

השפעת תוכנית התערבות קהילתית במפעלים בישראל על מידת הסיכון ללקות במחלות לב וכלי דם

תקציר:

חיים יוספי^{2,1}
נועה אוליאלי¹
אביבה גרוסברט¹
דורון לוי¹
דב גביש^{5,3,1}
דרור דיקר^{5,4,1}
ראובן ויסקופר¹

¹הפורום הישראלי למניעת מחלות לב וכלי דם, מרכז רפואי אוניברסיטאי ברזילי, אשקלון
²המערך לקרדיולוגיה, מרכז רפואי אוניברסיטאי ברזילי, אוניברסיטת בן גוריון בנגב, אשקלון
³מחלקה פנימית א', מרכז רפואי וולפסון, חולון
⁴מחלקה פנימית ד', בית חולים השרון, פתח תקווה
⁵הפקולטה לרפואה סאקלר, אוניברסיטת תל אביב

הקדמה: טרשת עורקים היא הגורם העיקרי לתחלואה ולתמותה ממחלות לב וכלי דם במדינות המערב. במחקרים רבים הוכח, כי טיפול בגורמי הסיכון למחלה (כגון יתר לחץ דם, דיסליפידמיה וסוכרת), מפחיתים את שיעורי התחלואה והתמותה. תוכניות התערבות שביצענו בישראל הדגימו רווח כלכלי ובריאותי והורדת גורמי סיכון, במירפאות בקהילה ובמרכזים קהילתיים.

המטרה במחקר: בניית מודל התערבות ארצי במטרה להפחית סיכון לפתח מחלות לב וכלי דם בקרב מפעלים בקהילה. התוכנית כללה גיוס 15 מפעלים בישראל (1,011 עובדים); מדידת רמת הסיכון אישית של כל עובד לחלות במחלות לב וכלי דם ומיונם לקבוצות סיכון; החלת תוכנית ההתערבות לעובדים בסיכון שכללה: סדנאות רופא, מפגשי אימון גופני במפעל, חלוקת מדי צעדים לעובדים, סדנות תזונה, הוצע טיפול בהפסקת עישון למעוניינים, וייעוץ ארגונומי ותזונתי לכל מפעל; מעקב של שלושה חודשים מגמר התוכנית אחר הנכללים בה, והערכה של רמת הסיכון של הנכללים בתוכנית לאחר ההתערבות.

תוצאות: נצפתה ירידה בקרב בעלי רמת הסיכון הגבוהה מ-43.7% בזמן אפס ל-27.8% ו-24.7% לאחר שלושה חודשים בהתאמה מגמר התוכנית ($p < 0.05$). כמו כן, נצפתה ירידה בשיעור בעלי היקף המותניים שמעל הטווח התקין (הנורמה) מ-50.0% ל-44.4%, ל-44.4% בהתאמה ($p < 0.05$), בשיעור בעלי לחץ הדם הגבוה מ-13.0% ל-8.5%, ל-6.0% ($p < 0.05$), בשיעור המעשנים מ-17.6% ל-10.9%, ל-11.5% ($p < 0.05$); בשיעור העובדים עם חוסר פעילות גופנית מ-54.9% ל-14.8%, ל-17.3% ($p < 0.05$); ובשיעור העובדים בעלי ערך BMI > 30 מ-29.2% ל-27.8%, ל-26.4% ($p < 0.05$).

לסיכום: הוכח, כי ניתן לקדם את בריאות העובד על ידי איתור ממוקד של גורמי הסיכון והתערבות מתאימה. תוצאות התוכנית תורמות משמעותית לירידה בסיכון העובד לחלות במחלות לב וכלי דם ומומלצת לאימוץ במישור הארצי.

בריאות מפעלים; מחלות לב וכלי דם; תוכניות בריאות.
Cardiovascular morbidity; Community factories; Health programs

מילות מפתח:
KEY WORDS

אלו. ממחקרים שבוצעו כהתערבות פעילה בישראל ובעולם, אנו למדים כי גורמי הסיכון מעלים באופן ניכר את הסיכון לתחלואה ולתמותה ממחלות לב וכלי דם, וההתערבות על ידי שינוי באורח החיים יכולה לאזן את גורמי הסיכון, ובאופן זה להפחית את הסיכון לתחלואה ותמותה ממחלות אלו [8–14].

בתוכנית The Ashkelon Hypertension Detection and Control Program (AHDC) [8] שהחלה בשנת 1980, הנחנו כי איזון יתר לחץ דם בלבד אינו מספיק כדי למנוע התפתחות מחלות לב וכלי דם, ולכן יש לאמץ גישה של איזון גורמי סיכון נוספים, על מנת להתמודד עם כל גורמי הסיכון למחלות לב וכלי דם. בתוכנית שנמשכה עשור (1980–1990) הופעלו צוותים של רופא-אחות שבדקו 12,202 נכללים (גיל ממוצע 51±7 שנים בטווח גיליים בין 20–65 שנים), שהם 23.4% מסך תושבי האזור. נמצאו 28.6% בעלי גורם סיכון אחד או יותר למחלות לב וכלי דם. איזון ערכי לחץ הדם, הפחתת המשקל והפסקת עישון, הביאו במשך אותה תקופה לירידה בתמותה כתוצאה מאוטם חד של שריר הלב מ-100 ל-76 ($p < 0.01$), ממחלות לב וכלי דם מ-129 ל-107 ($p < 0.0001$) ומלחץ דם גבוה מ-121 ל-87 ($p < 0.1$ NS). התוצאות בתוכנית זו הוצגו כערך

הקדמה

טרשת העורקים היא הגורם העיקרי המוביל לתחלואה ולתמותה ממחלות לב וכלי דם במדינות המערב. במחקרים רבים הוכח, כי טיפול בגורמי הסיכון למחלה (כגון יתר לחץ דם, דיסליפידמיה וסוכרת), מפחיתים שיעורי תחלואה ותמותה [1–5]. על סמך תוצאות אלו, קהילות רפואיות שונות פירסמו את הקווים המנחים לטיפול מתוך מטרה לסייע בהפחתת הסיכון. למרות המידע המצטבר אודות מחלה זו וההמלצות המקובלות לטיפול, טרשת העורקים היא עדיין גורם תחלואה ותמותה מוביל במדינות המערב. אחת הסיבות העיקריות לכך היא שהקווים המנחים של האמריקאים [3–5] והאירופאים [6,7] אינם מיושמים במלואם.

גורמי הסיכון למחלות לב וכלי דם הידועים והניתנים לשינוי על פי EUROASPIRE [6] הם: עישון, השמנת יתר, הפרעות בשומני הדם, חוסר פעילות גופנית. הגורמים שניתנים לשינוי באופן חלקי הם: יתר לחץ דם וסוכרת. גורמי סיכון אלו עומדים לצד הגורמים שאינם ניתנים לשינוי, כגון גיל, מין ותורשה. שינויים באורחות החיים עשויים להפחית את דרגת הסיכון לפתח מחלות

שקבוצה זו מגיעה בסבירות נמוכה לרופא המטפל או שאינה מגיעה כלל, וכמעט בלתי אפשרי להגיע אל אותם אנשים ללא בדיקות סקר יזומות כדי לאתר את אלה המצויים בסיכון [18]. לפיכך, התחלנו בתוכנית ארצית בקרב 15 מפעלים מצפון הארץ, המרכז והדרום. המטרה הייתה לבנות דגם כלל ארצי ליישום התוכנית, במטרה להפחית את הסיכון לפתח מחלות לב וכלי דם.

המטרות במחקר

המטרות במחקר היו איתור עובדים הנמצאים בסיכון לפתח מחלות לב וכלי דם, והקניית מידע וכלים לניהול אורח חיים בריא כדי לאזן את גורמי הסיכון שנמצאו אל יעדי המטרה המקובלים, כדי להפחית את הסיכון לפתח מחלות אלו.

שיטות מחקר

תוכנית התערבות התקיימה בין השנים 2012–2014 וכללה את המרכיבים הבאים:

- גויסו 15 מפעלים בכל רחבי הארץ.
- מונו 2–3 עובדים מכל מפעל כ"נאמנים על הבריאות". לאחר הדרכה מתאימה, מילאו עובדים אלה תפקיד של אנשי קשר ומתאמים, והם אלה שסייעו להפעלת התוכנית במפעליהם. הנאמנים על הבריאות עברו קורס הדרכה שבסופו קיבלו את תוכנו, כפרוטוקול ההתערבות בחוברת מפורטת. המדריכים שמונו בכל מפעל הקפידו לעבוד לפי הפרוטוקול, תחת השגחה צמודה של מדריכי התוכנית (נ' א', א' ג', ד' ל'). בנוסף, המדריכים נתנו ייעוץ אישי בסוף הסדנאות ורופא צמוד (ר' ו') תיפקד ככונן לשאלות בטלפון בכל ימות השבוע, לכל מי שהרגיש צורך בכך. פעילות המשכית זו בצמוד לפרוטוקול הכתוב הבטיחה אחידות ההתערבות בכל המפעלים.
- בראשית התוכנית ניתנה סדנת רופא לכלל עובדי המפעל בנושא גורמי הסיכון למחלות לב וכלי דם, והודגשה חשיבות אורח חיים בריא בהפחתת גורמי סיכון אלה בכל מפעל.
- לאחר סדנת הרופא, בוצעה בדיקת המדדים הראשונה, שבמהלכה נמדדה רמת הסיכון האישי של העובדים לפתח מחלות לב וכלי דם. במהלך הבדיקה נלקחו מהעובדים פרטי גיל, מין, רקע תורשתי בתחלואת לב וכלי דם, היקף פעילות גופנית ועישון. כמו כן נמדדו היקף המותניים, הגובה והמשקל לחישוב ה-BMI (Body Mass Index) ולחץ הדם. מתוך כלל העובדים ב-15 המפעלים שגויסו, הגיעו לבדיקת המדדים הראשונה (מדדים זמן 0) 1,011 עובדים. חמשת המדדים שנלקחו ועל פיהם חושבה רמת הסיכון האישי של העובד לחלות במחלות לב וכלי דם, כללו: היקף פעילותו הגופנית, היקף המותניים, עישון, לחץ הדם וגורמי הסיכון למחלות לב במשפחתם.
- המדדים שנמדדו נותחו לחישוב רמת הסיכון האישי של כל עובד לחלות במחלות לב וכלי דם. לכל אחד מהמדדים ניתן ניקוד בין 0 ל-2, כפי שניתן לראות בטבלה מספר 1 (מפתח הניקוד לקביעת רמת הסיכון בנכללים במחקר). על פי סיכום הנקודות, מוינו העובדים לקבוצות הסיכון שלהם. לקבוצות הסיכון קלה (של 0–2 נקודות), בינונית (3 נקודות) וגבוהה (4 נקודות או יותר). לעובדים עם דרגת הסיכון הבינונית והגבוהה הוצע להשתתף בתוכנית ההתערבות.
- התוכנית לעובדים בסיכון הבינוני והגבוה כללה שבעה מפגשי אימון גופני, שבהם הודרכו העובדים על ידי מאמני כושר. לעובדים חולקו מדי צעדים שעזרו להם למדוד עמידה ביעדי

צבלה 1: מפתח הניקוד לקביעת רמת סיכון בקרב הנכללים במחקר		
מדדים	ערכים	ניקוד
אנמזה משפחתית	חיובי-נשים קרובות דרגה I מתחת לגיל 55 שנים	2
	חיובי-גברים קרובים דרגה I מתחת לגיל 45 שנים	2
גורמי סיכון במשפחה	שלילי	0
	חיובי	1
ל"ד	שלילי	0
	בחנות מ"מ 130/80	0
	130/80-140/90	1
עישון	מעל 140/90	2
	0	0
	0-10 סיגריות ליום	1
פעילות גופנית	מעל 10 סיגריות ליום	2
	מעל 90 דקות לשבוע	0
	90-00 דקות לשבוע	1
היקף מותניים נשים	בחנות מ"מ 60 דקות לשבוע	2
	בחנות מ"מ 80 ס"מ	0
	80-88 ס"מ	1
היקף מותניים גברים	מעל 88 ס"מ	2
	בחנות מ"מ 88 ס"מ	0
	102-88 ס"מ	1
סיכון גבוה	מעל 102 ס"מ	2
	11-4	
סיכון בינוני		3
סיכון קל		2-0

מחושב SMR (Standardized mortality ratio) ולא כערך אבסולוטי. בתוכנית השנייה שביצענו, Israeli Blood Pressure Control (IBPC) [9] משנת 2000 ב-30 מירפאות בישראל, הדגמנו כי לאחר שנת התערבות נצפה ב-4,848 מטופלים שיפור משמעותי באיזון גורמי הסיכון. כלומר, בקרב הלוקים ביתר לחץ דם עלה שיעור המאוזנים מ-29% ל-46.7%, באיזון עודף המשקל מ-36.7% ל-43.8%, באיזון רמות ה-LDL מ-31.2% ל-41.7%, ובקרב מטופלים עם רמת סוכר מעל 200 מ"ג/ד"ל פחתה רמת הסוכר מ-5.2% ל-3.1%.

תוכניות התערבות אלו [9,8] בישראל הראו, כי ניתן להפחית את רמת הסיכון לפתח מחלות לב וכלי דם גם לאחר שהסתיימה ההתערבות. היתרון המוכח בהתערבות הוא גם רפואי – בהפחתת שיעור התחלואה והתמותה, וגם כלכלי – בהפחתת עלויות הטיפול והנטל על החברה [16,15]. בדומה למדינות מפותחות אחרות, העול הכלכלי בישראל הנובע מהמחלות המיוחסות ליתר לחץ דם, מחלות לב ואירועי מוח (Stroke) הוא משמעותי. מחלות אלה הן מטילות את העלות הכלכלית הכבדה ביותר [17]. לנוכח זאת, פרסמנו במחקר Cost Effectiveness and Resource Allocation [15], כי היתרון הכלכלי בהתערבות כזו לאורך עשור מוביל לחיסכון של כ-187 מיליון דולר למדינה.

לפיכך, בעבודה זו החלטנו להתערב לא בקהילה, כמו בתוכנית AHDC [8] ולא בקופות החולים, כפי שעשו בתוכנית IBPC [9], אלא במפעלים בישראל. בחרנו במפעלים משום שהנחנו שטווח הגילים בשוק העבודה הוא לרוב בין 20–50 שנים, שבמהלכן מתפתח עיקר הסיכון ללקות במחלות לב וכלי דם. בנוסף, ידוע

29.2% ($p < 0.05$). שיעור בעלי BMI גדול מ-30 עמד בזמן 0 על 29.2% ופחת כעבור שלושה חודשים ל-27.8%, ובבדיקות המדדים שבסיומ התוכנית המשיך ופחת ל-26.4% מהעובדים ($p < 0.05$).

- התוצאה הבולטת ביותר היא הירידה בשיעור העובדים שהפעילות הגופנית שלהם פחותה מ-60 דקות בשבוע. בזמן 0 שיעורם היה 54.9% מהנבדקים שהוכללו בתוכנית, ואילו בשלושה חודשים שיעורם היה 14.8% בלבד מהעובדים, ורק 15.9% ($p < 0.05$) חזרו לאי פעילות גופנית בבדיקות מעקב של שישה חודשים.
- בתרשים 1 (רמת סיכון בזמן 0 ב-3 חודשים וב-6 חודשים) מוצגים השינויים ברמת הסיכון של הנכללים לפתח מחלות לב וכלי דם בשלושת המועדים של בדיקות המדדים. ניתן לראות כי נמשכת הירידה בשיעור בעלי רמת הסיכון הגבוהה מ-43.7% בזמן 0 ל-27.8% בבדיקות שלושה חודשים ול-24.7% בבדיקות שישה חודשים ($p < 0.05$). מאידך, חלה עלייה בשיעור בעלי רמת הסיכון הנמוכה, מ-34.2% בזמן 0, ל-47.2% בשלושה חודשים ול-51.1% בשישה חודשים ($p < 0.05$).

תוצאות לפי קבוצות גיל

בתרשים 2, השווינו את רמת הסיכון של הנכללים צעירים, שגילם בתחילת התוכנית היה פחות מ-50 שנים, לעומת הנכללים המבוגרים, שגילם היה מעל 50 שנים. מלכתחילה, רמת הסיכון של המבוגרים הייתה גבוהה בהרבה מזו של הצעירים; דהיינו, 50.4% מהמבוגרים שנכללו בתוכנית היו ברמת סיכון גבוהה או גבוהה מאוד בזמן 0 לעומת 38.2% מהצעירים. מנגד, רמת הסיכון הנמוכה של המבוגרים הייתה 27.6% בזמן 0 לעומת 39.5% בקרב הצעירים. הירידה בשיעור בעלי רמת הסיכון הגבוהה בשתי הקבוצות הייתה דומה: אצל המבוגרים מ-50.4% בזמן 0 ל-33.1% ($p < 0.05$) ב-3 חודשים, וירידה בקרב הצעירים מ-38.2% בזמן 0 ל-23.6% ($p < 0.05$) בשלושה חודשים. בנוסף, שיעור בעלי רמת הסיכון הנמוכה והבינונית בקרב הצעירים עלתה מ-39.5% ו-22.3% בזמן 0 ל-48.4% ו-28.0% ($p < 0.05$) במדדי שלושה חודשים. ואילו בקרב המבוגרים חלה עלייה משמעותית יותר בשיעור בעלי רמת הסיכון הנמוכה בלבד, מ-27.6% ל-45.7% ($p < 0.05$), עם ירידה זניחה בשיעור בעלי רמת הסיכון הבינונית, מ-22.0% בזמן 0 ל-21.3% בשלושה חודשים. ($p = NS$)

תוצאות לפי מין

רמת הסיכון של הגברים הייתה גבוהה יותר מזו של הנשים. דהיינו, 47.7% מהגברים שנכללו בתוכנית היו ברמת סיכון גבוהה בזמן 0 לעומת 39.3% מהנשים. מנגד, רמת הסיכון הנמוכה של הגברים הייתה 28.2% בזמן 0 לעומת 40.7% בקרב הנשים. מניתוח התוצאות, נמצאו הבדלים משמעותיים, בעיקר בקרב בעלי רמת הסיכון הגבוהה לפתח מחלות לב וכלי דם. שיעור הגברים בעלי רמת הסיכון הגבוהה בזמן 0 עמד על 47.7% וירד בשיעור ניכר ל-28.2% ($p < 0.05$) כעבור שלושה חודשים. לעומתם, שיעור הנשים ברמת סיכון גבוהה עמד על 39.3% וכעבור שלושה חודשים פחת ל-27.4% ($p < 0.05$).

דיון

בעבודה זו הוכחנו, כי התערבות מתוכננת היטב יכולה להפחית את רמת הסיכון לפתח למחלות לב וכלי דם. הראינו כי ההפחתה נשארת עד שישה חודשים לאחר גמר התוכנית, וכי לא נמצא הבדל משמעותי בין תוצאות המדדים כעבור שלושה ושישה חודשים. התועלת הבריאותית של ההדרכה נשמרה גם לאחר סיום

טבלה 2:

סיכום מדדים של שישה חודשים בהשוואה למדדים בזמן 0 ובשלושה חודשים

ב-6 חודשים		ב-3 חודשים		בזמן 0		
6.0%	27	8.5%	38	13.0%	59	בעלי לחץ דם מעל 140:
26.4%	120	27.8%	126	29.2%	133	BMI > 30:
11.5%	48	10.9%	50	17.6%	80	סה"כ מעשנים
17.3%	72	14.8%	67	54.9%	249	פעילות גופנית פחות מ-60 ד':
היקף מותניים						
39.5%	94	38.3%	91	49.0%	117	מעל 102 ס"מ - גברים
49.6%	107	51.1%	110	51.1%	110	מעל 88 ס"מ - נשים
44.4%	201	44.4%	201	50.0%	227	סה"כ היקף מותניים גדול

הפעילות הרצויה (לפחות 8,000 צעדים ביום). בנוסף ניתנו לנכללים בתוכנית שתי סדנאות על תזונה נבונה, ולמעוניינים מקרב המעשנים הכבדים הוצע טיפול בהפסקת עישון.

- שלושה ושישה חודשים מתחילת ההתערבות נבדקו שוב חמשת המדדים, על מנת לבחון את השינויים שחלו עקב התוכנית בכל אחד מהמדדים בנפרד וברמת הסיכון המחושבת.

ניתוח הנתונים

לצורך איסוף נתונים, נוסחו שאלונים שהועברו לעובדים בזמן אפס לפני ההתערבות, וכן לאחר 3 ו-6 חודשים מתחילת ההתערבות. כדי לקבוע את דרגת הסיכון האישית לפתח מחלות לב וכלי דם לעשר השנים הבאות נלקחו מדדים לגבי גורם המשפחתית-תורשתי וארבעה מדדים נוספים (עישון, פעילות גופנית, לחץ דם והיקף מותניים) משאלון שמולא בזמן 0. למרות שרמת הסיכון הראשונית נקבעה על פי חמישה מדדים (כולל הגורם המשפחתית-תורשתי), בבדיקות המעקב של 3 ו-6 חודשים מתייחסות לרמת הסיכון על פי ארבעת המדדים האחרים, כיוון שהגורם התורשתי אינו משתנה עם התקדמות התוכנית. נעשתה הבחנה בין שלוש רמות סיכון: גבוהה (High), בינונית (Medium) ונמוכה (Low).

תוצאות

מתוך 1,011 העובדים שנכללו בבדיקות המדדים הראשונות (זמן 0), הוזמנו לתוכנית 797 עובדים ברמת סיכון בינונית ומעלה – 48.1% נשים ו-51.9% גברים. מתוך הנכללים בתוכנית 75.2% היו בעלי תורשה חיובית (קבוצה A).

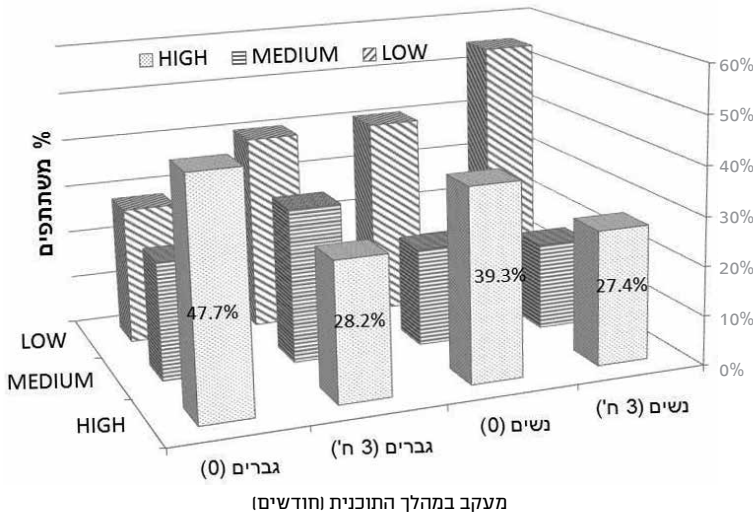
תוצאות המדדים בשלושת מועדי הבדיקות

- ב-13.0% מהנכללים נמדד לחץ דם גבוה בזמן 0, ושיעורו ירד בבדיקות של שלושה ושישה חודשים ל-8.5% ו-6.0% ($p < 0.05$). באופן דומה, פחת שיעור המעשנים מ-17.6% בזמן 0, ל-10.9% ו-10.6% ($p < 0.05$) בשלושה חודשים ובשישה חודשים, בהתאמה. נתונים אלו התקבלו, למרות שרק בודדים השתמשו בגמילה בטלפון שהוצעה להם במסגרת התוכנית (טבלה 2).
- המדדים של היקף המותניים והמשקל (כפי שהתבטא ב-BMI גדול מ-30) השתנו בצורה מועטה במהלך התוכנית. שיעור בעלי היקף מותניים מעל הערכים התקינים עמד בזמן 0 על 50.0%, פחת ל-44.4% כעבור שלושה חודשים ונותר כך עד סוף התוכנית

¹היקף מותניים של גברים מעל 102 ס"מ ושל נשים מעל 88 ס"מ

תרשים 1:

השוואת רמות סיכון של נכללים במהלך התוכנית

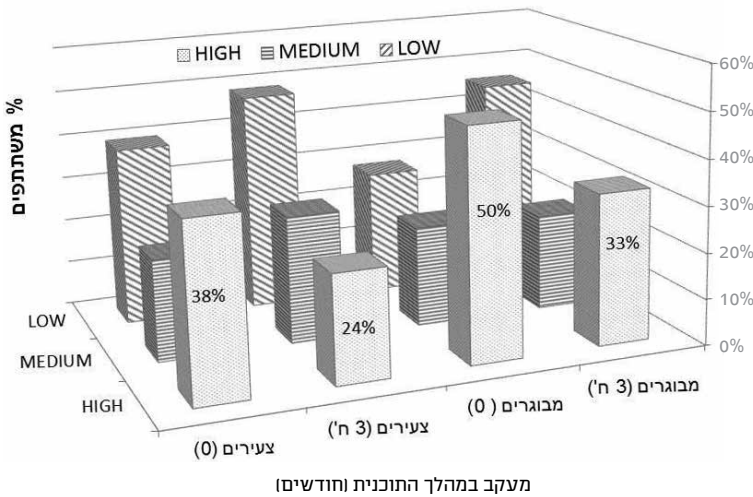


מעקב במהלך התוכנית (חודשים)

ההתערבות. מתוך גורמי הסיכון למחלות לב וכלי דם הידועים והניתנים לשינוי, התמקדנו בעבודה זו בחמישה: עישון, השמנת יתר, חוסר פעילות גופנית, יתר לחץ דם והיקף מותניים. גורם הסיכון שבו ראינו את השינוי המשמעותי ביותר היה חוסר פעילות גופנית – בזמן 0 יותר ממחצית מהנבדקים שנכללו בתוכנית לא עסקו בפעילות גופנית (כ-55% מהנבדקים), ואילו כעבור שלושה חודשים רק 14.8% מהעובדים לא עסקו בפעילות גופנית. עצם ההשתתפות בתוכנית והמסרים שהעבירה לנכללים בה הם אלה שהובילו לשינוי זה. שבעת המפגשים היוו למעשה רק שלד עבודה, שלאורכו היו שזורים פעילות קבועה של נאמני הבריאות והמדריכים במפעלים על בסיס שבועי. המפגשים, יחד עם התמיכה והעידוד שקיבלו הנכללים בתוכנים מהנהלת המפעלים, הוסיפו להניעה (מוטיבציה) שלהם. הם נתבקשו לבצע שיעורי בית מידי שבוע, שכללו תרגול הפגישות. לאורך כל התוכנית הודגש בפניהם הצורך להעלות בהדרגה את מספר שעות הפעילות הגופנית השבועיות שלהם, מרמת סיכון גבוהה של מתחת ל-60 דקות בשבוע לרמת סיכון נמוכה של מעל 90 דקות בשבוע. זוהי דוגמה טובה לחשיבות ההדרכה ולהשפעתה על הנכללים בתוכנית. שינוי קטן יותר, אך משמעותי, מצאנו בקרב המעשנים. לאחר שלושה חודשי התערבות, קרוב ל-40% מהנכללים שעישנו בזמן 0 דיווחו כי אינם מעשנים עוד.

תרשים 2:

שינוי ברמות סיכון בהשוואה בין צעירים למבוגרים



מעקב במהלך התוכנית (חודשים)

בתחילת התוכנית סבלו 13% מהנבדקים מלחץ דם גבוה. לאחר שלושה חודשי התערבות פחת שיעור הנבדקים בעלי לחץ דם גבוה ל-8.5% ובסיום התוכנית נותרו רק 6.0% מהנבדקים עם לחץ דם גבוה. מימצא זה תרם לירידה ברמות הסיכון לפתח מחלות לב וכלי דם. חשיבות השפעת לחץ הדם על הסיכון לפתח מחלות לב וכלי דם הוכחה במחקר פרמינגהם, המראה שלחץ הדם הדיאסטולי, אשר גבוה בהתמדה ב-5 מ"מ, קשור לעלייה של יותר מ-34% בסיכון לאירוע מוח (Stroke) ויותר מ-21% בסיכון למחלות לב כליליות [19]. ירידה בלחץ הדם הדיאסטולי ב-5-6 מ"מ מפחיתה תחלואה ותמותה ממחלות לב וכלי דם ומפחיתה סיכון לאירוע מוח (Stroke) [19,20]. גורמי הסיכון עם השינויים הקטנים ביותר הם היקף המותניים והמשקל הידועים כקשים מאוד לשינוי. מההשוואות שערכנו בין צעירים למבוגרים, בין נשים לגברים, מצאנו שכל תת הקבוצות הפיקו תועלת מהתוכנית, ובכל הנכללים נמצאה ירידה משמעותית ברמת הסיכון האישית לפתח מחלות לב וכלי דם.

יתרונה של התוכנית הוא בעובדה שהיא מתבצעת במקום העבודה במהלך היום, ולא בסיום יום העבודה. יתרון זה מקנה נוחות וחסכון בזמן, שהוא המשאב היקר ביותר. תוכנית כזו מחזקת את האמון של העובדים בהנהלת המפעל, הנותנת גיבוי מלא לתוכנית ובכך גם ההנהלה זכתה לרווח אישי [17,16]. אנו סבורים, כי ההכרה של העובד בהשקעה של המפעל ברווחתו ובבריאותו מעניקה הניעה רבה לעובדים להשקיע בעבודתם, ותורמת לבטיחות העובדים ולרווחיות המפעל. התוכנית משרתת הן את העובד ברמה האישית והן את האינטרסים של מקום העבודה, בכך מדובר ב"win-win situation". התוכנית מיושמת על קבוצת עובדים ולקבוצה מגובשת יש כוח רב, אדם המוקף באנשים המסגלים אורח חיים בריא, באופן טבעי מאמץ מסגנון החיים שלהם, כלומר, המעגל החברתי אשר מאמץ את השינוי מתרחב. אותה קבוצה שאימצה את השינוי, הופכת להיות סוכנת שינוי בעצמה. מבחינת בטיחות בעבודה, לא ניתן היה לקבוע אם חלה ירידה במספר תאונות עבודה או אם חל שיפור בתפוקה בעקבות התוכנית. בעבודות אחרות [17,16], הוכח, כי עובדים הנוטלים חלק בתוכניות לאורח חיים בריא במסגרת מקום עבודתם, קידמו את בריאותם, היו ערניים יותר ובעלי הניעה גבוהה יותר, וכתוצאה מכך עלה פרוץ העבודה.

סיכום ומסקנות

בתוכנית שהופעלה בקרב 1,011 עובדים ב-15 מפעלים במשך שנתיים הוכח פעם נוספת, שניתן לקדם את בריאות העובד

עבודה תשיג את התועלת הגדולה ביותר בהפחתת הסיכון למחלות לב וכלי דם. מומלץ שמתווה התוכנית יאומץ במישור ארצי ושהתוכנית תתבצע כשיגרה ביותר מפעלים בישראל.

התוכנית בוצעה בחסות "קרן מנור" של המוסד לביטוח לאומי.

מחבר מכותב: חיים יוספי

היחידה לקרדיולוגיה לא פולשנית

מרכז רפואי אוניברסיטאי ברזילי, אשקלון

טלפון: 08-6745871

דוא"ר: yosefyc@bgu.ac.il; chaimy@barzi.health.gov.il

באיתור ממוקד של גורמי הסיכון. תוצאות התוכנית תורמות משמעותית לבריאות העובד. תוכנית התערבות במפעלים יכולה להפחית את הסיכון לפתח מחלות לב וכלי דם על ידי איזון גורמי הסיכון שנמצאו וקביעת יעדי מטרה מקובלים. בתוכנית כזו, חשוב לאתר באופן יזום את העובדים הנמצאים בסיכון לפתח מחלות לב וכלי דם, ולהגיע למספר גובר והולך של עובדים, כך שאוכלוסייה רחבה יותר תזכה להפיק תועלת מיתרונות התוכנית. טווח הגילים המצוי בדרך כלל בשוק העבודה נע בין 20-50 שנים. בשנים הללו מתפתח עיקר הסיכון למחלות לב וכלי דם, ודווקא בהם המטופלים בריאים יחסית ואינם מגיעים לרופא המטפל בתדירות מספקת. לכן, פעילות התערבותית במקומות

ביבליוגרפיה

- Hajjar I & Kotchen TA, Trends in prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in the United States. 1988-2000. JAMA, 2003; 290:199-206.
- Staessen JA, Gasowski J, Wang JG & al, Risks of untreated and treated isolated systolic hypertension in the elderly: metaanalysis of outcome trials. Lancet, 2000; 355:865-72.
- Fedder DO, Koro CE, L'Italien GJ & al, New National Cholesterol Education Program III guidelines for primary prevention lipid-lowering drug therapy: projected impact on the size, sex, and age distribution of the treatment-eligible population. Circulation, 2002; 105:152-6.
- American diabetes Association: clinical practice recommendation. Diabetes Care 2002; 25:S1-147.
- Pearson TA, Laurora I, Chu H & al, The lipid treatment assessment project (L-TAP): a multicenter survey to evaluate the percentages of dyslipidemic patients receiving lipidlowering therapy and achieving low density lipoprotein cholesterol goals. Arch Intern Med, 2000; 160:459-67.
- EUROASPIRE: A European Society of Cardiology survey of secondary prevention of coronary heart disease: principal results. EUROASPIRE Study Group. European Action on Secondary Prevention through Intervention to Reduce Events. Eur Heart J, 1997; 1569-82.
- EUROASPIRE I and II Group. Clinical reality of coronary prevention guidelines : a comparison of EROASPIRE I and II in nine countries: EROASPIRE I and II Group. European Action on Secondary Prevention by Intervention to Reduce Events. Lancet, 2001; 357:995-1001.
- Yosefy C, Dicker D, Viskoper JR & al, The Ashkelon Hypertension Detection and Control Program (AHDC program): a community approach to reducing cardiovascular mortality. Prev Med, 2003; 37:571-6.
- Yosefy C, Ginsberg GM, Dicker D & al, Risk factor profile and achievement of treatment goals among hypertensive patients from the Israeli Blood Pressure Control (IBPC) program - initial cost utility analysis. Blood Press, 2003; 12:225-31.
- Whitley EM, Main DS, McGloin J & al, Reaching individuals at risk for cardiovascular disease through community outreach in Colorado. Preventive Medicine, 2011; 52: 84-86.
- Arena R, Guazzi M, Briggs PD & al, Promoting health and wellness in the workplace: a unique opportunity to establish primary and extended secondary cardiovascular risk reduction programs. In: Mayo Clinic Proceedings. Elsevier, 2013; 605-617.
- Thorndike AN, Workplace interventions to reduce obesity and cardiometabolic risk. Curr Cardiovasc Risk Rev, 2011; 5:79-85.
- Henke RM, Carls GS, Short ME & al, The Relationship Between Health Risks and Health and Productivity Costs Among Employees at Pepsi Bottling Group. JOEM, 2010; 52:519-27.
- Ferdinand KC, Patterson KP, Taylor C & al, Community-Based Approaches to Prevention and Management of Hypertension and Cardiovascular Disease. The Journal of Clinical Hypertension, 2012; 5: 336-43.
- Yosefy C, Ginsberg GM, Viskoper JR & al, Cost-utility analysis of a national project to reduce hypertension in Israel. Cost Eff Resour Alloc, 2007; 5:16-19.
- Goetzel R & Ozminkowski R, The health and cost benefits of work site health-promotion programs. Annu Rev Public-Health, 2008; 29:303-23.
- Goetzel R, Long S, Ozminkowski R & al, Health, absence, disability and presenteeism cost estimates of certain physical and mental health conditions affecting U.S. employers. J Occuo-Envior Med, 2004; 46:398-412.
- MacMahon S, Peto R, Cutler J & al, Blood pressure, stroke and coronary heart disease. Part 1, Prolonged differences in blood pressure: prospective observational studies corrected for the regression dilution bias. Lancet, 1990; 335:765-74.
- Staessen JA, Gasowski J, Wang JG & al, Risks of untreated and treated isolated systolic hypertension in the elderly: meta-analysis of outcome trials. Lancet, 2000; 355:865-72.
- Collins R & MacMahon S, Blood pressure, antihypertensive drug treatment and the risks of stroke and of coronary heart disease. Br Med Bull, 1994; 50:272-98.