

פעילות גופנית במשך ארבע
שעות בשבוע תצמצם את
תחלואות הלב
(צילום אילוסטרציה:
אימג' בנק)

צו מניעה

הרופאים תמימי דעים באשר לחשיבותה של
הרפואה המונעת על כל שלביה: הפחתת חשיפה לגורמי סיכון
ויצירת חסינות כלפיהם, גילוי מוקדם של מחלות
והפחתת סיבוכים לאחר שהופיעה מחלה ■ לא קל לתפקד
בתנאים של מצוקה תקציבית ודקות מעטות המוקדשות
לכל חולה - אבל לעתים משימה קשה ומתסכלת
לא פחות היא לשכנע את הציבור לאכול נכון, להפסיק לעשן
ולעסוק בספורט < **גליה אלונידגן**



ירקות ופירות כנגד התפתחות סרטן המעי הגס
(צילום אילוסטרציה: אימג' בנק)

צו מניעה

< המשך מעמוד קודם >

הייתי מצפה שבמערכת תקינה יוזמן החולה המבוגר אל הרופא המטפל שלו אחת לתקופה, במטרה לעסוק בנושא הרפואה המונעת וקי"דום הבריאות", אומר פרופ' ביטרמן.

"בעיקר הסברה"

פרופ' ירון ניב, מנהל המכון הגסטרואנטרולוגי גי בקמפוס בילינסון - המרכז הרפואי ע"ש רבין בפתח תקוה - ויו"ר החוג למחלות ממאירות של דרכי העיכול באיגוד לגסטרואנטרולוגיה ולמחלות כבד, מתמקד בתחום הרפואה המונעת של סרטן המעי הגס. לצורך כך, הוא מחלק את האוכ"ל לוסיה לשתי קבוצות עיקריות: בעלי סיכון גבוה לחלות בסרטן זה (אנשים שקרוביהם חלו בסרטן זה, והם עצמם בסיכון גבוה גנטית) ובעלי סיכון ממוצע (כל גבר ואשה מעל גיל 50): "אני מתמקד דווקא במניעת סרטן המעי הגס, מאחר שזו מחלה שכיחה מאוד, שלכל אחד מאיתנו סיכוי גדול של 6% לחלות בה. כגסטרואנטרולוג האמון על איתור מחלות ממאירות, אשקיע את כל המשאבים בגילוי המוקדם של המחלה הזו, משום שכאן אני יכול לתרום לאוכלוסיה באופן משמעותי. גילוי מוקדם הוא זול מאוד. הטיפול בחור"לים עצמם יקר פי 100, ובשלבים מתקדמים - יקר פי 1,000. כך שגם מהיבט הכלכלי חשיבות הגילוי המוקדם גדולה ביותר".

פרופ' דני צבעוני, נשיא האיגוד הקרדיולוגי ומנהל המחלקה הקרדיולוגית במרכז הרפואי שערי צדק בירושלים, משוכנע שרפואה מונעת מתחילה הרבה לפני בדיקות הסקר: "עוד לפני שמסננים מי נמצא בסיכון גבוה ומי בסיכון נמוך

- ישנן כמה פעולות שאם כל האוכלוסיה תבצע אותן, תפחת התחלואה והתמותה ממחלות לב בעשרות אחוזים - כארבע שעות של פעילות גופנית מתונה וסדירה לאורך השבוע, שמירה על משקל מתאים והפסקת עישון. שלוש הפעולות הללו יפחיתו את שיעור כל מחלות כלי הדם - לחץ דם, התקפי לב, אירועים מוחיים - בשיעור כה גבוה, שתהיה לו השפעה אדירה על התחלור

אה והתמותה בישראל. בארץ מתים מדי שנה 15-20 אלף איש ממחלות לב. ניתן להציל מדי שנה כ-4,500 מהם, אם האוכלוסיה תקפיד על שלוש הפעולות שצינתי. כך שהסברה לבדה יכולה לחולל פלאים. גם אם נחולל ירידה של 15% בלבד, נציל לא פחות מ-2,000 איש. מכאן, שנדרשת בעיקר הסברה, ואולי גם כמה מתקני הליכה שהרשויות המקומיות יכולות לארגן".

פרופ' צבעוני מאמין, שחינוך לרפואה מונעת זקוק לשופר נאמן: "ניתן כיום להגיע לכל בית בישראל על ידי אמצעי התקשורת. מחובתה של רשות השידור להקצות זמן שידור לרווחת הציבור. הייתי שמח לו חלק מהזמן הזה היה מוקדש למניעת מחלות לב וכלי דם, מכיוון שכך תוכל להימנע תמותה רבה יותר מכל תחום אחר. אם רוצים לרכז מאמצים, יש לפנות לאנשים שנמצאים בדרגת סיכון גבוהה, אלה שיש אצלם סיפור משפחתי של מחלת לב בגיל צעיר (אב/אם/אח/אחות שחלו מתחת לגיל 50), מעשנים או בעלי לחץ דם גבוה או בעלי רמת שומנים גבוהה, או בעלי עודף משקל, או חולי סוכרת. מי שנמצא

פרופ' חוה שבנקין

"אנחנו עושים עבודה סיזיפית ומתסכלת מאוד, אבל אי אפשר להאשים אותנו שאנחנו לא עושים. אם לאדם עצמו לא אכפת מבריאותו, מה אני יכולה לעשות חוץ מלטפל במחלות שגרמה לו התנהגותו הלקויה?"





פרופ' ירון ניב

"אני מתמקד במניעת סרטן המעי הגס, מאחר שזו מחלה שכיחה מאוד, שלכל אחד מאיתנו סיכוי גדול של 6% לחלות בה. אשקיע את כל המשאבים בגילוי המוקדם, משום שכאן אני יכול לתרום לאוכלוסייה באופן משמעותי"

יכול להיות בשלב מוקדם מאוד, שבו תוחלת החיים ארוכה מאוד, אם מקבלים טיפול נכון. "מדובר על מניעה משנית, כי המחלה כבר הופיעה. אנו מכירים היטב את מהלך המחלה ויודעים לקטוע אותה. זה שונה ממניעה ראשונית, שפירושה יצירת מניפולציות תזונתיות שיש בכוחן למנוע את הופעת הפוליפ. למשל, להקפיד על דיאטה עשירה בסידן, בחומצה פולית ובסלניום, לאכול הרבה מאוד ירקות ופירות, ומה שפחות בשר ושומן. אלה צריכות להיות המלצות. דבר נוסף ידוע כיום והוא שניתן לבצע טיפול תרופתי מונע – ליטול אספירין ותרופות אחרות מאותה קבוצה כטיפול קבוע המונע התפתחות של סרטן המעי הגס. כל רופא יכול כיום, וצריך, לתפור לכל פצינט את הטיפול לפי מידותיו. אך בארץ אנו מוגבלים באפשרויות מבחינת סל השי"רותים".

התסכול של פרופ' ניב מובן לאור העובדה, שהוא עצמו היה שותף לגיבושן של ההנחיות לביצוע בדיקות הסקר לגילוי המעי הגס: "למעט הכללת בדיקת דם סמוי בצואה בסל שירותי הבריאות, אנו לא רואים עדיין היענות גדולה", מלין פרופ' ניב, "כי המסרים לא מועברים לציבור באופן רציני על ידי רופאי המשפחה. קופות החו"ל לים למעשה מחויבות כיום לבצע לכל אדם בן 50 ומעלה בדיקה כזו, וזה קורה חלקית בלבד. אין תעמולה מספקת, אין דחיפה. יש מנגנונים לבצע, יש בדיקות – אבל זה לא קורה, ואנו גם לא ערוכים לכן מבחינת כוח אדם. גם אם יבצעו לכל האוכלוסייה הרלוונטית יחד את הבדיקה, מספר התוצאות החיוביות יהיה כה גדול, שאיננו ערוכים להמשיך בבדיקה: לבצע קולונוסקופיות לכו"ל, וכן הלאה. כך שיש כאן אלמנט כלכלי רציני ביותר".

פרופ' ניב מפנה את האחריות למשרד הבריאות: "הנחיות המשרד מחייבות בכל נושא, וגם כאן. אם משרד הבריאות יוציא הנחיות ברורות

< המשך בעמוד הבא >

"אין לי ספק שהמודעות גבוהה, שהכוונות טובות, שהידע והיכולת קיימים". אומר פרופ' ביטרמן. "המצב הקיים הוא ביטוי של קריסת המערכת, שמתבטאת בעומסים ובמשך הזמן המוקדש לטיפול בחולים. העלויות של העדר רפואה מונעת הן עצומות. בטווח הרחוק, המדינה תצטרך להכריח את מערכת הבריאות לעסוק יותר ברפואה מונעת מתוך שיקול כלכלי לאומי צר, לא רק בגלל רווחת האזרחים אלא גם משי"ר קולי עלות-תועלת".

"לא ערוכים"

גם פרופ' ניב, מתחום הגסטרואנטרולוגיה, סבור שהעיסוק ברפואה מונעת בישראל הוא מוגבל ורחוק מלהניח את הדעת: "כדי לגלות מוקדם את סרטן המעי הגס, אנו נוקטים שיטות אבחנתיות. כוח המשימה האמריקני שמונה לנושא זה המליץ על ארבע שיטות אפשריות: בדיקת צואה לדם סמוי בגיל 50-74, סיגמואירי דוסקופיה (הדמיית החלק השמאלי של המעי הגס) אחת לשלוש-חמש שנים, שילוב של שתי הן, או קולונוסקופיה שלמה אחת לעשר שנים בגילאים 50-74. כיום, בארצות-הברית, כל אדם שמגיע לגיל 50 הולך לרופא המשפחה שלו ומת-יעץ איתו באיזו שיטה לבחור: בחירתו תחייב אותו עד גיל 74.

"ומה קורה אצלנו? משרד הבריאות החליט שכל השירותים יכלול רק בדיקת צואה לדם סמוי לאוכלוסייה הנמצאת בסיכון ממוצע, והוא אינו מאפשר לרופא או לחולה לבחור בכל שיטה אחרת. לחולים בסיכון גבוה מאשרים קולונוסקרפיה שלמה ומלאה. חשוב להבין שהסרטן מתפתח בתוך פוליפ, שהוא גידול שפיר. אם מאבחנים כבר בשלב הפוליפ ניתן למנוע את התפתחות הסרטן, וזה היתרון של סרטן המעי הגס על פני מחלות רבות אחרות: יש תקופת חסד של שמונה עד עשר שנים, המאפשרת לבצע גילוי מוקדם. גם אם איחרנו, והאדם כבר חלה, זה

בסיכון גבוה הרבה יותר הם אלה שאצלם מתקיימת שילוב של כמה גורמי סיכון.

"שיחה קצרה עם רופא או אפילו בירור בינו לבין עצמו יכולים לסייע לכל אדם למקם את רמת הסיכון שלו ולפנות על פיה לרופא, שיקבע אם עליו לבצע בדיקת מאמץ והערכת שומנים. גבר בן 40, למשל, שאביו לקה בלבו בגיל 50, והוא עצמו מעשן ובעל משקל עודף, צריך לבדוק את רמת השומנים שלו; כי אם היא גבוהה, היא תצטרף לשאר גורמי הסיכון שיש לו, והוא יהיה בגדר פצצה מתקתקת. חשיבה עצמית והיוועצות ברופא, המצויד בטבלאות של רמות סיכון, עשויה ות להציל אלפי חיים בישראל מדי שנה".

"תמונה עגומה"

"רפואה מונעת חייבת לכלול מגוון התנהגויות של הצוות הרפואי ושל קהל המטופלים, וזאת בכמה מישורים", מסביר פרופ' אליעזר שלו, יו"ר האיגוד הישראלי לגינקולוגיה ומיילדות, ומנהל מערך רפואת הנשים והמיילדות בבית החולים הענק בעפולה. "בעת הריון אפשר לנסות ולמנוע התפתחות של מומים במערכת העצבים המרכזית של העובר על ידי מתן חומצה פולית לאם לפני ההריון ובמהלכו – אך אין בכך די, כי למרות זאת אפשר להחמיץ בעיות נוספות. רפואה מונעת מתבטאת גם בחינוך לתזונה נכונה, בדאגה לכך שהמוסדות האחראים לבריאות הציבור יפעלו לכלול פלואור במים, חומצה פולית בלחם וכדו"מ, כדי שהמרכיבים הללו יהיו חלק מהתזונה של כלונו. זו גישה כוללת שבה צריך לקחת חלק גם הציבור, שעליו להבין את המשמעות של הרפואה המונעת".

האם מתקיימת בישראל רפואה מונעת? פרופ' ביטרמן סבור שכן, אם כי באופן חלקי ביותר וללא מחשבה לעתיד: "אחד הסממנים המובהקים להידרדרות מערכת הבריאות היא העובדה שאין עיסוק מסודר, קפדני, ממוסד ומחייב ברפואה מונעת. לא שלא נעשה כלום. הרבה דברים נעשים: יש מרכזים לרפואת הקהילה ששולחים בדיקות צואה לדם סמוי, יש הרבה רופאים טובים שמצליחים לעסוק בכך במידה כזאת או אחרת.

"גם הרופא הפנימי בבית החולים עוסק בכך לעתים קרובות, אלא שהוא פוגש רק חלק קטן מהאוכלוסייה, וגם במקרים אלה – בסיטואציה חריפה, במהלך אשפוז קצר מאוד. לכן, גם מערכת האשפוז אינה מוסיפה באורח משמעותי למאמץ הראוי לרפואה מונעת ולקידום בריאות. במבט על המערכת כולה ועל מה שהאזרח הממוצע מקבל, התמונה לדעתי עגומה ומתבטאת בסקר ברוקדייל.



פרופ' יחזקאל ביטרמן

"העלויות של העדר רפואה מונעת הן עצומות. בטווח הרחוק, המדינה תצטרך להכריח את מערכת הבריאות לעסוק יותר ברפואה מונעת מתוך שיקול כלכלי לאומי צר, לא רק בגלל רווחת האזרחים, אלא גם משיקולי עלות-תועלת"



צו מניעה

< המשך מעמוד קודם >

ומפורשות, אך גם ידאג לאכוף אותן ולוודא שהן מתבצעות, הדברים יתבצעו. משרד הבריאות הוא הריבון, הוא המייצג את המדיניות הרפואית, והוא המבצע אותה."

"לחנך רופאים"

גם בתחום הקרדיולוגיה המצב איננו מזהיר, וזאת בלשון המעטה: "עד לאחרונה כמעט שלא היתה רפואה מונעת בתחום הקרדיולוגיה", אומר פרופ' צבעוני. "היום גם האיגוד הקרדיולוגי מפעיל מערכות הסברה, שכוללות פעילויות, אירועים והרצאות, ומנסה להעביר מערכי שיעור לתלמידים, ודרכם - אל ההורים. חשוב לציין שכל קופות החולים מכניסות כיום לשימוש תוכנה שמעריכה את דרגת הסיכון של כל מטופל. אנו מקווים שבתוך פרק זמן לא רב אדם יגיע לרופא, והמחשב יחייב את הרופא לשאול אותו את השאלות הבסיסיות הנוגעות לשמירה על בריאותו התקינה."

אך גם פרופ' צבעוני מודה שעוד רבה הדרך: "אנחנו עדיין רחוקים מהטמעה מלאה. צריך להסביר לאנשים כמה חשוב לצעוד ארבע שעות בשבוע, לאכול נכון ולחדול מעישון. אני מאמין שבסופו של דבר תהיה לכך השפעה גדולה מאוד. תפקידנו כיום הוא גם לחנך את הרופאים, ואני שמח שקופות החולים משתפות פעולה בנושא זה. אני בטוח שיהיו תוכניות לטיפול כבר אצל רופא המשפחה. חייבים לצרף לרופאים כוח עזר, שיראיין את החולה ויסביר לו איך ניתן לשפר את

התפריט שלו ללא מאמצים גדולים. אפשר להר- אות לכל אדם איך הוא יכול לצעוד בסביבתו הקרובה. כבר בימים אלה אנו מבצעים פרויקט יחד עם קק"ל לסימון שבילי הליכה, כדי שלא יהיה יישוב במדינה שלא יהיה בו סימון שבילים. "הרי מי שנפגעים ממחלות לב הם לא רק בני ה-80 ומעלה. הרבה צעירים מוגבלים מפני שלקו בלבם בגיל צעיר. זו מחלה שתוקפת את כל שכבות הגיל וגורמת הפסדים כלכליים אדירים בסדרי גודל של מיליארדי שקלים. לכן יש אינט- רס כלכלי עצום להשקיע משאבים במניעה, כי התשואה תהיה גדולה לאין ערוך."

אך לעומת האינטרס הכלכלי של המשק ניצב האינטרנס הכלכלי קצר המועד של קופות החו- לים: "קופות החולים לא מוכנות להשקיע כיום כסף, כדי שבעוד חמש שנים יהיו פחות חולי לב", אומר פרופ' צבעוני. "כל קופה צריכה להראות שברבעון הנוכחי היא מוציאה פחות כסף. לכן, אם יציעו לה לפתוח הדרכות לאכילה נכונה - מבחינת הקופה זו הוצאה שלא תיראה משתלמת בטווח הקרוב. קופות החולים מטפלות בחולים ולא רואות בבריאות העם את תפקידן. איגוד הקרדיולוגים מקים עכשיו גוף שייקרא 'אזרחים למען בריאות הלב' ויעסוק בהסברה לציבור הרחב."

פרופ' צבעוני מלא רעיונות כריזמטי לקידום הנושא הקרוב ללבו: "מדי שבוע מדווחים בכלי התקשורת על מספר ההרוגים בתאונות דרכים. אם ייתנו לי אותו הזמן למנות את שמות 70 הנפטרים מהתקפי לב, האוכלוסיה תיבהל - ואני שים ישנו את הרגלי חייהם. אני מקווה מאוד שמישהו באמצעי התקשורת יסכים לשתף איתנו פעולה."

"מאבק תמידי"

בתחום הגינקולוגיה והמיילדות, סבור

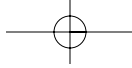
פרופ' אליעזר שלו שהמצב משביע רצון, אם כי חסר איזון: "במדינת ישראל יש שני קצוות. במגזרים מסוימים מתקיימת פחות רפואה מונעת מהנדרש, ובמגזרים אחרים יש עשיית יתר, שגם היא עלולה להזיק. בחלק מיישובי המגזר הערבי אין מספיק חינוך ותמיכה, ואין די רופאים. מצד שני, מגזרים מסוימים מגזי- מים בביצוע בדיקות בהריון, שתועלתן מוטלת בספק ואין היגיון רפואי בביצוען. חשוב להבין שבתחום המקצועי שבו אני עוסק מתקיימת רפואה מונעת גם בטיפול תרופתי. במרפאות לבריאות המשפחה יושבות אחיות, שמעוררות בנושאים הללו והוכשרו להסביר לפציינטיות לבצע בדיקות סינון, כגון העמסת סוכר, ולתת טיפולים מתאימים: חומצה פולית, תוספת ברזל וכו'. בסך הכל, אני שבע רצון מהמצב ונותן לו ציון של 7.5-8 מתוך 10."

נראה, שכל המומחים תמימי דעים לגבי העובדה שרופאי המשפחה הם הפוגשים בפציינ- טים, יותר מכל רופא אחר, בשלבים שבהם הוא בריא ולא בהכרח חולה שנוק לטיפול. רופאת המשפחה פרופ' חוה טבנקין נשמעת עייפה מהצורך לשים לחולים "מטפלת", כהג- דרתה: "אחת הפעולות החשובות ביותר למנוע מחלות בישראל היא לא לעשן, ואת זה אנשים לא צריכים שהרופא יגיד להם. אנחנו צריכים להיאבק בחולים שאפילו כועסים, כשאנחנו

פרופ' דני צבעוני

"כל הקופות מכניסות לשימוש תוכנה להערכת הסיכון של כל מטופל בתחום הקרדיולוגיה. אנו מקווים שבתוך פרק זמן לא רב המחשב יחייב את הרופא לשאול את המטופל את השאלות הבסיסיות הנוגעות לשמירה על בריאותו התקינה"





אים באחריותו ועובדים במרפאות רפואת משפחה מתלוננים על כך שבשש עד עשר דקות המוקדשות לחולה הם מטפלים כמעט אך ורק ברפואה החריפה, ובמידה מסוימת גם במעקב אחר מחלות כרוניות קשות – ואינם מספיקים להגיע לטיפול באוכלוסייה הבריאה הנמצאת תחת חסותם.

מחקר שערכו פרופ' רויטל גרוס, שולי ברמלי-גרינברג ורונית מצליח ממכון ברוקדייל, שבדק את דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות בשנת 2003 והשווה אותה לשנים קודמות, מעלה כי "שיעור נמוך מהמראו" יינים דיווחו שהרופא שאל אותם או שוחח איתם על נושאים הקשורים לקידום הבריאות". נושאי השיחות שבהם דנו המטופלים עם הרופא היו תזונה נכונה (37%), פעילות גופנית (33%), חיסון נגד שפעת (28%), עישון (22%), צריכת סידן (23%).

לאור דברי המרואיינים לעיל, אין ספק שהמכ"שולים העומדים בדרכו של הרופא – ויהא זה הרופא הסבלני והחרוץ ביותר – מקשים עליו בביצוע המשימה. בין אם מדובר בקוצר זמן, בשחיקה, בתסכול, בחוסר שיתוף פעולה מצד המטופל או במשאבים דלים ובהעדר תשתיות מספקות – נראה שמדינת ישראל עדיין מודששת מאחור בכל הקשור לרפואה מונעת במובן הרחב, הכולל והרציני של המושג.

במבוא להמלצות כוח המשימה הישראלי לעניין זה נכתב: "מודעים אנו לכך שקיימים קשיים רבים ליישום רפואה מונעת במסגרת הרפואה הראשונית... כדי לסייע להתגבר על חלק מהגורמים המעכבים צורפו המלצות ליישום ההנ"חיות". ההמלצות המפורטות הן מסמך-עזר קצר וממצה, המאפשר לכל רופא ללמוד כיצד לזום ולתכנן באופן הדרגתי פעולות מניעתיות בקרב קהל מטופליו, ולנצל באופן מיטבי את התשתיות הפיזיות והטכנולוגיות העומדות לרשותו. משימה בהחלט לא קלה, אבל אפשרית. ♦

רופא משפחה נתקל ב'תאמין לי דוקטור, אני לא אוכל שום דבר'. אני תמיד עונה: 'מהשום דבר הזה תוריד חצי'".

פרופ' טבנקין מתייחסת גם לפעילות גוף-נית, למתח נפשי, לחשיפה לשמש ולסיכונים הסמים, האלכוהול ותאונות הדרכים. היא מאמינה שעבודת הרופא היא מחנכת, ומדברת בצער על מה שהיא מכנה "האשליה הגדולה". לדבריה, "המערכת הרפואית מציגה עצמה כמרפאה מחלות, אבל אנחנו מרפאים רק את המחלות הזיהומיות, ולא את כולן. סוכרת, יתר לחץ דם ומחלות לב – אנחנו לא מרפאים, רק מטפלים בהן. לחינוך יש בכך חלק גדול. 20% מרופאי המשפחה עוסקים באופן קבוע ומתי-מיד ברפואה מונעת. חלק אחר עוסק בכך לחי-לופין. אנחנו תלויים לא אחת בחולים, והה-שפעה שלנו היא בעירבון מוגבל, כי הציבור בישראל בטוח ש'לו זה לא יקרה'.

"אנחנו עושים עבודה סיופית ומתסכלת מאוד, אבל אי-אפשר להאשים אותנו שאנחנו לא עושים. וככל שאני צוברת יותר ניסיון, אני שואלת את עצמי מדוע לדבר יותר מפעם או פעמיים. זה ממש סינדרום המטפלת; אם לאדם עצמו לא אכפת מבריאותו, מה אני יכולה לעשות חוץ מלטפל במחלות שגרמה לו התנהגותו הלקר-יה? לו היה מסר חד-משמעי, כמו במדינות שבהן לא משתילים לב לאנשים מעשנים, אולי אנשים היו נרתעים מלעשן".

"המלצות ליישום"

אחת המכשלות הקבועות בדרכו של רופא המבקש לעסוק ברפואה מונעת היא הקצבת הזמן הדחוק לכל מטופל ומטופל. פרופ' טבנקין קובלת על כך ש"עשר דקות לחולה, זה לא מספיק. צריך היה לעשות ממוצע אחר, ומגיל 40 לתת רבע שעה למטופל".

גם פרופ' ביטרמן מספר שהרופאים הנמצ-



מסבירים להם שהעישון גורם לכ-30 מחלות. זה מאבק תמידי, שצריך להתחיל אצל רופא הילדים: הרי מתחילים לעשן בגיל 11-12. לדאבוני, עישון לא הוכרז כמחלה, אלא כגורם סיכון. לכן החולה אומר לי: 'אל תבלבל את המוח, באתי בגלל שכואב לי הגרון'. הרי הפסקת עישון תפחית שלישי מכמות המחלות, ולא צריך להיות רופא כדי להבין את זה. אבל עד גיל 50 כולם בטוחים שיחיו לנצח. לגבי חלקם זה כבר מאוחר מדי, והנזק הוא בלתי הפיך, ואז הרפואה רק ממזערת נזקים ולא מונעת אותם".

מלבד הפסקת העישון, מונה פרופ' טבנקין עוד נושאי בריאות קרדינליים שהיא מנסה להבהיר למטופליה שוב ושוב: "כולם יודעים כמה חשוב לאכול נכון, ועדיין רשתות המזון המהיר לא סגרו שום סניף. מה לעשות שכלל שהאוכל גרוע יותר מבחינה תזונתית, הוא יותר טעים? שלישי מהאנשים סובלים מהשמ-נת יתר, הנובעת מאכילת כמות גדולה מדי מול הוצאת אנרגיה קטנה מדי. מה הרופא יכול לעשות – לסגור לאנשים בכוח את הפה? להצ-מיד אקדח לרקתם כדי שיעסקו בפעילות גוף-נית? יש לנו השפעה, אך היא מוגבלת ותלויה באופי של המטופלים. ומה יעשה רופא שהוא שמן בעצמו? כמה הוא יכול להוות דוגמה לחו-לה? ויש מטופלים שנופגעים מעצם השיחה. כל

פרופ' אליעזר שלו

"במגזרים מסוימים מתקיימת פחות רפואה מונעת מהנדרש, ובמגזרים אחרים יש עשיית יתר, שגם היא עלולה להזיק. בחלק מיישובי המגזר הערבי אין די רופאים. מצד שני, מגזרים מסוימים מגזימים בביצוע בדיקות בהריון"

