצים לאכול בריא יותר, אך "מבחן הפח" מכתוב לא פעם את התפריט ועוד.

בימים אלו מתכנס צוות ההיגוי ומגבש את המשך הפרויקט לשנת 2014.

לסיכום, המסע להכרת הצרכן הישראלי כלל נקודות ציון רבות בשנה האחרונה: החל מתיאוריות וכלה במפגשים עם הצרכנים עצמם בביתם. המסע טרם הושלם וכל נקודה בו העמיקה את הידע והתובנות שלנו, וכפועל יוצא את יכולתנו להשפיע הן כאנשי מקצוע והן כתעשייה.

שילוב כוחות ושיח פנימי שלנו, יחד עם השותפים שלנו לדרך: חברה, תעשייה, יצרני המזון, קולגות בתחום הבריאות ואפילו יחד עם הצרכנים יכול לתרום לחינוך הצרכנים לבחירות מושכלות יותר. באמצעות שיתוף פעולה זה נוכל לפתח מוצרים בריאים יותר, ממרכיבים איכותיים יותר ולסייע לצרכן לעשות את הבחירות הנכונות ביותר עבורו.

בשלב זה, לאחר שספגנו תיאוריות וידע ורכשנו כלים משמעותיים כל שנותר הוא לפעול: לפעול לצמצום הפער בין הידע למעשה, צמצום פערי הידע בין אנשי המקצוע לצרכנים, צמצום הפער בין התחושות, הרצונות והחוויות הרגועים לדרך חיים בריאה ונכונה המלווה את הצרכנים בחיי היומיום שלהם. שיתוף הפעולה הנהדר בין יוניליוור לעמותת עתיד קרם עור וגידים. הקשר נוצר מתוך אמונה חזקה כי רק דרך משותפת לדיאטנים, לטכנולוגים ולתעשיית המזון ועשייה מתמדת בתחום תצליח להוביל שינוי נרחב ואמיתי, אשר יוכל לבריאות טובה יותר מקטן ועד גדול.

אנו מזמינים אתכם, הדיאטנים הצעירים והדיאטנים לעתיד, להצטרף אלינו בשנת הפעילות הקרובה ולקחת חלק במסע מרתק זה שיתן לכם כלים ממשיים להוביל את קהל הצרכנים/המטופלים שלכם לאימוץ אורח חיים בריא יותר.

הכתבה בחסות יונילבר



עמותת עתיק

דיאטנים

עם

רישיון!

סקירת פעילות

העמותה לאכיפת

חוק העיסוק בתזונה

עידן אבובא, עו"ד



במהלך שנת 2013 פעלה עמותת עתיק, בהובלתו של עו"ד עידן אבובא, לאכיפת חוק העיסוק במקצועות הבריאות, כאשר ברקע העמותה מקבלת תמיכה עקרונית לפעילותה בנושא מהאיגוד בהסתדרות, מאגף רישוי מקצועות הבריאות ומהמועצה הישראלית לצרכנות. שנה זו הוקדשה בעיקרה לפעילות מול המכללות לתזונה משלימה, והביאה לשינוי של התעודות המוענקות לבוגרים של 15 מכללות! תעודות בסגנון של "תזנאי הוליסטי/דיאטן קליני טבעי" וכד' הוחלפו בתעודות חוקיות.

על מי שקיבל אותן כדיון. מגוון התעודות והפרסומים, שבהם עושים שימוש בוגרי המכללות, הוא רחב: החל מתעודות תזונאים, מומחים לתזונה סינית, תזונה הוליסטית, תזונה טבעית, יועצי תזונה, מומחי תזונה, מתמחים בתזונה ועוד. למרות השוני בתעודות, המשותף לכולם הוא שניים - כולם מפירים, הפרה מהותית ופלילית את חוק הסדרת העיסוק במקצועות הבריאות וכולם פוגעים בפרנסת התזונאים/דיאטנים על ידי התחזות אסורה. כבר בתחילת הדרך הובן כי ראשית, יש להיאבק במכללות עצמן: הן אלו המייצרות בכל שנה מאות בוגרים חדשים אל השוק עם תעודות בעייתיות ביותר. היה צורך דחוף בשינוי מהותי מהיסוד לגבי מכללות אלו.

חוק הסדרת העיסוק במקצועות הבריאות נועד לקבוע מי יכול/ה להעניק שירות במקצועות הבריאות. החוק מתווה את רמת המינימום לעוסקים במקצועות אלו וכן חובות המוטלות עליהם. מטרת החוק הינה ברורה: דאגה לבריאות הציבור על ידי שמירה על רמת עוסקים גבוהה. אחת הדרכים להגשים מטרה זאת היא על ידי אבחנה ברורה בין מי שזכאי לרישיון, ומי שאינו.

על ידי מתן רישיונות / תעודות הדיאטנים מובדלים מבוגרי קורסים שונים ויחד עם זאת, מתקיים שוק אדיר של בוגרי מכללות, שמחד מרשים לעצמם להתהדר בתעודות, כאלה המציגות אותם כדיאטנים / תזונאים ועל ידי כך מפרים את החוק ברגל גסה, ומאידיך לא צריכים לעמוד בדרישות החוק כדי לקבל תעודות אלו או לקיים את הדרישות החלות



עמותת הדיאטנים והתזונאים בישראל

דיאטנים עם רישיון!

המכללות מתחייבות בפני הבוגרים לגבי תעודה בנוסח מסוים, שממנה עולה כי הבוגר יכול גם להציג עצמו בצורה מסוימת. ככל שיתברר לבוגר שהוא אינו יכול לעשות שימוש בתעודה שהובטחה לו, אזי אל מי הוא יפנה בטענות? במילים אחרות, הגענו למסקנה כי יש לגרום להנהלות המכללות להבין, שבצעם הנפקת תעודות אלו הן מפרות את החוזה עם תלמידיהן וכי הן עלולות להיתבע בשל כך בהיקפי ענק - הן בשל הפרת ההתחייבות החוזית כלפי הבוגרים והן בשל הנזקים שהן גרמו להם, לרבות הסתככות פלילית עם החוק.

כל המכללות קיבלו מאיתנו מכתב ברור ונוקב המבהיר להן כי אם בוגריהם יעשו שימוש בתעודות שהן מנפיקות, התוצאה עשויה להיות כפולה: הבוגרים יפרו את החוק ויהיו חשופים לסנקציות בשל כך. בנוסף, המכללות מסתכנות בתביעות עתידיות מצד אלפי בוגרים שיבינו כי הטעו אותם. כאמור, למהלכים אלו הצלחנו לרתום גם את האגף להסדרת מקצועות הבריאות במשרד הבריאות. אין ספק שלמכתב הנושא חותמת רשמית של לשכת המשפטים של משרד הבריאות יש את המשקל הסגולי שלו.

התוצאה הייתה משיעת רצון מבוהנת. נכון שנדרשה עבודה רבה כדי לשכנע, לצד המכתבים, בדבר כדאיות בשיתוף פעולה איתנו והגעה לנוסחי תעודות בהסכמה. אולם, אין ספק שניתן לומר כי כמעט כל המכללות עשו שינוי מהותי, והשימוש במלים תזונאי/דיאטן הוסר מן התעודות המונפקות לבוגריהן.

דוגמאות להצלחות מלאות הן: המכללה למנהל שהייתה הראשונה לשתף פעולה ולהסדיר את התעודה מטעמה, מכללת מדיסין ומכללת סמינר הקיבוצים. כל אלו לצד מכללות קטנות רבות אחרות. מכללה בה השגנו הצלחה חלקית (אם כי משיעת רצון) היא מכללת רידמן ומתוכנן סבב שיחות שני בנושא.

התערבות המועצה הישראלית לצרכנות

במקביל להתקדמות מול המכללות, הגענו למסקנה כי מעבר להיבט הבריאותי מדובר גם בעבירות על דיני הצרכנות השונים. המכללות, בהסתירן מהבוגרים את האיסורים שמטיל החוק, בעצם פוגעות בתלמידיהן המהווים צרכני שירות מהן. בהמשך הדרך, בוגר מכללה שמטעה את הציבור, בהציגו את עצמו כתזונאי מוסמך, יוצר הטעיה נוספת כלפי הציבור הרחב.

יו"ר והיועץ המשפטי של המועצה קיימו איתנו ישיבה ארוכה, שבסופה הוחלט כי ככל שמכללות מסוימות יעמדו בסירובן לתערב המועצה

נפגשנו וגייסנו לתהליך את תמיכתם של שלושה גורמים חשובים: האחד, מר אלי גבאי, שמכהן כיו"ר מקצועות הבריאות בהסתדרות, השני, האגף להסדרת העיסוק במקצועות הבריאות במשרד הבריאות בראשותו של ד"ר אמיר שנון (במיוחד עו"ד אביטל וינר אומן, מהלשכה המשפטית של משרד הבריאות) והשלישי, יו"ר המועצה הישראלית לצרכנות - עו"ד אהוד פלג.

מה אומר החוק לגבי איסור הטעיה? ההיבט הפילי

חוק הסדרת העיסוק במקצועות הבריאות מצד אחד אמור להעניק לדיאטנים הגנה מפני השגת המקצוע. מצד שני הוא מטיל חובות אקדמאיות ומקצועיות ואף הופך את הדיאטנים לכפופים למערך הפיקוח של משרד הבריאות, שבמקרים קיצוניים אף יכול לשלול את רישיונם.

החוק יוצר כמה הגנות לטובת הדיאטנים. ראשית, סעיף המטרה, דהיינו הסעיף שמגדיר את מטרת החוק, הוא הגנה על בריאות הציבור. משמע, החוק נועד ליצור רמת מינימום של מטפלים בתחום מקצועות הבריאות. העיקרון השני שנקבע הוא כי אסור להטעות את הציבור.

מהי הטעיית הציבור? כל שימוש בשם שממנו עשוי להשתמע כי המטפל מוסמך - מילים כגון מומחה לתזונה, יועץ תזונתי או אפילו מומחה לתזונה סינית - מהווים הטעיה. העיקרון השלישי הוא כי הטעיה מהווה עבירה פלילית שקנס כבד בצידה.

מכתב נוקב וברור מצד המחלקה המשפטית של משרד הבריאות מבהיר, לכלל ראשי המכללות בכלל ולמתחזים לבעלי תעודה בפרט, את האמור לעיל.

שוק המכללות ללימודי רפואה משלימה (ותזונה) בישראל

בישראל קיימות כ-15 מכללות מוכרות וגדולות שפועלות בתחום הרפואה המשלימה בכלל ובתחום התזונה בפרט (יש גם מכללות למאמנים, לרבות מאמני תזונה, בהן החלטנו שלא לעסוק בשלב זה). מכללות אלו מנפיקות בכל שנה מאות תעודות עבור בוגריהן. כל התעודות שנופקו היו בעייתיות וכללו כניוים כמו: תזונאי הוליסטי, תזונאי קליני טבעי ועוד.

הבעיה העיקרית שלנו נבעה מכך שהמכללות לא כפופות לחוק הסדרת העיסוק במקצועות הבריאות. הבוגרים כן והמכללות לא. כאן עלתה השאלה הבאה: כיצד נשכנע את הנהלות המכללות לוותר על מקור הכנסה מכובד ולהפסיק להמשיך ולהנפיק תעודות שגורמות לבוגריהן להפר את החוק? הפתרון הגיע דווקא מתחום דיני הנזיקין והחוזים -

ותבחר את הבעייתיות הנובעת מהתנהלותן ואף תשקול להפעיל צעדים שונים.

לשמחתנו ולאור ההתקדמות מול המכללות התערבותם טרם נדרשה.

המהלכים המתוכננים לעתיד לבוא

בתחום המכללות - בעתיד הקרוב אנחנו מתכוונים להשלים את הפניות אל כל המכללות "הבעייתיות". בעיקרון אפשר לומר היום בוודאות מלאה כי רובן המוחלט מוכן להידברות ולהסדרת התעודה, אולם נדרש מאמץ נוסף כדי להביא אותן לידי ביצוע מלא. בנוסף ולא פחות חשוב, יש לנהל מעקב רציף על מנת לוודא שאף מכללה לא חוזרת בה מהתחייבויותיה בעניין.

יחד עם זאת, המלאכה לא תמה. ישנן עוד מכללות מגזריות רבות, במגזר החרדי והערבי, אשר טרם מיפינו אותן בשל הקושי להגיע אליהן. מכללות אלו "מנפיקות" תעודות בודדות, עד כ-20 תעודות בשנה, ולעיתים אין מאחריהן אלא מרצה המגדירה עצמה כמומחית וחדר המשמש ככיתה לעת מצוא. מפאת היותן מגזריות פגיעתן חמורה כלפי מי מהדיאטנים שעובד במגזרים אלו, שמתבע הדברים הם מצומצמים יותר, ונאלץ להתחרות עם בוגרי קורסים המתחזים והמציגים עצמם כתזונאים מן המניין.

בתחום העיתונות - למרות פניות שנעשו בעבר אל מערכות העיתונות וכלי התקשורת האלקטרוניים עדיין מוצגים עוסקים שונים בתזונה כמו גם בוגרי מכללות וקורסים כדיאטנים או תזונאים. לעיתים באשמתם

של המרואיינים שמטעים את הכלי התקשורת ולעיתים באשמת הכתב שאינו בקיא בהבדלים. העיתונות בפרט וכלי התקשורת בכלל חבים חובת דיווח אמת והגנה על הציבור. לפיכך, בימים אלו אנו מגבשים קו פעולה, כלפי מערכות העיתונות וכלי התקשורת האלקטרוניים, על מנת להפסיק מנהג זה ולעודד אותם לפנות אל דיאטנים מורשים.

מהלכים שיש לבצע מול מעסיקים - מהלך נוסף אשר בכוונתנו להשלים הוא מיפוי גורמים המעסיקים בוגרי קורסים המתחזים לבעלי תעודת מקצוע בריאות בתחום המזון. כך למשל, גילינו לאחרונה מכון כושר מפורסם המעסיק נטרופתית ומגדיר אותה כתזונאית המועדון.

כאן המקום להדגיש את הסיוע החשוב של חברי עמותה שדיווחו לנו על הפרות של החוק, ושלחו לנו תמונות של פרסומים מצד מעסיקים ומצד אנשים פרטיים המפרים את החוק ומכנים עצמם תזונאים/דיאטנים. המטרה שלנו בפעילות מול המעסיקים היא כפולה. ראשית, לשכנע אותם להעסיק תזונאים בעלי תעודה רשמית, במקום בוגרי מכללות שונים ועל ידי כך לגרום להעסקת יותר דיאטנים. שנית, הפסקה של הטעיית הציבור והשגת המקצוע במקומות המעסיקים אנשים בעלי ידע בנושא תזונה.

מהלכים נוספים - מתוכננת פעילות במגוון ערוצים נוספים, שאנו מנועים מפרסומם בשלב זה.

בכוונתנו לפעול במלוא המרץ והשאת אל מול מי שינסה לבצע השגת המקצוע!

SAVE THE DATE

עמותת הדיאטנים והתזונאים בישראל

עמותת עתיד ואיגוד השיננות

בכנס משותף בנושא

סוכרת ובריאות הפה

יום רביעי, 2 ביולי 2014, גני התערוכה,
מרכז הירידים והקונגרסים בישראל, ביתן 10

הפקה ומזכירות הכנס:
עוז הפקות - כנסים וארועים
טל: 072-2490520 פקס: 072-2490526
info@oz-pro.co.il

הכנס השנתי 2013 עתיד

תזונה, טיפול וקריירה

ב 9-10 בספטמבר התקיים הכנס השנתי של עמותת עתיד במרכז הכנסים שפיים. בכנס הוצגו עדכונים וחיידושים מעולם התזונה והבריאות, והושקו שני פורומים מקצועיים חדשים, בנושאים הפרעות אכילה ובריאות הציבור. כמו כן, שולבו בכנס הרצאות וסדנאות במגוון גישות טיפול ובנושאים עסקיים ושיווקיים. בכנס השתתפו כ-550 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!



תודות למארגנים, למרצים ולשותפים.



ד"ר טלי סיני - יו"ר העמותה
ד"ר אסנת סרון - מנכ"לית העמותה



חיה שויגר - פורום בריאטריה



ענת תבור - פורום ילדים



יאיר להב - פורום ספורט



עדי זוסמן -
פורום התנהגויות אכילה



אירית פורז

הקוד האתי של הדיאטנים בישראל

בכנס הוצגו לראשונה תהליך עדכון הקוד האתי של הדיאטנים וקווים מנחים עיקריים בעבודת הדיאטן/תזונאי, ע"י יו"ר ועדת האתיקה - הגב' אירית פורז

חברי הוועד



בחירות לוועד המנהל של העמותה

עם צמיחתה והתרחבות פעילותה של העמותה בשנים האחרונות, הולך וגדל גם מספר החברים המגישים מועמדותם ומתנדבים לכהן בוועד המנהל. בבחירות שנערכו השנה נבחרו ברוב קולות: טל פלג, גל כהן לס, יפית קסלר ונציגת הדיאטנים הצעירים: אלינור פרידמן.

אנו מברכים אתכן על הצטרפותכן ומאחלים לכן הצלחה, הנאה וסיפוק במילוי תפקידכן!
תודות לחברי הוועד היוצאים: דנה ויינר, עדי זוסמן, לילך חופי ואסף בוך, אשר סיימו קדנציה בת שנתיים, על פעילותם המסורה! וכמובן לחברי הוועד הממשיכים בתפקידם: אסנת בוברוב, אסנת בירנבאום וד"ר טלי סיני - יו"ר העמותה. קורות חיים מקוצרים ו"אני מאמין" של כל אחד מהחברים ניתן למצוא באתר העמותה.

השקת פורומים

פורום בריאות הצבור



חווה אלטמן - משרד הבריאות

במושב זה הוצגו פרויקטים לאומיים של קידום בריאות: פרויקט הפחתת המלח של משרד הבריאות, פרויקט של חלוקת ירקות ופירות בבתי הספר על ידי משרד החקלאות והחינוך, פיילוט של קידום בריאות באמצעות חברת מדיה "ענני תקשורת" בפרויקט חיים בריא ועוד. במפגש נוסף של הפורום שנערך בחודש דצמבר נבחר צוות מוביל: תמר כהן, רונה שפר ורחי שטיינמץ

ד"ר מור ישראל



פורום הפרעות אכילה

מושב זה כלל הרצאות של דיאטניות ושל עו"ס. במושב הוצגה החשיבות של עבודת צוות רב מקצועי בתחום טיפולי רגיש זה. מפגש נוסף של פורום הפרעות אכילה התקיים בדצמבר. את הפורום מובילה ד"ר מור ישראל! המעוניינים להצטרף לפעילות הפורומים מוזמנים לפנות לעמותה במייל: atid.diet@gmail.com

סדנאות:



סדנאות סופרוויז'ן - נדיה גרינשטיין

במסגרת הכנס הועברו סדנאות מגוונות בהן, סדנאות בנושא סופרוויז'ן לדיאטניות, אשר הועברו ע"י נדיה גרינשטיין-כהן, קרן עמית ודפנה רון. עוד על סופרוויז'ן תוכלו לקרוא בגיליון זה בעמודים 23-25

קלפים טיפוליים בהנחיית הדיאטנית גל כהן לס

הקלפים הטיפוליים מהווים כלי עבודה מעולה לאנשי טיפול, אימון והוראה. הם מהווים חלק מארגז הכלים בעבודה עם קבוצות, יחידים, משפחות וזוגות.

הקלפים הטיפוליים הינם קלפים מצוירים/מצולמים מעולמות תוכן שונים, אשר מהווים כלי לביטוי עולמו הפנימי של האוחז בהם, מאפשרים דיאלוג, פיתוח דמיון, חשיבה יוצרת ופתרון בעיות.

ללכת עם החזון האישי אל ההצלחה העסקית בהנחיית אדוה הימן - מנכ"לית העמותה לשעבר

"תמיד מתחילים עם החזון, כי הוא איתנו וכל מה שאנחנו עושים הוא להגשמתו".

בסדנא למדנו איך בונים את החזון האישי שלנו באופן כזה שיוכל להתוות לנו גם את הדרך העסקית שלנו, כיצד יוצאים מתוך החזון אל הפעולה: האסטרטגיה, האסטרטגיה השיווקית ותכניות העבודה, ומדוע זה בכלל חשוב להצלחה העסקית שלנו.



סדנת קלפים טיפוליים

דיאטנים חוקרים ויוצרים

גם השנה התקיימה בכנס תערוכת פוסטרים בה דיאטנים הציגו עבודות מחקר לתארים מתקדמים, תיאורי מקרה ייחודיים ופרויקטים בתחום התזונה והבריאות. הפוסטרים נסקרו 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 וממקוריותן.

שלושת הזוכים בפוסטר מצטיין:

שני בן אהרון-בקרמן, על מחקרה בנושא: שובתי רעב - אתיקה והטיפול התזונתי באישפוז.

ברוך נרוצקי, על עבודתו בנושא השפעות תה ירוק על מסת הגוף וגורמים מטבוליים ודלקתיים בקשישים.
לירון שמעוני, על עבודתה בנושא שינויים מטבוליים בחולים המוזנים בצינור מזגסטרי (זונדה) לחידוש הזנה.



ברוך נרוצקי



שני בן אהרון-בקרמן



לירון שמעוני

תודות לצוות השופטים:

ד"ר שרון עירון שגב - דיאטנית, מנהלת מרכז isis לאיזון גופני, נפשי ותזונתי
ד"ר גל דובנוב רז - רופא ילדים, מנהל מרפאת ספורט, תזונה ואורח חיים בריא, המרכז הרפואי שיבא, תל השומר
אדיק בריליון, דיאטן ישראלי שמנהל מחלקה לתזונה במוסד יוקרתי באנגליה.
תודה לחברת פרמהבסט על מתן החסות לתערוכה.



ד"ר גל דובנוב רז
שופט בתערוכת הפוסטרים



ד"ר שרי עירון שגב
שופטת בתערוכת הפוסטרים

חדש!

הפתיתים
שילדים אוהבים
בסדרה חדשה
עם פלוס תזונתי
לכל מוצר בסדרה יש
פלוס תזונתי שונה:



פתיתים פלוס

פתיתים פלוס בורגול
מקור לסיבים תזונתיים



פתיתים פלוס ירקות
מכיל 25% ירקות



פתיתים פלוס חיטה מלאה
מכיל 30% חיטה מלאה

