



פדיטון

Pediton



יצרנית משפחת אנפמיל, נוסרמיגן, ופרג'סטמייל. 1-800-22-6470

תקצירים של חלק מן ההרצאות שיינתנו במושבים בכינוס חיפ"א 27 ביוני 2007, מלון דן-פנורמה, תל אביב

טיפול אמבולטורי בדלקת ריאות במרכז לרפואה דחופה

ד צימרמן, נ קובלסקי, פ קרול, ס פילדס טרם מרכזים לרפואה דחופה, רחוב המ"ג 7, ירושלים

תוצאות: נוצר קשר עם 80% המטופלים (103/129), מתוכם רק (6.7%) 7 אושפזו בתוך שבוע מהטיפול הראשוני בטרם. 5 מתוכם אושפזו ל-3 ימים, אחד לשבוע שלם ואחד לשבועיים. אף לא אחד מהמאושפזים נזקק לחמצן במהלך האשפוז. רק אחד מהמטופלים טופל באינהלציות במהלך אשפוזו. הסבירות לצורך בטיפול באשפוז הייתה גבוהה באופן מובהק ($p < 0.001$) בילדים עם היסטוריה של אסטמה.

מסקנות: ניתן לטפל באופן בטוח במרבית הילדים המאובחנים כסובלים מדלקת ריאות עם צורך בטיפול אנטיביוטי תוך-וריד בצהר אמבולטורית. מרכזים עצמאיים לרפואה דחופה מהווים מיקום נוח לתת שירות כזה מאחר והם עובדים בשעות הערב והלילה ובסופי שבוע. ילדים עם היסטוריה של אסטמה מהווים קבוצת סיכון לצורך בטיפול באשפוז.

רנטגן. ניתן לשלוח נתונים הכוללים פרטים אלה דרך מאגר הנתונים (data warehouse) של המערכת.

אוכלוסיית המחקר: הרשומות של כלל המטופלים בני פחות מ-10 שנים עם אבחנה של דלקת ריאות שהגיעו לטר"מ בין ה-01/01/2005 ל-30/06/2006 וחתמו על טופס הסכמה מדעת לטיפול תוך-וריד ממושך נשלפו ממאגר הנתונים ($n=129$). **איסוף המידע:** הרשומות הממוחשבות של כלל הביקורים שהשתתפו במחקר נבדקו לגבי תלונה עיקרית בקבלה, גיל המטופל, טיפול תרופתי שניתן (סוג ומספר המנות), תסמינים בקבלה (חום, ריווי חמצן בדם, וכל סימן למצוקה נשימתית), פענוח צילומי הרנטגן, כמו גם צילומי הרנטגן עצמם. נעשה ניסיון ליצור קשר טלפוני עם כלל מטופלי המחקר כדי לברר: (1) האם נזקק לאשפוז בבית חולים בתוך שבוע מהשחרור? ו-(2) אם כן, איזה טיפול התקבל בבית החולים?

רקע: דלקת ריאות היא אבחנת שחרור שכיחה בילדים במרכזי טרם, ומהווה את אבחנת השחרור הרביעית או החמישית בשכיחותה. בשנת 2005, 5% מכלל הביקורים של ילדים מתחת לגיל 10 היו מסיבה זו. 14% מביקורים אלה הסתיימו בהפניה לבית חולים. טיפול תוך-וריד אמבולטורי הוא שיטה שכיחה בטר"מ למספר מצבים קליניים. המטופלים חותמים על טופס הסכמה מדעת לטיפול המוצג כאפשרות במקום הפניה לבית חולים. מטרת המחקר הייתה לקבוע את התוצאה של טיפול אנטיביוטי תוך-וריד אמבולטורי בילדים שאובחנו כסובלים מדלקת ריאות.

חומרים ושיטות: מיקום: טרם - מרכזים לרפואה דחופה היא חברה בבעלות פרטית המפעילה מרפאות עצמאיות לרפואה דחופה. מרפאת טרם המרכזית, השוכנת ליד הכניסה לירושלים, פתוחה 24 שעות ביממה, 365 יום בשנה. שירותי מעבדה ורדיולוגיה אבחנתית זמינים במהלך כל שעות הפעילות.

מקורות מידע: טר"מ משתמשת במערכת רשומה רפואית אלקטרונית מפיתוח עצמי המתעדת פרטים דמוגרפיים, מהלך קליני, בדיקות מעבדה וצילומי

תפקוד שלפוחית השתן של ילדים שלא הגיבו לטיפול התנייתי ו/או תרופתי בהרטבות לילה.

ע. אלקיים, א הרמן-כהן, א. זליג, ח. חבצלת, ר. נדלר, ג. פומרנץ, ע. קסלר, א. פומרנץ היחידה למחלות כליה ויתר לחץ דם והמרפאת להרטבות לילה בילדים, של המרכז הרפואי ספיר, בית חולים מאיר כפר סבא והמרכז לבריאות הילד בפתח-תקווה.

נפח תפקודי (FBC) קטן של שלפוחית בשילוב יצור שתן מוגבר במהלך הלילה (NP) והפרעה ביקצה הינם הגורמים המרכזיים להרטבות לילה בילדים. הסיבות לכשלון הטיפול בהרטבה אינו ברור. ההצלחה הטיפולית קטנה ככל שה-FBC נמוך יותר. טיפולים בפעמונית וטיפול תרופתי אנטי כולינרגי מקובלים כמשפיעים על הנפח התפקודי של שלפוחית השתן. בספרות הרפואית ידוע ששימוש בפעמונית גורם להגדלת הנפח התפקודי של השלפוחית, אולם אין מידע על תפקוד השלפוחית בילדים שלא הגיבו לטיפול. בעבודה זו בדקנו את השפעת הטיפולים השונים על הנפח התפקודי של שלפוחית השתן בילדים שלא הגיבו לטיפול בהרטבת לילה תרופתי או התנייתי.

העורכים:

ד"ר שמואל גרוס
ד"ר שמואל גור

משתתפים:

ד"ר יאיר בר דוד
ד"ר הדו ירדני
ד"ר דני מירון
ד"ר מרי נופי-ברהום
ד"ר זאב צנטנר



לכל סימפטום פתרון עם יתרון



1800-22-64-70

FBC % בנינים ובנות היה 34.5 ± 17.9 ו- 15.6 ± 35.7 אחוז מהצפוי לנפח שלפוחית המותאם לגיל בבנים ובנות בהתאמה. הילדים חולקו ל-4 תת קבוצות. נתונים על גיל הילדים, מין, FBC, MBC, FBC %, RV-1 MBC % מופיעים בטבלה.

שלפוחית צפוי (EFBC) חושב בהתאמה לגילו של הילד. היחס בין נפח תפקודי שנמדד לבין נפח תפקודי צפוי לגיל הילד חושב באחוזים (FBC %), היחס בין MBC ל-EFBC חושב גם הוא באחוזים (MBC %).

שיטות: תפקוד שלפוחית שתן נבדק בשיטה לא פולשנית בילדים שלא הגיבו לטיפול תרופתי או התנייתי בהשוואה לקבוצת הביקורת. הילדים חולקו ל-4 תת קבוצות: טיפול בפעמונית, טיפול במינירין, טיפולים אחרים (כולל טיפול אנטיכולינרגי) וקבוצת הביקורת. נמדד נפח תפקודי של שלפוחית (FBC) אחת לשבוע במשך 4 שבועות עוקבים. נפח שלפוחית מקסימלית (MBC) ושאירית שתן (RV) נמדדו בעזרת מכשיר. BladderScan@BVI 3000 נפח

תוצאות: 239 ילדים שסבלו מהרטבת לילה בגיל ממוצע של 9.23 ± 3.14 שנים, מהם 149 בנים (בגיל 9.4 ± 3.0 שנים) ו-90 בנות (בגיל 8.8 ± 3.2 שנים).

	NO	גיל (שנים)	מין (ז/נ)	FBC (ל"מ)	FBC% (%)	MBC (ל"מ)	MBC% (%)	RV (ל"מ)
ביקורת	118	7.9 ± 2.5	54/64	93.6 ± 57.5	36 ± 18.9	223.9 ± 191.8	89.6 ± 83	73.7 ± 58.4
פעמונית	84	2.9 ± 10.3	39/45	118.2 ± 65.2	34.8 ± 15.2	264.2 ± 205.9	82.6 ± 70.9	76.3 ± 40.3
מנרין	24	10.5 ± 3.4	17/6	107.9 ± 59.5	32.3 ± 16.1	267.4 ± 202.9	85 ± 64.1	104.5 ± 55.5
אחר	13	11.6 ± 13.3	7/5	114.5 ± 38.4	31.0 ± 10.6	142.7 ± 139.9	82.6 ± 70.9	78.8 ± 35.0
		NS		NS	NS	NS	NS	NS

מסקנות: לא נמצא הבדל משמעותי ב-FBC של בנים לעומת בנות הסובלים מהרטבת לילה ואינם מגיבים לטיפול. לא נמצא הבדל משמעותי בנפחי השלפוחית של ילדים הסובלים מהרטבת לילה לפני ואחרי כישלון טיפולי בפעמונית ו/או במינירין ו/או בטיפול תרופתי אחר. ממצאים אלו מצביעים על כך שילדים החווים כשלון טיפולי בפעמונית נפחי שלפוחית: FBC, MBC, FBC%, RV-1. ממצא זה יכול להסביר את הכשלון הטיפולי בפעמונית בחלק מהילדים שלא מגיבים לטיפול בהרטבת לילה.

תסמונת חלוק הלבן בילדים: ניטור לחץ דם מרפאתי ביתי וממושך בילדים בגילאים השונים

ג. פומרנץ, י. נוביצקי, ע. אלקיים, ר. נדלר, צ. דון, א. הרמן כהן, א. פומרנץ

היחידה למחלות כליה ויתר לחץ דם בילדים של בית חולים מאיר, מרכז הרפואי ספיר בכפר סבא, והמרכז לבריאות הילד פתח תקווה.

מתוך 4 קריאות עוקבות היה: $113.8 \pm 15.4/61.8 \pm 9.9$ ממכ"ס בקריאה ראשונה ו- $108.5 \pm 13.5/57.0 \pm 9.4$ בקריאה אחרונה ($p < 0.001$). הירידה בלחץ דם סיסטולי דיאסטולי וקצב הלב היתה קבועה ומשמעותית מבחינה סטטיסטית. לא נמצא הבדל משמעותי בלחץ דם בין קריאה שלישית לרביעית הירידה בלחץ הדם לא הושפעה מגיל, מין הילדים ו-BMI.

ניטור ביתי של לחץ דם: בוצעו 63 קריאות לחץ דם במהלך השבוע ל-51 ילדים, לחץ דם ממוצע של כל הקריאות $110.3 \pm 13.0/67.2 \pm 9.7$ ממכ"ס. לחץ דם בשלוש הקריאות היה 10.5 ± 122.9 / 76.9 ± 10.0 ממכ"ס בקריאה ראשונה בנוכחות רופא בבית הנבדק ו- 112.2 ± 10.9 / 68.4 ± 6.5 ממכ"ס בקריאה אחרונה ($p < 0.05$). לא נמצא הבדל משמעותי בלחץ דם ביתי ממוצע לבין קריאה אקראית אחרונה. ניטור אמבולטורי רציף במהלך היום: ערכים ממוצעים של לחץ דם רציף יום בניטור אמבולטורי רציף יום היו: $122.6 \pm 19.6/72.2 \pm 9.0$ ממכ"ס, לפני ביצוע הניטור הרציף בוצעו ארבע קריאות אקראיות של לחץ דם במרפאה. בקריאה אקראית ראשונה

ובבדיקת לחץ דם אמבולטורי רציף. בדקנו 1231 ילדים שהופנו למרפאות אמבולטוריות ילדים של בית חולים מאיר ולקהילה. קבוצה ראשונה: 1000 ילדים בגילאים של שנה עד גיל 20 שנה. לחץ הדם נמדד על ידי מכשיר Critikon Dinamap Pro 100, בוצעו 4 קריאות של לחץ דם לכל נבדק. קבוצה שניה: 51 ילדים בגילאי 11.3 ± 2.9 שנים, הילדים מדדו לחץ דם בבוקר בצהריים וערב במשך שבעה ימים. בכל בדיקה ובדיקה לחץ הדם נמדד 3 פעמים. מדידת לחץ הדם הביתית החלה לאחר 3 מדידות של לחץ דם שבוצעו בביתו של הנבדק על ידי הרופא החוקר עם אותו מכשיר. קבוצה שלישית: 186 ילדים שהשלימו ניטור ביתי רציף. לפני תחילת הניטור בוצעו 4 קריאות ידניות של לחץ דם אמבולטורי תוך שימוש במכשיר ה-Space lab 9020 לחץ דם יומי ממוצע חושב. לפני ניתוק הנבדק מהמכשיר, לאחר 24 שעות של ניטור רציף בוצעה קריאה נוספת של לחץ דם-קריאה אחרונה.

תוצאות: ניטור אקראי של לחץ הדם: לחץ הדם סיסטולי ודיאסטולי בקריאה ראשונה ואחרונה

ניטור אמבולטורי רציף שיפר את דיוק הקריאה של לחץ הדם במבוגרים וילדים, רופאי הילדים צריכים להסתמך על בדיקות אקראיות של לחץ דם במרפאה ברוב ההחלטות הרפואיות שלהם. במטרה לשפר את רמת הדיוק של בדיקת לחץ דם אקראית ה-Joint Detection, Evaluation National Committee on and Treatment of High Blood Pressure (JNC-VI) המליץ על שתי בדיקות אקראיות של לחץ דם בכל מפגש רפואי. לאחרונה הופיעו דיווחים במבוגרים על רגישות של 99% בקריאת לחץ הדם במידה ומוסיפים קריאה נוספת של לחץ דם. מדידה מדויקת של לחץ הדם בילדים לא פחות חשובה ממבוגרים, במיוחד במילניום הנוכחי בו יש עליה חדה ב-BMI בילדים ומבוגרים ובמקביל עליה בתחלואה הלבבית ובשכיחות של יתר לחץ דם בילדים ומבוגרים.

שיטות: במטרה לבדוק את שכיחות תסמונת ואו השפעת החלוק הלבן בילדים במדידות אקראיות במרפאה והקשר שלה לגיל ומין של הילד, בוצעו בדיקות עוקבות של לחץ דם במרפאה, בניטור ביתי



לכל סימפטום פתרון עם יתרון

בחסות
MeadJohnson
Nutritionals
פרמהבסט

1800-22-64-70

הדחק למדידת לחץ דם לא משתנה עם הגיל ואינה מושפעת ממספר הבדיקות שבוצעו לכן בכל מפגש יש לבדוק לפחות 4 פעמים את לחץ הדם בילדים בגילאים השונים.

מסקנות: ניטור לחץ דם אקראי המבוצע בידי בודק מיומן בצורה נכונה שדוגם לפחות 4 פעמים את לחץ הדם, וניטור ביתי למשך 48 שעות כשבכל קריאה וקריאה מבוצעות לפחות 4 מדידות של לחץ דם יכולים להיות יעיל בילדים בגילאים השונים לא פחות מניטור לחץ דם רציף יום בילדים. תגובת

נמדד לחץ דם סיסטולי ודיאסטולי $125.5^{+19.3}/77.7^{+15.0}$ ממכ"ס ובקריאה אחרונה נמדד לחץ דם סיסטולי ודיאסטולי של קריאה אחרונה לפני חיבור $120.0^{+22.1}/72.5^{+13.0}$ ממכ"ס ($p < 0.001$) קריאה אחרונה של לחץ דם לפני ניתוק ממכשיר הראתה $121.7^{+19.6}/73.4^{+15.9}$ ממכ"ס.

מיפוי מחלות תורשתיות, פיגור התפתחותי ותסמונות כרומוסומליות בילדים, בכפר ערבי בישראל

ק. כיאל, מ. מחאגנה, נ. צלניק, ח. ביבי

מחלקת ילדים מרכז רפואי כרמל, מכון להתפתחות הילד חיפה

משפחות, כגון: neuronal ceroid lipofuscinoses, micro-and-1 beta oxidation defect, anophthalmus.

לסיכום: הנתונים אשר נמצאו בכפר ערבי אחד מצביעים שלמרות התכנית למניעת מומים מולדים יש עדיין שיעור גבוה של מחלות תורשתיות, פיגור התפתחותי ותסמונות כרומוסומליות במגזר הערבי. פעולות הכרחיות להקטנת השיעור הן: 1. הסברה מגיל צעיר במסגרות חינוך לבריאות והגברת המודעות של האוכלוסייה לקשר בין מחלות תורשתיות ונשואי קרובים. 2. בניית תוכנית סקר התואמת את שכיחות התחלואה לכל כפר/אוכלוסייה, כדוגמת הסקירה למחלת KRABBE באחד הכפרים בגליל. 3. השלמת והטמעת התוכנית הלאומית שמטרתה רישום מקומי ומרוכז של מחלות תורשתיות, איסוף מידע, הפחתת נישואים של זוגות צעירים שהם קרובי משפחה תסייע במניעת מומים מולדים. 4. יותר השקעה באבחון גנטי של מחלות האופייניות לאוכלוסייה, עידוד שיטות לאבחון מוקדם אשר עשויות להפחית את התחלואה הקשורה במומים מולדים ומחלות תורשתיות.

שיטות: בעבודה נסקרה אוכלוסיית הילדים בכפר ערבי אחד בגליל. נבדקו כל הילדים שניתן לקבל עליהם מידע אשר סובלים ממחלות תורשתיות וכרומוזומליות עם דגש על מעורבות של מערכת העצבים. תוצאות: מכלל אוכלוסייה של 4,166 ילדים ונוער עד גיל 18 ש' אותרו 180 ילדים עם מחלות תורשתיות (עם דגש על מעורבות מערכת העצבים) או מחלות אחרות שיש להם ביטויים קליניים ניורולוגיים.

מדובר בשיעור של 4.3% (לעומת טווח של 2-3% מתוך המקובל בספרות). מתוך קבוצה זו כ- 19 ילדים נפטרו, ב- 5 ילדים קשה היה לקבוע את האבחנה, ילדה אחת עברה לגור ביישוב אחר, ויתר 155 הילדים (86 זכרים - 1,56% ו- 69 נקבות - 44%) חולקו לקבוצות לפי קריטריונים אבחנותיים. 73 ילדים נמצאו כסובלים מפיגור בינוני עד קשה, 1.75% מתוך 4166 הילדים מגיל 0 עד 18 שחיים באותו ישוב, יותר מפי 3 משיעור הפיגור השכלי הבינוני עד קשה שקיים בכלל האוכלוסייה. בקבוצת הילדים עם פיגור בינוני או קשה הגיע אחוז נשואי הקרובים ל- 85%. אצל אלה שלא נמצאה אטיולוגיה תורשתית, כגון מחלות עם נזק מוחי נרכש, (בעיקר מצבים לאחר טראומה או תשניק) שיעור נשואי קרובים היה נמוך יותר ונע בין 41% ל- 56%. בכפר זה אותרו מספר מחלות תורשתיות ספציפיות במספר

רקע: האוכלוסייה הערבית בישראל מהווה כ- 20% מכלל אזרחי מדינת ישראל. בניגוד למצב לפני 40 שנה (בו המחלות זיהומיות היו הגורם העיקרי לתמותת תינוקות) הגורמים המובילים כיום לתמותת תינוקות הם מומים מולדים (ב- 40% מהמקרים) וסיבוכי פגות (ב- 20% מהמקרים). השכיחות הגבוהה של מומים מלידה נובעת בעיקר בגלל שיעור גבוה של נשואי קרובים גבוה שמגיע עד 25% בקרובים מדרגה I, ו- 45% מהזוגות קיימת קירבה כלשהי. את המחלות התורשתיות השכיחות בקרב האוכלוסייה הערבית ניתן לסווג לתת קבוצות מחלות הנפוצות בכלל האוכלוסייה, מחלות הנפוצות באזורים גיאוגרפים מוגבלים ומחלות ששכיחותן גבוהה מאוד בכפר אחד, שבט או במשפחה מורחבת.

כל התיאורים על שכיחות מומים נעשו על בסיס מידע ממרפאות מקצועיות ומבתי חולים. למרות השכיחות הגבוהה של מומים מולדים המרוכזים לפי מקום מגורים, לא נעשתה עד כה עבודה במקום המגורים לבדיקת שכיחות המומים המולדים במגזר הערבי.

מטרת העבודה: בדיקת שכיחות מחלות תורשתיות, פיגור התפתחותי ותסמונות כרומוסומליות בשטח - במקום המגורים.

האם שיעול לילי של ילדים בהתקף חד של אסתמה שונה במאפייניו משיעול לילי של ילדים מצוננים? השוואה של הקלטת שיעול בזמן שינה.

י. אורקין,^{1,4,5} י. ישי,^{4,5} נ. בילנקו,^{5,6} י. בר-דוד,^{2,4,5} א. גזלה,^{2,4,5} א. שחק,^{2,4,5} א. מיכאלובסקי,^{2,4} ו. לפידוס,⁷ א. כהן⁷

מרפאות שרותי בריאות כללית במחוז הדרום: ¹מרכז בריאות הילד, אופקים; ²מרכז בריאות הילד, באר-שבע; ³מרפאת יסקי, באר-שבע. ⁴המרכז הרפואי האוניברסיטאי סורוקה, חטיבת הילדים. ⁵אוניברסיטת בן-גוריון בנגב, ת.ד. 653, באר-שבע; ⁶המחלקה למדעי הבריאות; ⁷המחלקה לאפידמיולוגיה; ⁷המחלקה להנדסת חשמל.

מטרה: לבחון, בעזרת המכשיר הנ"ל האם מאפייני שיעול לילי של ילדים בהתקף חד של אסתמה שונים ממאפייני שיעול לילי של ילדים שאינם אסתמטיים, אשר לקו בהצטננות חדה. **שיטה:** הקלטה בחדר השינה, במהלך לילה אחד, של ילדים אשר אובחנו באותו יום עם התקף חד של

רקע: שיעול הוא סימפטום נפוץ הקשה להערכה. הקלטת שיעול במהלך לילה וניתוח מאפייניו עשויים לעזור באבחון, טיפול ומעקב של ילדים עם אסתמה והצטננות. באוניברסיטת בן-גוריון בנגב פותח מכשיר אלקטרוני המזהה ומקליט קולות שיעול, תוך סינון קולות רקע אחרים.



לכל סימפטום פתרון עם יתרון

בחסות
Mead Johnson
Nutritional
פרמהבסט

1800-22-64-70

להקלטה על-ידי אחד החוקרים. "שיעול" הוגדר כקול בודד הנגרם מפתחה חדה של מיתרי הקול, המלווה בצליל קצר, נבחי. "פרץ" הוגדר כרצף של קולות שיעול.

תוצאות: נבדקו 49 ילדים בגילאי 2-9 שנים. 27 ילדים עם התקף חד של אסתמה ו-22 עם הצטננות. ילדים עם אסתמה השתעלו בממוצע 126 שיעולים בלילה, לעומת 68 שיעולים אצל ילדים מצוננים ($p < 0.05$). ילדים עם אסתמה השתעלו בממוצע 124 שניות במהלך הלילה, לעומת 51 שניות בילדים מצוננים

($p < 0.01$). לילדים עם אסתמה היו בממוצע 36 פרצי שיעול, לעומת 19 לילדים מצוננים ($p < 0.05$). קצב השיעולים בתוך תקופת פרץ נמוך משמעותית בילדים עם אסתמה, לעומת ילדים מצוננים; 1.07 שיעולים בשנייה לעומת 1.36 שיעולים בשנייה, בהתאמה ($p < 0.001$). ילדים אסתמטיים השתעלו יותר פעמים בין השעות 23:00 ל-01:00, לעומת ילדים מצוננים; ממוצע של 55 שיעולים לעומת 10, בהתאמה ($p < 0.001$).

מסקנות: ילדים בהתקף חד של אסתמה משתעלים

יותר פעמים בלילה מאשר ילדים עם הצטננות חדה. בילדים אלה יש יותר פרצי שיעול, אשר מאופיינים בקצב שיעול איטי, יחסית לשיעול של ילדים מצוננים. הקלטת שיעול לילי של ילדים משתעלים עשויה לסייע באבחון וטיפול בילדים עם אסתמה.

בדיקות לחדות ראייה - האם הן אמינות? בדיקת סקר קבוצתית בתלמידי ישראל, כדוגמא.

ד"ר שמואל גרוס, לשכת הבריאות נפת השרון, משרד הבריאות

רקע: קיימת חשיבות רבה לגילוי מוקדם של ליקויי בחדות הראיה לתלמידי בתי הספר, מן הסיבות: מניעת קשיים בלימודים, קשיים בתחום הספורטיבי, קשיים חברתיים וקשיים ריגשיים, לתלמיד לקוי הראיה.

לבדיקת חדות הראיה קיימות דרישות תקינות: לוח, תאורה, מרחק, הליך תקני וניקוד אחיד. מצד שני, קיימות הדרישות למבחן סינון: פשטות, מקובל על הנבדקים, מדויק, מהימן, תקף ויעיל.

במדינת ישראל נהגה בדיקת סקר קבוצתית לחדות ראייה בתלמידי בתי הספר. הבדיקה חוסכת בזמן אכות.

מטרת המחקר: בדיקת התקפות של המבחן הקבוצתי לחדות ראייה.

הליך: אחות מיומנת עם ניסיון רב שנים בביצוע בדיקת הראיה הקבוצתית בבתי הספר. העבירה את הבדיקה בשיטה הקבוצתית ועפ"י הנוהל של משרד הבריאות.

כלים: 1. לוחות SNELLEN תקינות של משרד הבריאות.
2. חדרי כיתה הגדולים מ-5 מטר. עם תאורת חשמל פתוחה, בנוסף לתאורה הטבעית.
נבדקו 432 תלמידים בכיתות ג' ו-ה'. פעם אחת בשיטה הקבוצתית ופעם שניה בשיטה הפרטנית.

תוצאות:

טבלה: מבחן תקפות בדיקה ראייה קבוצתית במספרים מוחלטים

פרטני:

	-	+	
+	113	71	184
-	216	32	248
	329	103	432

לקוי: (+) סגוליות: 0.66%

לקוי: (-) רגישות: 0.70%

הרגישות של המבחן הקבוצתי הוא 70% והסגוליות 66%

מסקנות: בשיטת הבדיקה הקבוצתית אנו מפספסים (שלילי שגוי) 7% מן הנבדקים. לעומת 26% אותם אנו מעמיסים על המערכת לבדיקה נוספת מאחר והם שגויים חיוביים. זאת תמורת חיסכון של 10.800 שעות אכות לשנה, לבדיקת 2 שנתונים מתלמידי ביה"ס (כיתות ג' ו-ה', המהווים כיום כ- 240,000 תלמידים במדינת ישראל).

כינוס חיפ"א, 27 ביוני 2007, מלון דן-פנורמה, תל אביב

תכנית:

לנוחות משתתפי הכינוס אנו מארגנים הסעות באוטובוסים מ:

1. באר שבע

מרחבת תחנת הרכבת שליד ביה"ח סורוקה-בשעה 6:45.
בתחנה מיד לאחר הרמזורים בקרית גת-בשעה 7:15.
בצומת קרית מלאכי-בשעה 7:30.

2. ירושלים

ברחבת בנייני האומה-בשעה 7:00.
בצריפין-בשעה 7:45.

3. נצרת

מתחם מגה-בשעה 6:30.
צומת גולני-בשעה 6:45.
בבי"ח העמק-בשעה 7:15.

4. חיפה

מתחם מפרצית חיפה-בשעה 6:45.
צומת חדרה-בשעה 7:15.
צומת נתניה-בשעה 7:30.

9:00-8:00 התכנסות ורישום מלאה

י"ר: ד"ר שמואל גרוס

ד"ר זאב צנטנר

ברכות:

ד"ר יורם בלשר - יו"ר הר"י

פרופ' פרנסיס מימוני - יו"ר איגוד רופאי הילדים

ד"ר שמואל גור - יו"ר חיפ"א

הילד הלוקה בצליעה

מרצה: ד"ר שלמה פורת, מרכז רפואי הדסה עין כרם, ירושלים

גילוי מוקדם של הפרעה במערכת הראיה

מרצה: פרופ' אברהם שפירר, בי"ח ע"ש שיב"א, תל השומר

הילד שאיננו מדבר

מרצה: גב' טובה בן ארצי, קלינאית תקשורת ארצית, שירותי בריאות כללית

הענקת אות יקיר חיפ"א לפרופ' יונה אמיתי מנהל המח' לאם,

לילד ולמתבגר, משרד הבריאות.

הענקת פרסי התקצירים הנבחרים

הפסקת קפה ועוגה+ביקור בתערוכה

מושב הבוקר 3 - אולמות

11:45-11:15 הפסקה

12:45-11:45 מושבי הצהריים 3 - אולמות

13:00-12:45 מושבי הצהריים 3 - אולמות

14:00-13:00 ארוחת צהריים

14:00

הכינוס יתקיים ביום רביעי, ה- 27.6.07 במלון דן פנורמה, ת"א.

אנא ציינו תאריך זה ביומנכם.

ההשתתפות לסטודנטים ומתמחים - ללא תשלום.

מרבית התורה ברפואת ילדים - ביום אחד!