

הכשרת אחיות קופת חולים לטפל בבעיות של ילדים מרטיבים

תמי רונן ושושנה הרשקו־שרני

מאמר זה מציע גישה חדשה להתמודד עם תופעות ההרטבה; להכשיר את אחיות קופת חולים לטפל בנושא. בתום תקופת הדרכה של שמונה חודשים טיפלו האחיות ב־110 ילדים מרטיבים, בנוסף ל־33 ילדים שבטיפול העוברת הסוציאלית, מהשירות הקהילתי לבריאות הנפש. בזמן כתיבת העבודה סיימו את הטיפול 87 ילדים בקבוצת האחיות ו־20 ילדים בקבוצת העוברת הסוציאלית. נמצא, שאחוזי הגמילה דומים בשתי הקבוצות, אולם לאחיות יש יתרון בטיפול בילדים בגיל צעיר ולעובדת הסוציאלית יש יתרון בטיפול בילדים בגיל מבוגר יותר. בדיון מובאות השערות מדוע יש הכרלים כממצאים, ומודגשות הסיבות ליתרונות הטיפול הנובעים מעבודת האחיות. המאמר תומך בגישה שתפקידו של שירות קהילתי לבריאות הנפש, בין היתר, להיות סוכן מייעץ לקהילה ולא רק מרכז טיפולי.

הספרות המקצועית מדווחת על שיעור ניכר של ילדים בגילאי הגן ובית הספר היסודי, מרטיבים בלילה. בריטוויט (1955), דיווח על 22% של ילדים מרטיבים בני 4–14 שנים. אופל ותלמידיו (כפי שצוטטו במחקרו של דה ג'ונג, 1973) דיווחו על 30% בני 3–5, 28% בני 7–8 ו־17% בני 11–12 שנה.

בדיקות מספר נערכו גם בישראל. קאפמן וואליצור (1977), מצאו במדגם של ילדי קיבוץ כי 36% בני 3, 26% בני 4–5, ו־12% בני 7–9 מרטיבים. אברהם (1980), מצא 23.5% מרטיבים בקרב בני 4–14 (המדגם היה מקרי וכלל 430 ילדים).

יש לציין שבכל המחקרים הנ"ל אין הגדרה חד משמעית של שכיחות ההרטבה. יש המגדירים מרטיב על פי הרטבה של פעם בשבוע, ואחרים לפי הרטבה בכל לילה.

בארץ, ילדים מרטיבים מופנים לטיפול כשירותים שונים. בדרך כלל, הפנייה הראשונה היא לרופא המשפחה ולאחר מכן לגננות ולמורות יועצות בבתי הספר. מקצתם פונים לשירות הפסיכולוגי-חינוכי, ומקצתם ללשכות לשירותים חברתיים, למרפאות לבריאות הנפש, לבתי חולים ולטיפולים פרטיים.

השכיחות הרבה של התופעה והמעורבות של גורמים כה רבים המנסים לפותרה, הופכת אותה לבעיה חברתית קהילתית.

תמי רונן — עובדת סוציאלית M.A., שירות קהילתי לבריאות הנפש בראשון לציון.
ד"ר שושנה הרשקו־שרני — פסיכולוגית, מנהלת השירות הקהילתי לבריאות הנפש בראשון לציון.

למרות הפניות הרבות לטפל בנושא, אין כמעט התייחסות לבעיה בשירות הציבורי. במקומות שבהם כן מטפלים בהרטבה, הטיפול איננו שיטתי ואיננו מאורגן. עדיין אין מחקרים שבדקו את היתרונות שבשיטת טיפול אחת על פני שיטת טיפול אחרת. בראשון לציון, אחת המסגרות אליה פונים ילדים מרטיבים כדי לקבל טיפול בהרטבה הוא השירות הקהילתי לבריאות הנפש.

במקביל לפניות העצמיות רבו והלכו פניות של אנשי מקצוע אשר ביקשו לקבל הדרכה כיצד לטפל במרטיבים במסגרות שהם פועלים בהם. אחת הפניות היתה של אחיות ילדים בקופת חולים. הוחלט לבחור בקבוצה זו כקבוצת חלוץ להכשרה לטיפול בשל הטעמים הבאים:

1. מחוך ראיונות שערכנו עם עשרות ילדים מרטיבים ועם הוריהם, התברר לנו שהאחות היא האדם הראשון שהורים פונים אליו בבקשת עזרה בנושא. מכיון שכך, יכולה האחות לאתר את הילדים המרטיבים כבר בגיל צעיר, לפני שההרטבה הופכת להרגל ולפני שמחלואים אליה סימפטומים נוספים.

2. הורים רבים מתביישים לפנות לשירות לבריאות הנפש ולכן הם דוחים את הטיפול. לעומת זאת, קופת חולים היא שירות כללי שכל אדם פונה אליו לטיפול. להורים קל יותר לפנות לאחות ולבקש את עזרתה כבר בשלב מוקדם של הבעיה.

3. גם הילד מבקר בקופת חולים ומכיר את האחות. יש להנחית, שאם האחות תזמין את הילד לשיחה, הדבר יאיים פחות על הילד והוא ישתף פעולה ביתר ברצון.

4. אחיות קופת חולים הן חלק מהמודל הרפואי, אבל עיקר הטיפול בחולה מרוכז בידי הרופא, והאחיות הן לרוב בתפקידי סיוע. מעטות ההודמנויות שהאחיות יכולות ליוזם טיפולים ולהיות אחראיות הבלעדיות להם. לא מן הנמנע שיש להן תחושת תיסכול בגלל מיקומן במערכת הטיפודית, ומאידך, יש להן מוטיבציה לחפש ולמצוא תחומים שהיינו מסוגלות ליוזם בהם דברים ולבצע אותם.

בשל סיבות אלו, הוחלט להכשיר ראשונות את האחיות. המטרה היתה כפולה:

(א) להעזר באחיות כדי לטפל באותו זמן במספר רב של ילדים מרטיבים.

(ב) לבדוק האם לטיפול שלהן יש יתרון או חסרון על פני הטיפול של השירות לבריאות הנפש.

לאחיות הוצע מודל התערבות ששיטותיו הטיפוליות היו זהות לשיטות ההתערבות של העובדת הסוציאלית שהתמחתה בנושא. המודל שיושם על האחיות היה כדלהלן:

שלב ראשון ההכנה העיונית-תיאורטית. בשלב זה היו שלושה מפגשים, בני שלוש שעות כל אחד, לכל קבוצות אחיות הילדים בעיר.

במפגש הראשון הרצתה עובדת סוציאלית מהמרפאה לבריאות הנפש. הובהר הרקו התיאורטי של תופעת ההרטבה, שכיחות הבעיה ומאפייניה.

במפגש השני הרצה רופא אורולוג מבית חולים סמוך, הובהרה תופעת ההרטבה ודרכ הטיפול בה מבחינה רפואית.

במפגש השלישי, שוב הרצתה העובדת הסוציאלית. היא התייחסה לשיטות הטיפול השונות

הרטבה, והבהירה את העקרונות הטיפוליים של כל אחת מהשיטות ואת התאמתה לסוג מסויים של הרטבה (פירוט השיטות יבוא בהמשך).

שלב שני היה שלב היישום. התארגנה קבוצה של שש אחיות, שהיו מוכנות לנסות להתמודד גם תופעת ההרטבה. קבוצה זו החלה לעבוד לפני שלוש שנים, ועדיין היא עובדת. תיאור ההדרכה מתייחס לששת החודשים הראשונים של ההדרכה. בתקופה זו נפגשה הקבוצה עם העובדת הסוציאלית פעם בשבועיים לפגישה בת שעתיים.

לפגישות אלו, הביאו האחיות דו"חות על ילדים מרטיבים שהן מכירות, וגם שאלון ראשוני שברר את דפוסי ההרטבה. בפגישות ההדרכה נקבעו במשותף הקריטריונים לבחירת הילדים המתאימים לטיפול: ילדים שמרטיבים בלילה בלבד, אשר בבירור ראשוני עם ההורים, ובבדיקות השתן לא נמצאו כל ממצאים פתולוגיים, שלא נראה כי קיימת פסיכופתולוגיה במשפחה, ולא קיימים סימפטומים נוספים מלבד ההרטבה.

בכל מפגש חזרה המדריכה ויודאה שהאחיות לא לקחו לטיפול ילדים עם בעיות שמחוץ לכוח הכשרתן המקצועית. לאחר שנקבע שהילד עומד בקריטריונים ומתאים לטיפול של האחות, הוזמנו הילד והוריו לפגישה עם האחות. במפגש זה קיבלו טופסי מעקב לשבועיים. בתקופה זו היה על הילד לציין פרטים שונים שיעזרו באבחון בעייתו: שעת ההליכה לישון, מספר הפעמים שהוא "מתפנה" במשך היום ושכיחות ההרטבה במשך השבוע. בפגישה ההדרכה הבאה, נעשתה אבחנה ראשונית של הבעיה, בניסיון לאתר האם זו בעיה של שלפוחית קטנה, של שינה עמוקה או שזהו הרגל שניתן לעצבו מחדש.

האחיות למדו להדריך את האם כיצד להתנהג עם ילדה המרטיב, והחל יישום שוטף של שיטות הטיפול. בכל מפגש דיווחו האחיות על התקדמות הטיפולים הישנים, שאלו שאלות בנוגע לבחירת טיפולים חדשים, ושאלות תאורטיות בעניין ההרטבה.

האחיות הודרכו לטפל בילדים בשלוש שיטות:

- א. הקדמת שעת השינה לילדים הסובלים משינה עמוקה.
- ב. תרגילים להגדלת הקיבולת הפונקציונלית של שלפוחית השתן לילדים שהשלפוחית שלהם בעלת קיבולת קטנה מדי.
- ג. כלכלת אסימונים — רישום בטבלה של הימים היבשים, ומתן פרס עבור כל יום יבש. וריאציה נוספת היתה טיפול באמצעות חוזים הנערכים בין הילד להוריו, ובין המטפל. בחוזה נקבע כמה ימים על הילד להיות יבש מדי שבוע, מה המטלות הנוספות הנדרשות ממנו ומה יקבל בתמורה.

כל האחיות טיפלו בילדים על ידי כלכלת אסימונים. במקרים שהיה צורך, התווספה לשיטה זו תקופה של תרגול השלפוחית, או טיפול בבעיות שינה. לפי הצורך.

במקביל לעבודת האחיות, המשיכה העובדת הסוציאלית במרפאה לבריאות הנפש לטפל בילדים מרטיבים. במשך ששת החודשים הראשונים של ההדרכה נאספו נתונים על עבודת האחיות והם הושוו עם ממצאי הטיפולים של העובדת הסוציאלית. בשתי הקבוצות ניסו לבחור בילדים בעלי משתנים אחדים דומים שיאפשרו דמיון רב ככל האפשר בין הקבוצות.

* תודה מיוחדת לד"ר יאיר אברהם מאוניברסיטת תל-אביב, על הייעוץ וההדרכה שנתן ביישום שיטות הטיפול בהרטבה.

וכך נבחרו לטיפול ילדים בני 4-13, המרטיבים בלילה בלבד, בתדירות של 6-7 לילות בשבוע, פרימרים (כלומר, מרטיבים ברציפות מזמן לידתם) ומונוסימפטומטיים. לא שלטנו על החלוקה בין המינים.

בתקופה הנדונה טיפלו האחיות ב-110 ילדים, והעובדת הסוציאלית טיפלה ב-33 בלבד. הממצאים המוצגים בלוח 1 מתייחסים לילדים שסיימו את הטיפול עד זמן כתיבת העבודה. דהיינו, 87 בקבוצת האחיות ו-20 בקבוצת העובדת הסוציאלית.

לוח 1: התפלגות תוצאות הטיפול בהרטבה
(במספרים ובאחוזים)

| סה"כ | | נשרו | | אין שינוי משמעותי | | שינוי משמעותי* | | מצב הרטבה |
|--------|-------|--------|--------|-------------------|--------|----------------|--------|-----------|
| מומחית | אחיות | מומחית | אחיות | מומחית | אחיות | מומחית | אחיות | גילאים |
| 4 | 37 | 2 | 10 | 1 | 3 | 1 | 24 | 6-4 |
| 100% | 100% | 50% | 27.02% | 25% | 8.10% | 25% | 64.86% | |
| 7 | 37 | 4 | 8 | - | 8 | 3 | 21 | 10-7 |
| 100% | 100% | 57.14% | 21.62% | - | 21.62% | 42.85% | 56.75% | |
| 9 | 13 | 1 | 5 | - | 1 | 8 | 7 | 13-11 |
| 100% | 100% | 11.11% | 38.46% | - | 7.96% | 88.8% | 53.85% | |
| 20 | 87 | 7 | 23 | 1 | 12 | 12 | 52 | סה"כ |
| 100% | 100% | 35% | 26.43% | 5% | 13.79% | 60% | 59.77% | |

* מתוך 64 ילדים שהראו שינוי משמעותי: 52 נגמלו לחלוטין ו-12 ירדו להרטבה של אחת לשבוע עד אחר לשבועיים.

הילדים בשתי הקבוצות טופלו בשיטות דומות. בשל המספר הקטן של ילדים שטופלו על ידי העובדת הסוציאלית, יש להתייחס בזהירות לממצאים הסטטיסטיים ולהתרכז במגמות בלבד.

השוואת הממצאים מראה שאחוז הנגמלים זהה בשתי הקבוצות — 60%. אין הבדל משמעותי בתוצאות בין הילדים שטופלו על ידי האחיות, לילדים שטופלו על ידי העובדת הסוציאלית. נראה שלאחיות הצלחה גבוהה יותר בקבוצת הגיל הצעירה — 4-7, ולעובדת הסוציאלית בקבוצת הבוגרת — 11-13.

אחוזי ההצלחה תואמים ממצאים מחקרניים שהביאו אורין, שניד ופוקס (1974) ובהם דיווחו על 70% הצלחה.

גם אחוזי הנשירה, תואמים ממצאים מחקרניים של לוביבונד (1964), וייטס (1970) המדווחים על 25%-30% נשירה.

כפי שנראה מלוח 1, רוב הילדים שנשארו בטיפול, הראו שיפור משמעותי בדפוסי ההרטבה.

שני השירותים השונים שהוצגו, הוכחו כיעילים בחלק ניכר מהמקרים. בשתי הקבוצות אחוז הנגמלים דומה, אך לכל אחת מהמסגרות מסתמן יתרון בקבוצת גיל אחרת. לאחיות יתרון בטיפול בגיל הרך: אחוז נגמלים גבוה יותר, ואחוז נשירה נמוך יותר. ממצאים דומים נאספו גם בגיל הביניים, אם כי הפער בין שתי הקבוצות בגיל זה קטן יותר. לעובדת הסוציאלית יתרון בקבוצת הגיל הבוגרת; אחוזי הגמילה גבוהים יותר ואחוזי הנשירה נמוכים יותר.

הבדלים אלו אינם מקריים. האחות היא המטפלת המקצועית בקהילה המלווה את הילד הצעיר בטיפול העוקב הכללי. מפגש עם אחות קופת חולים, נתפש, אולי, אצל הילדים כרצף טבעי בשורה של מפגשים, שהיו להם עם האחיות מיום היוולדם. כאן, אולי, המקור לשיתוף הפעולה של הילד והוריו עם האחיות. האחיות עוררו, כנראה, פחות התנגנונות ופחות תחושה של סטיגמה אצל הילד והוריו.

גם התוצאות הטובות יותר שהשיגה העובדת הסוציאלית עם הילדים המבוגרים איננה מקרית. אמנם לא נמצאה אצל הילדים פסיכופתולוגיה ברורה, אך סביר להניח שילדים שמרטיבים בגיל מבוגר יחסית צברו מידה לא מבוטלת של תיסכול, תחושת חוסר אוניס ואולת יד, דבר שעדיין לא קיים בקבוצה הצעירה; מפני שמרבית הרופאים והמטפלים אינם רואים את ההרטבה תופעה בעייתית לפני גיל 7 ולכן אינם ממליצים להורים לפנות לטיפול.

פניית הילדים המבוגרים לטיפול אצל אדם המוכר בקהילה כמומחה בנושא, יש בה אולי ממד סוגסטיבי של רמת הניעות (מוטיבציה) שלהם להיגמל וציפיות רבות לתרומתו של המומחה המיוחד לנושא. יתכן שביסוד ההצלחה עם גיל זה עומדים שני גורמים נוספים: יכולת טובה יותר של המטפלת המסויימת ליצור קשר דווקא עם ילדים בגיל זה הודות להכשרתה המקצועית, והכשרה מקצועית ממושכת יותר שאפשרה לה להתמודד עם בעיות מסובכות יותר.

מעיקרי הממצאים שזה עתה התייחסנו אליהם עולות המסקנות הבאות:

1. לאופי השירות ולגיל המטופל יש השפעה לא פחות חשובה מאשר לשיטת הטיפול.
 2. יש להניח, שהדרכת אחיות לטפל בתופעה כה שכיחה כמו הרטבה, תהיה לעזר בהתמודדות עם התופעה בשלבים הנורמליים שלה, כלומר, בגיל הגמילה המקובל (פחות מגיל 4), ומכאן שההשקעה בהדרכת האחיות כדאית בשל המספר הרב של הילדים שהן יוצרות קשר עמם כבר בשלב הגמילה הטבעי שלהם.
 3. ניצול יעיל של כח אדם מקצועי בקהילה, כמו האחיות, חוסך זמן יקר של מטפלים, שאליהם מגיעות לרוב הבעיות הסבוכות יותר, המחייבות מיומנויות ספציפיות.
 4. לטיפול בבעיית ההרטבה באמצעות קופת חולים יש פוטנציאל מניעתי הנובע מהקשר שיש לאחות עם הילד כבר בגיל צעיר. הודות לקשר זה יכולה האחות להדריך את האם בחינוך נכון לניקיון, לאתר הרטבה בשלב מוקדם ולכן גם לטפל בגמילת הילד בזמן קצר יחסית. תוצאות העבודה עם האחיות מחזקות את הגישה של השירות הקהילתי לבריאות הנפש בראשון לציון, הרואה עצמו סוכן מדרין ומייעץ בקהילה ולא רק סוכן טיפול.
- בימים אלה מלאו שלוש שנים להפעלת הפרוייקט. האחיות ממשיכות לטפל בילדים,

ומקבלות מהעובדת הסוציאלית: הדרכה של שעה כל שישה שבועות. עד כה טיפלו האחיות במאות אחדות של ילדים מרטיבים.

תוצאות עבודתן מורגשות בקהילה. הפונים לטיפול במרפאה לבריאות הנפש הם בעיקר הבוגרים והמקרים המסובכים יותר וכך התקצר תור הממתינים לטיפול.

ניסיון מוצלח זה גרר בקשות של קבוצות נוספות לקבל הדרכה בנושא. בימים אלה תתחיל לפעול קבוצה נוספת של אחיות. קבוצה של רופאים ואחיות מעיר אחרת מקבלת הדרכה בנושא כבר קרוב לשנה, וגם קבוצות של מורות-יועצות בעיר, ושל מטפלות במעונות פנו בבקשת הדרכה.

מקורות

אברהם, י. הרטבת לילה — סקירת ספרות. חוות דעת 12, 1980, עמ' 5-24.

- Braithwaite, J.V., *Some Problems Connected with Enuresis*. Proceedings of the Royal Society of Medicine, Vol. 99, October 1955.
- De Jonge, G.A., Epidemiology of Enuresis: A Survey of the Literature, in I. Kolvin R.C. Mockeith and S.R. Meadow, eds., *Bladder Control and Enuresis*, Chapter 4, 1973.
- Kaffman, M. and Elizur, E., Infants Who Become Enuretics: Longitudinal Study of 161 Kibbutz Children, *Monograph of the Society for Research in Child Development*, 1977, 42(2), Serial No. 170.
- Lovibond, S.H., *Conditioning and Enuresis*. Pergamon, Oxford, 1964.
- Yates, A.J., *Behavior Therapy*, New York, 1970.