

עבודת גמר

הכשל התקשורתי במעבר תוצאה מהמעבדה לחולה – האם ניתן לשפר?

זיהום בדרכי השתן בחדר המיון כמודל

Failure in Information Transfer from the Laboratory to the Patient- Can We Improve?

Urinary Tract Infection in the Emergency Department as a Model

מגישה: איילת רשפון

כתובת: יהודה הלוי 56, תל אביב

דוא"ל: ayeletrishpon@yahoo.com

מדריכים: פרופ' מאיר ברזיס, המחלקה לרפואה חברתית, הדסה עין כרם

ד"ר רותי סטלניקוביץ, מנהלת המחלקה לרפואה דחופה, הדסה הר-הצופים

יעוץ סטטיסטי: גב' טלי בדולה- אברהם

מקום ביצוע העבודה: המחלקה לרפואה דחופה, בי"ח הדסה הר-הצופים, ירושלים

זהו בדרכי השתן הנו אחד הזיהומים השכיחים ביותר באוכלוסייה. כ 50-70% מן הנשים חוות אירוע של מחלה זו במהלך חייהן. מדי יום מגיעים למיון מטופלים עם תלונות של זהו בדרכי השתן כצריבה, דחיפות ותכיפות במתן שתן, לעיתים מלווים בחם ובכאבי בטן תחתונה. במיון נלקחת תרבית שתן למטופלים אלו, ורוב המטופלים מקבלים טיפול אנטיביוטי אמפירי עם שחרורם. המטופלים המשתחררים אמורים להתקשר למעבדה כעבור 48-72 שעות לברר את תוצאות התרבית שתימסר אליהם בפקס או בדואר או להילקח ידנית. המטופל אמור להעביר את תוצאת התרבית לרופא המשפחה ובהתאם לתוצאתה לעיתים יש צורך בהמשך, הפסקה או שינוי טיפול. יש לזכור כי לעיתים האנטיביוטיקה שניתנה בשחרור אינה מספקת, אינה מתאימה או אינה מוצדקת מפני שטווח פעולתה רחב מדי (לדוגמא מתן Quinolones, כשלמעשה המזהם השכיח ביותר הוא *E. coli* הרגיש לצפלוספורינים דור ראשון באחוז גבוה של המקרים). כמו כן, ישנם חולים שתרבית השתן שלהם עקרה ולמרות זאת קיבלו טיפול אנטיביוטי שיש אולי עכשיו להפסיקו. גורמים אלו תורמים ליצירת עמידות לאנטיביוטיקה עקב שימוש מיותר או רחב טווח שלא לצורך וכן גורמים לבזבוז כספים מיותר למערכת הבריאות

כשלוך בברור ובמעקב אחר תוצאות מעבדה הוא כשל בטיחות משמעותי בתקשורת רופא - חולה (1). הדבר פוגע באיכות הטיפול הרפואי ויכול לגרום למתן טיפול רפואי מיותר או מוטעה. דרך חשובה למניעת כשל זה היא ע"י "חינוך" מטופלים. חינוך מטופלים מוגדר כהקניית ידע או השפעה על התנהגות המטופל באופן שיקנה לו די מידע כדי לטפל במחלתו כראוי (2). חינוך כזה יכול, מלבד לגרום לשיפור הטיפול, לחסוך כספים מיותרים למערכת הבריאות ואף לחזק את הקשר רופא - חולה. עצם הדרכת המטופל ע"י רופאו עשויה לחזק את האמון ההדדי. מטופל המקבל את המידע הנכון לגבי מחלתו עשוי לרצות להיות מעורב יותר בטיפול והבנתו יכולה לתרום להיענותו.

צורה זולה ופשוטה של חינוך מטופלים והגברת היענותם לטיפול רפואי היא ע"י חלוקת עלוני הסבר בנושא מחלתם. שיטה זו הוכחה כיעילה בהעלאת אחוז המטופלות המשלימות מעקב וטיפול לאחר pap-smear: נמצאה עליה של 30% במספר המטופלות המשלימות את הטיפול לאחר משטח פאפ לא תקין בין מי שקיבלה עלון הסבר לבין מי שלא קיבלה (3).

מטרות המחקר:

א. הערכת המצב הקיים כיום:

קביעת שיעור המטופלים המתקשרים לברר את תוצאות התרבית וכן ניסיון ברור מדוע חולים רבים אינם עושים זאת.

ב. תכנון התערבות הכוללת:

1. שיפור ההדרכה ע"י צוות המיון.

2. מתן חומר הדרכה למטופל.

ג. הערכת מצב חוזרת לאחר ההתערבות

השערה: ההתערבות תגרום להעלאת מספר המתקשרים ב 20%.

חומר ושיטות:

המחקר נערך בשני חלקים: הראשון מפברואר עד יוני 2003 והשני מאוגוסט 2003 עד ינואר 2004.

במהלך המחקר בוצע ראיון טלפוני עם המטופלים מעל גיל 18 אשר השתחררו מן המחלקה לרפואה דחופה (מלר"ד) באבחנה של דלקת בדרכי השתן, תוך ניסיון לבצע את הראיון כ 3-4 ימים לאחר השחרור. כיוון שרבים מן המטופלים דוברי ערבית, נעזרתי ע"י אח מן המלר"ד דובר ערבית. כאשר היה מדובר במטופל שאינו יכול לדבר או לשתף פעולה במהלך הראיון עקב מצבו הבריאותי, בוצע הראיון בעזרת בן משפחה, רצוי בעזרת כזה שליווה את החולה למיון.

בשלב ראשון בוצע ראיון טלפוני ל 73 מטופלים עם אבחנה של דלקת בדרכי השתן שגילם מעל 15 שנים.

השאלון:

1. האם נלקחה תרבות שתן במהלך האשפוז?
2. האם ניתן הסבר לגבי מטרת התרבות?
3. האם הוסבר לך מתי והיכן יש לברר את התוצאות?
4. האם קיבלת הדרכה לגבי אופן לקיחת התרופות? (מינון, משך)
5. האם הוסבר לך שעליך לחזור לביקורת אצל הרופא המטפל?
6. האם הוסבר לך שיתכן ויהיה צורך להחליף את הטיפול האנטיביוטי?
7. האם במכתב השחרור מן המלר"ד מופיעה חותמת עם מספר הטלפון והשעות בהן ניתן לקבל את התוצאות?
8. באיזו מידה ההדרכה שנתנה הייתה מספקת? (1- במידה רבה 2- במידה סבירה 3- במידה מועטה 4- כלל לא מספקת)
9. האם התקשרת לברור התוצאה?
10. מדוע התקשרת?/מדוע לא התקשרת?
11. במידה והתוצאה חיובית האם היא נשלחה אליך בפקס/דואר?
12. במידה והתוצאה חיובית האם העברת את התוצאה לרופא המטפל?
13. איזו אנטיביוטיקה נטלת?
14. למשך כמה זמן נטלה האנטיביוטיקה?
15. מוצא: (יהודי, ערבי)
16. השכלה: יסודית, תיכונית, על-תיכונית

לאחר התקופה הראשונה נוסח דף ההסבר. כדי לנסח הנחיות ברורות ביותר אשר יתרמו לשיתוף פעולה מרבי מצד החולים התייעצנו עם מומחית לתקשורת. בעצתה הושם דגש על עיצובו של הדף: הדף הוא צבעוני ובחלקו הראשון בתוך מסגרת ובהדגשה נכתב בברור שיש לברר תוצאות תרבות בעוד שלושה ימים, בתוספת מספר הטלפון של המעבדה ושעות פתיחתה (Figure 1). רצינו ליצור מצב בו גם אם המטופל רק יעיין בדף בחטף ויראה רק את חלקו הראשון והמודגש של הדף המסר יועבר. חלקו השני פרט תשובות לשאלות נפוצות בנושא דלקת בדרכי השתן: מהו הזיהום וסימניו, מהם הגורמים, כיצד מאבחנים ומטפלים והדגיש את חשיבותה של תרבות השתן בתהליך האבחנה והטיפול. הדף הודפס בשתי שפות: עברית וערבית וניתלה במקום בולט במיון.

כל הרופאים והאחיות במלר"ד קיבלו הנחייה לחלק את הדף לכל מטופל המשתחרר עם אבחנה של דלקת בדרכי השתן. כמו כן הונחה הצוות להסביר לכל מטופל הסבר מובנה בע"פ המפרט כי לא די בטיפול הניתן במלר"ד, ובהתאם לתוצאות התרבית יתכן ויהיה צורך להחליף, לשנות או להאריך טיפול. לכן על המטופל להתקשר למעבדה לברר את תוצאות התרבית. בנוסף נתלו הדפים במקום בולט בחדר המיון כך שהמטופלים יוכלו לקחתם בעצמם בזמן ההמתנה וכך לקבלם לידיהם גם אם הצוות המטפל שכח לחלקם.

במשך המחקר נראה היה כי נדרשות שיטות אסרטיביות יותר כדי להעביר את המסר הנדרש, ודף ההסבר נתלה ישירות מעל העגלה המכילה את כוסות השתן כדי להגדיל את הסיכוי שהאחות הנותנת למטופל כוס לביצוע התרבית תזכור גם לתת דף הסבר. כמו כן הרופאים והאחיות תוזכרו שוב ושוב לגבי הצורך בהדרכה ובחלוקת הדף.

לאחר ביצוע ההתערבות הנ"ל בוצע שוב הראיון הטלפוני ל-92 מטופלים ונוספה בו שאלה שלא הופיעה בשאלון הראשון, והיא: "האם קיבלת את דף ההסבר?"

סטטיסטיקה:

לצורך הערכת הקשר בין הפרמטרים השונים נעשה שימוש במבחן Pearson Chi Square.

המחקר פטור מועדת הלסינקי לפי החלטתה מיום 21.5.2001 בנושא סקרים במסגרת פרוייקטים לאבטחת איכות מוסדית.

תוצאות:

73 מטופלים רואיינו טלפונית לפני ההתערבות ו-92 רואיינו לאחר ההתערבות.

קבלת הסבר בע"פ צוות המיון: (Figure 2)

לפני ההתערבות 36% מהמטופלים קיבלו הסבר בע"פ מהצוות המטפל בנוגע לברור תוצאות התרבות. לאחר ההתערבות 46% מהמטופלים קיבלו הסבר שכזה. הבדל זה אינו משמעותי סטטיסטית ($p=0.429$).

קבלת דף ההסבר: (Figure 3)

רק 33% מן המטופלים שרואיינו לאחר ההתערבות טענו שקיבלו לידיהם דף הסבר מן הצוות במלר"ד ועוד 8% לקחו את דף ההסבר בעצמם מתוך הדפים שנתלו על קירות המיון. כלומר ב 41% (37 מטופלים) התקבל דף הסבר.

התקשרות למעבדה: (Figure 4)

לא היה הבדל משמעותי סטטיסטית בין מספר המטופלים שהתקשרו למעבדה לפני ההתערבות לבין אלו שהתקשרו לאחריה. ($p=0.188$)

בהשוואת תת הקבוצה שלאחר ההתערבות בה כל המטופלים קיבלו דף הסבר (או לקחו לבד) אל קבוצת המטופלים שלפני ההתערבות, התגלה ש-65% ממקבלי דף ההסבר התקשרו למעבדה לעומת 15% מהמטופלים שהתקשרו בתקופה שלפני ההתערבות ($p<0.01$).

העברת תוצאות התרבות לרופא המטפל:

15% מן המטופלים העבירו את תוצאות התרבות לרופא המטפל לפני ההתערבות, לעומת 17% שעשו זאת לאחר ההתערבות. הבדל זה אינו משמעותי סטטיסטית ($p=0.253$).

בהשוואת תת הקבוצה שלאחר ההתערבות בה כל המטופלים קיבלו דף הסבר (או לקחו לבד) אל קבוצת המטופלים שלפני ההתערבות התגלה ש-32% מתוך מקבלי דף ההסבר העבירו את תוצאות

התרבית לרופא המטפל לעומת 15% שעשו זאת לפני ההתערבות. לעליה זו משמעות סטטיסטית גבולית (p=0.097).

סיפוק מן ההדרכה במיון:

60% מן המטופלים היו מרוצים מן ההדרכה לפני ההתערבות לעומת 76% מן המטופלים שהיו מרוצים לאחריה. הבדל זה אינו משמעותי סטטיסטית (p=0.154).

בהשוואת תת הקבוצה שלאחר ההתערבות בה כל המטופלים קיבלו דף הסבר (או לקחו לבד) אל קבוצת המטופלים שלפני ההתערבות התגלה ש84% מתוך מקבלי דף ההסבר טענו שההדרכה הייתה מספקת או מספקת מאוד לעומת 50% שטענו זאת לפני ההתערבות (p=0.031).

סיבות להתקשרות:

לפני ההתערבות 33% מן המטופלים שהתקשרו טענו כי הם מתקשרים בגלל ההסבר בע"פ ע"י צוות המיון. 67% התקשרו ללא קשר להסבר אלא מסיבות אחרות כגון ידע אישי בנושא או בגלל תזכורת של רופא המשפחה. לאחר ההתערבות מטופלים שקיבלו דף הסבר (או לקחו לבד) והתקשרו למעבדה טענו ב37% שהתקשרו בגלל הסבר בע"פ ע"י צוות המלר"ד ו41% התקשרו בגלל שקראו את דף ההסבר. לאחר ההתערבות מטופלים שלא קיבלו דף הסבר אך התקשרו למעבדה טענו ב85% שעשו זאת עקב ההסבר בע"פ.

סיבות לחוסר התקשרות:

לפני ההתערבות 86% מן המטופלים שלא התקשרו טענו שלא ידעו על הצורך להתקשר. לאחר ההתערבות 75% מן המטופלים שלא קיבלו דף הסבר ולא התקשרו טענו שלא ידעו על הצורך להתקשר. לאחר ההתערבות 46% מן המטופלים שקיבלו דף הסבר אך לא התקשרו למעבדה טענו שלא ידעו על הצורך להתקשר כלומר לא קראו או לא הבינו את הדף. שאר המטופלים שקיבלו דף הסבר ולא התקשרו ציינו סיבות כגון "שכחתי מהנושא" או "לא הספקתי".

הקשר בין הסבר בע"פ בנוגע לברור תוצאת התרבית לבין התקשרות למעבדה: (Figure 5)

לפני ההתערבות 69% מהמטופלים שדיווחו על קבלת הסבר מצוות המלר"ד לגבי אופן ביצוע ההתקשרות וחשיבותה התקשרו למעבדה. לעומתם רק 6% מן המטופלים שדיווחו שלא קיבלו הסבר

שכזה התקשרו למעבדה. ($p < 0.01$). לאחר ההתערבות 71% מן המטופלים שדיווחו על קבלת הסבר מצוות המלר"ד לגבי אופן ביצוע ההתקשרות וחשיבותה התקשרו למעבדה. לעומתם 14% מן המטופלים שדיווחו שלא קיבלו הסבר שכזה התקשרו למעבדה ($p < 0.01$). לאחר ההתערבות מתוך קבוצת המטופלים אשר קיבלו גם דף הסבר וגם הסבר בע"פ מצוות המיון 91% התקשרו למעבדה לברור התוצאות. ($p < 0.01$).

הקשר בין קבלת הסבר כלשהו (בע"פ או דף הסבר) לבין התקשרות למיון: (Figure 6)

לאחר ההתערבות 60% מן המטופלים שקיבלו הסבר בע"פ מצוות המלר"ד ו/או שהגיע לידיהם דף הסבר התקשרו למעבדה ($p < 0.01$). לעומתם 9% מן המטופלים שדיווחו שלא קיבלו כל הסבר התקשרו למיון ($p < 0.01$).

קשר בין מתן דף ההסבר לבין הסבר בע"פ: (Table 1)

ל63% מן המטופלים להם ניתן דף הסבר, גם ניתן הסבר בע"פ. לעומתם ל38% מן המטופלים לא ניתן דף הסבר אך הם קיבלו הסבר בע"פ מצוות המיון בנוגע להתקשרות. לקשר זה מובהקות גבולית ($p = 0.079$).

הקשר בין העובדה שהחולה מודע לכך שנלקחה תרבות שתן לבין ברור תוצאותיה:

לא נמצא קשר מובהק סטטיסטית בין התשובה "כן" לשאלה "האם נלקחה ממך תרבות שתן במיון?" לבין התקשרות למעבדה לברור התוצאות ($p = 0.249$).

הקשר בין מוצא אתני להתקשרות למעבדה:

לפני ההתערבות 33% מן המטופלים ממוצא יהודי התקשרו למעבדה, לעומת 24% מן המטופלים ממוצא ערבי. קשר זה אינו מובהק סטטיסטית ($p = 0.4$). לאחר ההתערבות 55% מן המטופלים ממוצא יהודי ו33% מן המטופלים ממוצא ערבי התקשרו למעבדה ($p < 0.01$).

הקשר בין השכלה להתקשרות למעבדה: (Figure 7)

לפני ההתערבות 30% מחסרי השכלה או בעלי השכלה יסודית בלבד התקשרו למעבדה, 25% מבעלי השכלה תיכונית התקשרו למעבדה, ו35% מבעלי השכלה על-תיכונית התקשרו למעבדה. קשר זה אינו מובהק סטטיסטית ($p = 0.77$).

לאחר ההתערבות 24% מחסרי השכלה או בעלי השכלה יסודית בלבד, 50% מבעלי השכלה תיכונית ו-52% מבעלי השכלה על-תיכונית התקשרו למעבדה ($p=0.046$).

הקשר בין מוצא ורמת השכלה לקבלת דף ההסבר:

נמצא כי 56% מן המטופלים היהודים דיווחו כי קיבלו דף הסבר לאחר ההתערבות לעומת 29% מן הערבים ($p<0.01$). נמצא כי 25% מחסרי השכלה או בעלי השכלה יסודית בלבד, 47% מבעלי השכלה תיכונית ו-55% מבעלי השכלה על-תיכונית דיווחו כי קיבלו את דף ההסבר. לקשר זה מובהקות גבולית ($p=0.059$).

דיון:

בסיכומו של דבר השערותנו בדבר התערבות שתגרום להעלאת מספר המתקשרים ב 20% הסתברה כמוגזמת, והעלייה באחוז המתקשרים לא הייתה משמעותית סטטיסטית. עם זאת כשמבודדים קבוצת חולים בה כולם קיבלו את דף ההסבר, מספר המתקשרים עלה באופן מובהק לאחר ההתערבות (64.5% מתוכם התקשרו למעבדה). חשוב לציין כי נתון זה מתייחס רק למטופלים שדיווחו בראיון הטלפוני כי ניתן להם דף הסבר וחלוקתו לא נבדקה בצורה אובייקטיבית. יתכן מאוד כי מטופל המודע לכך שקיבל דף הסבר גם קרא את הדף וביצע את הכתוב בו, אך מה לגבי המטופלים שקיבלו דף מן הצוות המטפל אך כלל אינם מודעים לכך? סיבות לכך הן לדוגמא מטופלים שאינם יודעים לקרוא (לזאת אתייחס בהמשך) או אינם מתייחסים לכלל הניירת שהתקבלה מן המיון.

במחקר שבדק את יעילות עלונים ב"חינוך" מטופלים לחיים בריאים יותר חולקו למטופלים שהיו מעונינים בכך עלונים הכוללים המלצות רפואיות בנושאים שונים לבחירתם. קבוצה זו הייתה לכאורה בעלת מוטיבציה שכן המטופלים הביעו את רצונם להשתתף בניסוי ואף בחרו את התחום בריאותי הקרוב ללבם בו קיבלו את החומר הכתוב. למרות זאת נמצא כי ההיענות הכוללת לא הייתה גבוהה. מאידך, גם ביצוע של חלק מן ההמלצות הנו בעל תועלת (לדוגמא ירידה במשקל בלבד ללא הפסקת עישון או עיסוק בפעילות גופנית למניעת מחלת לב). לפיכך, חלוקת העלונים יכולה לשמש כשיטה יעילה בחינוך, גם אם חלקי, של מטופלים החפצים בכך (4).

במחקרנו נעשה שימוש בשתי שיטות שונות: הדרכה בע"פ והדרכה ע"י חומר כתוב. מובן כי קיימות דרכים נוספות להדרכת מטופלים כגון שימוש בעזרים ויזואלים, קלטות ועוד. במחקר שבדק יעילות שיטות שונות להדרכת מטופלים על אופן השימוש ותופעות הלוואי של התרופה Venlafaxin נמצא כי קלטות ועלונים הן שיטות יעילות בהפחתת אחוז המטופלים המפסיק את הטיפול בתרופה. כמו כן אחוז המטופלים שדיווח על תופעות לוואי היה נמוך בקבוצה שקיבלה עלונים מזו שקיבלה רק הסבר בע"פ (5).

ניתן להניח כי ברגע שההתערבות ניתנת, היא אכן יעילה: 91% מן המטופלים שהיו ברי מזל דיים וקיבלו לדבריהם גם דף הסבר וגם הסבר בע"פ אכן התקשרו למעבדה! אחוז גבוה יחסית (60%) של מטופלים שקיבל רק סוג אחד של הסבר (דף הסבר או הסבר בע"פ) התקשר למעבדה. גם כאן שוב אנו מתייחסים למטופלים שזוכרים את התהליך שהתבצע במלר"ד. לכן, אם הם יודעים לדווח שאכן קיבלו הסבר כזה או קראו את דף ההסבר גדול הסיכוי שהקשיבו להסבר. מעניין היה לבדוק באופן אובייקטיבי מה מבצע מטופל שידוע בוודאות כי קיבל הדרכה בע"פ או בכתב במקום להסתמך על דיווחו הסובייקטיבי.

יש קושי רב לא רק ב"חינוך" של המטופלים אלא גם של הצוות המטפל עצמו. תוך כדי התקופה שלאחר ההתערבות תוזכרו הרופאים והאחיות שוב ושוב לגבי חלוקת דף ההסבר ונראה היה כי עם הזמן אחוזי החלוקה עולים מעט אך עדין המטופלים דיווחו שקיבלו אותו מן הצוות רק ב-33% מן המקרים.

יש לציין כי שבעה מטופלים (8%) דיווחו כי איש מן הצוות הרפואי לא נתן להם דף הסבר אך הם ראו אותו תלוי על הקיר במיון ולקחו אותו בעצמם. חמישה מתוכם התקשרו למעבדה. אם קשה לגרום לצוות הרפואי לתת את הדף ננסה להביאו אל המטופל בדרכים עוקפות. נתון זה מעלה אפשרות לשימוש בדרכים שונות כתיית הדף במקומות נוספים במיון, הצמדתו לכוסית השתן המשמשת לביצוע התרבית, תלייתו בחדר השירותים, או אף בעתיד אף הצמדתו כקובץ לדף השחרור האלקטרוני למטופלים להם נלקחה תרבית שתן.

נראה כי כאשר איש הצוות המטפל זוכר לתת את דף ההסבר למטופל גדול הסיכוי כי גם יזכור להסביר בע"פ למטופל כי עליו להתקשר למיון: כ 2/3 מהמטופלים שקיבלו דף הסבר קיבלו גם הסבר בע"פ. הרופא או האחות שנותנים את דף ההסבר נעשים מודעים יותר לחשיבות הנושא וכנראה משפרים או מדגישים את הנאמר למטופל.

השינוי הנדרש הנו נרחב ביותר: לא די בהגעת הדף לידי המטופל, בקריאת הדף וביצוע הכתוב בו שכן כמחצית מן המטופלים שקיבלו דף הסבר לידיהם ואף בהמשך לכך ביצעו את שיחת הטלפון הנדרשת סיימו את מעורבותם בשלב זה וכלל לא העבירו את תוצאות התרבית לרופא המטפל! זאת למרות שבצדו הקדמי של דף ההסבר בתוך מסגרת מודגשת, יש הוראה ברורה להתקשר, ובצמוד אליה הוראה להעביר את התוצאה לרופא המטפל (ראה figure 1). האם המטופלים קראו רק את השורה העליונה של הדף? האם התעצלו לבצע את ההמשך עקב הסרבול הכרוך בכך (קבלת פקס או מכתב עם התוצאה, או קבלת התוצאות ידנית מן המעבדה, קביעת תור לרופא המשפחה...)? האם במקביל הם החלו להרגיש טוב יותר וחשיבות הנושא ירדה מבחינתם? לא בררנו בשאלון את הסיבה לאי העברת התוצאה לרופא המטפל אך יתכן שכדאי להדגיש את הנושא יותר גם בדף ההסבר וגם בהסבר בע"פ הניתן ע"י צוות המלר"ד. בירור נוסף היה דורש סקר נוסף בקרב אותם מטופלים.

בנושא קיצור או החלפת הטיפול האנטיביוטי בהתאם לתוצאות התרבית לא ברור מהו הערך המוסף של דף ההסבר. שיחת הטלפון למעבדה אמורה להתבצע 48-72 שעות לאחר הביקור במלר"ד, אך מרבית המטופלים ביצעו אותה מאוחר יותר, בשלב בו הטיפול האנטיביוטי התקרב לסיומו או כבר הסתיים. אם נוסיף לכך את העובדה שרק 17% (16 מטופלים) מן הקבוצה שלאחר ההתערבות העבירו את תוצאות התרבית לרופא המטפל לצורך המשך טיפול כמתואר למעלה, נראה כי הקושי בביצוע השינוי הרצוי הוא גדול עוד יותר. לא בדקנו כמה מתוך 16 מטופלים אלו אכן שינו את הטיפול וכדאי היה להוסיף שאלה בקשר לכך בראיון הטלפוני. עם זאת, 68% מן המטופלים בקבוצה שלאחר ההתערבות קיבלו טיפול אנטיביוטי לתקופה קצרה משבוע ובודאי כבר היו לקראת סיום טיפול או אף סיימו את הטיפול בשלב הפגישה עם רופא המשפחה.

בעתיד יתכן שיהיה ניתן לעקוף את בעיית התקשורת עם רופא המשפחה באמצעים טכנולוגיים: אם מערכת המחשבים של מעבדות בית החולים תהיה חלק מרשת מחשבים הכוללת תקשורת עם קופות החולים, ניתן יהיה לשלוח אוטומטית בדואר אלקטרוני תוצאות מעבדה של מטופלים אל רופאי המשפחה. שיפור טכנולוגי שכזה יכול לשפר את התקשורת עם רופא המשפחה באופן משמעותי. אם יקבל רופא המשפחה לידיו תוצאות מעבדה, צילומי רנטגן, וסיכומי אשפוז של מטופליו יוכל לעקוב אחריהם ביעילות, לוודא שאכן מבצעים המלצות בשחרור באופן מלא, וידאג להמשך טיפול מתאים. רופא המשפחה יוכל להתקשר בעצמו אל מטופל עם תוצאת מעבדה הדורשת שינוי טיפול או התייחסות אחרת, ולבצע זאת מייד עם הגעת התוצאה אליו (ואם תשלח בדוא"ל - למעשה מיד עם קבלת התוצאה הראשונית במעבדה), כך שההתערבות תעשה בחלון הזמן הנכון. היכולת הטכנולוגית הנדרשת לשינוי שכזה כבר קיימת ובמרכזים רפואיים שונים בארץ ישנם ניסיונות של שימוש ראשוני במערכת אופק המאפשרת לרופא המטפל לקבל מידע על כל טיפול, בדיקת מעבדה או הדמיה שהתבצעה במהלך אשפוז או מחוצה לו בלחיצת כפתור.

הושם דגש נרחב על ניסוח דף הסבר פשוט ומובן כך שגם אוכלוסיות חלשות ולא משכילות יצליחו להבין את המסר. בסופו של דבר ניתן לראות מתוצאות הניסוי כי אוכלוסיות משכילות יותר ובפרט בעלי השכלה תיכונית ומעלה התקשרו יותר למעבדה לאחר קבלת דף ההסבר, ואילו באוכלוסיות המשכילות פחות, לא נצפה שינוי זה. מוצא אתני גם הוא השפיע על התקשורת למעבדה: לפני ביצוע ההתערבות לא היה שוני משמעותי בין אחוז מתקשרים יהודים וערבים אך לאחר הייתה עליה ב-20% במספר המתקשרים היהודים לעומת עליה של 8% בלבד במספר המתקשרים הערבים. האם ניתן להסיק מכאן שההתערבות חיזקה את האוכלוסיות החזקות והמשכילות יותר? כמו כן אוכלוסיות חזקות ומשכילות יותר צפויות להיות יותר זמינות טלפונית ולשתף פעולה עם הסוקר באופן יעיל יותר כך שיתכן ותוצאות מראש מוטות לכיוון קבוצה זו.

אחוז גדול יותר של יהודים דיווחו כי קיבלו את דף ההסבר מערבים. גם כאן משפיעים גורמים רבים: האם הצוות מעדיף לתת דף הסבר למטופלים אתם הוא מדבר באותה שפה והתקשורת קלה יותר? האם מטופל יהודים זוכרים יותר לדווח על קבלת הדף, או שיותר קל להשיגם טלפונית? אותם גורמים יתכן והשפיעו על העובדה שאחוז גבוה יותר של מטופלים משכילים דיווח על קבלת דף הסבר מאשר מטופלים שאינם משכילים.

בעיה מעניינת הצצה מתוך תוצאות המחקר היא חוסר הבנה מספקת של החומר הכתוב ע"י המטופלים (מתוך מקבלי דף ההסבר רק כמחצית ביצעו את הכתוב בו ובוודאי אצל חלקם נובע הדבר מחוסר הבנת הכתוב בו).

בערות (illiteracy) מוגדרת כחוסר יכולת לקרוא, לכתוב או לדבר, לפתור בעיות ברמה המספקת לתפקוד בעבודה בחברה, על מנת להשיג את מטרות הפרט ולפתח ידע ופוטנציאל הגלומים בו. על פי הגדרה זו מיליוני אמריקנים הם בערים, ואוכלוסייה זו צפויה להיות ענייה יותר, זקנה יותר, ובריאה

פחות מן הממוצע. בערות רפואית (health illiteracy) מוגדרת כדרגה בה אין הפרט רוכש, מעבד ומבין מידע רפואי הנחוץ לקבלת ההחלטות הרפואיות הנדרשות. בערות רפואית בדרך כלל חמורה מבערות כללית אצל אותו הפרט עקב היותה ספציפית להקשר מסוים וכן עקב השימוש במונחים רפואיים טכניים אשר אינם מוכרים ואף מרתיעים את המטופלים. במחקרם של Gazmararian et. al התברר כי 68% מן המטופלים לא הצליחו לנתח תוצאת רמת סוכר בדם, 48% לא הבינו הוראה כגון "יש לקחת את התרופה כל 6 שעות" ו-27% לא הבינו הוראה כגון "יש לקחת את התרופה על בטן ריקה" (6). המטופלים בדרך כלל מתביישים בבעייתם ואינם מודים בה ופעמים רבות הרופא המטפל כלל אינו מודע לעובדה זו. בערות רפואית היא בעיה ההופכת היום למורכבת יותר: האוכלוסיה מורכבת וזקנה יותר, ועולה אחוז המחלות הכרוניות כסוכרת, יתר לחץ דם ואי ספיקת לב הדורשות איזון מחוץ לבית החולים ושיתוף פעולה של החולה באחריות לטיפולם. לפני כ-30 שנה היו רק כ-30 תרופות מרשם, והיום יש בארץ כ-3000. בערות רפואית לא בהכרח קשורה למספר שנות הלימוד של המטופל: גם מטופלים אינטליגנטים, עם כישורי קריאה וכתובה חזקים, מתקשים בהבנת חומר רפואי כתוב (7). לפי Davis et. al כ-60% מן המטופלים בחמישה מרכזים לרפואת המשפחה בארה"ב הראו דרגת קריאה פחותה בלפחות שלוש כיתות מאשר הכיתה אותה סיימו (8). בערות רפואית היא עול כלכלי משמעותי ועלולה להיות כרוכה בטיפול רפואי שאינו לצורך, או בחוסר בטיפול הרפואי הנחוץ. מיליארדי דולרים מבוזבזים בארה"ב מדי שנה עקב בערות רפואית (7). ישנן דרכים שונות להגביר הבנת מידע רפואי בקליניקה: לדבר לאט וברור, להשתמש בעזרים ויזואליים כציורים ותמונות ולבקש מהמטופל להסביר לנו מה עליו לעשות. לעולם אין לשאול "האם הבנת?" כי בודאי יענה שכן גם אם לא הבין דבר. בחדר המיון כדאי יהיה לתרגל שיטות אלו כדי לשפר את ההדרכה.

דו"ח המכון הרפואי בווינגטון בנושא בערות רפואית שפורסם ב-2004 מציע להכניס לתכנית הלימודים מן הגן ועד לתיכון וכן לתכניות למבוגרים בקהילה תכנים המיועדים למניעת בערות רפואית. פיתוח של תכניות כאלו צריך להיות בשיתוף האוכלוסיה שתשתמש בהם כדי ליצור יעילות מרבית (7).

שינוי או קיצור הטיפול האנטיביוטי הן למעשה המטרה המרכזית של דף ההסבר ושל שיפור ההדרכה במיון. הקושי להשיג מטרה זו הנו סמלי לקושי לביצוע שינויים במערכת הבריאות בכללותה. שרשרת שלמה של אירועים הביאה בסופו של דבר לתוצאה העגומה של מיעוט מתקשרים: החל מחוסר מתן הדף למטופל, אי-קריאתו או אי-הבנתו מלאה ע"י המטופל, חוסר ביצוע הנאמר בו בחלון הזמן הנכון וחוסר המשך הטיפול ע"י רופא המשפחה. בכל אחד מן השלבים האלו נראה שישנם כשלים ושינוי אמיתי דורש חשיבה מחדש על כל אחד מהם.

סיכום:

המחקר נועד לבדוק האם דף הסבר שניתן במלר"ד יעיל בהעלאת אחוז המתקשרים למעבדה לברור תוצאת תרבית שתן.

המחקר התבצע בשתי תקופות. בתקופה הראשונה בוצע ראיון טלפוני ל 73 חולים ששוחררו מן המלר"ד באבחנת דלקת בדרכי השתן להערכת אחוז ההתקשרות הבסיסי, לפני ביצוע כל התערבות. לאחר מכן נוסח דף הסבר המפרט את חשיבות ההתקשרות ומסביר כיצד יש לבצעה. במקביל צוות המלר"ד התבקש להדריך כל מטופל עם אבחנה של דלקת בדרכי השתן לגבי הצורך בהתקשרות. מטרה: העלאת אחוז המתקשרים למעבדה ב 20%.

תוצאות:

לאחר ההתערבות 41% מהחולים קיבלו דף הסבר לא היה הבדל משמעותי סטטיסטית בין אחוז שמטופלים שקיבלו הסבר בע"פ מהצוות המטפל לפני ההתערבות ולאחריה. לפני ההתערבות 29% מהחולים התקשרו לקבלת תוצאות. לאחר ההתערבות 40% מן החולים התקשרו לקבלת תוצאות. לאחר ההתערבות בתת-הקבוצה בה כל החולים קיבלו דף הסבר 65% התקשרו לקבלת תוצאות. בתת הקבוצה בה מטופל קיבל דף הסבר וגם הסבר בע"פ 91% מן החולים התקשרו למעבדה.

סיבות לחוסר ההתקשרות :

לפני ההתערבות ב 86% מהמקרים אי מודעות לצורך להתקשר. לאחר ההתערבות ב 64% מהמקרים אי מודעות לצורך להתקשר.

העברת תוצאות תרבית לרופא המטפל:

לא הייתה משמעות סטטיסטית מובהקת להבדל בין אחוז המטופלים שהעביר את תוצאות התרבית לרופא המטפל לפני התערבות ולאחריה. הייתה משמעות סטטיסטית גבולית להבדל בין אחוז המטופלים שקיבל לידיו דף הסבר והעביר תוצאות לרופא המטפל לעומת המטופלים לפני ההתערבות. לפי עבודה זו ההתערבות כפי שבוצעה אינה משיגה את מטרתה:

אחוז המתקשרים לקבלת תוצאות התרבית עלה ב 11% בלבד, והעלייה אינה משמעותית סטטיסטית (p=0.188).

מתוך המטופלים שקיבלו דף הסבר וגם הסבר בע"פ אחוז גבוה ביותר התקשר למיון. לפיכך עולה מתוצאות העבודה כי להתערבות פוטנציאל להיות יעילה ביותר אך קיים קושי רב ביישומה. למרות תזכורות חוזרות לצוות המטפל, תליית הדף במקום בולט במיון והצמדתו לכוסית השתן, רוב המטופלים דיווחו שלא קיבלו דף הסבר.

נראה כי ישנם כשלים רבים בדרכה של תוצאת התרבית אל הרופא המטפל – החל בצוות המטפל עצמו שלא חילק די דפים ולא נתן הסברים מספקים בע"פ, המשך במטופל שלא קרא, לא הבין, או מסיבה אחרת בחר לא לבצע את ההנחיות, עד למטופלים שהתקשרו למעבדה אך לא המשיכו את הטיפול אצל רופא המשפחה. לא נבדק מה עשה הרופא המטפל עם התוצאה במקרים בהם הגיעה לידי למרות שרשרת האירועים שתוארה.

ביצוע השינוי, שנראה כביכול פשוט להשגה, התברר בדיעבד כמורכב ביותר ומה שנראה כהוראה ברורה התברר כהליך המשולבים בו אלמנטים כלכליים, חברתיים, סוציולוגיים ואנתרופולוגיים גם יחד.

SUMMARY:

The objective of this study was to assess whether leaflets given in the emergency department (ED) of Mount Scopus Hospital are effective tools in raising the percentage of patients calling in to retrieve urinary culture results.

Two parts of the study were conducted. During the first part, 73 patients discharged from the ED with the diagnosis of UTI were interviewed by telephone. In that manner the baseline percentage of patients retrieving urinary culture results was assessed.

In the second part a leaflet was developed, explaining the importance of retrieving culture results and guiding patients how to do so. The staff of the ED was instructed to give out the leaflet and instruct every patient individually. The goal was set to improve rate of callers by 20%.

RESULTS:

After the intervention 41% of all patients received the leaflet. There was no significant difference in the percentage of patients properly instructed by the ED staff before and after the intervention.

Before the intervention, 29% of patients called to retrieve culture results.

After the intervention, 40% of patients called to retrieve culture results.

65% of all patients receiving the leaflet called to retrieve culture results.

91% of all patients receiving the leaflet and instructed orally by the ED staff called to retrieve culture results.

Before the intervention, 86% of patients failing to retrieve culture results stated unawareness as the reason.

After the intervention, only 64% stated that reason for the failure.

No significant difference was observed in the rate of patients passing on culture results to their family practitioner before and after the intervention.

Borderline statistical difference was observed in the rate of patients passing on culture results between the subgroups who receiving the leaflet and the ones who did not.

In my objective the intervention did not meet its goals. Rate of patients retrieving their culture resulted was raised only by 11%, and the difference is not statistically significant ($p=0.188$).

Of patients receiving the leaflet and the oral instructions of the ED staff, remarkable increase was observed in patient response. From that we presume that the intervention is effective, yet hard to implicate in the ED

There are many pitfalls in the way culture results take between the laboratories to the family practitioner. Starting with the care giving staff of the ED not giving proper instructions of how or why to call, patients who failed to read or understand the guidelines written on the leaflet, ending with patients who retrieved their culture results yet did not return to the family practitioner. Whether or not the family practitioner has made good use of the results was not assessed in this study.

The intervention seemed simple to implicate at first, yet in retrospect was found to be quite complex. Embedded within the change were economical, social and anthropological elements.

Figure 1a

דף הסבר – עברית


<p>hadassah medical organization hadassah university hospital</p>		<p>הסתדרות מדיצינית הדסה ב"ה"ח האוניברסיטאי של הדסה</p>
<p>Mount Scopus p.o.b. 24035 il-91120 jerusalem israel telephone (02) 5844111 cables hadassah mount scopus fax. (02) 5823515</p>	<p>http://www.hadassah.org.il</p>	<p>ד' הצופים א' ד' אר 24035 י'שלים 91240 לפון: (02) 5844111 ברקים הדסה הר' הצופים קס: (02) 5823515</p>
<p>הנחיות לחולה עם זיהום בדרכי השתן לקראת יציאה מחדר המיון:</p>		
<p>גברת או אדון נכבדים:</p>		
<p>הנך משתחרר/ת מחדר המיון עם אבחנה כפי הנראה של דלקת בדרכי השתן. למען בריאותך חשוב למלא אחר ההנחיות הבאות.</p>		
<p style="text-align: right;">ברור תרביית שתן</p> <p>♦ את תוצאות תרביית השתן יש לברר בעוד שלושה ימים - ניתן להתקשר למעבדה בטלפון 5844730 - 02 בימים א-ה בין השעות 10:00-14:00. תוצאות ביד ניתן לקבל במעבדה למיקרוביולוגיה בהדסה הר-הצופים, קומה חמש (בצד ימין כשיוצאים מן המעלית).</p> <p>♦ את התוצאות שימסרו ע"י המעבדה יש להעביר לרופא המשפחה שלך להמשך טיפול.</p> <p style="text-align: right;">טיפול אנטיביוטי</p> <p>♦ שם התרומה: _____</p> <p>♦ המינון: _____</p> <p>♦ מסי' ימים מומלץ: _____ / עד לברור תרביית</p>		
<p>תשובות לשאלות נפוצות בנושא זיהום בדרכי השתן:</p>		
<p><u>מהו זיהום בדרכי השתן?</u></p>		
<p>דרכי השתן נקיים מחיידקים בדרך כלל. כניסה של חיידקים לתוך דרכי השתן יכולה לגרום לזיהום ודלקת בדרכי השתן. זיהומים בדרכי השתן ובעיקר זיהומים בשלפוחית השתן פוגעים בנשים יותר מגברים. חלק מן הנשים סובלות מזיהומים חוזרים בדרכי השתן פעם אחת בשנה או יותר וככלל אין מוצאים לכך סיבה.</p>		
<p>הזיהום יכול להיות מוגבל לדרכי השתן התחתונות כלומר בשלפוחית השתן. זיהום כזה יגרום לכאבים ואי-נוחות אך יעבור בדרך כלל בקלות עם טיפול אנטיביוטי קצר (שלושה ימים). לעתים הזיהום עולה לכיוון הכליה והוא מצב חמור יותר המלווה בחום ודורש טיפול אנטיביוטי מיידי וממושך (שבועיים). זיהומים חוזרים בכליות עלולים לגרום לנזק מצטבר ובמקרים נדירים אף לאי-ספיקת כליות ולכן חשוב לטפל בדלקות בדרכי השתן מייד עם הופעתם.</p>		
<p><u>כיצד מאבחנים ומטפלים בזיהום?</u></p>		
<ul style="list-style-type: none"> • אבחנה בתרביית שתן: קבלת צלוחית ובה נתת דוגמה מאמצע זרם השתן לאחר ניקוי פתח יציאת השתן החיצוני. • לקיחת תרביית השתן מאפשרת זיהוי של החיידק גורם הזיהום ומאפשרת מתן טיפול מכוון. בעת ביקורך במיון קיבלת ככל הנראה אנטיביוטיקה המכסה מגוון רחב של חיידקים ועם קבלת תוצאות התרביית ניתן יהיה לקבל את הטיפול המתאים ביותר לחיידק שצמח בתרביית. • טיפול שאיננו מתאים לחיידק שצמח בשתן עלול להיות מזיק לבריאותך 		
<p>הדסה - בית חולים נמונישוו"ח / hadassah the women's Zionist organization of america Inc. / hadassah medical relief association Inc.</p>		

Figure 1b
דף הסבר – עברית (המשך)

מה הסימנים של זיהום בשתן?

- תכיפות במתן שתן (מתן שתן לעתים קרובות מהרגיל)
- צריבה או כאב בעת הטלת השתן
- צבע או ריח משונה של השתן (למשל אדום, עכור)
- כאבים בבטן התחתונה או במותניים
- חום גבוה וצמרמורות, בחילה והקאה או כאב במותן רומזים על זיהום בכליה

מהו הגורם לזיהום בדרכי השתן?

זיהום בדרכי השתן נגרם בדרך כלל ע"י כניסת חיידקים לתוך דרכי השתן, (על פי רוב החיידקים הם מסוג הנקרא E Coli). מקור החיידקים מאזור פי הטבעת או בהפרשות מהנרתיק (מהנרתיק? והם נודדים לתוך דרכי השתן).

מהם הגורמים המגבירים את הסיכון לזיהום בשלפוחית השתן?

- הריון
- קיום יחסי מין
- התקנת צנתר (קטטר) לתוך שלפוחית השתן ליותר משלשה ימים (קטטר קבוע)
- חסימה במסלול השתן: אבנים בדרכי השתן, פרוסטטה מוגדלת

כיצד לנהוג בנ"ד כדי למנוע זיהום חוזר?

- הטלת שתן לאחר קיום יחסי מין. (הטלת שתן לאחר קיום יחסי מין מסלקת חיידקים אשר נכנסו לביט השתן ועשויה למנוע זיהום)
- מחקרים אחדים הראו תועלת משתיית cranberry juice [מיץ חמוציות]
- יש הממליצים על שתייה מרובה אך לא נעשו מחקרים להוכיח יעילות המלצה זו.
- בזיהום חוזר יש לפנות באותו יום למיון/ קופ"ח ולתת תרביית שתן ולהתחיל טיפול אנטיביוטי אף לפני או ללא תשובת תרביית.

בכל שאלה נוספת מומלץ לפנות לרופא המשפחה.

בברכת רפואה שלמה.

בשם צוות המחלקה לרפואה דחופה

Figure 1c דף הסבר - ערבית

Hadassah medical organization
hadassah university hospital

הסתדרות מדיניות הדסה
בית"ל האוניברסיטאי של הדסה

Mount Scopus
p.o.b. 24025
il-91120 Jerusalem israel
telephone (02) 5844111
cables hadassah mount scopus
fax: (02) 5823515

התלמידים
הוא נאמר 24025
ירושלים 91240
טלפון: 5844111 (02)
מבית"ל הדסה תל תלמידים
פקס: 5823515 (02)

http://www.hadassah.org.il

تعليمات للمريض المصاب بتلوث في مسالك البول عند الخروج من غرفة الطوارئ

حضرة السيدة أو السيد المحترمين:

انتم على وشك الخروج من غرفة الطوارئ مع تشخيص باته على الأغلب لديك التهاب في المسالك البولية ومن أجل سلامتك من الضروري أن تتبع/ي التعليمات التالية:

فحص زراعة البول:

- ♦ يجب استيضاح نتائج فحص زراعة البول بعد ثلاثة أيام يمكن الاتصال على هاتف رقم: 0۲-۵۸۴۴۷۳۰ في أيام الأحد-الخميس بين الساعات ۱۰:۰۰-۱۴:۰۰.
- ♦ من الممكن الحصول على النتائج يدوياً من مختبر الميكروبيولوجيا في هداسا جبل سكوبس، الطابق الخامس (في الجانب الأيمن بعد خروجكم من المصعد).
- ♦ يجب تسليم نتائج المختبر لطبيب العائلة من أجل الاستمرار في العلاج.

اجابات عن أسئلة متكررة بخصوص التلوث في المسالك البولية:

ماذا يعني التلوث في مسالك البول؟

مسالك البول عادة خالية من الجراثيم، دخول جراثيم لمسالك البول يمكن أن يؤدي لتلوث و التهاب في المسالك البولية. تلوث في مسالك البول خصوصاً تنوثات في المثانة يصيب النساء أكثر من الرجال. بعض النساء يعانين من تنوثات متكررة في المسالك البولية مرة في السنة أو أكثر، وبشكل عام لا نجد سبباً لذلك. التلوث ممكن أن يكون محصوراً في المسالك البولية السفلية أي في المثانة، تلوث من هذا النوع يسبب آلام وعدم راحة ولكنه يختفي سريعاً (ثلاثة أيام) عادة نتيجة للعلاج بالمضادات الحيوية. أحياناً التلوث يصعد باتجاه الكلية وهذا وضع أكثر خطورة ويرافقه ارتفاع في درجات الحرارة ويحتاج لعلاج بالمضادات الحيوية بشكل فوري ولمدة أطول (أسبوعين). تنوثات متكررة في الكلى يمكن أن تؤدي لضرر تراكمي وفي أحيان نادرة يؤدي لفشل كلوي ولذلك من المهم العلاج الفوري للتهابات في المسالك البولية مع ظهورها.

كيفية التشخيص و العلاج للتلوث؟

- التشخيص عن طريق زراعة البول : فحص العينة التي أعطيتها من منتصف البول بعد تنظيف منطقة التبول الخارجية .
- فحص زراعة البول يمكننا من التعرف على الجرثومة المسببة للتلوث و اعطاء علاج مناسب ضدها. عند زيارتك للطوارئ أعطيت على الأغلب مضادات حيوية تغطي مجموعة كبيرة من الجراثيم وعند الحصول على نتائج الزراعة من الممكن توفير العلاج الأمثل ضد الجرثومة التي ظهرت في الزراعة.
- علاج غير مناسب للجرثومة التي ظهرت في فحص البول من الممكن أن يضر بصحتك.

Hadassah the women's zionist organization of america Inc. / hadassah medical relief association Inc. "הדסה - בית תלמידים נקו מנישוח"

Figure1d
דף הסבר - ערבית (המשך)

Hadassah medical organization
hadassah university hospital

התנועה הציונית הרפואית
ה"ד"ר הרמן שוורצשטיין של הרפואה

Mount Scopus
Tel: 04055
Jerusalem, Israel
Telephone: (02) 5844111
Hadassah, Mount Scopus
Fax: (02) 5829515

המנומך
דואר 14055
טלפקס 02-5844000
טלפון 02-5844111
תנועה הציונית הרפואית
פאקס: 02-5829515

http://www.hadassah.org.il

في النشرة المرفقة تحصل/تحصلين على معلومات أخرى عن علامات، أسباب وطرق الوقاية من التلوث في المسالك البولية.

ما هي أعراض تلوث البول؟

- كثرة التبول (التبول أكثر من العادة).
- حرقة أو ألم عند التبول.
- لون، أو رائحة مختلفة للبول (أحمر أو عكر مثلاً).
- آلام في أسفل البطن.
- ارتفاع درجة الحرارة، قشعريرة، غثيان وقيء، أو ألم في أسفل البطن.

ما هو التسبب للإصابة في المسالك البولية؟

الإصابة في المسالك البولية عادة ما يتسبب من دخول جراثيم لداخل المسالك البولية (على الأغلب جراثيم من نوع يسمى E Coli) مصدر الجراثيم من منطقة فتحة الشرج أو من الإفرازات المهبلية وهي تتحرك باتجاه المسالك البولية.

ما هي العوامل المساعدة في حدوث التهاب المثانة؟

- حمل
- إقامة علاقات جنسية
- انخزال أنبوب بريدج- كاتيتير للمثانة لأكثر من ثلاثة أيام. (بريدج ثابت).
- انسداد مجرى البول: حصي في المسالك البولية، بروساتة كبيرة الحجم.

كيفية التصرف لمنع تكرار التلوث في المستقبل؟

- التبول بعد القيام بعلاقة جنسية (التبول بعد العلاقة الجنسية يخرج الجراثيم التي دخلت المسالك البولية وبذلك بإمكاننا منع التلوث).
- بعض الأبحاث تظهر فائدة شرب Cranberry Juice (التوت البري).
- يوجد من ينصح بالاكثار من الشرب ولكن لا توجد أبحاث تؤكد ذلك.
- في حالة تكرار التلوث يجب التوجه في نفس اليوم إلى غرفة الطوارئ/صندوق المرضى (كوبت حوليم) لاعطاء عينة زراعة بول وللبدا بتناول مضادات حيوية حتى قبل الحصول على نتائج الفحص.

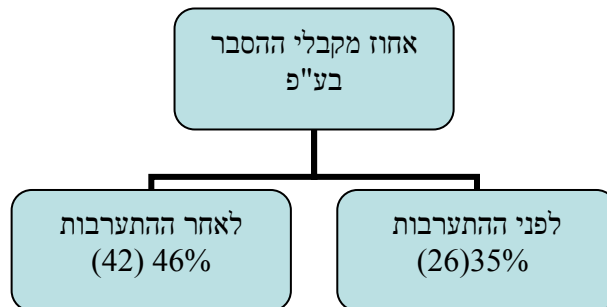
ننصح بالتوجه بكل سؤال آخر إلى طبيب العائلة.

تمنياتنا بالشفاء التام

باسم طاقم قسم الطوارئ

Hadassah the women's Zionist organization of America Inc. / Hadassah medical relief organization
"התנועה הציונית הרפואית"

Figure 2
אחוז מקבלי ההסבר בע"פ לפני ההתערבות ולאחריה



p=0.429

Figure 3
אחוז מקבלי דף ההסבר לאחר ההתערבות

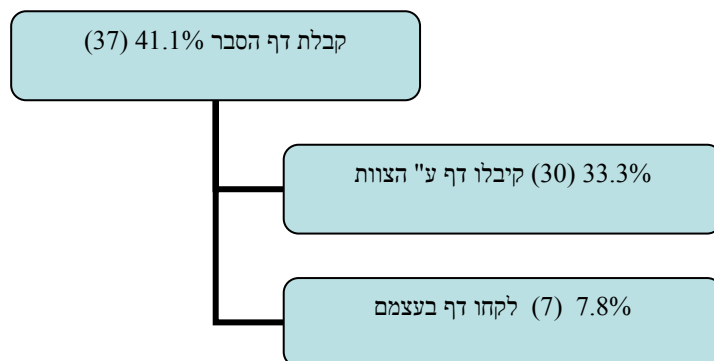


Figure 4

אחוז המתקשרים למעבדה לברור התוצאות התרבית לפני ההתערבות ולאחריה

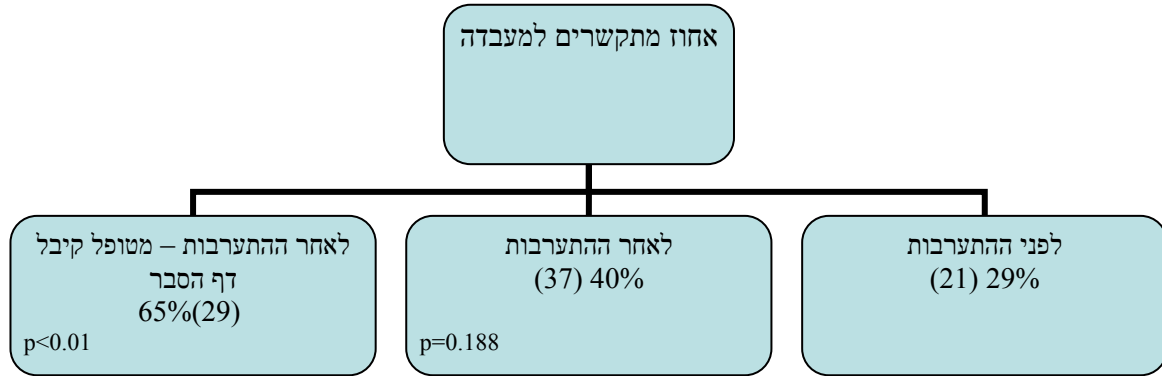


Figure 5

הקשר בין קבלת הסבר בע"פ לבין התקשרות למעבדה

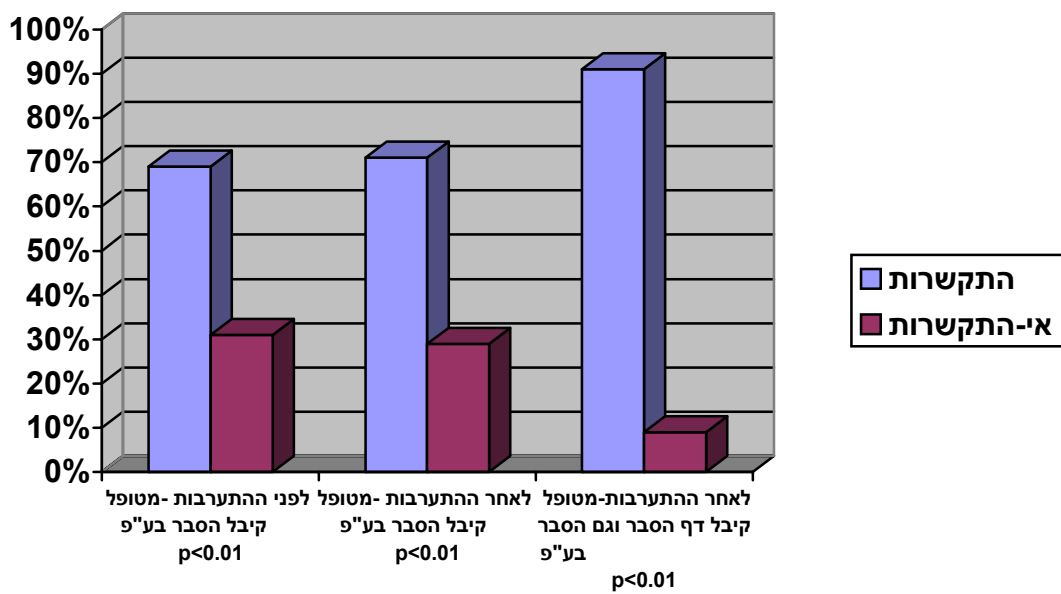
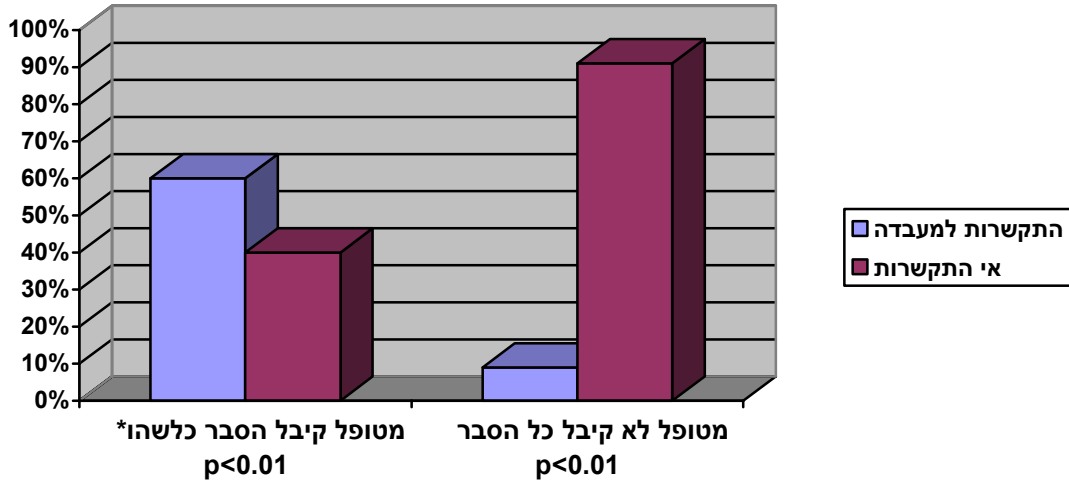


Figure 6

הקשר בין קבלת הסבר כלשהו (בע"פ או בכתב) לבין התקשרות למעבדה



*הסבר בע"פ, הסבר בכתב או שניהם.

Table 1

הקשר בין קבלת הסבר בע"פ לקבלת דף הסבר

p=0.079

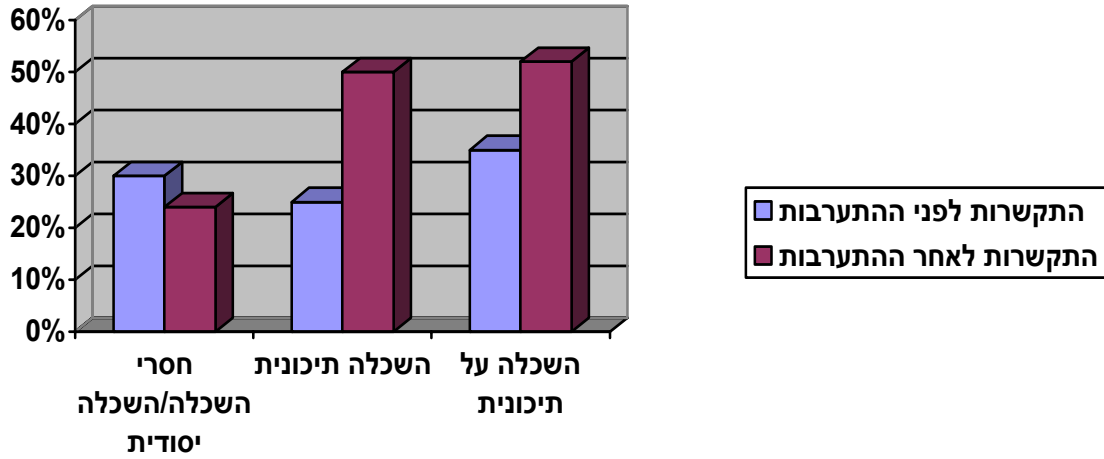
ניתן הסבר בע"פ	
(19) 63%	ניתן דף הסבר
(23) 38%	לא ניתן דף הסבר*

* כאן נבדק האם איש הצוות שנותן דף הסבר במקביל זוכר לתת הסבר בע"פ למטופל, ולכן מטופל שלקח דף בעצמו יחשב בטבלה זו כמי שלא קיבל דף הסבר.

Figure 7

הקשר בין השכלה להתקשרות למעבודה

לפני ההתערבות $p=0.77$
אחרי ההתערבות $p=0.044$



References

1. Evidence Report/Technology Assessment No 43: Making Health Care Safer. Subchapter 42.4: Notifying Patients of Abnormal Test Results.
2. Patient Education. American Academy of Family Physicians. *Am Fam Physician* 2000; 62 (7), 1712-4.
3. Stuart D, Busheger P, Lickrish G, Sierra S. The Effect of Educational Brochures on Follow-Up Compliance in Women with Abnormal Papanicolaou Smears. *Obstet Gynecol* 1994;83(4), 583-585.
4. Jamison S.. Prescribing Wellness: A Case Study Exploring the Use of Health Information Brochures. *JMPT* 2003; 57.
5. Deijen JB et Al. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2000 Jun;2(3):89-95
6. Gazmararian JA, Baker DW, Williams MV, et al. Health literacy among Medicare enrollees in a managed care organization. *JAMA* 1999; 281:545–551.
7. Health literacy: a prescription to end confusion. Institute of medicine of the national academies. April 2004.
8. Davis TC, Mayeaux EJ, Fredrickson D, Bocchini JA, Jackson RH, Murphy RW. Reading ability of parents compared with reading level of pediatric patient education materials. *Pediatrics* 1994; 93:460–468.