

Urol, 1990; 143: 909-911.

3. Stoller ML & Millard RJ, The accuracy of a catheterized residual urine. J Urol, 1989; 141: 15-16.
4. Coombes GH & Millard RJ, The accuracy of portable ultrasound scanning in the measurement of residual urine volume. J Urol, 1994; 152: 2083-2085.

ביבליוגרפיה

1. Ballentine H, Instrumentation and endoscopy. In: Campbell's Urology, WB Saunders Co (ed). Philadelphia, Seventh edition. 1998, 159-169.
2. Ireton RC, Krieger JN, Cardenas DD & al, Bladder volume determination using a dedicated, portable ultrasound scanner. J

אלימות במחלקה לרפואה דחופה

חשמונאי דרון¹, שושנה ניסימאן¹, חיים יוספי¹, רונית פלד², אמיל חי¹,

המח' לרפואה דחופה¹ והיחידה לאפידמיולוגיה², המרכז הרפואי ברזילי, אשקלון, המסונף לפקולטה למדעי הבריאות, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב

תקציר

אלימות במחלקה לרפואה דחופה (מלר"ד) היא תופעה שמתפשטת והולכת ומאיימת על כל הצוותים הרפואיים והמינהליים שעובדים במחלקה. קיימת נטייה של המעסיקים להמעיט בממדי התופעה וחומרתה, עמדה הבולטת בהעדר הנחיות ונהלים להתמודדות באלימות. תופעת האלימות איננה מוגבלת רק לישראל והיא דווחה בסקרים רבים בעולם, וברבים מהם מוגדרת התופעה כחמורה ביותר.

במרכז הרפואי ברזילי ערכנו סקר רטרוספקטיבי באמצעות שאלון עלושים על מנת לחקור את התופעה, לאמוד את ממדיה ולציין את הסיבות ודרכי הטיפול בה. השאלון חולק לצוות הרפואי והמינהלי הקבוע במלר"ד ולכל הרופאים התורנים שביצעו לפחות שתי תורנויות בשבוע במלר"ד. הסקר התבסס בעיקר על זיכרון הנשאלים לגבי אירועי אלימות שהתרחשו בשנתיים האחרונות לעבודתם. תוצאות הסקר הצביעו על ממדים קשים של התופעה. 74% מהמשיבים חוו 5 ויותר מקרי אלימות בשנתיים האחרונות שקדמו לסקר. 90% מהצוות הסייעודי חוו אלימות מסוג כלשהו, וכמחציתם – אלימות גופנית. 70% מהרופאים ו-64% מעובדי המשרד לקבלת חולים של המלר"ד חוו אלימות מסוג כלשהו. הסיבה העיקרית להתפרצויות האלימות היא המתנה ארוכה. סיבות נוספות שנמסרו ע"י המשיבים היו חוסר שביעות רצון מהטיפול, אי-הסכמה להשתחרר מהמלר"ד ומלה או משפט שלא מצאו חן בעיני המטופל. מרבית האירועים התרחשו במישמרת ערב, ורובם ע"י גברים, תושבים ותיקים בישראל ובגיל הביניים. אנשים הנמצאים בגילופין, מכורים לסמים וחולי נפש היוו שיעור קטן מבין האנשים האלימים. מרבית אנשי הצוות הרפואי והמינהלי הזעיקו את אנשי הביטחון כדי לטפל באדם אלים. מעט מהמשיבים בחרו להתעלם מהאירוע. מתוך נפגעי אלימות מילולית רק רבע הזמינו משטרה, ומתוכם כ-2/3 סירבו להגיש תלונה. מתוך נפגעי אלימות גופנית, הזמינו כמחצית משטרה ומרביתם הגישו תלונה רשמית במשטרה. כפי שידוע לנו, שניים מהתוקפים הועמדו לדין, נגד שלושה נסגרו התיקים מחוסר עניין ציבורי ולגבי השאר לא קיבלנו כל מידע. הסיבה העיקרית לאי-הגשת תלונה במשטרה היא

פחד מאיומי החולה או בני משפחתו. דגם החולה האלים כפי שניתן להסיק מתשובות המשיבים הוא אדם צלול בדעתו, בגיל הביניים, משיכבה חברתית-כלכלית בינונית ומטה, חסר סבלנות, בעל דעה קדומה רעה על בית-החולים, אינו שבע רצון מהטיפול ומפציר להתקבל לאישפוז. המלצות המשיבים להתמודדות בתופעה כוללות הצבת שוטר קבוע במלר"ד 24 שעות ביממה, סדנאות וקורסים לאנשי הביטחון והצוות הרפואי והמינהלי להתמודדות באלימות והרחבת סמכויות אנשי הביטחון.

בעת עריכת סקר זה לא היו כל נהלים ממשרד הבריאות בנושא האלימות במלר"ד, אך בזמן הגשת עבודה זו למערכת, הופץ חוזר מהאגף למינהל רפואה של משרד הבריאות בנושא אלימות במלר"ד. במקביל הופץ עלון של ההסתדרות הרפואית והחברה לניהול סיכונים ברפואה, גם הוא בנושא אלימות נגד רופאים.

הקדמה

בשנים האחרונות מתפשטת והולכת האלימות בחברתנו. אנו עדים לאירועי אלימות רבים במקומות העבודה, במקומות בילוי, בתוך המישפחה ואפילו בבתי-הספר. העיתונות הכתובה והאלקטרונית גדושה בדיווחים יום-יומיים על מקרה אלימות, וקצרה הידיעה מלמצות את כל מיגוון האירועים. אלימות אינה בהכרח מגע גופני. אלימות היא גם מילולית ונפשית, ואין סוגים אלה של אלימות פחות קשים מאלימות גופנית. מילים בוטות, מילות גנאי וניבולי פה, פוגעים באדם ומותירים אותו לעתים חסר-אונים ומתוסכל, במיוחד כשמדובר בנותן שירות בבית-חולים והפוגע הוא החולה.

עובדי המחלקות לרפואה דחופה (מלר"ד)* הם נותני שירות לחולי חוץ רבים, שרובם ככולם הם חולים הפונים כדי לקבל טיפול רפואי למכאוביהם. העבודה במלר"ד מתאפיינת בחרדה איומה של החולים לגבי מצבם ובלחץ נפשי אדיר בקרב הצוות המטפל. מטבע

* מלר"ד – מחלקה לרפואה דחופה.

טבלה 2: חלוקת המשיבים לפי מיגזרים, משמרות וסוג האלימות
N=88 שחוו

מיגזר	לא חוו אלימות	חוו אלימות כלשהי	חוו אלימות מילולית	חוו אלימות גופנית
רופאים (56)	17 (30%)	39 (70%)	38 (68%)	13 (23%)
אחיות (21)	2 (9.5%)	19 (90.5%)	19 (90.5%)	10 (47.6%)
מזכירות (11)	4 (36%)	7 (64%)	7 (64%)	2 (18%)
סה"כ (88)	23	65	64	25
מישמרת בוקר	—	—	18	9
מישמרת ערב	—	—	38	18
מישמרת לילה	—	—	16	5

תורנות במלר"ד, בכירים וזוטרים, ובדקו את החולים במלר"ד ולא במחלקות. השאלון נבנה ע"י המחברים בסיוע סטטיסטיקאית של בית החולים. עקב הרגישות הרבה לנושא, הובא השאלון לדיון בהנהלת המרכז הרפואי לפני הפצתו. השאלות הופצו רק אחרי שנתקבלה הסכמה מהנהלת המרכז, חולק ונאסף מהמשתתפים ע"י המחברים. לא הופעל כל לחץ על המשיבים למלא את השאלון, ומילוי השאלון נעשה מתוך רצון חופשי.

בשאלון נכללו הפרטים הבאים:

- 1) פרטים על נתון השירות: מין, מקצוע, מספר שנות עבודה בבית החולים, שלב התמחות, ארץ סיום לימודי רפואה (חו"ל או ישראל), מקום לידה (חו"ל או ישראל), עולה חדש או תושב ותיק במדינה.
 - 2) פרטים על האירוע האלים: מספר האירועים בשנתיים האחרונות, אלימות מילולית או גופנית, המישמרת בה התרחש האירוע, אמצעי התקיפה, הסיבה האפשרית לאירוע, מעורבות אנשי הביטחון והמשטרה בטיפול באירוע, אמצעים אחרים בטיפול באירוע, הגשת תלונה במשטרה, ואם אכן כן, האם ידוע על תוצאות המשפט.
 - 3) פרטים על החולה האלים: עולה חדש או ותיק בישראל (מעל 5 שנים), המצב הרפואי, התמכרות לסמים או למשקאות אלכוהוליים.
 - 4) תאור פרופיל החולה האלים: מסר חופשי של המשיבים.
 - 5) הצעות להתמודדות באלימות: מסר חופשי של המשיבים.
- תוצאות השאלונים הוקלדו במחשב ועובדו באמצעות התוכנה הסטטיסטית SPSS.

תוצאות

חולקו 145 שאלונים, אך אספנו 88 שאלונים מלאים בלבד, שהם 60% מסך השאלונים שחולקו. 40 מהמשיבים היו אנשי הצוות הקבוע של המלר"ד (רופאים, אחיות ומזכירות) והשאר היו רופאים תורנים מהמחלקות השונות ותורג"ח. 65 מהמשיבים (74%) הצהירו שחוו אלימות מסוג כלשהו והרוב חווה אלימות מילולית (98%), וכ-40% חוו אלימות גופנית (טבלה 1). מרבית המשיבים שחוו אלימות גופנית חוו גם אלימות מילולית ורק אחד ציין שחווה אלימות גופנית בלבד. רוב המשיבים ציינו שחוו 5 ויותר מקרי אלימות (מילולית וגופנית) במהלך השנתיים האחרונות לעבודתם (טבלה 1). בסיווג לפי מיגזרים וסוג האלימות, נראה שהאחיות היו חשופות הכי הרבה לאלימות (90%), וכמחציתן חוו אלימות גופנית (טבלה 2). לעומתן, 70% מהרופאים חוו אלימות מסוג כלשהו, וכ-25% מהם חוו אלימות גופנית.

מרבית אנשי המשרד לקבלת חולים במלר"ד חוו אלימות מילולית ופחות מרבע מהם — אלימות גופנית. מרבית המשיבים ציינו שהאלימות, מילולית וגופנית, התרחשה בעיקר במשמרת ערב (טבלה 2). המשיבים שחוו אלימות התבקשו בשאלון לציין את הסיבות האפשריות לאלימות, מילולית וגופנית. רוב המשיבים ציינו שהסיבה העיקרית להתפרצויות האלימות, בין אם

טבלה מס' 1: שכיחות אירועי אלימות מילולית וגופנית בקרב המשיבים N=88

משיבים שחוו אלימות מסוג כלשהו	65 (73.9%)
משיבים שלא חוו אלימות כלל	23 (26.1%)
משיבים שחוו אלימות מילולית	64 (98.5%)
משיבים שחוו אלימות גופנית	25 (38.5%)
משיבים שחוו אלימות מילולית וגופנית	24 (36.9%)
משיבים שחוו 1-2 אירועי אלימות בשנתיים האחרונות	16 (24.6%)
משיבים שחוו 3-4 אירועי אלימות בשנתיים האחרונות	13 (20%)
משיבים שחוו 5 ויותר אירועי אלימות בשנתיים האחרונות	36 (55.4%)

הדברים קיימים חיכוכים בין המטפלים והמטופלים. עובדי המלר"ד נחשפים לא פעם לכעס וזעמם של החולים ובני משפחותיהם וסופגים מילות גנאי וניבולי פה ואף אלימות גופנית על לא עוול בכפם. אירועים אלה תופסים כותרות גדולות בעיתונים היומיים, ברדיו ובטלוויזיה אך מלבד זה דבר לא נעשה והמצב נמשך כך שנים. ההסתדרות הרפואית פרסמה הנחיה לפני מספר שנים לפיה ישבית ועד הרופאים המקומי ליממה את בית החולים שבו אירע מקרה אלימות נגד רופא, אך כמובן שצעד זה לא הועיל. המעסיקים נוטים להמעיט מהתופעה והדבר נותן את ביטוי בוועדות לבטיחות וגיהות העובד המתעלמות לחלוטין מפגיעה שנגרמה מאלימות. הצוות הרפואי והמנהלי במלר"ד חש מאוים כל הזמן, חסר יכולת להגיב והדבר משפיע על רצונו להמשיך בעבודה במלר"ד בתנאי לחץ ואיום כאלה.

תופעת האלימות במלר"ד נחקרה בעולם, והנושא העסיק רבות את הקהילה הרפואית כפי שניתן ללמוד מתוכניות הכינוסים הבין לאומיים לרפואה דחופה: אנגליה 1994, אוסטרליה 1996 וקנדה 1998, וקרוב לוודאי עוד ימשיך להעסיק את הרופאים גם בכינוסים הבאים. בישראל לא נערכו עד כה כל מחקר או סקירה כדי לאמוד את ממדי התופעה והסיבות המביאות לאלימות, וכולנו ניוונים מהחולים קשה המגיעים לתיקשורת.

במחלקה לרפואה דחופה במרכז הרפואי ברזילי הוחלט, נוכח מצב זה, לחקור את תופעת האלימות ולהגדיר את הסיבות המביאות להתפרצויות האלימות. בתחילת שנת 1997, ובתיאום מלא עם הנהלת המרכז הרפואי, נערך סקר רטרוספקטיבי בקרב העובדים הקבועים במלר"ד והרופאים התורנים, שמטרתו היו:

- 1) לאמוד את ממדי התופעה ומידת חשיפת הצוותים השונים לאלימות.
- 2) לתאר את הסיבות המביאות לאלימות ודרכי הטיפול באלימות.
- 3) לתאר את הדגם המאפיין חולה אלים.

תוצאות סקר זה הוצגו במלואן במסגרת הכינוס הישראלי המדעי הרביעי לרפואה דחופה שנערך בירושלים בשנת 1997.

חומר ושיטות

בתחילת שנת 1997 התבקשו הצוותים הרפואיים והמינהליים לענות על שאלון עלום שם לגבי אירועי אלימות להם נחשפו במהלך השנתיים האחרונות לעבודתם במלר"ד. מאחר שאין תיעוד של כל האירועים, מלבד האירועים בהם הוגשו תלונות במשטרה, התבסס המחקר בעיקר על זיכרון הנשאלים. אוכלוסיית המחקר כללה: הצוות הרפואי והסיעודי הקבוע של המלר"ד, צוות המשרד לקבלת חולים במלר"ד וכל הרופאים שביצעו לפחות פעמיים בשבוע

ט ב ל ה 3: סיבות אפשריות לאלומות מילולית וגופנית לפי מספר המשיבים

סיבה	אלומות מילולית	אלומות גופנית
המתנה ארוכה במלר"ד	54	15
איישבעות רצון מהטיפול במלר"ד	31	8
אייסכמה להשתחרר מהמלר"ד	31	5
סיבה לא ברורה	22	10
מלה או משפט שלא מצאו חן בעיני המטופל	20	6
איישבעות רצון ממכתב השיחרור	16	4
איישבעות רצון מעלות הביקור	9	2

ט ב ל ה 4: פעולות שננקטו ע"י נפגעי אלימות

פעולה	אלומות מילולית N = 64	אלומות גופנית N = 25
הזעקת אנשי הביטחון	50	22
ללא התערבות חיצונית	14	3
הזמנת משטרה למלר"ד	15	11
הגשת תלונה רשמית במשטרה	6	8
התעלמות מהחולה האלים	8	—

ט ב ל ה 5: תפיסת הצוות את האירוע

סיבה לאי הגשת תלונה רשמית במשטרה	מס' המשיבים
פחד מאוימי החולה או בני משפחתו	21
לחץ של משפחת התוקף לבטל את התלונה	1
ביזבוז זמן בבתי-מישפט	3
שביעות רצון מטיפול אנשי הביטחון	5
התנצלות התוקף	5
תחושה	
מאיים	5
חסר-אונים	5
חרדה	5
מושפל	5
תחת שליטה	4

מילולית או גופנית, היא המתנה ארוכה במלר"ד (טבלה 3). חוסר שביעות רצון מהטיפול במלר"ד ואייסכמה להשתחרר מהמלר"ד עמדו במקום שני כסיבה לאלומות מילולית. במקום השלישי בין הסיבות לאלומות מילולית ובמקום שני מבין הסיבות לאלומות גופנית ציינו המשתתפים שלא הייתה סיבה ברורה להתפרצות. המשיבים היו כנים בציגם שבחלק מהאירועים הייתה סיבה האלימות מילה או משפט שלא מצאו חן בעיני המטופל.

שאלנו את המשתתפים באלו דרכים בחרו להתמודד באירוע האלים, והרוב ענו שהזעיקו את אנשי הביטחון (טבלה 4). 15 מנפגעי אלימות מילולית (23%) ו-11 מנפגעי אלימות גופנית (44%) הזמינו את המשטרה, אך רק 6 מנפגעי אלימות מילולית (9%) הגישו תלונה רשמית במשטרה. לעומתם, 70% מנפגעי אלימות גופנית הגישו תלונה רשמית במשטרה. כפי שידוע לנו מהמעקב שניהל קצין הביטחון אחר התלונות שהוגשו במשטרה, הועמדו לדין שניים מהתוקפים ונקנסו, נגד שלושה נסגרו התיקים מחוסר עניין בציבור ולגבי השאר אין מידע. חלק מהמשיבים בחרו להתעלם מכל האירוע והמשיכו בעבודתם כאילו דבר לא קרה. במרבית האירועים לא היה שימוש באמצעים נוספים על מנת להתמודד עם התוקף. רק 7 מהמשיבים ציינו שהיה שימוש בכוח, שניים ציינו שימוש בסמי הרגעה ושלושה ציינו שימוש באמצעי ריסון. כשאלה מדוע לא הגיש הנפגע תלונה במשטרה, ענו מרבית המשיבים שהסיבה העיקרית היא פחד מאוימי החולה או מבני משפחתו. חלקם הסתפקו בהתערבות אנשי הביטחון וחלקם בהתנצלות התוקף (טבלה 5).

ט ב ל ה 6: מאפייני החולה האלים והתקיפה

מאפייני החולה	מס' המשיבים
זכר	55
נקבה	33
צעיר	23
גיל הביניים	37
מבוגר	21
עולה חדש (עד 5 שנים)	25
תושב ותיק (מעל 5 שנים)	47
מכור לסמים	10
מכור לאלכוהול	12
חולה-נפש	7
מאפייני התקיפה	
מגע גופני	18
זריקת חפצים	17
שימוש בחפצים חדים	3
תדירות האירועים	
גברה בשנתיים האחרונות	45
ללא שינוי	18
פחתה בשנתיים האחרונות	4
לא ידוע	21

המשיבים התבקשו גם לציין את סוג האלימות הגופנית לגביה נחשפו. הרוב ציין שהיה מגע גופני עם התוקף, במקום שני זריקת חפצים ושלושה משיבים ציינו שנפגעו מחפצים חדים: אחד מסכין, אחד מברזל של כיסא ואחד ממחזיק מחט אותו נטל התוקף ממגש הטיפולים (טבלה 6). שאלנו לתחושת הצוות המותקף בעת ההתרחשות, אך מעט ענו על השאלה. התחושות שצינו היו: איום, חוסר אונים, חרדה, השפלה. היו גם שטענו שחשו שהכל נתון בשליטתם (טבלה 5).

לא מצאנו קשר סטטיסטי מובהק בין מין נותן השירות, ארץ לידתו, מומחיותו, מקום עבודתו (מלר"ד או מחלקה אחרת), וחך בעבודה וארץ סיום לימודי הרפואה וחשיפה לאלימות.

המשיבים התבקשו לאפיין את החולה האלים מבחינת גיל, מין, ארץ מוצא ומצב רפואי. בטבלה 6 ניתן לראות שמרבית החולים האלימים היו ממין זכר ורובם בגיל הביניים, תושבים מעל 5 שנים בישראל. רק מעט מהתוקפים היו מכורים לסמים או לאלכוהול. המשיבים התבקשו לתאר במילים שלהם את דגם החולה האלים, והתאור שהתקבל היה: "חולה ממין זכר, בד"כ בגיל הביניים, משיכבה חברתית כלכלית בינונית ומטה, צלול בדעתו ובעל דעה קדומה רעה על בית-החולים. לרוב חסר סבלנות וממתין לבריקה זמן רב. הוא דורש להיבדק מיד, אינו מרוצה מהטיפול ודורש להתקבל לאישפוז".

מרבית המשיבים סבורים שתופעת האלימות גברה בשנתיים האחרונות, ורק 20% סבורים שאין שינוי (טבלה 6). בסוף השאלון התבקשו המשיבים להציע הצעות להתמודדות באירועי האלימות, ולהלן ההצעות:

- 1) הצבת שומר צמוד במלר"ד במשך 24 שעות ביממה.
- 2) קורסים לאנשי הביטחון להתמודדות באלימות.
- 3) בחירת אנשים מתאימים בלבד לתפקידי שמירה וביטחון, בעלי ביטחון עצמי גבוה.
- 4) הרחבת סמכויות אנשי הביטחון.
- 5) קיצור זמן התגובה של אנשי הביטחון.
- 6) הצבת שומר צמוד במלר"ד במשך 24 שעות ביממה.
- 7) תגובה יעילה ותקיפה יותר של המשטרה.
- 8) הצבת גלאי מתכות בכניסה למלר"ד.

דיון

פגיעה של איש צוות כתוצאה מאלימות. 77% מהמשיבים הצביעו שהרעלת אלכוהול הייתה הגורם המסייע העיקרי להתפרצויות האלימות, ופחות מ-3% מהמוסדות דיווחו על נוכחות איש ביטחון במשך 24 שעות ביממה.

על אף הגנתונים החמורים הללו, לא זכה נושא הביטחון ובטיחות העובד במלר"ד להתייחסות הראויה לו [7]. Lavoie וחב' [5] דיווחו שמרבית עובדי המלר"ד לא קיבלו הדרכה מספקת לזיהוי והתמודדות באלימות, ורק כ-40% מבתי-החולים ניתנת הדרכה פורמלית של הצוות הסיעודי להתמודדות באלימות [5]. עוד הם מוסיפים, שרק כ-62% מבתי-החולים הגדולים מוצבים אנשי ביטחון במשך 24 שעות ביממה במלר"ד. Scaletta [8] בכתבתו על הסוגיות החוקיות ומחויבות המעסיק לבטיחות העובד במקום העבודה, מציין שבסקר שערך המוסד הלאומי לבטיחות וגיהות העובד בארה"ב National Institute of Occupational Safety and Health (NIOSH) בנושא פטירות במקומות העבודה נמצא, שהיפגעות עובדי מערכת הבריאות הייתה גדולה יותר מעובדי מקצועות אחרים [9]. המחבר מציין שרק לאחרונה, וכתוצאה מהגנתונים הקשים הללו, שנו התקנות לבטיחות וגיהות העובד בארה"ב כדי לכלול לא רק סיכון מהיפגעות ממכונות ומחומרים כימיים אלא גם סיכון להיפגעות מאלימות. בעיקבות שינוי התקנות הללו, החלו מדינות שונות בארה"ב לפרסם תקנות חדשות לבטיחות וגיהות העובד הכוללות את נושא האלימות. דוגמאות לכך הן: קליפורניה 1993 [10] וניו-ג'רסי 1994. בעיקבות פירסום ההנחיות אלו במדינות השונות, פורסמה ההנהלה הפדרלית של המשרד לבטיחות וגיהות העובד בארה"ב הנחיות למניעת אלימות במקומות העבודה של עובדי מערכות הבריאות והשירות הסוציאלי [11]. בהנחיות הללו הוצגה תוכנית הכוללת ארבעה מרכיבים עיקריים שהם: א' מחויבות חד-משמעית של ההנהלה; ב' ביצוע ניתוח מקרים ואירועים שהתרחשו במקומות העבודה; ג' הפעלת בקרה ופיקוח על סיכונים; ד' הדרכה נאותה של העובדים.

המערכת המשפטית בארה"ב עברה אף היא שינוי ובחלק מהמדינות בארה"ב מחמירים היום בתי-המשפט בעונשים בתביעות עובדי המלר"ד נגד תוקפיהם [8]. במספר מדינות אושרו חוקים חדשים המחמירים בנושא אלימות נגד עובדי מערכות הבריאות, כמו בארקנסאס, אריזונה, קליפורניה, ג'ורג'יה ועוד [12]. בשנת 1994 פורסמו הנחיות משותפות של איגוד אחיות המלר"ד וקבוצת רופאי המלר"ד בקליפורניה שהניחו את אבן היסוד למדיניות הטיפול באלימות בקרב עובדי המלר"ד [13].

נושא האלימות במלר"ד העסיק לא רק את קובעי המדיניות בארה"ב אלא גם את האדריכלים שבונים את המלר"ד. במוסד האמריקאי של אדריכלי האקדמיה לאדריכלות במערכות הבריאות הוכנו ההמלצות הבאות [14]:

א' הכניסה למלר"ד חייבת להיות מקורה ומארת היטב. המשרד לקבלת חולים ועמדת האחות הממינת חייבים להיות ממוקמים באזור המאפשר שליטה על המתרחש באולם ההמתנה והכניסה לאתרי הטיפול השונים.

ב' מן הצורך לדאוג למקום לאנשי הביטחון של בית-החולים, למשטרה ולציד לבקרה ומעקב אחר המתרחש במלר"ד.

ג' יש לבנות חדר אחד לביטחון הצוות, החולים ואנשי הביטחון עצמם.

אלימות הייתה ותישאר תמיד אחת הדאגות הגדולות שתעסיק את החברה, והמרוץ אחרי פיתרונות לא ייפסק. בישראל היקף האלימות גדל והולך משנה לשנה, במקביל לחומרת האלימות והאמצעים שמשמשים בהם התוקפים. אין כמעט יום שאין דיווח בתיקשות על מקרה אלימות, ואין כמעט סוף שבוע ללא קטטות ודקירות סכינים בין צעירים המבלים במועדוני לילה. האלימות גלשה לכל מקום בחברתנו, למוסדות השונים וגם לבתי-הספר.

המחלקה לרפואה דחופה היא מקום פגיע במיוחד בגלל המאפיינים המיוחדים של המיכנה והמוסד, המבקרים והחולים [1]. חולים ומבקרים נמצאים בד"כ במתח נפשי וגופני עצומים, והביקור עצמו במלר"ד מהווה עבורם גורם לדאגה רבה ואי-ודאות [1]. מטופלי המלר"ד הם עירוב חולים, חולי נפש, מכורים לסמים ולאכזריות, ופושעים למיניהם, ולא נשכח גם את אנשי המשטרה שלעתים פוקדים את המקום כמטופלים וכמלווים. המאפיינים הגופניים של המלר"ד אינם מאפשרים הפרדה בין סוגי המבקרים, והחוויה של הביקור במלר"ד הופכת לטראומטית במיוחד.

בשנת 1994 פורסמה עבודה על מקרי מוות במקומות העבודה בארה"ב בין השנים 1980-1990. נמצא כי 106 עובדים של מערכת הבריאות נפטרו כתוצאה ממעשי אלימות, מתוכם 27 רוקחים, 26 רופאים ו-53 אחיות וכוחות עזר [2]. כמובן אין הדבר מבטא את כל מקרי האלימות נגד עובדי מערכת הבריאות, שהם הרבה מעבר למספרים האלה. בשנת 1981 החל הארגון הבין-לאומי לבטיחות וביטחון במערכת הבריאות The International Association for Healthcare Security and Safety (IAHSS) לאסוף מידע על מקרי אלימות בבתי-חולים [1], וב-1982 פורסם הסקר הראשון שכלל 184 משיבים מבתי-חולים למיניהם [3]. הסתבר, שהחשיפה לאלימות בבתי-חולים גדולה הרבה יותר ממה ששיערו, ונמצא שהיו שני מקרי מוות של עובדים במלר"ד. כ-1990 פורסם סקר חוזר של ה-IAHSS על אירועי אלימות בבתי-חולים בשנים 1987-1989 ונמצא, שהדיווחים מבתי-חולים על מקרי תקיפה הוכפלו בשנת 1989 לעומת 1987, וכ-61% מבתי-חולים דיווחו על אירועי אלימות בשנת 1989 [4]. עובדי בתי-חולים היוו 59% מקורבנות האלימות, והמקום שבו התרחשו מרבית אירועי האלימות היה המלר"ד (41% מאירועי האלימות). התוקפים היו ברובם חולים ומבקרים.

במקביל לדיווחים האלה של ה-IAHSS, פורסמה בשנת 1988 סקירה נוספת ע"י Lavoie וחב' [5] בנושא האלימות במלר"ד. 32% מהמוסדות דיווחו על אלימות מילולית לפחות פעם ביום, ו-18% — על איום בנשק, פעם בחודש ויותר. 43% מהמוסדות דיווחו על אלימות גופנית כלפי הצוות הרפואי לפחות פעם בחודש, ו-80% דיווחו על פגיעת אנשי הצוות הרפואי מחמת אלימות בחמש השנים האחרונות. 7% מהמלר"ד דיווחו על מקרי מוות של איש צוות בעיקבות אלימות.

אירגון אחיות המלר"ד בארה"ב פירסם אף הוא בשנת 1994 סקירה על אירועי אלימות במלר"ד ב-50 מדינות של ארה"ב [6] והתוצאות היו דומות לאלו שפורסמו ע"י Lavoie וחב' [5] ב-1988. 97% מהמלר"ד דיווחו על אלימות מילולית ו-87% — על אלימות גופנית. 24% מהמשיבים דיווחו על שימוש בנשק, ו-67% — על

אלימה של חולים במלר"ד, שכי" 75% מהחולים האלימים היו תחת השפעת סמים ואלכוהול. צירוף הגורמים הבאים: מין זכר, גיל צעיר, שיכבה חברתית-כלכלית נמוכה, התמכרות לסמים ולאכוהול ואנמנזה של אלימות בעבר עשויות לסייע בחיזוי סכנת אלימות במלר"ד [20-23]. מחלות נפש אינן בד"כ גורם מבשר אלימות, ומרבית חולי הנפש אינם אלימים, הגם שקיימת קבוצת סיכון קטנה של חולי נפש עם מרכיב פרנואידי [23]. חיזוי נכון של הסכנה לאלימות עשוי לסייע בצורה משמעותית למניעת התרחשותה.

הדרך הטובה ביותר לטיפול באלימות היא כמובן מניעתה. לאחר חיזוי סכנת האלימות וזיהוי החולה האלים, מומלץ שהצוות ינקוט צעדים כדי להוריד את רמת המתח והזעם של החולה. הצעדים המומלצים לצוות המלר"ד, כפי שפורסמו ע"י הפקולטה האמריקאית לרפואה דחופה, הם: הקשבה, הכרת כעס החולה והפניית הכעס לגורם מתאים, לא להעניש את החולה על כעסו, לא להציג פיתרונות מידיים, לא להתעלם מכעסו של החולה, לא להיפגע אישית ממנו, להסביר לחולה את מה שמצפים ממנו, להשתדל להימנע משאלות של "למה", ולחזור ולהדגיש את הרצון לעזור [24]. מומלץ שצוות המלר"ד יעבור סדנא למניעת אלימות ולשינון כל הצעדים שהוזכרו. אמצעים נוספים למניעת אלימות כוללים יצירת מסלולי בדיקת דופא מהירה לקיצור זמן ההמתנה ואנשי צוות שמסתובבים באולם ההמתנה ותפקידם להוות קשר בין החולה הממתין לצוות המטפל בתוך המלר"ד.

כשהאלימות פורצת, יש כמובן להתמודד עימה. דרכים להתמודדות באלימות כוללות אמצעים סביבתיים, כמו סביבה נעימה ושקטה והפגנת נוכחות של איש ביטחון, התערבות מילולית, שיטות להפגת מתח, כמו שימוש בשפת הגוף ואמצעי ריסון גופניים ותרופתיים [25].

המצב בארצנו לגבי בטיחות העובד הוא רחוק מלהניח את הדעת. מניסיון אחד המחברים כחבר בוועדה לבטיחות וגיהות העובד, נושא היפגעות העובד מאלימות אינו כלול כלל בפרוטוקולים, וכל עניינה של הוועדה הוא בטיחות העובד מפני מיפגעים מכאניים, כימיים וקרינה. הנושא אינו כלול גם בנהלי המשרד לבטיחות ולגיהות העובד. עד כה לא הותקנו נהלים חדשים ואין כל הוראות לטיפול בנושא האלימות. גם מבחינת החוק הפלילי, אין מושם דגש לנושא האלימות במקומות העבודה. הבעל שמכה את אשתו מובל למעצר, אך חולה שמכה או מאיים לרצוח אחות או רופא משוחרר לביתו אחרי חקירה קצרה. איש הצוות המותקף נושא בכל האחריות לתלונה והחוק אינו מאפשר הגשת תלונה ע"י בית החולים. כפי שהוברר בעבודתנו, בחלק מהמקרים נסגרים התיקים מחוסר עניין ציבורי, וחלק מהתלונות כלל אינן מטופלות. ממה שמצאנו בעבודתנו, שני תוקפים בלבד הורשעו, אך העונש היה אך ורק קנס כספי. החוק מחמיר מאוד בנושא אלימות במשפחה אך נראה שאלימות במקומות העבודה אינה נחשבת חמורה דיה.

אם נחזור לעמדתנו, אנו מוצאים שאחוז גבוה של עובדי המלר"ד נחשף לאלימות, כשהרוב נחשף ליותר מ-5 אירועי אלימות במהלך השנתיים האחרונות שקדמו לחיבור הסקירה, תוצאות שהן דומות מאוד לעבודות שסקרנו. שכיחות אירועי אלימות במשמרת ערב כפי שמשקף מטבלה 2, היא הטיית האמת, מאחר שרוב הרופאים שהשתתפו בסקר הם תורנים וחשיפתם לאלימות במלר"ד היא רק במשמרת ערב ולילה.

ד' דרושה תאורה טובה ומתאימה בכל מקום.

ה' דרוש סימון ברור של הכניסות והיציאות ואתרי הטיפול במלר"ד.

ו' מיקום המלר"ד חייב להיות מרוחק מהכניסה הראשית של בית החולים.

ז' יש לדאוג לכך שאבטחת כל הכניסות והיציאות של המלר"ד תהיה אפשרית.

ח' הכניסות והיציאות של המלר"ד חייבות להיות סגורות או מבוקרות בצורה כזו שתמנע כניסת אנשים בלתי מורשים.

ט' במלר"ד חייבות להיות לפחות שתי יציאות נגישות למילוט מהיר של הצוות, וכן יציאת מילוט אחת נגישה מכל אתרי הטיפול.

י' יש להתקין מערכות אזעקה שקטות או זמזמי מצוקה בתחנות האחות ובעמדת האחיות הממיינת. אפשר לחבר את המערכות הללו ישירות לחדר-קצין הביטחון, למודיעין או למשטרה. מן הצורך להתקין את הזמזמים בצורה כזו שיהיו חבויים מצד אחד ומצד שני נגישים.

יא' מומלץ להתקין טלוויזיה במעגל סגור בכל מקום שבו הסיכון להתפרצות אלימות הוא גבוה.

יב' משרד קצין הביטחון חייב להיות צמוד או קרוב לעמדת האחיות הממיינת ולאולם ההמתנה.

גלאי מתכות ידניים או שערי כניסה עם גלאי מתכות, הם אפשרות נוספת למניעת הכנסת נשק, אבל הדבר מצריך נוכחות איש צוות קבוע שבדוק את כל ההולכים והשבים. גלאי מתכות ידניים קיימים ברוב בתי-החולים בישראל, אך מופעלים בד"כ רק בכניסה לבית-החולים ולא במלר"ד.

הצבת אנשי ביטחון בבתי-החולים ובמלר"ד הוא נושא בפני עצמו. נשאלות תמיד השאלות מה תפקידו של איש הביטחון, מה סמכויותיו וכמה אנשי ביטחון דרושים לאבטחת כל המקומות המועדים לפורענות בבית-החולים. חובות אנשי הביטחון בבתי-החולים הן רבות וכוללות מניעת גניבות, ליווי עובדים, נעילת ופתיחת הכניסות השונות של בית-החולים בשעות מסוימות, טיפול בשריפות, טיפול בחולה והמבקר האלים, טיפול בתפוצים חשודים, ועוד ועוד [15, 16]. כדי להשיג את כל המטרות הללו, מחובתם של כל אנשי הביטחון לעבור קורס הדרכה מסודר. האירגון הבין-לאומי לבטיחות בבתי-החולים ממליץ על קורס הדרכה בסיסית בן 40 שעות לכל אנשי הביטחון המתקבלים לעבודה ובו ילמדו כיצד להתמודד עם בעיות הביטחון והבטיחות, כללי תיקשורת עם הקהל, החוקים והמגבלות החוקיות של אנשי הביטחון וכן הגנה עצמית [17]. מומלץ גם שלפחות איש ביטחון אחד ישהה באופן קבוע במלר"ד במשך 24 שעות ביממה. גם תלבושת אנשי הביטחון חשובה לא פחות. בכמחצית מהמלר"ד בארה"ב מופיעים אנשי הביטחון בתלבושת דומה לזו של שוטר [5].

לצד נושא הביטחון והבטיחות, חשוב לא פחות, ואולי קודם לנושא הביטחון, נושא זיהוי החולה או המלווה המועד לאלימות ונקיטת אמצעים למניעת אלימות. Taliaferro [18] בפרק על זיהוי החולה המועד לאלימות סיווגה את הגורמים לאלימות לגורמים חברתיים וסביבתיים, גורמים תורשתיים וגופניים, צריכת סמים ואלכוהול, מחלות חדות של מערכת העצבים המרכזית ומצבים נפשיים, כולל מחלות נפש. Lavoie [19] ציין בסקירתו על התנהגות

ביצוע כל ההנחיות שפורסמו להתמודדות עם האלימות. הן בתי-החולים חייבות להשקיע באמצעים להגנה על העובד ובתו-סדנאות לצוותי המלר"ד ואנשי הביטחון להתמודדות עם האל-המחוקק והמשרד לבטיחות ולגיהות חייבים להכתיב נהלים ב-נושא היפגעות העובד מאלימות. הציפייה היא גם ממערכת ה-המשטרה שיחמירו בענישת החולים והמלווים האלימים, שירחיקו את התוקפים מלנקוט אלימות כלפי הצוות הרפואי. כולנו רוצים להגיש עזרה ומזור לחולים, הרי זו שבועתנו כולנו גם רוצים לחזור הביתה בשלום.

ביבליוגרפיה

- Lavoie FW (ed), Emergency Department Violence: Prevention And Management. 2nd edition. The American College of Emergency Physicians, 1997, 7-8.
- Goodman RA, Jenkins EL & Mercy JA, Workplace-related homicide among health care workers in the United States, 1980 through 1990. JAMA, 1994; 272: 1686-1688.
- Moran JF & Bukowski T, Criminal events in health care: the IAHS response data. Int Soc Health Security, 1982; 12: 24.
- Crime in hospitals 1988, 1989 - The latest IAHS surveys. J Healthcare Protect Manage, 1990, 1-29.
- Lavoie FW, Carter GL, Danzl DF & al, Emergency department violence in United States teaching hospitals. Ann Emerg Med, 1988; 17: 1277-1283.
- Emergency Nurses Association: 1994 ENA survey on prevalence of violence in US emergency departments (Appendix B). Park Ridge, Ill: ENA, 1994, 41-47.
- Pane GA, Winiarski AM & Salness KA, Aggression directed toward emergency department staff at a university teaching hospital. Ann Emerg Med, 1991; 20: 283-286.
- Scaletta TA, Legislative and regulatory issues. Emergency Department Violence: Prevention And Management. The American College of Emergency Physicians, 2nd edition, 1997, 35-38.
- Occupational Injuries and Illnesses in the United States by Industry. Washington DC, US Department of Labor, Bureau of Labor Statistics, 1993.
- Guidelines for Security and Safety of Healthcare and Community Service Workers. California, OSHA, 1993.
- Guidelines for Preventing Workplace Violence for Healthcare and Social Service Workers. Washington DC, US Department of Labor, Occupational Safety and Health Administration, OSHA, 1996.
- StateStat, A report of State legislation/regulatory issues affecting emergency medicine. Dallas, ACEP, 1996.
- Anshus JS, Boucher D & Hubbell K, Making a commitment to security: emergency department practices. In: Procedures and Treatment. California Emergency Nurses Association and California Emergency Physicians Medical Group, 1994.
- American Institute of Architects, Guidelines for Design and Construction of Hospital and Health Care Facilities. Washington DC, The American Institute of Architects Press, 1996.
- Ross RB (ed), Health Care Security: Selected Readings. Washington DC, American Society for Industrial Security (ASIS), 1979.
- Colling RI, Hospital Security (second edition). Boston, Butterworths, 1982.

בשונה מסיבות האלימות כפי שהובאו בעבודות שסקרנו, שבמרכזן צוינה ההתמכרות לסמים ולאכזריות, מצאנו שהסיבה העיקרית לאלימות במלר"ד היא המתנה ארוכה. במקום שני לאלימות מילולית בלטה אי-שביעות רצון מהטיפול ואי-הסכמה להשתחרר מהמלר"ד. צורת הדיבור עם החולים תופסת אצלנו מקום חשוב מבין הסיבות להתפרצות אלימות. מספר לא קטן של משיבים הצביע על הסיבה של "מילה או משפט שלא מצאו חן בעיני המטופל" כגורם להתפרצות האלימה. כמחצית מהמשיבים ציינו שהחולה האלים היה חולה-נפש ותחת השפעת סמים ולאכזריות. פרופיל החולה האלים כפי שתואר ע"י המשיבים דומה למה שתואר בעבודות שסקרנו. חובתנו להדגיש שוב שהתאור מבוסס על זיכרון הנשאלים ועל דעתם בלבד, עם כל ההסתייגויות שנובעות מכך.

במרבית האירועים ניתן טיפול ע"י אנשי הביטחון של בית-החולים, ומעט מהמשיבים דיווחו על שימוש בכוח, בתרופות או באמצעי ריסון. חלק גדול מנפגעי האלימות לא הזמין את המשטרה ולא התלונן מחד מאיומי החולה או מבני משפחתו.

מן הראוי לציין שאין בנמצא כל תוכנית בבית-החולים, ולפי מיטב ידיעתנו גם באף בית חולים אחר בישראל, לטיפול באלימות ואין סדנאות לאנשי הביטחון וצוותי המלר"ד המכניות את העובדים לקראת אירועי אלימות. בנוסף אנשי הביטחון מוגבלים מבחינת אמצעי ההגנה. הם אינם מורשים להשתמש בכוח גופני ואינם מורשים לעצור את החולה האלים ולכבול אותו באזיקים. בפגישות עבודה עם מפקדי המשטרה מתברר שסמכות זו ניתנת אך ורק לשוטרים ולמתנדבי המישמר האזרחי, שבמסגרת תפקידם כאנשי ביטחון במקומות עבודתם, רשאים לעצור מתפרעים.

לצערנו, אין כל מידע ברור ומתועד על מה שמתרחש בבתי-חולים אחרים בישראל וסקירתנו היא הראשונה מסוגה. אולם משיחות עם מנהלי המלר"ד בבתי-החולים השונים, המצב דומה ועגום. לא מוצב שוטר באף בית-חולים ולא גובשו כל תוכניות מסודרות להתמודדות עם אלימות. במרכז הרפואי ברזילי, לאחר הצגת הנתונים הקשים הללו בפני הנהלת המרכז, הותקנו זמזמי מצוקה המחזירים למשירי הקשר של אנשי הביטחון והוצב שוטר כל יום למספר שעות במלר"ד. קצין הביטחון הצמיד איש ביטחון במשך 24 שעות במלר"ד. שכן שוטר ל-24 שעות ביממה הוא גבוה ובשלב זה אין סעיף תקציבי מיוחד ממשרד הבריאות להצבת שוטר קבוע במלר"ד. התקיימה פגישה בין מפקדי תחנות המשטרה המקומית וצוות המלר"ד לליבון הבעיות אך למרות זאת עדיין פוחד הצוות להגיש תלונה במשטרה, ובמיוחד שהמשוב שמתקבל הוא סגירת תיקים מחוסר עניין בציבור.

לסיכום, תופעת האלימות במלר"ד היא חמורה ביותר והצוות עומד חסר-הגנה מול החולה האלים. תוצאות הסקר שביצענו, על אף שהתבססו על זיכרון הנשאלים, רק מדגישות את חומרת התופעה והצורך הדחוף לטפל במצב. בעת הגשת העבודה למערכת, פורסמו הנחיות של משרד הבריאות לטיפול באלימות במלר"ד. ההנחיות אמורות להיכנס לתוקף בסוף שנה זו. לדעתנו ההנחיות הן כוללניות מדי ולא מפורטות דיין. אך זו בכל זאת התחלה טובה לעומת מה שהיה עד כה.

כל הגופים המעורבים חייבים לפעול באופן תקיף כדי להתמודד עם האלימות במלר"ד. משרד הבריאות חייב לאכוף את

17. International Association for Hospital Security (IASHS): Basic Training Manual and Study Guide. Lombard III, IASHS, 1988.
18. Taliaferro EH, Recognizing the prevalent patient. Lavoie FW (ed). Emergency Department Violence: Prevention and Management. Second edition. The American College of Emergency Physicians, 1997, 11-13.
19. Lavoie FW, Consent, involuntary treatment and the use of force in an urban emergency department. Ann Emerg Med, 1992; 21: 25-32.
20. Kuzmits FE, When employees kill other employees: the case of Joseph T Wesbecker. J Occup Med, 1990; 32: 1014-1020.
21. Guldberg CA & Arslan D, Violent behavior of patients – is it predictable? Tidsskr Nor Laegeforen, 1992; 112: 3571-3574.
22. Conway T, Hu TC, Kim P & al, Prevalence of violence victimization among patients seen in an urban public hospital walk-in clinic. J Gen Int Med, 1994; 9:430-435.
23. Cembrowicz SP & Ritter S, Attacks on doctors and nurses. In: Shepherd J (ed), Violence in Health Care. Oxford, Oxford University Press. 1994, 13-41.
24. Perina D, Dealing with violent patients. ACEP News, 1994, November 11.
25. Taliaferro EH, Management of Violence. Lavoie FW (ed). Emergency Department Violence: Prevention and Management, 2nd edition. The American College of Emergency Physicians. 1997, 15-19.

צילחה פילגונית משפחתית בגיל הילדות

אמיר לבנה¹, אלי להט²,

¹האגף לרפואת ילדים², היחידה להתפתחות הילד ונירולוגית ילדים, מרכז רפואי 'אסף הרופא', צרפין, הפקולטה לרפואה סאקלר, אוניברסיטת תל אביב

הצורות הנדירות היא צילחה פילגונית משפחתית (צפ"מ*) (familial hemiplegic migraine). מובאות פרשות ארבעה ילדים שלקו בצפ"מ.

מפרשות החולים

1) נער בן 15 אושפז בגין הפרעות ראייה, חולשה וירידה בתחושה של פלג גוף ימין שהחלו שעות ספורות לפני התקבלותו. הנער, יליד ישראל בן להורים ממוצא הודי, ללא קירבת משפחה, ללא מחלות תורשתיות או נירולוגיות כלשהן. ככל שידוע אין מקרים של צילחה בבני משפחה אחרים.

ההריון, הלידה, הגדילה וההתפתחות היו תקינים. למד בבי"ס תיכון והישגיו היו טובים. לקה מגיל צעיר בתסמינים אורגניים בדרכי הנשימה ובעור. על פי תבחני עור שנערכו, ידוע על רגישות לדשא, קרדית הבית, צבע מאכל, תפוח ואגוזים. בגיל 12 אושפז לבירור עקב אירוע חד שכלל אובדן תחושה בפלג הגוף הימני מלווה בשינוי דיבור וטישטוש ראייה, ללא אובדן הכרה, הקאות או כאב ראש. האירוע נמשך כ-10 שעות וחלף עצמונית. בדיקתו הנירולוגית פרט לסימנים שצורנו היתה כ"פ. בירור איכחוני שכלל רישום גלי מוח, טומוגרפיה מחשבת של המוח, דיקור מוחני, תיפקודי קרישה, בדיקת על-שמע של הלב ושל עורקי הצוואר, לא העלה מימצא חריג כלשהו.

שנתיים מאוחר יותר, בהיותו בבית הספר, חש לפתע בחולשה של יד ימין שהתפשטה בהמשך לרגל ימין ולפנים. תזי שעה לאחר מכן אירעו טישטוש ראייה בשתי העיניים, קשיים בדיבור. כל זאת ללא שינוי במצב ההכרה. כשלוש שעות לאחר מכן, החל לחוש ולהזיז את פלג הגוף הימני, אז החלונן על כאב ראש וקתים עזים בעלי אופי הולם, בחילות והקאות.

בהתקבלותו היה בהכרה מלאה. בדיקתו הנירולוגית הדגימה תולשת פלג הגוף הימני, ירידה בתחושה למגע שיטחי וכאב באותו הצד. תוצאת יתר הבדיקה פורשה כתקינה. מימצאים אלה חלפו בהדרגה תוך כשש שעות. רישום גלי המוח שבוצע ביום האירוע הדגים האטה בפעילות הרקע

תקציר

צילחה פילגונית משפחתית היא תסימונת נדירה יחסית מבין מכלול תסימונות הצילחה, המועברת בתורשה אוטוזומית שולטנית.

התסימונת מאופיינת באירועים חדים, הכוללים פילג גוף, חסר תחושת ממוקם ותסמינים נירולוגיים אחרים לפני או בהמשך לכאבי ראש החולפים תוך זמן קצר, ללא שיור נזק קבוע כלשהו. מירוח הזמן בין האירועים גדול יחסית ועל כן, בהעדר אנמנזה משפחתית, קיים קושי באיבחון התסימונת עם הסתמנות.

לאחרונה זוהה גן התסימונת על גבי כרומוסום 19. מתוארים ארבעה חולים שלקו בצילחה פילגונית משפחתית ונסקרת הספרות העדכנית בנושא.

הקדמה

כאב ראש הם תופעה שכיחה למדי בגיל הילדות. בעבודתו הקלאסית של Bille [1], שבה נבדקה שכיחות כאב הראש בקרב אוכלוסייה של 9059 ילדים בשוודיה בגילים 7 עד 15 שנים נמצא, כי שכיחות כאב הראש על כל סוגיהם נעה בין 4%-48%. צילחה היא אחת הסיבות השכיחות ביותר לכאב ראש בילדים ובמתבגרים הגורמת לעיתים מזומנות להפרעה בתיפקוד היום-יומי ולהיעדרויות תכופות מבית הספר. על פי מחקרים אפידמיולוגיים נראה כי השכיחות הכללית של צילחה בגיל הילדות נעה בין 3.2% עד 10.6%, בהתאם למדדים האיבחוניים עליהם מתבססים המחקרים, גיל הסדרות השונות ומשתנים מתודולוגיים אחרים [2-5]. קיימות מספר צורות של תסימונת צילחה המאופיינות על פי אופי התסמינים והסימנים הנלווים לכאב הראש, מתוכן, אחת

* צפ"מ – צילחה פילגונית משפחתית.