

ילד הולך לאיבוד: התופעה של משפחות המסרבות לאשפז את ילדיהן במחלקה לרפואה דחופה ילדים

תקציר:

הקדמה: החלטת הורים להפסיק את הטיפול בילדיהם בניגוד להמלצה רפואית (הבל"ר) עלולה להחמיר את מצבם הבריאותי של הילדים, להעלות את שיעור הסיבוכים ואת רמת התחלואה ואף לסכן את חייהם. למרות שכיחותה של התופעה והמחקר על אודותיה בעולם, מצאנו רק מחקר אחד שנבדקה בו תופעת הבל"ר בארץ. במחקר זה, נבחנה התופעה במחלקה לרפואה דחופה באופן כללי, ולא נעשתה הבחנה בין אוכלוסיית מבוגרים וילדים.

מטרה: לתאר את מאפייני תופעת הבל"ר במלר"ד ילדים במרכז רפואי העמק ולבחון את הגורמים העיקריים הקשורים לתופעה.

שיטות המחקר: מחקר פרוספקטיבי שהשתתפו בו הורים לילדים שסירבו לאשפז את ילדיהם למרות המלצה לעשות כן. הנתונים נאספו ממערכת הרשומה הרפואית ומתשאל טלפוני עם ההורים לאחר הסירוב לאשפוז.

תוצאות: במהלך המחקר פנו למלר"ד 16,376 ילדים. ל-3,288 מהם (20.07%) ניתנה המלצה להתאשפז, ומהם 200 משפחות (6%) סירבו לאשפוז. סיבות לסירוב האשפוז ניתן למיין לסיבות בריאותיות של הילד, סיבות אישיות של ההורים וסיבות קשורות לתפקוד מערכת הבריאות. עשרים ושניים (22) ילדים מהמדגם חזרו למלר"ד פעם נוספת מאותה סיבה רפואית ו-12 מהם אף אושפזו (7.9% מילדי הבל"ר שהשלימו את השתתפותם במחקר).

דיון ומסקנות: הפסקת הטיפול הרפואי בקרב ילדים בכלל וסירוב לאשפוז בפרט הן תופעות מטרידות, בשל ההשלכות השליליות שעלולות לנבוע מכך. כדי למזער את היקף התופעה ונזקיה, יש חשיבות רבה בהכרת ממדיה ובהבנת הגורמים הקשורים להבל"ר ילדים באופן כללי ובחלוקה לקבוצות השונות שבקרב אוכלוסייה פגיעה זו.

עאישה עלי סלח נפאפה¹
דורית דגילייסקי²
רון שפיגל¹
סמדר סעדון¹
אסנת נאור³
מרי עזריאל⁴
ברוריה מנור⁴
יהודית חייט⁴
מרינה לאונקו⁵
לימור יריב⁵

¹מחלקת ילדים ב', מרכז רפואי העמק
²חדר לידה, מרכז רפואי העמק
³מלר"ד ילדים, מרכז רפואי העמק
⁴הנהלת הסייעוד, מרכז רפואי העמק
⁵המחלקה לחינוך ומחקר בסייעוד, שירותי בריאות כללית

ילדים; מחלקה לרפואה דחופה; סירוב להתאשפז בניגוד להמלצה רפואית.

מילות מפתח:

Children; Emergency department; DAMA (Discharge Against Medical Advice); Hospitalization

KEY WORDS

הקדמה

אחת התופעות המוכרות בתחום הבריאות היא החלטה של חולים להפסיק את הטיפול בניגוד להמלצה רפואית (הבל"ר), להחמיר את מצבם הבריאותי של החולים, להעלות את שיעור הסיבוכים מהמחלה ואת רמת התחלואה ואף לסכן את חייהם. הבל"ר ילדים היא תופעה נפוצה למדי בעולם ושיעוריה נעים בין 1.2% ל-31% [2,1]. עזיבת הטיפול מתרחשת בכל מסגרות הטיפול, אך זו המתרחשת בבתי חולים היא כפי הנראה המסוכנת ביותר, בשל מצבו הרפואי של הילד. הבל"ר בבתי חולים מתרחשת בכל אחד משלבי הטיפול: מתהליך הבדיקה במלר"ד ועד תקופת האשפוז במחלקה.

תופעת הבל"ר נחקרה רבות בעולם, אך למרות זאת סיבותיה עדיין לא הובררו דיין [3]. בספרות המקצועית מוכרים מגוון של גורמים הקשורים להבל"ר, ובהם: (א) גורם כלכלי – קשור לתופעת הבל"ר באופן ישיר (במקומות שאין בהם ביטוח רפואי והאשפוז כרוך בעומס כלכלי ניכר על המשפחה) או באופן עקיף [4,2]; (ב) מחויבות אחרת של ההורה (בבית או בעבודה) [5]; (ג) תחושה של ההורים שחל שיפור במצבו של הילד [6,5]; (ד) רצון לקבל חוות דעת נוספת [5]; (ה) חוסר שביעות רצון מהטיפול שהילדים מקבלים [6,1]; (ו) ימי חג (כולל ימי ההיערכות לחגים והימים שלאחר החגים) [7]; (ז) אמירה ישירה או עקיפה של הצוות שמביאה את החולים או את המשפחות לחשוב שעזיבתם לא תגרום כל נזק [8]; (ח) זמני המתנה ארוכים, אשר מתארכים בשעות תורנות [8]; (ט) מידע מטעה ברשתות החברתיות [9].

כאמור, הבל"ר היא תופעה נרחבת ונחקרה רבות בעולם. אך

¹בל"ר - החלטת הורים להפסיק את הטיפול בילדיהם בניגוד להמלצה רפואית.

ניתוח נתונים: העיבודים הסטטיסטיים בוצעו בתוכנה הסטטיסטית SAS, גרסה 9.4. בוצעו מבחני סטטיסטיקה תיאורית והיסקית למדגמים בעלי התפלגות לא נורמלית.

תוצאות

במהלך המחקר פנו למלר"ד ילדים בבית החולים העמק 16,376 ילדים. ל-3,288 מהם (20.1%) ניתנה המלצה להתאשפז, ומבין אלו 200 משפחות (6.0% מהילדים שהומלץ לאשפזם) סירבו לאשפז את הילד. על פי נתונים שנאספו מהרשומה הרפואית, במדגם של 200 הילדים היו 110 בנים ו-90 בנות בני 8 ימים עד 18 שנים (ממוצע 5.73±5.55, חציון 2.75 שנים). מאפיינים נוספים של הילדים וההורים ונסיבות ההגעה למלר"ד וסירוב האשפוז מפורטים בטבלה 1.

ההמתנה עד לבדיקה הראשונית במלר"ד על ידי אחות או רופא נמשכה בין דקה אחת ל-147 דקות (ממוצע 14.17±14.3, חציון 10.5, טווח בין רבעוני 7-17 דקות). לא נמצא הבדל בתקופת ההמתנה לבדיקה ראשונית בין המשמרות: ההמתנה הממוצעת לבדיקה ראשונית במשמרת בוקר נמשכה 11.4 דקות, במשמרת ערב 16.6 דקות ובמשמרת לילה 12.6 דקות. זמן שהות הילד במלר"ד לפני העזיבה היה 498-147 דקות (ממוצע 207±84.15 דקות). השיעור הגבוה של מסרבי אשפוז היה בקרב ילדים ששהו במלר"ד מעל ארבע שעות והשיעור

בישראל המצב שונה. למיטב ידיעתנו, עד כה נערך בישראל רק מחקר אחד בנושא [8]. המחקר בוצע לפני יותר משני עשורים בבית חולים אחד במרכז הארץ ונבדקה בו התופעה במלר"ד באופן כללי, ללא הבחנה בין מבוגרים וילדים. במחקר זה, שיעור המטופלים שהפסיקו את הטיפול במלר"ד בכל שלביו היה נמוך יחסית – 405 חולים (0.5% מכלל הפונים). מבין המסרבים לאשפוז פנו החוקרים ל-28 מטופלים וביררו עימם את הסיבות לסירוב. הסיבות העיקריות שעלו היו תחושה כי המצב השתפר וכי האשפוז אינו נחוץ, בעיה שקשורה לעבודה או למשפחה וחשש מאשפוז [8].

המחקר שבמרכז מאמר זה מתמקד בסוג אחד של הפסקת טיפול בניגוד להמלצה רפואית – סירוב הורים לאשפז את ילדיהם, למרות המלצה רפואית על כך. אפיון הגורמים הקשורים להחלטה זו עשוי לתרום להבנת התופעה ולסייע בהגדרת צעדים ארגוניים למזעורה.

מטרת המחקר

המטרות במחקרנו הנוכחי הן לתאר את מאפייני תופעת הבל"ר במלר"ד ילדים, ולבחון את הגורמים העיקריים הקשורים לתופעה ואת השלכותיה בטווח קצר.

שיטות המחקר

מערך: מחקר תיאורי פרוספקטיבי במרכז רפואי אחד. **מדגם המחקר:** הורים (מעל גיל 18 שנים) דוברי עברית או ערבית שסירבו לאשפז את ילדיהם בין החודשים יוני 2016 לינואר 2017, למרות המלצה רפואית על אשפוז.

איסוף הנתונים: נעשה בשני שלבים. בשלב ראשון נאספו נתונים מרשומה רפואית (מערכת קמיליון); בשלב השני התקבלו הנתונים בתשאול טלפוני שנעשה לאחר יומיים עד שבועיים ממועד הסירוב. הנתונים מהרשומה הרפואית נאספו באמצעות שאלון שכלל 18 פריטים והתייחס למועד האירוע, לפרטים סוציו-דמוגרפיים של הילד, לאבחנה על פי מערכות הגוף המעורבות, לזמני המתנה ועוד. בשלב של התשאול הטלפוני נאסף מידע על מאפיינים סוציו-דמוגרפיים של ההורים, על הגורמים שהשפיעו על החלטתם לסרב לאשפוז ועל מצבו הרפואי של הילד בזמן התשאול. ההורים נתבקשו לבחור את הסיבה לעזיבה מתוך רשימת סיבות שהוגדרה על ידי החוקרים בהתאם לספרות. הנשאלים יכלו לבחור יותר מתשובה אחת ולציין גם סיבות שלא היו ברשימה. הכלים ששימשו במחקר זה פותחו לצורכי המחקר ועברו תיקוף על ידי שישה מומחי תוכן, בהם מנהלים רפואיים של מחלקות מלר"ד ילדים ואשפוז ילדים ומנהלות הסיעוד במחלקות אלו.²

הליך המחקר: המחקר בוצע לאחר קבלת אישור ועדת הלסינקי במרכז רפואי העמק (מס' המחקר 16-0025-EMC). גיוס המשתתפים נעשה בעת עזיבת המשפחה את מלר"ד ילדים, לאחר מתן הסבר על מטרות המחקר והליך ההשתתפות בו, וכלל גם בקשה ליצירת קשר טלפוני בטווח של עד לשבועיים מיום העזיבה. ההורים נתנו את הסכמתם בעל פה. פנייה טלפונית חד-פעמית להורים נעשתה על ידי צוות המחקר.

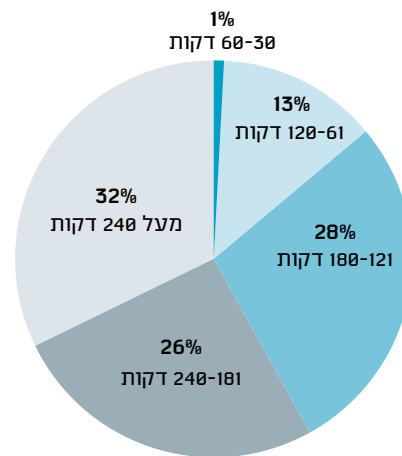
טבלה 1: מאפייני המדגם		
מס' הילדים (שכיחות באחוזים)	מאפיין	שפת האם
108 (55)	עברית	עברית
87 (43.5)	ערבית	ערבית
3 (1.5)	צ'רקסית	צ'רקסית
55 (27.5)	בכור	מיקום הילד במשפחה*
24 (12)	אמצעי	
75 (37.5)	קטן	
11 (5.5)	יסודית	השכלת ההורים*
56 (28)	תיכונית	
13 (6.5)	על תיכונית	
74 (37)	אקדמית	
26 (13)	עיכול	מערכות הגוף המעורבות במצב הרפואי של הילדים אשר הגיעו למלר"ד ולא אושפזו למרות המלצה רפואית
14 (7)	נשימה	
12 (6)	עור	
25 (12.5)	חום גבוה בגיל מעל לשלושה חודשים	
52 (26)	מעורבות של כמה מערכות	
71 (35.5)	אחר	
183 (91.5)	ימי חול	יום הגעה למלר"ד
17 (8.5)	שבתות ומועדים	
67 (33.5)	15:00-07:00	שעת הגעה למלר"ד
104 (52)	23:00-15:00	
29 (14.5)	07:00-23:00	

* נתונים על משפחות שהשלימו השתתפותן במחקר (n=154)

² לקבלת הכלים ניתן לפנות למחבר המכתוב

תרשים 1:

משך הזמן מעת הגעת הילד למלר"ד ועד לעזיבה



בתרשים מוצגים נתוני הרשומה הרפואית (n=200)

תרשים 2:

סיבות לסירוב/אשפוז, על פי התשאול הטלפוני*



*לנשאלים ניתנה אפשרות לבחור יותר מסיבה אחת (n=154)

הנמוך – בקרב ילדים ששהו במלר"ד פחות משעה (תרשים 1). בשלב השני של המחקר רואיינו 154 הורים שנענו לתשאול התשאול בוצע בשיחת טלפון בטווח של יומיים עד שבועיים מיום מהביקור במלר"ד (ממוצע 6.17 ± 3.02 ימים). גיל ההורים שתושאלו נע בין 20 ל-54 שנים (ממוצע 36.01 ± 7.45 שנים) ורובם המוחלט (147 הורים, 95.48% מכלל המרואיינים) היו נשואים. תוצאות התשאול מעידות על שביעות רצון גבוהה יחסית מהטיפול במלר"ד (ממוצע 7.3 ± 3.1 בסולם מ-1 עד 10, חציון 8, טווח בין רבעוני 6-10).

סך הכול עלו בתשאול הטלפוני תשע סיבות עיקריות שבגינן החליטו ההורים להפסיק את הטיפול (הסיבות ומספר ההורים שציינו כל אחת מהן מוצגים בתרשים 2). ניתן למיין הסיבות הללו לשלושה סוגים: סיבות בריאותיות של הילד; סיבות אישיות של ההורים; סיבות הקשורות לתפקוד המערכת. הסיבות הבריאותיות שבגינן ההורים החליטו לעזוב היו התרשמותם כי חל שיפור במצב הילד (61 הורים, 39.6%), או בגלל שהצוות הרפואי רמז שאשפוז אינו הכרחי (48 הורים, 24%). עשרים ושניים הורים (36%) ציינו את שתי הסיבות גם יחד. לא נמצאו הבדלים בסיבות בריאותיות לסירוב אשפוז בין הנשאלים עם מאפיינים סוציו-דמוגרפיים שונים.

הסיבה האישית העיקרית שצינה הייתה מחויבות אחרת בבית או בעבודה (39 הורים, 25.3%). סיבה זו רווחה יותר בקרב הורים ללא השכלה אקדמית בהשוואה להורים בעלי השכלה גבוהה ($\chi^2 = 9.17, p < 0.05$), בקרב הורים דוברי השפה הערבית בהשוואה להורים דוברי השפה העברית ($\chi^2 = 9.38, p < 0.01$), ובקרב הורים שהגדירו את עצמם כמסורתיים או דתיים בהשוואה להורים חילוניים ($\chi^2 = 6.11, p < 0.05$). לא נמצאו הבדלים נוספים בסיבות אישיות לסירוב אשפוז בין הנשאלים עם מאפיינים סוציו-דמוגרפיים שונים. בניית רב משתנים לניבוי ההסתברות לסירוב אשפוז מסיבות אישיות (שיטת Stepwise), נמצא כי הסיכוי לסירוב אשפוז בקרב הורים דוברי השפה הערבית גבוה מאשר בקרב הורים דוברי עברית

יתר הסיבות שצוינו היו קשורות לתפקוד המערכת. שלושים ושלושה נשאלים (21.4%) ציינו שחוסר שביעות רצון הייתה אחת הסיבות להחלטתם לסרב להתאשפוז. עם זאת, רק הורה אחד ציין זאת כסיבה הבלעדית לסירוב לאשפוז. סיבה אחרת לסירוב אשפוז הייתה המתנה ארוכה לתוצאות הבירור או להחלטות (51 הורים, 33.1%), אבל רק בקרב שני הורים הייתה זו הסיבה הבלעדית לסירוב. שיעור לא מבוטל מהנשאלים (28 הורים, 18.2%) ציינו כי סירבו לאשפוז בגלל חששם מהדבקה בזיהום. סיבה זו לא הוגדרה ברשימת הסיבות ששימשה את החוקרים וצוינה על ידי הנשאלים ללא הכוונה. בניית רב משתנים לניבוי ההסתברות לסירוב אשפוז מסיבות קשורות לתפקוד המערכת (שיטת Stepwise), נמצא כי היות מעל ארבע שעות במלר"ד מעלה את הסיכון לסירוב אשפוז פי 9.4 בהשוואה לילדים ששהו במלר"ד עד שעתיים ($OR = 9.36, CI 95\%: 1.97-44.57, p < 0.01$).

מהתשאול עולה כי לאחר אירוע סירוב אשפוז רוב הילדים (128, 83.1%) פנו לרופא המטפל. עשרים ושניים הורים (14.3%) ציינו, כי פנו פעם נוספת למלר"ד מאותה סיבה רפואית שבגינה הגיעו בפעם הראשונה למלר"ד, אך סירבו להתאשפוז. 12 ילדים מבין הפונים פעם נוספת (54.5%) אושפזו מאלו, תשעה ילדים אושפזו בבית החולים העמק ושלושה בבתי חולים אחרים. פרק הזמן עד לפנייה נוספת למרר"ד נע בין פחות מ-24 שעות ועד ארבעה ימים. האשפוז נמשך יומיים עד ארבעה ימים (ממוצע 2.57 ימים). אף ילד לא נזקק לאשפוז ביחידה לטיפול נמרץ וכולם שוחררו לביתם במצב כללי טוב.

מסקנות, דיון וסיכום

המחקר הנוכחי הוא מחקר ראשוני שמתאר את תופעת הבל"ר בקרב ילדים בישראל. שיעור הבל"ר שנמצא הוא 6%, שיעור הנמצא בחלק התחתון של טווח שיעורי הבל"ר המתוארים בעולם. אחת הסיבות האפשריות לכך היא שבארץ אשפוז אינו כרוך בהוצאות כספיות ישירות. במדינות רבות בעולם ביטוח רפואי אינו מוגדר בחוק לכלל האוכלוסייה [2], ואכן

שלשול? כאבי בטן? גזים? קלקול קיבה? קלבטן פורטה ושקט בבטן

חדש במאחדת!
זמין בכללית,
מכבי ולאומית

קלבטן פורטה

קפלייה חזקה, בעלת השפעה
כפולה מהרגיל



הענות גבוהה לטיפול-עוצמה כפולה
כל קפלייה מכילה ריכוז כפול של החומר הפעיל, Bismuth Subsalicylate 524 mg.
מאפשר נטילת קפלייה בודדת למנה טיפולית, במקום שתי טבליות.

מנגנון פעולה ייחודי
שילוב Bismuth Subsalicylate במרכיבים הפעילים מאפשר פעילות אנטי
בקטריאלית ואנטי וויראלית, יחד עם פעילות אנטי דלקתית ואנטי סקרטרורית.

פרופיל בטיחותי גבוה
התרופה אינה פוגעת בפריסטלטיקה של המעי.

מטיילים? קחו אתכם קלבטן פורטה!
מאושר לטיפול ב-Traveler's Diarrhea (TD)

קלבטן פורטה מיועד להקלה במקרים של:
✓ כאבי בטן עוויתית ✓ שלשול ✓ בחילה ✓ גזים ✓ קלקול קיבה
✓ קשיים בעיכול ✓ מאושר לטיפול ב-Traveler's Diarrhea



* מתחת לגיל 12 שנים
השימוש בהנחיית רופא

לא נכון בקרב מטופלים ומשפחותיהם ולהשפיע על החלטתם על המשך הטיפול או הפסקתו.

ממצא נוסף של המחקר נוגע להמשך הטיפול בילדים שהוריהם סירבו לאשפזם. מהמחקר עולה כי רק 12 ילדים מבין 154 שהשלימו השתתפותם במחקר (7.79%) אושפזו לבסוף לאחר פנייה חוזרת למר"ד. נשאלת השאלה: ממה נובע הפער? מדוע מספר הילדים שהתאשפזו נמוך כל כך בהשוואה למספר הילדים שהומלץ על אשפוזם? אחת הסיבות לכך היא כפי הנראה נטייה מקצועית של הצוות המטפל להשאיר ילדים במעקב כדי להבטיח שלא נשקפת כל סכנה לבריאותם. סיבה אחרת היא תופעת "הרפואה המתגוננת" שלא מוכנה לקחת סיכון. ככל העולה מסקירת הספרות, סוגיה זו לא נחקרה עד כה ועל כן אין כל מידע על שיעור פניות ואשפוזים לאחר הבל"ר.

תופעת הבל"ר מעסיקה אנשי מקצוע רבים בארץ ובעולם, ומכאן חשיבותו של מחקר ראשוני זה. ממצאיו שופכים אור על התופעה בקרב ילדים ועל הגורמים הקשורים בה. במחקרנו נבדקה התופעה במרכז רפואי אחד ולכן עולה הצורך במחקרים נוספים. מחקרים עתידיים יעמיקו את הידע על הגורמים האישיים (של הצוות והמטופלים) והמערכתיים הקשורים להחלטת הורים להפסיק טיפול בניגוד להמלצה רפואית. הבנה מלאה של היקף התופעה, סיבותיה והשלכותיה באוכלוסייה הכללית ובקרב ילדים בארץ חיונית לבניית תכנית אסטרטגית לצמצום התופעה, תוך שימת דגש על קבוצות הנמצאות בסיכון גבוה להופעתה. ●

מחברת מכותבת: עאישה עלי סלח נפאפה

דוא"ל: aishaa_al@clalit.org.il

אחת הסיבות העיקריות להבל"ר על פי המחקרים היא המצב החברתי-כלכלי (סוציו-אקונומי) של ההורים [2,4].

כחמישית מהנשאלים במחקר דיווחו על סירוב לאשפוז בגלל חשש מהדבקה בזיהום. סיבה זו לא תוארה עד כה במחקרים. בשנים אחרונות הנושא של זיהומים נרכשים בבתי חולים עלה לכותרות בישראל והוא נידון באמצעי התקשורת ובדוחות של משרד הבריאות. ייתכן שהממצאים במחקר משקפים את המגמה המתפתחת בארץ, ואולי גם בעולם, של עליית מודעות כללית לזיהומים נרכשים בבתי החולים והם מצביעים על ערנות גוברת בקהל הרחב לסכנות הטמונות בהם. הסיבות העיקריות האחרות שעלו במחקר מוכרות גם ממחקרים אחרים. לדוגמה, במחקר שנערך בקטר נמצא כי הסיבה המרכזית להפסקת הטיפול (33%) הייתה סברתם של ההורים כי הילד בריא דיו ואין צורך לאשפוזו [5]. במחקר הנוכחי, שיעור ההורים שהפסיקו את הטיפול מסיבה זו היה 39.6%. ייתכן כי זמינות גבוהה של שירותי בריאות בארץ (לרבות שירותים אלקטרוניים/ וירטואליים) היא זו שמעלה את רמת הביטחון של ההורים ותורמת להחלטתם להפסיק את הטיפול, בניגוד להמלצה רפואית. ממצא נוסף שתואר בספרות ונמצא גם במחקר זה הוא התרשמותם של ההורים כי הצוות הרפואי תומך בעזיבה ואף רומז כי האשפוז אינו חיוני. התרשמות זו חיזקה את דעתם של אותם הורים שסברו מלכתחילה כי הילד בריא דיו ואינו זקוק לאשפוז. ואכן, על פי מחקרם של כרמל וחב' [8] משנת 1998, אמירה ישירה או רמז עקיף של הצוות מעלים את ביטחון החולים שהפסקת הטיפול לא תגרום לנזק. סיבה זו נמצאה בקרב 10% ממקרי הבל"ר שתוארו במחקר [8]. הממצא המתואר יכול להעיד כי חוסר תמימות דעים בקרב הצוות הרפואי או העברת מסר שאיננו חד-משמעי עלולים להתפרש

ביבליוגרפיה

1. El Malek VA, Alexander S & Al Anezi F, Discharge against medical advice among children admitted into pediatric wards at Al-Jahra hospital, Kuwait. *Kuwait Med J* 2014 Mar;46(1): 28-31.
2. Ibekwe RC, Muoneke VU, Nnebe-Agumadu UH & Amadife MA, Factors influencing discharge against medical advice among paediatric patients in Abakalili, southeastern Nigeria. *J Trop Pediatr*. 2009 Feb;55(1): 39-41.
3. Al-Sadoon M & Al-Shamoussi K, Discharge against medical advice among children in Oman: A university hospital experience. *Sultan Qaboos Univ Med J*. 2013 Nov;13(4): 534-538.
4. Somasetia DH, Isman S & Wonoputri N, Discharge against medical advice in pediatric intensive care unit and subsequent events. *IJIHS*. 2015 Mar;3(1): 7-10.
5. Abdulateef H, Al Amri M, Sayyed RF & al, Discharge against medical advice in a pediatric emergency center in the State of Qatar. *J Emerg Med, Trauma and Acute Care*. 2012;4. Available from: <http://www.dx.doi.org/10.5339/jemtac.2012.4>
6. Roodpeyma S & Eshagh Hoseyni SA, Discharge of children from hospital against medical advice. *World J Pediatr*. 2005; 6(4): 353-356.
7. Saravi BM, Zadah ER, Siamian H & Yahghoobian M, Discharge against medical advice in the pediatric wards in Bo-ali Sina hospital, Sari, Iran 2010. *Acta Inform Med*. 2013 Dec; 21(4): 253-256.
8. כרמל א', עמיטל ה', שמר י', שחר א'. מדוע הם עוזבים? ניתוח מאפייניהם של חולים העוזבים את חדר-המיון בניגוד לעצה רפואית. הרפואה. 1988 מרץ; 448-445:(6)134
9. אילון א'. סרבני הטיפול הרפואי. ידיעות אחרונות. 2015 אוגוסט 30: 5-4.

רושמים METFORMIN



אל תשכחו TRIBEMIN

לשיפור ניכר בסיפטומים (2,3). כמו-כן סוכרתיים עלולים לסבול גם מפגיעה בספיגת ויטמינים. לכן, חשוב לרשום לחולי הסוכרת שילוב של ויטמיני B כפי שנמצאים ב-*Tribemin*.

כשתרשמו Metformin אל תשכחו להוסיף *Tribemin*.

TRIBEMIN השילוב היחיד של ויטמינים מקבוצת **B** הרשום כתרופה וכלול בסל הבריאות.

Metformin הינה תרופה הנרשמת לעשרות אלפי סוכרתיים בישראל מדי שנה ופוגעת בספיגה של ויטמין B12 באופן ניכר (1). למטופלים ב-Metformin חיוני לתת תוספת של ויטמין B12.

מחקרים הראו שמתן ויטמינים מקבוצה B לסובלים מפולינורופתיה בכלל ונורופתיה סוכרתית בפרט, הביא



References:

1. PDR (2002), p1084
2. Cohen K.L. et al. (1984) Journal of the American Podiatry Association. Vol 74, No. 8, p394-397
3. Stracke et al (1996) Experimental and Clinical Endocrinology and Diabetes. Vol. 104, p311-316.



www.meditec.co.il