

משרד הבריאות

מצב הבריאות בישראל 2010



המרכז הלאומי לבקרת מחלות

פרסום 333

אוגוסט 2011

משרד הבריאות

מצב הבריאות בישראל 2010



המרכז הלאומי לבקרת מחלות

<p>חברי המערכת</p> <p>פרופ' תמי שוחט ד"ר ליטל קינן-בוקר אניקה יפרח לי סבר ד"ר מיכל ברומברג</p>	<p>ראש המרכז הלאומי לבקרת מחלות סגנית ראש המרכז הלאומי לבקרת מחלות ראש יחידת פרסומים יחידת פרסומים ראש יחידת ניטור תחלואה חריגה</p>
<p>הכנה וכתובה</p> <p>לי סבר אניקה יפרח</p> <p>אילונה אוגורצב ד"ר הדר ארדיטי שרון בלאו ד"ר טלי בראון ד"ר מיכל ברומברג ד"ר אחמד כבהא ד"ר מרדכי מרק וואסף נעמנה ד"ר מיכל פרי מרקוביץ זלמן קאופמן</p>	<p>עובדי המרכז הלאומי לבקרת מחלות</p>
<p>עיבוד נתונים</p> <p>ריטה דיכטיאר יוליה בליודניקוב אילונה אוגורצב</p>	
<p>הפקה</p> <p>רחל הופר</p>	
<p>גרפיקה ודפוס</p> <p>שוקי הראל</p>	<p>Active Design</p>
<p>המרכז הלאומי לבקרת מחלות (ICDC) בניין מכון גרטנר, המרכז הרפואי שיבא תל השומר 52621 טל: 03-7371500 דואר אלקטרוני: icdc@icdc.health.gov.il</p>	

תוכן עניינים

7	תודות
9	דבר סגן שר הבריאות
11	דבר מנכ"ל משרד הבריאות
13	הקדמה
15	שיטות ומקורות מידע
27	פרק 1 - מדדי בריאות
29	דמוגרפיה
45	פריון
57	תמותת תינוקות
71	מומים מולדים
91	סיבות מוות עיקריות
115	תוחלת חיים
123	כיסוי חיסוני בילדים
131	פרק 2 - מחלות כרוניות
133	מחלות לב
149	שבץ מוחי
165	סרטן
221	סוכרת
235	אסתמה
245	פרק 3 - מחלות זיהומיות
247	מחלות זיהומיות
277	ניטור מחלת השפעת בישראל
287	אייДС (HIV/AIDS)

295	פרק 4 - גורמי סיכון לתחלואה כרונית
297	יתר לחץ דם
305	רמות גבוהות של כוסלטרול וטריגליצרידים בדם
315	משקל גוף והשמנה
325	פרק 5 - התנהגויות ואורח חיים
327	עישון
347	פעילות גופנית
359	שימוש בסמים ואלכוהול
385	פרק 6 - פגיעות חיצוניות
387	פגיעות
411	התאבדויות וניסיונות התאבדות
423	פרק 7 - בריאות הנפש
439	פרק 8 - בריאות וסביבה
459	פרק 9 - שימוש בשירותי בריאות
473	נספחים
475	נספח - תחלואה ותמותה ממחלות סרטן נבחרות
489	נספח - המלצות תת-הוועדה בנושא הפחתת השימוש במוצרי טבק

ברצוננו להודות מקרב לב לכל אלה שסייעו בהכנת פרסום זה:

ד"ר אמיליה אניס	ציונה חקלאי
מנהלת האגף לאפידמיולוגיה משרד הבריאות	מנהלת תחום מידע שירותי מידע ומחשוב משרד הבריאות
פרופ' שלמה בכר	רינת יופה
מנהל מטה מחקר העמותה למנע התקפי לב	מנהלת המחלקה למידע והערכה משרד הבריאות
ד"ר רחל בר-המבורגר	ג'ני מוסקוביץ
מדענית ראשית הרשות למלחמה בסמים ואלכוהול	היחידה לחקר טראומה ורפואה דחופה מכון גרטנר
ד"ר מיכה ברחנא	ד"ר זוהר מור
מנהל רישום הסרטן הלאומי המרכז הלאומי לבקרת מחלות משרד הבריאות	יועץ ראש שירותי בריאות הציבור לנושא שחפת ואיידס ומנהל התכנית הלאומית למיגור השחפת משרד הבריאות
רוסלן גוסינוב	ד"ר גליה פינסקר
המחלקה לאפידמיולוגיה משרד הבריאות	המחלקה לשחפת ואיידס משרד הבריאות
ד"ר יוסי הראל-פיש	ד"ר קובי פלג
ראש המגמה לסוציולוגיה של בריאות המחלקה לסוציולוגיה ואנתרופולוגיה אוניברסיטת בר אילן	מנהל המרכז הלאומי לחקר טראומה ורפואה דחופה מכון גרטנר
רות וינשטיין	ד"ר לבנה קורדובה
מנהלת המחלקה לחינוך וקידום בריאות משרד הבריאות	האגף לאיכות אוויר ושינוי אקלים המשרד להגנת הסביבה
נועה וינשטיין	אירה רדומיסלנסקי
ביה"ס לבריאות הציבור אוניברסיטת חיפה	היחידה לחקר טראומה ורפואה דחופה מכון גרטנר
זהובית ויקסלבוים	ד"ר אלי רוזנברג
המחלקה לשחפת ואיידס משרד הבריאות	ממונה ארצי - יוזמת "לעתיד בריא 2020" מנהל המחלקה לבריאות העובד משרד הבריאות
פרופ' יואל זלוטוגורה	נעמה רותם
ראש המחלקה לגנטיקה קהילתית משרד הבריאות	ראש תחום בריאות ותנועה טבעית הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה
אמיר זלצברג	
האגף לאיכות אוויר ושינוי אקלים המשרד להגנת הסביבה	

המרכז הלאומי לבקרת מחלות

אנו מודים לכל עמיתנו במלב"ם שסייעו לנו ותרמו מזמנם, מכישוריהם ומהידע המקצועי הרב שלהם בהכנת פרסום זה.

(לפי סדר א-ב).

אורית בלומנפלד

רוית בסל

יפעת וייל

תאנה ענב

יהודית פישלר

ד"ר ענבר צוקר

ד"ר ערן קופל

ד"ר אורלי רומנו זליכה

טל שמעוני

דבר סגן שר הבריאות

דבר סגן שר הבריאות

"מצב הבריאות בישראל 2010" הינו הפרסום החמישי שנכתב ע"י המרכז הלאומי לבקרת מחלות על מצב בריאות האוכלוסייה בישראל. הפרסום מרכז נתונים ממגוון רחב של מקורות ונותן תמונה מקיפה על מצב הבריאות. הטבלאות והתרשימים בפרסום מספקים מידע על מגמות מרכזיות בתחלואה ותמותה בישראל, תוך זיהוי סוגיות מפתח אשר בהן על מערכת הבריאות להתמקד, בכדי לקדם את בריאותה של האוכלוסייה.

הנתונים המוצגים בפרסום מלווים בהסברים מפורטים המסייעים לקורא הבא לפרש את המידע הרב שמוצג. ברוב הפרקים הנתונים מוצגים לפי מין, גיל, וקבוצת אוכלוסייה וזאת בהתאם לדגש הניתן במשרד הבריאות על הרחבת הידע על מצב הבריאות של קבוצות נבחרות העלולות להיות בסיכון מיוחד לתחלואה ותמותה.

סדרת הפרסומים "מצב הבריאות בישראל" היא כלי עזר בידי קובעי מדיניות הבריאות, מתכנני שירותי בריאות ציבוריים וקהילתיים, מנהלי מערכות בריאות, חוקרים, רופאים ואחיות. המידע משמש גם סטודנטים בבתי הספר לרפואה ולבריאות הציבור.

תקוותי היא כי תרומתו החשובה של הספר תבוא לידי מימוש בקשת רחבה של תחומי מחקר, ובעיקר במיקוד תשומת הלב בקבוצות סיכון באוכלוסייה ובהעלאת המודעות למצבי תחלואה ומניעתם. פרסום זה הינו פרי עמל של צוות רב-מקצועי מהמרכז הלאומי לבקרת מחלות. תודתי נתונה לכל מי שעמל בהבאת הפרסום לדפוס, ולאלו העוסקים בקידום בריאות האוכלוסייה בישראל.

הרב יעקב ליצמן

סגן שר הבריאות

דבר מנכ"ל משרד הבריאות

דבר מנכ"ל משרד הבריאות

אני מברך על ההוצאה לאור של הפרסום: "מצב הבריאות בישראל" 2010. תנאי הכרחי להבנת הגורמים המשפיעים על בריאות האוכלוסייה הוא קיום בסיסי מידע תקפים המאפשרים בניית תמונת מצב עדכנית על המחלות השכיחות, סיבות המוות, ושכיחות גורמי הסיכון באוכלוסייה. כדי שנוכל להעריך את מצב בריאותה של אוכלוסיית ישראל, יש צורך בהשוואת נתונים עם מדינות מפותחות אחרות, ובהצגת מגמות בתחלואה ותמותה לאורך זמן. הפרסום "מצב הבריאות בישראל 2010" כולל מידע רחב על הסוגיות המרכזיות בתחומי בריאות הציבור, בהצביעו על מצבי הבריאות האופייניים לקבוצות גיל, למיגדר ולקבוצות האוכלוסייה הגדולות בישראל. הנתונים מלווים בהסברים מפורטים ובתרשימים הנותנים לקורא תמונה מהירה על סוגיית הבריאות בהיבט הזמן ובהשוואה למדינות אחרות בעולם. הפרסום מתייחס למדדי בריאות (כגון: פריון, תמותת תינוקות ותוחלת חיים), לתחלואה ותמותה ממחלות כרוניות (סרטן, מחלות לב, שבץ מוחי, סוכרת ואסתמה), למחלות זיהומיות, לגורמי סיכון לתחלואה כרונית (כגון יתר לחץ דם, רמות גבוהות של כוסטרול בדם והשמנה), להתנהגויות ואורח חיים (עישון, פעילות גופנית, שימוש בסמים ואלכוהול) ולראשונה הפעם גם לבריאות הנפש. בכל הפרקים ניתן דגש על ההשוואה בין יהודים וערבים תוך ציון הפערים בין האוכלוסיות במצבי תחלואה שונים. זאת ברוח יעדי משרד הבריאות לאתר ולטפל במצבי אי שוויון בבריאות. יש מקום בפרסומים הבאים להעמיק ולהרחיב את המידע לגבי קבוצות אוכלוסייה העלולות להימצא בסיכון גבוה לתחלואה אם בגלל הרקע הסוציו-אקונומי שלהן או מיקומן הגיאוגרפי. הפרסום שלפנינו הינו בעל חשיבות רבה ומהווה בסיס מידע לאנשי מערכת הבריאות ולחוקרים ממקצועות הבריאות השונים. פרסום זה והבאים אחריו יוכלו לשמש כלי מרכזי לבחינת ההתקדמות להשגת יעדי המשרד כפי שנקבעו בפרויקט "לעתיד בריא 2020" בתחומי הבריאות השונים. אני מודה לצוות המרכז הלאומי לבקרת מחלות על עבודתם המקצועית והמסורה באיסוף המידע, עיבודו, כתיבתו ועריכתו של פרסום חשוב זה.

פרופ' רוני גמזו

מנכ"ל משרד הבריאות

הקדמה

הפרסום שלפנינו מצטרף לסדרת הפרסומים של המרכז הלאומי לבקרת מחלות (המלב"ם) המסכמים את מצב הבריאות של אוכלוסיית ישראל. הפרסום הראשון היה ב-1997 ומאז יצאו פרסומים עדכניים בשנים 1999, 2003, 2005, ו-2008. הפרסום מציג את נתוני התחלואה והתמותה בדגש על מגמות ותמורות שחלו בעשור האחרון. בכך מתקבלת תמונה מקיפה על הנושאים המרכזיים בבריאות האוכלוסייה.

הפרסום "מצב הבריאות בישראל 2010" מקיף תחומים רבים, כולל: תחלואה ותמותה ממחלות זיהומיות וממחלות כרוניות, התנהגויות הקשורות לבריאות (עישון, פעילות גופנית, השמנה), היפגעות ועוד. הנתונים מוצגים לפי קבוצות אוכלוסייה, לפי מין וגיל. הצגה זאת מאפשרת זיהוי אוכלוסיות עם בעיות בריאות ייחודיות הדורשות התייחסות מכוונת של מערכת הבריאות. כך לדוגמה, שיעורי העישון הגבוהים בקרב גברים ערבים, שיעורי הסוכרת הגבוהים בקרב האוכלוסייה המבוגרת וכד'. בכל פרק שולבו לצד המלל תרשימים וטבלאות המסייעים לקורא לקבל תמונת מצב מהירה באותו נושא. הנתונים המוצגים הינם העדכניים ביותר שהיו זמינים בעת כתיבת הפרסום.

אנו מודעים לכך שבפרסום זה לא כלול מידע על קבוצות מיעוטים אחרות המהוות את כור ההיתוך של החברה הישראלית. זאת עקב העדר נתונים ומידע מקיף על מצבי הבריאות בקבוצות אלו. אנו שואפים לכך שבפרסומים הבאים ינתן יצוג הולם הן לאוכלוסיות אלה והן למידע על מצבי בריאות בחתכים של מצב סוציו-אקונומי, ובכך לשקף את מדיניות משרד הבריאות הדוגלת באיתור מצבי אי שיווין בבריאות ובמאמץ לצמצמם.

הפרסום הינו פרי עבודה קשה ומאומצת של צוות היחידה לפרסומים המרכז הלאומי לבקרת מחלות. תודה מיוחדת שלוחה לצוות זה שעמד בהצלחה רבה במשימה בלוח הזמנים הצפוף. אני מודה גם לעובדי המרכז הלאומי לבקרת מחלות שנרתמו כולם כאחד לסייע בהבאת פרסום זה לדפוס במתכונתו הנוכחית. ברצוני להודות למנכ"ל משרד הבריאות, פרופ' רוני גמזו, על תרומתו היחודית לספר זה, על ההתעניינות הרבה, המעורבות האישית שלו והצעותיו המועילות להצגת הנתונים.

פרופ' תמי שוחט

ראש המרכז הלאומי לבקרת מחלות

משרד הבריאות

שיטות ומקורות מידע

שיטות

בספר זה מוצגים הנתונים בטבלאות ותרשימים, כמספרים מוחלטים, אחוזים, שיעורים ויחסים. הנתונים מוצגים לכלל האוכלוסייה, לפי מין, לפי גיל ולפי קבוצת אוכלוסייה. להלן פירוט ההגדרות והשיטות העיקריות ששימשו להכנת הספר.

1. קבוצת אוכלוסייה

הנתונים בספר זה מוצגים לרוב עבור כלל האוכלוסייה, ועבור שתי קבוצות אוכלוסייה עיקריות: יהודים ואחרים, וערבים. קבוצת ה"ערבים" כוללת מוסלמים, נוצרים ערבים, בדואים ודרוזים. קבוצת ה"אחרים" כוללת נוצרים שאינם ערבים ואזרחים שאינם מסווגים לפי דת במשרד הפנים. האוכלוסייה היהודית מהווה כ-76% מכלל אוכלוסיית ישראל, האוכלוסייה הערבית כ-20%, וה"אחרים" כ-4%. ברוב הפרקים מוצגים הנתונים עבור "אחרים" יחד עם היהודים. בפרק סרטן, בשונה מהפרקים האחרים, הנתונים עבור כלל האוכלוסייה כוללים יהודים, ערבים ואחרים; אך הנתונים לפי קבוצת אוכלוסייה מוצגים ליהודים וערבים בלבד, ללא "אחרים".

2. שיעורים גולמיים

השיעור הגולמי הינו השיעור שבפועל נצפה באוכלוסייה. הוא מחושב לפי מספר המקרים (חולים או נפטרים) חלקי סך כל האוכלוסייה שממנה דווחו החולים או הנפטרים. לעיתים השיעור הגולמי מוצג לפי קבוצת גיל מוגדרת ונקרא השיעור הסגולי (לגיל).

3. שיעורים/אחוזים משוקללים

ממצאים מסקרי אוכלוסייה מוצגים בדרך כלל כשיעורים משוקללים. זאת משום שבאוכלוסיית הסקר (המדגם), התפלגות הגילאים, המינים וקבוצות האוכלוסייה אינה זהה להתפלגותם באוכלוסיית ישראל; ולכן נהוג לעשות "תיקון" או "שקלול", כדי שנתוני הסקר ייצגו כהלכה את האוכלוסייה. בסופו של דבר מתקבל ערך המחושב עפ"י המשקלים היחסיים של קבוצות גיל, מין ואוכלוסייה רלוונטיות, אשר משקף נכונה את הערך האמיתי באוכלוסייה. כך, למשל, נתונים המייצגים את כלל האוכלוסייה מוצגים כשיעורים או אחוזים משוקללים לגיל, למין ולקבוצת אוכלוסייה; נתונים המייצגים גברים ונשים בנפרד מוצגים כשיעורים משוקללים לגיל וקבוצת אוכלוסייה; ונתונים המייצגים קבוצת גיל ספציפית מוצגים כשיעורים משוקללים למין וקבוצת אוכלוסייה.

4. שיעורים מתוקננים לגיל

בהשוואת שיעורי תחלואה או תמותה באוכלוסיות בעלות התפלגות גילאים שונה, כגון יהודים וערבים, נעשה שימוש בשיעורים מתוקננים לגיל, על מנת לנטרל, עד כמה שניתן, את השפעת הגיל על התחלואה והתמותה. בשיטה זו ניתן לחשב את השיעור באוכלוסייה אילו התפלגות הגילאים בה הייתה זהה לאוכלוסיית תקן נבחרת, וכך ניתן להשוות בין אוכלוסיות שונות. יש להדגיש כי השיעור המתוקנן הינו שיעור היפותטי, המשמש לצורך השוואה בלבד, ואין כל משמעות לערך המוחלט שלו. בפרסום זה, כמו ברוב פרסומי המרכז הלאומי לבקרת מחלות, חושבו השיעורים המתוקננים לגיל על פי אוכלוסיית התקן של ישראל בשנת 1983, שהיא שנת מפקד, לצורך השוואות בין האוכלוסייה היהודית לאוכלוסייה הערבית. בהשוואות עם מדינות אירופה נעשה שימוש באוכלוסיית התקן של אירופה. כמו כן, נעשה שימוש באוכלוסיית תקן של העולם להשוואות שיעורים בין ישראל למדינות אחרות מחוץ לאירופה.

5. הצגת נתונים בתרשימים בשיטת "ממוצע נע"

בדרך כלל, בהצגת מגמות רב שנתיות בתרשימים, מופיעים השיעורים המתוקננים עבור כל שנה ושנה. אולם, במחלות מסוימות או בתת-קבוצות מסוימות, מספר המקרים לשנה בודדת הוא קטן, וכתוצאה מכך עלולות להיות תנודות חדות בשיעורים השנתיים, הנובעות משונות מקרית. במצבים אלו נעשה שימוש בשיטת "הממוצע הנע" (Moving average). בשיטה זו חושב אומדן השיעור השנתי על ידי מיצוע השיעורים בשלוש שנים עוקבות: השנה הנדונה, השנה שלפניה והשנה שלאחריה. לדוגמה, השיעור המוערך לשנת 1979 יחושב באמצעות מיצוע השיעורים בשנת 1978, 1979 ו-1980. עבור השנים שבתחילת התקופה ובסופה חושב הממוצע הנע עבור שנתיים - השנה הנדונה וזו שלאחריה או השנה הנדונה וזו שלפניה. שיטה זו מאפשרת הצגת מגמות לאורך השנים תוך הקטנת תנודות שנתיות.

6. הישרדות יחסית

הישרדות יחסית, המוצגת בפרק "סרטן", מוגדרת כיחס בין הסיכוי לחולה סרטן לשרוד בתום תקופת המעקב לבין הסיכוי לאדם בן גילו בכלל האוכלוסייה לשרוד את התקופה. מדד זה מתאר את עודף התמותה בקרב חולים במחלות ממאירות שונות תוך התחשבות בתמותה הכללית הצפויה. למחלות ממאירות, המדד מחושב בדרך כלל ל-5 שנים.

7. כיסוי חיסוני

כיסוי חיסוני הינו מדד בריאות המשקף את היקף השימוש בשירותי הרפואה המונעת ואת מידת ההגנה של האוכלוסייה בפני הדבקות במחלות שנגדן ניתן החיסון. כיסוי חיסוני בילדים אמור להציג את אחוז הילדים בשנתון מסוים שחוסנו מתוך ילידי אותו שנתון; בפועל, הוא מתאר את אחוז הילדים בשנתון שחוסנו מתוך סך הילדים באותו שנתון המוכרים ע"י התחנות לבריאות המשפחה. ילדים שאינם מוכרים בתחנות אינם כלולים בדיווח.

8. BMI

'מדד מסת הגוף' (Body Mass Index) מהווה כלי להערכת מצב משקלו של פרט ביחס לגובהו, לפי ארבע קטגוריות עיקריות: תת-משקל, משקל תקין, עודף משקל והשמנה. ה-BMI מחושב ע"י חלוקת משקל הגוף (בק"ג) בריבוע הגובה (במטרים). על פי ארגון הבריאות העולמי, פרטים בעלי $BMI < 18.5$ נמצאים בתת משקל, אלו בעלי $18.5 \leq BMI < 25$ מוגדרים כבעלי משקל תקין, אלו עם $25 \leq BMI < 30$ מוגדרים כבעלי עודף משקל, ואלו בעלי $BMI \geq 30$ מוגדרים כסובלים מהשמנה.

9. שיעורי פריון

9.1 שיעור פריון כללי

שיעור הפריון הכללי מוגדר כסך כל לידות חי מחולק במספר הנשים בגיל הפריון באוכלוסייה (15-49 שנים).

9.1 שיעור פריון כולל

שיעור הפריון הכולל מתאר את מספר הלידות הממוצע הצפוי לאישה בימי חייה.

9.2 שיעור פריון סגולי

שיעור הפריון הסגולי לגיל מוגדר כמספר לידות חי לנשים בקבוצת גיל מסוימת במהלך שנה, מחולק בסך הנשים באותה קבוצת גיל. השיעור מוצג בדרך כלל ל-1,000 נשים.

10. קו העוני

קו העוני בישראל מוגדר כמחצית ההכנסה הפנויה (ההכנסה הכספית ברוטו, בתוספת תשלומי העברה ובניכוי מסים ישירים (מס הכנסה, דמי ביטוח לאומי ודמי ביטוח בריאות) החציונית של האוכלוסייה. ההכנסה הפנויה משוקללת על-פי מספר הנפשות במשק בית. משק בית שהכנסתו הפנויה נמוכה מקו העוני נחשב למשק בית עני.

11. שיעור תמותת תינוקות

שיעור תמותת תינוקות הינו מדד בין-לאומי המאפשר הערכת מצב בריאות האוכלוסייה. שיעור תמותת התינוקות מוגדר כמספר התינוקות שנפטרו במהלך שנה קלנדרית לפני הגיעם לגיל שנה ("פטירות תינוקות"), חלקי כלל התינוקות שנולדו חיים באותה שנה ("לידות חי"). השיעור מוצג ל-1,000 לידות חי.

12. תוחלת החיים בלידה

תוחלת החיים בלידה מוגדרת כמספר השנים הממוצע אשר צפוי אדם לחיות על בסיס שיעורי התמותה הקיימים בתקופת ההתייחסות. תוחלת החיים משמשת כמדד להשוואת מצבי בריאות של קבוצות אוכלוסייה שונות, בין מדינות ובתוך מדינות. הבדלים בתוחלת החיים משקפים הבדלים במצב הבריאות ובסיכוי לתמותה באוכלוסיות שונות.

מקורות המידע העיקריים

רקע

מקורות המידע לפרסום זה כוללים בסיסי נתונים של סקרי בריאות לאומיים, רישומי מחלות, רישומי אשפוזים ותמותה, דוחות רשמיים, שנתונים סטטיסטיים, מאמרים מדעיים ועוד. בכל פרק מובאים כל מקורות המידע אשר שימשו לכתיבתו בסוף, בסעיף "ביבליוגרפיה".

להלן תיאור מקורות המידע העיקריים בהם נעשה שימוש בפרסום זה. מקורות המידע מופיעים לפי סדר הופעתם בספר.

1. השנתון הסטטיסטי לישראל - הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה

השנתון הסטטיסטי של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה מציג נתונים ברמה לאומית על אוכלוסיית ישראל. נתונים אלו כוללים: נתוני אוכלוסייה, תנועה טבעית, בריאות, חברה ורווחה, השוואות בין-לאומיות ועוד. השנתון היה מקור לנתונים דמוגרפים ונתוני תנועה טבעית לפרקים שונים (כגון דמוגרפיה, פריון, תוחלת חיים, תמותת תינוקות ועוד). כמו כן, נתוני אוכלוסייה מהשנתון משמשים לחישוב שיעורי תחלואה ותמותה, לרבות שיעורים משוקללים למין, גיל וקבוצת אוכלוסייה.

2. European Health for All database - ארגון הבריאות העולמי

מאגר מידע זה הוא קובץ ממוחשב המרכז נתונים על מדינות השייכות לארגון הבריאות העולמי, אזור אירופה. בקובץ מוצגים נתונים על מדדי בריאות עיקריים, תחלואה, פגיעות, תמותה, התנהגויות בריאות, שימוש בשירותי בריאות, היבטים כלכליים של הבריאות ועוד.

שיעורי התמותה המוצגים מתוקננים לאוכלוסיית התקן של אירופה, ושיעורי התחלואה לרוב מוצגים כשיעורים גולמיים. הקובץ שימש להשוואות בין-לאומיות של נתונים מישראל עם נתונים מארצות אירופה, בנושאים כגון כיסוי חיסוני; שיעורי פריון; תמותת תינוקות; ושיעורי תחלואה ותמותה ממחלות שונות (ובניהן סרטן, מחלות לב, שבץ, אסתמה, ומחלות זיהומיות).

3. קשישים בישראל - שנתון סטטיסטי 2008 - מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל-אשל

"קשישים בישראל" הינו שנתון מקיף המציג נתונים שונים על אוכלוסיית בני ה-65 שנים ומעלה בישראל. השנתון כולל מאפיינים דמוגרפיים של אוכלוסיית הקשישים, תוחלת חיים ופטריות, תפיסת מצב הבריאות והתנהגות בריאות, מחלות ומוגבלות, בריאות הנפש ועוד.

4. מימדי העוני והפערים החברתיים - דוח שנתי 2008 - המוסד לביטוח לאומי

דוח העוני והפערים החברתיים מפורסם מידי שנה על ידי המוסד לביטוח לאומי. דוח זה מספק תמונת מצב עדכנית על העוני ואי-השיוויון בחברה בישראל. בספר זה נעשה שימוש בנתונים מהדוח להצגת מצב העוני הן של כלל האוכלוסייה והן של קבוצות סיכון כגון קשישים ומשפחות חד-הוריות.

5. שרותי מידע ומחשוב, תחום מידע, משרד הבריאות

תחום מידע במשרד הבריאות אחראי ושותף בתכנון, הקמה וניהול של מערך מידע מקיף ברמה לאומית. תחום המידע סיפק לפרסום זה, הן באמצעות מענה לשאלות והן באמצעות פרסום, "בריאות בישראל 2010", נתונים בנושאים הכוללים מדדי בריאות, אשפוזים, טיפולים שונים ותמותה.

6. סקר בריאות לאומי בישראל 1-INHIS-2003-2004

סקר בריאות לאומי בישראל 1-INHIS, נערך בשנים 2003-2004 על ידי המרכז הלאומי לבקרת מחלות, כחלק מפרויקט EUROHIS של ארגון הבריאות העולמי (ה-WHO). סקר זה התבסס על מדגם מייצג של 9,509 ישראלים, יהודים וערבים, בני 21 שנים ומעלה, בארבעה מודולים: בריאות נשים, שימוש בשירותי בריאות, מניעה ובריאות הנפש.

7. סקר בריאות לאומי בישראל 2-INHIS-2007-2008

סקר בריאות לאומי בישראל 2-INHIS נערך בשנים 2007-2008 על ידי המרכז הלאומי לבקרת מחלות. סקר זה התבסס על מדגם מייצג של 9,620 ישראלים, יהודים וערבים, בני 21 שנים ומעלה, בארבעה מודולים: בריאות נשים, שימוש בשירותי בריאות, מניעה ובריאות הנפש. בספר זה מוצגים נתונים על כלל אוכלוסיית הסקר מגיל 21 ומעלה, מ-3 מודולים: בריאות נשים, שימוש בשירותי בריאות ומניעה (7,380 נשאים), לפי מין, לפי קבוצת גיל ולפי קבוצת אוכלוסייה. בספר זה, נעשה שימוש בנתונים מסקר 2-INHIS לתאור התנהגויות בריאות שונות (עישון, פעילות גופנית, שתיית אלכוהול) הרגלי ביצוע בדיקות סריקה; תחלואה במחלות כרוניות (כגון מחלות לב, שבץ, סוכרת ואסתמה) והימצאות גורמי סיכון לתחלואה כרונית (יתר לחץ דם, רמת כולסטרול גבוהה בדם, השמנה ועוד).

8. תמותת תינוקות 1997-2004: מאפיינים דמוגרפיים ובריאותיים

"תמותת תינוקות 1997-2004: מאפיינים דמוגרפיים ובריאותיים" הינו פרסום שנכתב ונערך על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה ותחום מידע במשרד הבריאות.

9. דוח תמותת תינוקות וילדים מתחת לגיל 5 בישראל בשנת 2005 - המחלקה לאם לילד

ולמתבגר, משרד הבריאות

דוח תמותת תינוקות וילדים מתחת לגיל 5 בישראל הינו פרסום הנכתב ונערך ע"י המחלקה לאם, לילד ולמתבגר במשרד הבריאות. סיכום הממצאים לשנת 2005 התפרסם בשנת 2006. הפרסום הבא אמור לצאת בקרוב. הדוח כולל נתונים על תמותת תינוקות וילדים עד גיל 5, לפי קבוצת אוכלוסייה ואזורים גיאוגרפיים, תוך פירוט סיבות המוות ומגמות בתמותה. כמו כן מוצגים נתוני פטירה לפי משקל בלידה וגיל.

10. National Center for Health Statistics - Health United States, 2009

"Health United States" הינו ספר הנערך ונכתב על ידי ה-National Center for Health Statistics בארה"ב, מידי שנה. הפרסום מכיל נתונים נרחבים על מדדי בריאות, תחלואה, תמותה, התנהגויות בריאות ושימוש בשירותי בריאות בארצות הברית. בספר זה נעשה שימוש בנתונים מ-Health United States להשוואת מדדי בריאות וחולי בין ישראל לארה"ב.

11. קובץ סיבות המוות - הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה

בקובץ סיבות המוות של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, מוצגים נתוני פטירה לפי סיבת המוות, גיל, מין, קבוצת אוכלוסייה, איזור גיאוגרפי, ישוב ועוד. סיבות המוות נמסרות בהודעות הפטירה שמולאו על ידי רופאים מורשים. הודעות אלו נמסרות ללשכות הבריאות המחוזיות, ומשם למשרד הפנים וללשכה המרכזית לסטטיסטיקה, שם מסווגות סיבות המוות העיקריות ומקודדות על פי סיווג המחלות הבין-לאומי (ICD - International Classification of Diseases). עד שנת 1997 בוצע הקידוד על פי המהדורה התשיעית של ה-ICD (ICD-9), ומשנת 1998 הקידוד הוא על פי ה-ICD-10. יש לציין כי שינויים בהגדרות הקידוד בעת המעבר בין המהדורות עלולים להשפיע על רצף המגמות, ויש לקחת זאת בחשבון. בספר זה נעשה שימוש בנתונים מקובץ סיבות המוות בפרק סיבות המוות, וכן בהצגת נתוני תמותה לפי גיל, מין וקבוצת אוכלוסייה כולל מגמות, עבור מחלות ספציפיות כגון מחלות לב, מחלות כלי דם במוח, מחלות הסרטן, סוכרת, אסתמה, מחלות זיהומיות, פגיעות חיצוניות ועוד.

12. המחלקה לאפידמיולוגיה, שירותי בריאות הציבור, משרד הבריאות

המחלקה לאפידמיולוגיה במשרד הבריאות מרכזת נתונים, מבצעת בקרת איכות לנתונים, מעדכנת את תדריך החיסונים ומפרסמת ממצאים על תחלואה במחלות זיהומיות בישראל. המידע על התחלואה נאסף על פי תקנות הפקודה לבריאות העם, המחייבת דיווח על תחלואה במחלות זיהומיות (מרשימה מוגדרת). הנתונים מתפרסמים בדוחות שבועיים וחודשיים של המחלקה לאפידמיולוגיה ובדוחות תקופתיים מטעם הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. בספר זה נעשה שימוש בלוח חיסוני השגרה הנמצא בתדריך החיסונים. כמו כן, מקורם של כלל הנתונים אודות מחלות זיהומיות הוא במאגר המידע של המחלקה לאפידמיולוגיה, לרבות נתוני תחלואה ותמותה משפעת פנדמית 2009 A/H1N1.

13. סקר בריאות לאומי 2009 - הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה

בשנת 2009 נערך ע"י הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה סקר בריאות ארצי, בו נדגמו קרוב ל-9,000 משקי בית (הכוללים כ-29,000 נפש). הדיווח היה על ידי בן משפחה אחד שדיווח על עצמו וכן על כל דיירי הבית האחרים ("proxy"). בספר זה מופיעים ממצאים לגבי נתוני תחלואה במחלות שונות והתנהגויות בריאות, כפי שדווחו ע"י משתתפי הסקר. הנתונים כוללים תחלואה במחלות לב, שבץ, אסתמה, יתר לחץ דם, עישון, פעילות גופנית ושימוש בשירותי בריאות. הנתונים כולם באדיבות הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.

14. סקר לאומי על תסמונת כלילית חדה בישראל 2008 (ACSIS 2008)

סקר ACSIS (Acute Coronary Syndrome Israeli Survey) נערך ע"י החוג לטיפול נמרץ לב של האיגוד הקרדיולוגי בישראל והעמותה למנע התקפי לב, בשיתוף המרכז הלאומי לבקרת מחלות. הסקר נערך בקרב כל החולים שאושפזו עם אוטם חד בשריר הלב (AMI) או תעוקת חזה בלתי יציבה (UAP) ביחידות לטיפול נמרץ לב ובמחלקות הקרדיולוגיות בבתי חולים בישראל. סקרי ACSIS מתקיימים משנת 2000, אחת לשנתיים, למשך חודשיים (פברואר-מרץ). בספר זה נעשה שימוש בנתונים מסקר ACSIS 2008 לתיאור התפלגות הגילאים וגורמי הסיכון בקרב חולים מאושפזים עם תסמונת כלילית חדה.

15. סקר לאומי בנושא שבץ בישראל 2007 (NASIS 2007)

סקר NASIS (National Acute Stroke Israeli Survey) נערך ע"י איגוד הנוירולוגים בשיתוף המרכז הלאומי לבקרת מחלות. הסקר נערך במשך חודשיים בקרב כל החולים שאושפזו במחלקות נוירולוגיות ובמחלקות פנימיות עקב שבץ מוחי או אירוע איסכמי חולף (TIA). סקרי NASIS מתקיימים משנת 2004, אחת לשלוש שנים.

סקר NASIS 2007 נערך בקרב חולים שאושפזו ב-28 בתי חולים בישראל בחודשים מרץ-אפריל 2007, וכלל 1,993 גברים ונשים עם אבחנה של שבץ. בספר זה נעשה שימוש בנתונים מסקר NASIS לתיאור התפלגות הגילאים, סוג האירוע וגורמי הסיכון בקרב חולים מאושפזים עם שבץ.

16. המרכז הלאומי לבקרת מחלות (מלב"ם), משרד הבריאות

המרכז הלאומי לבקרת מחלות, (Israel Center for Disease Control - ICDC) הוקם במשרד הבריאות בשנת 1994, במטרה להציג לקובעי המדיניות במערכת הבריאות מידע מעודכן בתחומי הבריאות השונים שישמש אותם בקבלת החלטות ובעיצוב מדיניות. המרכז עוסק במגוון רחב של פעילויות בתחומי בריאות שונים, בשיתוף פעולה עם אגפים ומחלקות במשרד הבריאות, המועצות הלאומיות, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, קופות החולים ושירותי רפואה אחרים, ועם חוקרים במכונים ואוניברסיטאות. בפרסום זה נעשה שימוש נרחב במאגרי המידע של המלב"ם, המבוססים על סקרי בריאות ועל רישומי מחלות; כמו כן נעשה שימוש בידע ובכישורים המקצועיים של עובדי המלב"ם, בכתיבה, בעריכה, בעיבוד הנתונים ובבקרה.

17. רישום הסרטן הלאומי, משרד הבריאות

רישום הסרטן הלאומי בישראל הוא רישום מבוסס-אוכלוסייה אשר תפקידו לאסוף נתונים על היארעות מחלות הסרטן בקרב אזרחי מדינת ישראל. הרישום הוקם בשנת 1960, כחלק משירותי בריאות הציבור במשרד הבריאות, והחל משנת 1982 קיימת חובת דיווח על פי "תוספת לתקנות בריאות העם (דיווח ומידע מיוחד על מחלות הסרטן) - תשמ"ב 1982".

משנת 2005 מהווה הרישום חלק מהמרכז הלאומי לבקרת מחלות. המאגר כיום כולל מידע על יותר מ-500,000 חולי סרטן. מקורות הדיווח של רישום הסרטן כוללים בתי חולים, מחלקות לרשומות ולמידע רפואי, מכונים לפתולוגיה ולציטולוגיה, ומכונים לאונקולוגיה ולהמטולוגיה. שלמות הנתונים ברישום הסרטן הלאומי עולה על 95% לגבי גידולים מוצקים.

בספר זה נעשה שימוש בנתונים מרישום הסרטן הלאומי להצגת מידע על היארעות סרטן בכלל האוכלוסייה לפי מין, לפי קבוצת גיל ולפי קבוצת אוכלוסייה. כמו כן, מוצגות מגמות בהיארעות סרטן עבור כלל האתרים, ועבור מחלות סרטן ספציפיות.

נתונים מרישום הסרטן מתפרסמים באתר האינטרנט של משרד הבריאות. יש לציין כי הנתונים מתעדכנים באופן סדיר. בספר זה מוצגים הנתונים שעודכנו עד ספטמבר 2009. יתכן כי לאחר תאריך זה בוצעו שינויים, ולכן הנתונים בספר לא בהכרח זהים לנתונים המתפרסמים באתר. כמו כן, יש לציין כי שיעורים מתוקננים לגיל מחושבים ברישום הסרטן לפי אוכלוסיית התקן העולמית; וזאת בשונה לשיטה בפרסום זה, שלפיה חושבו השיעורים המתוקננים לגיל על פי אוכלוסיית התקן של מדינת ישראל בשנת 1983. לכן, קיים שוני בין ערכי השיעורים המתוקננים לגיל בשני מקורות אלו.

18. סרטן בישראל - מגמות בהיארעות ובתמותה, 1982-2002

הספר "סרטן בישראל - מגמות בהיארעות ובתמותה, 1982-2002", פורסם בשנת 2008 על ידי המרכז הלאומי לבקרת מחלות. הספר מציג מידע מקיף ומפורט אודות מחלות הסרטן השונות בישראל, משנת 1982 ועד שנת 2002 לגבי ההיארעות, ומשנת 1982 עד שנת 2000 לגבי התמותה. בפרסום זה נעשה שימוש בספר "סרטן בישראל" להצגת נתונים אודות תחלואה ותמותה מסרטן.

19. סקר הימצאות אסתמה בתלמידי כיתות ח' בישראל 2008

סקר הימצאות אסתמה בתלמידי כיתות ח' נערך בשנת 2008 על ידי המרכז הלאומי לבקרת מחלות במשרד הבריאות בשיתוף תחום בריאות במשרד החינוך. סקר זה מהווה השלישי בסדרת סקרי אסתמה לאומיים, כאשר הסקרים הקודמים נערכו בשנים 1997 ו-2003. בסקר נבדקו שיעורי האסתמה ומצבים אלרגיים ונבחנו גורמים הקשורים באסתמה בקרב מדגם ארצי מייצג של תלמידי כיתות ח' בישראל, יהודים וערבים. איסוף הנתונים בוצע באמצעות שאלון למילוי עצמי המבוסס על המחקר הבין-לאומי על אסתמה ואלרגיות בילדים (ISAAC). בספר זה נעשה שימוש בנתונים מהסקר להצגת מידע על הימצאות אסתמה ועל שיעורי עישון בקרב בני נוער והוריהם.

20. סקר הימצאות אסתמה בתלמידי כיתות ח' באוכלוסייה הערבית 2009

סקר הימצאות אסתמה בתלמידי כיתות ח' באוכלוסייה הערבית נערך בשנת 2009 על ידי המרכז הלאומי לבקרת מחלות במשרד הבריאות, בשיתוף תחום בריאות במשרד החינוך. הסקר התמקד בבתי ספר השייכים למגזר הערבי בלבד וכלל תלמידים ערבים-מוסלמים, דרוזים ובדואים. בספר זה נעשה שימוש בנתונים מהסקר להצגת מידע על שיעורי המצאות אסתמה ועישון בבני נוער ערבים.

21. סקר ידע עמדות והתנהגות בריאות בישראל 2008-2009

סקר "ידע, עמדות והתנהגות בריאותית" (KAP 2008) נערך על ידי המרכז הלאומי לבקרת מחלות בשיתוף המחלקה לחינוך וקידום בריאות במשרד הבריאות, על מדגם של כ-4,000 תושבים בני 18 ומעלה, יהודים וערבים. מטרת הסקר הינה לספק מידע על ידע, עמדות והתנהגות לגבי מגוון מדדי בריאות, כבסיס לקביעת מדיניות לקידום הבריאות בישראל. במסגרת משרד הבריאות נערך סקר זה אחת לשנתיים, משנת 1998. בספר זה נעשה שימוש בנתונים מהסקר להצגת מידע על הימצאות מחלות כרוניות, על גורמי סיכון לתחלואה כרונית, ועל התנהגויות הקשורות בבריאות, כגון עישון ושתיית אלכוהול.

23. HIV/AIDS בישראל, דוח אפידמיולוגי תקופתי 1981-2008

הדוח התקופתי על HIV/AIDS בישראל מופק מידי שנה על ידי המחלקה לשחפת ואיידס במשרד הבריאות. הדוח כולל נתונים על נשאות של HIV ותחלואה באיידס, כולל מגמות לפי מין וגיל, דרך החשיפה לנגיף ותמותה מהמחלה. בספר זה נעשה שימוש בנתונים מהדוח להצגת מידע על מספר חולי האיידס ונשאי ה-HIV בישראל. כמו כן, סיפקה המחלקה לשחפת ואיידס נתונים עדכניים על היארעות ותמותה מאיידס בישראל.

24. מב"ת צעיר, סקר בריאות ותזונה לאומי ראשון לתלמידי כיתות ז'-יב'

סקר מצב בריאות ותזונה לאומי ראשון לתלמידי כיתות ז'-יב' ("מב"ת צעיר") נערך בשנים 2003-2004 על ידי המרכז הלאומי לבקרת מחלות בשיתוף שירותי המזון והתזונה במשרד הבריאות. יעד הסקר היה ניטור והערכת צריכת המזון, גדילה, תת-תזונה, השמנה, הרגלים ופעילות גופנית בקרב בני 12-18 שנים. אוכלוסיית הסקר כללה 6,274 תלמידי בתי ספר בכיתות ז'-יב', יהודים וערבים. בספר זה נעשה שימוש בנתונים מהסקר להצגת מידע על עודף משקל והשמנה בבני נוער.

25. נוער בישראל: בריאות, רווחה נפשית וחברתית ודפוסי התנהגויות סיכון

הסקר הלאומי הרב-שנתי: "נוער בישראל: בריאות, רווחה נפשית וחברתית ודפוסי התנהגויות סיכון" - HBSC (Health Behaviors in School-Aged Children), נערך בישראל כל ארבע שנים, משנת 1994, במסגרת מחקר רב לאומי של ארגון הבריאות העולמי על התנהגויות בריאות וסיכון בקרב תלמידים. הסקר האחרון, שבוצע בשנת 2006, כלל מדגם ארצי של 6,613 תלמידים בכיתות ו' (2,072 תלמידים), כיתות ח' (2,135 תלמידים) וכיתות י' (2,406 תלמידים), יהודים וערבים. בספר זה נעשה שימוש בנתונים מהסקר להצגת מידע על עישון, ביצוע פעילות גופנית, שתיית אלכוהול ושימוש בסמים, היפגעות וביריונות בבני נוער. הנתונים לגבי סקר זה התקבלו באדיבות הנהלת הסקר באוניברסיטת בר אילן.

26. דוח שר הבריאות על העישון בישראל 2009

על פי חוק חובת דווח בדבר בנזקים הבריאותיים הנגרמים מעישון מוצרי טבק תשנ"א-2000, מוגש לכנסת דוח לאומי (שנתי) על מצב העישון בישראל. בין השנים 2002-2010, הדוח הוכן ונערך על ידי המרכז הלאומי לבקרת מחלות. הדוח כולל פרקים אודות דפוסי העישון בקרב האוכלוסייה הבוגרת, בני נוער, חיילי צה"ל ואוכלוסיות נוספות בישראל, מידע על הגמילה מעישון, על חקיקה ואכיפה, ועל פעילות משרד הבריאות וגופים אחרים בנושא. בספר זה נעשה שימוש בנתונים מדוח שר הבריאות על העישון בישראל לשנת 2009 להצגת מגמות בעישון באוכלוסייה הבוגרת בישראל.

27. השימוש בחומרים פסיכואקטיביים בקרב תושבי ישראל 2009, מחקר אפידמיולוגי VII

מחקר זה הינו השביעי מסוגו המבוצע על ידי הרשות למלחמה בסמים ואלכוהול, במטרה להעריך את השימוש בחומרים פסיכואקטיביים בבני נוער ובוגרים בישראל, לבחון מגמות בשימוש ולאתר קבוצות סיכון. אוכלוסיית המחקר כללה תלמידים בגילאי 12-18 שנים (7,700 תלמידים), מבוגרים בגילאי 18-40 שנים בסקר משקי בית (4,657 בוגרים), ונוער שאינו לומד במסגרות פורמליות בקבוצת הגיל 12-18 שנים (591 בני נוער). בספר זה נעשה שימוש בנתונים מהדוח המסכם להצגת מידע על שימוש בסמים ואלכוהול בבני נוער, בתלמידי בית ספר ובמבוגרים.

28. רישום הטראומה הלאומי, משרד הבריאות

רישום הטראומה הלאומי הוקם בשנת 1995, וכולל (בשנת 2010) 19 בתי חולים. ברישום נכללים נתונים אודות כל החולים שהתאשפזו במרכזים אלו או שנפטרו במחלקה לרפואה דחופה או שהועברו לבית-חולים אחר עקב פציעה. המטרה הכללית של הרישום הינה קידום איכות הטיפול בנפגעי טראומה בישראל. בספר זה נעשה שימוש בנתונים על נפגעי פגיעות מכוונות (אלימות) ובלתי מכוונות (כגון נפילות, כוונות, תאונות דרכים ועוד), ותמותה באשפוז עקב פגיעות, באדיבות הרישום.

29. השנתון הסטטיסטי של משטרת ישראל, 2009

השנתון הסטטיסטי של משטרת ישראל מוכן על ידי מדור מחקר וסטטיסטיקה במחלקת האסטרטגיה של המשטרה. הוא כולל סיכום ועיבוד נתונים בתחום הפשיעה ובתחום תאונות הדרכים. בספר זה נעשה שימוש בנתונים מהשנתון להצגת מידע על אלימות נגד נשים, כולל עבירות מין, אלימות במשפחה ומגמות ברצח נשים על-ידי בני זוג.

30. איגוד מרכזי הסיוע לנפגעות תקיפה מינית ולנפגעי תקיפה מינית בישראל

איגוד מרכזי הסיוע לנפגעות תקיפה מינית ולנפגעי תקיפה מינית בישראל הוקם בשנת 1990, ומשמש כארגון גג של תשעה מרכזי סיוע לנפגעות ונפגעי תקיפה מינית בישראל. מרכזי הסיוע פועלים ברמה הפרטנית בהענקת סיוע נפשי וליווי לנפגעות ונפגעי תקיפה מינית, וברמה המקומית בנושאי חינוך, הסברה וחיזוק הקשר עם הקהילה. בספר זה נעשה שימוש בנתונים המסכמים את מאפייני הפניות למרכזי הסיוע.

31. אובדנות בישראל 2010 - שירותי מידע ומחשוב, תחום מידע, משרד הבריאות

הפרסום "אובדנות בישראל" מציג מידע על היקף ההתאבדויות וניסיונות ההתאבדות בקרב תושבי ישראל, במטרה לסייע לקובעי המדיניות והמטפלים בהכנת תוכניות התערבות מתאימות. הפרסום כולל נתוני התאבדות לשנים 1987-2007, וניסיונות התאבדות לשנים 1999-2008. המידע על התאבדויות מבוסס על קובץ סיבות המוות, והמידע על ניסיונות התאבדות מבוסס על פניות עקב ניסיונות התאבדות למחלקות לרפואה דחופה בבתי החולים לאשפוז כללי. בספר זה נעשה שימוש בנתונים להצגת מידע על התאבדויות וניסיונות התאבדות לפי מין, גיל וקבוצת אוכלוסייה.

32. מומים מולדים 2001-2005, סיכום נתונים - המחלקה לאם לילד ולמתבגר

המחלקה לאם לילד ולמתבגר מרכזת, בשיתוף עם המחלקה לגנטיקה קהילתית, מידע על לידות חי עם מומים מולדים מבתי החולים בארץ, כאשר סיכום הנתונים מועבר ללשכה המרכזית לסטטיסטיקה להמשך רישום. הדוח "מומים מולדים 2001-2005 פורסם בשנת 2007, וכולל נתונים נבחרים על מומים מולדים בשנים 2004-2005, וסיכום השוואתי של נתונים על מומים מולדים שדווחו בשנים 2001-2005. בספר זה נעשה שימוש בנתונים מהדוח להצגת שיעורי מומים מולדים בישראל, לרבות מגמות בשיעורים אלו.

דמוגרפיה

פריון

תמותת תינוקות

מומים מולדים

סיבות מוות עיקריות

תוחלת חיים

כיסוי חיסוני בילדים

נקודות עיקריות

גודל האוכלוסייה

- בסוף שנת 2008 מנתה אוכלוסיית ישראל כ-7,373,900 נפשות - 5,569,200 יהודים, 1,487,600 ערבים ו-317,100 "אחרים" (נוצרים שאינם ערבים ואזרחים שאינם מסווגים לפי דת במשרד הפנים).
- מאז הקמת המדינה בשנת 1948 ועד סוף שנת 2008 גדלה אוכלוסיית ישראל פי 8.4.

התפלגות גילאים ומינים

- בשנת 2008, 28.4% מהאוכלוסייה היו מתחת לגיל 14, בעוד שבמדינות אירופה קבוצת גיל זו קטנה בהרבה.
- בשנת 2008, 11.3% מהיהודים ו-3.5% מהערבים היו בני 65 שנים ומעלה.
- בשנת 2008, היחס בין גברים לנשים היה 0.92 ביהודים ו-1.04 בערבים.
- חלקם של בני 65 שנים ומעלה באוכלוסיית ישראל נמוך יחסית למדינות אירופה ולארצות הברית.

מגמות

- אוכלוסיית ישראל מזדקנת בקצב מהיר. אחוז הילדים בני 0-4 שנים מכלל האוכלוסייה ירד מ-14.2% ב-1955 ל-10.2% ב-2008. במקביל, שיעור האוכלוסייה המבוגרת (בני 65 שנים ומעלה) עלה מ-4.7% ב-1955 ל-9.7% ב-2008.

התפלגות המוצא

- בשנת 2008, 70.3% מאוכלוסיית היהודים בישראל היו ילידי הארץ; 35% מוצאם מארצות אירופה ואמריקה, 15.6% מוצאם מאפריקה ו-12.3% מוצאם מאסיה.
- בשנת 2008, יוצאי מדינות חבר העמים היוו 16.7% מהאוכלוסייה (923,600 איש) ויוצאי אתיופיה היוו בשנה זו 1.9% מהאוכלוסייה (106,900 איש).
- בשנת 2008, היו באוכלוסייה הערבית 83.5% מוסלמים, 8.3% ערבים-נוצרים, ו-8.2% דרוזים.

מדדים חברתיים-כלכליים

- רמת ההשכלה בישראל נמצאת במגמת עלייה. בשני המינים, ביהודים ובערבים, נצפית ירידה בשיעור בעלי השכלה תיכונית בלבד ועלייה בבעלי השכלה על-תיכונית.
- בשנת 2008, אחוז הגברים בעלי השכלה על-תיכונית היה 41.8%, ואחוז הנשים היה 44%.
- על פי דוח העוני השנתי של המוסד לביטוח לאומי, בשנת 2008:
 - 420,100 משפחות היו מתחת לקו העוני, המהוות 19.9% מכלל המשפחות בישראל (15.3% מהמשפחות היהודיות ו-49.4% מהמשפחות הערביות).
 - 22.7% מכלל האוכלוסייה המבוגרת (בני 65 שנים ומעלה) נמצאו מתחת לקו העוני.
 - 28.8% מהמשפחות החד-הוריות נמצאו מתחת לקו העוני.
- אחוז האבטלה בישראל בשנת 2008 היה 6.1%.

1. הגדרת האוכלוסייה

על פי השנתון הסטטיסטי לישראל לשנת 2009, האוכלוסייה מוגדרת על בסיס "...האוכלוסייה הקבועה (דה יורה), והיא כוללת תושבים קבועים בעלי אזרחות ישראלית ותושבי קבע ללא אזרחות ישראלית... הגרים בשטח מדינת ישראל וביישובים היהודיים באזור יהודה והשומרון". חשוב לציין כי אומדני האוכלוסייה כפי שמוצגים בשנתון הסטטיסטי לישראל אינם כוללים את אוכלוסיית העובדים הזרים, המהגרים הבלתי חוקיים והפליטים (כ-222 אלף נפש, נתוני 2008)⁽¹⁾.

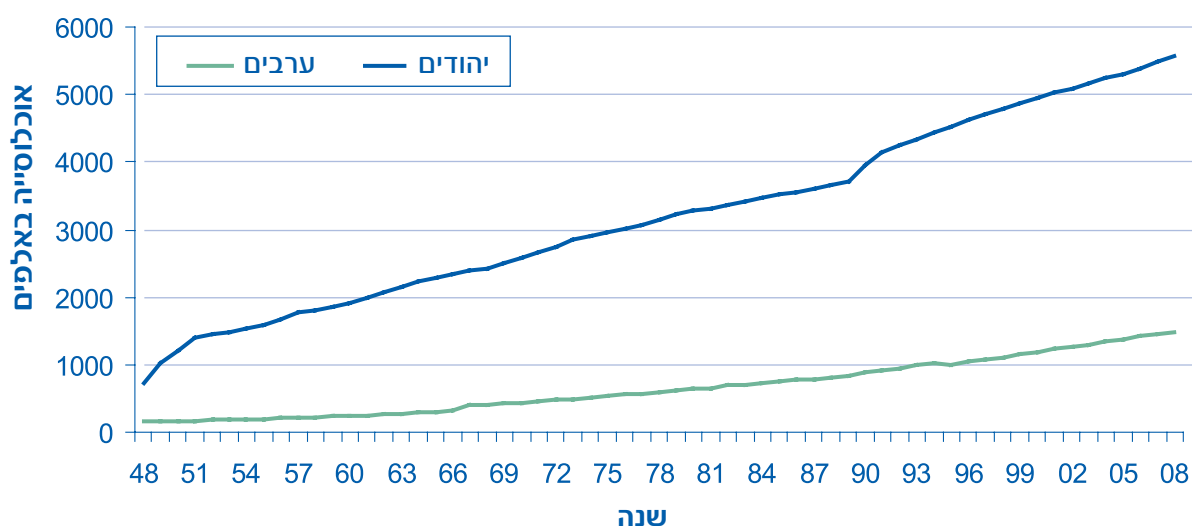
2. גודל האוכלוסייה

בסוף שנת 2008 מנתה אוכלוסיית ישראל כ-7,374,000 איש, מהם 75.5% יהודים (כ-5,569,200 נפשות), 20.2% ערבים (כ-1,487,600 נפשות) ו-4.3% "אחרים" (כ-317,100 נפשות). "ערבים" כוללים מוסלמים, נוצרים-ערבים ודרוזים. "אחרים" כוללים נוצרים שאינם ערבים ואזרחים שאינם מסווגים לפי דת במשרד הפנים⁽¹⁾.

3. מגמות בגודל האוכלוסייה

מאז הקמת המדינה בשנת 1948 ועד סוף שנת 2008 גדלה אוכלוסיית ישראל פי 8.4. בתקופה זו גדלה האוכלוסייה היהודית פי 7.8 (מ-716,700 ל-5,569,200 נפשות), והאוכלוסייה הערבית גדלה פי 9.5 (מ-156,000 ל-1,487,600 נפשות) (תרשים 1)⁽¹⁾.

תרשים 1: אוכלוסיית ישראל לפי קבוצת אוכלוסייה, 1948-2008⁽¹⁾: אוכלוסייה באלפים



4. התפלגות האוכלוסייה לפי גיל וקבוצת אוכלוסייה

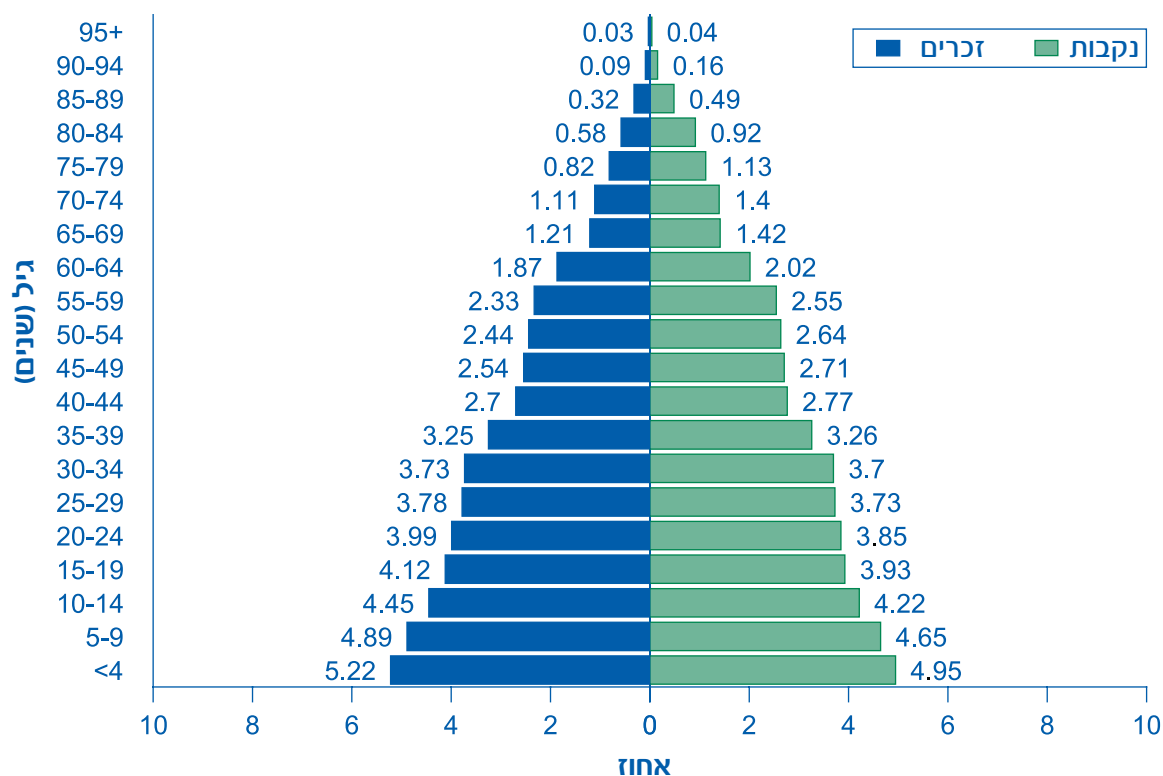
התפלגות הגילאים באוכלוסיית ישראל בשנת 2008 מוצגת בתרשים 2. 28.4% מהאוכלוסייה הם מתחת לגיל 14 שנים, 46% בין הגילאים 25-64 שנים ו-9.7% בני 65 שנים ומעלה⁽¹⁾.

4.1 מגמות

האוכלוסייה בישראל מזדקנת, בעיקר האוכלוסייה היהודית⁽¹⁾. כך למשל, בשנת 1955, ילדים בני 0-4 שנים היוו 13.6% מכלל האוכלוסייה היהודית, ואילו בשנת 2008 היוותה קבוצת גיל זו 9.4% מכלל האוכלוסייה היהודית. קבוצת האוכלוסייה המבוגרת (בני 65 שנים ומעלה), היוותה בשנת 1955 4.7% מהאוכלוסייה בלבד ואילו בשנת 2008 היוותה קבוצה זו 11.3% מכלל האוכלוסייה היהודית (תרשים 3)⁽¹⁾.

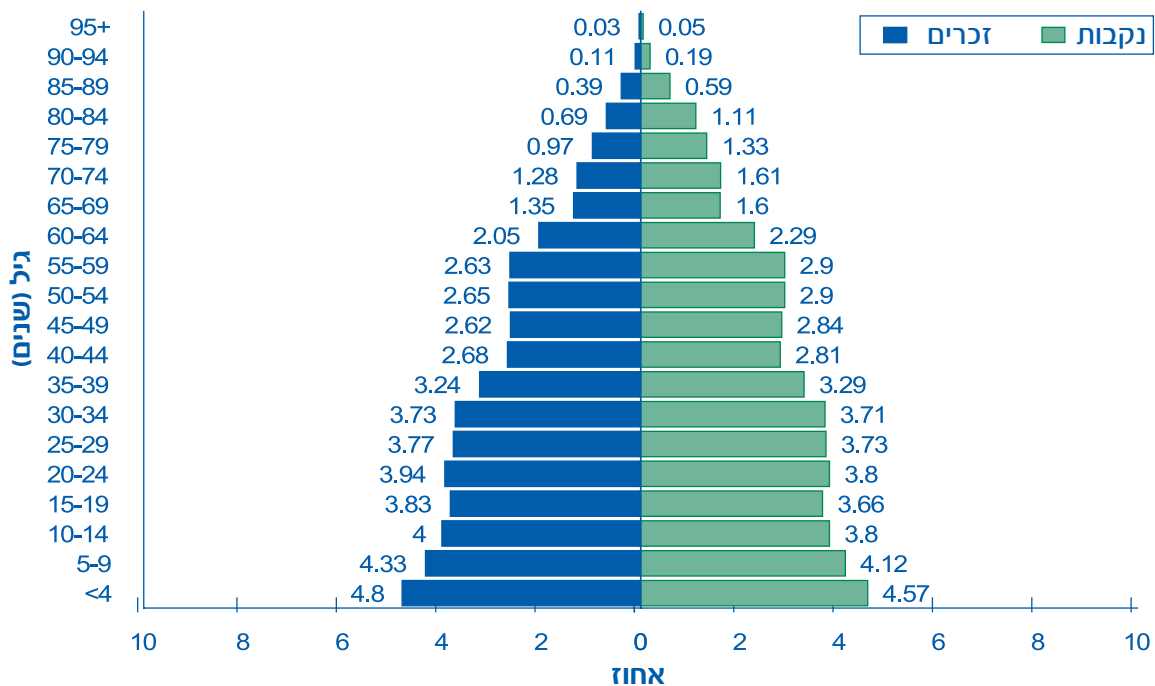
התפלגות הגילאים באוכלוסייה הערבית מצביעה על אוכלוסייה צעירה יותר מזו של האוכלוסייה היהודית (תרשים 3)⁽¹⁾. עם זאת, גם באוכלוסייה זאת חלקם של הילדים הצעירים ביותר (בני 0-4 שנים) הולך ופוחת. כך למשל, בשנת 2008, 13.4% מהאוכלוסייה היו בני 0-4 שנים בעוד שבשנת 1955 היוותה קבוצת גיל זו 18.7% מהאוכלוסייה. לעומת זאת, בקרב האוכלוסייה הערבית המבוגרת עדיין לא התחולל התהליך הנצפה באוכלוסייה היהודית. בשנת 1955, 5.4% מהאוכלוסייה הערבית היו בני 65 שנים ומעלה ואילו בשנת 2008 עמד חלקה היחסי של קבוצת גיל זו על 3.5% מכלל האוכלוסייה הערבית⁽¹⁾.

תרשים 2: התפלגות אוכלוסיית ישראל לפי גיל ומין, 2008⁽¹⁾: אחוזים



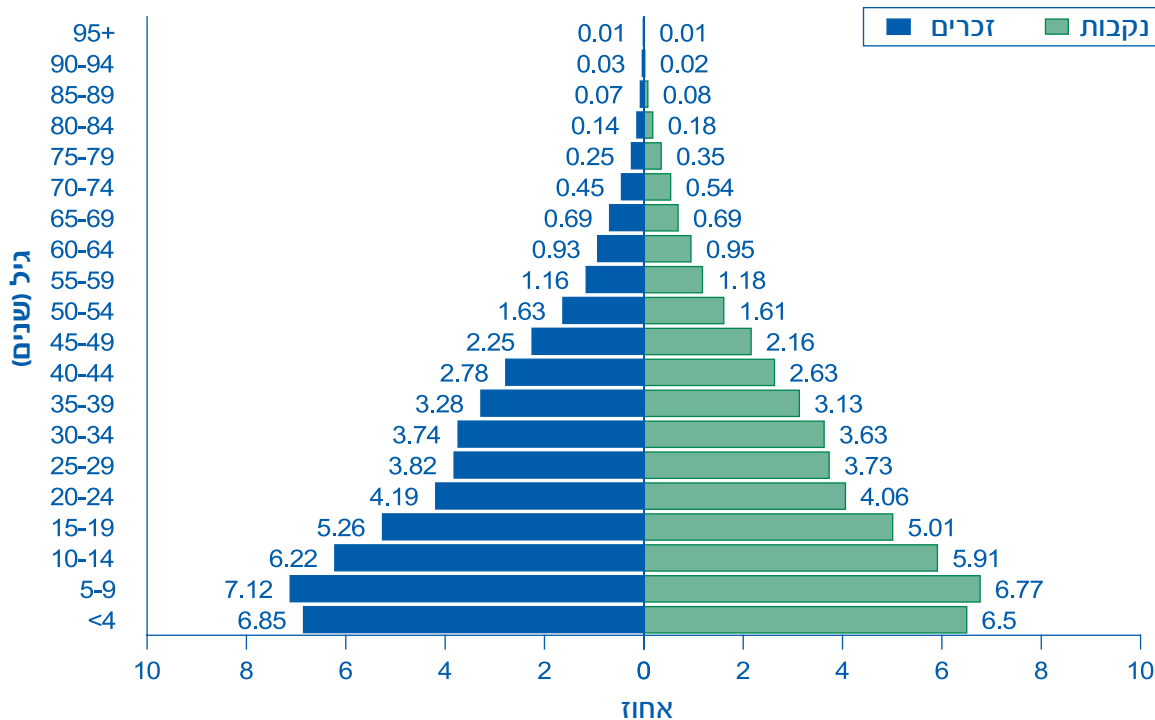
תרשים 3: התפלגות אוכלוסיית ישראל לפי קבוצת אוכלוסייה, גיל ומין, 2008⁽¹⁾: אחוזים

יהודים ואחרים*



* "אחרים": נוצרים לא ערבים ואזרחים ללא סיווג דת.

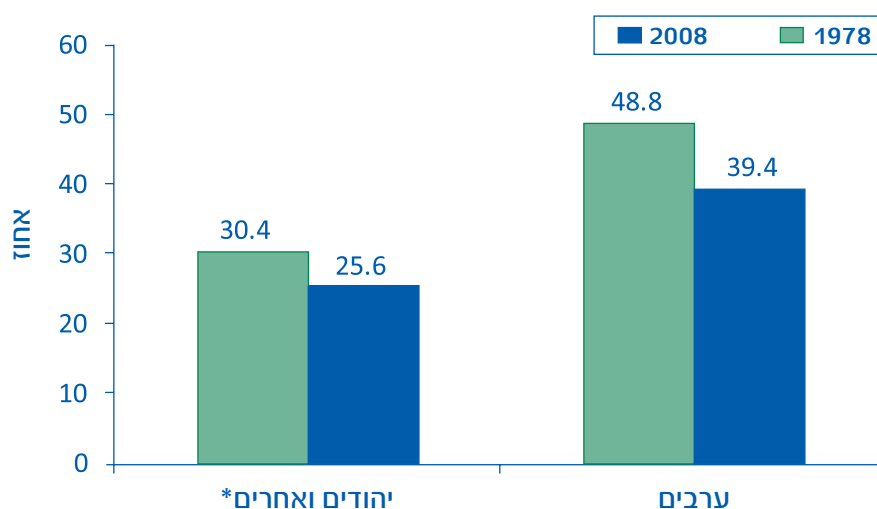
ערבים



4.2 ילדים ונוער

בשנת 2008, 25.6% מהאוכלוסייה היהודית ו-39.4% מהאוכלוסייה הערבית היו בני 0-14 שנים⁽¹⁾. חלקם של הילדים באוכלוסייה הולך וקטן עם השנים, הן באוכלוסייה היהודית והן באוכלוסייה הערבית. בשנת 1978 ילדים ונוער בני 0-14 שנים היוו 30.4% מקרב האוכלוסייה היהודית ו-48.8% מקרב האוכלוסייה הערבית (תרשים 4)⁽¹⁾. הסיבה העיקרית לכך היא העלייה בתוחלת החיים.

תרשים 4: חלקם של בני 0-14 שנים בישראל לפי קבוצת אוכלוסייה, 1978 ו-2008⁽¹⁾: אחוזים

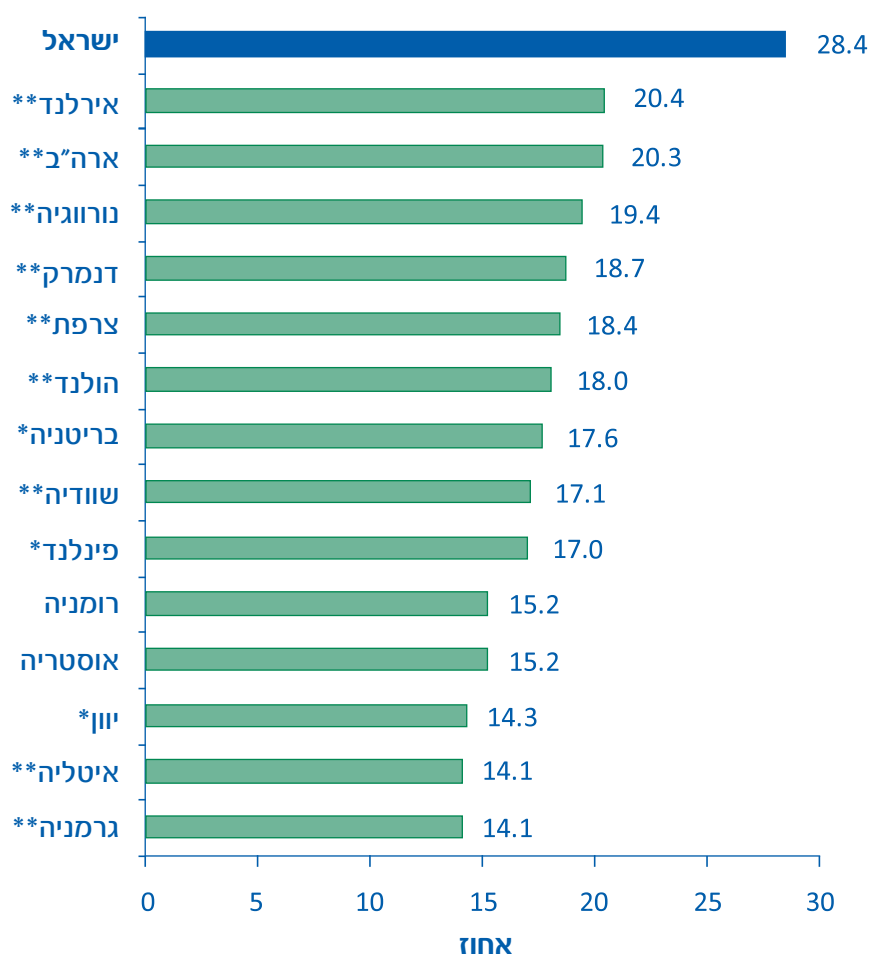


* "אחרים": נוצרים לא ערבים ואזרחים ללא סיווג דת. עד שנת 1995, "האחרים" נכללו באוכלוסייה הערבית. מ-1995 ואילך "האחרים" נכללים באוכלוסייה היהודית.

4.2.1 חלקם של ילדים באוכלוסיית ישראל ובמדינות אחרות

מהשוואה בין ישראל למדינות אחרות עולה כי בשנת 2008 חלקם של בני 0-14 שנים מכלל האוכלוסייה בישראל (28.4%) היה גבוה לעומת שאר המדינות. קבוצת גיל זו (בני 0-14 שנים) היא הקטנה ביותר באיטליה ובגרמניה (14.1%) (תרשים 5)⁽²⁾.

תרשים 5: חלקם של בני 0-14 שנים באוכלוסייה הכללית בישראל ובמדינות אחרות, 2008⁽²⁾: אחוזים



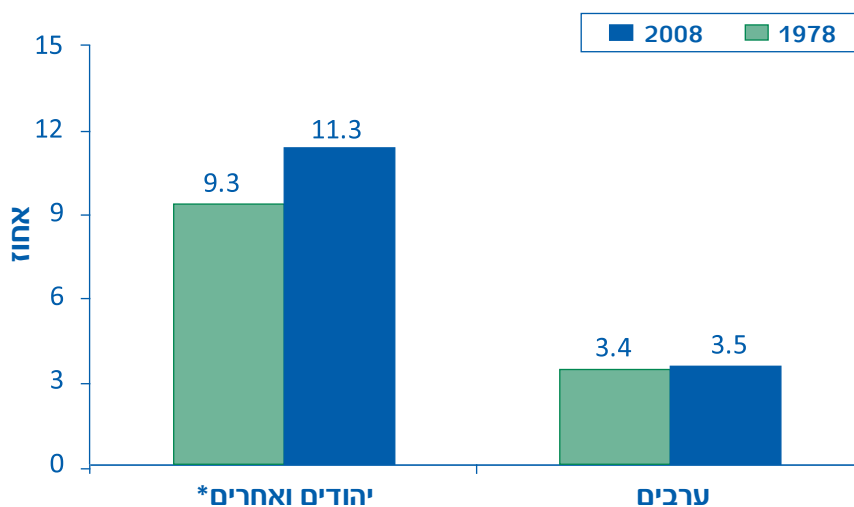
* נתונים משנת 2007, השנה העדכנית ביותר בה היו נתונים עבור מדינה זו.

** נתונים משנת 2006, השנה העדכנית ביותר בה היו נתונים עבור מדינה זו.

4.3 בני 65 שנים ומעלה

חלקה של האוכלוסייה היהודית המבוגרת (בני 65 שנים ומעלה) עלה מ-9.3% בשנת 1978 ל-11.3% בשנת 2008. בקרב האוכלוסייה הערבית, חלקה של קבוצת גיל זו היה 3.4% בשנת 1978 ו-3.5% בשנת 2008 (תרשים 6)⁽¹⁾.

תרשים 6: חלקם של בני 65 שנים ומעלה בישראל, לפי קבוצת אוכלוסייה, 1978 ו-2008⁽¹⁾: אחוזים



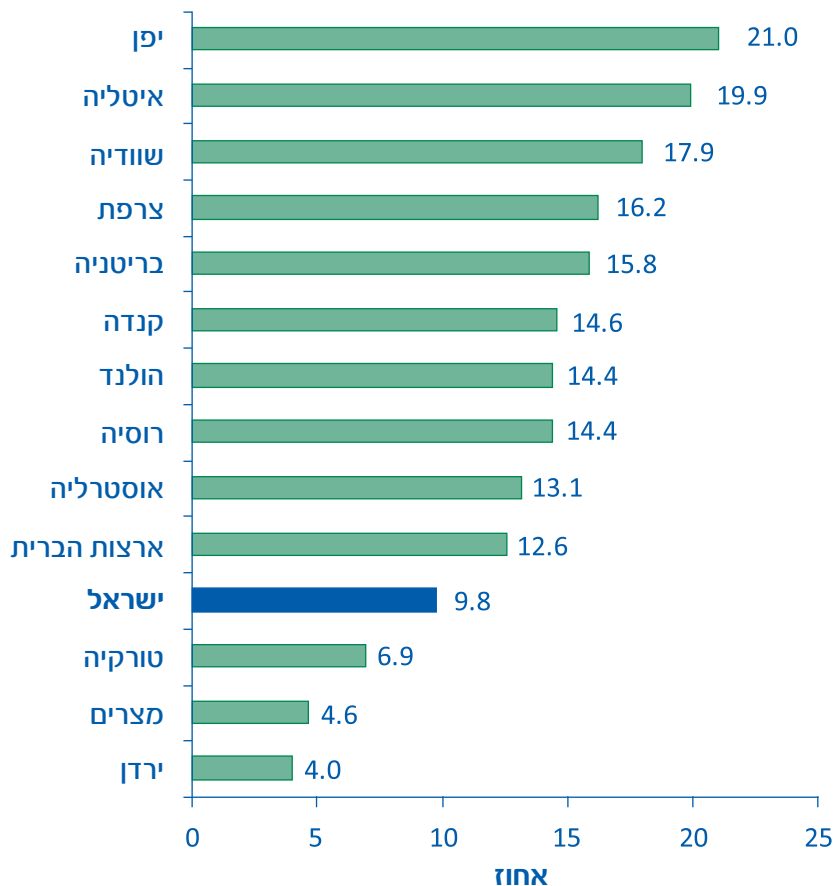
* "אחרים": נוצרים לא ערבים ואזרחים ללא סיווג דת. עד שנת 1995, "האחרים" נכללו באוכלוסייה הערבית. מ-1995 ואילך "האחרים" נכללים באוכלוסייה היהודית.

4.3.1 חלקם של בני 65 שנים ומעלה באוכלוסיית ישראל ובמדינות אחרות

מהשוואה בין ישראל למדינות אחרות עולה כי בשנת 2007 חלקם של בני 65 שנים ומעלה בכלל האוכלוסייה בישראל (9.8%) היה נמוך לעומת שאר המדינות. אחוז המבוגרים (בני 65 שנים ומעלה) הגבוה ביותר נמצא ביפן (21.0%) ובאיטליה (19.9%) (תרשים 7)⁽³⁾.

תרשים 7: חלקם של בני 65 שנים ומעלה באוכלוסייה הכללית בישראל ובמדינות אחרות, 2007⁽³⁾:

אחוזים



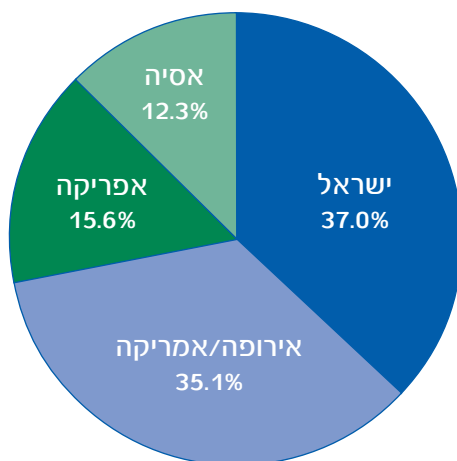
5. התפלגות האוכלוסייה היהודית לפי ארץ מוצא

חלקם של ילידי ישראל באוכלוסייה היהודית הולך וגדל⁽¹⁾. בשנת 2008 היוו ילידי ישראל 70.3% מכלל האוכלוסייה היהודית, זאת בהשוואה ל-38% בשנת 1961, 47.3% בשנת 1972 ו-61.7% בשנת 1995. כאשר מסווגים את האוכלוסייה לפי ארץ לידת האב עולה כי בשנת 2008, 37% מהאוכלוסייה הינם ישראלים שנולדו לאב יליד ישראל, 35% נולדו לאב יליד ארצות אירופה/אמריקה, 15.6% נולדו לאב יליד אפריקה ו-12.3% נולדו לאב יליד אסיה (תרשים 8)⁽¹⁾.

בשנת 2008 יוצאי מדינות חבר העמים היוו 16.7% מהאוכלוסייה (923,600 איש) ויוצאי אתיופיה היוו בשנה זו 1.9% מהאוכלוסייה (106,900 איש)*⁽¹⁾.

* יוצאי מדינות חבר העמים ויוצאי אתיופיה כוללים ילידי חו"ל וילידי ישראל שאביהם נולד בחו"ל (במדינות חבר העמים או באתיופיה).

תרשים 8: התפלגות האוכלוסייה היהודית לפי ארץ מוצא*, 2008⁽¹⁾: אחוזים

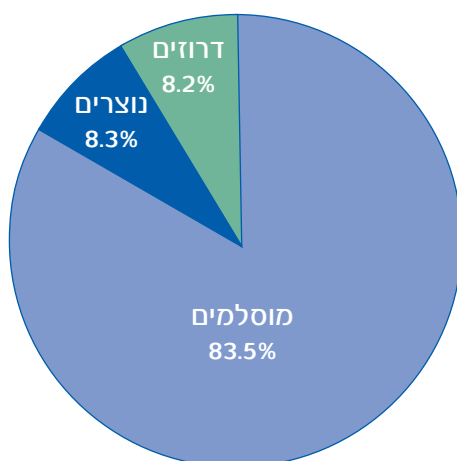


* ילידי ישראל - לפי ארץ לידת האב, ילידי חו"ל - לפי יבשת לידתם.

6. התפלגות האוכלוסייה הערבית לפי דת

בסוף שנת 2008, האוכלוסייה הערבית בישראל מנתה כ-1,487,600 איש*. מתוכם, כ-1,240,000 הינם מוסלמים (83.5%), כ-123,300 ערבים-נוצרים (8.3%) וכ-121,900 דרוזים (8.2%) (תרשים 9)⁽¹⁾.

תרשים 9: התפלגות האוכלוסייה הערבית לפי דת, 2008⁽¹⁾: אחוזים

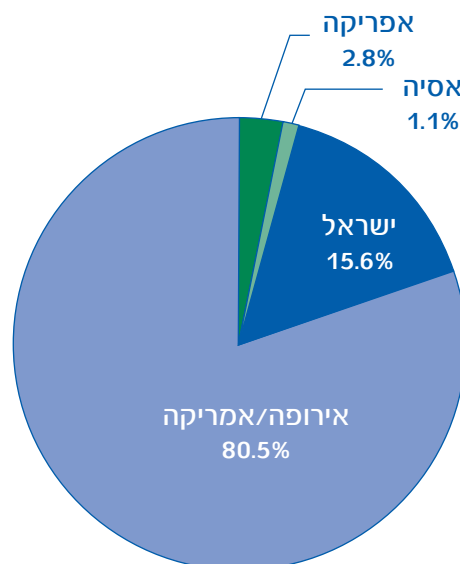


7. התפלגות האוכלוסייה ללא סיווג דת לפי ארץ מוצא

בשנת 2008, האוכלוסייה ללא סיווג דת בישראל מנתה כ-317,100 איש⁽¹⁾. מתוכם, כ-255,300 הינם ילידי ארצות אירופה/אמריקה (80.5%), כ-49,600 ילידי ישראל (15.6%), כ-8,800 ילידי אפריקה (2.8%) וכ-3,400 ילידי אסיה (1.1%) (תרשים 10)⁽¹⁾.

* בחישוב סך כל האוכלוסייה הערבית נכללו גם כ-2,500 אזרחים לבנונים המתגוררים בישראל מאז שנת 2000 ושלא סווגו על פי דת.

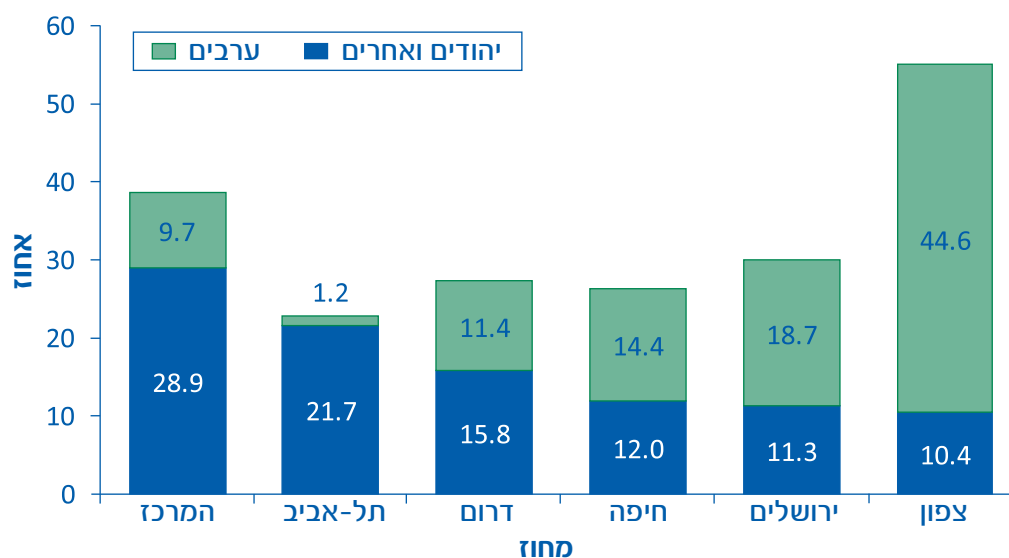
תרשים 10: התפלגות האוכלוסייה ללא סיווג דת לפי ארץ מוצא, 2008⁽¹⁾: אחוזים



8. התפלגות האוכלוסייה לפי מחוז וקבוצת אוכלוסייה

התפלגותן של שתי קבוצות האוכלוסייה העיקריות (יהודים וערבים) שונה מבחינה גיאוגרפית: מעל למחצית האוכלוסייה היהודית מתגוררת במחוז מרכז ובמחוז תל-אביב, 15.8% מתגוררים במחוז דרום, 11.3% במחוז ירושלים ו-22.4% בחיפה והצפון (תרשים 11)⁽¹⁾. לעומת זאת, עיקר האוכלוסייה הערבית מתרכזת במחוז צפון (44.6%), אחוז קטן מאוד (1.2%) במחוז תל-אביב והשאר במחוזות ירושלים, מרכז ודרום (תרשים 11)⁽¹⁾.

תרשים 11: התפלגות האוכלוסייה לפי מחוז וקבוצת אוכלוסייה, 2008⁽¹⁾: אחוזים*



* האחוזים חושבו לחוד בכל קבוצת אוכלוסייה.

9. מדדים חברתיים-כלכליים

מצב בריאותה של האוכלוסייה קשור במידה רבה לרמה החברתית-כלכלית שלה. להלן מובאים נתונים לגבי שלושה מדדים חברתיים-כלכליים: השכלה, עוני ואבטלה.

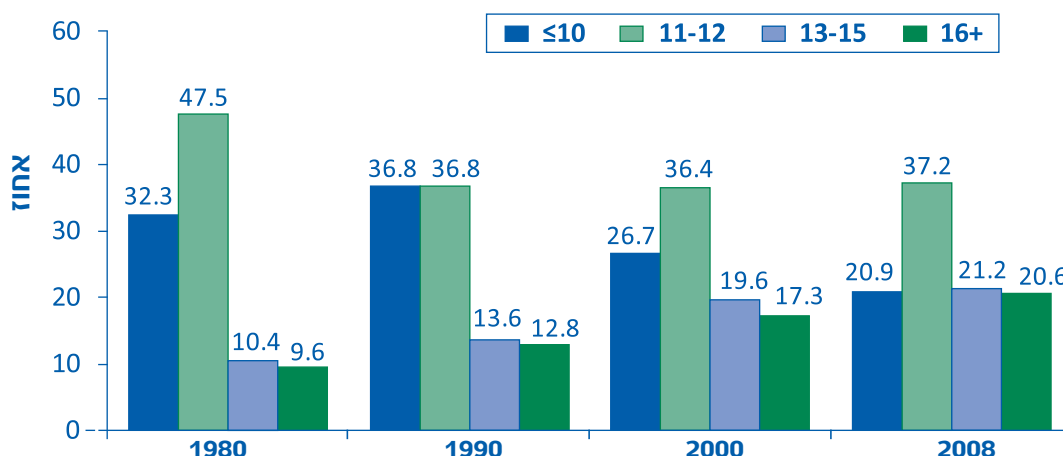
9.1 מגמות ברמת ההשכלה

רמות ההשכלה באוכלוסייה עלו באורח ניכר בעשורים האחרונים: בשנת 1980 אחוז הגברים בעלי השכלה על-תיכונית (מעל 12 שנות לימוד) היה 20% ואילו בשנת 2008 גדל אחוז זה פי 2.1 והגיע ל-41.8%. במקביל, ירד אחוז הגברים בעלי 10 שנות לימוד ומטה מ-32.3% בשנת 1980 ל-20.9% בשנת 2008⁽¹⁾. אחוז הנשים בעלות השכלה על-תיכונית עלה מ-18.1% בשנת 1980 ל-44% בשנת 2008. כמו כן, ניכרת ירידה באחוז הנשים בעלות 10 ומטה שנות לימוד: מ-38.8% ב-1980 ל-21.7% ב-2008 (תרשים 12)⁽¹⁾.

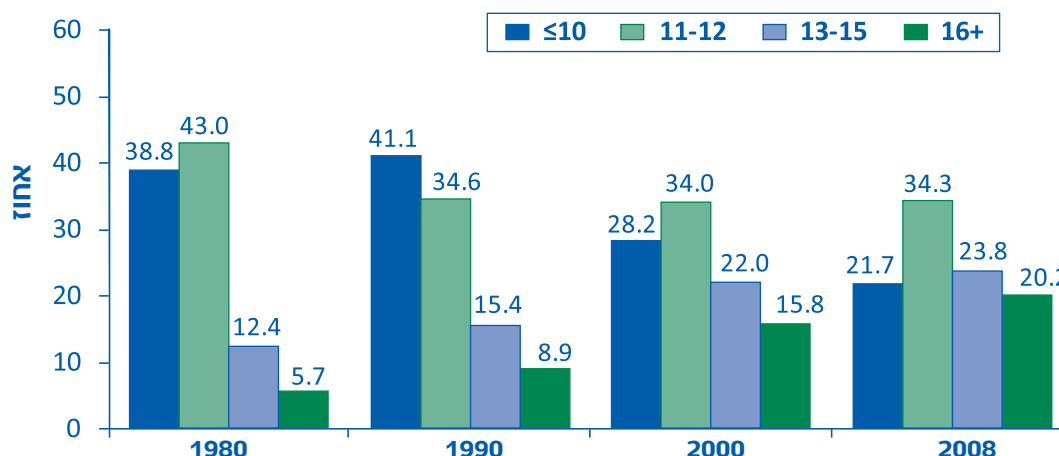
תרשים 12: מגמות ברמת השכלה בקרב בני 15 שנים ומעלה, לפי מספר שנות לימוד ומין, שנים

נבחרות⁽¹⁾: אחוזים

גברים



נשים



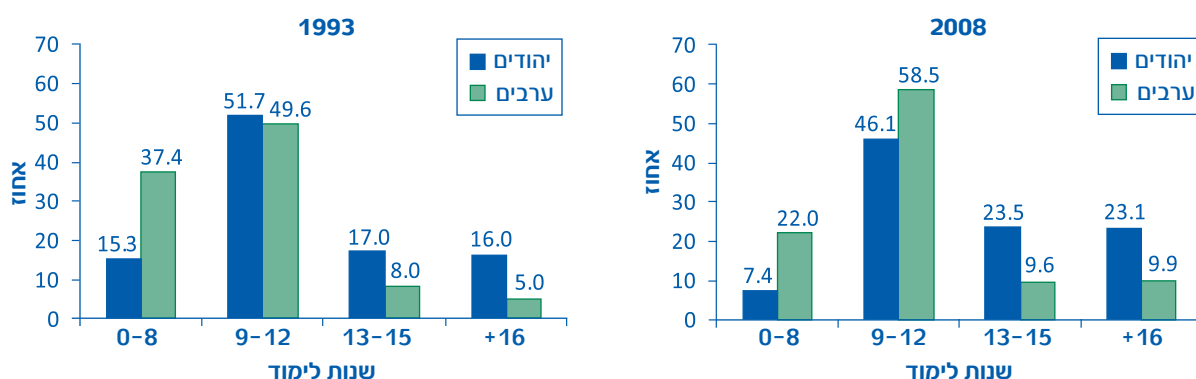
9.2 רמת ההשכלה לפי מין וקבוצת אוכלוסייה

רמת ההשכלה בישראל נמצאת במגמת עלייה, כך למשל, בין השנים 1993-2008 חלה ירידה בשיעור האוכלוסייה בעלת 0-12 שנות לימוד ועלייה בשיעור בעלי השכלה על-תיכונית (13 שנים ומעלה)⁽¹⁾. מגמה זו נצפתה בשני המינים ובשתי קבוצות האוכלוסייה (יהודים וערבים). בקרב נשים ערביות בולטת במיוחד העלייה באחוז הנשים בעלות השכלה על-תיכונית. אחוז זה עלה מ-9.2% בשנת 1993 ל-21% בשנת 2008. עם זאת, הפערים בין יהודים וערבים נותרו משמעותיים (תרשים 13). בשנת 2008 אחוז בעלי השכלה על-תיכונית היה גבוה באופן משמעותי בגברים יהודים (46.6%) בהשוואה לגברים ערבים (19.5%). בנשים נצפתה תמונה דומה: אחוז בעלות השכלה על-תיכונית היה גבוה למעלה מפי שניים בנשים יהודיות בהשוואה לנשים ערביות (48.4%-ו-21%, בהתאמה (תרשים 13)⁽¹⁾).

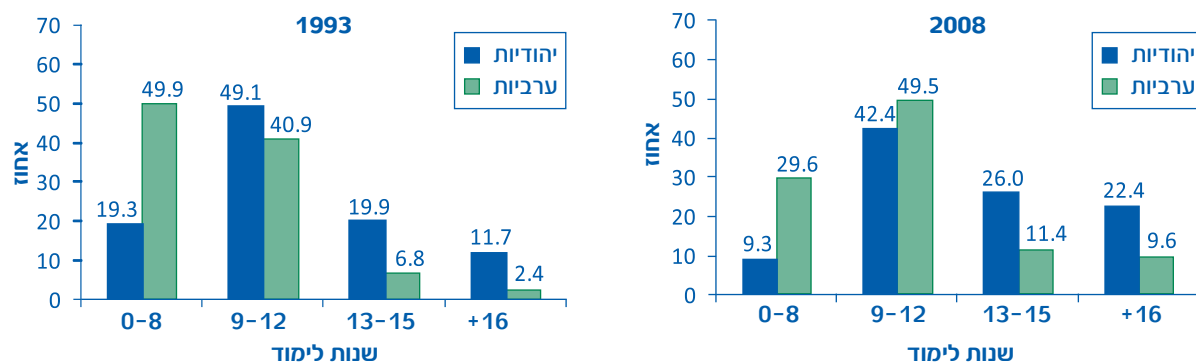
תרשים 13: התפלגות רמת השכלה בקרב בני 15 שנים ומעלה לפי מין וקבוצת אוכלוסייה, 1993

ו-2008⁽¹⁾: אחוזים

גברים



נשים



10. מצב העוני בישראל

קו העוני בישראל מוגדר כמחצית ההכנסה הפנויה* החציונית של האוכלוסייה. ההכנסה הפנויה משוקללת על-פי מספר הנפשות במשק בית. משק בית שהכנסתו הפנויה נמוכה מקו העוני נחשב למשק בית עני⁽⁵⁾. על פי דוח העוני השנתי של המוסד לביטוח לאומי, בשנת 2008 חיו בישראל 420,100 משפחות מתחת לקו העוני, המהוות 19.9% מכלל המשפחות בישראל, שיעור הזהה לזה שהיה בשנת 2007. משפחות אלו כללו 1,651,300 נפשות, מתוכן 783,600 ילדים⁽⁶⁾.

10.1 קשישים

22.7% מכלל האוכלוסייה המבוגרת (בני 65 שנים ומעלה) נמצאו מתחת לקו העוני בשנת 2008⁽⁶⁾.

10.2 משפחות חד הוריות

אחוז המשפחות החד הוריות שנמצאו מתחת לקו העוני בשנת 2008 היה 28.8%, לעומת 29.7% בשנת 2007⁽⁶⁾. למרות הירידה באחוז המשפחות הנמצאות מתחת לקו העוני בהשוואה לכלל האוכלוסייה, משפחות אלו הפכו "עניות" יותר על פי מדד "עומק העוני", המבטא את המרחק הממוצע של הכנסת "העניים" מקו העוני. רק על פי מדד זה, "עומק העוני" עלה בשנת 2008 ב-0.004% בהשוואה לשנת 2007. על פי דוח העוני, עלייה זו נובעת כתוצאה מפיטורי המפרנס היחיד במשק הבית⁽⁶⁾.

10.3 עוני ועבודה

על פי דוח העוני בשנת 2008, 12.2% מהמשפחות העובדות בישראל נמצאות מתחת לקו העוני, אחוז זהה לזה שהיה בשנת 2007⁽⁶⁾. עם זאת חלקן של המשפחות העובדות מתוך כלל המשפחות הנמצאות מתחת לקו העוני המשיך לעלות ועמד בשנת 2008 על 46.3%. חלקן של המשפחות בגיל העבודה שאינן עובדות מכלל האוכלוסייה הולך וקטן בהתמדה בשנים האחרונות, אך שיעורי העוני הגבוהים בקרב משפחות אלו מוסיפים לעלות. ב-2006, היו 66% ממשפחות אלה מתחת לקו העוני; ב-2007 עלה שיעור זה עד ל-69.8% וב-2008 השיעור עלה ל-71.4%⁽⁶⁾.

מדד ג'יני (Gini index) לאי השוויון בהכנסה הפנויה עלה ב-0.6% בין השנים 2007-2008. במצטבר, בין השנים 2002-2008 עלה המדד בכ-5%. לעומת זאת, מדד ג'יני לאי השוויון בהכנסה הכלכלית (הכנסה מעבודה, מפנסיה ומהון) ירד בין השנים 2007-2008 ב-0.3% ובמצטבר מאז 2002 ירד בכ-75%⁽⁶⁾.

10.4 מצב העוני לפי קבוצת אוכלוסייה

בשנת 2008, אחוז המשפחות שהכנסתן מתחת לקו העוני היה 49.4% באוכלוסייה הערבית לעומת 15.3% באוכלוסייה היהודית (טבלה 1)⁽⁶⁾. באוכלוסייה הערבית אחוז זה נמצא במגמת ירידה, מ-54% ב-2006 ל-51.4% ב-2007 ול-49.4% ב-2008, כאמור. ירידה זו מיוחסת בעיקרה לעלייה במספר המפרנסים ובהכנסה מעבודה של המשפחות הערביות. באוכלוסייה היהודית, אחוז המשפחות שהכנסתן מתחת לקו העוני עלה, מ-15% בשנת 2007 ל-15.3% בשנת 2008 (טבלה 1)⁽⁶⁾.

* הכנסה פנויה מוגדרת כהכנסה הכספית ברוטו, בתוספת תשלומי העברה ובניכוי מסים ישירים (מס הכנסה, דמי ביטוח לאומי ודמי ביטוח בריאות).

טבלה 1: תחולת העוני לפי קבוצת אוכלוסייה, 2007 ו-2008⁽⁶⁾: אחוזים

2008			2007			קבוצת אוכלוסייה
ילדים	נפשות	משפחות	ילדים	נפשות	משפחות	
23.6	16.4	15.3	23.8	16.2	15.0	יהודים
62.1	53.1	49.4	62.5	54.5	51.4	ערבים
34.0	23.7	19.9	34.2	23.8	19.9	סך הכל

10.5 מצב העוני לפי אזור גיאוגרפי

בשנת 2008, מדדי העוני הנמוכים ביותר נמצאו במחוז מרכז והגבוהים ביותר במחוז ירושלים. בין השנים 2007-2008 ירדה תחולת העוני בכל המחוזות למעט תל-אביב והדרום (טבלה 2)⁽⁶⁾.

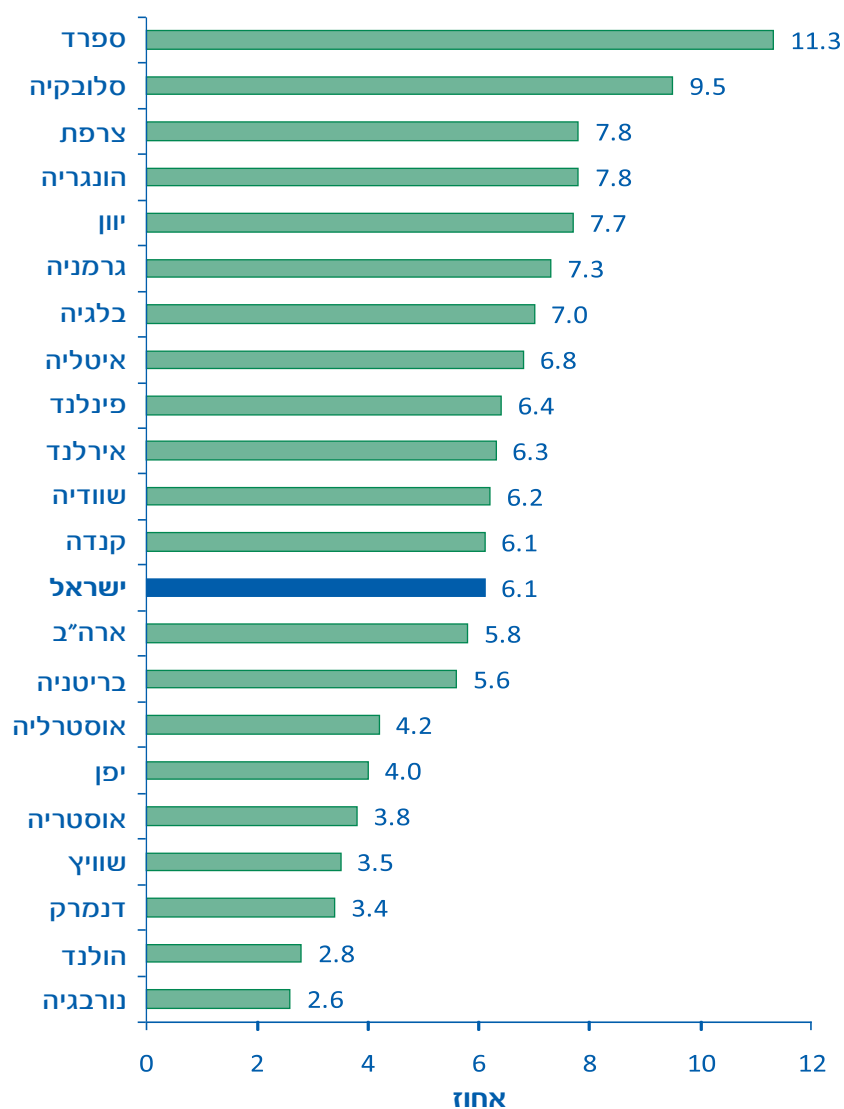
טבלה 2: תחולת העוני לפי מחוז, 2007 ו-2008⁽⁶⁾: אחוזים

2008			2007			מחוז
ילדים	נפשות	משפחות	ילדים	נפשות	משפחות	
54.9	41.1	32.2	55.6	42.6	33.3	ירושלים
42.8	33.7	30.9	44.9	35.5	32.4	צפון
31.5	21.1	18.3	31.4	20.7	18.2	חיפה
17.0	12.2	11.3	18.8	13.3	12.2	מרכז
23.4	15.2	13.7	20.3	13.0	12.1	תל-אביב
35.2	25.8	23.6	36.4	26.1	23.2	דרום

10.6 אבטלה

בתרשים 14 מוצגים אחוזי הבלתי מועסקים בישראל ובמדינות אחרות החברות ב-OECD (Organization for Economic Co-operation and Development). מהתרשים עולה כי אחוז האבטלה בישראל בשנת 2008 היה 6.1% - מקום ביניים בהשוואה לשאר המדינות. אחוזי האבטלה הגבוהים ביותר נמצאו בספרד (11.3%) ובסלובקיה (9.5%). בהולנד ובנורווגיה נמצאו אחוזי האבטלה הנמוכים ביותר (2.8%-2.6%, בהתאמה).

תרשים 14: בלתי מועסקים בכוח העבודה בישראל ובמדינות אחרות החברות ב-OECD⁽¹⁾: אחוזים



11. ביבליוגרפיה

1. הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. שנתון סטטיסטי לישראל 2009, פרסום 60, ירושלים, 2009.
2. European Health for All Database (HFA-DB). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010.
3. קשישים בישראל - שנתון סטטיסטי 2008. מאירס-ג'ונט-מכון ברקודייל ואשל, 2009.
4. הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. שנתון סטטיסטי לישראל 1994, פרסום 45, ירושלים, 1994.
5. אתר האינטרנט של מכון ראות:
<http://reut-institute.org/Publication.aspx?PublicationId=1725>
6. ממדי העוני והפערים החברתיים - דוח שנתי 2008. המוסד לביטוח לאומי, מנהל המחקר והתכנון.

נקודות עיקריות

כללי

- שיעור הפריין הכולל בשנת 2008 בישראל היה 3.0. בנשים יהודיות השיעור היה 2.9, במוסלמיות 3.8, בדרוזיות 2.5, ובערביות נוצריות 2.1.
- משנות ה-60, חלה ירידה בשיעורי הפריין הכולל בכל קבוצות האוכלוסייה בישראל. בנשים יהודיות השיעור ירד בכ-21%, במוסלמיות בכ-59%, ובדרוזיות בכ-66%.
- שיעור הפריין הכולל בישראל גבוה מהשיעור במדינות אירופאיות.

טיפול הפריה חוץ-גופית

- בשנת 2007 נולדו 5,603 תינוקות לאחר טיפולי הפריה חוץ-גופית.
- משנת 1995 חלה עלייה עקבית במספר ההריונות למחזור טיפול, ובשנת 2007 שיעור ההצלחה היה 25.9%. אחוז לידות החי למחזור טיפול עלה גם כן ובשנת 2007 היה 21%.

אמצעי מניעה והפסקות הריון

- בסקר בריאות לאומי INHIS-2 2007-2008, 60.5% מהנשים בנות 21-44 שנים דיווחו על שימוש אי פעם בגלולות למניעת הריון.
- בשנת 2008 בוצעו בישראל 19,598 הפסקות הריון לפי חוק.
- בין השנים 1996-2008, ירדו שיעורי הפסקת ההריון בכ-10%.

טיפול הורמונלי חלופי

- בסקר INHIS-2 2007-2008, דיווחו 8.4% מהנשים היהודיות בנות 45-75 שנים שהן משתמשות בטיפול הורמונלי חלופי או בתכשירים טבעיים לטיפול בתסמיני מנופאוזה. בנוסף, דיווחו 22.9% מהנשים בקבוצת גיל זו על שימוש בטיפול הורמונלי חלופי בעבר.

תמותת אימהות

- בשנת 2007, נפטרו 7 אמהות מסיבות מיילדותיות, שיעור של 5 ל-100,000 לידות חי.

1. שיעורי פריון

1.1 פריון סגולי

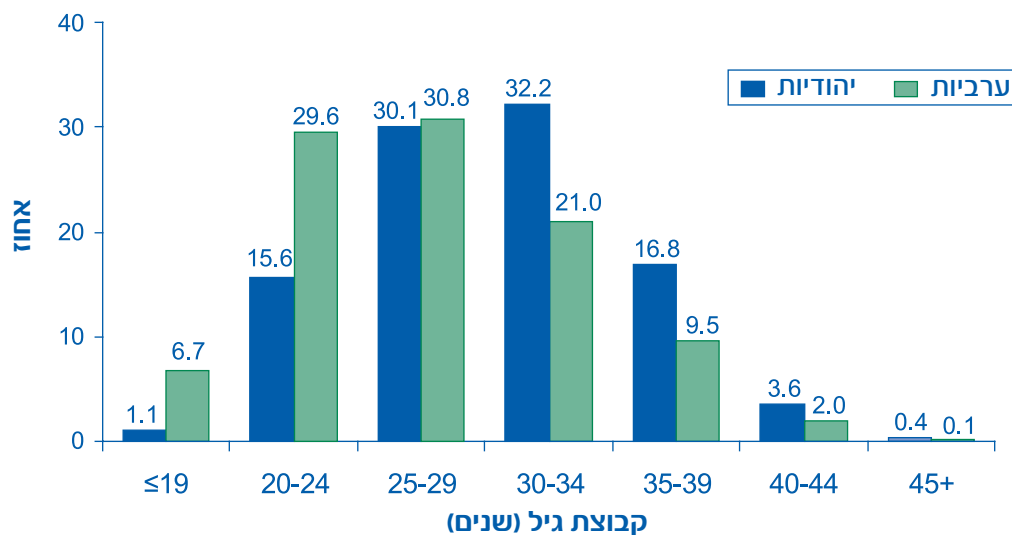
שיעור הפריון הסגולי לגיל מוגדר כמספר לידות חי לנשים בקבוצת גיל מסוימת במהלך שנה, מחולק במספר הנשים באותה קבוצת גיל⁽¹⁾. השיעור מוצג בדרך כלל ל-1,000 נשים. שיעורי הפריון הסגוליים לגיל לשנת 2008, כפי שמוצגים בטבלה 1, היו שונים בכל אחת מקבוצות האוכלוסייה (יהודים, מוסלמים, נוצרים ערבים ודרוזים). בקרב נשים יהודיות, שיעור הפריון הגבוה ביותר הוא בבנות 30-34 שנים. לעומת זאת, בקרב נשים מוסלמיות, נוצריות ודרוזיות, שיעורי הפריון הגבוהים ביותר נמצאו בקבוצת גיל צעירה יותר - בבנות 25-29 שנים. בבנות 20-24 שנים, שיעורי הפריון באוכלוסייה המוסלמית והדרוזית היו גבוהים יותר לעומת האוכלוסייה היהודית והנוצרית⁽¹⁾.

טבלה 1: שיעורי פריון סגולי לפי גיל וקבוצת אוכלוסייה, 2008⁽¹⁾: מספר לידות ל-1,000 נשים

גיל האם	קבוצת אוכלוסייה				סה"כ
	יהודיות	מוסלמיות	נוצריות ערביות	דרוזיות	
עד 19	5.9	41.3	3.5	12.3	13.7
20-24	84.4	213.8	84.0	137.7	106.7
25-29	166.2	233.5	182.7	163.5	174.2
30-34	181.6	165.9	114.2	112.0	171.2
35-39	108.4	89.5	42.6	59.8	99.0
40-44	27.2	22.9	6.7	11.3	24.8
45+	3.2	1.4	1.6	---	2.8
סה"כ	87.0	119.1	63.7	78.2	89.6

ההבדלים בין קבוצות האוכלוסייה השונות משתקפים בהתפלגות השונה של לידות חי⁽¹⁾. אחוז לידות החי הגבוה ביותר באוכלוסייה היהודית היה בבנות 30-34 שנים (32.2%) ובבנות 25-29 שנים (30.1%). בקרב נשים ערביות היה אחוז לידות גבוה בקרב בנות 25-29 שנים (30.8% מכלל הלידות), ובקרב נשים צעירות יותר, בנות 24-20 שנים (29.6% מכלל הלידות), לעומת 15.6% בנשים יהודיות באותה קבוצת גיל. בקרב נשים מתחת לגיל 20, אחוז לידות החי בשנת 2008 היה 6.7% בנשים ערביות, לעומת 1.1% בנשים יהודיות. באוכלוסייה הערבית, 36.3% מכלל לידות החי היו בקרב נשים שטרם מלאו להן 25 שנים, לעומת האוכלוסייה היהודית שבה 16.7% מהלידות היו בקבוצת גיל זו (תרשים 1)⁽¹⁾.

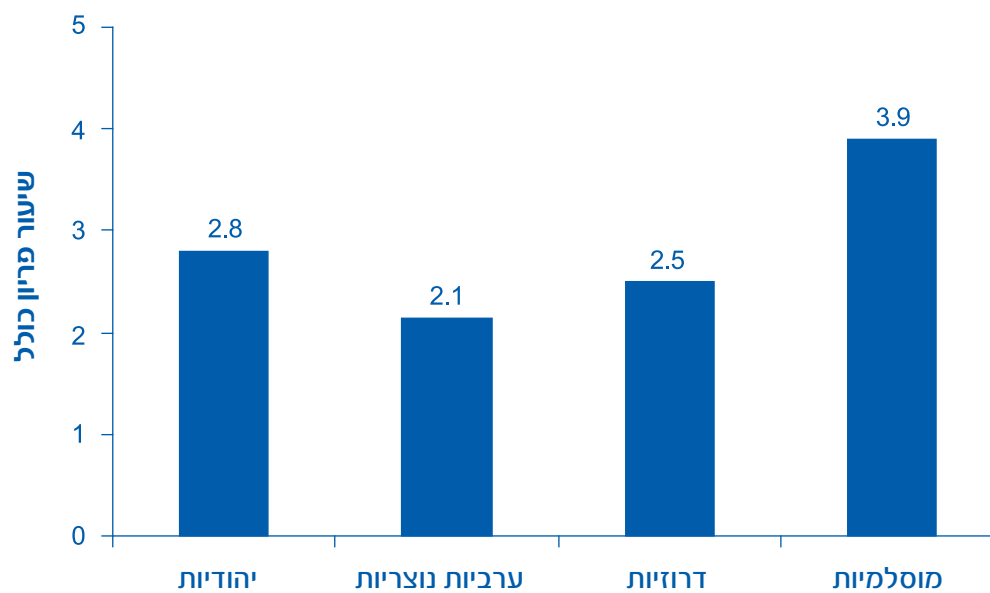
תרשים 1: התפלגות הלידות לפי גיל האם וקבוצת אוכלוסייה⁽¹⁾, 2008: אחוזים



1.2 פריון כולל

בשנת 2008, שיעור הפריון הכולל (מספר הלידות הממוצע הצפוי לאישה בימי חייה) היה 3.0⁽¹⁾. שיעור הפריון הכולל בנשים יהודיות היה 2.8, במוסלמיות 3.9, בדרוזיות 2.5, ובערביות נוצריות 2.1 (תרשים 2)⁽¹⁾.

תרשים 2: שיעור פריון כולל* לפי קבוצת אוכלוסייה⁽¹⁾, 2008

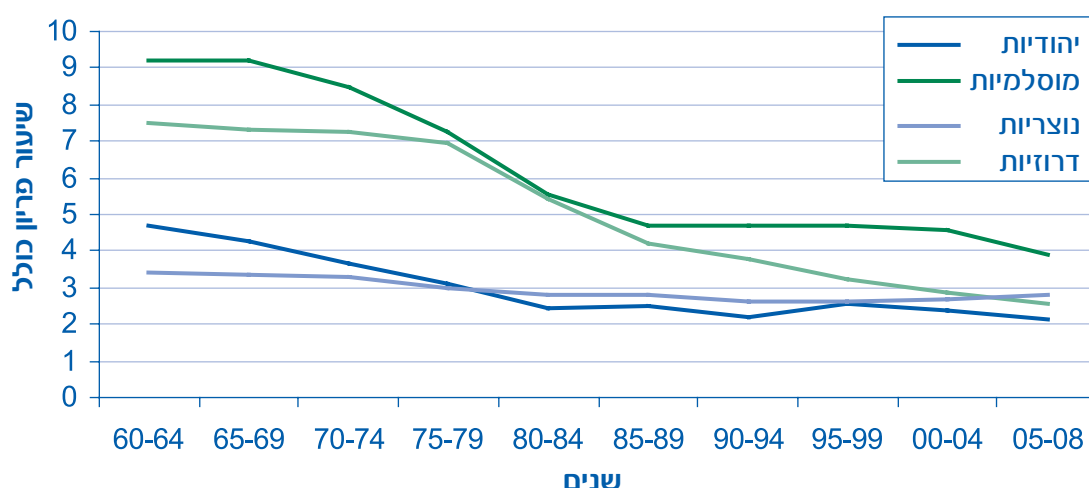


* מספר הלידות הממוצע הצפוי לאישה בימי חייה.

1.3 מגמות בפריון הכולל

משנות ה-60, חלה ירידה בשיעורי הפריון הכולל בכל קבוצות האוכלוסייה בישראל⁽¹⁾. שיעור הפריון הכולל בנשים יהודיות בשנים 1960-1965 היה 3.8, והוא ירד בהדרגה עד לשיעור ממוצע של 3.0 בשנים 1985-1989, ירידה של כ-21%. בהמשך, עד לשנת 2008, נשארו שיעורי הפריון הכולל יציבים למדי סביב 3.0⁽¹⁾. בקרב נשים מוסלמיות ודרוזיות, הירידה בשיעורי הפריון הכולל הייתה תלולה הרבה יותר מאשר בקרב נשים יהודיות (תרשים 3). שיעור הפריון הכולל בקרב נשים מוסלמיות, מהגבוהים בעולם (9.2) בשנים 1965-1969, ירד ל-3.8 בשנת 2008, ירידה של כ-59%. בקרב נשים דרוזיות הירידה בשיעורים הייתה תלולה עוד יותר. שיעור הפריון הכולל ירד מ-7.3 בשנים 1965-1969 ל-2.5 בשנת 2008, ירידה של כ-66%. גם בקרב נשים נוצריות (ערביות ושאינן ערביות) ונשים יהודיות, שיעורי הפריון, שהיו מלכתחילה נמוכים מאלו של הנשים המוסלמיות והדרוזיות, ירדו במהלך השנים, אם כי במידה מתונה יותר (תרשים 3)⁽¹⁾.

תרשים 3: שיעור פריון כולל* לפי דת, 1960-2008⁽¹⁾

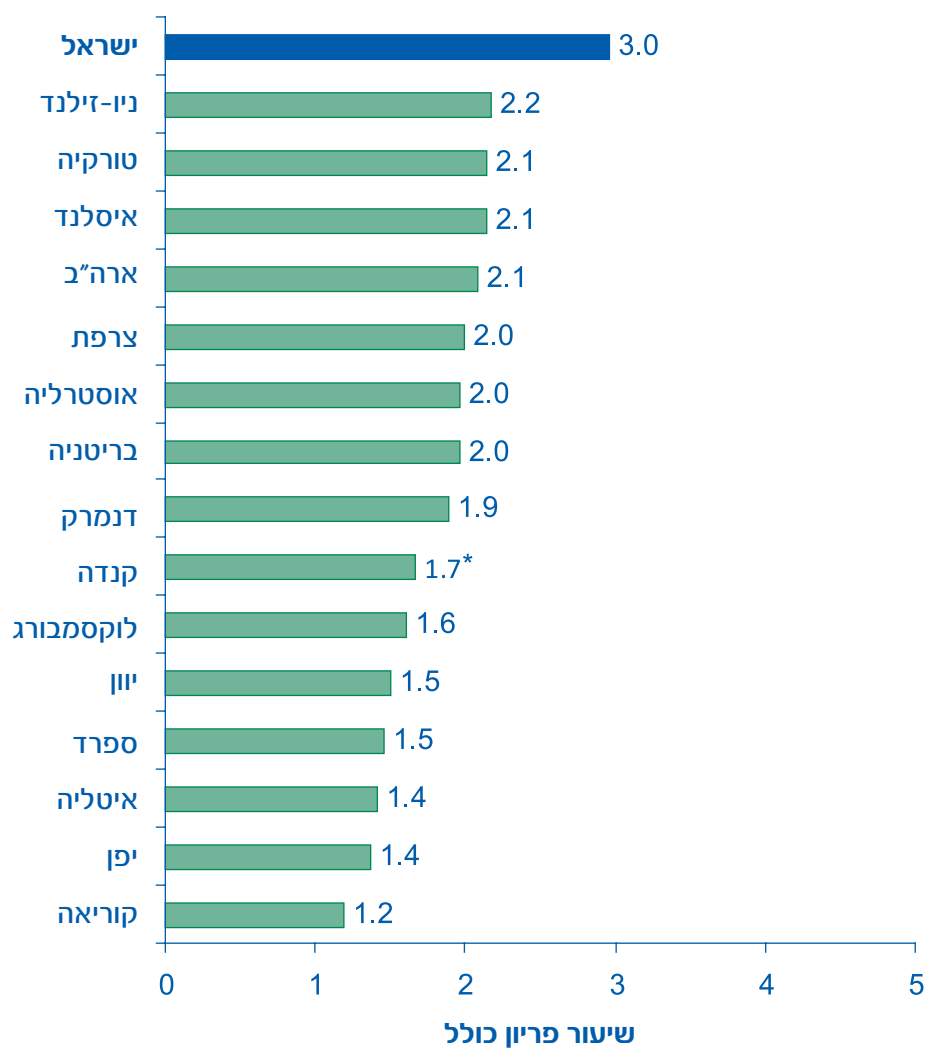


* מספר הלידות הממוצע הצפוי לאישה בימי חייה.

1.4 השוואה בין-לאומית

בהשוואה של נתוני הפריון בישראל עם מדינות ה-OECD, ניכר כי שיעור הפריון הכולל בישראל (3.0) גבוה משמעותית משאר המדינות. ברוב מדינות ה-OECD, הפריון הכולל נמוך מ-2, כאשר שיעור הפריון הכולל הנמוך ביותר הינו בקוריאה (1.2) (תרשים 4)⁽²⁾.

תרשים 4: שיעור פריון כולל* בישראל ומדינות נבחרות ב-OECD, 2008⁽²⁾

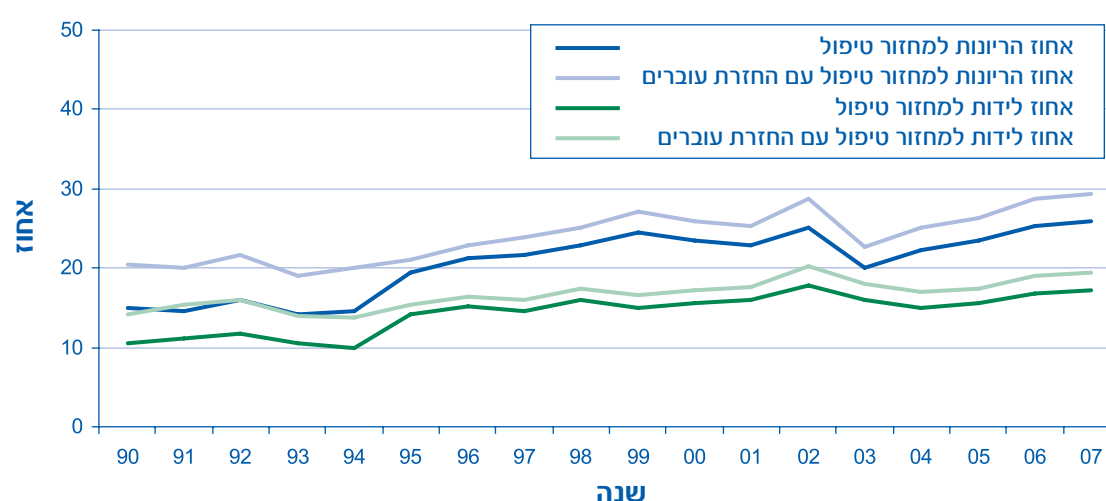


* מספר הלידות הממוצע הצפוי לאישה בימי חייה.

2. טיפולי הפריה חוץ גופית

בשנת 2007 היו 5,603 לידות חי כתוצאה מטיפולי הפריה חוץ-גופית. בין השנים 2000 ל-2007 היו בישראל כ-36,900 לידות חי באמצעות הפריה חוץ-גופית⁽³⁾. משנת 1995 חלה עלייה יציבה במספר ההריונות למחזור טיפול, ובשנת 2007 שיעור ההצלחה היה 25.9%. אחוז לידות החי למחזור טיפול עלה גם כן, ב-27% בקירוב, מ-14.1% ב-1995 ל-17.9% ב-2002. בשנת 2007 שיעור הלידות למחזור טיפול עלה ל-21% (תרשים 5)⁽³⁾.

תרשים 5: שיעור הריונות ולידות למחזור טיפול ולמחזור עם החזרת עוברים*, בקרב נשים שעברו טיפולי הפריה חוץ-גופית, 1990-2007⁽³⁾: אחוזים



* בהפריה חוץ-גופית לא תמיד ישנם עוברים להחזרה, לכן שיעור ההריונות והלידות למחזור טיפול הוא המדד להצלחה של מחזור טיפול, בעוד ששיעור ההריונות והלידות למחזור טיפול עם החזרת עוברים מתייחס רק לחלק מסוים של מחזורי הטיפול.

3. שימוש בגלולות למניעת הריון

בשנים 2003-2004 נערך סקר בריאות לאומי (INHIS) על ידי המרכז הלאומי לבקרת מחלות, בקרב מדגם של 9,509 ישראלים, בני 21 ומעלה, כחלק מפרויקט EUROHIS של ארגון הבריאות העולמי (ה-WHO). במודול "בריאות נשים" בסקר זה, שכלל מדגם של כ-1,400 נשים, 57.5% מהנשים בגילאי 21-44 דיווחו על שימוש אי פעם בגלולות⁽⁴⁾. בסקר INHIS השני, שנערך בשנים 2007-2008, שיעור המדווחות על שימוש אי פעם בגלולות היה באותו סדר גודל - 60.5%⁽⁵⁾.

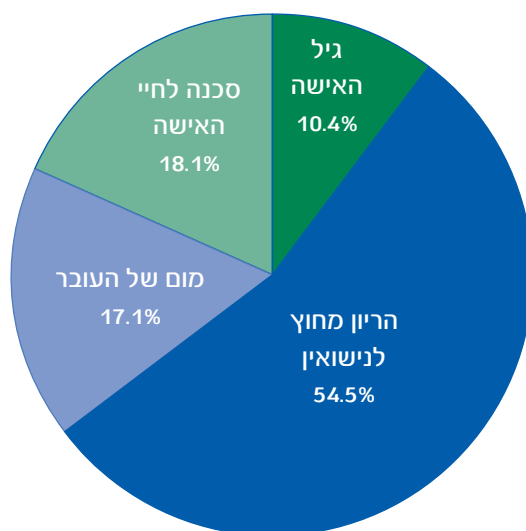
4. הפסקת הריון

בשנת 2008 היו 19,598 הפסקות הריון שבוצעו לפי חוק בישראל⁽¹⁾. על-פי "חוק עונשין תשל"ז - 1997 - הפסקות הריון", הפסקת הריון תיעשה בבית חולים מורשה בלבד. בקשה להפלה תאושר רק על ידי ועדה ממונה מיוחדת של בית החולים, ובהתקיים אחד מהמצבים הבאים: (א) אם גיל האישה ההרה מתחת ל-17 שנים או מעל ל-40 שנה; (ב) אם ההריון נובע מיחסים אסורים לפי החוק הפלילי (כגון אונס), או מיחסי עריות, או שלא מנישואין; (ג) אם הוולד עלול להיות בעל מום גופני או נפשי; (ד) אם המשך ההריון עלול לסכן את חיי האישה או לגרום לה נזק גופני או נפשי⁽¹⁾.

4.1 הפסקת הריון לפי הסעיף בחוק

בשנת 2008, כמחצית מהפסקות ההיריון (54.5%) היו לפי הסעיף השני של החוק (שלא מנישואין), 10.4% עקב גיל האישה, 17.1% עקב מומים בעובר, ו-18.1% עקב סכנה לחיי האישה, או חשש לנזק גופני או נפשי (תרשים 6)⁽¹⁾.

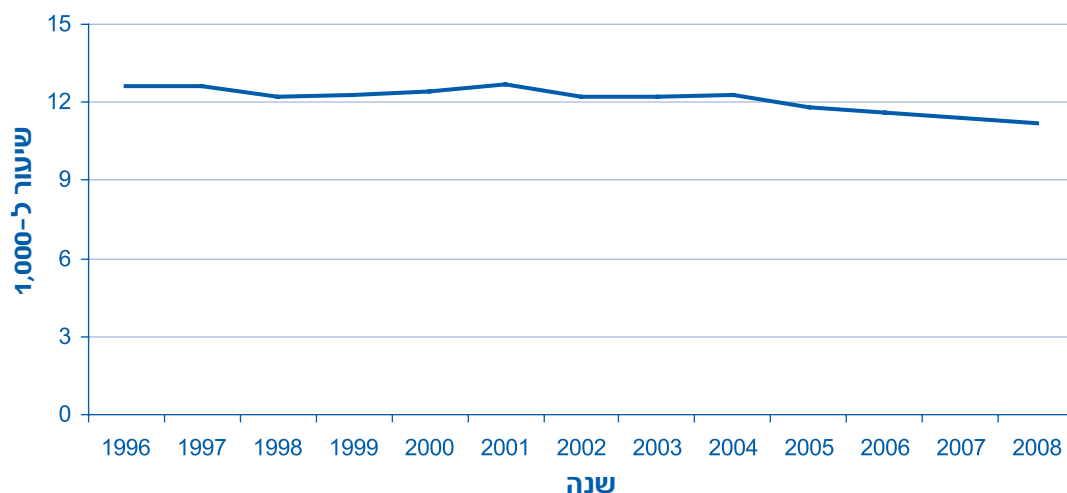
תרשים 6: הפסקות ההיריון לפי הסעיף בחוק, 2008⁽¹⁾: אחוזים



4.2 מגמות בשיעור הפסקת הריון

בין השנים 1996 ו-2008, ירדו שיעורי הפסקת הריון בכ-10%, מ-12.7 ל-11.4 ל-1,000 נשים בנות 15-49 שנים (תרשים 7)⁽¹⁾.

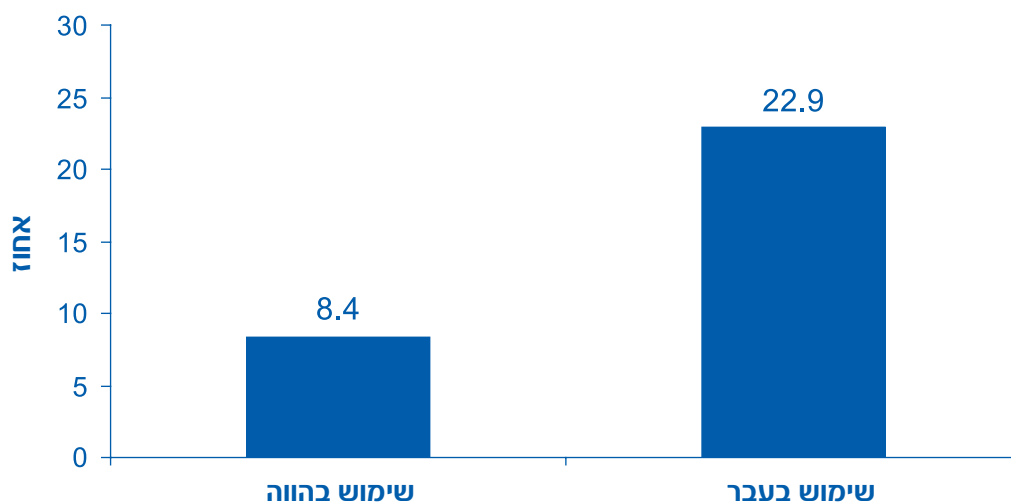
תרשים 7: מגמות בשיעור הפסקות ההיריון בקרב בנות 15-49 שנים, 1996-2008⁽¹⁾: שיעורים ל-1,000 נשים בנות 15-49 שנים



5. שימוש בטיפול הורמונלי חלופי

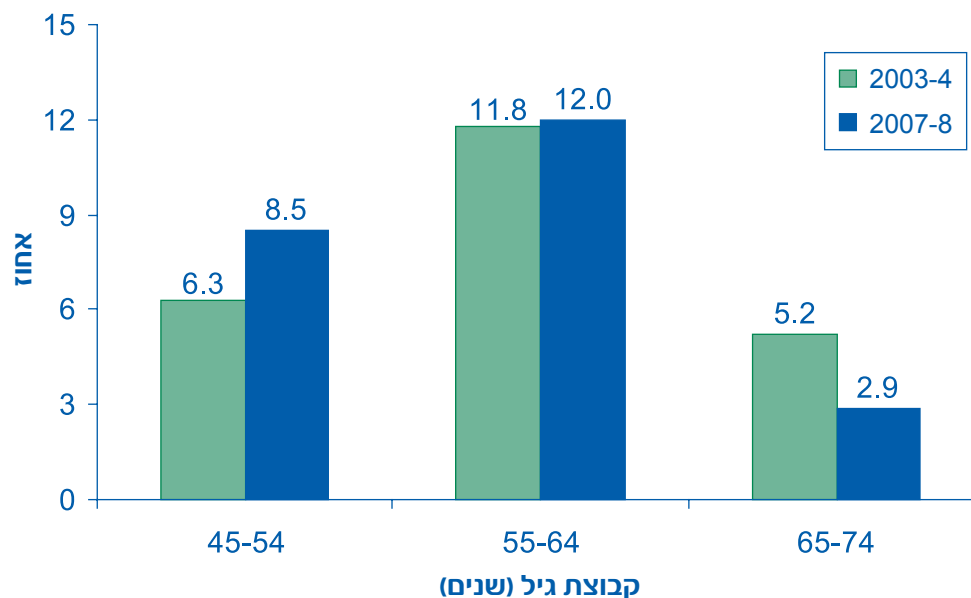
בסקר בריאות לאומי בישראל INHIS-2 שנערך בשנים 2007-2008, 8.4% מהנשים היהודיות בנות 45-75 שנים דיווחו שהן משתמשות בטיפול הורמונלי חלופי או תכשירים טבעיים לטיפול בתסמיני מנופאזה⁽⁵⁾. בנוסף, 22.9% מהנשים דיווחו על שימוש בטיפול הורמונלי חלופי בעבר (נשים אלו לא דיווחו על שימוש בהווה) (תרשים 8). מתוך הנשים שמשמשות בטיפול בטיפול כלשהו לתסמיני מנופאזה בהווה, 69.6% דיווחו על שימוש בהורמונים סינטטיים (טיפול הורמונלי חלופי) ו-30.4% דיווחו על שימוש בתכשירים טבעיים. בקרב נשים ערביות המדגם היה קטן והנתונים אינם מוצגים. השיעור הגבוה ביותר של שימוש בטיפול הורמונלי חלופי (12%) היה בקבוצת הגיל 55-64 שנים⁽⁵⁾. בהשוואה לסקר INHIS-1, שנערך בשנים 2003-2004, נמצא כי שיעורי השימוש בטיפול הורמונלי חלופי עלו בקבוצת הגיל 45-64 שנים, וירדו בקבוצת הגיל 65-74 שנים⁽⁴⁾ (תרשים 9)^(5,4).

תרשים 8: שימוש בטיפול הורמונלי חלופי בהווה ובעבר בקרב נשים יהודיות בנות 45-74 שנים, 2007-2008⁽⁵⁾: אחוזים



תרשים 9: שימוש בטיפול הורמונלי חלופי בהווה בקרב נשים בנות 45-74, לפי גיל ושנת הסקר^(5,4):

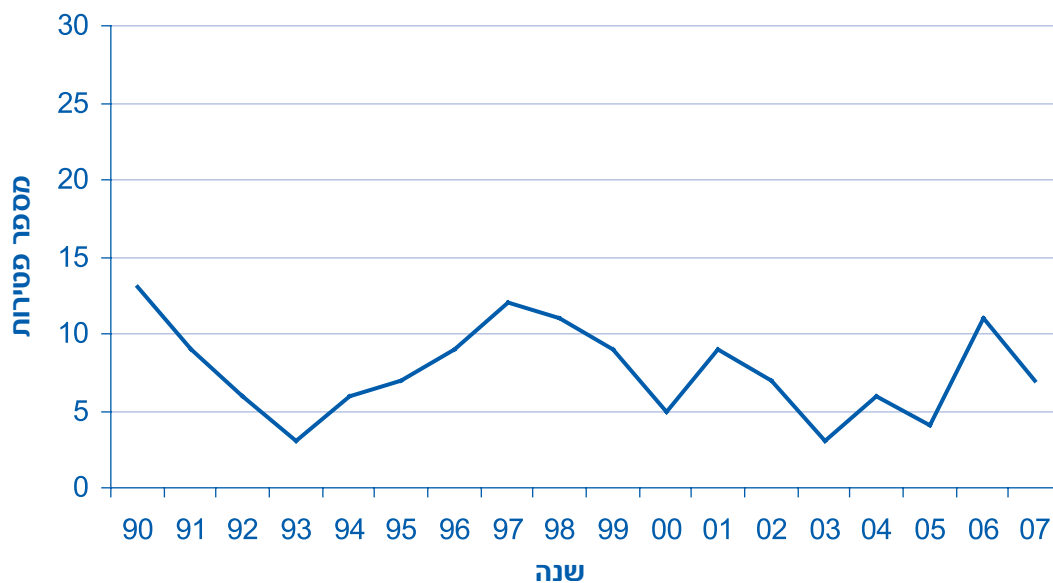
אחוזים



6. תמותת אמהות במהלך הריון ולידה

תמותת אמהות בישראל הנה נמוכה ועומדת על פטירות בודדות בכל שנה. בשנת 2007 נפטרו 7 אמהות מסיבות מיילדותיות והריוניות, שיעור של 5 ל-100,000 לידות חי. בתרשים 10 ניתן לראות כי לאורך כל השנים בין 1990 ל-2007, מספר הפטירות היה נמוך, ולא עלה על 13 פטירות.

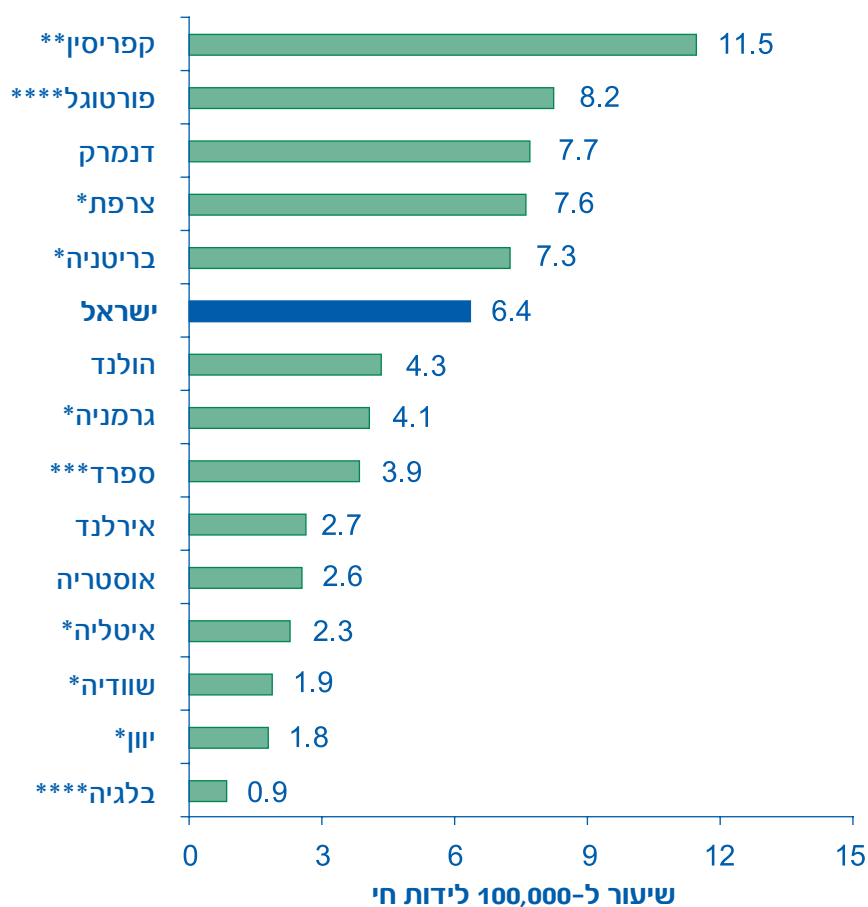
תרשים 10: תמותת אימהות* בישראל, 1990-2007⁽³⁾: מספרים מוחלטים



* לפי קידוד ה-ICD-9-CM (676-630) עד שנת 1997. משנת 1998 ואילך לפי קידוד ה-ICD-10 (O99-O00).

בשנת 2008, שיעור תמותת האימהות ל-100,000 לידות חי בישראל היה 6.4. שיעור זה דומה לשיעורים הנצפים בבריטניה וצרפת אך גבוה בהשוואה לאוסטריה ולמדינות אחרות באירופה. השיעור הגבוה ביותר נצפה בקפריסין (11.5 ל-100,000) ואילו השיעור הנמוך ביותר נמצא בבלגיה (0.9 ל-100,000) (תרשים 11)⁽⁶⁾.

תרשים 11: תמותת אימהות בישראל ומדינות נבחרות מהאיחוד האירופי, 2008⁽⁶⁾: שיעורים ל-100,000 לידות חי



* נתונים משנת 2007, השנה העדכנית ביותר בה היו נתונים עבור מדינה זו.
 ** נתונים משנת 2006, השנה העדכנית ביותר בה היו נתונים עבור מדינה זו.
 *** נתונים משנת 2005, השנה העדכנית ביותר בה היו נתונים עבור מדינה זו.
 **** נתונים משנת 2004, השנה העדכנית ביותר בה היו נתונים עבור מדינה זו.

7. ביבליוגרפיה

1. הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. שנתון סטטיסטי לישראל 2009, פרסום 60, ירושלים, 2009.
2. Organization for Economic Co-operation and Development. OECD Health Data 2010 - Version: October 10. Available at: <http://www.ecosante.org/oecd.htm>.
3. שרותי מידע ומחשוב, תחום מידע. משרד הבריאות, 2010.
4. סקר בריאות לאומי בישראל INHIS-1, 2003-2004 במסגרת פרויקט EUROHIS של ארגון הבריאות העולמי, אזור אירופה. המרכז הלאומי לבקרת מחלות, פרסום 249, 2006.
5. סקר בריאות לאומי בישראל INHIS-2, 2007-2008. המרכז הלאומי לבקרת מחלות, פרסום 331 (טרם פורסם).
6. European Health for All Database (HFA-DB). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010.

תמותת תינוקות

נקודות עיקריות

היקף הבעיה

- בשנת 2008 נפטרו בישראל 594 תינוקות בשנה הראשונה לחייהם: 329 תינוקות יהודים, 237 תינוקות מוסלמים, 4 תינוקות נוצרים, 14 תינוקות דרוזים, ו-10 תינוקות שדתם אינה ידועה.
- ב-2008 היה שיעור תמותת התינוקות בישראל 3.8 ל-1,000 לידות חי: 2.9 ביהודים ו-6.5 בערבים.
- סיבות המוות העיקריות בתינוקות עד גיל שנה הן פגות ומומים מולדים.

מגמות

- בין השנים 1978-2008 ירדה תמותת התינוקות בישראל בכלל האוכלוסייה בכ-78%. הירידה היתה בכל קבוצות האוכלוסייה.
- ביהודים ירדה תמותת התינוקות בכ-79%, במוסלמים בכ-76%, בדרוזים בכ-77%, ובנוצרים בכ-91%.

גורמי סיכון

- שיעורי תמותת התינוקות באוכלוסייה הערבית גבוהים לעומת האוכלוסייה היהודית, בכל המחוזות.
- שיעורי תמותת התינוקות גבוה יותר בתינוקות הנולדים במשקל לידה נמוך מאוד (מתחת 1500 גרם). בשנת 2005, שיעור תמותת תינוקות יהודים שנולדו במשקל הנמוך מ-750 גרם היה 532.3 ל-1,000 לידות חי, ו-927.3 ל-1,000 לידות חי בתינוקות ערבים.
- שיעורי תמותת התינוקות הגבוהים ביותר הינם בילודים לאימהות מתחת לגיל 20 ומעל גיל 40. ממצא זה נצפה גם ביהודים וגם בערבים.
- שיעורי תמותת התינוקות גבוהים יותר בילודים לאימהות בעלות השכלה נמוכה יותר.

תמותת תינוקות לפי גיל בעת הפטירה

- בין השנים 2005-2007, שיעור התמותה הנאונטלית (גיל 0-27 ימים) היה 2.5 ל-1,000 לידות חי והפוסט-נאונטלית (גיל 28-365 ימים) היה 1.6 ל-1,000 לידות חי.

יעדי הצהרת המילניום של האו"ם

- בשנת 2000 נקבע בהצהרת המילניום של האו"ם כי יש לפעול להורדת שיעור תמותת התינוקות בשני שליש עד 2015, בהשוואה לשיעור שנצפה ב-1990.
- בין השנים 1990-2008, ירדו שיעורי תמותת התינוקות ב-63.3% באוכלוסייה היהודית וב-57% באוכלוסייה הערבית. ירידה נוספת של 3.5% ושל 10% באוכלוסייה היהודית והערבית, בהתאמה, תוביל להשגת היעד לשנת 2015.

השוואה בין-לאומית

- שיעור תמותת התינוקות בישראל בשנת 2007 היה גבוה בהשוואה לרוב מדינות ה-OECD. ביהודים, השיעור היה נמוך בהשוואה למדינות מערביות אחרות, ובערבים השיעור היה גבוה יותר.

1. רקע

שיעור תמותת תינוקות הינו מדד בין-לאומי המאפשר הערכה של מצב בריאות האוכלוסייה. שיעור תמותת התינוקות מוגדר כמספר התינוקות שנפטרו במשך שנה קלנדרית לפני הגיעם לגיל שנה ("פטירות תינוקות"), מתוך כלל התינוקות שנולדו חיים באותה שנה ("לידות חי").⁽¹⁾ בדיקת המגמות בתמותת התינוקות והתרומה היחסית של גורמי הסיכון השונים הקשורים בה מאפשרת מעקב אחר טיב הטיפול הרפואי באם בתקופת ההריון, מצב בריאות האם, ורמת הטיפול בילוד ובתינוק בשנתו הראשונה. כמו כן, ניתן ללמוד ממדד זה על תנאי הסביבה והחברה המשפיעים על בריאות האם והיילוד. למדד זה חשיבות רבה בזיהוי קבוצות אוכלוסייה הנמצאות בסיכון, ובהשוואה בין מדינות.

מקורות הנתונים בפרק זה הינם פרסומים של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה^(2,1), דו"ח משרד הבריאות על תמותת התינוקות לשנת 2005⁽³⁾, נתוני ארגון ה-OECD⁽⁴⁾ וה-WHO, אזור אירופה⁽⁵⁾, ומאמרים מדעיים⁽⁶⁾.

2. תמותה לפי קבוצת אוכלוסייה

בשנת 2008 שיעור תמותת התינוקות בכלל אוכלוסיית ישראל היה 3.8 ל-1,000 לידות חי. השיעור ביהודים ואחרים* היה 2.9 פטירות ל-1,000 ובערבים 6.5 פטירות ל-1,000 לידות חי⁽²⁾.

3. פטירות ושיעורי תמותה לפי דת

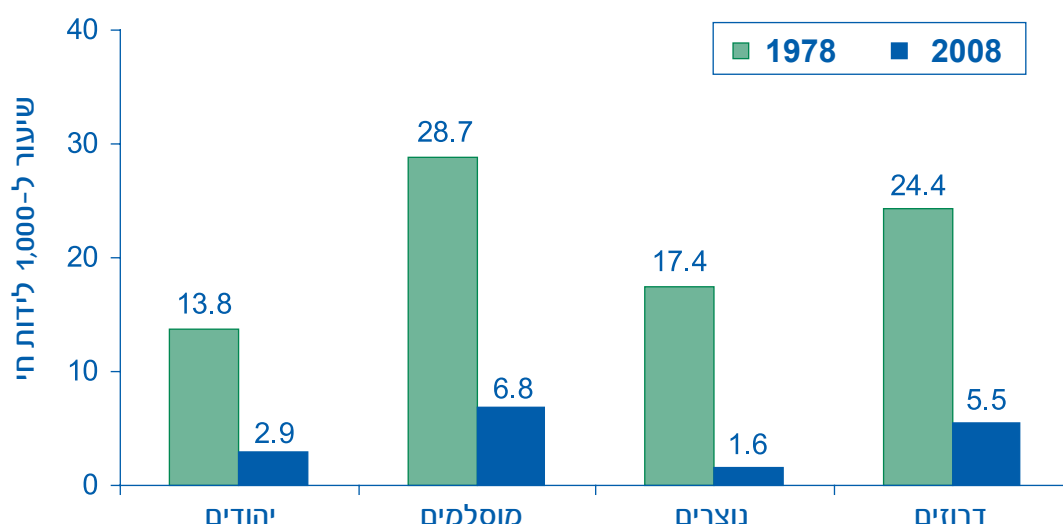
בשנת 2008 נפטרו בישראל 594 תינוקות בשנה הראשונה לחייהם: 329 תינוקות יהודים, 237 תינוקות מוסלמים, 4 תינוקות נוצרים, 14 תינוקות דרוזים, ו-10 תינוקות שדתם אינה ידועה⁽²⁾. התפלגות תמותת התינוקות לפי דת מוצגת בטבלה 1. שיעור תמותת התינוקות באוכלוסייה המוסלמית (6.8 פטירות ל-1,000 לידות חי) היה גבוה פי 4.3 מהשיעור באוכלוסייה הנוצרית (1.6 פטירות ל-1,000 לידות חי), פי 2.4 מהשיעור באוכלוסייה היהודית (2.9 פטירות ל-1,000 לידות חי), ופי 1.2 מהשיעור בדרוזים (5.5 פטירות ל-1,000 לידות חי)⁽²⁾. במהלך 30 השנים האחרונות חלה ירידה ניכרת בשיעור תמותת תינוקות בכל קבוצות האוכלוסייה (תרשים 1)⁽²⁾.

טבלה 1: תמותת תינוקות לפי דת, 2008⁽²⁾: מספר פטירות ושיעורים ל-1,000 לידות חי

קבוצת אוכלוסייה	לידות חי	פטירות	שיעור ל-1,000 לידות חי
יהודים	112,803	329	2.9
מוסלמים	34,860	237	6.8
נוצרים	2,511	4	1.6
דרוזים	2,534	14	5.5
דת לא ידועה	4,215	10	2.4
סה"כ	156,923	594	3.8

* "אחרים": נוצרים לא ערבים ואזרחים ללא סיווג דת. עד שנת 1995, "האחרים" נכללו באוכלוסייה הערבית. מ-1995 ואילך "האחרים" נכללים באוכלוסייה היהודית.

תרשים 1: תמותת תינוקות לפי דת, 1978 ו-2008⁽²⁾: שיעורים ל-1,000 לידות חי



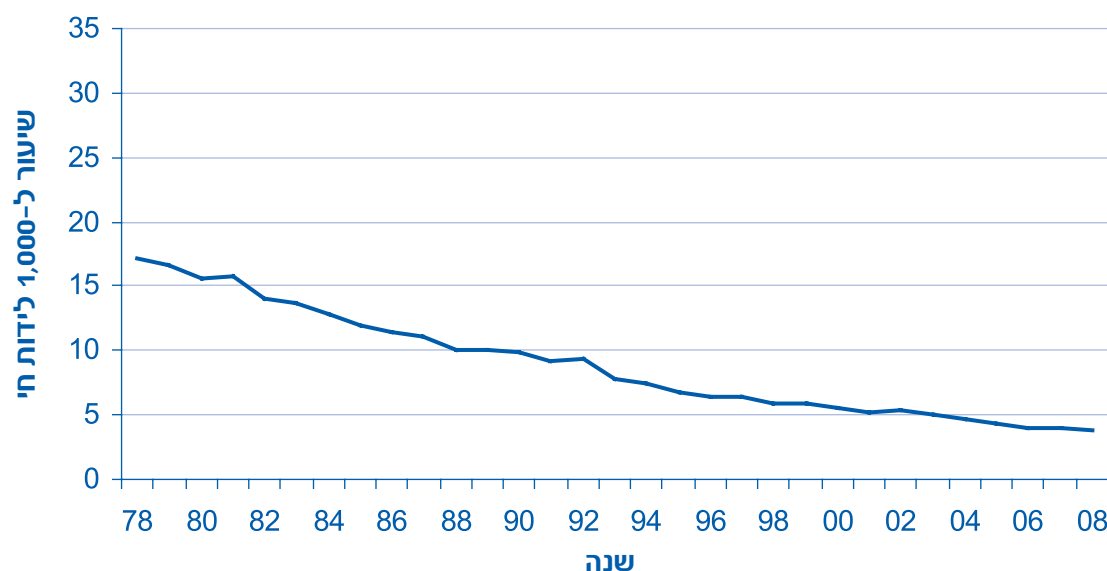
4. מגמות

השיעור הכללי של תמותת התינוקות בישראל נמצא בירידה מתמדת. בין השנים 1978 ל-2008 ירד שיעור תמותת התינוקות בכלל אוכלוסיית ישראל בכ-78% (מ-17.2 פטירות ל-1,000 לידות חי בשנת 1978, ל-3.8 פטירות ל-1,000 לידות חי בשנת 2008) (תרשים 2)⁽²⁾.

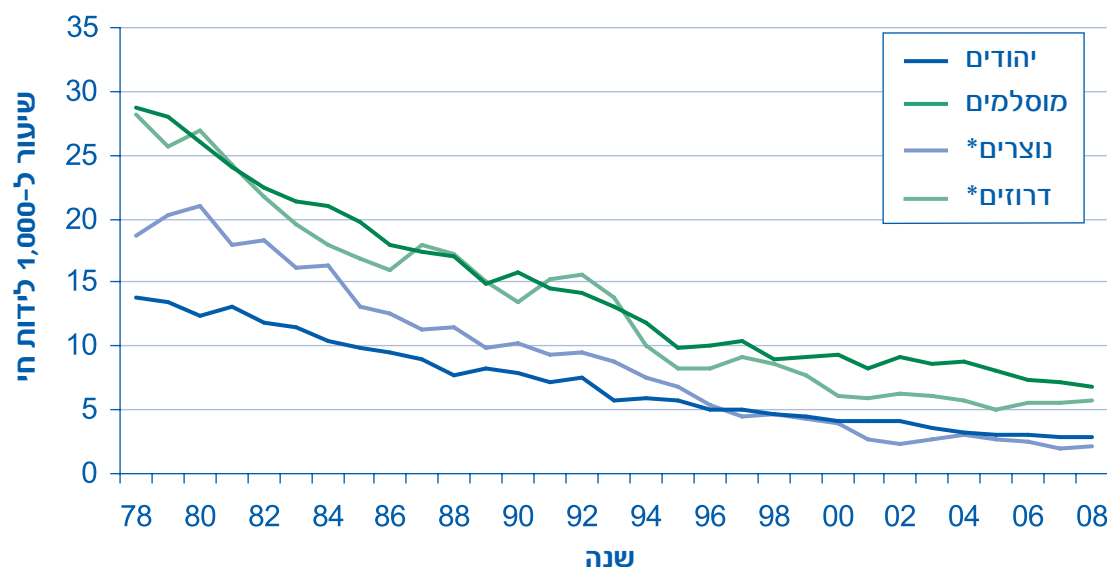
הירידה בשיעורי תמותת התינוקות ניכרת בכל קבוצות האוכלוסייה ובכל המגזרים (תרשים 3). משנת 1978 עד לשנת 2008 ירד שיעור תמותת התינוקות בתינוקות יהודים בכ-79% (מ-13.8 פטירות ל-1,000 לידות חי בשנת 1978, ל-2.9 פטירות ל-1,000 לידות חי בשנת 2008), במוסלמים בכ-76% (מ-28.7 פטירות ל-1,000 לידות חי בשנת 1978, ל-6.8 פטירות ל-1,000 לידות חי בשנת 2008), בדרוזים בכ-77% (מ-24.4 פטירות ל-1,000 לידות חי בשנת 1978, ל-5.5 פטירות ל-1,000 לידות חי בשנת 2008), ובתינוקות נוצרים חלה הירידה הגדולה ביותר, כ-91% (מ-17.4 פטירות ל-1,000 לידות חי בשנת 1978, ל-1.6 פטירות ל-1,000 לידות חי בשנת 2008) (מספרים קטנים בקבוצה זו) (תרשים 3)⁽²⁾.

עם השנים, הולכים ומצטמצמים ההפרשים בשיעורי תמותת התינוקות בין האוכלוסייה היהודית לאוכלוסייה הערבית. עם זאת, היחס בין השיעורים נשאר. לאורך השנים, שיעור תמותת התינוקות ביהודים היה כמחצית מהשיעור בערבים. שיעורי תמותת התינוקות הגבוהים ביותר היו באוכלוסייה המוסלמית ולאחר מכן באוכלוסייה הדרוזית. השיעורים באוכלוסייה הנוצרית היו נמוכים לעומת אלו שנמצאו במוסלמים ודרוזים, והשיעורים הנמוכים ביותר היו באוכלוסייה היהודית. מאמצע שנות ה-90 השתוו השיעורים ביהודים ונוצרים, ושיעורי התמותה בנוצרים אף ירדו מעבר לשיעורים ביהודים (תרשים 3)⁽²⁾.

תרשים 2: מגמות בתמותת תינוקות בכלל האוכלוסייה, 1978-2008⁽²⁾: שיעורים ל-1,000 לידות חי



תרשים 3: מגמות בתמותת תינוקות לפי קבוצת דת, 1978-2008⁽²⁾: שיעורים ל-1,000 לידות חי



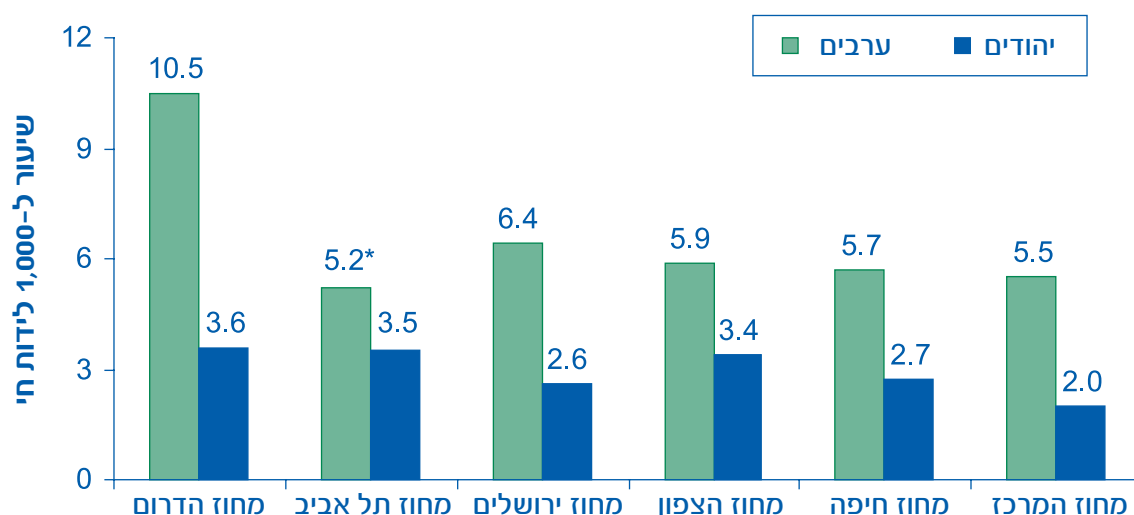
* ממוצע נע עקב מספר מקרים קטן.

5. גורמי סיכון

5.1 תמותת תינוקות לפי מחוז וקבוצת אוכלוסייה

שיעורי תמותת התינוקות באוכלוסייה הערבית גבוהים מאשר באוכלוסייה היהודית, בכל המחוזות⁽²⁾. שיעור תמותת התינוקות הגבוה ביותר באוכלוסייה הערבית הוא במחוז דרום (10.5 ל-1,000), המייצג בעיקר את הבדואים. שיעור זה גבוה פי 2.9 מהשיעור באוכלוסייה היהודית (3.6 ל-1,000). במחוז זה נצפה הפער הגדול ביותר בין שתי קבוצות האוכלוסייה (תרשים 4)⁽²⁾. במקום השני לאחר מחוז דרום נמצא מחוז ירושלים, שבו שיעורי תמותת התינוקות בערבים היו 6.4 ל-1,000 לעומת 2.6 ל-1,000 באוכלוסייה היהודית (שיעור גבוה פי 2.5 בערבים לעומת יהודים) (תרשים 4)⁽²⁾.

תרשים 4: תמותת תינוקות לפי קבוצת אוכלוסייה ומחוז, 2006-2008⁽²⁾: שיעורים ל-1,000 לידות חי

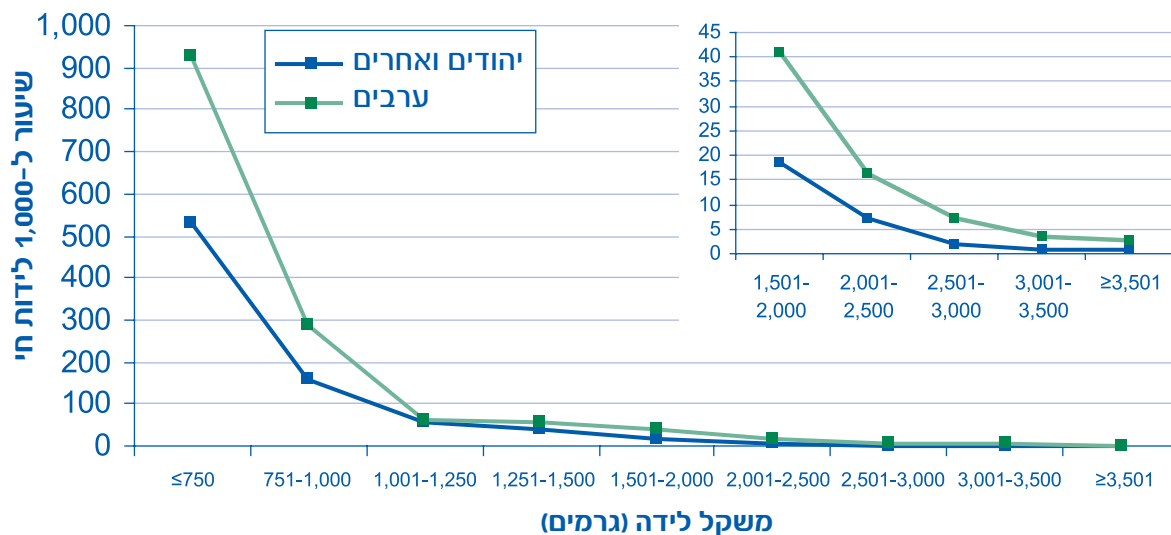


* האוכלוסייה הערבית במחוז תל-אביב קטנה מאד, ושיעור תמותת תינוקות ערבים במחוז זה מבוסס על מספרים קטנים.

5.2 תמותת תינוקות לפי משקל לידה

בתרשים 5 ניתן לראות את הקשר החזק הקיים בין משקל לידה נמוך ותמותת התינוקות. ככל שהמשקל בלידה נמוך יותר, כך שיעור תמותת התינוקות גבוה יותר. כמו כן, בקרב תינוקות בעלי משקל לידה נמוך, התמותה גבוהה יותר בערבים מאשר ביהודים⁽³⁾. בשנת 2005, שיעור תמותת תינוקות יהודים שנולדו במשקל הנמוך או שווה ל-750 גרם, היה 532.3 ל-1,000 לידות חי, ו-927.3 ל-1,000 לידות חי בקרב הערבים. בקטגוריית המשקל הבאה, 751-1,000 גרם, יש ירידה ניכרת בשיעור התמותה: 160 ל-1,000 בתינוקות יהודים ו-288.5 ל-1,000 בתינוקות ערבים. שיעורי התמותה ממשיכים לרדת עם העלייה במשקל הלידה (תרשים 5)⁽³⁾.

תרשים 5: תמותת תינוקות לפי משקל* בלידה וקבוצת אוכלוסייה, 2005⁽³⁾: שיעורים ל-1,000 לידות חי



* שיעורי התמותה ממשקל 1,500 גרם ומעלה מוצגים בנוסף בהגדלה בגרף.

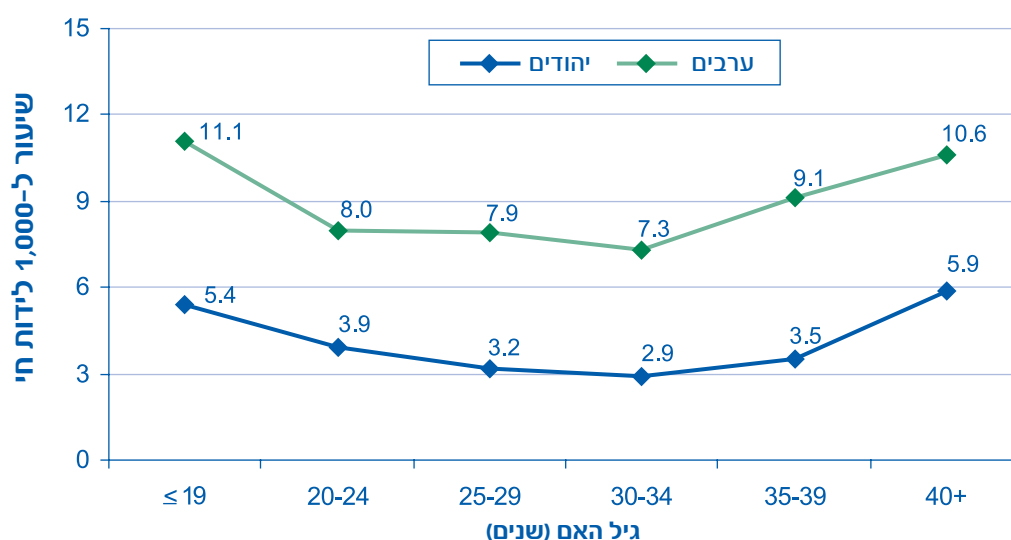
תמותת תינוקות במשקל לידה נמוך מאוד לאחר שחרורם מבית החולים

במחקר שנערך בין השנים 1995-2003, על 10,602 תינוקות במשקל לידה נמוך מאוד (תינוקות מלנ"מ) מכל 28 מחלקות הפגים ברחבי הארץ, נמצא בניתוח רב משתני כי הסיכוי לתמותת תינוקות לאחר השחרור גבוה יותר באמהות יהודיות שהשכלתן נמוכה מ-9 שנות לימוד, ובאמהות ממוצא ערבי בגילאים נמוכים מ-34 שנים. כמו כן נמצא כי תמותת תינוקות מלנ"מ לאחר שחרורם מבית החולים קשורה לכל אחד מהמשתנים הבאים באופן עצמאי: מומים מולדים, פרכוסים נאונטלים (neonatal seizures), אנטרוקוליטיס נקרוזי (necrotizing enterocolitis), ומחלת ריאות משנית לפגות (Bronchopulmonary dysplasia)⁽⁶⁾.

5.3 תמותת תינוקות לפי גיל האם

שיעורי תמותת התינוקות הגבוהים ביותר הינם בילודים לאימהות הצעירות ביותר (מתחת לגיל 20) והמבוגרות ביותר (מעל גיל 40). ממצא זה נכון גם ביהודים וגם בערבים (תרשים 6)⁽¹⁾.

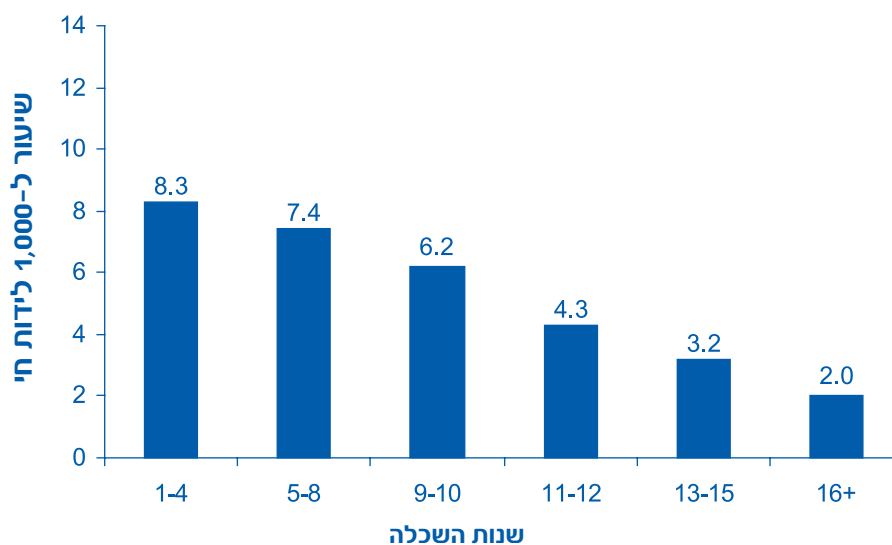
תרשים 6: תמותת תינוקות לפי גיל האם וקבוצת אוכלוסייה, 2003-2004⁽¹⁾: שיעורים ל-1,000 לידות חי



5.4 תמותת תינוקות לפי השכלת האם

בתרשים 7 מוצגים שיעורי תמותת התינוקות בשנים 2006-2008 לפי השכלת האם⁽⁷⁾. ניתן לראות כי שיעורי תמותת התינוקות הגבוהים ביותר נמצאים באמהות עם המספר הנמוך ביותר של שנות השכלה. בשנת 2008, שיעור תמותת התינוקות לאמהות בעלות פחות מ-11 שנות השכלה (5.3 ל-1,000 לידות חי) היה גבוה פי 2.0 מהשיעור בנשים עם למעלה מ-13 שנות השכלה (2.6 ל-1,000 לידות חי)⁽⁷⁾.

תרשים 7: תמותת תינוקות לפי השכלת האם, 2006-2008⁽⁷⁾: שיעורים ל-1,000 לידות חי



6. שיעורי תמותה לפי גיל התינוק

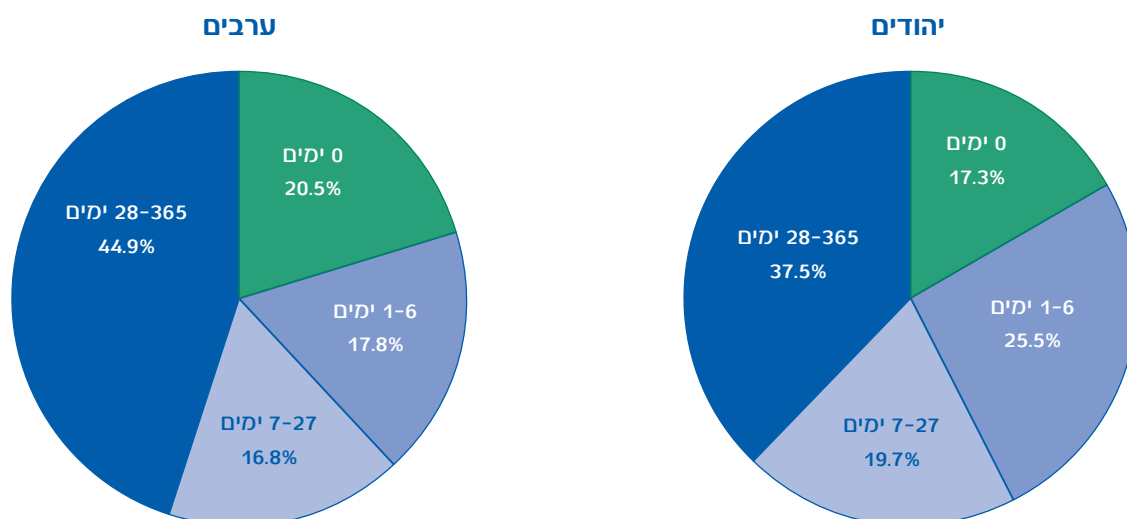
תמותת התינוקות מתייחסת לתינוקות שנפטרו לפני יום הולדתם הראשון. נהוג להציג שיעורי תמותה לפי גיל התינוק בעת הפטירה. פטירה נאונטלית הינה פטירה של תינוקות לפני שמלאו להם ארבע שבועות מלאים (פחות מ-28 ימים). פטירה נאונטלית מחולקת לשתי קבוצות: "מוקדמת" - תינוקות שנפטרו לפני תום השבוע הראשון לחייהם (פחות מ-7 ימים); ו"מאוחרת" - תינוקות שנפטרו בין 7 ל-27 ימים לחייהם. פטירה פוסט-נאונטלית מוגדרת כפטירה של תינוקות מגיל ארבעה שבועות ועד 12 חודשים (28-365 ימים)⁽¹⁾. בין השנים 2005-2007 (נתונים מקובצים), שיעור תמותת התינוקות בכלל האוכלוסייה היה 4.1 ל-1,000 לידות חי. שיעור התמותה הנאונטלית (0-27 ימים), 2.5 ל-1,000, היה גבוה פי 1.6 משיעור התמותה הפוסט-נאונטלית (28-365 ימים), 1.6 ל-1,000. ביהודים ובערבים שיעור התמותה הנאונטלית היה גבוה משיעור התמותה הפוסט-נאונטלית (טבלה 2)⁽²⁾.

טבלה 2: תמותת תינוקות לפי קבוצת אוכלוסייה וגיל, 2005-2007⁽²⁾: שיעורים ל-1,000 לידות חי

קבוצת אוכלוסייה	תמותה בגיל 0-27 ימים	תמותה בגיל 28-365 ימים	סך הכל
יהודים	1.9	1.0	3.0
ערבים	4.0	3.2	7.2
סך הכל	2.5	1.6	4.1

בשנת 2005 כ-40% מהתינוקות שנפטרו בישראל היו בני 0-6 ימים (תמותה נאונטלית מוקדמת)⁽³⁾. אחוז הפטירות של תינוקות בשבוע הראשון לחייהם גבוה יותר בתינוקות יהודים (42.8%) מאשר בתינוקות ערבים (38.3%). לעומת זאת, 45% מהפטירות בתינוקות ערבים היו בבני 28-365 ימים (תמותה פוסט ניאונטלית) לעומת 38% מהפטירות בתינוקות יהודים (תרשים 8)⁽³⁾.

תרשים 8: התפלגות הפטירות בתינוקות לפי גיל וקבוצת אוכלוסייה, 2005⁽³⁾: אחוז מכלל הפטירות



7. סיבות מוות עיקריות

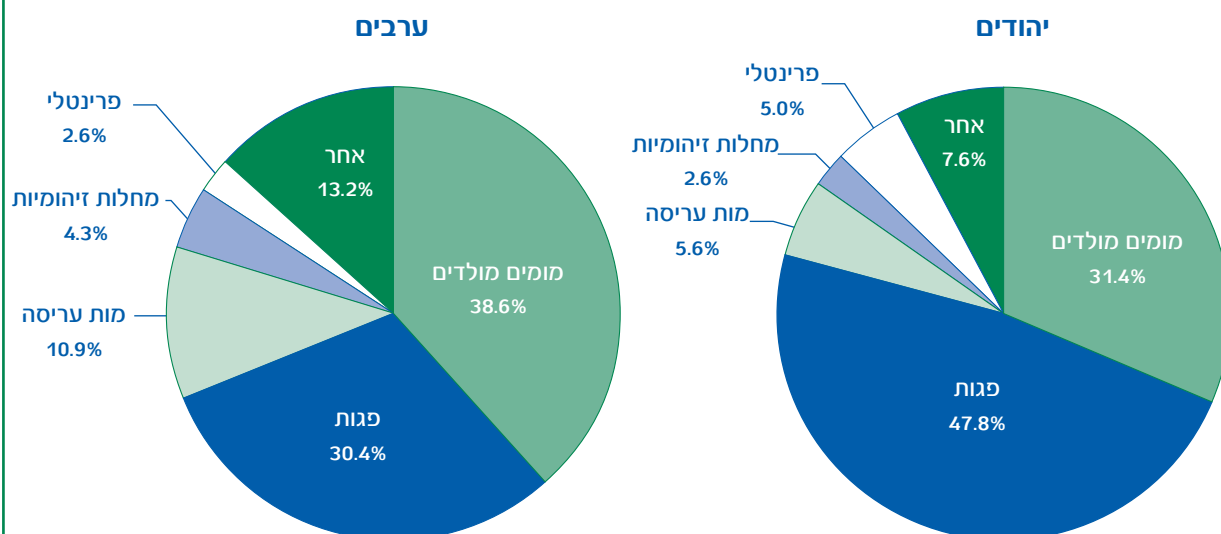
7.1 התפלגות הפטירות לפי סיבת המוות

הנתונים אודות סיבות המוות העיקריות מבוססים על "דוח תמותת תינוקות וילדים מתחת לגיל 5 בישראל"⁽³⁾ משנת 2005, השנה המעודכנת ביותר לדוח בעת הכנת פרק זה.

סיבת המוות העיקרית בקרב תינוקות עד גיל שנה בכלל אוכלוסיית ישראל בשנת 2005 הייתה פגות. בשנה זו נפטרו 255 תינוקות מסיבות הקשורות בהיותם פגים (39.6% מכלל הפטירות בתינוקות)⁽³⁾. גורם התמותה השני היה מומים מולדים, שהיווה הגורם ל-34.8% מהפטירות (224 פטירות)⁽³⁾.

התפלגות סיבות המוות העיקריות שונה ביהודים ובערבים. בתינוקות יהודים, פגות הינה סיבת המוות העיקרית. 47.8% מהפטירות בתינוקות יהודים היו מסיבות הקשורות לפגות, לעומת 30.4% בתינוקות ערבים. סיבת המוות העיקרית בתינוקות ערבים הייתה מומים מולדים, שגרמו ל-38.6% מכלל הפטירות. בתינוקות יהודים, מומים מולדים היו הסיבה ל-31.4% מהפטירות (תרשים 9)⁽³⁾.

תרשים 9: התפלגות הפטירות בתינוקות לפי סיבת המוות וקבוצת אוכלוסייה, 2005⁽³⁾: אחוז מכלל הפטירות



7.2 שיעורי תמותה לפי סיבה וקבוצת אוכלוסייה

שיעורי תמותת התינוקות לפי סיבת מוות מובאים בטבלה 3⁽³⁾. שיעור התמותה ממומים מולדים בתינוקות ערבים הינו 3.1 פטירות ל-1,000 לידות חי, בהשוואה ל-1.0 ל-1,000 ביהודים. שיעור התמותה כתוצאה מסיבות הקשורות בפגות היה 2.4 ל-1,000 בתינוקות ערבים לעומת 1.5 ל-1,000 ביהודים (טבלה 3)⁽³⁾. הפער הגדול ביותר בין שתי האוכלוסיות נמצא בתמותה כתוצאה מגורם חיצוני. בנוסף, נצפה פער גדול בתמותה ממוות בעריסה (טבלה 3)⁽³⁾.

טבלה 3: תמותת תינוקות לפי קבוצת אוכלוסייה וסיבת המוות, 2005⁽³⁾: שיעורים ל-1,000 לידות חי

יחס שיעורים ערבים/יהודים	קבוצת אוכלוסייה		סיבת מוות
	ערבים	יהודים ואחרים	
1.6	2.42	1.54	פגות
3.0	3.07	1.01	מומים מולדים
4.8	0.87	0.18	מוות בעריסה
1.4	0.21	0.15	פרינטלי
3.8	0.34	0.09	מחלות זיהומיות
21.0	0.21	0.01	גורם חיצוני
3.0	0.39	0.13	אחר
4.1	0.45	0.11	לא ידוע

8. יעדי הצהרת המילניום של האו"ם

בשנת 2000, נוסחה ונחתמה "הצהרת המילניום" של האו"ם המגדירה את "יעדי התפתחות המילניום", יעדים להשגה עד לשנת 2015. בין יעדים אלו מוגדר כי יש לפעול להורדת שיעור תמותת התינוקות בשני שליש (2/3), מ-1990 עד לשנת 2015⁽⁸⁾.

בין שנת 1990 ועד לשנת 2008, ירדו שיעורי תמותת התינוקות בכלל האוכלוסייה ב-61.6%, מ-9.9 ל-1,000 לידות חי בשנת 1990 ל-3.8 ל-1,000 בשנת 2008. מכאן, שירידה נוספת של 4.8% בלבד, תוביל להשגת יעד המילניום לשנת 2015: 3.3 מקרי מוות ל-1,000 לידות חי⁽²⁾.

בכל קבוצות האוכלוסייה (יהודים, מוסלמים, נוצרים ודרוזים) חלה ירידה ניכרת בשיעורי התמותה משנת 1990 ועד לשנת 2008. ביהודים שיעור תמותת התינוקות ירד ב-63.3% משנת 1990 (7.9 ל-1,000) ועד שנת 2008 (2.9 ל-1,000). במוסלמים שיעור זה ירד ב-57.0% משנת 1990 (15.8 ל-1,000) ועד שנת 2008 (6.8 ל-1,000), בדרוזים, הייתה ירידה של 59.3% מ-13.5 ל-1,000 בשנת 1990 עד 5.5 ל-1,000 בשנת 2008⁽²⁾.

יעד המילניום עבור אוכלוסיית הנוצרים בישראל הינו 3.4 פטירות ל-1,000. קבוצת אוכלוסייה זו הגיעה ליעד זה כבר בשנת 2001, בה היה שיעור התמותה 2.7 ל-1,000. מגמת ירידה זו נמשכה, ובשנת 2008 שיעור התמותה (1.6 ל-1,000) היווה ירידה כוללת של 78.6% בהשוואה לשנת 1990⁽²⁾.

9. השוואה בין-לאומית

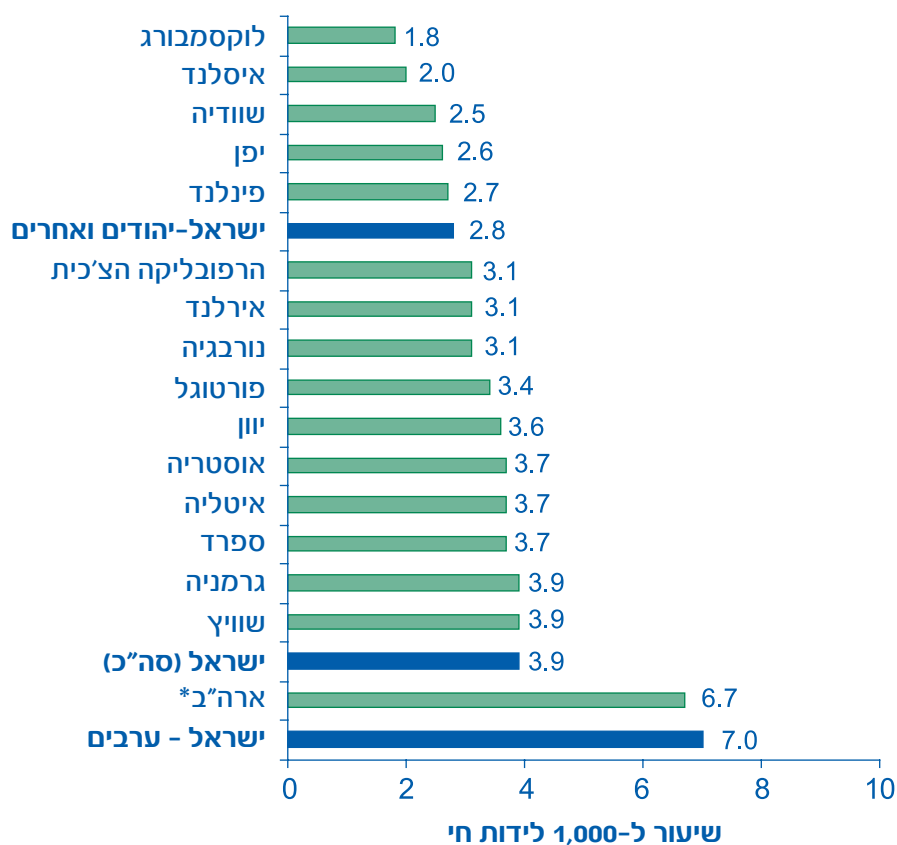
9.1 תמותת תינוקות בשנת 2007

שיעור תמותת התינוקות בכלל אוכלוסיית ישראל בשנת 2007 (3.9 ל-1,000) היה זהה לשיעורים שנמצאו בגרמניה ושווייץ, וגבוה לעומת השיעורים שנמצאו בשאר מדינות חברות ארגון ה-OECD (Organization for Economic Co-operation and Development), למעט ארה"ב (6.7 ל-1,000). שיעורי תמותת התינוקות הנמוכים ביותר היו בלוקסמבורג, איסלנד ושוודיה (תרשים 10)^(4,2).

שעורי התמותה באוכלוסייה היהודית בישראל מדורגים במקום השישי בין שאר המדינות חברות ה-OECD עם שיעורי התמותה הנמוכים ביותר, ודומים לשיעורים שנמצאו ביפן ופינלנד; שיעור תמותת התינוקות באוכלוסייה הערבית הינו הגבוה ביותר (7.0 ל-1,000) ונמצא במקום האחרון בהשוואה למדינות חברות ה-OECD המוצגות כאן (תרשים 10)^(4,2).

יש לציין כי, למרות השיעורים השונים במדינות השונות, ההבדלים בין מדינה למדינה קטנים (תרשים 10)^(4,2).

תרשים 10: תמותת תינוקות ב-15 המדינות חברות ה-OECD עם השיעורים הנמוכים ביותר, בארה"ב, ובישראל, 2007^(4,2): שיעורים ל-1,000 לידות חי



* השיעור בארה"ב מוצג לשנת 2006, השנה המאוחרת ביותר עבורה היו נתונים.

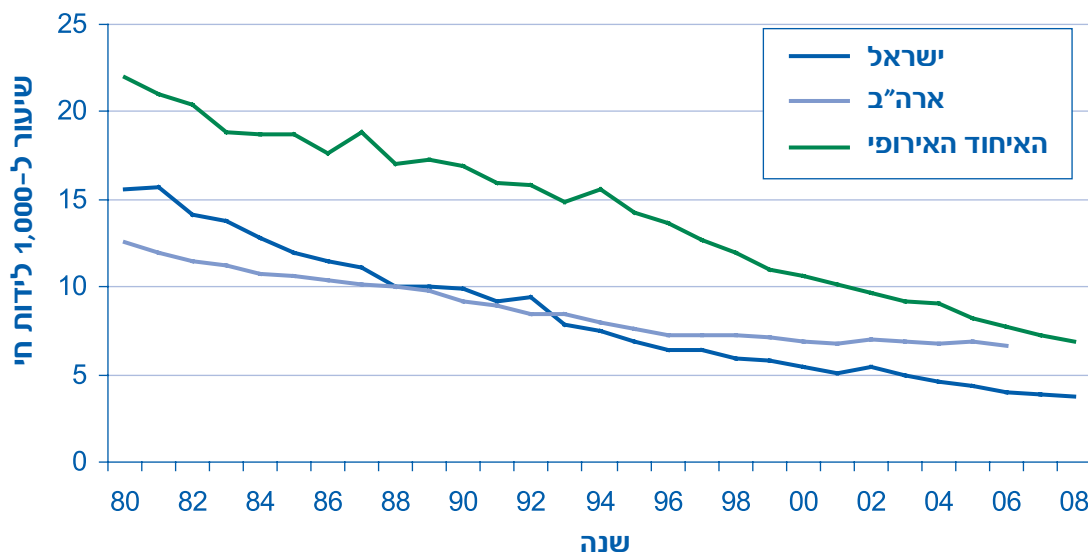
9.2 מגמות בתמותת תינוקות

בתרשים 11 מוצגים שיעורי תמותת התינוקות בין השנים 1980 ל-2008, בישראל⁽²⁾, בארה"ב⁽⁹⁾ ובאיחוד האירופי⁽⁵⁾. בכל האוכלוסיות האלה הייתה ירידה ניכרת בשיעורי תמותת התינוקות ב-28 השנים האחרונות^(9,5,2). בארה"ב, שיעור תמותת התינוקות ירד ב-46.8%, מ-12.6 ל-1,000 לידות חי ב-1980, ל-6.7 ל-1,000 ב-2006 (השנה המאוחרת ביותר עבורה היו נתונים)⁽⁹⁾. באיחוד האירופאי (שיעור ממוצע לכלל מדינות האיחוד), שיעור תמותת התינוקות היה ב-1980, 21.9 ל-1,000, וירד ב-68.5%, ל-6.9 ל-1,000 בשנת 2008⁽⁵⁾. בהשוואה לארה"ב ולאיירופה, בישראל נצפתה הירידה הגדולה ביותר בתמותת התינוקות (75.7%), מ-15.6 ל-1,000 ב-1980 ל-3.8 ל-1,000 בשנת 2008⁽²⁾ (תרשים 11)^(9,5,2).

לאורך כל השנים, שיעורי תמותת התינוקות בישראל היו נמוכים מהשיעורים באירופה^(5,2). בשנת 1980 שיעור תמותת התינוקות בישראל (15.6 ל-1,000) היה נמוך ב-28.8% לעומת השיעור באירופה באותה שנה (21.9 ל-1,000), ובשנת 2008 השיעור בישראל (3.8 ל-1,000) היה נמוך ב-44.9% לעומת השיעור באירופה באותה שנה (6.9 ל-1,000)^(5,2) (תרשים 11)^(9,5,2).

בתחילת שנות ה-80, שיעורי תמותת התינוקות בארה"ב היו נמוכים מהשיעורים בישראל. בשנת 1993 המגמה התחלפה, ומשנה זו ואילך שיעורי תמותת התינוקות בישראל נמוכים מאלו בארה"ב, והפער בין שתי המדינות הולך וגדל^(9,2) (תרשים 11)^(9,5,2).

תרשים 11: תמותת תינוקות בישראל, ארה"ב ואירופה, 1980-2008^(9,5,2): שיעורים ל-1,000 לידות חי



10. ביבליוגרפיה

1. הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה ומשרד הבריאות, תחום מידע. תמותת תינוקות 1997-2004: מאפיינים דמוגרפיים ובריאותיים. ירושלים, 2008.
2. הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. שנתון סטטיסטי לישראל 2009, פרסום 60, ירושלים, 2009.
3. דו"ח תמותת תינוקות וילדים מתחת לגיל 5 בישראל בשנת 2005. המחלקה לאם לילד ולמתבגר, משרד הבריאות, דצמבר 2006.
4. Organization for Economic Co-operation and Development. OECD Health Data 2009 - Version: November 09. Available at: <http://www.ecosante.org/oecd.htm>.
5. European Health for All Database (HFA-DB). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010.
6. Kugelman A, Reichman B, Chistyakov I, Boyko V, Levitski O, Lerner-Geva L, Riskin A, Bader D; Israel Neonatal Network. Postdischarge infant mortality among very low birth weight infants: a population-based study. Pediatrics. 2007;120(4):e788-94.
7. נתונים באדיבות שירותי מידע ומחשוב, תחום מידע, משרד הבריאות.
8. United Nations. United Nations Millennium Development Goals - Goal 4: Reduce Child Mortality. Available at: <http://www.un.org/millenniumgoals/childhealth.shtml> (accessed 29.04.10).
9. National Center for Health Statistics. Health United States, 2009. Hyattsville, Maryland: 2010.

מומים מולדים ומחלות תורשתיות

נקודות עיקריות

מומים מולדים - כללי

- בשנת 2008, דווח בישראל על 2,576 ילודים שאובחנו עם מום מולד: 71.0% מהם באוכלוסייה היהודית (ל-15.5 לידות חי) ו-29.0% באוכלוסייה הערבית (ל-19.2 לידות חי).
- בשנים 2001-2008 נצפתה עלייה בדיווח על מומים מולדים באוכלוסייה הערבית.

מומים מולדים לפי מערכת

- המומים המולדים השכיחים ביותר בשנת 2008 היו מומים במערכת הלב וכלי הדם (42.5% מכלל המומים המולדים ביהודים ו-42.1% מכלל המומים המולדים בערבים).

מומים פתוחים בתעלת העצבים

- בשנת 2009 אובחנו 150 מקרים של מומים מולדים פתוחים בתעלת העצבים (110 ביהודים, 26 במוסלמים שאינם בדואים ו-14 בבדואים). חלקם אובחנו בהריונות שהופסקו וחלקם בלידות מת ובתינוקות שנולדו.
- בין השנים 1999-2001 והשנים 2007-2009, נצפתה ירידה בשיעור התינוקות שנולדו עם מומים פתוחים בתעלת העצבים המרכזית: ביהודים השיעור ירד מ-11.4 ל-10,000 לידות חי בשנים 1999-2001 ל-8.4 ל-10,000 לידות חי בשנים 2007-2009. בערבים מוסלמים (ללא בדואים) השיעור ירד מ-21.8 ל-9.2 ל-10,000 לידות חי, בהתאמה.

מחלות תורשתיות

- מחלות תורשתיות שכיחות יחסית באוכלוסייה הערבית (עקב השיעור הגבוה של נישואי קרובים), ומהוות גורם סיכון לתחלואה ותמותה.
- בישראל נפוצה מחלת הביטא תלסמיה בעיקר באוכלוסייה הערבית (שכיחות המחלה 5%-10%).

תסמונת דאון

- בשנים 2008-2009 אובחנה תסמונת דאון ב-643 הריונות: 530 ביהודים ו-113 בערבים. 12 הריונות נמשכו ללידה ביהודיות ו-7 בערביות.
- בנשים מעל גיל 35 שנים, נצפתה בשנים 2002-2009 ירידה בשיעורי הילודים עם תסמונת דאון בקרב נשים יהודיות, לעומת יציבות בערביות.
- בשנים 2008-2009, נולדו 178 תינוקות יהודים ו-87 תינוקות ערבים עם תסמונת דאון.

תמותה ממומים מולדים

- מומים מולדים הם סיבת המוות העיקרית בתינוקות וילדים עד גיל ארבע שנים באוכלוסייה הערבית.
- בין השנים 1979-2007 ירדו שיעורי התמותה ממומים מולדים בבני 0-4 שנים, ביהודים ובערבים.

אבחון טרום לידתי

- בסקר שנערך בשנת 2010 נמצא כי שיעור הנשים המבצעות את בדיקת התבחין המשולש היה גבוה יותר בנשים ערביות מוסלמיות (69.1%) מאשר בנשים יהודיות (60.9%).
- שיעור ביצוע בדיקת מי שפיר (לזיהוי הפרעות כרומוזומליות בעובר) בנשים בנות 35 שנים ומעלה היה 46.9% בנשים יהודיות ו-15.8% בנשים מוסלמיות.

הפסקת הריון בשל מום בעובר

- בשנת 2008, אושרו 3,640 הפסקות הריון עקב מומים בעובר או מצבים פרה-נטאליים פתולוגים (באם או בעובר), שהיוו 18.8% מכלל הסיבות להפסקות הריון (18.5% מכלל האישורים ביהודיות ו-25.7% מכלל האישורים בערביות).

מומים מולדים ומחלות תורשתיות

1. מומים מולדים

1.1 רקע

מומים מולדים מהווים את סיבת המוות המובילה בתינוקות ערבים בישראל ואת סיבת המוות השנייה בתינוקות יהודים, לאחר פגות. בפרק זה מוצג מידע על מומים המתגלים בלידה, החייבים בדיווח למחלקה לאם, לילד ולמתבגר שבמשרד הבריאות. ניתוח הנתונים נעשה במחלקה זו וכן בלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.

בטבלה 1 מוצגים נתונים על המומים המולדים שדווחו בשנת 2008, על פי הסיווג הבין-לאומי של המחלות (ICD-10). בשנת 2008 דווח על 2,576 ילודים שאובחנו עם מום מולד, מהם 71.0% יהודים (1,830 ילודים) ו-29.0% ערבים (746 ילודים). שיעור המומים המולדים המדווחים היה 15.5 ל-1,000 לידות חי באוכלוסייה היהודית ו-19.2 ל-1,000 לידות חי באוכלוסייה הערבית (יחס שיעורים ערבים/יהודים ואחרים הוא 1.2) (טבלה 1)⁽¹⁾.

טבלה 1: ילודים עם מומים מולדים החייבים בדיווח, לפי קבוצת אוכלוסייה, 2008⁽¹⁾:
מספרים מוחלטים ושיעורים ל-1,000 לידות חי

קבוצת אוכלוסייה	לידות חי	ילודים עם מומים החייבים בדיווח	שיעור ל-1000 לידות חי
יהודים ואחרים	118,062	1,830	15.5
ערבים	38,785	746	19.2
סך הכל	156,847	2,576	16.4

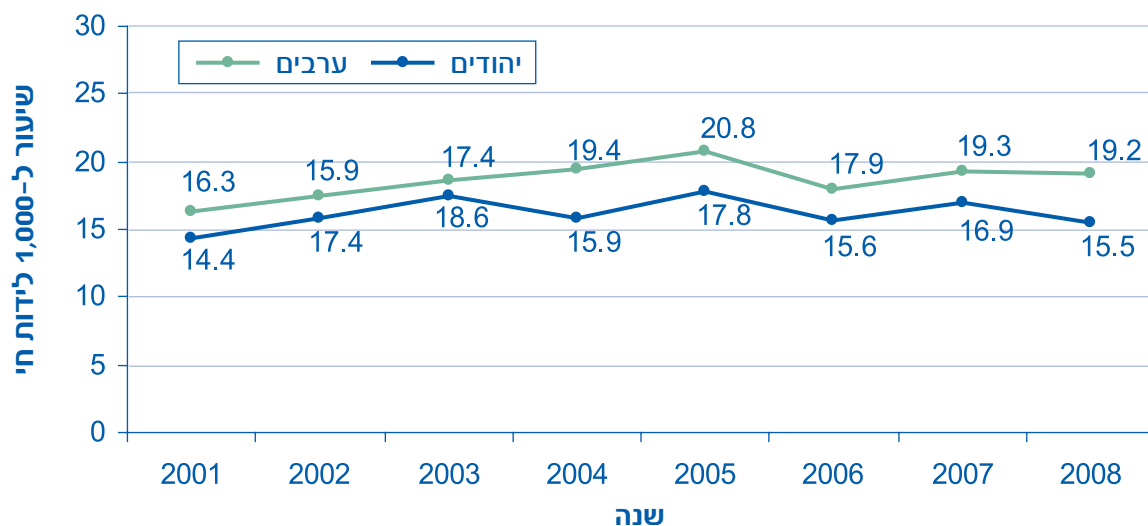
1.2 מגמות

בשנים 2001-2008 נצפתה יציבות בשיעור המומים המולדים באוכלוסייה היהודית. באוכלוסייה הערבית נצפתה עליה בשיעורים באותה תקופה, מ-16.3 ל-1,000 לידות חי ל-19.2 ל-1,000 לידות חי (תרשים 1). עלייה זו יכולה לשקף, בין היתר, עלייה בדיווח על מומים מולדים מבתי החולים למשרד הבריאות ולא בהכרח עליה בשיעור המומים בילודים⁽¹⁾.

מומים מולדים ומחלות תורשתיות

תרשים 1: מגמות בשיעורי המומים המולדים המאובחנים בלידה, לפי קבוצת אוכלוסייה,

2001-2008⁽¹⁾ שיעורים ל-1,000 לידות חי



1.3 מומים מולדים לפי מערכת

42.5% מהמומים המולדים באוכלוסייה היהודית בשנת 2008 ו-42.1% מהמומים באוכלוסייה הערבית היו במערכת הלב וכלי הדם. כמעט בכל המערכות שכיחות המומים גבוהה יותר באוכלוסייה הערבית בהשוואה לאוכלוסייה היהודית (טבלה 2)⁽¹⁾.

טבלה 2: המומים המולדים המאובחנים בלידה, לפי קבוצת אוכלוסייה, 2008⁽¹⁾: מספרים מוחלטים

ושיעורים ל-1,000 לידות חי

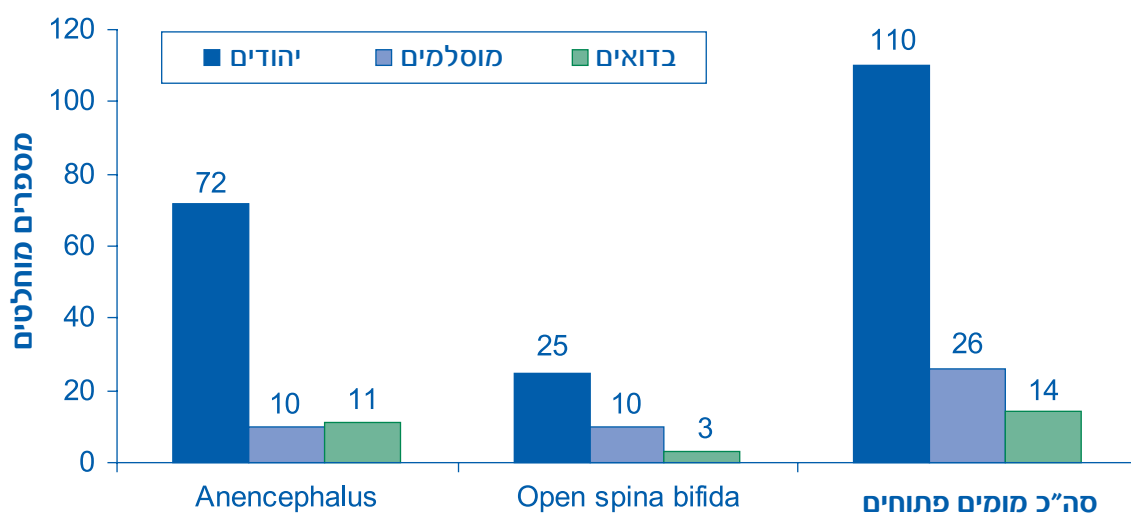
מערכת	יהודים ואחרים		ערבים		יחס שיעורים בין ערבים ליהודים ואחרים
	מספר מקרים	שיעור ל-1,000 לידות חי	מספר מקרים	שיעור ל-1,000 לידות חי	
לב וכלי הדם	779	6.89	314	8.14	1.18
אברי המין והשתן	408	3.61	134	3.47	0.96
שרירים ושלד	337	2.98	113	2.93	0.98
אנומליות כרומוזומליות	87	0.77	40	1.04	1.35
העצבים	58	0.51	43	1.11	2.18
עניים, פנים וצוואר	71	0.63	56	1.45	2.31
העיכול	55	0.49	22	0.57	1.16
הנשימה	10	0.09	8	0.21	2.33
אחרים	26	0.23	16	1.41	6.13
סך הכל**	1,831	16.20	746	19.33	1.19

מומים מולדים ומחלות תורשתיות

1.4 מומים פתוחים בתעלת העצבים

לפי נתוני המחלקה לגנטיקה קהילתית שבמשרד הבריאות, בשנת 2009 אובחנו 110 מקרים של מומים מולדים פתוחים בתעלת העצבים ביהודים, 26 במוסלמים (שאינם בדואים) ו-14 בבדואים⁽²⁾. חלק מהאבחנות נעשו במהלך ההריון והריונות אלה הופסקו, וחלקם התגלו בלידות מת או בתינוקות שנולדו. בשנת 2009, 38.5% מהמומים הפתוחים בתעלת העצבים בקרב מוסלמים לא בדואים היו שסעת פתוחה של השדרה (Open spina bifida) (10 מתוך 26) ואנאנצפאלוס (Anencephalus) (10 מתוך 26) (תרשים 2)⁽²⁾. בשנת 2009 נולדו 23 תינוקות עם מום פתוח בתעלת העצבים (3.8 ל-10,000 לידות חי בערבים ו-0.6 ל-10,000 לידות חי ביהודים)⁽²⁾.

תרשים 2: מומים פתוחים בתעלת העצבים* לפי קבוצת אוכלוסייה**, 2009⁽²⁾: מספרים מוחלטים



* מומים שאובחנו בזמן ההריון ולאחר הלידה (כולל לידות חי, הפסקות הריון ולידות מת).
 ** אין נתונים לגבי נוצרים ודרוזים.

מגמות בהיארעות מומים פתוחים בתעלת העצבים

בטבלה 3 מוצגות מגמות בהיארעות מומים פתוחים בתעלת העצבים לפי סוג המום וקבוצת אוכלוסייה, בכל שלוש שנים, בין השנים 1999-2009. בשנים 2007-2009 היה שיעור ההיארעות באוכלוסייה הערבית המוסלמית (ללא בדואים) 9.2 ל-10,000 לידות חי, ו-22.7 ל-10,000 לידות חי בבדואים, לעומת 8.4 ל-10,000 לידות חי באוכלוסייה היהודית. בכל סוגי המומים הפתוחים בתעלת העצבים, השיעורים הגבוהים ביותר נמצאו באוכלוסייה הבדואית (טבלה 3)⁽²⁾.

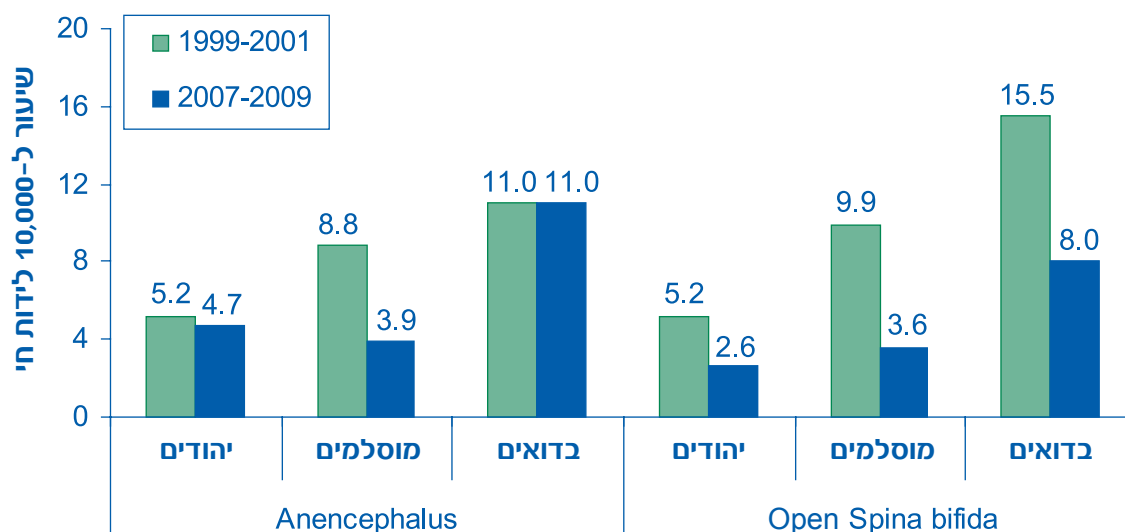
מומים מולדים ומחלות תורשתיות

טבלה 3: מגמות בהיארעות מומים פתוחים בתעלת העצבים לפי קבוצת אוכלוסייה, 1999-2009⁽²⁾:
שיעורים ל-10,000 לידות חי

שנים	Anencephalus			Open Spina Bifida			סה"כ המומים הפתוחים בתעלת העצבים		
	יהודים	מוסלמים	בדואים	יהודים	מוסלמים	בדואים	יהודים	מוסלמים	בדואים
1999-2001	5.2	8.8	11.0	5.2	9.9	15.5	11.4	21.8	29.0
2002-2004	7.1	6.9	16.0	3.2	5.4	14.0	11.4	14.2	14.5
2007-2009	4.7	3.9	11.0	2.6	3.6	8.0	8.4	9.2	22.7

בשנים 2009-2007, התקופה שלאחר פרסום ההמלצה של משרד הבריאות משנת 2000 לנטילת 400 מק"ג חומצה פולית ליום בנשים המתכוונות להרות, נצפתה בכלל האוכלוסייה ירידה משמעותית בשיעור ההיארעות של מומים פתוחים בתעלת העצבים, לעומת השנים 1999-2001 (התקופה שלפני ההמלצה). ביהודים השיעור ירד מ-11.4 ל-10,000 לידות חי בשנים 2001-1999, ל-8.4 ל-10,000 לידות חי בשנים 2009-2007. בערבים מוסלמים (ללא בדואים) השיעור ירד מ-21.8 ל-10,000 ל-9.2 ל-10,000 לידות חי, בהתאמה⁽²⁾. בשנים 2009-2007 נצפתה ירידה של 50%, 63.6% ו-48.4% בשיעור היארעות spina bifida בהשוואה לשנים 2001-1999, ביהודים, בערבים מוסלמים (ללא בדואים) ובבדואים, בהתאמה. גם באנאנצפלוס חלה ירידה ביהודים ובמוסלמים. בבדואים השיעורים נותרו גבוהים (11.0 ל-10,000) (תרשים 3)⁽²⁾.
באשר לגילוי המום בהריון - בערבים נצפתה עליה מתונה באחוז המקרים שהתגלו לפני השבוע ה-13 (מסך כל המקרים שהתגלו בהריון), מ-4.7% בשנים 2000-1999 לכ-8% בשנים 2008-2007. לעומת זאת, ביהודים חל שיפור משמעותי באחוז הגילוי המוקדם בהריון, מכ-35% בשנים 2000-1999 לכ-50% בשנים 2008-2007⁽³⁾.

תרשים 3: היארעות מומים פתוחים בתעלת העצבים בתקופה שלפני ואחרי המלצת משרד הבריאות על נטילת חומצה פולית בנשים המתכוונות להרות, לפי קבוצת אוכלוסייה⁽²⁾:
שיעורים ל-10,000 לידות חי



מומים מולדים ומחלות תורשתיות

2. מחלות תורשתיות

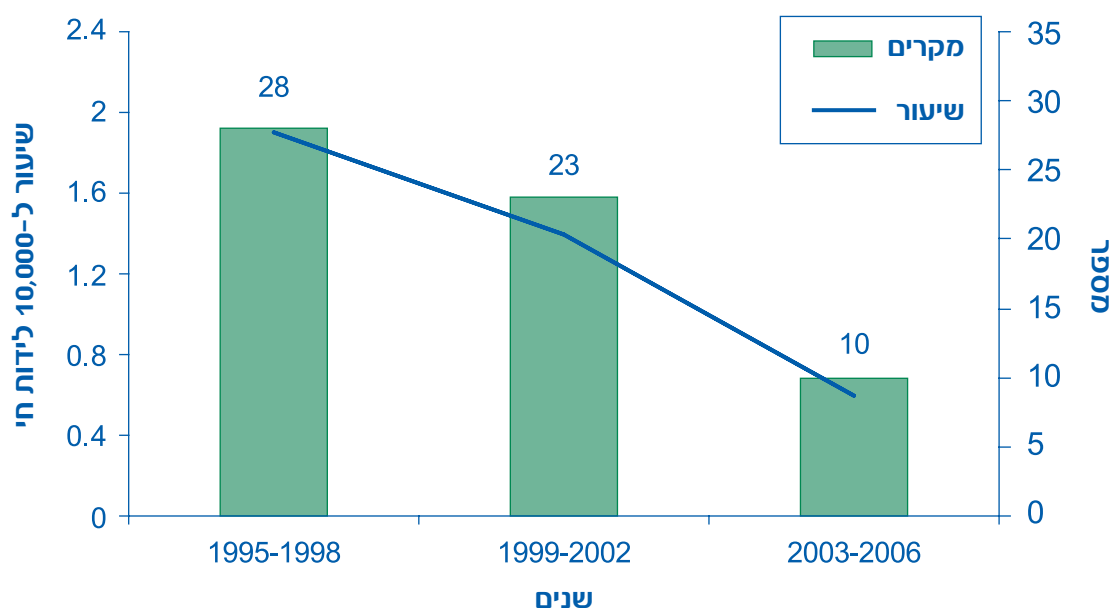
2.1 רקע

מחלות תורשתיות שכיחות יותר באוכלוסייה הערבית עקב השיעור הגבוה של נישואי קרובים⁽⁴⁾. מבין המחלות התורשתיות השכיחות יחסית בכלל האוכלוסייה הערבית במזרח התיכון נכללות ביתא-תלסמיה, חירשות וקדחת ים-תיכונית משפחתית (FMF)⁽⁴⁾.

2.2 ביתא תלסמיה

ביתא תלסמיה הינה המוגלובינופתיה תורשתית המועברת בצורה אוטוסומלית רצסיבית. המחלה נגמרת כתוצאה ממוטציות בגן לביתא גלובין ומתבטאת באנמיה המוליטית כרונית אשר מצריכה טיפול בעירוי דם במשך החיים, או, לחלופין, השתלת מח עצם. באוכלוסייה היהודית בישראל נושאים גן זה כ-20% מיוצאי כורדיסטן. שכיחות הנשאות לגן זה באוכלוסייה הערבית נעה בין 5% ל-10%. ידוע כי מרבית החולים הלוקים בהמוגלובינופתיות (כ-600 חולים) הם חולי ביתא תלסמיה⁽⁵⁾. בעקבות הפעלת התוכנית הארצית של משרד הבריאות למניעת תלסמיה, הכוללת איתור נשאים ובדיקות לאבחון טרום-לידתי של תלסמיה באוכלוסייה שבסיכון⁽⁶⁾, ירד משמעותית מספר החולים החדשים. עם זאת, בכל שנה נולדים בין 5-10 תינוקות חולים באוכלוסייה הערבית. בשנים 1995-2006 נצפתה ירידה משמעותית בשיעורי הילודים החולים בתלסמיה באוכלוסייה הערבית, מ-1.9 ל-10,000 לידות חי בשנים 1995-1998 ל-0.6 ל-10,000 לידות חי בשנים 2003-2006 (תרשים 4)⁽⁶⁾.

תרשים 4: ילודים חולי ביתא תלסמיה באוכלוסייה הערבית, 1995-2006⁽⁶⁾: מספר מקרים ושיעורים ל-10,000 לידות חי



מומים מולדים ומחלות תורשתיות

2.3 תסמונת דאון

בשנת 2009, נולדו 93 ילדים עם תסמונת דאון באוכלוסייה היהודית ו-32 ילדים עם תסמונת דאון באוכלוסייה הערבית. שיעור הלידות עם תסמונת דאון היה נמוך ביהודים לעומת הערבים: 0.80 ו-0.91 ל-1,000 לידות חי, בהתאמה (טבלה 4)⁽⁷⁾.

טבלה 4: לידות עם תסמונת דאון לפי קבוצת אוכלוסייה, 2009⁽⁷⁾: שיעורים ל-1,000 לידות חי

שיעור ממוצע בלידה ל-1,000 לידות חי	סך ילודים עם תסמונת דאון	מספר לידות חי	
0.80	93	116,559	יהודים
0.91	32	35,253	ערבים

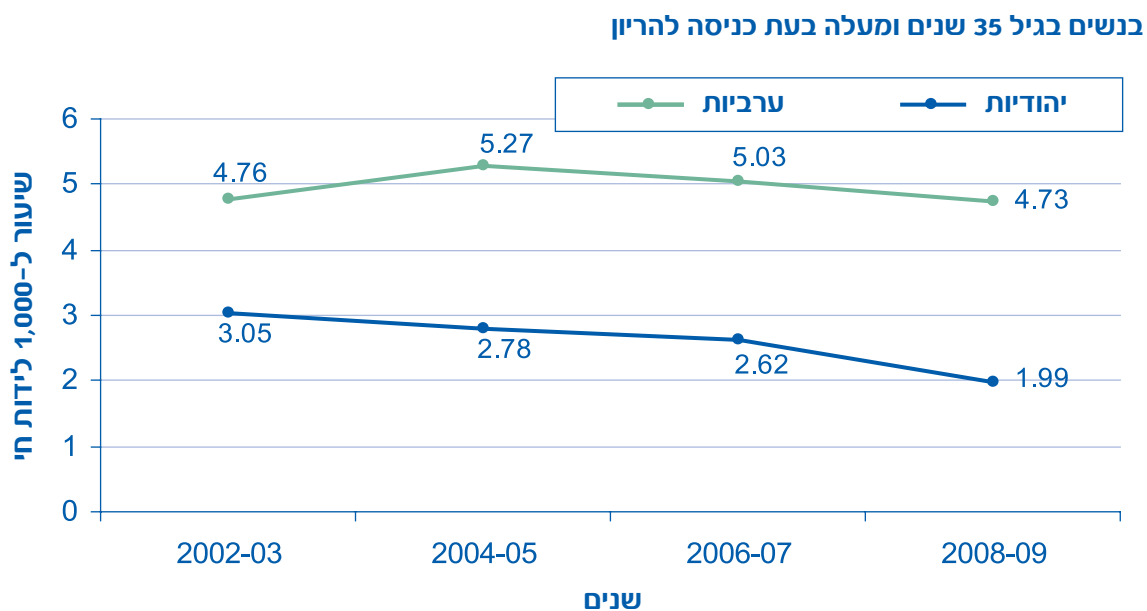
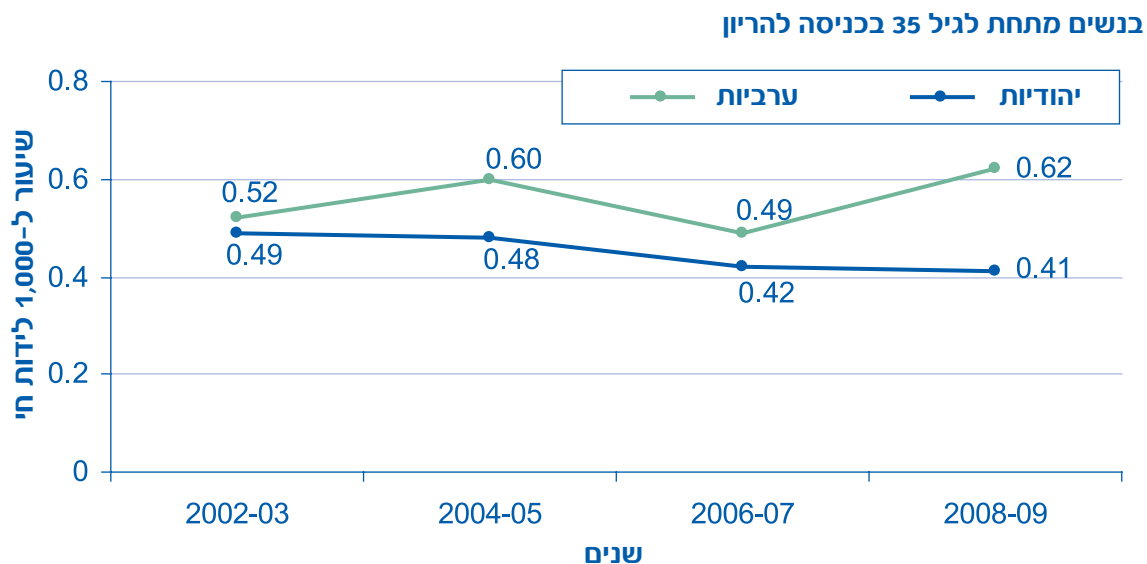
2.3.1 מגמות בלידת ילדים עם תסמונת דאון

בבחינת המגמה בשיעורי התינוקות שנולדו עם תסמונת דאון בשנים 2002-2009 יש להפריד בין האוכלוסייה היהודית והערבית. באוכלוסייה היהודית נצפתה ירידה קלה בשיעורים בנשים שהיו בגיל הנמוך מ-35 שנים בעת הכניסה להריון, וירידה בולטת יותר בנשים שהיו בגיל 35 שנים ומעלה בעת הכניסה להריון. בנשים ערביות אין ירידה בקבוצת הנשים שנכנסו להריון מתחת לגיל 35, ויתכן רמז לירידה בשנתיים האחרונות בנשים שנכנסו להריון בגיל 35 ומעלה (תרשים 5)⁽⁷⁾.

מומים מולדים ומחלות תורשתיות

תרשים 5: תסמונת דאון בלידות חי לפי קבוצת אוכלוסייה וגיל האישה בתחילת ההריון.

2002-2009⁽⁷⁾: שיעורים ל-1,000 לידות חי



מומים מולדים ומחלות תורשתיות

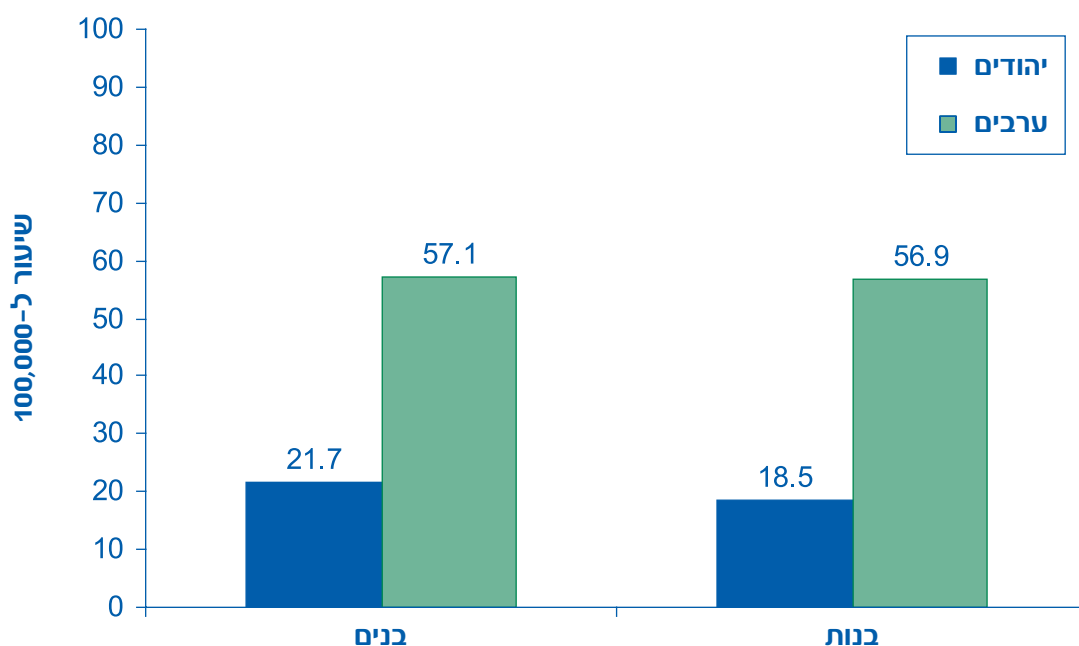
3. תמותה ממומים מולדים

3.1 רקע

מומים מולדים הם סיבת המוות הראשונה לתמותה בגילאי 0-4 שנים באוכלוסייה הערבית. בשנת 2007 נפטרו 113 ילדים בגילאי 0-4 שנים באוכלוסייה הערבית (58 בנים ו-55 בנות), ו-103 ילדים בקבוצת גיל זאת ביהודים (57 בנים ו-46 בנות). שיעור התמותה היה גבוה פי 2.6 בבנים ערבים לעומת בנים יהודים (57.1 ל-100,000 לעומת 21.7 ל-100,000, בהתאמה) ופי 3.1 בבנות ערביות לעומת בנות יהודיות (56.9 ל-100,000 לעומת 18.5 ל-100,000, בהתאמה) (תרשים 6)⁽⁸⁾.

תרשים 6: תמותה ממומים מולדים בבני 0-4 שנים, לפי מין וקבוצת אוכלוסייה, 2007⁽⁸⁾:

שיעורים ל-100,000



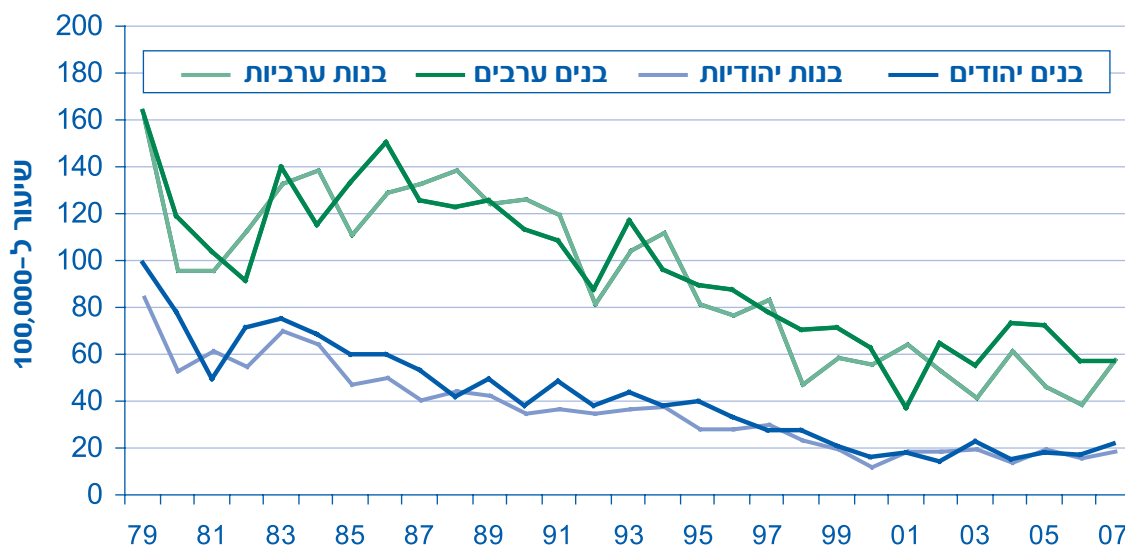
3.2 מגמות

בשנים 1979-2007 ירדו שיעורי התמותה ממומים מולדים בקבוצת הגיל 0-4 שנים, הן ביהודים והן בערבים. בבנים יהודים הירידה היתה ב-78.1% (מ-98.9 ל-21.7 ל-100,000 בשנת 1979 ל-21.7 ל-100,000 בשנת 2007), ובבנים ערבים, ב-65.1% (מ-163.6 ל-57.1 ל-100,000 בשנת 1979 ל-57.1 ל-100,000 בשנת 2007). בבנות יהודיות הירידה היתה ב-78% (מ-83.9 ל-18.5 ל-100,000 בשנת 1979 ל-18.5 ל-100,000 בשנת 2007), ובבנות ערביות, ב-64.5% (מ-160.3 ל-56.9 ל-100,000 בשנת 1979 ל-56.9 ל-100,000 בשנת 2007) (תרשים 7)⁽⁸⁾.

מומים מולדים ומחלות תורשתיות

תרשים 7: מגמות בתמותה ממומים מולדים בגילאי 0-4 שנים, לפי מין וקבוצת אוכלוסייה,

1979-2007⁽⁸⁾: שיעורים ל-100,000

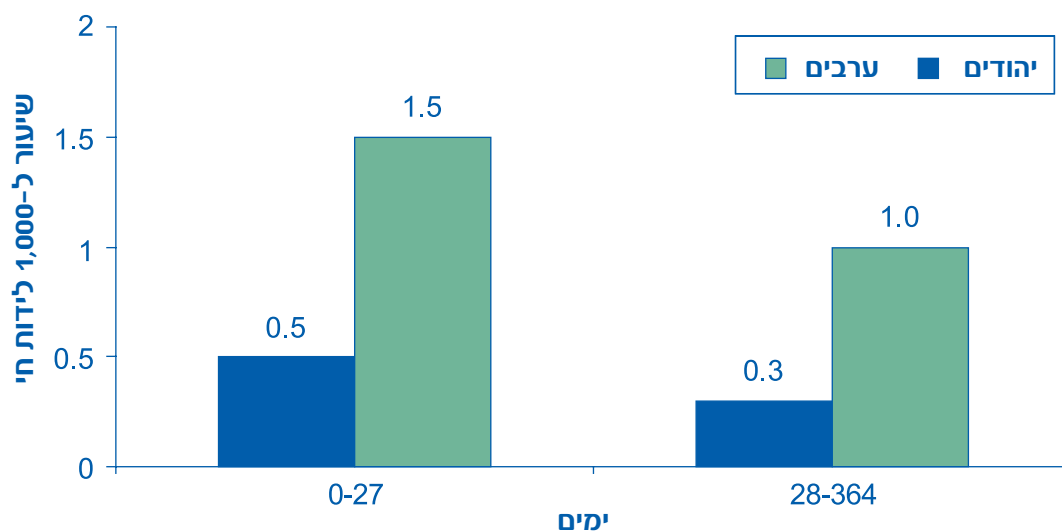


3.3 תמותה ממומים מולדים בשנת החיים הראשונה

שיעורי התמותה ממומים מולדים בתקופה הניאונטלית (גיל 0-27 ימים) ובתקופה הפוסט-ניאונטלית (גיל 28-364 ימים) גבוהים בתינוקות ערבים לעומת יהודים⁽⁸⁾. בשנים 2005-2007, שיעור התמותה ממומים מולדים בתקופה הניאונטלית היה גבוה פי 3 בתינוקות ערבים לעומת תינוקות יהודים, ושיעור התמותה בתקופה הפוסט-ניאונטלית היה גבוה פי 3.3 בתינוקות ערבים לעומת תינוקות יהודים (תרשים 8)⁽⁸⁾.

תרשים 8: תמותה ממומים מולדים בתקופה ניאונטלית, ופוסט-ניאונטלית לפי קבוצת אוכלוסייה,

2005-2007⁽⁸⁾: שיעורים ל-1,000 לידות חי

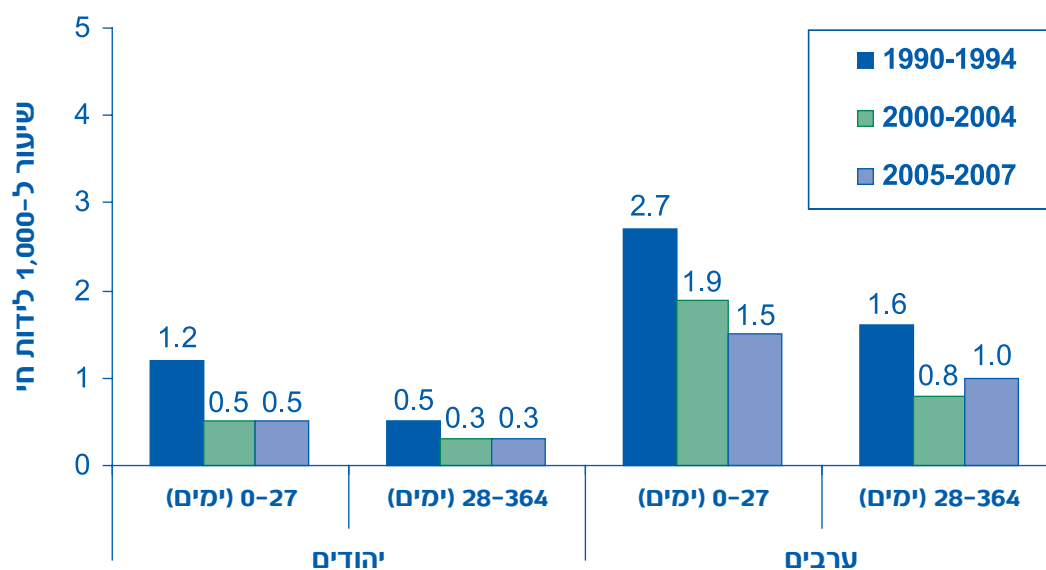


מומים מולדים ומחלות תורשתיות

3.3.1 מגמות בתמותה ממומים מולדים בשנת החיים הראשונה

שיעור התמותה ממומים מולדים גבוה יותר בתקופה הניאונטלית מאשר בתקופה הפוסט-ניאונטלית, הן בתינוקות יהודים והן בתינוקות ערבים. בין התקופות 1994-1990 ו-2005-2007 נצפתה ירידה בשיעורי התמותה ממומים מולדים בתקופה הניאונטלית והפוסט-ניאונטלית, הן ביהודים והן בערבים. ביהודים היתה ירידה ב-58% בשיעורי התמותה ממומים מולדים בתקופה הניאונטלית (מ-1.2 ל-1,000 לידות חי בשנים 1994-1990 ל-0.5 ל-1,000 לידות חי בשנים 2005-2007) וירידה ב-44% בתינוקות ערבים (מ-2.7 ל-1,000 לידות חי בשנים 1994-1990 ל-1.5 ל-1,000 לידות חי בשנים 2005-2007)⁽⁸⁾. שיעור התמותה ממומים מולדים בתקופה הפוסט-ניאונטלית ירד בתקופה זאת ב-38% בערבים, מ-1.6 ל-1,000 לידות חי ב-1994-1990 ל-1.0 ל-1,000 לידות חי ב-2005-2007. ירידה קלה בתמותה הפוסט-ניאונטלית בין 1994-1990 ו-2005-2007 נצפתה גם ביהודים (מ-0.5 ל-0.3 ל-1,000 לידות חי, בהתאמה) (תרשים 9)⁽⁸⁾.

תרשים 9: מגמות בתמותה ממומים מולדים* בתקופה ניאונטלית ופוסט-ניאונטלית, לפי קבוצת אוכלוסייה⁽⁸⁾: שיעורים ל-1,000 לידות חי



* ICD-9 (740-745), ICD-10 (Q00-Q99) החל משנת 2000.

4. מניעת מחלות תורשתיות ומומים מולדים

4.1 רקע

ניתן למנוע או לצמצם לידתם של ילדים עם מומים מולדים באמצעות מניעה ראשונית ושניונית. כך לדוגמה, שימוש בחומצה פולית במשך שלושה חודשים לפני ההריון ושלושת החודשים הראשונים בהריון עשוי להביא לצמצום שיעור המומים במערכת העצבים המרכזית. מניעה שניונית של מומים מולדים כוללת אבחון מוקדם של מומים בהריון והפסקת הריון בעקבות כך.

4.2 שימוש בחומצה פולית

משנת 2000 ממליץ משרד הבריאות על נטילת חומצה פולית (400 מק"ג ליום) לכל הנשים בגיל הפוריות אך במיוחד בשלושת החודשים שלפני ההריון ובמהלך שלושת החודשים הראשונים להריון⁽⁹⁾. ההיענות ללקיחת חומצה פולית נבדקה בשלושה סקרים ארציים שבוצעו ע"י משרד הבריאות בשנים 2000, 2002 ו-2005. שיעור ההיענות ללקיחת חומצה פולית בשנת 2000 היה 5.2%. בשנת 2002, שיעור ההיענות הכללי היה 30%, ובנשים ערביות, 20%; בשנת 2005, שיעור ההיענות הכללי היה 34%: 39% בנשים יהודיות ו-26.4% בנשים ערביות⁽¹⁰⁾. כפי שהראנו בתחילת פרק זה, שיעורי ההיארעות של מומים פתוחים בתעלת העצבים ירדו בתקופה שלאחר הטמעת המלצה זאת.

4.3 אבחון טרום לידתי

מקור הנתונים על השימוש בשירותים טרום לידתיים בהריון בקרב נשים יהודיות וערביות הוא סקר ארצי יומי שבוצע בשנת 2010, במחלקות יולדות ב-27 בתי חולים בישראל. במחקר זה רואינו כל הנשים ששהו במחלקות היולדות ביום הסקר ושהיו בין 8-72 שעות לאחר הלידה. בסקר השתתפו 440 נשים יהודיות ו-161 נשים ערביות מוסלמיות⁽¹¹⁾.

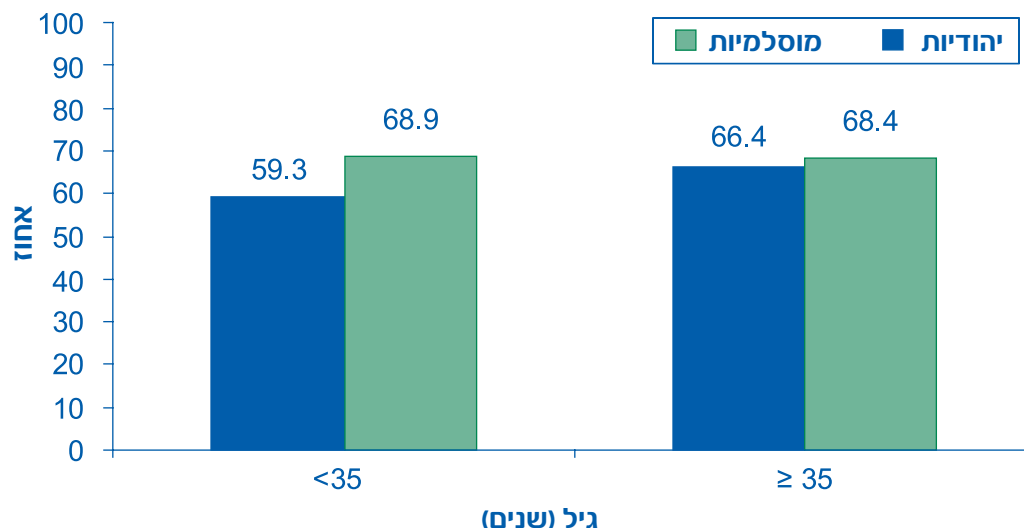
4.3.1 ביצוע תבחין משולש

התבחין המשולש הוא בדיקת דם לאישה ההרה, שנעשית בין השבועות 16-20 להריון ומהווה בדיקת סקר לתסמונת דאון, למומים בעמוד השדרה ומומים נוספים. אחוז ביצוע התבחין המשולש היה גבוה בנשים מוסלמיות מאשר בנשים יהודיות: 69.1% ו-60.3% בהתאמה. בנשים שהיו מתחת לגיל 35 בתחילת הריון, אחוז הביצוע היה 59.3% ביהודיות ו-68.9% במוסלמיות. בנשים בנות 35 שנים או יותר בתחילת הריון, אחוז ביצוע הבדיקה היה 66.4% ו-68.4% בנשים יהודיות ומוסלמיות, בהתאמה (תרשים 10)⁽¹¹⁾.

מומים מולדים ומחלות תורשתיות

תרשים 10: ביצוע תבחין משולש בהריון בקרב נשים יהודיות ומוסלמיות, לפי גיל בעת כניסה להריון⁽¹¹⁾:

אחוזים



4.3.2 בדיקת מי שפיר

בדיקת מי שפיר הינה בדיקה אבחנתית לזיהוי הפרעות כרומוזומליות בעובר. נשים מגיל 35 שנים ומעלה בתחילת ההריון זכאיות לבדיקה במימון משרד הבריאות. הבדיקה מתבצעת גם ללא תשלום במקרים בהם תוצאת בדיקת החלבון העוברי חריגה, במקרים בהם יש ממצאים מסויימים בבדיקות האולטרה-סאונד או במקרים בהם ידועה נשאות של שני בני הזוג למחלות גנטיות⁽⁷⁾.

אחוז ההיענות לביצוע בדיקות מי שפיר בנשים הזכאיות למימון הבדיקה בגלל גיל בעת כניסה להריון, גבוה יותר בנשים יהודיות מאשר בערביות. לפי הסקר הארצי שבוצע בשנת 2010, 46.9% מהנשים היהודיות בגיל 35 ומעלה בכניסה להריון ביצעו בדיקת מי שפיר לעומת 15.8% מהנשים הערביות בקבוצת גיל זאת⁽¹¹⁾.

במחקר שנעשה בקרב נשים ערביות מאזור הצפון נמצאו תוצאות דומות לסקר הארצי, כאשר אחוז ההיענות לביצוע בדיקת מי שפיר היה 17.9% (95% CI: 14.7-21.6) בנשים ערביות הזכאיות לבדיקה⁽¹²⁾.

4.4 אבחון טרום לידתי של תסמונת דאון

לפי נתוני המחלקה לגנטיקה קהילתית במשרד הבריאות, בשנים 2008-2009 היו בישראל 643 הריונות עם תסמונת דאון, 530 בנשים יהודיות ו-113 בערביות. בחלק מהמקרים התסמונת אובחנה בהריון והביאה להפסקת הריון יזומה, בחלקם התסמונת אובחנה רק בלידה והיו גם מקרים שהתסמונת אובחנה בהריון ובני הזוג החליטו לא לבצע הפלה. אחוז האבחון הטרום לידתי (מס' המקרים עם תסמונת דאון שאובחנו בהריון מכלל ההריונות עם תסמונת דאון) בשנים 2008-2009 היה 68.7% ביהודיות ו-29.2% בערביות⁽⁷⁾. אחוז האבחון הטרום לידתי היה גבוה יותר בנשים יהודיות בהשוואה לנשים ערביות בכל קבוצת גיל (טבלה 5)⁽⁷⁾. אחוז האבחון הטרום לידתי ביהודיות היה גבוה יותר בנשים שהיו בגיל 35 ומעלה בעת הכניסה להריון בהשוואה לנשים שהיו מתחת לגיל 35 שנים. בערביות הבדל זה היה קטן יותר.

מומים מולדים ומחלות תורשתיות

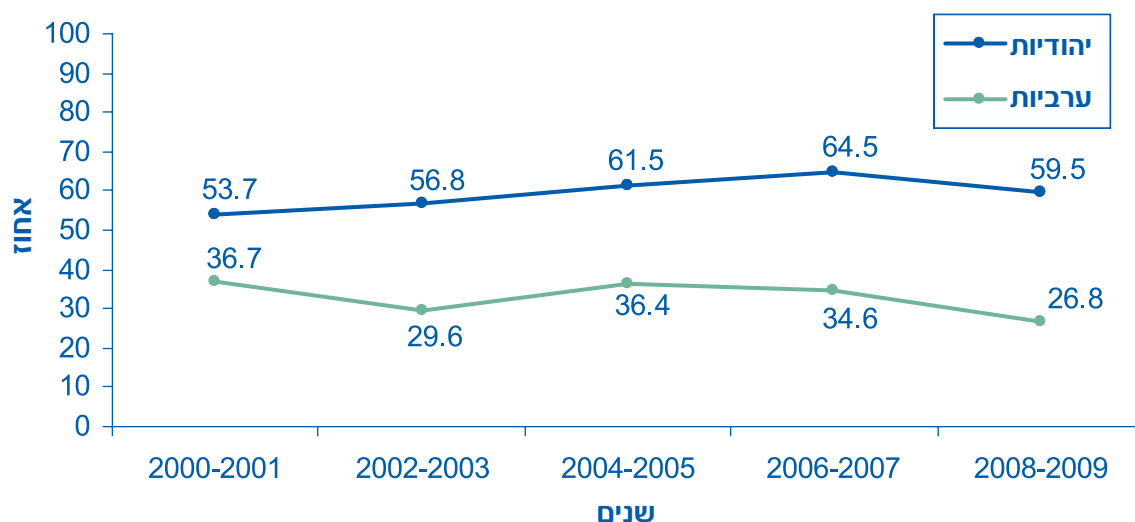
טבלה 5: אבחון טרום לידתי של תסמונת דאון, לפי קבוצת אוכלוסייה וגיל האם בעת הכניסה להריון בשנים 2008-2009⁽⁷⁾: מספרים מוחלטים ואחוזים

ערביות			יהודיות			
סה"כ	מגיל 35 ומעלה	מתחת לגיל 35	סה"כ	מגיל 35 ומעלה	מתחת לגיל 35	
113	57	56	530	340	190	מס' ההריונות עם תסמונת דאון (N)
33	18	15	364	251	113	מס' העוברים שאובחנו עם תסמונת דאון במהלך ההריון (n)
29.2	31.5	26.8	68.7	73.8	59.5	אחוז אבחון טרום לידתי (n/N)

4.4.1 מגמות באבחון טרום לידתי של תסמונת דאון

בין השנים 2000-2009 נצפתה עלייה קלה בשיעור האבחון הטרומ לידתי של תסמונת דאון בנשים יהודיות מתחת לגיל 35 שנים, לעומת ירידה קלה בנשים ערביות בקבוצה זאת (תרשים 11)⁽⁷⁾. בנשים מעל גיל 35 שנים נצפתה עלייה ביהודיות ויציבות בערביות (תרשים 12)⁽⁷⁾.

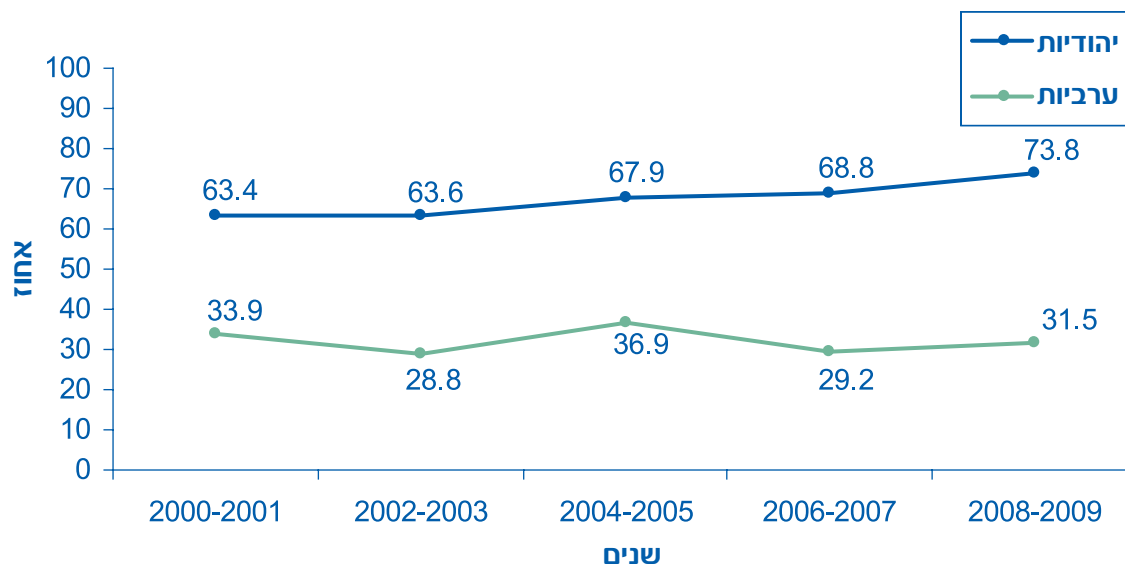
תרשים 11: אבחון טרום לידתי לתסמונת דאון בנשים בנות פחות מ-35 שנים, לפי קבוצת אוכלוסייה, 2000-2009⁽⁷⁾: אחוזים



מומים מולדים ומחלות תורשתיות

תרשים 12: אבחון טרום לידתי לתסמונת דאון בנשים בנות 35 שנים ומעלה, לפי קבוצת אוכלוסייה,

2009-2000⁽⁷⁾: אחוזים



4.5 הפסקת הריון בשל מום בעובר

4.5.1 רקע

לפי נתוני שנת 2008, אושרו 3,640 הפסקת הריון לנשים שפנו לוועדות להפסקת הריון על רקע סיכון למום בעובר. חלקן היחסי של הפסקות ההריון על רקע "סיכון למום גופני או נפשי בעובר", מכלל הפסקות ההריון שאושרו, גדול יותר בקרב נשים מוסלמיות, מאשר בקרב יהודיות (25.7% לעומת 18.5%, בהתאמה). מכלל הפסקות ההריון שאושרו בסעיף זה, רק ב-28.7% מהמקרים היתה אבחנה מאושרת של מומים או מצבים פרה-נטליים פתולוגיים, בוודאות או בסבירות גבוהה (ב-29.4% מהמקרים בנשים יהודיות וב-31.8% מהמקרים בנשים מוסלמיות). ב-30.9% נוספים מהמקרים שאושרו על רקע סיכון למום בעובר, הסיבה היתה שימוש בזמן ההריון בתרופות העלולות לסכן את העובר⁽¹³⁾.

4.5.2 הפסקת הריון עקב תסמונת דאון

בטבלה 6 מוצגים נתונים על הריונות שהופסקו בשנים 2009-2000 עקב אבחנה של תסמונת דאון, לפי קבוצת אוכלוסייה. אצל נשים יהודיות, אחוז הפסקות ההריון מכלל מקרי האבחון של תסמונות דאון עלה במשך השנים, מ-57.2% בשנים 2003-2002 ל-66.4% בשנים 2009-2008. אצל נשים ערביות, הופסקו 25.7% מהריונות אלה, ולא חל שינוי משמעותי באחוז זה עד השנים 2009-2008, כאשר השיעור היה 23.0% בנשים ערביות (טבלה 6)⁽⁷⁾.

מומים מולדים ומחלות תורשתיות

טבלה 6: הפסקות הריון עקב תסמונת דאון, לפי קבוצת אוכלוסייה, 2000-2009⁽⁷⁾:

מספר מקרים ואחוזים

שנה	סך כל ההריונות עם תסמונת דאון		תינוקות שנולדו עם תסמונת דאון				הריונות עם תסמונת דאון שהופסקו	
	מספר	אחוז	יהודים		ערבים		יהודים	
			מספר	אחוז	מספר	אחוז	מספר	אחוז
2002-03	435	113	186	42.8	84	74.3	249	57.2
2004-05	515	131	191	37.1	89	67.9	324	62.9
2006-07	533	104	191	35.8	80	76.9	342	64.2
2008-09	530	113	178	33.6	87	77.0	352	66.4

4.5.3 הפסקות הריון עקב מומים פתוחים בתעלת העצבים

בטבלה 7 מוצגים נתונים על הריונות שהופסקו עקב אבחנה של אנאנצפלוס לפני השבוע ה-16 (מסך ההריונות שבהם אובחן אנאנצפאלוס), בשנים 1999-2008, לפי קבוצת אוכלוסייה. בנשים יהודיות, אחוז זה עלה במשך השנים מ-34.1% בשנים 1999-2000 ל-51.3% בשנים 2007-2008. אצל נשים מוסלמיות, 24% מהריונות אלה, בממוצע, אובחנו לפני השבוע ה-16 להריון, ולא חל שינוי משמעותי בשיעור זה עד 2005-2006 (טבלה 7)⁽³⁾.

טבלה 7: הריונות שהופסקו עקב אנאנצפאלוס לפני השבוע ה-16 להריון, לפי קבוצת אוכלוסייה,

2008-1999⁽³⁾: מספר ואחוז ההריונות שהופסקו

שנה	אחוז ההריונות שהופסקו עקב אנאנצפאלוס לפני השבוע ה-16			
	מוסלמים		יהודים	
	מספר	(אחוז)	מספר	(אחוז)
1999-2000	14	34.1	5	23.7
2001-2002	18	33.3	10	35.7
2003-2004	46	60.5	8	22.3
2005-2006	50	56.2	5	22.7
2007-2008*	32	51.3	1	7.7
סה"כ	160	49.7	29	24.2

* הנתונים עדיין ארעיים.

מומים מולדים ומחלות תורשתיות

5. בדיקות סקר ואבחון לילודים

כל התינוקות שנולדים בישראל עוברים בדיקות סקר לגילוי מוקדם של מחלות תורשתיות שונות. המחלות הנבדקות בישראל הן: פנילקטונוריה, תת-תריסיות, פעילות יתר של בלוטת יותרת הכלייה ומחלות מטבוליות נוספות (Maple Syrup Urine Disease, Homocystinuria, Tyrosinaemia Type 1, Methylmalonic Acidaemia, Propionic Acidaemia, Glutaric Aciduria Type 1, Medium-chain acyl-CoA dehydrogenase deficiency, Very-long-chain acyl-coA dehydrogenase deficiency).
אבחון מוקדם של מחלות תורשתיות אלה בטרם התפתחות הסימנים הקליניים מאפשר מתן טיפול מוקדם ויעיל למניעת נזקים קשים ובלתי הפיכים. בטבלה 8 מוצגים נתונים על מספר חולי פנילקטונוריה ותת-תריסיות שהתגלו באוכלוסייה היהודית והערבית בשנים 2002-2006. כשליש עד מחצית מחולי תת-תריסיות שהתגלו בשנים אלה היו ערבים⁽⁶⁾.

טבלה 8: מקרי פנילקטונוריה ותת-תריסיות שאובחנו בקרב ילודים בשנים 2002-2006, לפי קבוצת אוכלוסייה⁽⁶⁾: מספר מקרים

מספר המקרים שאובחנו				מס' לידות חי	שנה
תת תריסיות		פנילקטונוריה (PKU)			
ערבים	יהודים	ערבים	יהודים		
20	41	1	11	139,535	2002
14	45	5	12	144,936	2003
20	43	5	8	145,207	2004
14	40	4	9	143,913	2005
21	40	6	13	148,208	2006
1:2,500		1:10,000		שיעור ללידות חי	

6. ביבליוגרפיה

1. מומים מולדים 2001-2008, סיכום נתונים. המחלקה לאם לילד ולמתבגר, משרד הבריאות, 2011.
2. מומים פתוחים בתעלת העצבים בישראל, 1999-2009. המחלקה לגנטיקה קהילתית, שירותי בריאות הציבור, משרד הבריאות, 2010.
3. מומים פתוחים בתעלת העצבים בישראל, 10 שנות מעקב 1999-2008. המחלקה לגנטיקה קהילתית, שירותי בריאות הציבור, משרד הבריאות, 2008.
4. אריאל קורן וחב'. התוכנית למניעת ביתא תלסמיה בעמק יזרעאל ובעמק עירון-סיכום 15 שנות ניסיון. הרפואה, כרך 141, עמ' 938-943, 2002.
5. סתווית אלון-שלו, רבקה כרמי, אלכס לבנטל, יואל זלוטוגורה. תוכנית מקיפה למניעת מחלות תורשתיות בערביי ישראל. הרפואה, כרך 142, חוברת י"א, 2003.
6. התכנית למניעת מומים מולדים ומחלות תורשתיות בישראל. המחלקה לגנטיקה קהילתית, משרד הבריאות, סיכום נתונים בשנים 2002-2006.
7. שימוש בבדיקות טרום לידתיות לגילוי תסמונת דאון בישראל. המחלקה לגנטיקה קהילתית, משרד הבריאות, 2011.
8. קובץ סיבות מוות של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2007.
9. תדריך למתן חומצה פולית לנשים בגיל הפוריות ובהריון. יולי, 2000. משרד הבריאות, שירותי בריאות הציבור.
10. Amitai Y, Fisher N, Meiraz H, Baram N, Tounis M, Leventhal A. Preconceptional folic acid utilization in Israel: five years after the guidelines. *Prev Med* 2008; 46: 166-169.
11. סקר שירותים גנטיים לשנת 2010, המרכז הלאומי לבקרת מחלות, משרד הבריאות, (נתונים ראשוניים).
12. Muhsen K, Na'amnah W, Lesser Y, Volovik I, Cohen D, Shohat T. Determinates of underutilization of amniocentesis among Israeli Arab women. *Prenatal Diagnosis*, 2010; 30:138-143.
13. הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, הודעה לעיתונות: פניות לוועדות להפסקת הריון משנת 2008, 2010. צוטט מ: http://www.cbs.gov.il/reader/newhodaot/hodaa_template.html?hodaa=201005243

סיבות מוות עיקריות

נקודות עיקריות

כללי

- בשנת 2007 נפטרו בישראל 39,947 איש, מהם 19,808 גברים ו-20,139 נשים.
- סיבות המוות העיקריות בישראל ב-2007 היו: סרטן (24.6%), מחלות לב (19.3%), שבץ (6.3%) וסוכרת (6.1%). בסך הכל מחלות אלו היוו 56.3% מכלל מקרי המוות בישראל.

סיבות מוות עיקריות לפי קבוצת אוכלוסייה

- בשנת 2007, מחלות הסרטן היוו את סיבת המוות העיקרית גם ביהודים וגם בערבים.
- שלוש סיבות המוות המובילות בגברים יהודים היו סרטן, מחלות לב ופגיעות חיצוניות; ובגברים ערבים: סרטן, מחלות לב וסוכרת.
- בנשים, שלוש סיבות המוות המובילות בשתי קבוצות האוכלוסייה היו: סרטן, מחלות לב וסוכרת.

סיבות מוות עיקריות לפי גיל

- בשנת 2007, סיבות המוות העיקריות בבני 1-4 ו-5-14 שנים היו פגיעות חיצוניות, מומים מולדים וסרטן; בבני 15-24, 25-44, ו-45-64 שנים, סיבות המוות העיקריות היו סרטן, מחלות לב ופגיעות חיצוניות; בבני 65-74 שנים, סרטן, מחלות לב וסוכרת; ובבני 75 שנים ומעלה, מחלות לב, סרטן ושבץ.

השוואה בין-לאומית

- סיבות המוות העיקריות בישראל דומות לאלו המדווחות בארה"ב, כאשר שלוש סיבות המוות המובילות הינן זהות (סרטן, מחלות לב ושבץ).
- אחוז הפטירות מסרטן ומחלת לב איסכמית בשנת 2007 דומה בישראל (37.7% מכלל הפטירות) ובמדינות ה-OECD האחרות (38.1% מכלל הפטירות).

עדכון סיבות המוות לשנת 2008

- על פי עדכון קובץ סיבות המוות של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, סיבות המוות העיקריות בשנת 2008 היו: סרטן (25.4% מכלל הפטירות), מחלות לב (18.0%), סוכרת (6.3%), מחלות כלי דם במוח (5.2%) וסיבות חיצוניות (5.1%).

סיבות מוות עיקריות

1. רקע

בפרק זה מוצגות 10 סיבות המוות העיקריות בישראל לפי מין, קבוצת אוכלוסייה וגיל. כל הנתונים מקורם בקובץ סיבות המוות של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה⁽¹⁾, והם מוצגים כאחוזים מכלל סיבות המוות בקבוצה נתונה, ובשיעורים מתוקננים לגיל ל-100,000 נפש. הגדרת קבוצות המחלות נקבעה בהתבסס על עבודתו של ד"ר רוברט אנדרסון וחבריו⁽²⁾ מהמרכז הלאומי לבקרת מחלות האמריקאי (ה-CDC). בטבלה 1 מוצגים קודי ה-ICD9 וה-ICD10 לכל קבוצות המחלות, שיוזכרו בפרק זה.

טבלה 1: קידוד מקביל ICD-9 ו-ICD-10 לסיבות המוות המובילות בישראל

סיבת המוות	ICD-9	ICD-10
מחלות לב	390-398, 402, 404, 410-429	I00-I09, I11, I13, I20-I51
מחלות ממאירות (סרטן)	140-208, 238.6, 273.3, 289.8	C00-C97
גידולים - אחר: 1. גידול מקומי (carcinoma in situ) 2. שאתות טבות 3. שאתות בעלות אופי לא מוגדר	230-234 210-229 235-238.5, 238.8	D00-D09 D10-D36 D37-D48
שבץ מוחי (CVA - cerebrovascular accident)	430-438	I60-I69, G45
פגיעות חיצוניות: 1. תאונות * (unintentional) 2. התאבדות 3. תקיפה ורצח 4. פעולות החוק, איבה ומלחמה 5. אחר (היפגעות על רקע לא ברור, טיפול רפואי כושל ו/או סיבוכיו ועוד)	E800-E999 E800-E869, E880-E899, E900-E929 E950-E959 E960-E969 E970-E978, E990-E999 E870-E879, E930-E949, E980-E989	V01-Y89 V01-V99, W00-W99, X00-X59, Y85-Y86 X60-X84, Y87.0 X85-X99, Y00-Y09, Y87.1 Y35-Y36, Y89.0, Y89.1 Y10-Y34, Y40-Y84, Y87.2-Y88.3, Y89.9
סוכרת	250	E10-E14
מחלות זיהומיות (ללא פלצת ילודים) 1. אלח דם (ללא גורם ספציפי) 2. תסמונת כשל חיסוני נרכש (איידס)	001-134, 136-139 038.9 042	A00-A32, A34-A99, B00-B99 A41 B20-B24
מחלות כליה	580-589	N00-N12, N17-N19, N25-N29
COPD - מחלה חסימתית כרונית של מערכת הנשימה התחתונה	490-494, 496	J40-J47
שפעת ודלקת ריאה	487 480-486	J10-J11 J12-J18
מחלות כבד כרוניות (כולל שחמת)	571	K70-K77
סיבות סב-לידתיות (perinatal) פלצת ילודים	760-779 771.3	P00-P96, A33 A33
מומים מולדים	740-759	Q00-Q99
אחר	All other codes	All other codes

* כולל תאונות דרכים ותאונות אחרות.

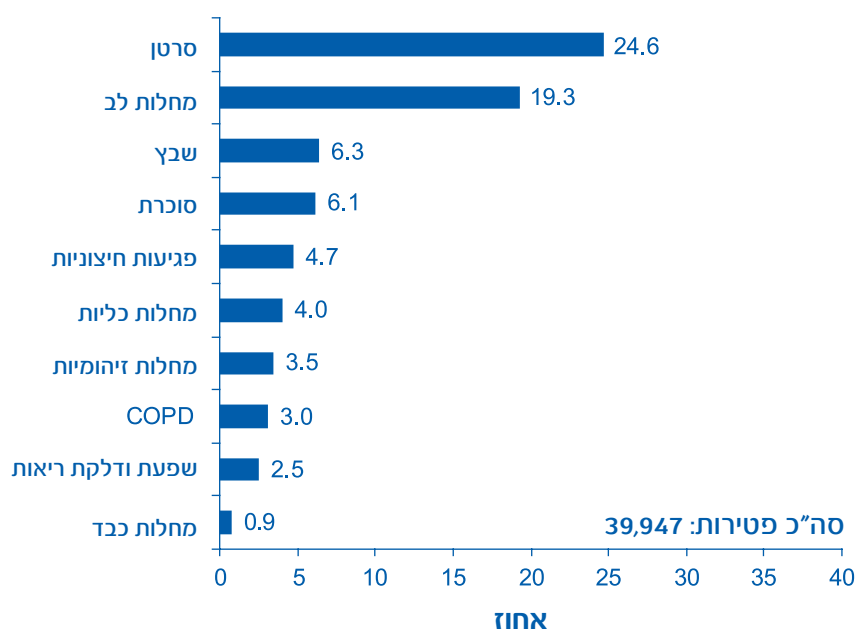
2. סיבות מוות עיקריות - כללי

יש לציין כי קודי ה-ICD-10 הנכללים בקטגוריות אשר בשימוש במשרד הבריאות (המרכז הלאומי לבקרת מחלות ואגף מידע ומחשוב) אינם זהים לאלו שבשימוש ה"למ"ס, אך ההבדלים הינם קטנים. בין סיבות המוות המובילות בכלל האוכלוסייה, נמצא הבדל רק באחוז הפטירות מ"מחלות לב" (18.4% מכלל הפטירות לפי קידוד ה"למ"ס לעומת 19.3% לפי קידוד משרד הבריאות).

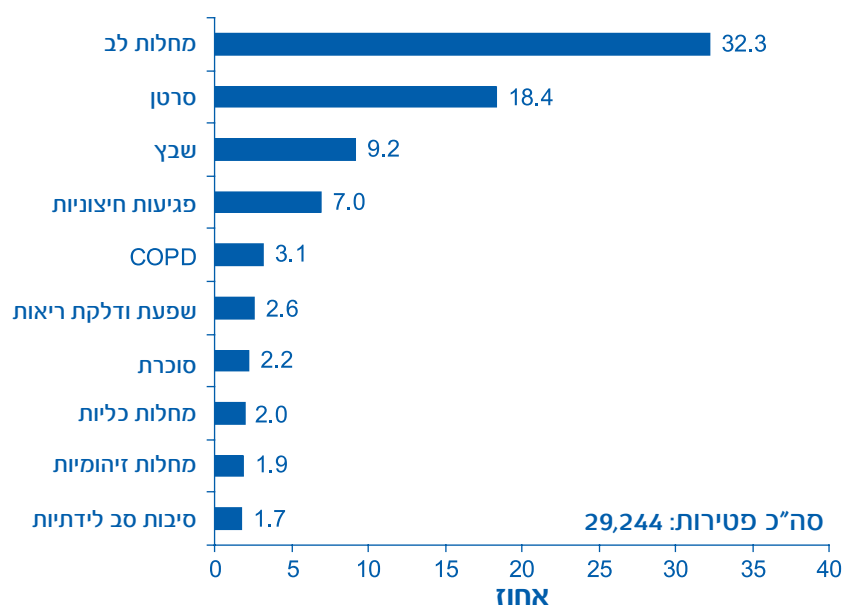
סיבות המוות העיקריות בשנת 2007 הן סרטן ומחלות לב (תרשים 1)⁽¹⁾. בהשוואה בין השנים 1987 ו-2007 נמצא כי שלוש סיבות המוות המובילות בכלל האוכלוסייה היו זהות, אך התפלגותן שונה. בשנת 1987 סיבת המוות המובילה הייתה מחלות לב, שהיוו 32.3% מכלל מקרי המוות (תרשים 2). במקום השני, באותה שנה, נמצאו מחלות הסרטן שהיוו 18.4% מכלל מקרי המוות; ובמקום השלישי מחלות כלי דם במוח (שבץ) שגרמו ל-9.2% מהפטירות (תרשים 2). לעומת זאת, בשנת 2007, תמותה ממחלות הסרטן דורגה במקום הראשון (24.6%), עליה יחסית של 33.7% לעומת שנת 1987 (תרשים 1 ותרשים 2). ב-2007 מחלות לב נמצאו במקום השני, ותרמו 19.3% מהתמותה (ירידה של 40.2% לעומת 1987) (תרשים 1 ותרשים 2). בתמותה משבץ חלה ירידה של 31.5%, מ-9.2% מכלל מקרי המוות ב-1987 ל-6.3% ב-2007. התרומה של מחלת הסוכרת לכלל התמותה עלתה כמעט פי 3, מ-2.2% ב-1987 (תרשים 2) ל-6.1% ב-2007 (תרשים 1)⁽¹⁾.

השינוי שחל בשני העשורים האחרונים בהתפלגות סיבות המוות נובע בין היתר, מעלייה בתוחלת החיים, שינויים באורחות חיים, שינויים תזונתיים וסביבתיים, ושיפור בטיפול ובמניעת מחלות לב. גם שינויים בשיטת קידוד סיבות המוות יכולים לתרום חלקית לשינויים שחלו בהתפלגות סיבות המוות.

תרשים 1: סיבות המוות העיקריות בכלל האוכלוסייה בישראל, 2007⁽¹⁾: אחוזים מכלל מקרי המוות



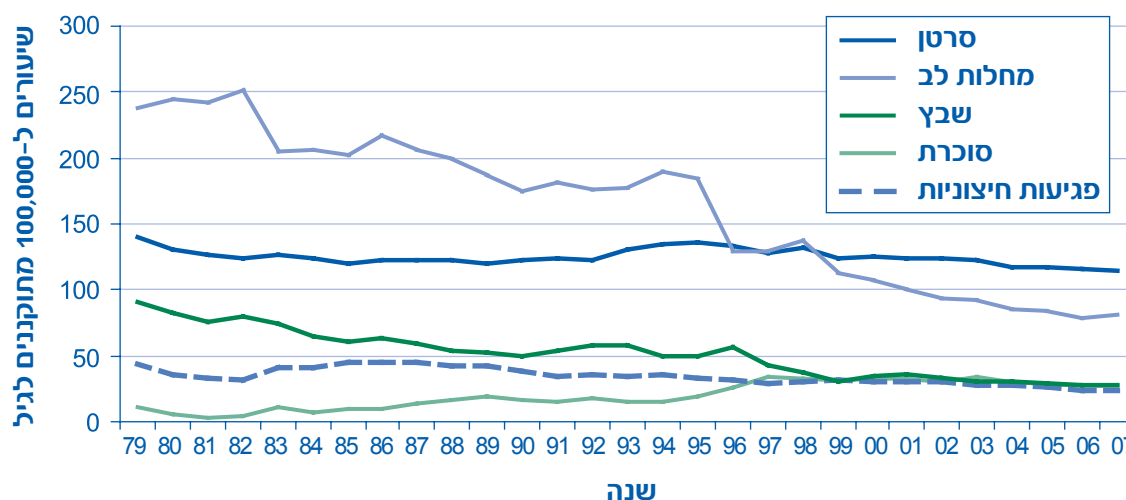
תרשים 2: סיבות המוות העיקריות בכלל האוכלוסייה בישראל, 1987⁽¹⁾: אחוזים מכלל מקרי המוות



3. מגמות בשיעורי התמותה מסיבות מוות עיקריות

בתרשים 3 מוצגות מגמות בתמותה מחמש סיבות המוות המובילות בישראל (סרטן, מחלות לב, שבץ, סוכרת ופגיעות חיצוניות) בין השנים 1979-2007⁽¹⁾. לאורך השנים, שיעורי התמותה הגבוהים ביותר היו ממחלות הלב וסרטן. בין השנים 1979 ל-2007 נצפתה ירידה ניכרת בשיעורי התמותה ממחלות לב, בעוד ששיעורי התמותה מסרטן נשמרו בקירוב קבועים. בשנת 1996, שיעורי התמותה ממחלות לב וסרטן היו דומים, ומשנת 1999 ואילך, שיעורי התמותה הגבוהים ביותר בכלל האוכלוסייה מיוחסים לסרטן. במקביל נצפתה ירידה בשיעורי התמותה משבץ ופגיעות חיצוניות ועלייה בשיעורי התמותה מסוכרת (תרשים 3)⁽¹⁾.

תרשים 3: מגמות בתמותה ממחלות לב, סרטן, שבץ, סוכרת, ופגיעות חיצוניות בכלל האוכלוסייה בישראל, 1979-2007⁽¹⁾: שיעורים ל-100,000 מתוקננים לגיל

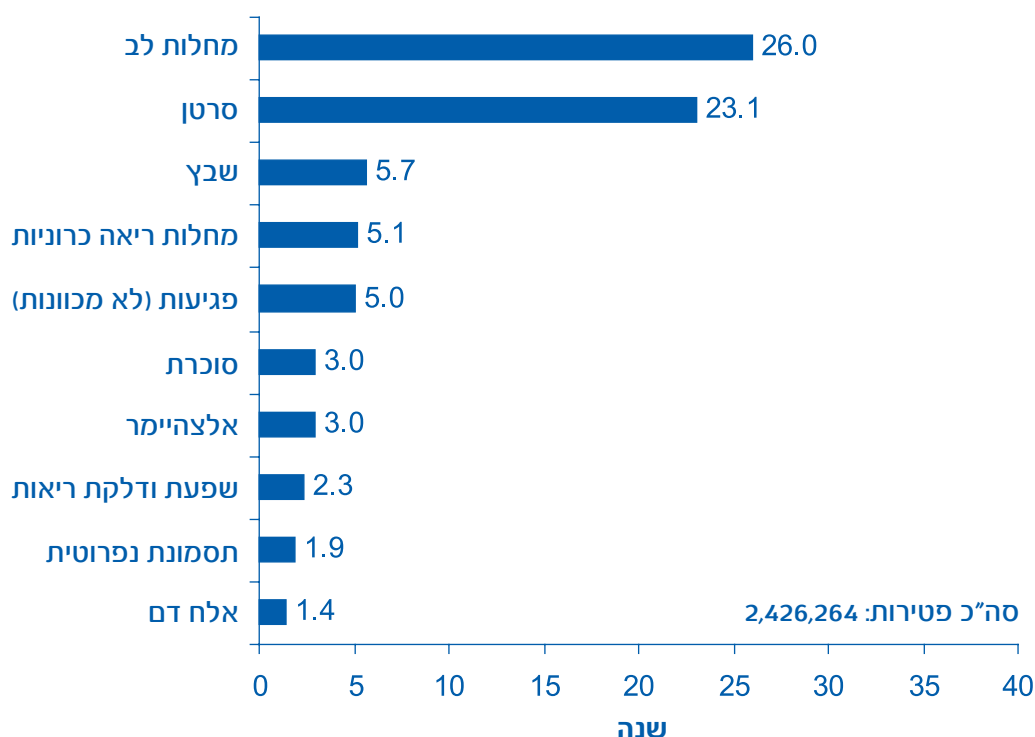


4. השוואה בין-לאומית

4.1 השוואה בין ישראל לארה"ב

התפלגות סיבות המוות המובילות בכלל האוכלוסייה בישראל בשנת 2007⁽¹⁾ הושוותה להתפלגות בכלל האוכלוסייה בארה"ב בשנת 2006⁽³⁾, השנה העדכנית ביותר עבורה היו נתונים. שלוש סיבות המוות המובילות בישראל ובארה"ב הינן זהות אך התפלגותן שונה. בעוד שבארה"ב סיבת המוות המובילה הינה מחלות הסרטן (24.6% מכלל מקרי המוות) (תרשים 1), בארה"ב סיבת המוות המובילה בשנת 2006 הייתה מחלות לב, שתרמו ל-26% מהתמותה, וסרטן נמצא במקום השני, כאשר 23.1% מהתמותה בארה"ב מיוחסת לסיבה זו (תרשים 4). גם בישראל וגם בארה"ב, סיבת המוות שנמצאה במקום השלישי הייתה שבץ (9.2% מהתמותה בישראל ו-5.7% מהתמותה בארה"ב). במקום הרביעי בארה"ב נמצאו מחלות ריאה כרוניות, בעוד שבארה"ב במקום הרביעי נמצאה סוכרת (6.1%). בארה"ב מחלת הסוכרת הייתה במקום השישי (3.0% מכלל מקרי המוות)^(1,3).

תרשים 4: סיבות המוות העיקריות בכלל האוכלוסייה בארה"ב, 2006⁽³⁾: אחוזים מכלל מקרי המוות



4.2 השוואה בין ישראל למדינות ה-OECD

התפלגות סיבות המוות המובילות בישראל בשנת 2007⁽¹⁾ הושוותה להתפלגות סיבות המוות המובילות באותה שנה, בחלק ממדינות ה-OECD (18 מתוך 33 המדינות הנוספות החברות בארגון שעבורם היו נתוני תמותה*). מקור הנתונים עבור מדינות אלה הינו מאגר הנתונים של ה-OECD⁽⁴⁾. יש לציין כי קיימים הבדלים בקטגוריות שלפיהן מוצגים הנתונים, ולכן ההשוואה בין ישראל לבין מדינות אלו היא חלקית בלבד (טבלה 2)^(4,1).

* אוסטרליה, צ'כיה, אסטוניה, פינלנד, צרפת, יוון, הונגריה, איסלנד, איטליה, יפן, מקסיקו, הולנד, נורבגיה, פולין, סלובניה, שוודיה, שווייץ ובריטניה.

סיבות מוות עיקריות

טבלה 2: סיבות המוות המובילות בישראל ובמדינות נוספות החברות ב-OECD*, 2007^(1,4):

אחוזים מכלל מקרי המוות

תמותה בשנת 2007		קוד ICD-10	סיבת המוות
מדינות ה-OECD* (%)	ישראל (%)		
26.2	24.6	C00-C97	סרטן
11.9	13.1	I20-I25	מחלת לב איסכמית
9.4	6.3	I60-I69	שבץ מוחי
3.2	6.1	E10-E14	סוכרת
6.2	4.7	V01-Y89	סיבות חיצוניות
4.5	2.5	J10-J18	שפעת ודלקת ריאות
1.8	3.5	A00-A99 B00-B99	מחלות זיהומיות

* אוסטריה, צ'כיה, אסטוניה, פינלנד, צרפת, יוון, הונגריה, איסלנד, איטליה, יפן, מקסיקו, הולנד, נורבגיה, פולין, סלובניה, שוודיה, שווייץ ובריטניה.

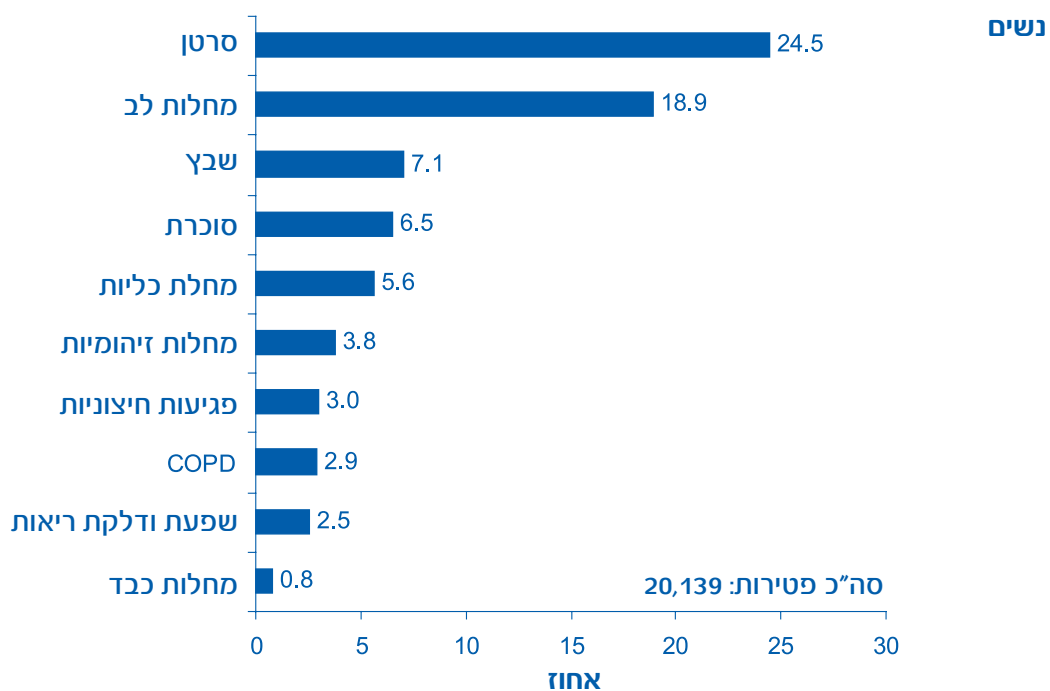
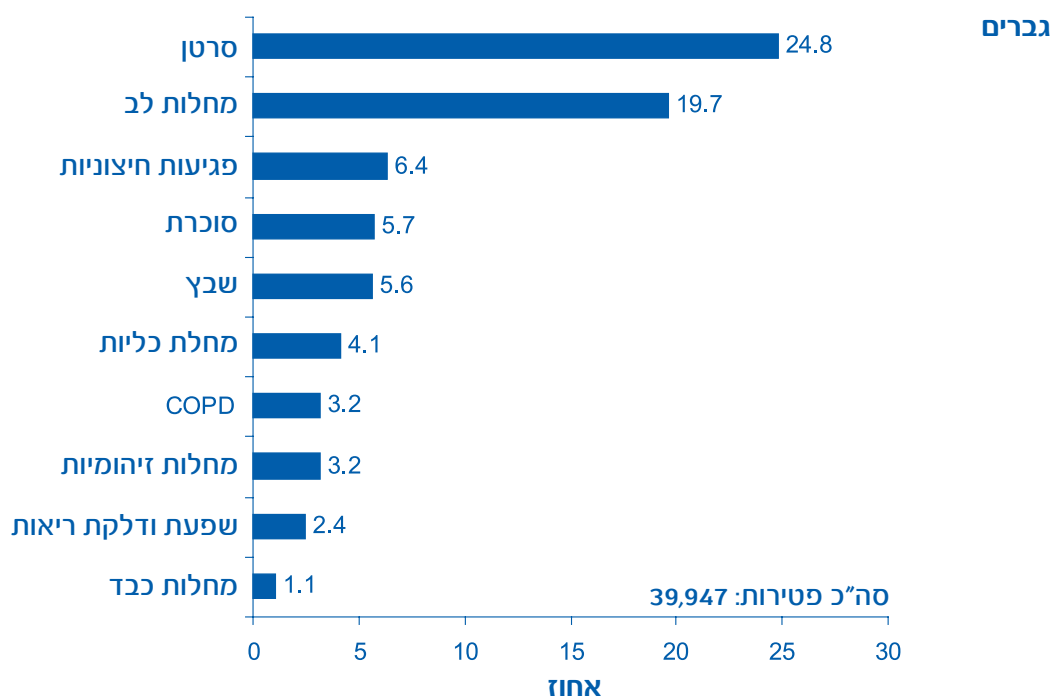
בשתי סיבות המוות המובילות, סרטן ומחלת לב איסכמית, נמצא כי אחוזי התמותה בישראל ובמדינות ה-OECD האחרות דומים מאוד: סרטן היווה כ-25% מכלל הפטירות בישראל וכ-26% מהפטירות במדינות האחרות, ומחלת לב איסכמית היוותה כ-13% מכלל התמותה בישראל וכ-12% במדינות האחרות. אחוז קטן יותר מהתמותה בישראל יוחס לשבץ, לפגיעות חיצוניות ולשפעת ודלקת ריאות; במקביל, אחוז תמותה גבוה יותר יוחס לסוכרת ולמחלות זיהומיות (טבלה 2)^(4,1).

5. סיבות מוות עיקריות: התפלגות לפי מין

עשר סיבות המוות המובילות בגברים ובנשים בכלל האוכלוסייה הינן זהות, אך, מלבד שתי סיבות המוות המובילות, מחלות לב וסרטן, התפלגותן ברובה שונה (תרשים 5)⁽¹⁾. על פי נתוני תמותה משנת 2007, סיבת המוות העיקרית בקרב גברים ונשים בכלל האוכלוסייה הינה מחלות הסרטן. בשנה זו, ניתן היה לייחס 24.8% מהתמותה בקרב גברים ו-24.5% מהתמותה בקרב נשים למחלות הסרטן. במקום השני, גם בגברים וגם בנשים, נמצאו מחלות הלב, שתרמו ל-19.7% ו-18.9% מכלל מקרי המוות, בהתאמה (תרשים 5)⁽¹⁾. בקרב גברים, פגיעות חיצוניות נמצאו במקום השלישי והיוו 6.4% מכלל התמותה. לעומת זאת, בקרב נשים פגיעות חיצוניות נמצאו במקום השביעי והיוו 3.0% מכלל מקרי המוות. בקרב נשים, תמותה משבץ נמצאה במקום גבוה יותר מאשר בקרב גברים (7.1% מכלל הפטירות בנשים ו-5.6% מכלל הפטירות בגברים, בהתאמה). גם בגברים וגם בנשים סוכרת נמצאה במקום הרביעי מעשר סיבות המוות המובילות, אך בנשים ניתן היה לייחס לסוכרת אחוז גבוה יותר מהתמותה (6.5%) בהשוואה לגברים (5.7%) (תרשים 5)⁽¹⁾.

סיבות מוות עיקריות

תרשים 5: סיבות המוות העיקריות בישראל, לפי מין, 2007⁽¹⁾: אחוזים מכלל מקרי המוות



6. סיבות מוות עיקריות: התפלגות לפי קבוצת אוכלוסייה

בהשוואה בין יהודים וערבים בנתוני שנת 2007, ניתן לראות כי עשר סיבות המוות העיקריות בשתי קבוצות האוכלוסייה אינן זהות⁽¹⁾. גם באוכלוסייה היהודית וגם באוכלוסייה הערבית מחלות הסרטן הינן סיבת המוות המובילה, התורמת ל-25.2% מהתמותה ביהודים ול-19.5% מהתמותה בערבים. במקום השני, גם ביהודים וגם בערבים נמצאות מחלות הלב, התורמות ל-19.5% ול-17.1% מהתמותה בהתאמה (תרשים 6)⁽¹⁾.

בשנת 2007, בקרב יהודים, מחלות כלי דם במוח (שבץ) נמצאו במקום השלישי ותרמו ל-6.4% ממקרי המוות, בעוד שבערבים תמותה משבץ נמצאה במקום החמישי (5.3% ממקרי המוות). תמותה ממחלת הסוכרת נמצאה במקום גבוה יותר בערבים (הסיבה השלישית לתמותה, הגורמת ל-8.8% מהפטירות) לעומת היהודים (הסיבה הרביעית לתמותה, הגורמת ל-5.8% מהפטירות). כמו כן, באוכלוסייה הערבית מומים מולדים וסיבות סב-לידתיות נמצאו בין עשר סיבות המוות המובילות (3.0% ו-2.4% מכלל הפטירות בהתאמה), בעוד שבאוכלוסייה היהודית גורמים אלה לא נמצאו בעשר סיבות המוות העיקריות. לעומת זאת, ביהודים שפעת ודלקת ריאות (2.9% מהפטירות) ומחלות כבד (2.5% מהפטירות) היו בין סיבות המוות המובילות, ובערבים מחלות אלו נמצאו במקומות נמוכים יותר (תרשים 6)⁽¹⁾.

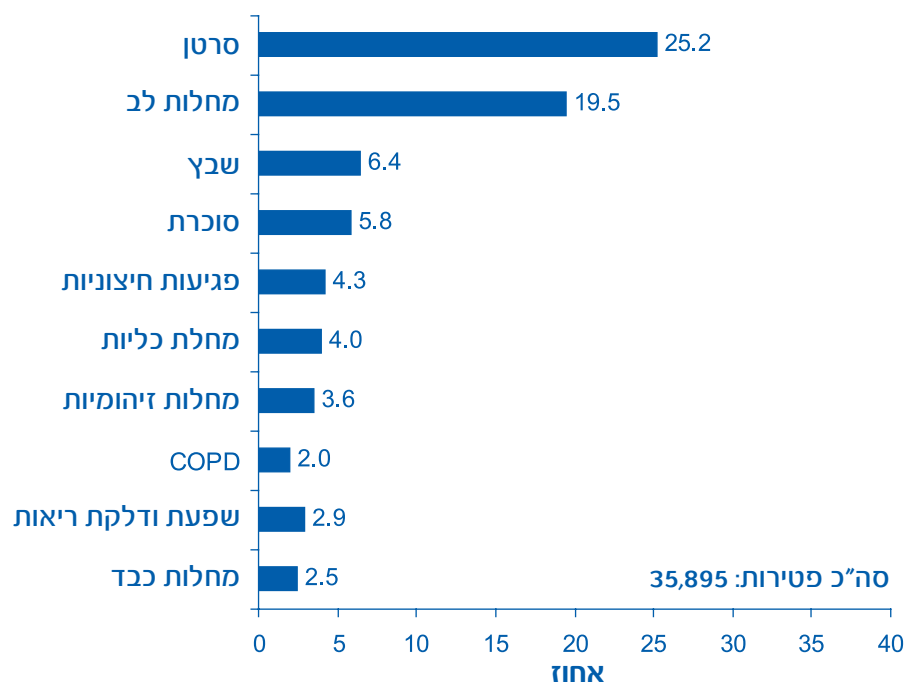
בהשוואה בין נתוני התמותה בקרב שתי קבוצות האוכלוסייה בשנת 2007 לבין נתוני התמותה ב-1987, ניתן לראות מספר מגמות. בעוד שבשנת 1987 מחלות הלב היו סיבת המוות העיקרית בשתי קבוצות האוכלוסייה ולאחריהן מחלות הסרטן, בשנת 2007 מחלות הסרטן נמצאו במקום הראשון ומחלות הלב במקום השני. שינוי זה חל בשנת 1999⁽¹⁾. בנוסף נצפתה עלייה חדה במקומה של סוכרת כסיבת מוות בשתי קבוצות האוכלוסייה: באוכלוסייה היהודית מהמקום ה-7 למקום ה-4, ובערבים מהמקום ה-10 למקום ה-3. ביהודים, אחוז התמותה הנתרם ע"י מחלת הסוכרת עלה מ-2.2% ממקרי המוות ל-5.8% ממקרי המוות. בערבים נצפתה עלייה גדולה עוד יותר, פי 4, מ-2.2% ל-8.8% מכלל הפטירות. בערבים נצפתה ירידה באחוז התמותה ממומים מולדים ומסיבות סב לידתיות, ובקרב יהודים, סיבות סב לידתיות שנמצאו בין סיבות המוות המובילות ב-1987, לא נמצאו בין עשר סיבות המוות המובילות בשנת 2007 (תרשים 6 ותרשים 7)⁽¹⁾.

סיבות מוות עיקריות

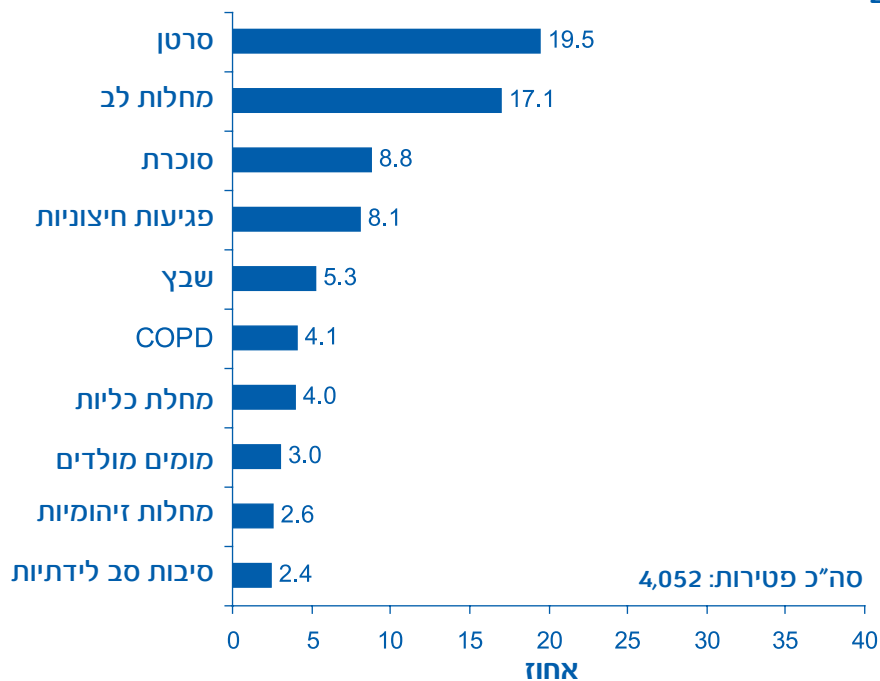
תרשים 6: סיבות המוות העיקריות בישראל, לפי קבוצת אוכלוסייה, 2007⁽¹⁾:

אחוזים מכלל מקרי המוות

יהודים, 2007



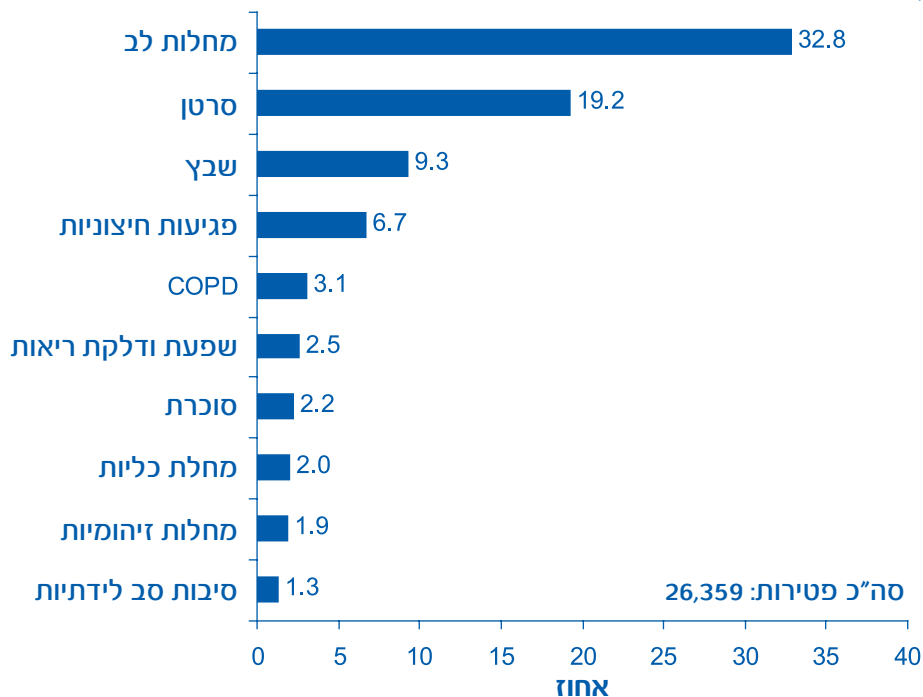
ערבים, 2007



סיבות מוות עיקריות

תרשים 7: סיבות המוות העיקריות בישראל, לפי קבוצת אוכלוסייה, 1987⁽¹⁾: אחוזים מכלל מקרי המוות

יהודים, 1987



ערבים, 1987



7. סיבות מוות עיקריות: שיעורים לפי קבוצת אוכלוסייה ולפי מין

הנתונים בתת-פרק זה מוצגים כשיעורים ל-100,000, מתוקננים לגיל. תיקון זה מאפשר השוואות שיעורים בין יהודים וערבים על אף ההבדלים בהתפלגות הגילאים בשתי האוכלוסיות. בשנת 2007, סיבת המוות המובילה בקרב גברים ונשים באוכלוסייה היהודית ובאוכלוסייה הערבית הייתה מחלות הסרטן⁽¹⁾. בגברים ערבים, שיעור התמותה מסרטן היה הגבוה ביותר: 113.9 ל-100,000. בגברים יהודים, השיעור היה נמוך יותר: 95.8 ל-100,000. בנשים יהודיות וערביות השעורים היו דומים, ונמוכים מאלו שנמצאו בגברים: כ-75 ל-100,000⁽¹⁾. גם במחלות לב, הסיבה השנייה לתמותה בשני המינים ושתי קבוצות האוכלוסייה, השיעורים הגבוהים ביותר נמצאו אצל גברים ערבים, 92.6 ל-100,000, ערך הגבוה כמעט פי 2 מהשיעור שנמצא בקרב גברים יהודים - 47.8 ל-100,000. בנשים ערביות, שיעור התמותה ממחלות לב היה דומה לזה שנמצא בגברים יהודים: 47.0 ל-100,000. שיעור זה היה גבוה פי 2.2 לעומת השיעור בנשים יהודיות (21.8 ל-100,000) (תרשים 8)⁽¹⁾.

שיעורי התמותה עקב פגיעות חיצוניות היו גבוהים פי 1.5 בגברים ערבים לעומת גברים יהודים. השיעורים היו גבוהים בצורה ניכרת בגברים לעומת נשים, גם באוכלוסייה היהודית (25.9 ל-100,000 בגברים ו-8.4 ל-100,000 בנשים) וגם באוכלוסייה הערבית (39.4 ל-100,000 בגברים ו-9.0 ל-100,000 בנשים)⁽¹⁾. שיעורי התמותה משכץ היו גבוהים בגברים לעומת נשים באוכלוסייה היהודית (16.0 ל-100,000 ו-8.8 ל-100,000, בהתאמה), ובאוכלוסייה הערבית היו גבוהים יותר בנשים לעומת גברים (23.8 ל-100,000 ו-21.5 ל-100,000, בהתאמה) (תרשים 8)⁽¹⁾.

שיעורי התמותה מסוכרת היו גבוהים בגברים מאשר בנשים בשתי קבוצות האוכלוסייה (17.4 ו-10.1 ל-100,000 בגברים יהודים ונשים יהודיות בהתאמה, ו-44 ו-39.6 ל-100,000 בגברים ערבים ונשים ערביות, בהתאמה). כמו כן, שיעורי התמותה מסוכרת היו גבוהים בערבים מאשר ביהודים - פי 2.5 בקרב גברים ופי 3.9 בקרב נשים (תרשים 8)⁽¹⁾.

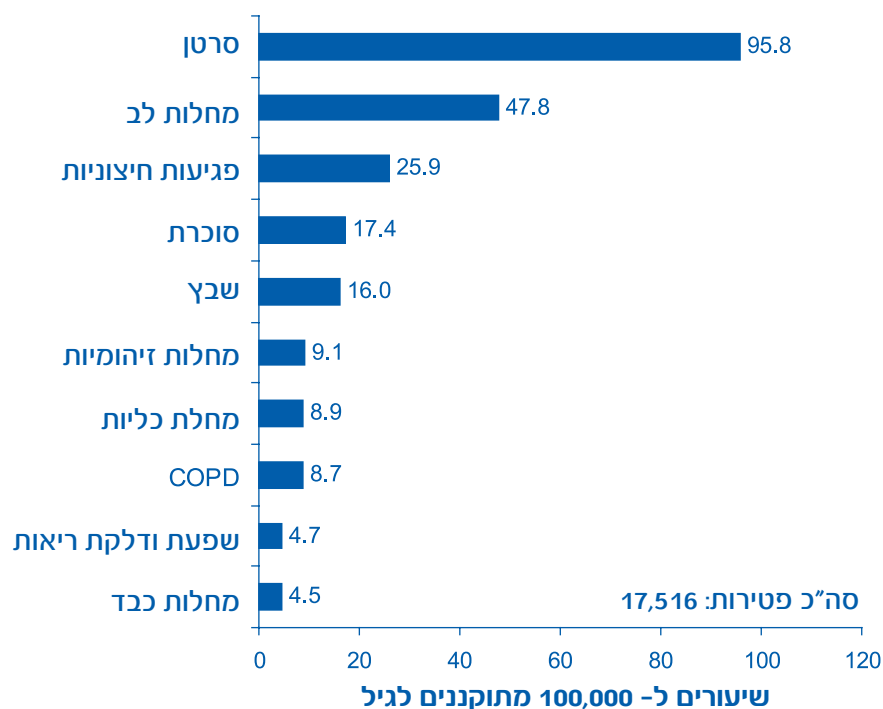
שיעורי התמותה ממחלות זיהומיות בנשים ערביות (21.5 פטירות ל-100,000) היו גבוהים בלמעלה מפי 2 בהשוואה לגברים ערבים (10.5 ל-100,000) ולגברים יהודים (9.1 ל-100,000), ובלמעלה מפי 2.5 בהשוואה לנשים יהודיות (8.4 ל-100,000) (תרשים 8)⁽¹⁾.

ניתן לראות בתרשים 8 כי שיעורי התמותה מכל הסיבות גבוהים יותר באוכלוסייה הערבית מאשר באוכלוסייה היהודית. זאת למעט שיעור התמותה מסרטן בנשים, שהיה כמעט זהה בנשים ערביות ויהודיות.

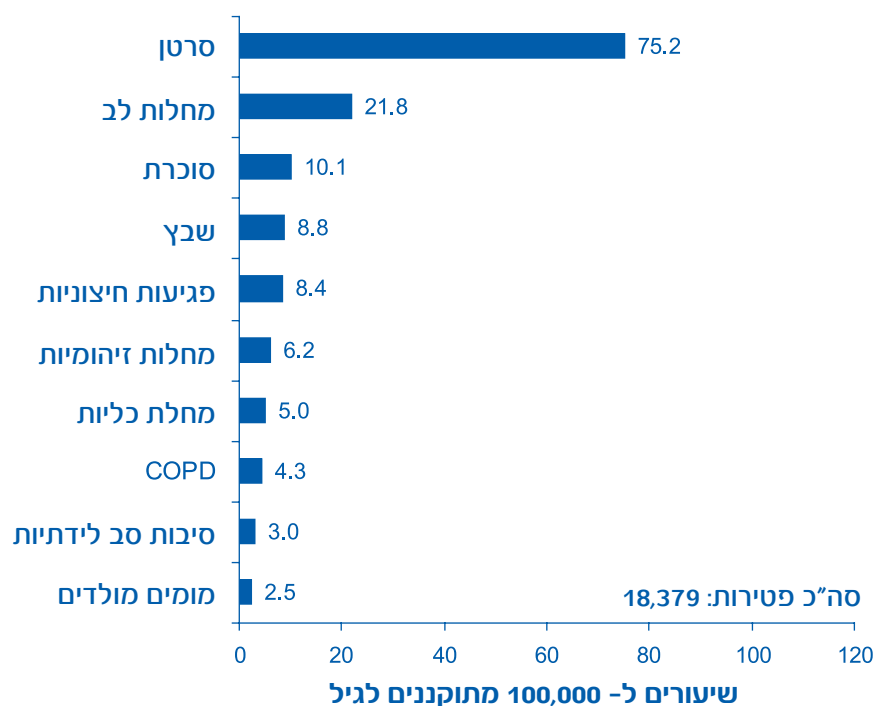
סיבות מוות עיקריות

תרשים 8: תמותה ממחלות שונות בישראל, לפי קבוצת אוכלוסייה ומין, 2007⁽¹⁾: שיעורים ל-100,000, מתוקננים לגיל

גברים יהודים

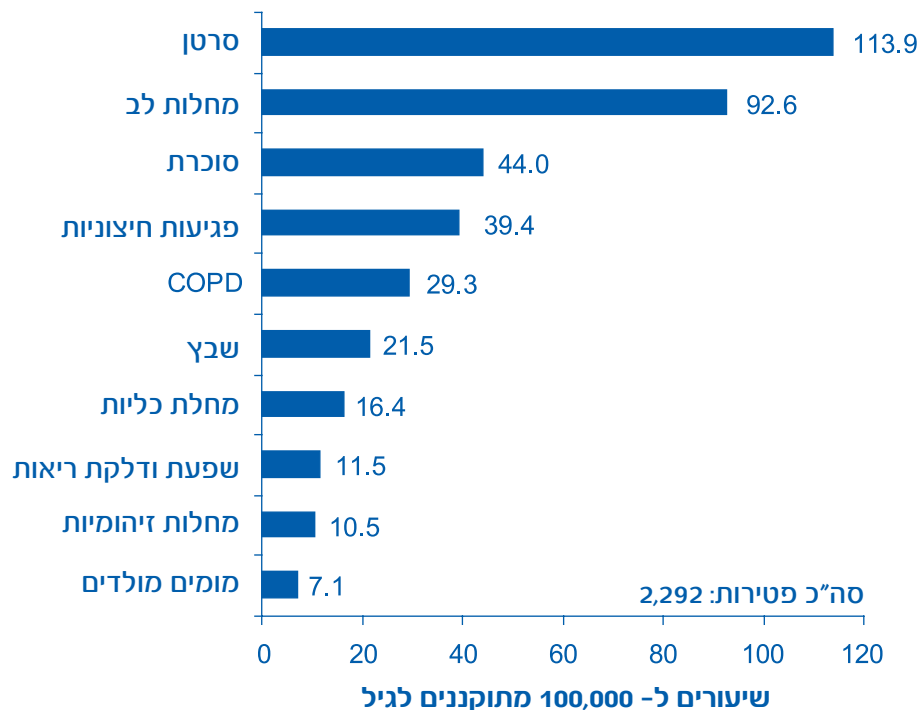


נשים יהודיות



סיבות מוות עיקריות

גברים ערבים



נשים ערביות



8. סיבות מוות עיקריות לפי קבוצות גיל

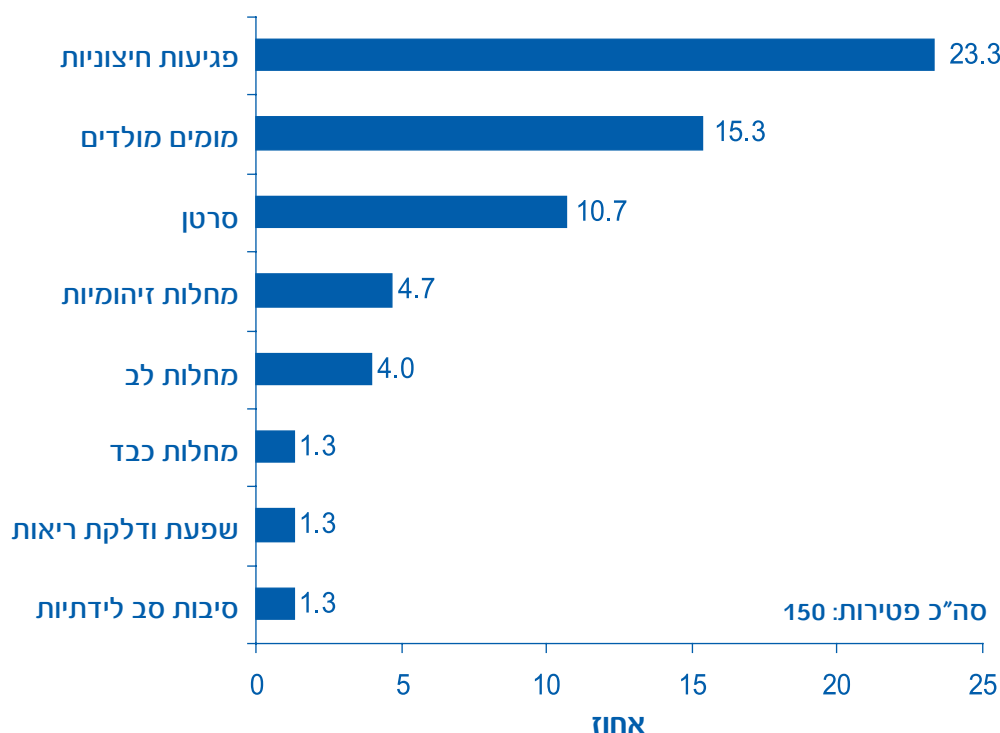
8.1 תמותת תינוקות

במהלך השנים נצפתה ירידה בשיעורי תמותת תינוקות בכל קבוצות האוכלוסייה. בשנת 2008, שיעור תמותת התינוקות היה 3.8 פטירות ל-1,000 לידות חי. השיעור הגבוה ביותר נמצא בקרב מוסלמים, 6.8 פטירות ל-1,000 לידות חי, ולאחר מכן בקרב דרוזים, 5.5 פטירות ל-1,000 לידות חי. ביהודים שיעור תמותת תינוקות היה 2.9 פטירות ל-1,000 לידות חי, ובקרב נוצרים נצפה השיעור הנמוך ביותר: 1.6 פטירות ל-1,000 לידות חי⁽⁵⁾. לנתונים נוספים ראה פרק תמותת תינוקות בספר זה.

8.2 בני 1-4 שנים

בשנת 2007, סיבת המוות המובילה בקרב ילדים בני 1-4 שנים הייתה פגיעות חיצוניות, שתרמו ל-23.3% מכלל מקרי המוות בקבוצת גיל זו. במקום השני נמצאה תמותה עקב מומים מולדים, שהיוותה 15.3% מכלל הפטירות. מחלות הסרטן מהוות 10.7% מכלל מקרי המוות, מחלות זיהומיות, 4.7%, למחלות לב 4.0% ממקרי המוות, ו-1.3% ממקרי המוות נגרמו ע"י מחלות כבד, ע"י שפעת ודלקת ריאות, וע"י סיבות סב לידתיות (תרשים 9)⁽¹⁾.

תרשים 9: סיבות המוות העיקריות בישראל בקרב בני 1-4 שנים, 2007⁽¹⁾: אחוזים מכלל מקרי המוות

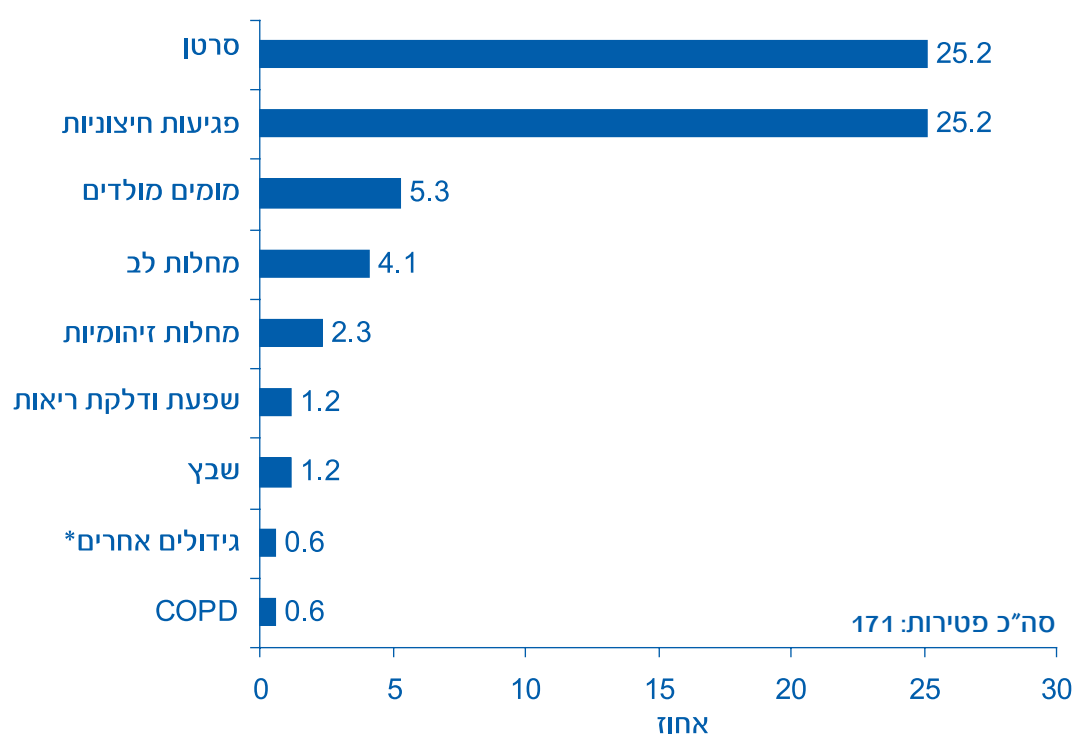


סיבות מוות עיקריות

8.3 בני 5-14 שנים

הסיבות העיקריות לתמותה בקרב בני 5-14 שנים בשנת 2007 מוצגות בתרשים 10⁽¹⁾. מחלות הסרטן ופגיעות חיצוניות הינן סיבות המוות המובילות בקבוצת גיל זו, התורמות, כל אחת, ל-25.2% מכלל מקרי המוות. 5.3% מהפטירות מיוחסים למומים מולדים, 4.1% למחלות לב, ו-2.3% למחלות זיהומיות⁽¹⁾ (תרשים 10).

תרשים 10: סיבות המוות העיקריות בישראל בקרב בני 5-14 שנים, 2007⁽¹⁾: אחוזים מכלל מקרי המוות



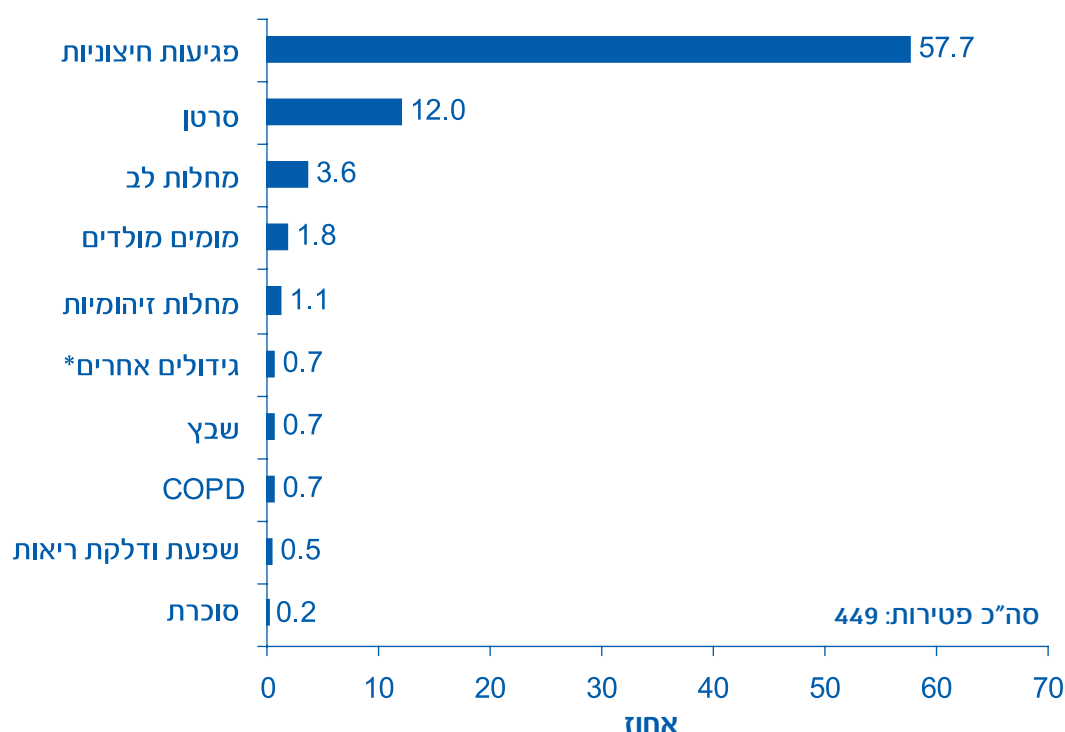
* גידולים ממוקדים, שפירים, ובלתי מוגדרים.

סיבות מוות עיקריות

8.4 בני 15-24 שנים

בשנת 2007, סיבת המוות המובילה בקרב בני נוער ומבוגרים צעירים בקבוצת הגיל 15-24 שנים היא פגיעות חיצוניות, שתרמו ל-57.7% מהתמותה בקבוצת גיל זו⁽¹⁾. מחלות הסרטן הינן סיבת המוות השנייה בבני 15-24 שנים, להן ניתן לייחס 12.0% מהפטירות. מחלות לב גרמו ל-3.6% ממקרי המוות, מומים מולדים ל-1.8%, ומחלות זיהומיות ל-1.1% (תרשים 11)⁽¹⁾.

תרשים 11: סיבות המוות העיקריות בישראל קרב בני 15-24 שנים, 2007⁽¹⁾: אחוזים מכלל מקרי המוות



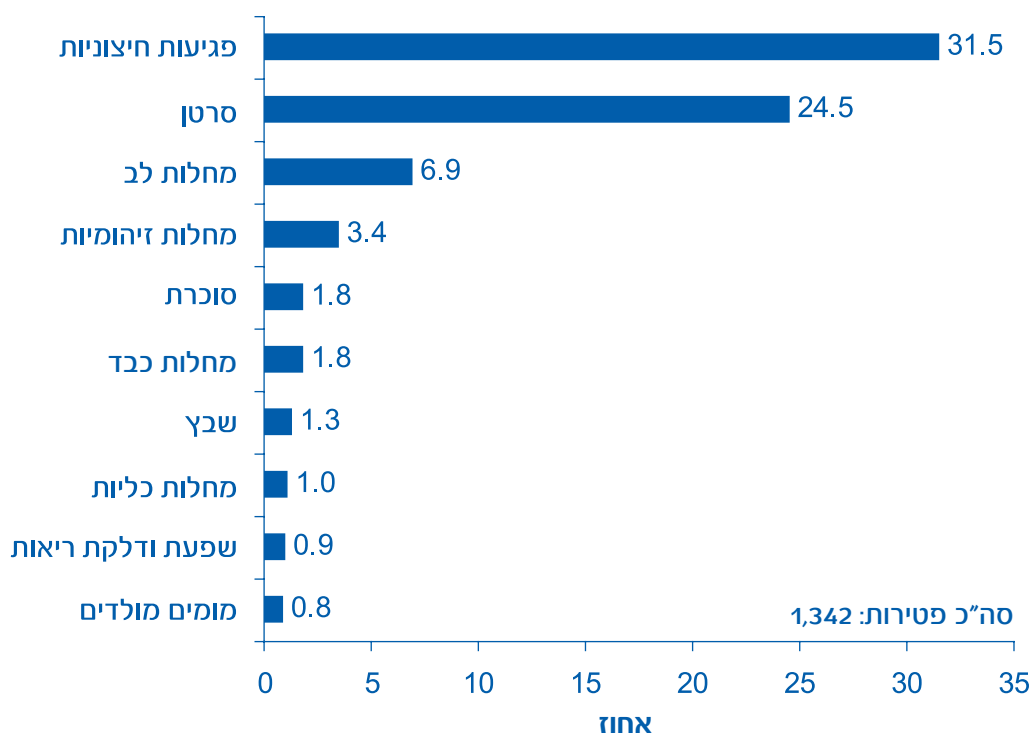
* גידולים ממקדים, שפירים, ובלתי מוגדרים.

סיבות מוות עיקריות

8.5 בני 25-44 שנים

בדומה לקבוצת הגיל הצעירה יותר, בני 15-24 שנים, גם בקבוצת הגיל 25-44 שנים סיבת המוות המובילה הינה פגיעות חיצוניות, שגרמו ל-31.5% ממקרי המוות בקבוצת גיל זו. במקום השני בקבוצה זו נמצאות מחלות הסרטן שתרמו 24.5% מהפטירות, ובמקום השלישי מחלות לב, להן מיוחסים 6.9% ממקרי המוות. מחלות זיהומיות היוו 3.4% ממקרי המוות, וסוכרת ומחלות כבד תרמו כל אחת, ל-1.8% מהפטירות. 1.3% מהפטירות היו כתוצאה משבץ ו-1.0% עקב מחלת כליות. בקרב בני 15-24 שנים, שפעת ודלקת ריאות, ומומים מולדים תרמו, כל אחת לפחות מ-1% מהפטירות (תרשים 12)⁽¹⁾.

תרשים 12: סיבות המוות העיקריות בישראל בקרב בני 25-44 שנים, 2007⁽¹⁾: אחוזים מכלל מקרי המוות

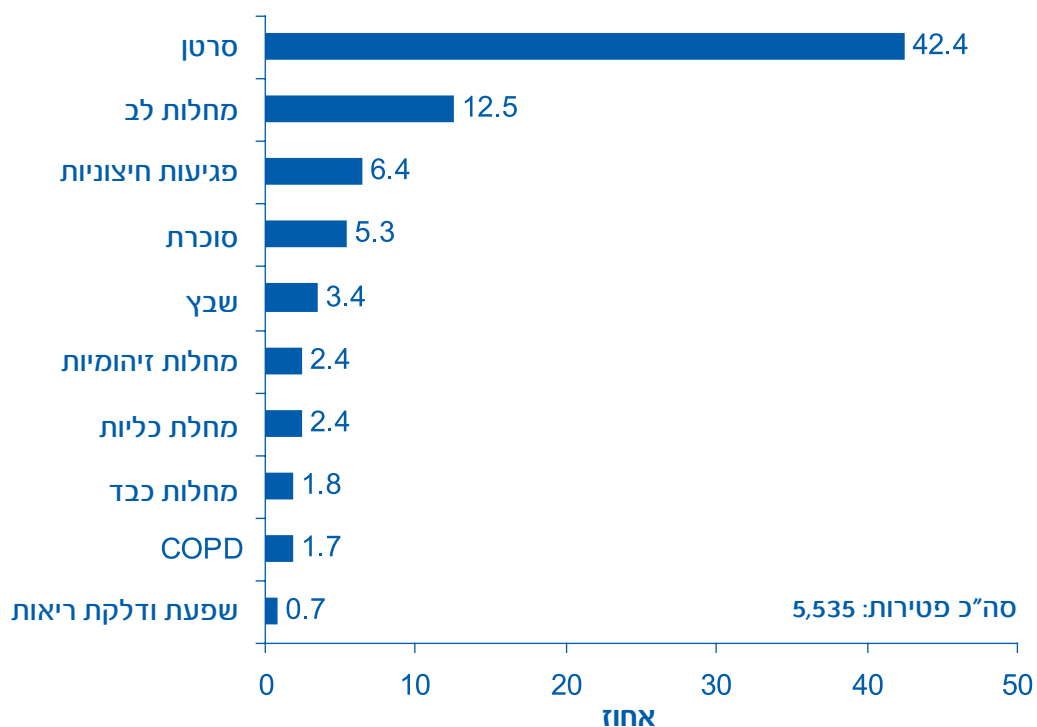


סיבות מוות עיקריות

8.6 בני 45-64 שנים

סיבת המוות המובילה בקרב מבוגרים בני 45-64 שנים הינה מחלות הסרטן, שגרמו ל-42.4% ממקרי המוות בשנת 2007. במקום השני נמצאו מחלות לב, שגרמו ל-12.5% מהפטירות. לעומת קבוצות הגיל הצעירות יותר, בהן סיבת המוות המובילה הייתה פגיעות חיצוניות, בבני 45-64 שנים נמצאו פגיעות חיצוניות במקום השלישי ותרמו ל-6.4% מהתמותה. 3.4% ממקרי המוות מיוחסים לשבץ; למחלות זיהומיות ולמחלת כליות ניתן לייחס, לכל אחת מהסיבות, 2.4% מהפטירות, מחלות כבד ו-COPD תרמו כל אחת כ-2% לתמותה (1.8% ו-1.7% בהתאמה), ופחות מ-1% ממקרי המוות היו כתוצאה משפעת ודלקת ריאות (תרשים 13)⁽¹⁾.

תרשים 13: סיבות המוות העיקריות בישראל בקרב בני 45-64 שנים, 2007⁽¹⁾: אחוזים מכלל מקרי המוות

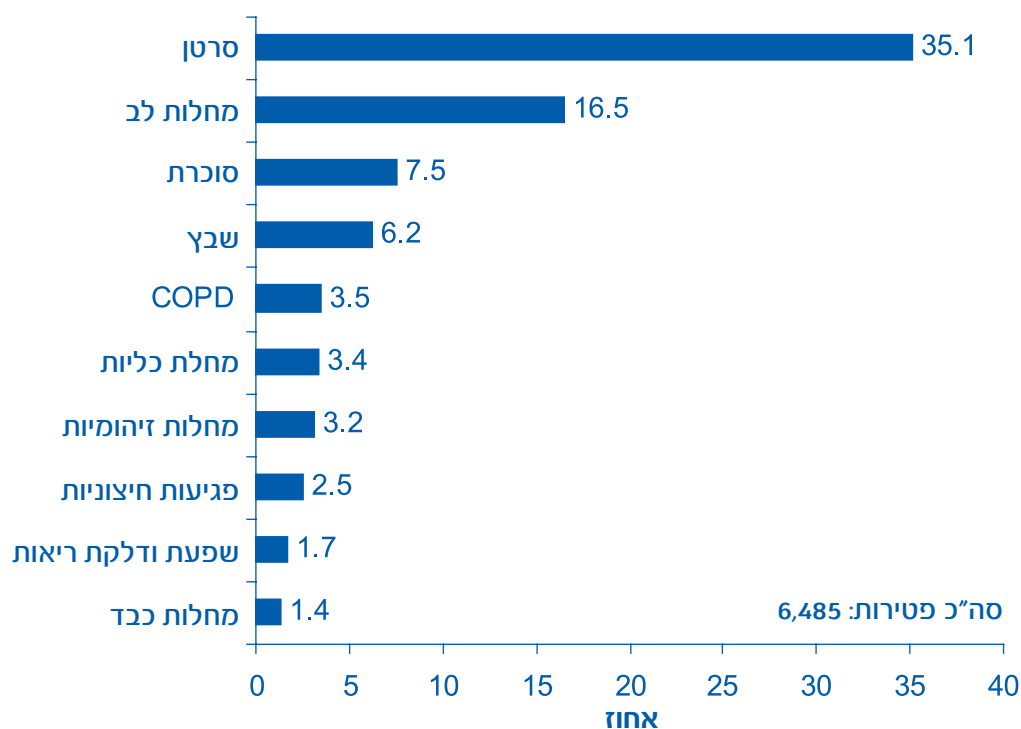


סיבות מוות עיקריות

8.7 בני 74-65 שנים

התפלגות סיבות המוות בקבוצת הגיל המבוגר, בני 74-65 שנים, מוצגת בתרשים 14⁽¹⁾. בשנת 2007, סיבת המוות המובילה בקבוצת גיל זו הייתה מחלות הסרטן, שהיוו 35.1% מכלל הפטירות. במקום השני נמצאו מחלות לב שתרמו 16.5% לתמותה. מחלת הסוכרת שבקבוצות הגיל הצעירות יותר גרמה לחלק קטן יותר מהתמותה, ממוקמת בקבוצה זו במקום השלישי, ואחראית ל-7.5% מכלל מקרי המוות. אחוז התמותה מסוכרת בקרב בני 74-65 הינו הגבוה ביותר בהשוואה לכל קבוצות הגיל האחרות. פגיעות חיצוניות שהיו דומיננטיות יותר בגילאים הצעירים, נמצאות בקבוצה זו במקום השמיני, ואחראיות ל-2.5% מהתמותה. מחלת כלי דם במוח (שבץ) גרמה ל-6.2% מהתמותה. COPD, מחלת כליות ומחלות זיהומיות גרמו ל-3.5%, 3.4% ו-3.2% מהפטירות, בהתאמה. בבני 74-65 שנים שפעת ודלקת ריאות ומחלות כבד, תרמו פחות מ-2% לתמותה, כל אחת (תרשים 14)⁽¹⁾.

תרשים 14: סיבות המוות העיקריות בישראל בקרב בני 74-65 שנים, 2007⁽¹⁾: אחוזים מכלל מקרי המוות

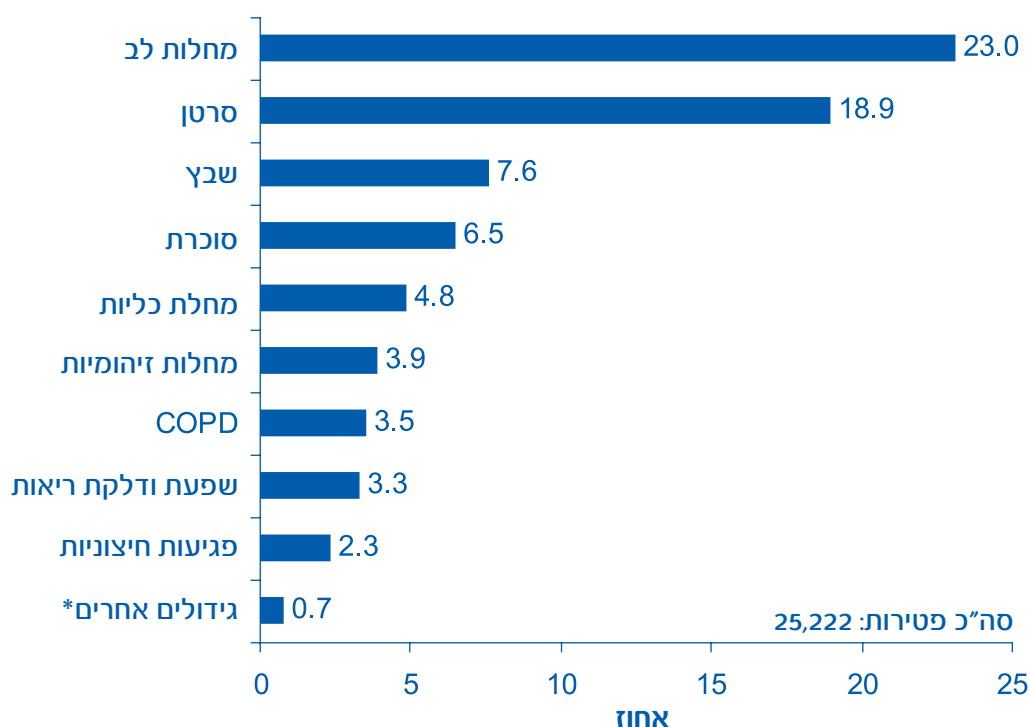


סיבות מוות עיקריות

8.8 בני 75 שנים ומעלה

בשנת 2007, סיבת המוות המובילה בקבוצת הגיל המבוגרת, בני 75 שנים ומעלה, הייתה מחלות לב, שגרמה ל-23% מהתמותה⁽¹⁾. מחלות הסרטן שנמצאות במקום השני, תרמו ל-18.9% מכלל מקרי המוות. 7.6% מהפטירות היו כתוצאה משבץ (האחוז הגבוה ביותר מכל קבוצות הגיל), ו-6.5% היו עקב מחלת הסוכרת. בקבוצת גיל זו מחלת כליות תרמה ל-4.8% מהתמותה, יותר מאשר בכל קבוצת גיל אחרת, ומחלות זיהומיות גרמו ל-3.9% ממקרי המוות (האחוז הגבוה ביותר למעט זה שנמצא בקבוצת הגיל 1-4 שנים). COPD ושפעת ודלקת ריאות גרמו ל-3.5% ו-3.3% מהתמותה, בהתאמה. לפגיעות חיצוניות הייתה את התרומה הנמוכה ביותר (2.3%) בהשוואה לכל קבוצות הגיל האחרות (תרשים 15)⁽¹⁾.

תרשים 15: סיבות המוות העיקריות בישראל בקרב בני 75 שנים ומעלה, 2007⁽¹⁾: אחוזים מכלל מקרי המוות



* גידולים ממוקדים, שפירים, ובלתי מוגדרים.

9. תמותה בקרב עולים חדשים מברית המועצות לשעבר

במחקר שהתפרסם בכתב עת של ארגון הבריאות העולמי (ה-WHO) בינואר 2009, והסתמך על נתונים מקובץ סיבות המוות של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, נמצא כי בין השנים 1990-2003 (תקופת המחקר) שיעורי התמותה מכל הסיבות (מתוקננים לגיל) בקרב עולים חדשים מברה"מ לשעבר היו נמוכים באופן ניכר משיעורי התמותה הקיימים בארץ המוצא (טבלה 3) ודומים לאלו של כל יתר הישראלים (טבלה 4)⁽⁶⁾. תמונה דומה נצפתה גם עבור מחלות כלי דם במוח (טבלה 3 וטבלה 4)⁽⁶⁾.

ההבדל הגדול בשיעורי התמותה בין עולים מברה"מ לבין כל יתר הישראלים היה במחלות הסרטן. עבור גברים ילידי ברה"מ, שיעורי התמותה מסרטן היו אומנם נמוכים מאלו שבארץ המוצא (טבלה 3), אך גבוהים באופן משמעותי בהשוואה לכל יתר הישראלים (טבלה 4). מצבם של עולות ילידות ברה"מ היה גרוע יותר, עם שיעורים גבוהים יותר גם ביחס ליתר הישראליות (טבלה 4) וגם ביחס לנשים מארץ המוצא (טבלה 3)⁽⁶⁾. שיעורי תמותה מסיבות חיצוניות בקרב עולים חדשים היו נמוכים במיוחד לעומת אלו שנמצאו בארץ המוצא (טבלה 3), וגבוהים (בשני המינים אך בעיקר בגברים) בהשוואה ליתר הישראלים (טבלה 4)⁽⁶⁾.

טבלה 3: הסיכוי לתמותה בילידי ברה"מ לשעבר בהשוואה לארץ המוצא, 1990-2003⁽⁶⁾

	יחס שיעורי תמותה מתוקננים (SMR), עולים מברה"מ לעומת ארץ המוצא	
	גברים	נשים
תמותה מכל הסיבות	0.41 (95%CI: 0.401-0.411)	0.57 (95%CI: 0.562-0.574)
תמותה ממחלות כלי דם	0.27 (95%CI: 0.261-0.271)	0.31 (95%CI: 0.300-0.310)
תמותה ממחלות הסרטן	0.77 (95%CI: 0.75-0.79)	1.31 (95%CI: 1.28-1.34)
תמותה מסיבות חיצוניות	0.20 (95%CI: 0.19-0.21)	0.35 (95%CI: 0.33-0.37)

טבלה 4: הסיכוי לתמותה בילידי ברה"מ לשעבר בהשוואה לילידי ישראל, 1990-2003⁽⁶⁾

	יחס שיעורי תמותה מתוקננים (SMR), עולים מברה"מ לעומת כל יתר הישראלים	
	גברים	נשים
תמותה מכל הסיבות	1.05 (95%CI: 1.041-1.065)	0.94 (95%CI: 0.932-0.953)
תמותה ממחלות כלי דם	0.99 (95%CI: 0.965-1.005)	0.90 (95%CI: 0.881-0.913)
תמותה ממחלות הסרטן	1.22 (95%CI: 1.20-1.25)	1.15 (95%CI: 1.13-1.17)
תמותה מסיבות חיצוניות	1.41 (95%CI: 1.35-1.47)	1.08 (95%CI: 1.02-1.15)

סיבות מוות עיקריות

10. עדכון הנתונים לשנת 2008

על פי עדכון קובץ סיבות המוות של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, סיבות המוות העיקריות בשנת 2008 היו: סרטן (25.4% מכלל הפטירות), מחלות לב (18%), סוכרת (6.3%), מחלות כלי דם במוח (5.2%) וסיבות חיצוניות (5.1%) (טבלה 5)⁽¹⁾. בהשוואה לשנת 2007, נמצא כי חלקו היחסית של סרטן עלה במעט, וחלקם של מחלות לב ושכץ ירד מעט, במקביל.

בהשוואה בין יהודים לערבים, ניתן לראות כי חלקם של סרטן, מחלות לב ושכץ גדול יותר ביהודים, וחלקם של סוכרת וסיבות חיצוניות גדול יותר בערבים (טבלה 6). עם זאת יש לציין כי אחוז התמותה מסרטן באוכלוסייה הערבית עלה, מ-19.5% מכלל הפטירות בשנת 2007 ל-21.1% בשנת 2008⁽¹⁾.

טבלה 5: התפלגות 10 סיבות המוות העיקריות בכלל האוכלוסייה, 2008⁽¹⁾: מספר פטירות ואחוזים מכלל הפטירות

סיבות המוות	מספר פטירות	אחוז מכלל הפטירות
כל השאתות הממאירות (סרטן)	9,983	25.4
מחלות לב	7,078	18.0
סוכרת	2,453	6.3
מחלות כלי הדם שבמוח (שכץ)	2,048	5.2
כל הסיבות החיצוניות	2,010	5.1
מחלות זיהומיות	1,531	3.9
מחלות כליה	1,427	3.6
COPD	1,063	2.7
שפעת ודלקת ריאות	996	2.5
מחלות כבד	315	0.8

טבלה 6: התפלגות 10 סיבות המוות העיקריות לפי קבוצת האוכלוסייה, 2008⁽⁶⁾: אחוזים מכלל הפטירות

סיבת המוות	יהודים	ערבים
	אחוז מכלל הפטירות	אחוז מכלל הפטירות
כל השאתות הממאירות (סרטן)	25.9	21.1
מחלות לב	18.2	17.0
סוכרת	6.1	7.7
מחלות כלי הדם שבמוח (שכץ)	5.3	4.8
כל הסיבות החיצוניות	4.7	8.8
מחלות זיהומיות	4.0	3.0
מחלות כליה	3.7	3.1
COPD	2.7	3.3
שפעת ודלקת ריאות	2.6	2.3
מחלות כבד	0.8	1.1

11. ביבליוגרפיה

1. הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. קובץ סיבות המוות, 2007.
2. Anderson RN et al. Comparability of cause of death between ICD-9 and ICD-10: preliminary estimates. Natl Vital Stat Rep. 2001;49(2):1-32.
3. National Center for Health Statistics. Health United States, 2009. Hyattsville, Maryland: 2009.
4. Organization for Economic Co-operation and Development. OECD Health Data 2009 - Version: November 09. Available at:
<http://www.ecosante.org/oecd.htm>.
5. הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. שנתון סטטיסטי לישראל 2009, פרסום 60, ירושלים, 2009.
6. Ott JJ, Paltiel AM, Becher H. Noncommunicable disease mortality and life expectancy in immigrants to Israel from the former Soviet Union: country of origin compared with host country. Bull World Health Organ. 2009;87(1):20-9.

תוחלת חיים

נקודות עיקריות

כללי

- בשנת 2008, תוחלת החיים בלידה של גברים בישראל הייתה 79.1 שנים, ושל נשים, 83 שנים.
- תוחלת החיים של גברים יהודים הייתה 79.6 שנים, של נשים יהודיות 83.4 שנים, של גברים ערבים 75.9 שנים, ושל נשים ערביות 79.7 שנים.

מגמות

- בין השנים 1975-2008 חלה עלייה בתוחלת החיים בלידה, ב-8.8 שנים בגברים וב-9.1 שנים בנשים.
- בין השנים 1975-2008 עלתה תוחלת החיים בלידה ב-8.7 שנים בגברים יהודים, ב-8.9 שנים בנשים יהודיות, ב-7.7 שנים בגברים ערבים וב-8.2 שנים בנשים ערביות.
- בין השנים 1975-2008 חלה עלייה בתוחלת החיים בגיל 20, בשני המינים ובשתי קבוצות האוכלוסייה. העלייה בתוחלת החיים באוכלוסייה היהודית הייתה גבוהה פי שניים בקירוב לעומת העלייה באוכלוסייה הערבית.
- בין השנים 1975-2008 עלתה תוחלת החיים בגיל 65 באופן הדרגתי. בגברים עלתה תוחלת החיים באופן שווה ביהודים ובערבים. בנשים עלתה תוחלת החיים של יהודיות באופן ניכר בהשוואה לעלייה מתונה יותר בנשים ערביות.
- הפער בתוחלת החיים בין יהודים וערבים התרחב עם השנים, בעיקר בגברים: בשנת 2008, הפער בתוחלת חיים בים גברים יהודים וערבים היה 3.7 שנים, לעומת 2 שנים בשנת 1998.

השוואה בין-לאומית

- תוחלת החיים של גברים בישראל נמצאת במקום גבוה יחסית בהשוואה לשאר מדינות ה-OECD.
- נשים בישראל נמצאות במקום ביניים בהשוואה לשאר המדינות.
- ההפרש בתוחלת החיים בלידה בין נשים וגברים בישראל קטן בהשוואה למרבית מדינות ה-OECD.

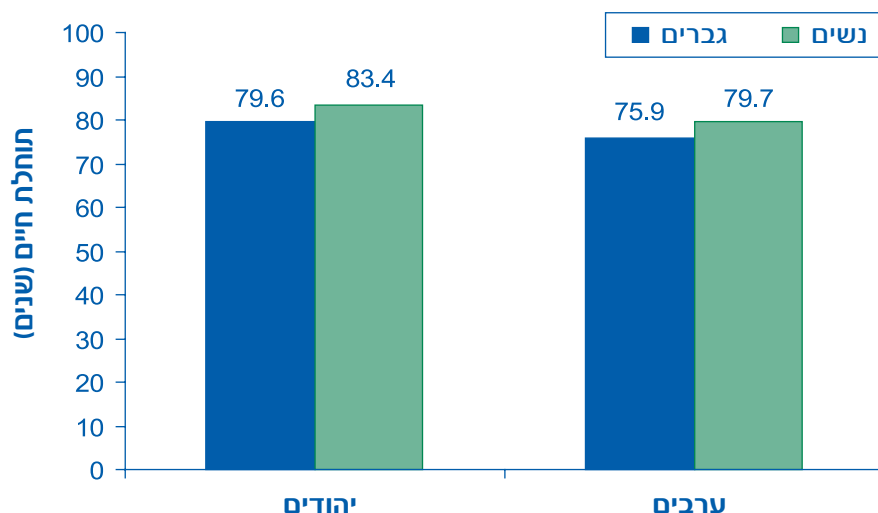
1. רקע

תוחלת חיים בלידה מוגדרת כ"מספר השנים הממוצע אשר אדם צפוי לחיות על בסיס שיעורי התמותה הקיימים בתקופת ההתייחסות"⁽¹⁾. תוחלת חיים משמשת כמדד להשוואת מצבי בריאות של קבוצות אוכלוסייה שונות, בין מדינות ובתוך מדינות. הבדלים בתוחלת החיים משקפים הבדלים במצב הבריאות ובסיכוי לתמותה באוכלוסיות שונות.

2. תוחלת החיים בלידה

בשנת 2008, תוחלת החיים בלידה של גברים בישראל הייתה 79.1 שנים. בקרב נשים, תוחלת החיים בלידה הייתה 83 שנים⁽¹⁾. תוחלת החיים של גברים יהודים הייתה באותה שנה 79.6 שנים ושל נשים יהודיות - 83.4 שנים. הנתונים המקבילים עבור ערבים היו 75.9 שנים לגברים ו-79.7 שנים לנשים ערביות (תרשים 1)⁽¹⁾.

תרשים 1: תוחלת החיים בלידה לפי מין וקבוצת אוכלוסייה, 2008⁽¹⁾

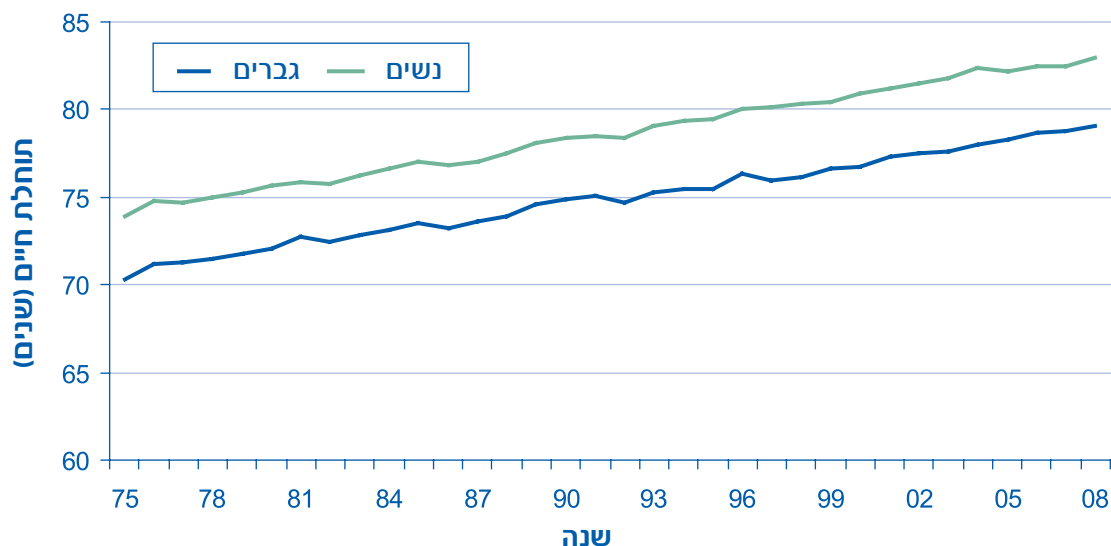


3. תוחלת החיים בלידה - מגמות

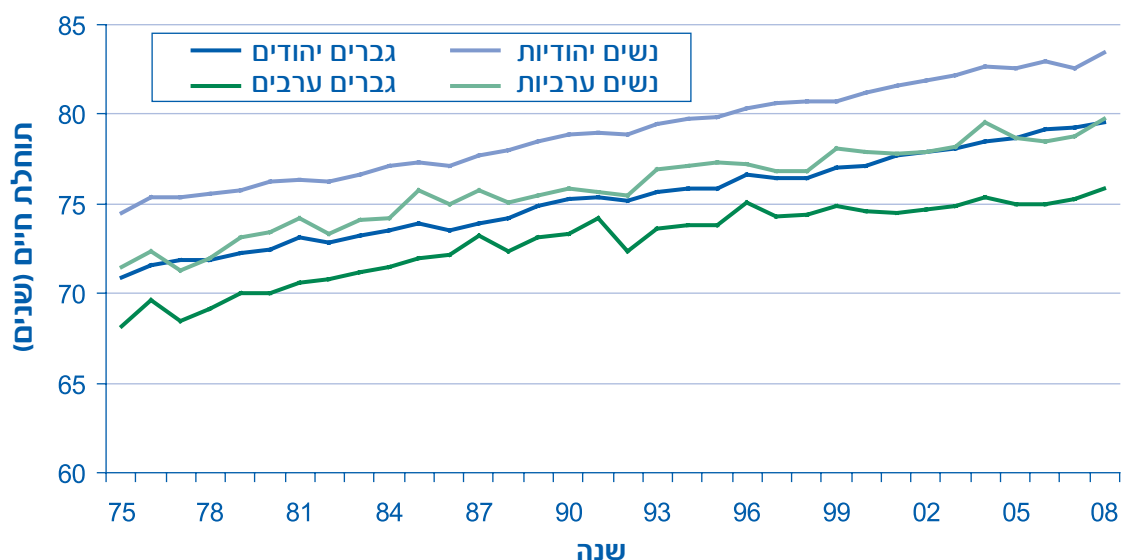
בשלושת העשורים האחרונים, עם השיפור בתנאים הסביבתיים, ברמת החיים ובשירותי הבריאות, ועם הירידה בתמותה ממחלות זיהומיות וממחלות שאינן זיהומיות, חלה עלייה בתוחלת החיים, הן בגברים והן בנשים. בין השנים 1975-2008 עלתה תוחלת החיים ב-8.8 שנים בגברים וב-9.1 שנים (תרשים 2)⁽¹⁾. עלייה בתוחלת החיים נצפתה בכל קבוצות האוכלוסייה, אם כי הנתונים מצביעים על כך שהפער בין יהודים וערבים נשמר ואף גדל. תופעה זו בולטת במיוחד בגברים (אך קיימת גם בנשים): בשנת 1988, למשל, הפער בין תוחלת החיים של גברים יהודים וערבים היה 1.8 שנים; בשנת 1998, 2 שנים, ובשנת 2008, 3.7 שנים (תרשים 3). בין השנים 1975-2008 עלתה תוחלת החיים בלידה באוכלוסייה היהודית ב-8.7 שנים בקרב גברים וב-8.9 שנים בקרב נשים. באוכלוסייה הערבית נצפתה עלייה ב-7.7 שנים בקרב גברים וב-8.2 שנים בנשים. תוחלת החיים בלידה של נשים (יהודיות וערביות) גבוהה מזו של הגברים (תרשים 3)⁽¹⁾.

תוחלת חיים

תרשים 2: מגמות בתוחלת החיים בלידה לפי מין, 1975-2008⁽¹⁾



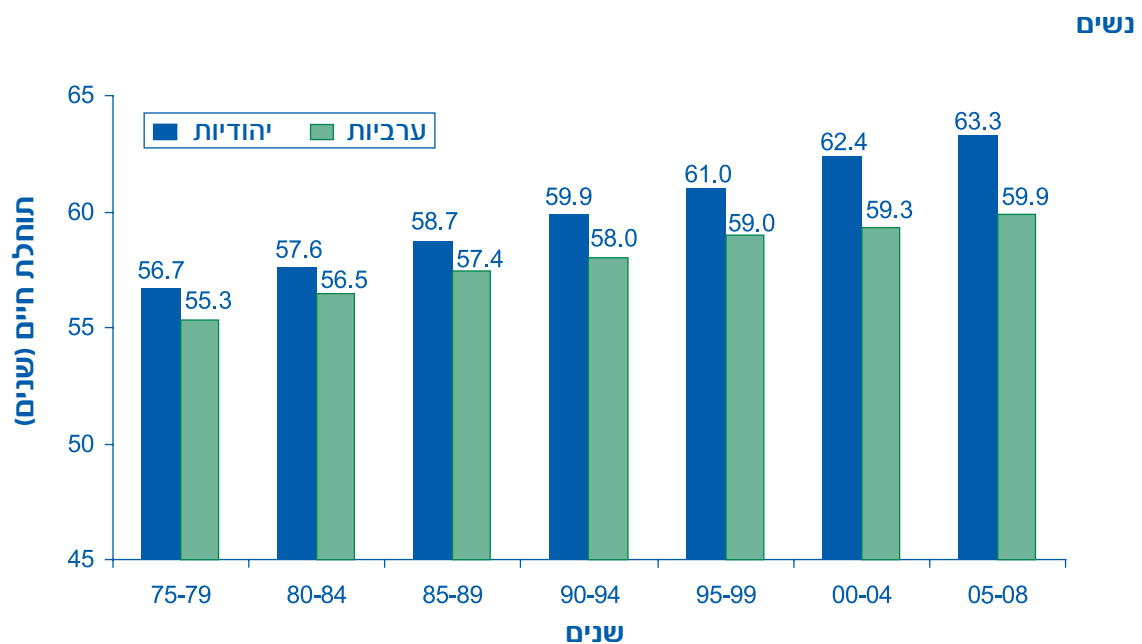
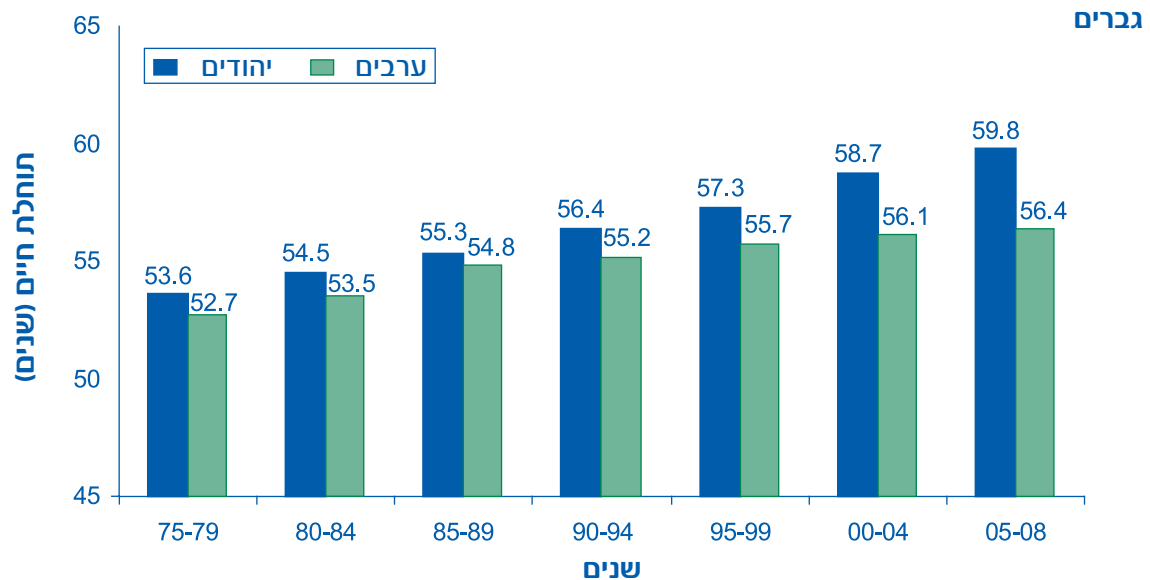
תרשים 3: מגמות בתוחלת החיים בלידה לפי מין וקבוצת אוכלוסייה, 1975-2008⁽¹⁾



4. תוחלת החיים בגיל 20 - מגמות

בין השנים 1975-2008 חלה עלייה בתוחלת החיים בגיל 20, בשני המינים ובשתי קבוצות האוכלוסייה, כאשר העלייה באוכלוסייה היהודית הייתה גבוהה פי שניים בקירוב לעומת האוכלוסייה הערבית. תוחלת החיים עלתה בגברים יהודים ב-6.2 שנים, בנשים יהודיות ב-6.6 שנים, בגברים ערבים ב-3.7 שנים ובנשים ערביות ב-4.6 שנים (תרשים 4)⁽¹⁾.

תרשים 4: תוחלת החיים בגיל 20 לפי מין וקבוצת אוכלוסייה, 1975-2008⁽¹⁾



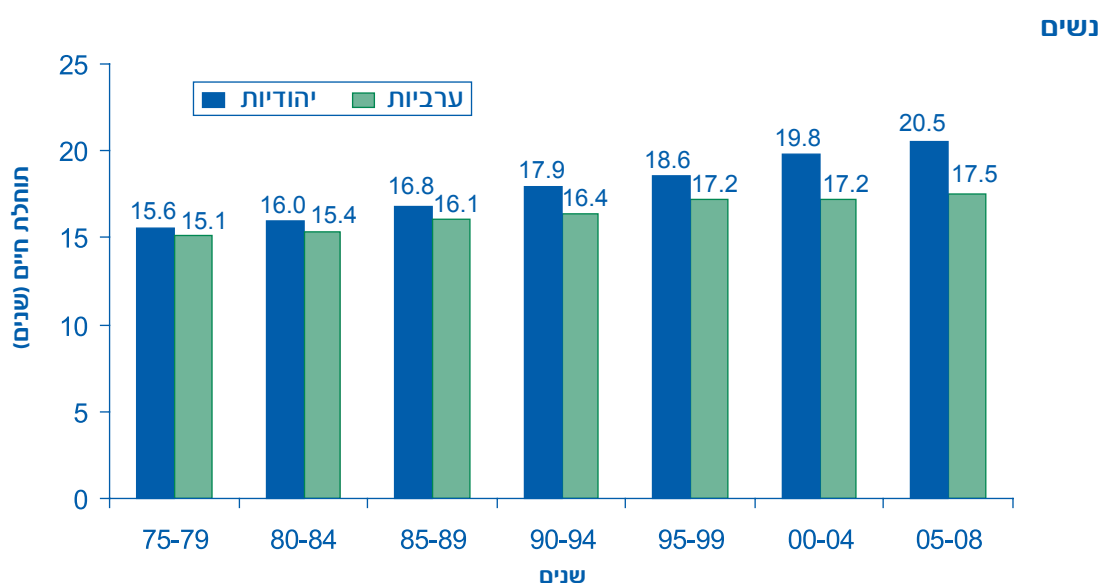
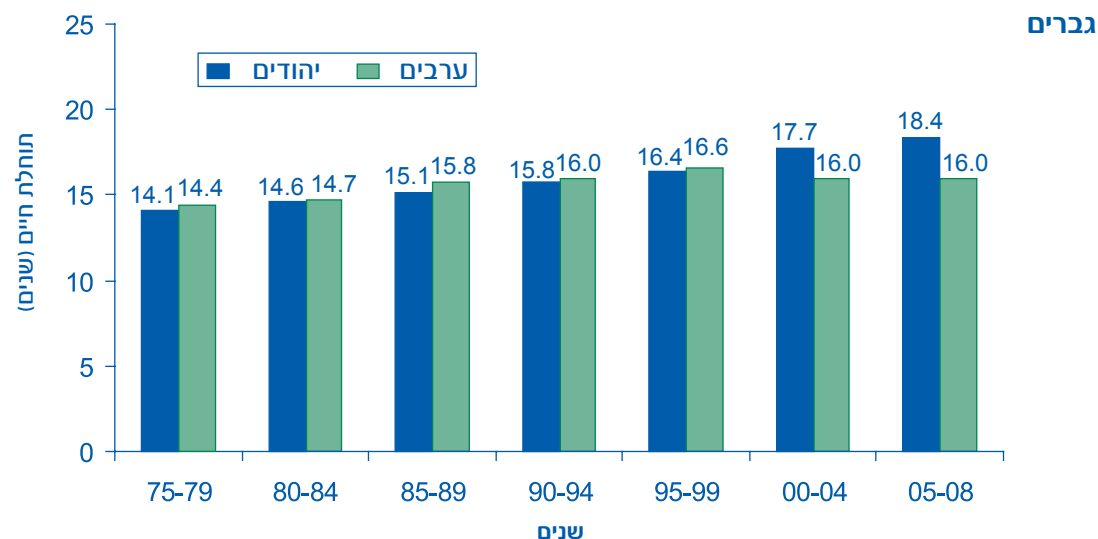
5. תוחלת החיים בגיל 65 - מגמות

בין השנים 1975-1999 עלתה תוחלת החיים בגיל 65 באופן הדרגתי בקרב גברים, ולא נמצא הבדל ניכר בין גברים יהודים וגברים ערבים (עד לשנת 1999 תוחלת החיים של גברים ערבים אף הייתה גבוהה במעט מזו של גברים יהודים). משנת 2000 ואילך נצפה פער הולך וגדל בתוחלת החיים בין גברים יהודים וערבים, ובשנים 2004-2008 הפער היה 2.4 שנים (באותן שנים תוחלת החיים בגיל 65 הייתה 18.4 בגברים יהודים ו-16 בגברים ערבים) (תרשים 5)⁽¹⁾.

תוחלת חיים

בנשים נמצאה מגמה דומה: עם השנים עלתה תוחלת החיים של נשים יהודיות באופן ניכר (ב-4.9 שנים) בהשוואה לעלייה מתונה יותר בקרב נשים ערביות (2.4 שנים). בשנים 2008-2004 תוחלת החיים בגיל 65 הייתה גבוהה ב-3 שנים בנשים יהודיות (20.5) בהשוואה לנשים ערביות (17.5) (תרשים 5⁽¹⁾). הפער בתוחלת החיים בין יהודים וערבים טרם נסגר ואף התרחב עם השנים. ממצא זה מחייב בדיקה מעמיקה של סיבות המוות בכל הגילאים. כך ניתן יהיה לזהות את תחומי הבריאות בהם יש הבדלים בולטים התורמים לפערים אלה.

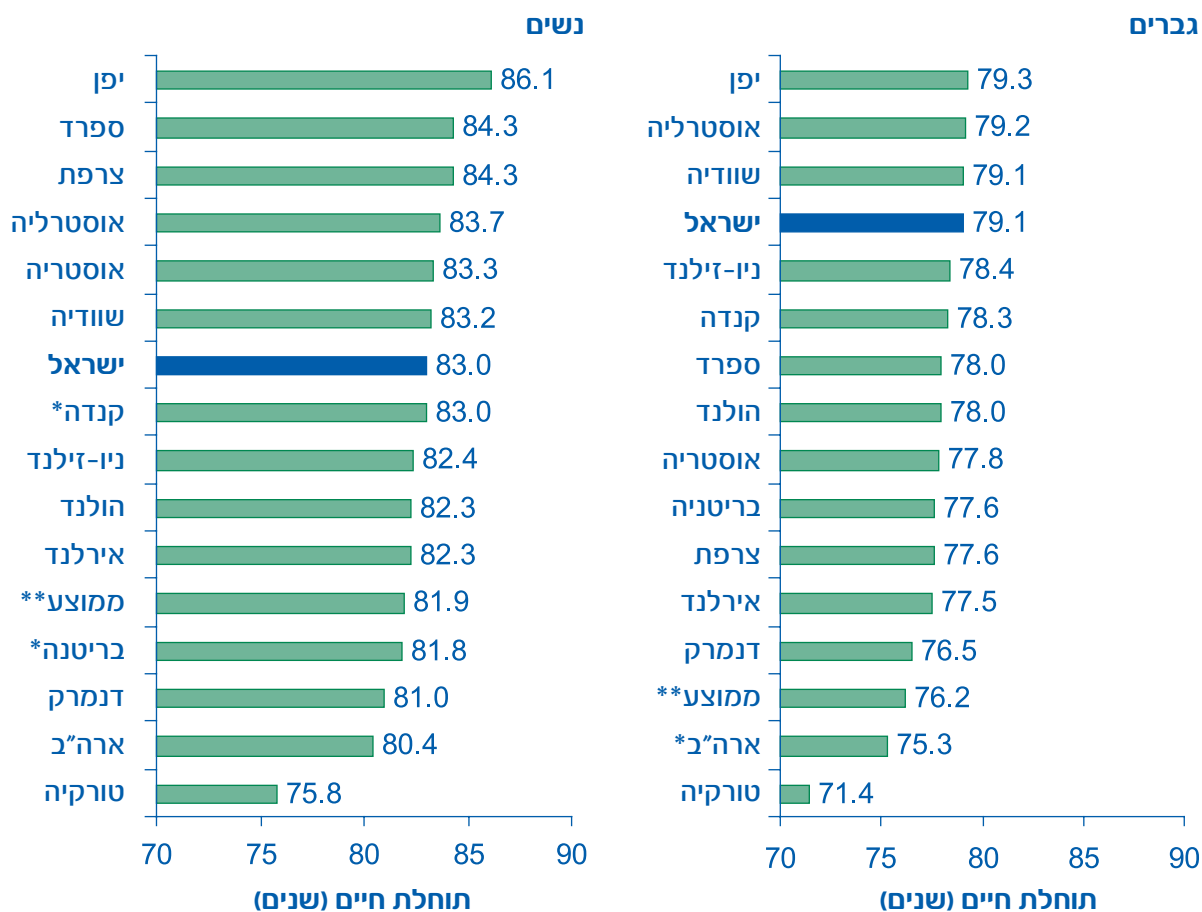
תרשים 5: תוחלת החיים בגיל 65 לפי מין וקבוצת אוכלוסייה, 1975-2008⁽¹⁾



6. השוואה בין-לאומית

בהשוואה בין תוחלת החיים בישראל ובמדינות אחרות החברות ב-OECD נמצא כי תוחלת החיים של גברים בישראל (79.1 שנים) נמצאת במקום גבוה יחסית בהשוואה לשאר המדינות, כאשר ממוצע תוחלת החיים במדינות ה-OECD נאמד ב-76.2 שנים. מצבן של הנשים אינו כשל הגברים והן נמצאות במקום ביניים (83.0 שנים) בהשוואה לשאר המדינות, כאשר ממוצע תוחלת החיים של נשים ממדינות ה-OECD נאמד ב-82.0 שנים. (תרשים 6)⁽²⁾.

תרשים 6: תוחלת החיים בלידה לפי מין במדינות נבחרות מארגון ה-OECD, 2008⁽²⁾

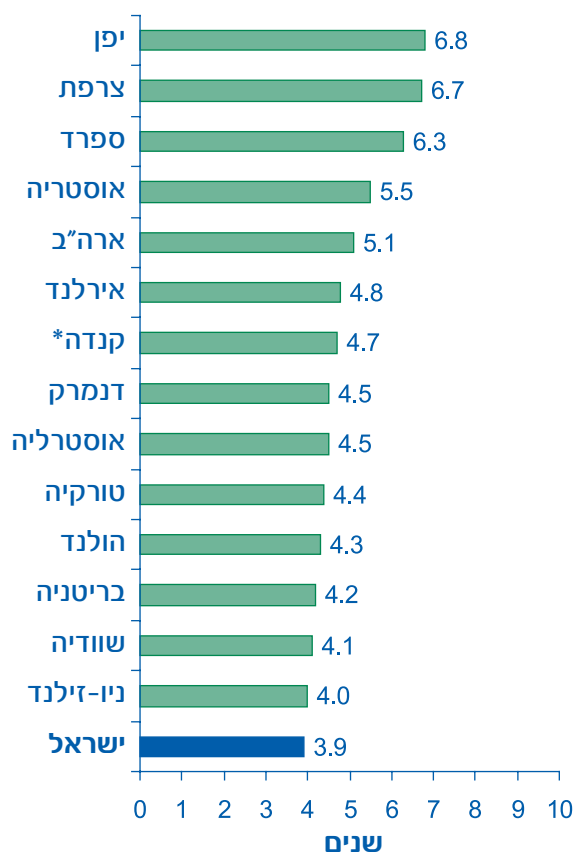


* נתונים משנת 2007, השנה העדכנית ביותר בה היו נתונים עבור מדינה זו.

בנוסף להבדלים הנצפים בתרשים 6, בדירוג תוחלת החיים של גברים ונשים בישראל בהשוואה לגברים ונשים במדינות אחרות החברות בארגון ה-OECD, ההפרש בתוחלת החיים בלידה בין נשים וגברים קטן בישראל בהשוואה למרבית המדינות. בשנת 2008, ההפרש בישראל היה 3.9 שנים, זאת לעומת הפרשים שנעים בין 4.0 ל-6.8 שנים במדינות האחרות (תרשים 7)⁽²⁾.

תרשים 7: הפרש בתוחלת החיים בלידה בין נשים וגברים במדינות נבחרות מארגון ה-OECD,

2008⁽²⁾



* נתונים משנת 2007, השנה העדכנית ביותר בה היו נתונים עבור מדינה זו.

7. ביבליוגרפיה

1. הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. שנתון סטטיסטי לישראל 2009, פרסום 60, ירושלים, 2009.
2. Organization for Economic Co-operation and Development. OECD Health Data 2009 - Version: November 09. Available at:
<http://www.ecosante.org/oecd.htm>.

כיסוי חיסוני בילדים

נקודות עיקריות

כללי

- "הכיסוי החיסוני בילדים" מבטא את אחוז הילדים בשנתון שחוסנו מסך הילדים המוכרים בתחנות לבריאות המשפחה.
- אחוז התינוקות שחוסנו על פי תוכנית החיסונים של משרד הבריאות הוא גבוה, ובמחוזות מסוימים בארץ מתקרב ל-100%.
- הכיסוי החיסוני בשנת 2006 בילדים בהגיעם לגיל שנתיים היה מעל 90% עבור מרבית החיסונים, הן במגזר היהודי והן במגזר הערבי.
- אחוז המתחסנים בכל אחד מהחיסונים הניתנים עד גיל שנתיים גבוה באוכלוסייה הערבית לעומת האוכלוסייה היהודית.

השוואה בין-לאומית

- הכיסוי החיסוני בישראל נגד פוליו, חצבת, אדמת ושעלת דומה לכיסוי החיסוני במדינות החברות באיחוד האירופי, ונע בין 94%-96%.

כיסוי חיסוני בילדים

1. רקע

כיסוי חיסוני בילדים הינו מדד המשקף את היקף השימוש בשירותי הרפואה המונעת ואת מידת ההגנה של אוכלוסיית הילדים בפני הדבקות במחלות שנגדן ניתן החיסון. מדד זה מציג את אחוז הילדים בשנתון מסוים שחוסנו מתוך ילידי אותו שנתון; בפועל בישראל, הוא מתאר את אחוז הילדים בשנתון שחוסנו מתוך סך הילדים באותו שנתון המוכרים ע"י התחנות לבריאות המשפחה. ילדים שאינם מוכרים בתחנות לא נכנסים לדיווח. הנתונים על כיסוי חיסוני בישראל בפרק זה מבוססים על הדיווח של לשכות הבריאות לאגף לאפידמיולוגיה במשרד הבריאות. תוכנית החיסונים העדכנית לילדים בישראל כפי שפורסמה ע"י האגף לאפידמיולוגיה מוצגת בטבלה 1⁽¹⁾.

החיסון נגד נגיף הרוטה נכנס בינואר 2011 לשגרת החיסונים.

טבלה 1: לוח חיסוני השגרה של גיל הילדות ובית הספר, ישראל, 2010⁽¹⁾

החיסון	גיל									
	שנה ראשונה			שנה שנייה		שנה שלישית		בית הספר		
	בלידה (בבית"ח)	1 חודש	2 חודשים	4 חודשים	6 חודשים	12 חודשים	18 חודשים	30-24 חודשים	6 שנים (כיתה א')	7 שנים (כיתה ב')
דלקת כבד נגיפית מסוג B	HBV1	HBV2			HBV3					
שיתוק ילדים (פוליו)			IPV1	IPV2	IPV3	IPV4			IPV5	
אסכרה-פלצת-שעלת			DTaP1	DTaP2	DTaP3	DTaP4			dTaP	dTaP*
המופילוס אינפלואנזה b			Hib1	Hib2	Hib3	Hib4				
חצבת-חזרת-אדמת						MMR1		MMR2		
פנומוקוק			PCV7	PCV7		PCV7				
אבעבועות רוח						Var			Var	
דלקת כבד נגיפית מסוג A							HAV2	HAV1		

* לילדים שלא קבלו מנת דחף של חיסון נגד אסכרה, פלצת ושעלת למבוגר בכיתה ב' / גיל 7 שנים ואילך.

Viral Hepatitis B vaccine (recombinant)	HBV - תרכיב נגד דלקת כבד B
Inactivated polio vaccine (enhanced)	IPV - תרכיב מומת נגד שיתוק ילדים
Diphtheria-Tetanus-Pertussis acellular vaccine	DTaP - תרכיב נגד אסכרה-פלצת-שעלת אסלולרי לילד
Diphtheria-Tetanus-Pertussis acellular vaccine	dTaP - תרכיב נגד אסכרה-פלצת-שעלת אסלולרי למבגר
Haemophilus influenzae b vaccine (conjugate)	Hib - תרכיב נגד המופילוס אינפלואנזה b
Varicella vaccine	Var - תרכיב נגד אבעבועות רוח
Pneumococcal conjugate vaccine	PCV7 - תרכיב נגד פנומוקוק
Measles-Mumps-Rubella vaccine	MMR - תרכיב נגד חצבת-חזרת-אדמת
Viral Hepatitis A vaccine	HAV - תרכיב דלקת כבד A

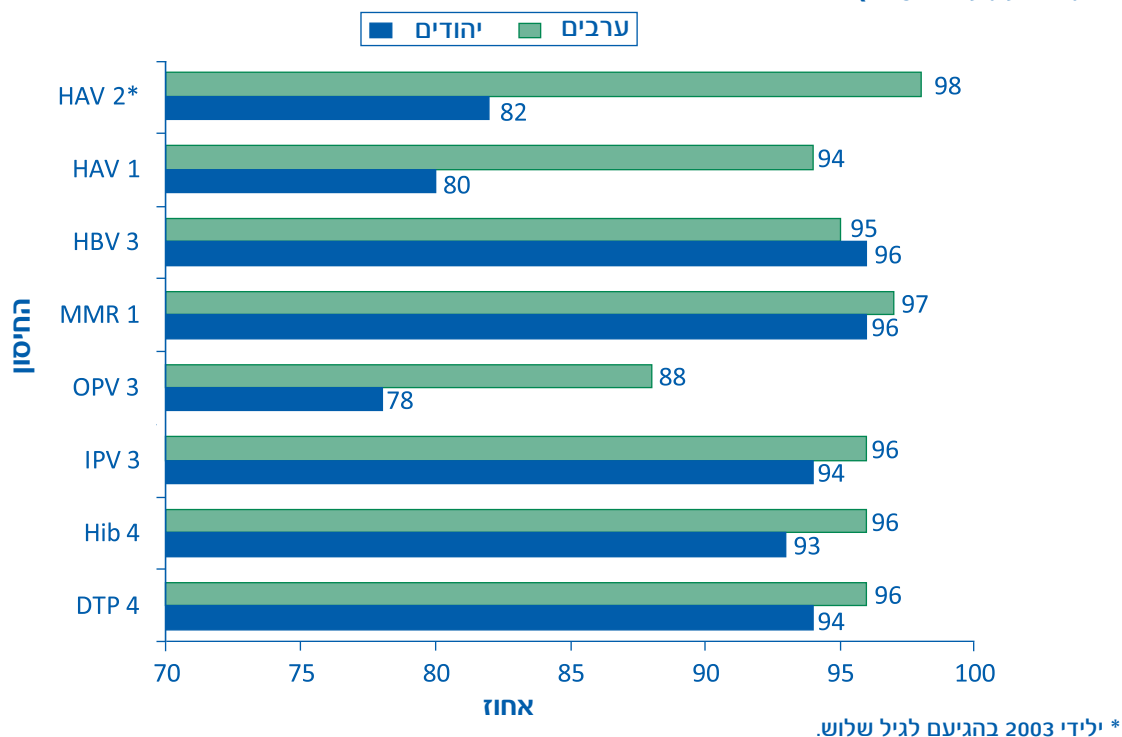
כיסוי חיסוני בילדים

2. הכיסוי החיסוני לפי קבוצת אוכלוסייה וסוג החיסון

אחוז התינוקות שחוסנו על פי תוכנית החיסונים של משרד הבריאות (טבלה 1) גבוה, ובמחוזות מסוימים בארץ מתקרב ל-100% (נתונים לפי מחוזות לא מוצגים)⁽¹⁾.

בתרשים 1 מוצג הכיסוי החיסוני בשנת 2006 בקרב ילדים בהגיעם לגיל שנתיים, לפי קבוצת אוכלוסייה וסוג החיסון. עבור מרבית החיסונים, הכיסוי החיסוני היה מעל 90%, הן במגזר היהודי והן במגזר הערבי (תרשים 1)⁽¹⁾. אחוז המתחסנים בכל אחד מהחיסונים הניתנים עד גיל שנתיים, למעט HBV 3, גבוה באוכלוסייה הערבית מהאוכלוסייה היהודית. פער זה בולט במיוחד בחיסונים: HAV 1 (94%-80%, בהתאמה), HAV 2 (98%-82%, בהתאמה), OPV 3 (88% בהשוואה ל-78%, בהתאמה) (תרשים 1)⁽¹⁾. הפער נובע מכך שהיענות האוכלוסייה הערבית לחיסונים גדולה יותר, בפרט בשנת החיים השנייה בה יש ירידה בביקורים בתחנות לבריאות המשפחה.

תרשים 1: הכיסוי החיסוני בגיל שנתיים בישראל, לפי קבוצת אוכלוסייה, 2006 (ילידי 2004 בהגיעם לגיל שנתיים)⁽¹⁾: אחוזים



HBV3	3 מנות חיסון נגד דלקת כבד נגיפית מסוג B
MMR1	מנת חיסון אחת נגד חצבת-חזרת-אדמת
OPV3	3 מנות חיסון נגד שיתוק ילדים (נגיף חי מוחלש)
IPV3	3 מנות חיסון נגד שיתוק ילדים (נגיף מומת)
Hib4	4 מנות חיסון נגד המופילוס אינפולאנזה b
DTP4	4 מנות חיסון נגד אסכרה-פלצת-שעלת
HAV 1	מנת חיסון אחת נגד דלקת כבד A
HAV 2	2 מנות חיסון אחת נגד דלקת כבד A

כיסוי חיסוני בילדים

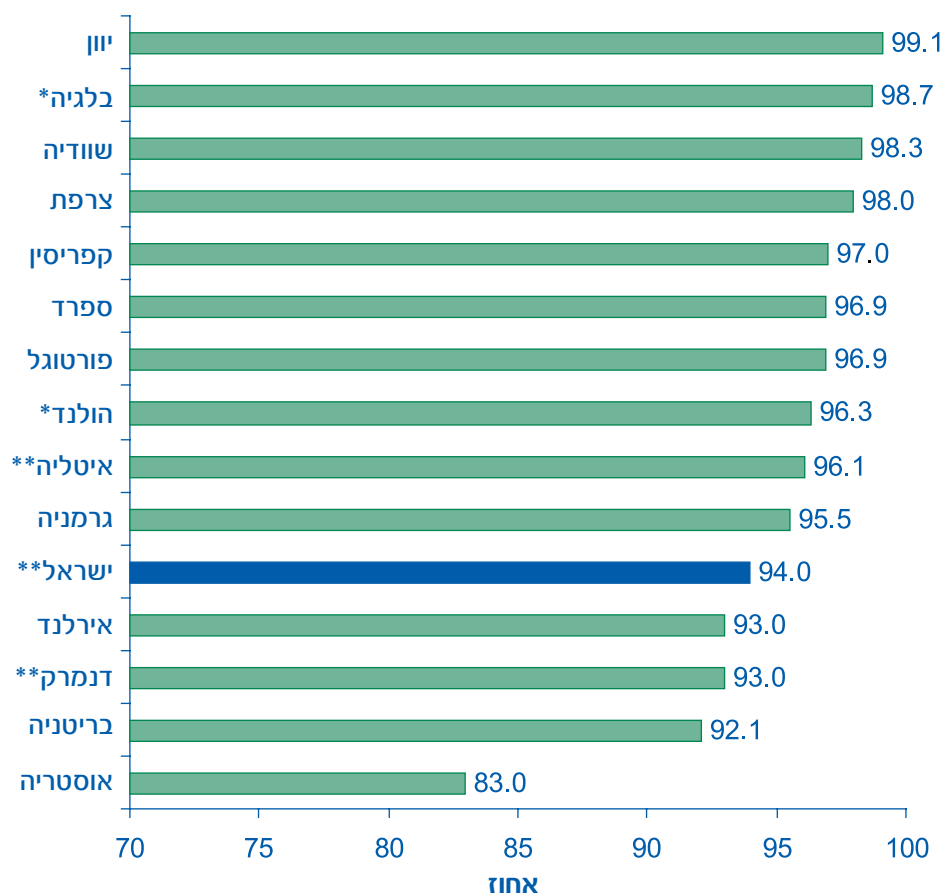
3. השוואה בין-לאומית

בפרק זה מוצג הכיסוי החיסוני בישראל נגד ארבע מחלות נבחרות בהשוואה למדינות אחרות. הנתונים מישראל מבוססים על דיווחי לשכות הבריאות לאגף לאפידמיולוגיה, ושאר הנתונים מבוססים על דיווחי המדינות לארגון הבריאות העולמי⁽²⁾. יש לציין כי ההבדלים בין מדינה למדינה הינם קטנים, והכיסוי החיסוני עבור כל החיסונים האלו בישראל הינו טוב, ונע בין 94%-96%.

3.1 פוליו

הכיסוי החיסוני נגד פוליו בישראל היה בשנת 2006 94%. אחוז זה נמצא במיקום ביניים בהשוואה לרוב המדינות עבורן מוצגים נתונים. הכיסוי החיסוני הגבוה ביותר (99.1%) דווח ביוון ואילו באוסטריה דווח האחוז הנמוך ביותר (83%) (תרשים 2)⁽²⁾.

תרשים 2: הכיסוי החיסוני נגד פוליו (שיתוק ילדים) בילדים בגיל שנתיים בישראל ובמדינות נבחרות מהאיחוד האירופי, 2008^(2,1): אחוזים

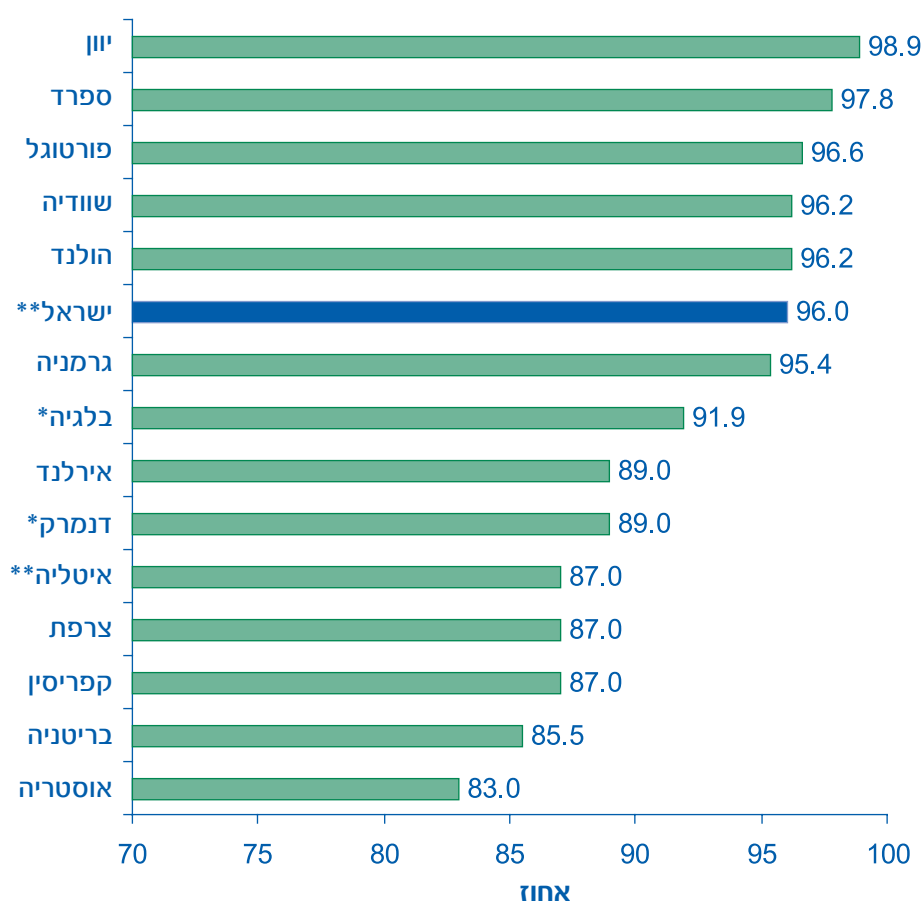


* נתונים משנת 2007, השנה העדכנית ביותר בה היו נתונים עבור מדינה זו.
** נתונים משנת 2006, השנה העדכנית ביותר בה היו נתונים עבור מדינה זו.

3.2. חצבת

בשנת 2006 הכיסוי החיסוני נגד חצבת בישראל היה 94%. אחוז זה נמצא במקום יחסית גבוה (מקום 5 מתוך 15 מדינות) בהשוואה לשאר המדינות עבורן מוצגים נתונים. הכיסוי החיסוני הגבוה ביותר (98.9%) נמצא ביוון והנמוך ביותר (83%) באוסטריה (תרשים 3)⁽²⁾.

תרשים 3: הכיסוי החיסוני נגד חצבת בילדים בגיל שנתיים בישראל ובמדינות נבחרות מהאיחוד האירופי, 2008^(2,1): אחוזים



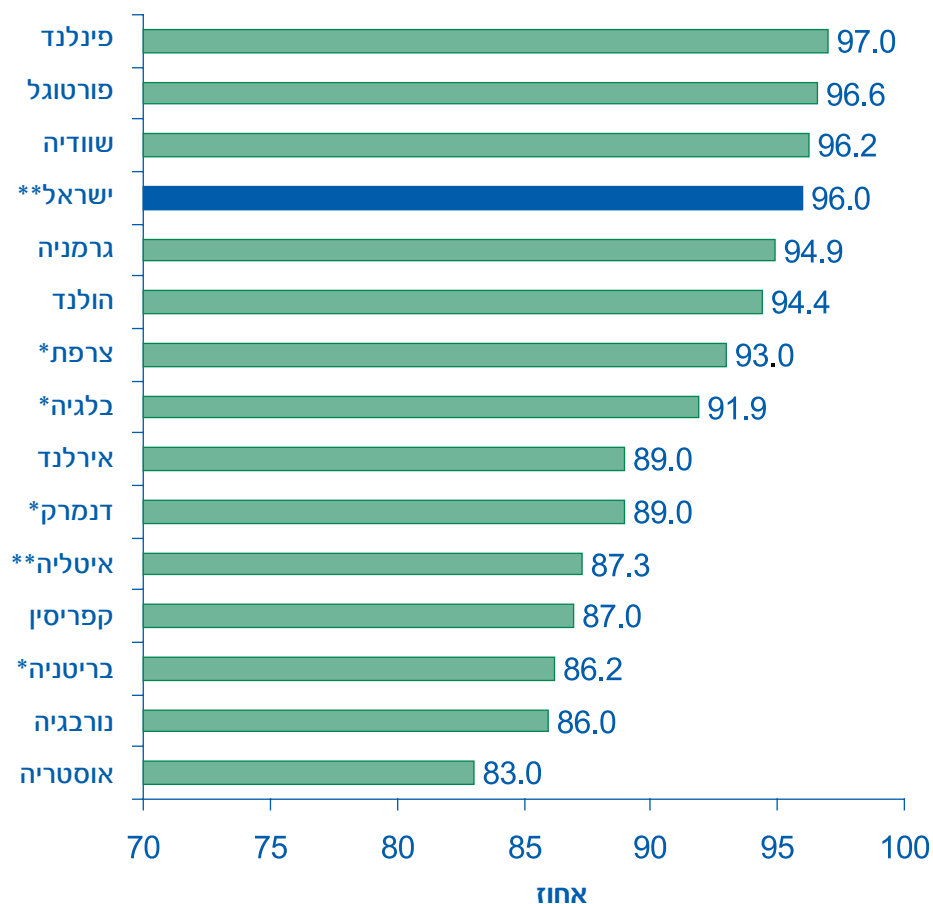
* נתונים משנת 2007, השנה העדכנית ביותר בה היו נתונים עבור מדינה זו.
 ** נתונים משנת 2006, השנה העדכנית ביותר בה היו נתונים עבור מדינה זו.

כיסוי חיסוני בילדים

3.3. אדמת

בשנת 2006 הכיסוי החיסוני נגד אדמת בישראל היה 96%. אחוז זה נמצא במקום יחסית גבוה (מקום 4 מתוך 15 מדינות) בהשוואה לשאר המדינות עבורן מוצגים נתונים. הכיסוי החיסוני הגבוה ביותר (97%) נמצא בפינלנד והנמוך ביותר (83%) באוסטריה (תרשים 4)⁽²⁾.

תרשים 4: הכיסוי החיסוני נגד אדמת בילדים בגיל שנתיים בישראל ובמדינות נבחרות מהאיחוד האירופי, 2008^(2,1): אחוזים

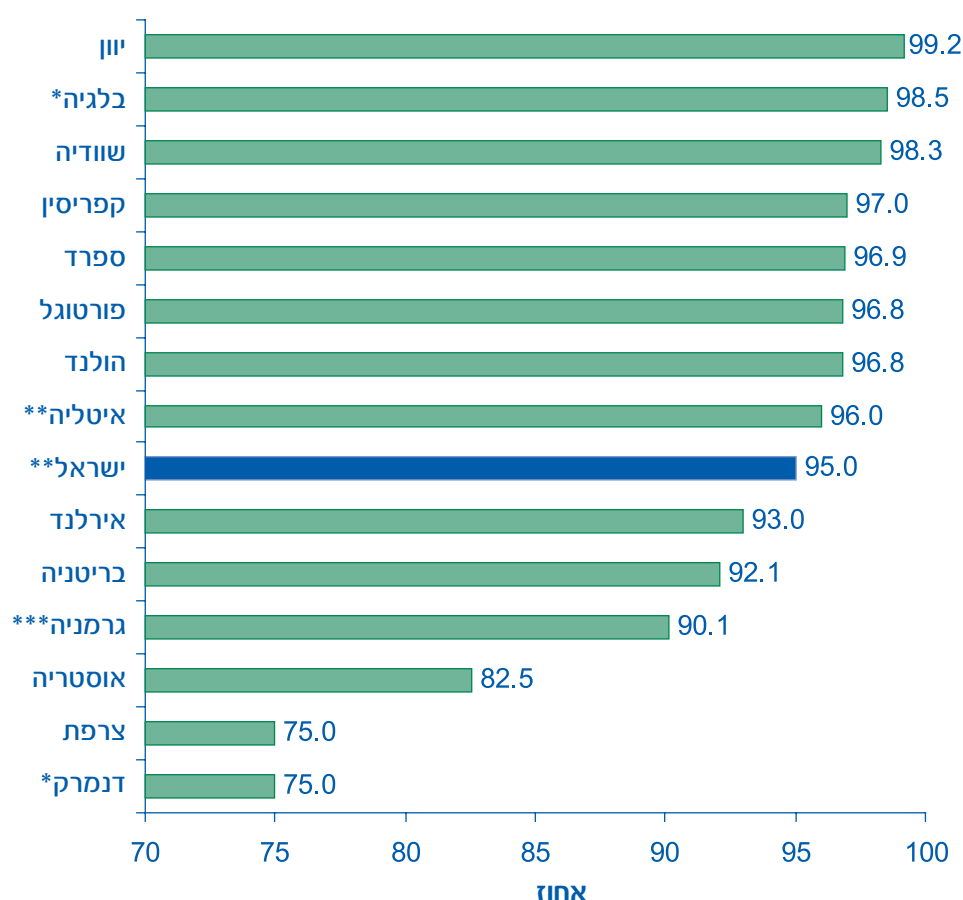


* נתונים משנת 2007, השנה העדכנית ביותר בה היו נתונים עבור מדינה זו.
 ** נתונים משנת 2006, השנה העדכנית ביותר בה היו נתונים עבור מדינה זו.

3.4. שעלת

בשנת 2006 הכיסוי החיסוני נגד שעלת בישראל היה 95%. אחוז זה נמצא במקום ביניים (מקום 9 מתוך 15 מדינות) בהשוואה לשאר המדינות עבורן מוצגים נתונים. הכיסוי החיסוני הגבוה ביותר (99.2%) נמצא ביוון והנמוך ביותר (75%) בצרפת ובדנמרק (תרשים 5)⁽²⁾.

תרשים 5: הכיסוי החיסוני נגד שעלת בילדים בגיל שנתיים בישראל ובמדינות נבחרות מהאיחוד האירופי, 2008⁽²⁾: אחוזים



* נתונים משנת 2007, השנה העדכנית ביותר בה היו נתונים עבור מדינה זו.
 ** נתונים משנת 2006, השנה העדכנית ביותר בה היו נתונים עבור מדינה זו.
 *** נתונים משנת 2005, השנה העדכנית ביותר בה היו נתונים עבור מדינה זו.

4. ביבליוגרפיה

1. נתונים באדיבות המחלקה לאפידמיולוגיה, שירותי בריאות הציבור, משרד הבריאות.
2. European Health for All Database (HFA-DB). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010.

מחלות לב

שבץ מוחי

סרטן

סוכרת

אסתמה

נקודות עיקריות

דיווח עצמי על תחלואה במחלות לב

- על פי סקר INHIS-2 2007-2008, 7.5% מבני 21 שנים ומעלה דיווחו כי אובחנו ע"י רופא כחולים במחלות לב; אחוז המדווחים היה 9.0% בגברים ו-6.2% בנשים.
- שיעור הגברים המדווחים על תחלואה במחלות לב גבוה ביהודים בהשוואה לערבים; בנשים, השיעור גבוה בערביות בהשוואה ליהודיות.
- אחוז המדווחים על תחלואה במחלות לב עולה עם הגיל, וגבוה בגברים לעומת נשים בכל קבוצות הגיל.

אוטם חד בשריר הלב

- בסקר בריאות 2009 של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, שיעור הדיווח על תחלואה באוטם חד בשריר הלב היה גבוה פי 2.2 בגברים מאשר בנשים. שיעורי התחלואה בשני המינים עלו עם הגיל.
- על פי סקר ACSIS 2008:
 - הגיל הממוצע של החולים שאושפזו עקב אוטם חד בשריר הלב היה 61.4 שנים בקרב גברים ו-70.6 שנים בקרב נשים.
 - שני שליש מהנשים (67.3%) שאושפזו עקב אוטם חד בשריר הלב או תעוקת חזה בלתי יציבה היו מעל גיל 65 שנים, לעומת 35% מהגברים.

גורמי סיכון בקרב מאושפזים עם תסמונת כלילית חדה

- בסקר ACSIS 2008 נמצא כי:
 - גורם הסיכון השכיח ביותר בגברים ובנשים הינו רמות גבוהות של כולסטרול בדם.
 - יתר לחץ דם וסוכרת נמצאו בשכיחות גבוהה יותר בנשים, ואילו עישון והיסטוריה משפחתית של מחלות לב נמצאו בשכיחות גבוהה יותר בגברים.

אשפוזים

- שיעורי האשפוז עקב מחלות לב גבוהים יותר בגברים מאשר בנשים, ומגיעים לערך הגבוה ביותר בבני 75 שנים ומעלה: 3,617 ל-100,000 בגברים, ו-2,535 ל-100,000 בנשים.

התערבויות כירורגיות

- ב-2009 נרשמה ירידה ניכרת במספר ניתוחי המעקפים (CABG) ובניתוחי הלב האחרים.
- ב-2009 נרשמה עלייה במספר צנתורי הלב האבחנתיים (cardiac catheterizations) וירידה קלה במספר צנתורי הלב הטיפולים (PTCA).

מחלות לב

תמותה ממחלות לב

- מחלות לב מהוות את סיבת המוות השנייה בשכיחותה (לאחר מחלות הסרטן) בכלל האוכלוסייה בישראל, וסיבת המוות העיקרית בבני 75 שנים ומעלה.
- עיקר התמותה ממחלות לב נובעת ממחלת לב כלילית.
- בשנת 2007, שיעור התמותה המתוקנן לגיל מכלל מחלות הלב היה 96.2 ל-100,000 בגברים יהודים, 64.8 ל-100,000 בנשים יהודיות, 141.4 ל-100,000 בגברים ערבים, ו-86.5 ל-100,000 בנשים ערביות.
- בין השנים 1979-2007 נצפתה מגמת ירידה בשיעורי התמותה ממחלות לב גם בגברים (ירידה יחסית של 63.4%) וגם בנשים (ירידה יחסית של 67.6%).

תמותה ממחלת לב כלילית

- תמותה ממחלת לב כלילית נמצאת בירידה ב-30 השנים האחרונות גם בגברים וגם בנשים, בשתי קבוצות האוכלוסייה.
- הן באוכלוסייה היהודית והן באוכלוסייה הערבית, שיעורי התמותה ממחלת לב כלילית גבוהים יותר בגברים בהשוואה לנשים.
- בשנת 2007, שיעור התמותה המתוקנן לגיל ממחלת לב כלילית היה 71.8 ל-100,000 בגברים יהודים, 39.6 ל-100,000 בנשים יהודיות, 102.8 ל-100,000 בגברים ערבים, ו-47.9 ל-100,000 בנשים ערביות.

השוואה בין-לאומית

- בגברים, שיעור התמותה ממחלת לב כלילית בישראל נמוך במעט מהשיעור הממוצע של מדינות האיחוד האירופי. בנשים, שיעור התמותה בישראל דומה לשיעור הממוצע.

1. רקע

קבוצת המחלות "מחלות לב" כוללת את כל סוגי האבחנות הקשורות למחלות לב (קודים 390-402, 404, I-429-410 ב-ICD9; וקודים I10, I11, I13, I09-I00, I-120-I51 ב-ICD10). לא בכל מקורות המידע מגדירים מחלות לב לפי קודים זהים של ה-ICD-9 וה-ICD-10. מחלות לב מהוות את סיבת המוות השנייה בשכיחותה (לאחר מחלות הסרטן) בכלל האוכלוסייה בישראל, וסיבת המוות העיקרית בבני 75 שנים ומעלה⁽¹⁾ (ראה פרק "סיבות מוות עיקריות"). מחלות אלו הינן מהמאפיינים של העולם המתועש וחלקן מושפעות מגורמי סיכון רבים, תורשתיים והתנהגותיים, כגון: היסטוריה משפחתית של מחלות לב, יתר לחץ דם, רמות גבוהות של טריגליצרידים וכולסטרול בדם, סוכרת, עישון, שתיית אלכוהול, רמת פעילות גופנית, תזונה, עודף משקל ועוד. ב-25 השנים האחרונות חל שינוי בטיפול הרפואי בגורמי הסיכון למחלה ובמחלה עצמה וכן חלו שינויים בחלק מגורמי הסיכון ההתנהגותיים. שינויים אלו משפיעים על רמת התחלואה ועל התמותה ממחלות לב.

2. תחלואה

בפרק זה אנו משתמשים במספר מקורות מידע להערכת היקף התחלואה במחלות לב:

1. דיווח עצמי על תחלואה במחלות לב - מבוסס על נתונים מסקר בריאות לאומי INHIS-2 2007-2008⁽²⁾ שנערך ע"י המרכז הלאומי לבקרת מחלות (המלב"ם).
2. דיווח עצמי על תחלואה באוטם שריר הלב - מבוסס על ממצאי סקר בריאות ארצי שנערך ע"י הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה בשנת 2009⁽³⁾.
3. נתונים על אוטם שריר הלב בחולים מאושפדים - מבוססים על סקר ACSIS 2008, סקר בקרב חולים מאושפדים עם תסמונת כלילית חדה (ACS) שנערך ע"י החוג לטיפול נמרץ לב של האיגוד הקרדיולוגי בישראל והעמותה למנע התקפי לב, בשיתוף המלב"ם⁽⁴⁾.

2.1 דיווח עצמי על תחלואה במחלות לב: סקר INHIS-2 2007-2008

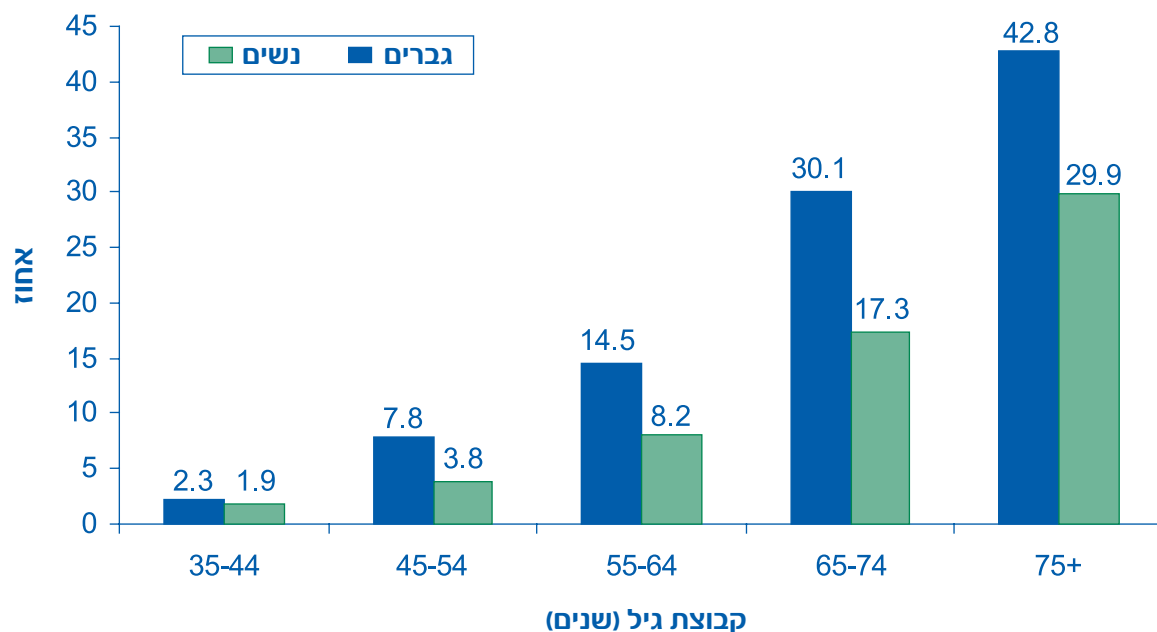
סקר בריאות לאומי בישראל, INHIS-2⁽²⁾ בוצע בשנים 2007-2008 על ידי המלב"ם. סקר זה נערך על מדגם מייצג של 9,620 ישראלים, יהודים וערבים, בני 21 שנים ומעלה, וכלל ארבעה מודולים: בריאות נשים, שימוש בשירותי בריאות, מניעה ובריאות הנפש. בפרק זה מוצגים נתונים על כלל אוכלוסיית הסקר מגיל 21 ומעלה, מ-3 מודולים: בריאות נשים, שימוש בשירותי בריאות, ומניעה (7,380 נשאלים), לפי מין, לפי קבוצת גיל ולפי קבוצת אוכלוסייה⁽²⁾.

בסקר INHIS-2 7.5%, מכלל אוכלוסיית הסקר בני 21 שנים ומעלה דיווחו כי אובחנו ע"י רופא כחולים במחלות לב. אחוז המדווחים בקרב גברים היה 9.0% ובקרב נשים, 6.2%⁽²⁾. שיעור המדווחים על תחלואה במחלות לב בקרב גברים היה גבוה באוכלוסייה היהודית (7.6%) בהשוואה לאוכלוסייה הערבית (6.6%); ובקרב נשים, השיעור היה מעט גבוה באוכלוסייה הערבית (5.7%) בהשוואה לאוכלוסייה היהודית (5.2%)⁽²⁾ (נתונים לא מוצגים).

2.1.1 דיווח עצמי על תחלואה במחלות לב לפי מין וגיל

בכל קבוצות הגיל, אחוז המדווחים על תחלואה במחלת לב שאובחנה ע"י רופא, גבוה בגברים לעומת נשים. כמו כן, בשני המינים נצפית עלייה בשיעור המדווחים על מחלת לב עם העלייה בגיל, עד לערך הגבוה ביותר בקבוצת הגיל 75 שנים ומעלה: 42.8% בגברים ו-29.9% בנשים (תרשים 1)⁽²⁾.

תרשים 1: תחלואה במחלות לב שאובחנה על ידי רופא (דיווח עצמי), לפי מין וגיל, 2008⁽²⁾:
אחוזים משוקללים לקבוצת אוכלוסייה

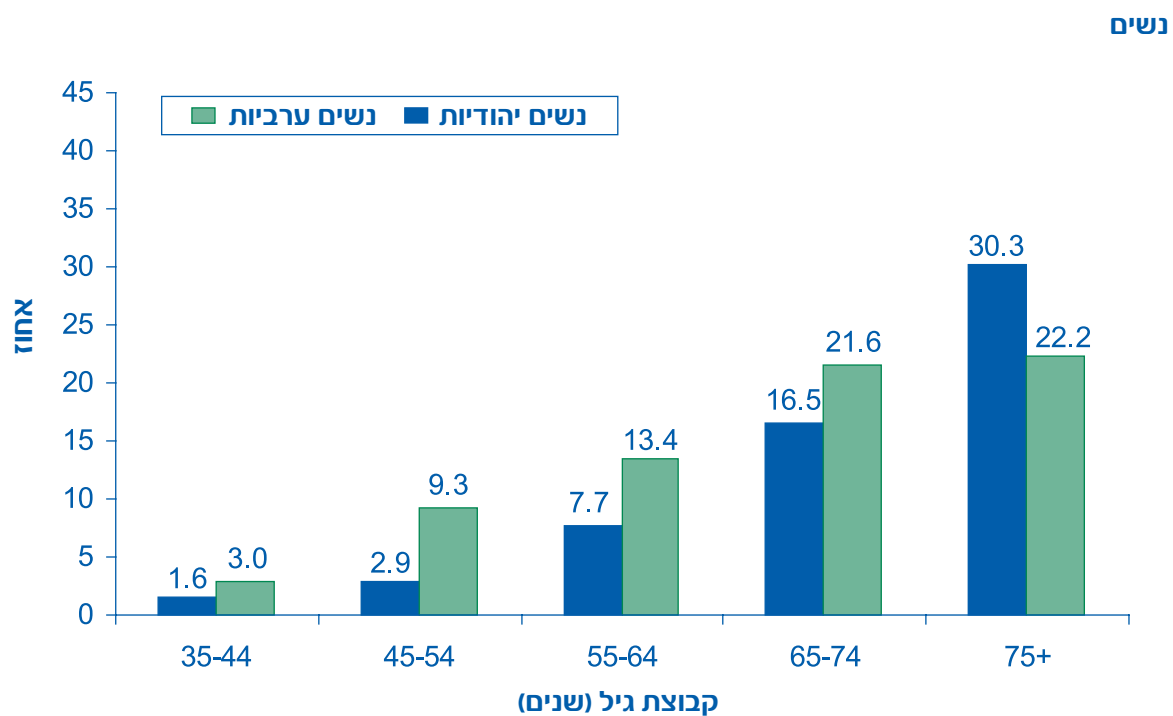
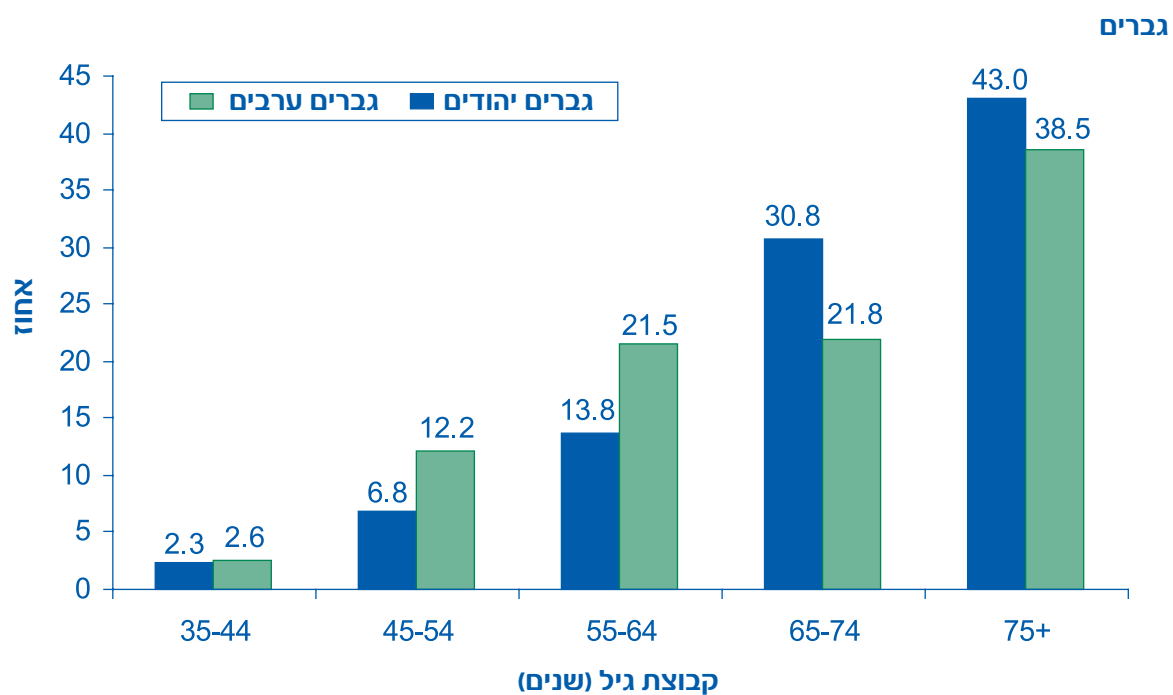


2.1.2 דיווח עצמי על תחלואה במחלות לב לפי מין, גיל וקבוצת אוכלוסייה

בתרשים 2 מוצגים שיעורי דיווח עצמי על תחלואה במחלות לב שאובחנה ע"י רופא, לפי מין, גיל וקבוצת אוכלוסייה⁽²⁾. בקרב גברים, שיעורי התחלואה היו גבוהים יותר בערבים מאשר ביהודים, עד קבוצת הגיל 55-64 שנים. מגיל 65 שנים ומעלה, השיעורים היו גבוהים יותר ביהודים מאשר בערבים. בגברים יהודים וערבים נצפתה עלייה מתמדת בשיעורי התחלואה עם הגיל עד לערך מרבי בבני 75 שנים ומעלה (תרשים 2). בנשים, שיעורי התחלואה היו גבוהים יותר בערביות בהשוואה ליהודיות בכל קבוצות הגיל, למעט בקבוצת הגיל המבוגרת ביותר (75 שנים ומעלה), בה השיעור היה גבוה יותר ביהודיות (30.3%) מאשר בערביות (22.2%). בשתי קבוצות האוכלוסייה נצפתה עלייה בשיעורי התחלואה עם הגיל, עד לערך הגבוה ביותר בקבוצת הגיל המבוגרת ביותר, בנות 75 שנים ומעלה⁽²⁾. הנתונים לגבי נשים ערביות מבוססים על מספר קטן של מקרים.

תרשים 2: תחלואה במחלת לב שאובחנה על ידי רופא (דיווח עצמי) לפי מין, גיל וקבוצת

אוכלוסייה, 2008⁽²⁾: אחוזים



* הנתונים על נשים ערביות מבוססים על מספר קטן של מקרים.

2.2 אוטם חד בשריר הלב

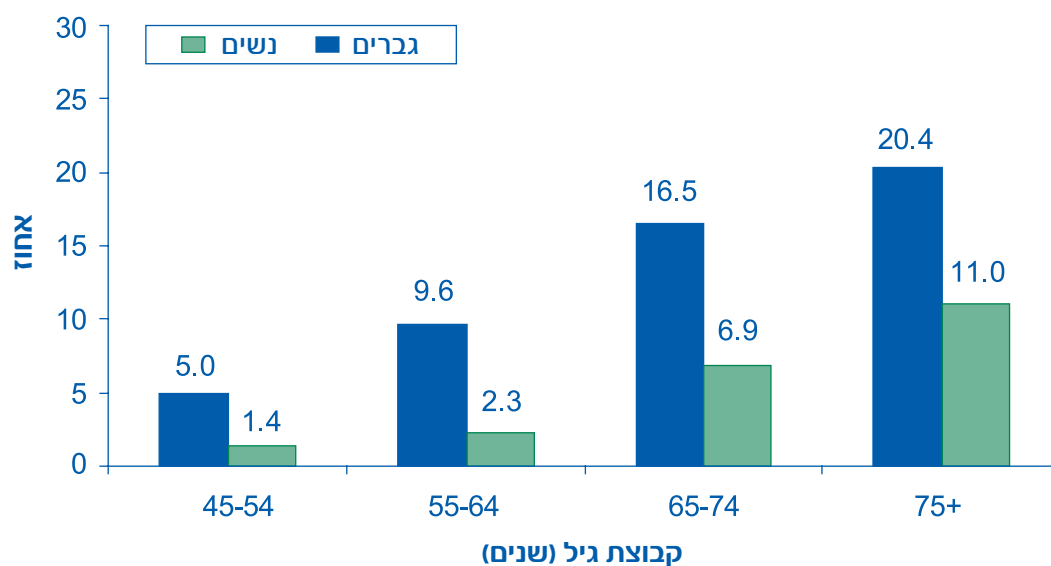
2.2.1 דיווח עצמי על תחלואה באוטם שריר הלב: סקר בריאות 2009 של הלמ"ס

הנתונים על תחלואה באוטם שריר הלב מבוססים על סקר בריאות ארצי שנערך ע"י הלמ"ס (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה) בשנת 2009. בסקר נדגמו משקי בית, והדיווח היה על ידי בן משפחה אחד שדיווח עבור עצמו וכן עבור כל דיירי הבית האחרים ("proxy")⁽³⁾.

דיווח עצמי על תחלואה באוטם שריר הלב לפי מין וגיל

בתרשים 3 מוצגים שיעורי התחלואה באוטם שריר הלב לפי מין וגיל, כפי שדווחו על ידי משתתפי הסקר. בכל קבוצות הגיל, שיעורי התחלואה בגברים גבוהים מהשיעורים בנשים. גם בגברים וגם בנשים נצפית מגמת עלייה בתחלואה עם העלייה בגיל, עד לשיעור התחלואה הגבוה ביותר בקבוצת הגיל בני 75 שנים ומעלה (20.4% בגברים ו-11.0% בנשים) (תרשים 3)⁽³⁾.

תרשים 3: תחלואה באוטם שריר הלב (דיווח עצמי), לפי מין וגיל, 2009⁽³⁾: אחוזים



2.2.2 מאושפזים עם תסמונת כלילית חדה: נתונים מסקר ACSIS 2008

הנתונים על אוטם בשריר הלב המוצגים להלן מבוססים על סקר ACSIS 2008⁽⁴⁾ שנערך בקרב כל החולים שאושפזו עם תסמונת כלילית חדה (אוטם חד בשריר הלב או תעוקת חזה בלתי יציבה) ביחידות לטיפול נמרץ לב ובמחלקות קרדיולוגיות בבתי חולים בישראל, בחודשים מרץ-מאי 2008.

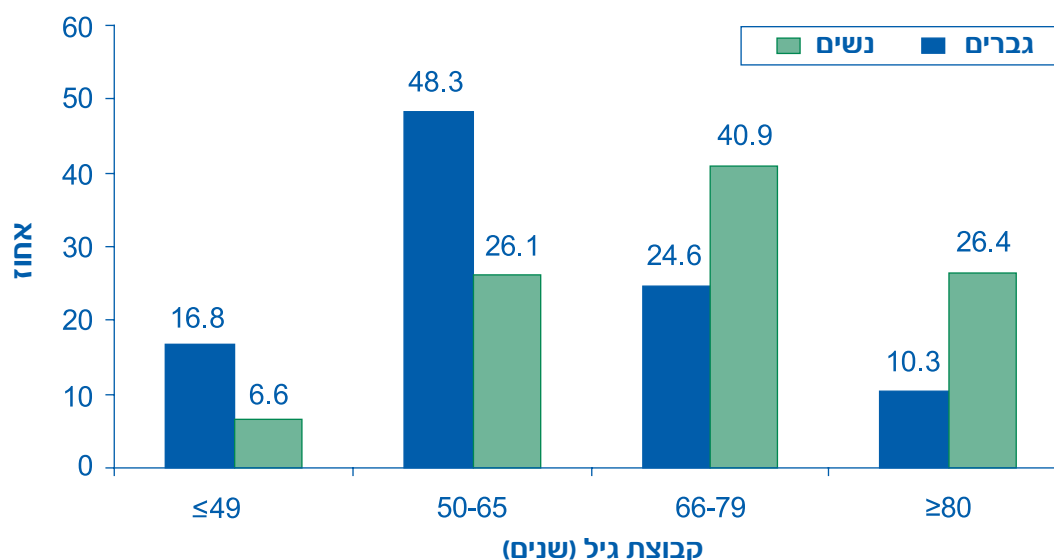
סקר ACSIS בנושא תסמונת כלילית חדה בישראל, נערכים בשיתוף החוג לטיפול נמרץ לב של האיגוד הקרדיולוגי בישראל, העמותה למנע התקפי לב והמרכז הלאומי לבקרת מחלות (המלב"ם). בסקרים מקיפים אלו נכללים כל החולים אשר אושפזו במחלקות הקרדיולוגיות וביחידות לטיפול נמרץ לב עם אוטם חד בשריר הלב או תעוקת חזה בלתי יציבה. הסקרים מתקיימים משנת 2000, אחת לשנתיים, למשך חודשיים⁽⁴⁾.

א. התפלגות המאושפזים עם אוטם חד בשריר הלב, לפי מין וגיל

סקר ACSIS 2008 כלל 1,411 גברים ונשים עם אבחנה של אוטם בשריר הלב. גברים היוו 79.4% מכלל המקרים (1,120) ונשים היוו את 20.6% הנותרים (291 מקרים). הגיל הממוצע לאשפוז כתוצאה מאוטם שריר הלב היה 61.4 שנים בגברים ו-70.6 שנים בנשים⁽⁴⁾.

גברים שאושפזו עקב אוטם חד בשריר הלב או תעוקת חזה בלתי יציבה היו צעירים באופן מובהק מהנשים: שני שליש מהנשים (67.3%) היו מעל גיל 65 שנים ומעל לרבע מהנשים היו מעל גיל 80. לעומת זאת, רוב הגברים היו בני 65 שנים ומטה ורק 35% היו מעל גיל 65 (תרשים 4)⁽⁴⁾.

תרשים 4: התפלגות החולים אשר אושפזו עקב אוטם חד בשריר הלב או תעוקת חזה בלתי יציבה לפי מין וגיל, 2008⁽⁴⁾: אחוזים



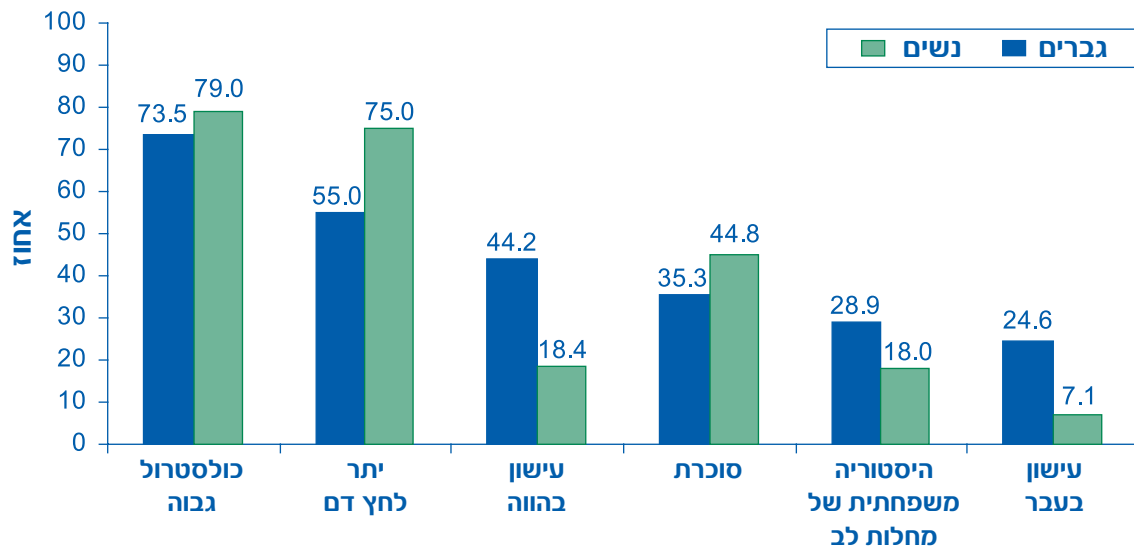
ב. גורמי סיכון בקרב מאושפזים עם תסמונת כלילית חדה

בתרשים 5 מוצגים גורמי הסיכון: כולסטרול גבוה, יתר לחץ דם, סוכרת, עישון בהווה, עישון בעבר והיסטוריה משפחתית של מחלות לב, בקרב מאושפזים עם תסמונת כלילית חדה, לפי מין⁽⁴⁾.

גורם הסיכון הנפוץ ביותר גם בגברים וגם בנשים הינו רמות גבוהות של כולסטרול בדם (73.5% מהגברים ו-79% מהנשים). יתר לחץ דם וסוכרת נמצאו בשכיחות גבוהה יותר בקרב נשים בהשוואה לגברים (75% ו-44.8% בנשים, ו-55% ו-35.3% בגברים, בהתאמה). לעומת זאת, עישון בהווה ובעבר והיסטוריה משפחתית של מחלות לב נמצאו בשכיחות גבוהה יותר בקרב גברים בהשוואה לנשים: 44.2% מהגברים עישנו בהווה לעומת 18.4% מהנשים; 24.6% מהגברים עישנו בעבר לעומת 7.1% מהנשים; ול-28.9% מהגברים הייתה היסטוריה משפחתית של מחלות לב לעומת 18% מהנשים (תרשים 5)⁽⁴⁾. בכל שאר גורמי הסיכון ההבדלים בין גברים לנשים היו בעלי מובהקות סטטיסטית, למעט רמות גבוהות של כולסטרול⁽⁴⁾.

תרשים 5: גורמי הסיכון בקרב חולים אשר אושפזו עקב אוטם חד בשריר הלב או תעוקת חזה בלתי

יציבה לפי מין, 2008⁽⁴⁾: אחוזים

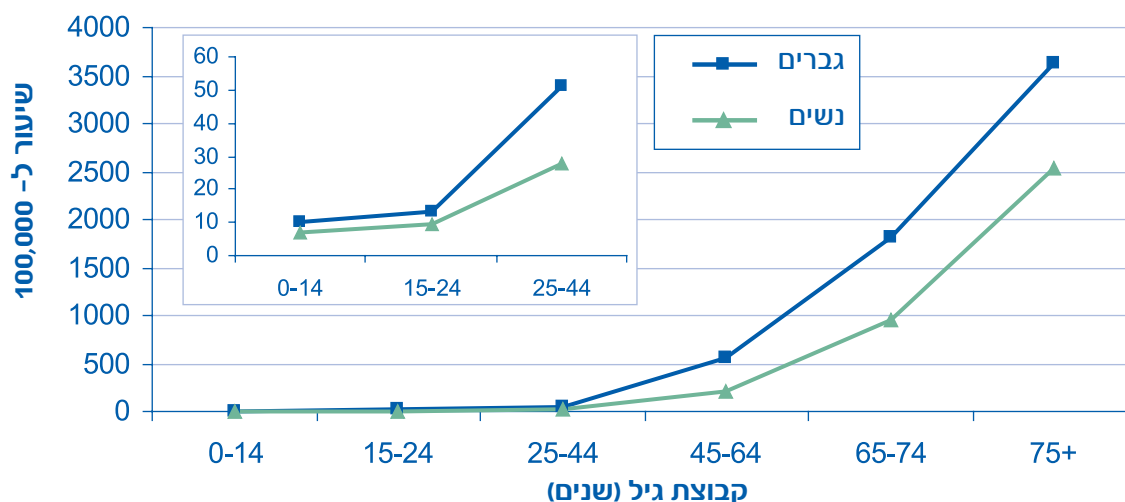


3. אשפוזים

המידע על אשפוזים משמש כמדד עקיף להיקף התחלואה בקהילה, אם כי הקשר בין אשפוזים ותחלואה אינו חד משמעי ואינו כולל חולים אשר נפטרו לפני הגעתם לאשפוז⁽⁵⁾. בתרשים 6, מוצגים שיעורי אשפוז עקב מחלות לב בשנת 2008, לפי גיל ומין⁽⁵⁾. מקור המידע על אשפוזים הוא קובץ האשפוז הלאומי, המתנהל באגף מידע ומחשוב, תחום מידע, במשרד הבריאות. קובץ זה כולל נתונים מכלל בתי החולים בארץ. על פי נתוני הקובץ, ניתן לראות כי קיימת עלייה ניכרת בשיעורי האשפוז בשל מחלות לב עם העלייה בגיל, בגברים ובנשים כאחד. שיעורי האשפוז עקב מחלות לב גבוהים יותר בגברים מאשר בנשים, ומגיעים לערך מרבי בקבוצת הגיל 75 שנים ומעלה: 3,616.5 ל-100,000 בגברים, ו-2,535.4 ל-100,000 בנשים (תרשים 6)⁽⁵⁾.

למרות ששיעורי האשפוז גבוהים באופן עקבי בגברים בהשוואה לנשים, היחס בין שיעורי האשפוז יורד עם העלייה בגיל: בגילאי 45-64, יחס האשפוזים בין גברים לנשים היה כ-2.8; בבני 65-74 היחס היה 1.9 ובבני 75 שנים ומעלה, היחס היה 1.4 (תרשים 6)⁽⁵⁾.

תרשים 6: אשפוזים בשל מחלות לב לפי גיל* ומין, 2008⁽⁵⁾: שיעורים ל-100,000



* שיעורי האשפוז בקבוצות הגיל הצעירות (0-14, 15-24, 25-44 שנים) מוצגים בהגדלה בתרשים.

4. התערבויות כירורגיות

בטבלה 1 מוצגים נתונים לגבי: צנתורי לב אבחנתיים (Cardiac catheterizations), צנתורי לב טיפוליים (PTCA - Percutaneous transluminal coronary angioplasty), וניתוחי מעקפים ומסתמים (coronary artery bypass graft - CABG)⁽⁶⁾.

הנתונים על צנתורים מקורם מ-23 בתי חולים, והנתונים על ניתוחי לב מקורם מ-15 בתי חולים ברחבי הארץ. בין השנים 2006-2010, נרשמה ירידה במספר ניתוחי המעקפים, מ-3,810 ניתוחים בשנה (2006) ל-2,749 ניתוחים בשנה (2010). כמו כן, נרשמה ירידה עקבית בשיעורים, מ-53.5 ל-36.4 בשנת 2006 ל-100,000 בשנת 2010. נתונים עבור צנתורים מוצגים לשנים 2008-2010. בשנים אלו נצפתה עליה קלה במספר צנתורי הלב האבחנתיים, מ-20,934 צנתורים בשנת 2008 ל-21,475 בשנת 2010. במספר צנתורי הלב הטיפוליים (PTCA) נצפתה ירידה: מ-22,740 צנתורים בשנת 2008 ל-20,005 צנתורים בשנת 2010 (טבלה 1)⁽⁶⁾.

טבלה 1: ניתוחי לב וצנתורים, 2006-2010*⁽⁶⁾: מספרים מוחלטים ושיעורים ל-100,000

שנה	צנתורי לב אבחנתיים Cardiac catheterizations		צנתורי לב טיפוליים PTCA		ניתוחי מעקפים CABG	
	מס' מוחלט	שיעור ל-100,000	מס' מוחלט	שיעור ל-100,000	מס' מוחלט	שיעור ל-100,000
2006	-	-	-	-	3,810	53.5
2007	-	-	-	-	3,186	44.0
2008	20,934	282.2	22,740	306.5	3,125	42.1
2009	21,553	285.4	20,264	268.3	2,815	37.3
2010	21,475	284.4	20,005	264.9	2,749	36.4

* השיעורים לשנת 2010 מבוססים על גודל האוכלוסייה בשנת 2009, השנה העדכנית ביותר עבורה היו נתונים בעת הכנת פרסום זה.

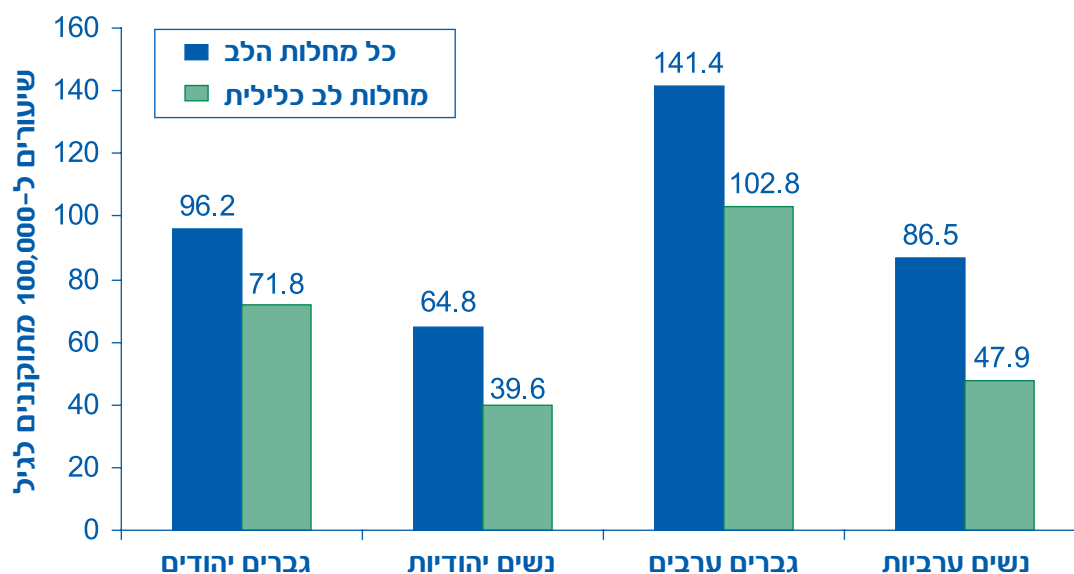
5. תמותה ממחלות לב

5.1 תמותה ממחלות לב לפי מין וקבוצת אוכלוסייה

עיקר התמותה ממחלות לב נובעת ממחלת לב כלילית (תרשים 7)⁽¹⁾. התמותה מכלל מחלות הלב ומחלת לב כלילית בפרט, גבוהה יותר בגברים בהשוואה לנשים, בשתי קבוצות האוכלוסייה, וגבוהה יותר בערבים בהשוואה ליהודים, בשני המינים. בשנת 2007, שיעור התמותה ממחלות לב בגברים יהודים (96.2 פטירות ל-100,000) היה גבוה פי 1.5 משיעור התמותה בנשים יהודיות (64.8 פטירות ל-100,000). בתמותה ממחלת לב כלילית נצפה פער גדול עוד יותר, והשיעור בגברים יהודים בשנת 2007 (71.8 פטירות ל-100,000) היה גבוה פי 1.8 בהשוואה לשיעור בנשים יהודיות (39.6 פטירות ל-100,000) (תרשים 7)⁽¹⁾. בקרב האוכלוסייה הערבית, נצפתה תמונה דומה לזו שבאוכלוסייה היהודית: שיעור התמותה ממחלות לב בגברים בשנת 2007 (141.4 פטירות ל-100,000) היה גבוה פי 1.6 משיעור התמותה בנשים (86.5 פטירות ל-100,000); ושיעור התמותה ממחלת לב כלילית בגברים ערבים בשנה זו (102.8 פטירות ל-100,000) היה גבוה פי 2.2 מהשיעור בנשים ערביות (47.9 פטירות ל-100,000) (תרשים 7)⁽¹⁾. כל השיעורים שצוינו מתוקננים לגיל.

בהשוואה בין קבוצות האוכלוסייה, ניתן לראות כי שיעור התמותה ממחלות לב בגברים ערבים בשנת 2007 היה גבוה פי 1.5 בהשוואה לשיעור התמותה בגברים יהודים, וגבוה פי 1.3 בנשים ערביות בהשוואה לנשים יהודיות. שיעור התמותה ממחלת לב כלילית היה גבוה פי 1.4 בגברים ערבים בהשוואה לגברים יהודים, ופי 1.2 בנשים ערביות בהשוואה לנשים יהודיות (תרשים 7)⁽¹⁾.

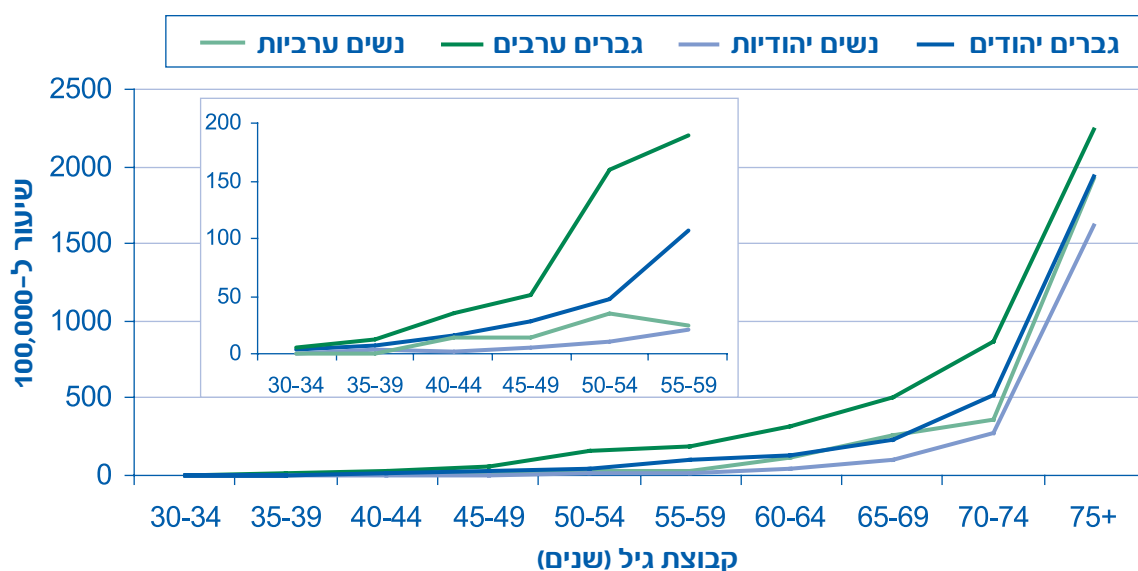
תרשים 7: תמותה מכלל מחלות הלב וממחלת לב כלילית (אוטם חד בשריר הלב), לפי מין וקבוצת אוכלוסייה, 2007⁽¹⁾: שיעורים ל-100,000 מתוקננים לגיל



5.2 תמותה ממחלות לב לפי גיל, מין וקבוצת אוכלוסייה

שיעורי התמותה ממחלות לב עולים עם העלייה בגיל (תרשים 8)⁽¹⁾. בכל קבוצת גיל, שיעור התמותה ממחלות לב גבוה יותר בגברים מאשר בנשים, בשתי קבוצות האוכלוסייה; כמו כן גם בגברים וגם בנשים, שיעורי התמותה גבוהים יותר באוכלוסייה הערבית מאשר באוכלוסייה היהודית. בכל קבוצות הגיל, שיעורי התמותה הגבוהים ביותר נצפים בגברים ערבים (טבלה 2). שיעורי התמותה בנשים ערביות גבוהים מאלו בנשים יהודיות ודומים לשיעורים הנצפים אצל גברים יהודים (תרשים 8, טבלה 2)⁽¹⁾.

תרשים 8: תמותה מכלל מחלות הלב לפי מין, גיל וקבוצת אוכלוסייה, 2007⁽¹⁾: שיעורים ל-100,000



* שיעורי התמותה בקבוצות הגיל הצעירות (30-60 שנים) מוצגים בנוסף בהגדלה בתרשים.

טבלה 2: שיעורי תמותה מכלל מחלות הלב לפי מין, גיל וקבוצת אוכלוסייה, 2007⁽¹⁾: שיעורים

ל-100,000

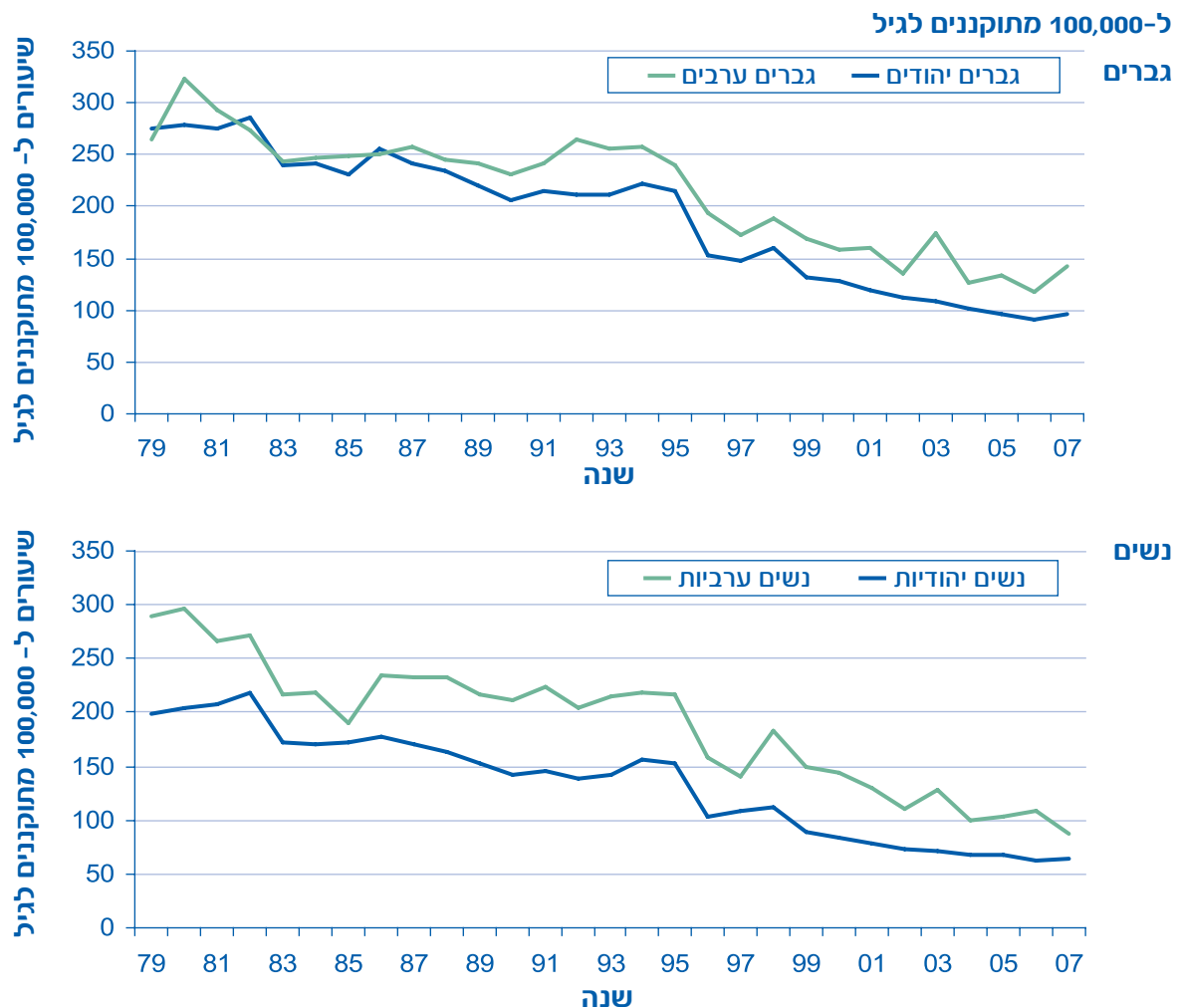
קבוצת אוכלוסייה ומין				קבוצת גיל
נשים ערביות	גברים ערבים	נשים יהודיות	גברים יהודים	
0	5.55	0.47	4.2	30-34
0	12.99	3.78	7.14	35-39
13.2	35.09	2.47	15.56	40-44
13.38	51.28	5.97	28.59	45-49
35.71	159.3	9.95	47.47	50-54
24.54	189.9	21.45	107.61	55-59
116.8	323.3	41.63	132.08	60-64
260.4	500	97.76	236.87	65-69
368.4	871	275.5	523.68	70-74
1923	2235	1621	1941.6	75+

5.3 מגמות בתמותה ממחלות לב לפי מין וקבוצת אוכלוסייה

בתרשים 9 מוצגים שיעורי תמותה מכלל מחלות הלב לפי מין ולפי קבוצת אוכלוסייה בין השנים 1979-2007⁽¹⁾. גם בקרב גברים וגם בקרב נשים נצפית מגמת ירידה בשיעורי התמותה ממחלות לב לאורך השנים. בגברים, שיעורי התמותה ממחלות לב היו דומים ביהודים ובערבים עד אמצע שנות ה-80. מסוף שנות ה-80 ואילך השיעורים בגברים ערבים היו גבוהים מאלו שנצפו בגברים יהודים. בגברים יהודים, שיעורי התמותה ירדו ב-65.1%, מ-275.4 פטירות ל-100,000 בשנת 1979 ל-96.2 פטירות ל-100,000 בשנת 2007. בגברים ערבים נצפתה ירידה של 46.7% מהשיעור בשנת 1979 (265.2 פטירות ל-100,000) לשיעור בשנת 2007 (141.4 פטירות ל-100,000) (תרשים 9)⁽¹⁾.

בנשים, לאורך כל השנים נצפה פער ניכר בין שתי קבוצות האוכלוסייה, ושיעורי התמותה מכלל מחלות הלב בקרב נשים ערביות היו גבוהים מאלו שנצפו בנשים יהודיות (תרשים 9)⁽¹⁾. בנשים יהודיות, שיעורי התמותה ירדו ב-67.3%, מ-198.4 פטירות ל-100,000 בשנת 1979 ל-64.8 פטירות ל-100,000 בשנת 2007. בנשים ערביות נצפתה ירידה של 70%, משנת 1979 (288.8 פטירות ל-100,000) לשנת 2007 (86.5 פטירות ל-100,000) (תרשים 9)⁽¹⁾. כל השיעורים שצויינו מתוקננים לגיל.

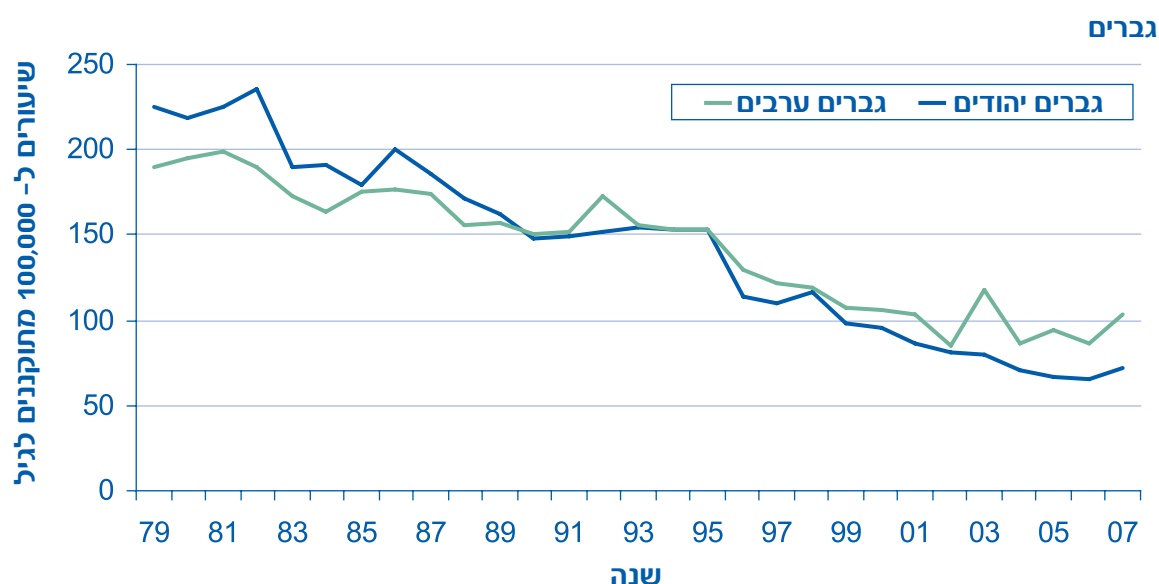
תרשים 9: מגמות בתמותה מכלל מחלות הלב, לפי מין וקבוצת אוכלוסייה, 1979-2007⁽¹⁾: שיעורים



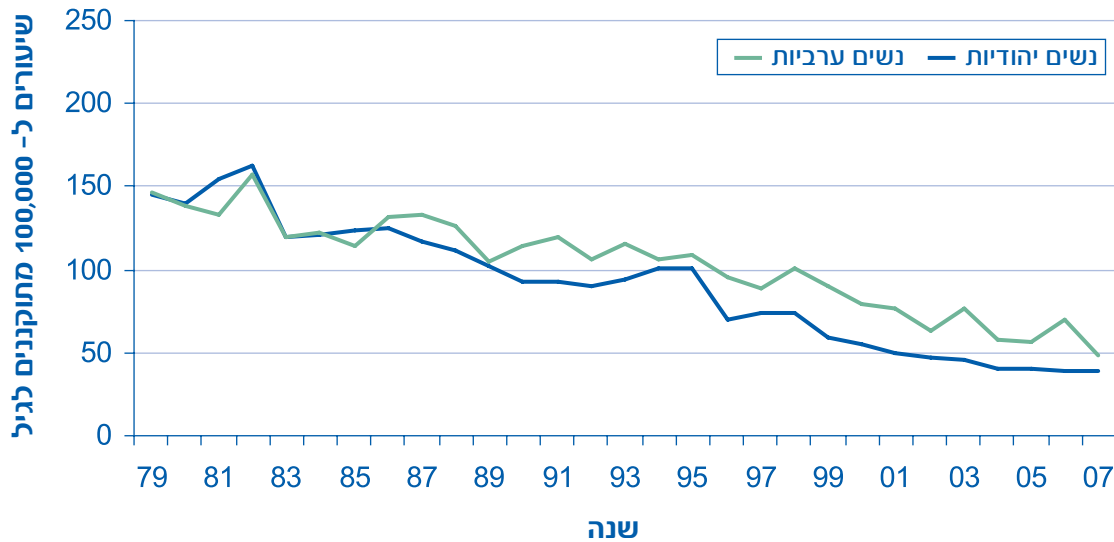
5.4 תמותה ממחלת לב כלילית

שיעורי התמותה ממחלת לב כלילית (קודים 410-414 ו-429.9 ב-ICD9; וקודים I20-I25 ב-ICD10) נמצאים בירידה ב-30 השנים האחרונות גם בגברים וגם בנשים, בשתי קבוצות האוכלוסייה (תרשים 10)⁽¹⁾. גם באוכלוסייה היהודית וגם באוכלוסייה הערבית, התמותה ממחלת לב כלילית גבוהה יותר בגברים לעומת נשים. בשנת 2007, שיעור התמותה בגברים יהודים היה גבוה פי 1.8 לעומת נשים יהודיות, ובאוכלוסייה הערבית שיעור התמותה בגברים היה גבוה פי 2.1 לעומת נשים (תרשים 10)⁽¹⁾. בקרב גברים, שיעורי התמותה היו גבוהים יותר ביהודים עד אמצע שנות ה-90, ומשנת 1995 ואילך, השיעורים היו גבוהים יותר בערבים. בגברים יהודים נצפתה ירידה של 68.1%, מ-225.1 פטירות ל-100,000 בשנת 1979, ל-71.8 פטירות ל-100,000 בשנת 2007. בגברים ערבים נצפתה ירידה מתונה יותר, של 46.0%, מ-190.3 ל-100,000 בשנת 1979 ל-102.8 ל-100,000 בשנת 2007 (תרשים 10)⁽¹⁾. בקרב נשים, שיעורי התמותה היו דומים בקרב יהודיות וערביות עד אמצע שנות ה-80. מאז, שיעורי התמותה בנשים ערביות גבוהים יותר באופן עקבי מהשיעורים בנשים יהודיות. בנשים יהודיות, שיעורי התמותה ירדו ב-72.6%, מ-144.5 ל-100,000 בשנת 1979 ל-39.6 ל-100,000 בשנת 2007. בנשים ערביות נצפתה ירידה של 67.4% בשיעורי התמותה, מ-146.8 ל-100,000 בשנת 1979 ל-47.9 ל-100,000 בשנת 2007 (תרשים 10)⁽¹⁾.

תרשים 10: מגמות בתמותה ממחלת לב כלילית לפי מין וקבוצת אוכלוסייה, 1979-2007⁽¹⁾:
שיעורים ל-100,000 מתוקננים לגיל



נשים



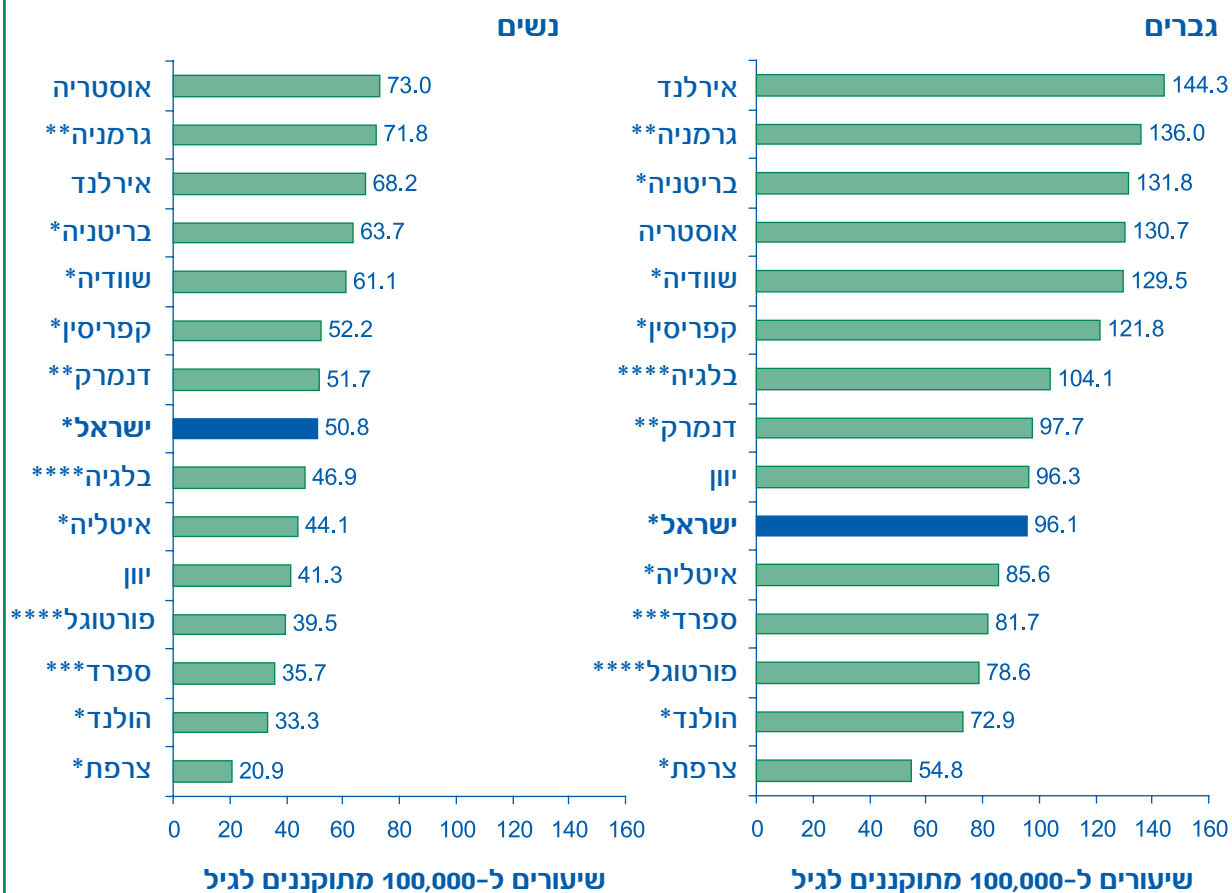
5.5 השוואה בין-לאומית

בתרשים 11 מוצגים שיעורי התמותה ממחלת לב כלילית בישראל ובמדינות נבחרות מהאיחוד האירופי, בשנים העדכניות ביותר עבורן היו נתונים⁽⁷⁾. בישראל ובכל המדינות הנוספות, התמותה ממחלת לב כלילית גבוהה באופן ניכר בגברים בהשוואה לנשים (יחס ממוצע של 2.1 בין גברים לנשים) (תרשים 11)⁽⁷⁾.

בקרב גברים, אירלנד נמצאת במקום הראשון, עם שיעור של 144.3 פטירות ל-100,000; במקום השני נמצאת גרמניה עם שיעור של 136.0 פטירות ל-100,000; ובמקום השלישי, בריטניה, עם שיעור של 131.8 פטירות ל-100,000. ישראל ממוקמת במקום העשירי עם שיעור של 96.1 פטירות ל-100,000 (תרשים 11)⁽⁷⁾.

בנשים, אוסטריה נמצאת במקום הראשון, עם שיעור של 73.0 פטירות ל-100,000; במקום השני נמצאת גרמניה עם שיעור של 71.8 פטירות ל-100,000; ובמקום השלישי, אירלנד, עם שיעור של 68.2 פטירות ל-100,000. ישראל ממוקמת במקום ממוצע (שמיני מתוך 15 מדינות), עם שיעור של 50.8 פטירות ל-100,000 (תרשים 11)⁽⁷⁾.

תרשים 11: תמותה ממחלת לב כלילית בישראל ובמדינות נבחרות מהאיחוד האירופי, לפי מין, 2008⁽⁷⁾: שיעורים ל-100,000 מתוקננים לגיל*



* השיעורים מתוקננים לאוכלוסיית אירופה.
 ** נתונים משנת 2007, השנה העדכנית ביותר בה היו נתונים עבור מדינה זו.
 *** נתונים משנת 2006, השנה העדכנית ביותר בה היו נתונים עבור מדינה זו.
 **** נתונים משנת 2005, השנה העדכנית ביותר בה היו נתונים עבור מדינה זו.
 ***** נתונים משנת 2004, השנה העדכנית ביותר בה היו נתונים עבור מדינה זו.

6. ביבליוגרפיה

1. הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. קובץ סיבות המוות, 2007.
2. סקר בריאות לאומי בישראל INHIS-2 2007-2008. המרכז הלאומי לבקרת מחלות, פרסום 331 (טרם פורסם).
3. נתונים באדיבות הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2010. מתוך סקר בריאות לאומי 2009, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.
4. סקר לאומי על תסמונת כללית חדה בישראל 2008 (ACSIS 2008). החוג לטיפול נמרץ לב של האיגוד הקרדיולוגי בישראל, העמותה למנע התקפי לב והמרכז הלאומי לבקרת מחלות, פרסום 319, 2009.
5. נתונים באדיבות שירותי מידע ומחשוב, תחום מידע. משרד הבריאות, 2010.
6. נתונים באדיבות יחידת רישומים, המרכז הלאומי לבקרת מחלות, 2010.
7. European Health for All Database (HFA-DB). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010.

נקודות עיקריות

רקע

- שבץ מוחי הינו סיבת המוות השלישית בשכיחותה בישראל.
- גורם הסיכון העיקרי למחלה זו הוא יתר לחץ דם, הנמצא בשכיחות גבוהה באוכלוסייה בגיל המבוגר, גם בגברים וגם בנשים.

אשפוזים עקב שבץ מוחי: מין, גיל וסוג האירוע

- בסקר 2007 NASIS נמצא כי:
 - הגיל הממוצע של מאושפזים שאובחנו עם שבץ איסכמי היה 73.1 שנים בנשים ו-67.8 שנים בגברים.
 - הגיל הממוצע של מאושפזים שאובחנו עם דימום תוך-מוחי גבוה היה 74.6 שנים בנשים ו-68.3 שנים בגברים.
 - הגיל הממוצע לאשפוז עקב אירוע איסכמי חולף (TIA), היה 65.4 שנים בנשים ו-66.1 שנים בגברים.

אשפוזים עקב שבץ מוחי: גורמי סיכון

- בסקר 2007 NASIS:
 - נאספו נתונים על גורמי הסיכון ומחלות הרקע העיקריות הקשורות בתחלואה במחלות כלי דם במוח: יתר לחץ דם, סוכרת, רמת כולסטרול גבוהה בדם, עישון, פרפור פרוזדורים, אי ספיקת לב, מחלת כלי דם היקפיים, אוטם בשריר הלב בעבר, תעוקת חזה, ניתוחי מעקפים/צנתור טיפולי (CABG/PCI) והיסטוריה אישית של שבץ.
 - גורם הסיכון הנפוץ ביותר בשני המינים הינו יתר לחץ דם (72.2% מהגברים ו-73.5% מהנשים שאושפזו עקב שבץ). כמו כן, בשני המינים נמצאו שיעורים גבוהים של סוכרת וכולסטרול גבוה.
 - מרבית מחלות הרקע נמצאו בשכיחות גבוהה יותר בגברים בהשוואה לנשים.

דיווח עצמי על שבץ מוחי: סקר בריאות לאומי 2007-2008 INHIS

- בסקר בריאות לאומי בישראל 2007-2008 INHIS, 1.3% מכלל אוכלוסיית הסקר דיווחו כי אובחן אצלם שבץ ע"י רופא (1.6% מהגברים ו-0.9% מהנשים).
- שיעורי התחלואה היו גבוהים באוכלוסייה היהודית בהשוואה לאוכלוסייה הערבית, גם בגברים וגם בנשים.
- בכל קבוצות הגיל, אחוז המדווחים על שבץ מוחי גבוה בגברים לעומת נשים.

שבץ מוחי

דיווח עצמי על שבץ מוחי: סקר בריאות 2009 - הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה

- בסקר בריאות 2009 שנערך ע"י הלמ"ס, תחלואה בשבץ מוחי דווחה עבור 0.9% מכלל האוכלוסייה הסקר.
- בכל קבוצות הגיל, שיעורי התחלואה בגברים גבוהים מהשיעורים בנשים.
- בגברים ובנשים נצפית מגמת עלייה בתחלואה עם העלייה בגיל, כאשר שיא התחלואה הוא בבני 75 שנים ומעלה.

תמותה משבץ מוחי

- בגברים ובנשים, התמותה משבץ מוחי גבוהה יותר באוכלוסייה הערבית מאשר באוכלוסייה היהודית.
- באוכלוסייה היהודית, התמותה משבץ מוחי גבוהה יותר בגברים בהשוואה לנשים; באוכלוסייה הערבית, השיעורים בנשים גבוהים מאלו שבגברים.
- בכל קבוצות הגיל, שיעורי התמותה בנשים ערביות גבוהים מאלו של נשים יהודיות. בגברים, השיעורים גבוהים בערבים בהשוואה ליהודים ברוב קבוצות הגיל.

מגמות בתמותה משבץ מוחי לפי מין וקבוצת אוכלוסייה

- בשני המינים ובשתי קבוצות האוכלוסייה נצפתה מגמת ירידה בשיעורי התמותה משבץ מוחי בשנים 1979-2007.
- בין השנים 1979-2007 שיעורי התמותה משבץ מוחי ירדו ב-62.7% בגברים יהודים, ב-74.5% בנשים יהודיות, ב-58.4% בגברים ערבים, וב-61.7% בנשים ערביות.

השוואה בין-לאומית

- שיעורי התמותה משבץ מוחי בישראל נמוכים יחסית למדינות אירופה, הן בגברים והן בנשים.

1. רקע

שבץ מוחי המכונה גם אירוע מוחי, הינו סיבת המוות השלישית בשכיחותה בישראל (ראו פרק סיבות המוות)⁽¹⁾. שני הסוגים העיקריים של שבץ מוחי הינם שבץ מוחי איסכמי, הנובע מחסימה של כלי דם במוח, ושבץ מוחי דימומי הנובע מקרע בכלי דם הגורם לדימום לתוך רקמת המוח. שבץ איסכמי מהווה כ-85% ממקרי השבץ בעוד ששאר המקרים הינם על רקע דימום. מלבד התמותה, הנטל העיקרי המיוחס לשבץ מוחי הינו המוגבלות ארוכת הטווח בעקבות המחלה, בפרט באוכלוסייה המבוגרת. על פי הערכות המבוססות על סקרים לאומיים, מתרחשים כ-15,000 אירועי מוח בישראל מידי שנה⁽²⁾.

2. תחלואה

המידע על תחלואה בפרק זה מבוסס על שלושה מקורות:

1. סקר לאומי בנושא שבץ מוחי בישראל (NASIS 2007)⁽²⁾, הנערך על ידי איגוד הנירולוגים בשיתוף המרכז הלאומי לבקרת מחלות (המלב"ם). בסקרים מקיפים אלו נכללים כל החולים אשר אושפזו במשך חודשיים במחלקות נירולוגיות ובמחלקות פנימיות עקב שבץ מוחי. הסקרים נערכים משנת 2004, אחת לשלוש שנים, בחודשים מרץ-אפריל או אפריל-מאי.
2. סקר בריאות לאומי INHIS-2 2007-2008⁽³⁾, שנערך ע"י המלב"ם בשנים 2007-2008. הנתונים מבוססים על דיווח עצמי על תחלואה בשבץ.
3. סקר בריאות לאומי שנערך ע"י הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה בשנת 2009⁽⁴⁾. המידע מבוסס על דיווח עצמי.

2.1 נתונים נבחרים מסקר NASIS 2007

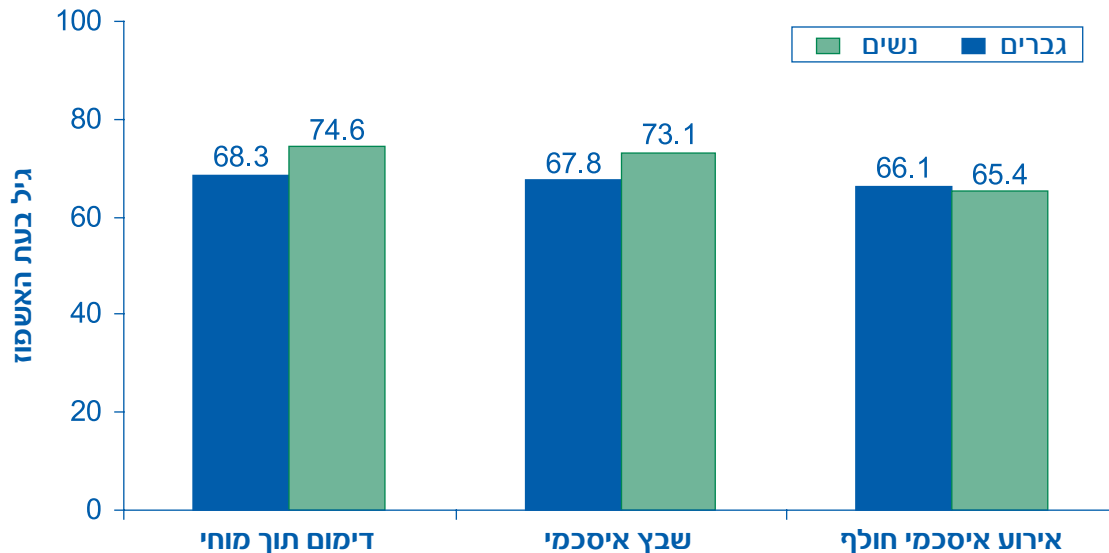
2.1.1 מאושפזים עקב שבץ מוחי: גיל, מין וסוג האירוע

הנתונים על מאושפזים המוצגים בפרק זה מבוססים על סקר NASIS 2007 שנערך בקרב החולים שאושפזו עקב שבץ מוחי או אירוע איסכמי חולף (TIA) במחלקות נירולוגיות ובמחלקות פנימיות ב-28 בתי חולים בישראל, בחודשים מרץ-אפריל 2007.

סקר NASIS 2007 כלל 1,993 גברים ונשים עם אבחנה של שבץ. גברים היוו 55% מכלל המקרים (1,093) ונשים היוו 45% (900 מקרים)⁽²⁾.

בתרשים 1, מוצג הגיל הממוצע של המאושפזים עם שבץ, לפי מין וסוג האירוע. בדימום תוך-מוחי ובשבץ איסכמי הגיל הממוצע גבוה בנשים בהשוואה לגברים: הגיל הממוצע של נשים שאושפזו עם דימום תוך מוחי היה 74.6 שנים לעומת 68.3 שנים בגברים; הגיל הממוצע של מאושפזים שאובחנו עם שבץ איסכמי היה 73.1 שנים בנשים ו-67.8 שנים בגברים. לעומת זאת, הגיל הממוצע לאשפוז עקב אירוע איסכמי חולף (TIA) היה דומה בגברים ונשים: 66.1 שנים ו-65.4 שנים, בהתאמה (תרשים 1)⁽²⁾.

תרשים 1: הגיל הממוצע של מאושפזים עם שבץ מוחי, לפי מין וסוג האירוע, 2007⁽²⁾: שנים



2.1.2 גורמי סיכון בקרב מאושפזים עקב שבץ מוחי

בטבלה 1 מוצגים גורמי הסיכון ותחלואת הרקע בקרב מאושפזים עם שבץ מוחי לפי מין בשנת 2007. גורמי הסיכון ומחלות הרקע העיקריות עליהן נאספו נתונים הן: יתר לחץ דם, סוכרת, רמת כולסטרול גבוהה בדם, עישון, פרפור פרוזדורים, אי ספיקת לב, מחלת כלי דם היקפיים, אוטם בשריר הלב בעבר, תעוקת חזה, ניתוחי מעקפים/צנתור טיפולי (CABG/PCI) והיסטוריה אישית של שבץ⁽²⁾.

גורם הסיכון הנפוץ ביותר גם בגברים וגם בנשים הינו יתר לחץ דם (72.2% מהגברים ו-73.5% מהנשים), ואחריו כולסטרול גבוה וסוכרת. גורמי סיכון אלו היו שכיחים יותר בגברים בהשוואה לנשים (39.5% ו-53.8% בגברים, ו-35.9% ו-51.5% בנשים, בהתאמה). עישון בהווה היה גבוה באופן מובהק בגברים (24.7%) בהשוואה לנשים (11.3%) (טבלה 1)⁽²⁾.

בכל מחלות הרקע הנוספות נמצאו שיעורים גבוהים יותר בגברים בהשוואה לנשים, למעט פרפור פרוזדורים שנמצא בשכיחות גבוהה יותר בנשים (טבלה 1)⁽²⁾.

טבלה 1: גורמי הסיכון ותחלואת הרקע בקרב חולים אשר אושפזו עקב שבץ מוחי, לפי מין.

2007⁽²⁾: אחוזים מתוקננים לגיל

גורם סיכון/ תחלואת רקע	גברים	נשים	הבדל בין המינים (p-value)
יתר לחץ דם	72.2	73.5	*NS
סוכרת	39.5	35.9	*NS
כולסטרול גבוה	53.8	51.5	*NS
עישון בהווה	24.7	11.3	<0.001
פרפור פרוזדורים	14.9	21.6	<0.001
אי ספיקת לב	16.8	10.6	<0.001
מחלת כלי דם היקפיים	6.7	3.5	<0.01
אוטם בשריר הלב בעבר	19.8	9.2	<0.001
תעוקת חזה	16.3	11.2	<0.01
CABG/PCI	19.1	10.1	<0.001
שבץ בעבר	29.3	24.5	<0.05

* NS - הבדל אינו מובהק סטטיסטית.

2.1.3 מוגבלות ותמותה בקרב מאושפזים עקב שבץ מוחי

מעל מחצית מהחולים (56.2%) השתחררו עם פגיעה בנונית או קשה בתפקוד, ו-7.6% נפטרו⁽²⁾. שיעור התמותה במאושפזים היה גבוה יותר בקרב חולים עם דימום תוך-מוחי (30%) (ICH), מאשר בקרב חולים שעברו שבץ איסכמי (5%) (טבלה 2)⁽²⁾.

טבלה 2: מוגבלות ותמותה בקרב מאושפזים עקב שבץ מוחי, לפני סוג האירוע, 2007⁽²⁾: אחוזים

תוצא	שבץ איסכמי (%)	דימום תוך-מוחי (%)
ללא פגיעה / פגיעה קלה בתפקוד	38.9	13.5
פגיעה בינונית בתפקוד	28.6	25.6
פגיעה קשה בתפקוד	27.5	30.8
מוות	5.0	30.1

2.2. דיווח עצמי על שבץ מוחי: סקר INHIS-2 2007-2008

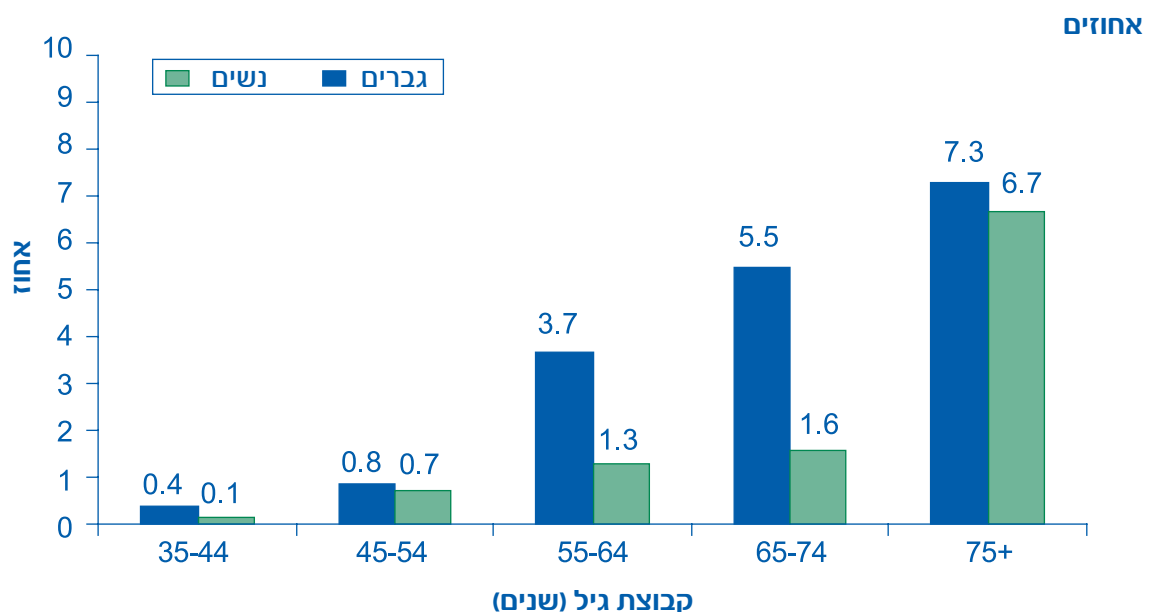
סקר בריאות לאומי INHIS-2 נערך בשנים 2007-2008 על ידי המרכז הלאומי לבקרת מחלות. סקר זה התבסס על מדגם מייצג של 9,620 ישראלים, יהודים וערבים, בני 21 שנים ומעלה, בארבעה מודולים: בריאות נשים, שימוש בשירותי בריאות, מניעה ובריאות הנפש. בפרק זה מוצגים נתונים על כלל אוכלוסיית הסקר, מ-3 מודולים: בריאות נשים, שימוש בשירותי בריאות ומניעה (7,380 נשאלים), לפי מין, לפי קבוצת גיל ולפי קבוצת אוכלוסייה⁽³⁾. חשוב להזכיר כי דיווח עצמי על שבץ מוחי מספק תמונה מאוד חלקית של התחלואה, שכן ניתן לראות רק חולים ששרדו את האירוע והינם במצב תפקודי טוב יחסית, ולא חולים עם פגיעה פיזית קשה, בעיה בדיבור או פגיעה קוגניטיבית, או מי שלא שרדו. מגבלות אלו יביאו לתת אומדן של התחלואה בכל סקר אוכלוסייה.

בסקר INHIS-2 נמצא כי 1.3% מכלל אוכלוסיית הסקר בני 21 שנים ומעלה דיווחו כי הם אובחנו אי פעם ע"י רופא כחולים בשבץ מוחי, 1.6% מהגברים ו-0.9% מהנשים⁽³⁾. שיעור המדווחים על תחלואה בשבץ מוחי היה גבוה באוכלוסייה היהודית בהשוואה לאוכלוסייה הערבית, גם בגברים וגם בנשים: 1.8% מהגברים היהודים דיווחו כי אובחנו ע"י רופא כחולים בשבץ מוחי לעומת 0.6% מהגברים הערבים; 1.0% מהנשים היהודיות דיווחו כי אובחנו ע"י רופא כחולות בשבץ מוחי לעומת 0.4% מהנשים הערביות⁽³⁾ (נתונים לא מוצגים).

2.2.1 דיווח עצמי על שבץ מוחי לפי מין וגיל

בכל קבוצות הגיל, אחוז המדווחים על שבץ מוחי גבוה בגברים לעומת נשים. כמו כן, בשני המינים נצפית עלייה בשיעור המדווחים עם העלייה בגיל, עד לערך מרבי בקבוצת הגיל 75 שנים ומעלה: 7.3% מהגברים ו-6.7% מהנשים בקבוצת גיל זו דיווחו כי אובחנו כחולי שבץ מוחי (תרשים 2)⁽³⁾.

תרשים 2: תחלואה בשבץ מוחי מאובחנת על ידי רופא (דיווח עצמי) לפי מין וגיל, 2007-2008⁽³⁾:



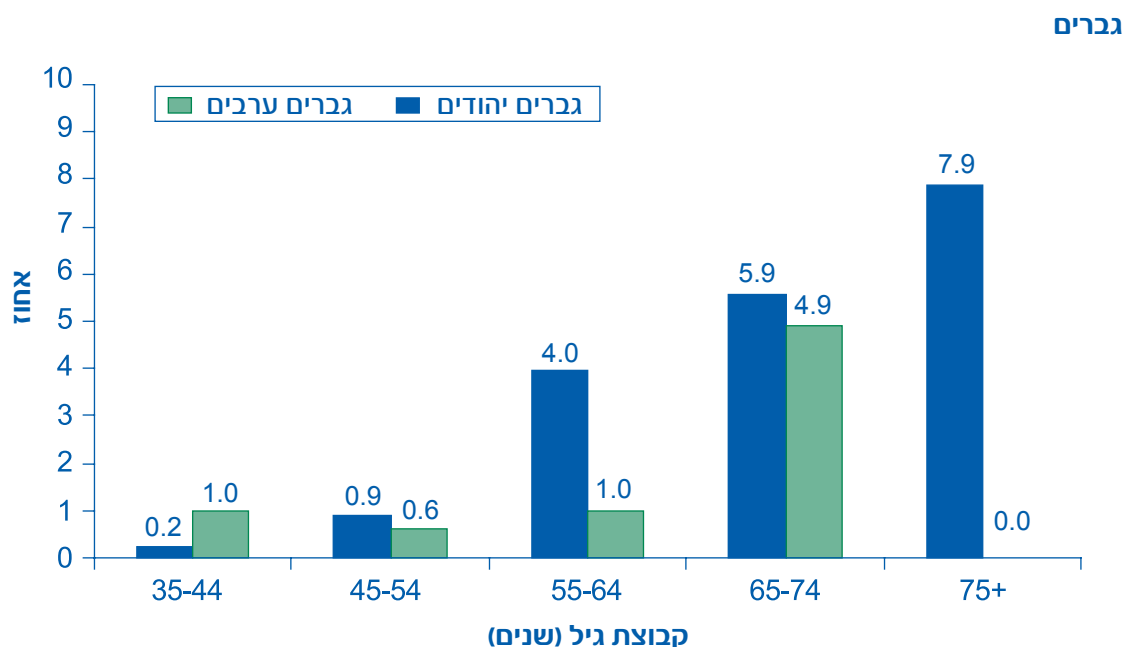
2.2.2 דיווח עצמי על שבץ מוחי לפי מין, גיל וקבוצת אוכלוסייה

בתרשים 3 מוצגים אחוזי דיווח עצמי על שבץ מוחי שאובחן ע"י רופא, לפי מין, גיל וקבוצת אוכלוסייה. בגברים, שיעורי התחלואה ביהודים היו גבוהים יותר מאשר בערבים בכל קבוצות הגיל, למעט קבוצת הגיל הצעירה ביותר, בני 35-44 שנים, בה שיעור התחלואה בגברים ערבים (1.0%) היה גבוה מזה שדווח על ידי גברים יהודים (0.2%). בגברים יהודים נצפתה עלייה בשיעורי התחלואה עם הגיל, עד לערך הגבוה ביותר בבני 75 שנים ומעלה (7.9%); בגברים ערבים לא נצפתה מגמה ברורה של עליה בשיעורי התחלואה עם העלייה בגיל. שיעורי התחלואה הגבוהים ביותר נצפו בקבוצת הגיל 65-74 שנים (4.9%), ובקבוצת הגיל 75 שנים ומעלה לא דווחו מקרים כלל, יתכן בגלל המספר הקטן של המרואיינים בקבוצה זו ובשל הטיית בחירה (תרשים 3)⁽³⁾.

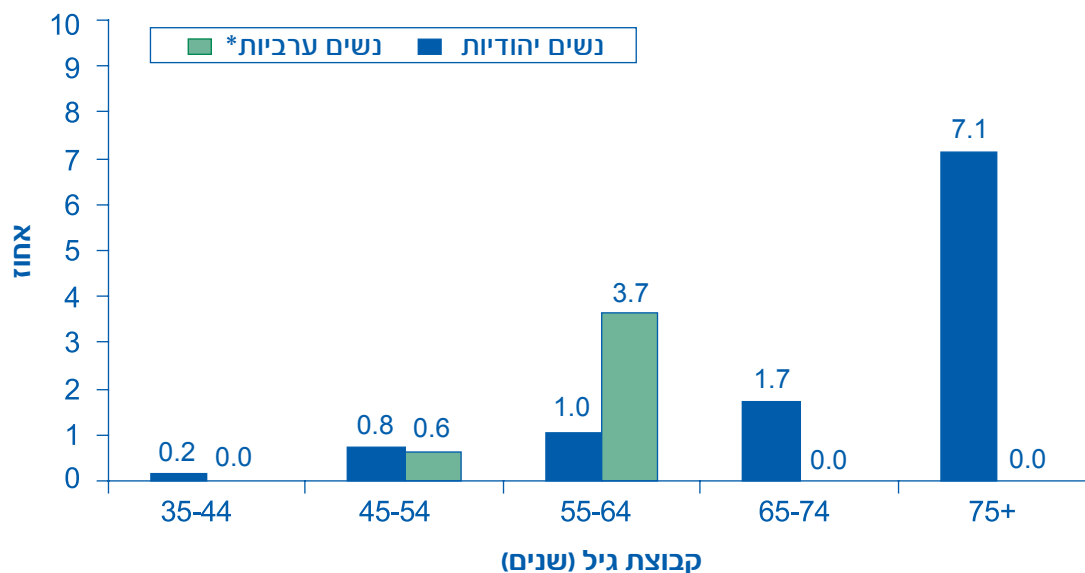
בנשים יהודיות נצפתה עלייה בשיעורי התחלואה עם הגיל, עד לערך הגבוה ביותר בבנות 75 שנים ומעלה (7.1%). בנשים ערביות, נצפו מקרים של שבץ מוחי רק בשתי קבוצות גיל: 45-54 שנים ו-55-64 שנים. שיעור הדיווח העצמי על שבץ מוחי בבנות 64-55 שנים היה גבוה בנשים ערביות (3.7%) בהשוואה לנשים יהודיות (1.0%) (תרשים 3)⁽³⁾.

תרשים 3: תחלואה בשבץ מוחי מאובחנת על ידי רופא (דיווח עצמי) לפי מין, גיל וקבוצת

אוכלוסייה, 2007-2008⁽³⁾: אחוזים



נשים



* מספר קטן של מקרים בקבוצה זו.

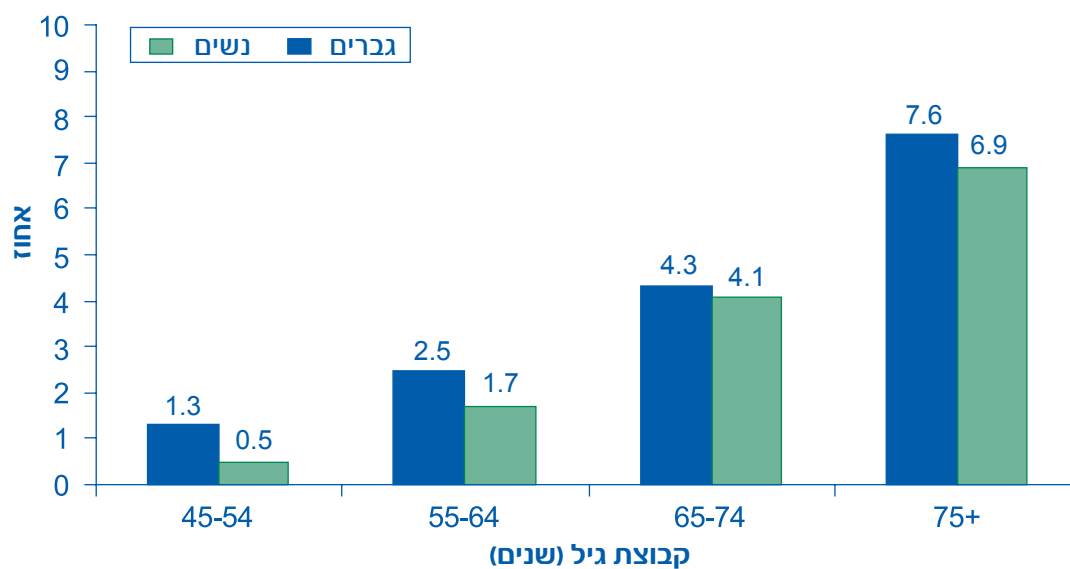
2.3 דיווח עצמי על שבץ מוחי: סקר בריאות 2009 - הלמ"ס

הנתונים על תחלואה בשבץ מוחי מבוססים על סקר בריאות ארצי שנערך ע"י הלמ"ס (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה) בשנת 2009. בסקר נדגמו כ-9,000 משקי בית, והנתונים מבוססים על דיווחו של בן משפחה אחד שדיווח עבור עצמו וכן עבור כל דיירי הבית האחרים ("proxy")⁽⁴⁾.

דיווח עצמי על תחלואה בשבץ מוחי לפי מין וגיל

בתרשים 4 מוצגים שיעורי התחלואה בשבץ מוחי לפי מין וגיל, כפי שדווחו על ידי משתתפי סקר הלמ"ס בשנת 2009. תחלואה בשבץ מוחי דווחה עבור 0.9% מכלל אוכלוסיית הסקר. בכל קבוצות הגיל, שיעורי התחלואה בגברים גבוהים מהשיעורים בנשים. גם בגברים וגם בנשים נצפית מגמת עלייה בתחלואה עם העלייה בגיל, עד שיעור התחלואה הגבוה ביותר בקבוצת הגיל 75 שנים ומעלה (7.6% בגברים ו-6.9% בנשים) (תרשים 5)⁽⁴⁾. השיעורים שדווחו עבור בני 75 שנים ומעלה מאוד דומים לשיעורים שדווחו בסקר INHIS-2. בבני 64-74 שנים ובני 65-74 שנים, השיעורים ב-INHIS-2 גבוהים יותר בגברים ונמוכים יותר בנשים. יתכן שהבדלים אלו נובעים בחלקם מהשיטות השונות בסקרים.

תרשים 4: תחלואה בשבץ מוחי (דיווח עצמי) לפי מין וגיל, 2009⁽⁴⁾: אחוזים

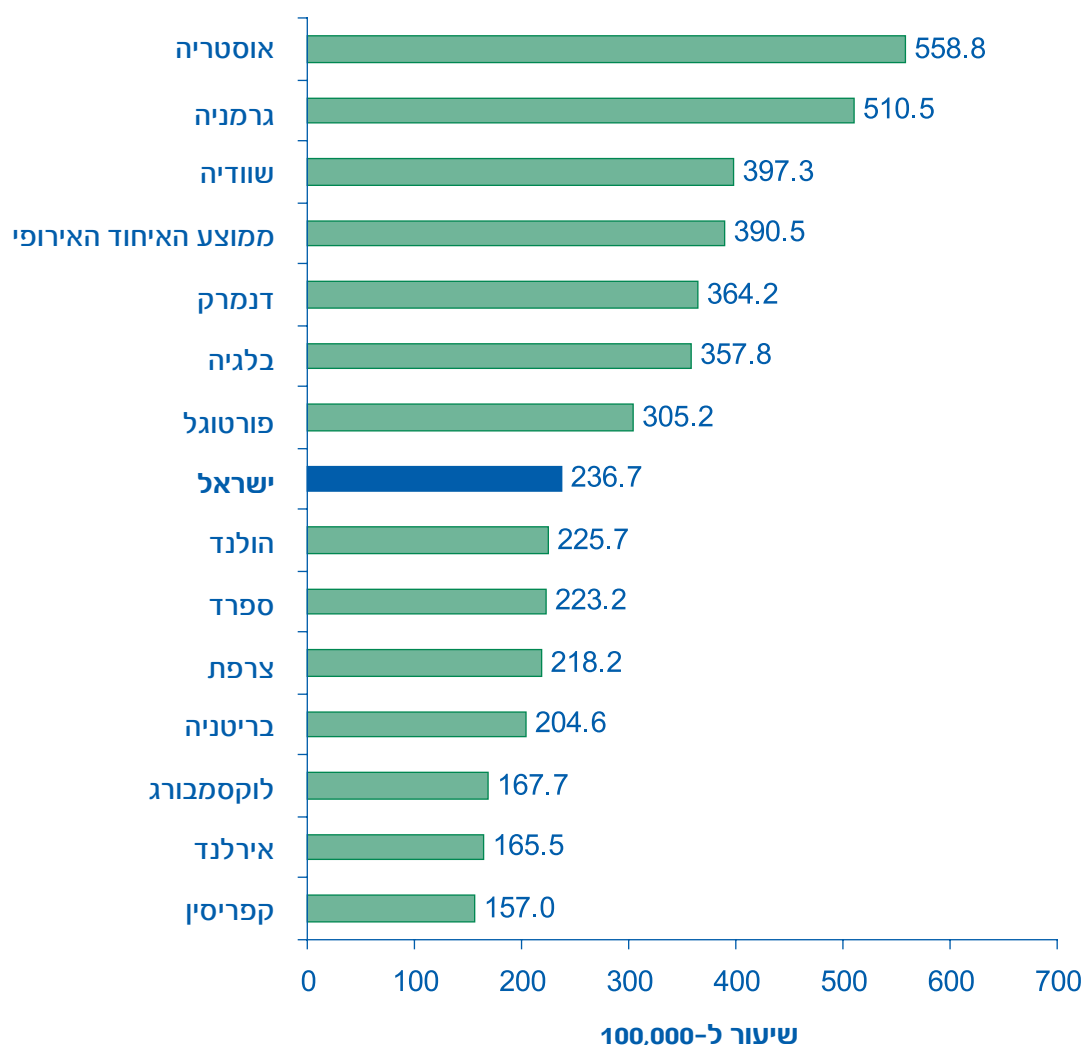


3. השוואה בין-לאומית: שיעורי אשפוז עקב שבץ מוחי

על פי הדיווח לארגון הבריאות העולמי, אזור אירופה, שיעור השחרורים מבית חולים עם אבחנה של שבץ מוחי בשנת 2007 בישראל היה 236.7 ל-100,000. שיעור זה היה נמוך באופן ניכר מהשיעור הממוצע במדינות החברות באיחוד האירופי (390.5 ל-100,000). באוסטריה נצפה השיעור המרבי (558.8 ל-100,000) ובקפריסין, השיעור הנמוך ביותר (157.0 ל-100,000) (תרשים 5)⁽⁵⁾. יש לציין כי השיעורים אינם מתוקננים לגיל.

תרשים 5: שחרורים מבית חולים עם אבחנה של שבץ מוחי בישראל ובמדינות נבחרות באיחוד

האירופי, 2007⁽⁵⁾: שיעורים * ל-100,000



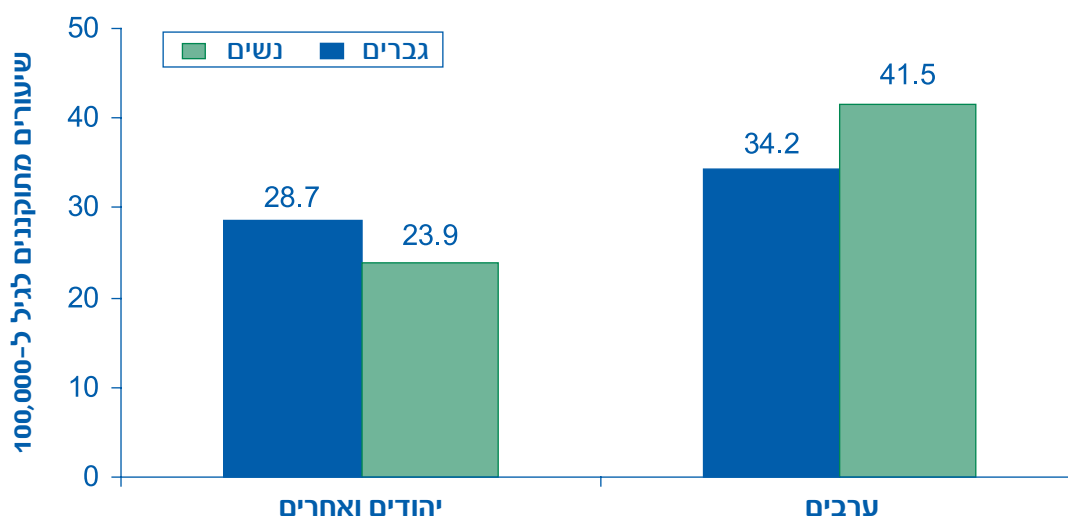
* השיעורים אינם מתוקננים לגיל.

4. תמותה משבץ מוחי

4.1 תמותה לפי מין וקבוצת אוכלוסייה

שיעורי התמותה המתוקננים לגיל משבץ מוחי (קודים 430-438 ב-ICD9, וקודים I60-I69 ו-G45 ב-ICD10) לפי מין וקבוצת אוכלוסייה בשנת 2007 מוצגים בתרשים 7⁽¹⁾. גם בקרב גברים וגם בקרב נשים התמותה משבץ מוחי גבוהה יותר באוכלוסייה הערבית מאשר באוכלוסייה היהודית. בשנת 2007, שיעור התמותה בגברים ערבים (34.2 פטירות ל-100,000) היה גבוה פי 1.2 מהשיעור שנצפה בגברים יהודים (28.7 פטירות ל-100,000); שיעור התמותה בנשים ערביות (41.5 פטירות ל-100,000) היה גבוה פי 1.7 מהשיעור שנצפה בנשים יהודיות (23.9 פטירות ל-100,000). בעוד שבאוכלוסייה היהודית שיעורי התמותה היו גבוהים יותר בקרב גברים בהשוואה לנשים, באוכלוסייה הערבית השיעורים בנשים היו גבוהים מאלו שבגברים. כמו כן, השיעור הנצפה בנשים ערביות (41.5 פטירות ל-100,000) היה השיעור הגבוה ביותר בהשוואה לכל קבוצה אחרת (תרשים 6)⁽¹⁾.

תרשים 6: תמותה משבץ מוחי לפי מין וקבוצת אוכלוסייה, 2007⁽¹⁾: שיעורים ל-100,000 מתוקננים לגיל



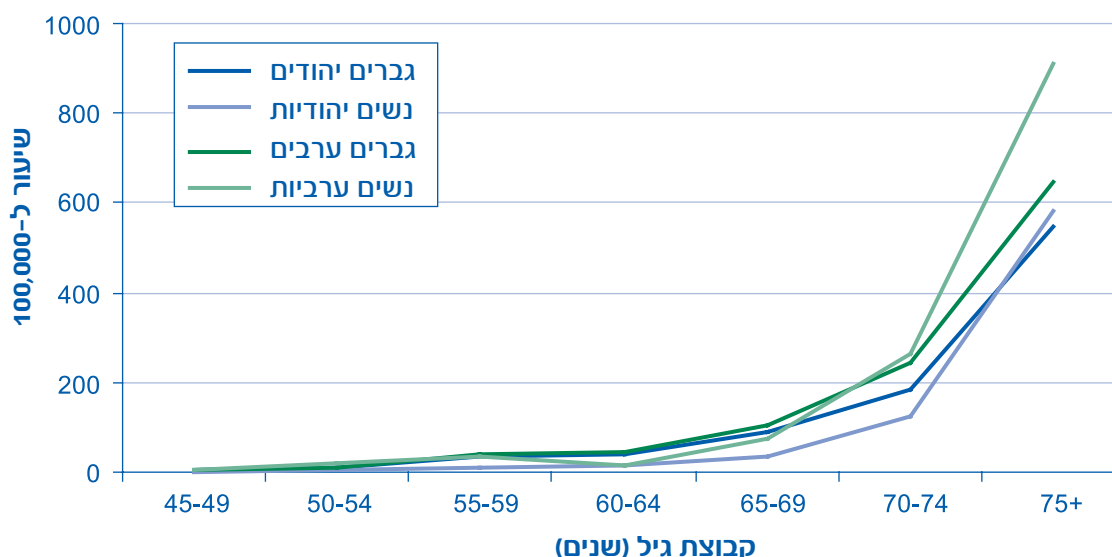
4.2 תמותה לפי גיל, מין וקבוצת אוכלוסייה

שיעורי התמותה משבץ מוחי עולים עם העלייה בגיל, ובעיקר בקבוצות הגיל המבוגרות (תרשים 7, טבלה 2)⁽¹⁾. באוכלוסייה היהודית, שיעורי התמותה גבוהים יותר בגברים מאשר בנשים, בכל קבוצות הגיל, עד קבוצת הגיל של בני 70-74 שנים. בקבוצת הגיל 75 שנים. בקבוצת הגיל 75 שנים ומעלה, שבה גם נצפים השיעורים המרביים בשני המינים, שיעור התמותה בנשים (584.1 פטירות ל-100,000) עולה מעט על השיעור בגברים (548.0 פטירות ל-100,000). באוכלוסייה הערבית, ברוב קבוצות הגיל שיעורי התמותה בגברים גבוהים מאלו הנצפים בנשים, כאשר מגילאי 70-74 ומעלה השיעורים גבוהים יותר בנשים ומגיעים לשיא - 912.1 ל-100,000 בבנות 75 ומעלה, לעומת 647.1 ל-100,000 בגברים. שיעורי התמותה הגבוהים ביותר נצפו בנשים ערביות בנות 75 שנים ומעלה (טבלה 3). בכל קבוצת גיל, שיעורי התמותה בנשים ערביות גבוהים מאלו של נשים יהודיות. בגברים, השיעורים ביהודים ובערבים דומים, אם כי ברוב קבוצות הגיל הם גבוהים בערבים בהשוואה ליהודים (טבלה 3, תרשים 7)⁽¹⁾.

טבלה 3: שיעורי תמותה משבץ מוחי לפי מין, גיל וקבוצת אוכלוסייה, 2007⁽¹⁾: שיעורים ל-100,000

קבוצת גיל	קבוצת אוכלוסייה ומין			
	גברים יהודים	נשים יהודיות	גברים ערבים	נשים ערביות
45-49	5.2	1.2	6.4	3.3
50-54	12.2	4.7	8.9	22.3
55-59	33.5	8.3	38.0	36.8
60-64	39.6	13.6	45.1	14.6
65-69	87.9	34.6	104.2	72.9
70-74	183.8	122.9	241.9	263.2
75+	548.0	584.1	647.1	912.1

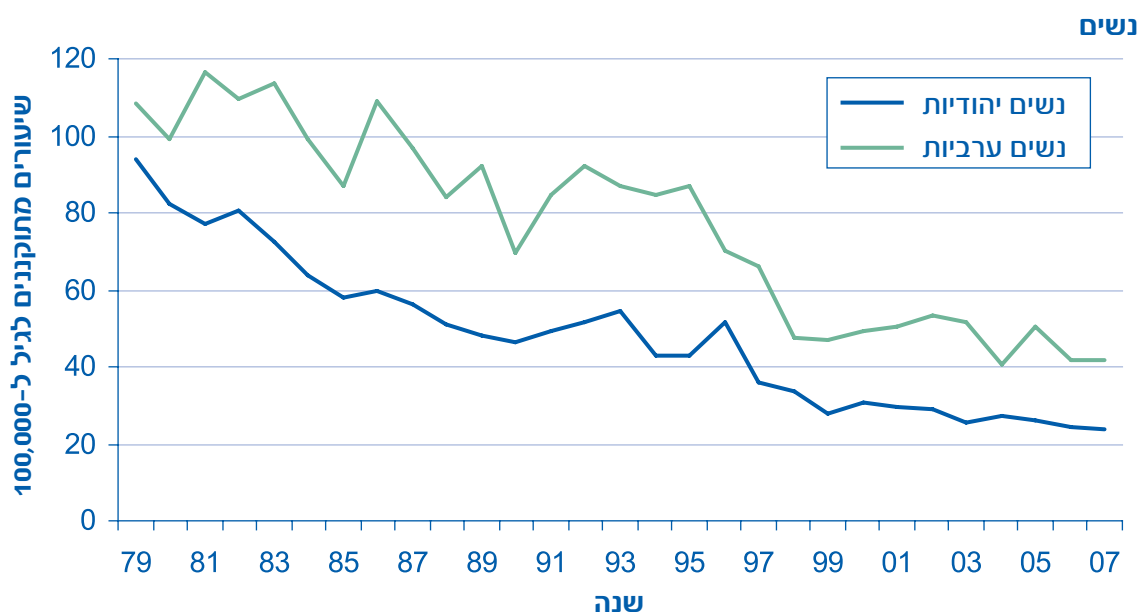
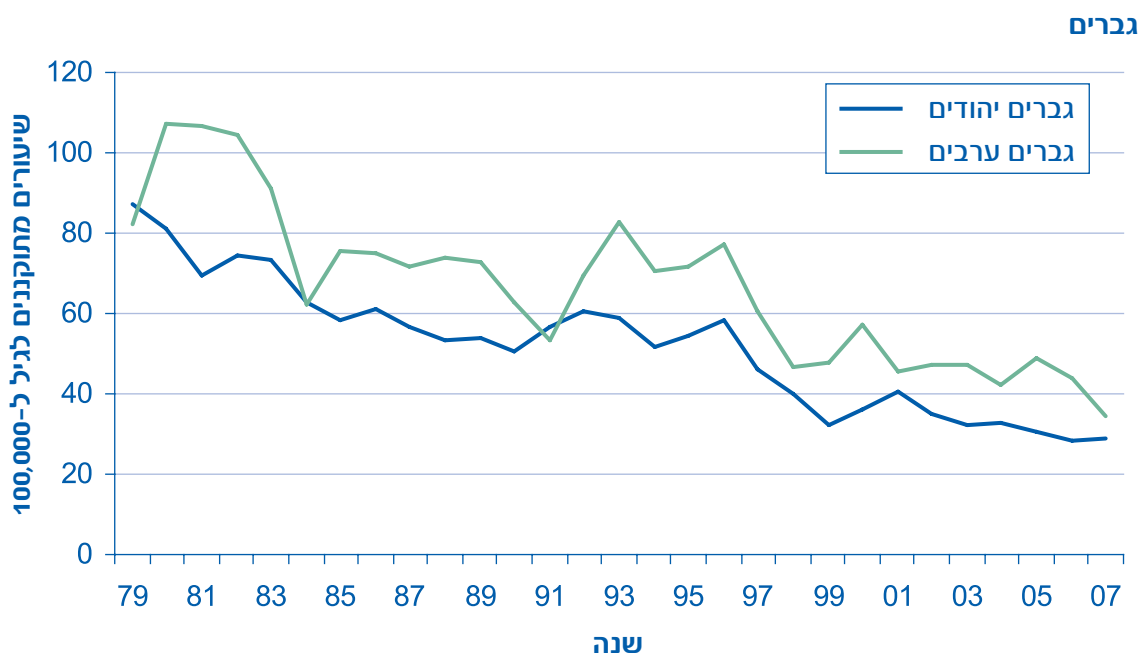
תרשים 7: תמותה משבץ מוחי לפי מין, גיל וקבוצת אוכלוסייה, 2007⁽¹⁾: שיעורים ל-100,000



4.3 מגמות בתמותה לפי מין וקבוצת אוכלוסייה

בתרשים 8 מוצגים שיעורי תמותה משבץ מוחי לפי מין ולפי קבוצת אוכלוסייה בין השנים 1979-2007⁽¹⁾. בשני המינים נצפית מגמת ירידה לאורך השנים בשיעורי התמותה מאירוע מוחי. בגברים, שיעורי התמותה ברוב השנים היו גבוהים בערבים בהשוואה ליהודים. בגברים יהודים, שיעור התמותה ירד ב-67.2%, מ-87.4 פטירות ל-100,000 בשנת 1979 ל-28.7 פטירות ל-100,000 בשנת 2007. בגברים ערבים נצפתה ירידה מתונה יותר, של 58.4%, מ-82.2 פטירות ל-100,000 בשנת 1979 ל-34.2 פטירות ל-100,000 בשנת 2007 (תרשים 8)⁽¹⁾. בנשים, נצפה לאורך כל השנים פער ניכר בין שתי קבוצות האוכלוסייה, כאשר שיעורי התמותה בנשים ערביות היו גבוהים מאלו שבנשים יהודיות (תרשים 8)⁽¹⁾. בנשים יהודיות, שיעורי התמותה ירדו ב-74.5% - אחוז הירידה הגבוה ביותר בשיעורי התמותה ביחס לכל קבוצה אחרת - מ-93.9 פטירות ל-100,000 בשנת 1979 ל-23.9 פטירות ל-100,000 בשנת 2007. בנשים ערביות נצפתה ירידה מתונה יותר, של 61.7%, מ-108.3 ל-100,000 בשנת 1979 ל-41.5 ל-100,000 בשנת 2007 (תרשים 8)⁽¹⁾.

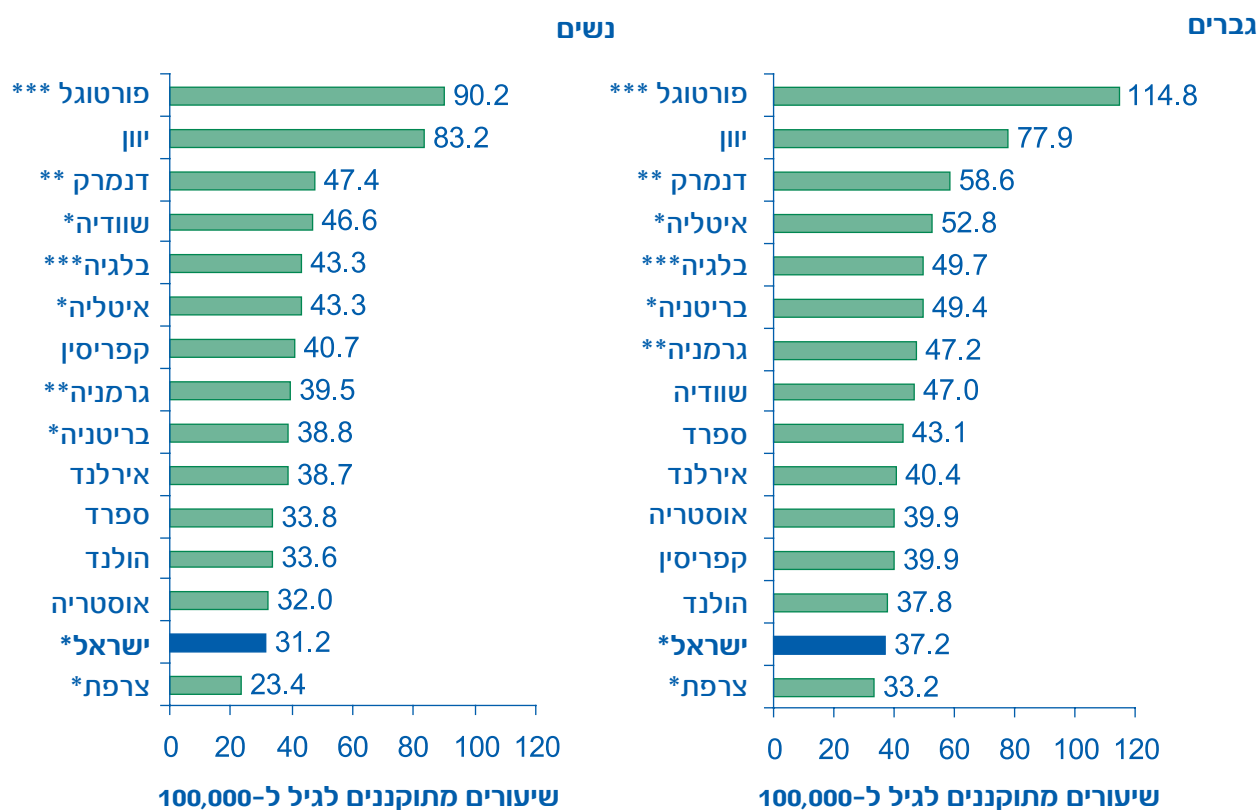
תרשים 8: מגמות בתמותה משבץ מוחי לפי מין וקבוצת אוכלוסייה, 1979-2007⁽¹⁾: שיעורים מתוקננים לגיל ל-100,000



4.4. השוואה בין-לאומית

בתרשים 9 מוצגים שיעורי התמותה משבץ מוחי בישראל ובמדינות נבחרות מהאיחוד האירופי, בשנים העדכניות ביותר עבור קיימים נתונים⁽⁶⁾. בישראל ובמדינות האיחוד האירופי (למעט יוון וקפריסין), התמותה כתוצאה משבץ מוחי גבוהה בגברים בהשוואה לנשים (יחס ממוצע של 1.2 בין גברים לנשים) (תרשים 9)⁽⁵⁾. בשני המינים, שיעורי התמותה הגבוהים ביותר נמצאו בפורטוגל, יוון ודנמרק. גברים ונשים מישראל נמצאים במקום ה-14 (מתוך 15) בהשוואה למדינות המוצגות (תרשים 9)⁽⁵⁾.

תרשים 9: תמותה משבץ מוחי בישראל ובמדינות נבחרות מהאיחוד האירופי, 2008⁽⁵⁾: שיעורים מתוקננים לגיל ל-100,000



השיעורים מתוקננים לאוכלוסיית אירופה.

* נתונים משנת 2007, השנה העדכנית ביותר בה היו נתונים עבור מדינה זו.

** נתונים משנת 2006, השנה העדכנית ביותר בה היו נתונים עבור מדינה זו.

*** נתונים משנת 2005, השנה העדכנית ביותר בה היו נתונים עבור מדינה זו.

5. ביבליוגרפיה

1. הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. קובץ סיבות המוות, 2007.
2. סקר שבץ מוחי בישראל (NASIS 2007). איגוד הניירולוגים והמרכז הלאומי לבקרת מחלות, פרסום 312, 2007.
3. סקר בריאות לאומי בישראל INHIS-2 2007-2008. המרכז הלאומי לבקרת מחלות, פרסום 331 (טרם פורסם).
4. נתונים באדיבות הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2010. מתוך סקר בריאות לאומי 2009, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.
5. European Health for All Database (HFA-DB). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010.

נקודות עיקריות

תחלואה - היארעות

- בשנת 2006 אובחנו 24,167 מקרים חדשים של סרטן* (כלל האתרים) באוכלוסייה. שיעורי ההיארעות המתוקננים לגיל היו 346.9 ל-100,000 בגברים יהודים; 286.2 ל-100,000 בנשים יהודיות; 276.5 ל-100,000 בגברים ערבים; ו-191.8 ל-100,000 בנשים ערביות.
- מחלות הסרטן השכיחות ביותר בכלל האוכלוסייה היו סרטן השד (15.1% מכלל מקרי הסרטן), סרטן המעי הגס והחלחולת (13.8%) וסרטן הערמונית (10.2%).

תחלואה לפי מין וקבוצת אוכלוסייה

- בשנת 2006, שלוש מחלות הסרטן השכיחות ביותר בגברים, הן יהודים והן ערבים, היו סרטן הערמונית, סרטן המעי הגס והחלחולת וסרטן הריאה.
- בנשים יהודיות, שלוש מחלות הסרטן השכיחות ביותר היו סרטן השד, סרטן המעי הגס והחלחולת ולימפומה שאינה הודג'קין; ובנשים ערביות, שלוש מחלות הסרטן השכיחות ביותר היו סרטן השד, סרטן המעי הגס והחלחולת וסרטן בלוטת התריס.

תחלואה לפי גיל

- בשנת 2006, מחלות הסרטן העיקריות בבני 0-19 שנים היו ליקמיה, סרטן המוח ומערכת העצבים המרכזית, ולימפומת הודג'קין; בבני 20-44 שנים, מחלות הסרטן העיקריות היו סרטן השד, סרטן בלוטת התריס, ולימפומה שאינה הודג'קין; בבני 45-64 ובני 65 שנים ומעלה מחלות הסרטן העיקריות היו סרטן השד, סרטן המעי הגס והחלחולת, וסרטן הערמונית.

מגמות בתחלואה

- עם השנים נצפית מגמת עלייה בהיארעות הסרטן בשני המינים, הן באוכלוסייה היהודית והן באוכלוסייה הערבית.
- בין השנים 1979-2006, שיעורי היארעות הסרטן עלו ב-36.8% בגברים יהודים, ב-26.9% בנשים יהודיות, ב-138.5% בגברים ערבים וב-152.5% בנשים ערביות.

תמותה

- סרטן מהווה סיבת המוות הראשונה בישראל (24.6% מכלל מקרי המוות בשנת 2007).
- בשנת 2007 נפטרו 9,839 אנשים מסרטן: 4,915 גברים ו-4,924 נשים. שיעורי התמותה המתוקננים לגיל היו 130.3 ל-100,000 בגברים יהודים; 102.9 ל-100,000 בנשים יהודיות; 140.8 ל-100,000 בגברים ערבים; ו-89.4 ל-100,000 בנשים ערביות.
- מחלות הסרטן המובילות בתמותה בכלל האוכלוסייה הינן סרטן הריאה (15.8% מכלל הפטירות מסרטן), סרטן המעי הגס והחלחולת (13.2%) וסרטן השד (9.5%).

* גידולים חודרניים. לא כולל גידולים ממוקדים ("in situ").

תמותה לפי מין וקבוצת אוכלוסייה

- בשנת 2007, מחלות הסרטן העיקריות שגרמו לתמותה, גם בגברים יהודים וגם בגברים ערבים, היו סרטן הריאה, סרטן המעי הגס והחלחולת, וסרטן הערמונית.
- בשנת 2007, מחלות הסרטן העיקריות שגרמו לתמותה בנשים, הן יהודיות והן ערביות, היו סרטן השד, סרטן המעי הגס, והחלחולת וסרטן הריאה.

מגמות בתמותה

- בין השנים 1979-2007, נצפתה מגמת ירידה בתמותה מסרטן באוכלוסייה היהודית ומגמת עלייה באוכלוסייה הערבית.
- בשנים אלו ירדו שיעורי התמותה מסרטן, ב-18.8% בגברים יהודים וב-21% בנשים יהודיות. בערבים, השיעורים עלו ב-13% בגברים וב-33.4% בנשים.

השוואה בין-לאומית

- בהשוואת שיעורי התמותה מסרטן בישראל ובמדינות אירופה, גברים בישראל ממוקמים במקום נמוך יחסית ונשים ממוקמות במקום גבוה יחסית.

תחלואה ותמותה מסרטן השד

- סרטן השד הוא הסרטן השכיח ביותר בנשים. בשנת 2006 אובחנו 3,593 מקרים חדשים של סרטן שד חודרני בנשים.
- ב-27 השנים האחרונות חלה עלייה בשיעורי ההיארעות המתוקננים לגיל של סרטן השד, גם ביהודיות וגם בערביות, כאשר העלייה בנשים ערביות הייתה חדה יותר מזו שנצפתה בנשים יהודיות.
- ב-27 השנים האחרונות, שיעורי ההיארעות המתוקננים לגיל של סרטן השד היו גבוהים בנשים יהודיות בהשוואה לאלו שנצפו בנשים ערביות.
- בנשים יהודיות נצפית ירידה בשיעורי התמותה מסרטן שד, ובנשים ערביות נצפית עלייה בתמותה.
- בשנים 1990-2006, שיעורי ההישרדות היחסית מסרטן שד בתום 10 שנים לאחר האבחנה היו 73.7% בנשים יהודיות ו-60.6% בנשים ערביות.

תחלואה ותמותה מסרטן המעי הגס והחלחולת

- סרטן המעי הגס והחלחולת הוא הסרטן השני בשכיחותו באוכלוסייה. בשנת 2006 אובחנו 3,343 מקרים חדשים של סרטן המעי הגס והחלחולת: 1,713 בגברים ו-1,630 בנשים.
- ב-27 השנים האחרונות, נצפית עלייה מתמדת בהיארעות סרטן המעי הגס והחלחולת, כאשר העלייה חדה יותר באוכלוסייה הערבית.
- באוכלוסייה היהודית חלה ירידה בתמותה מסרטן המעי הגס והחלחולת מאמצע שנות ה-90. באוכלוסייה הערבית מתרחשת עלייה מתמדת בשיעורי התמותה.
- שיעורי התמותה מסרטן המעי הגס והחלחולת ביהודים, גבוהים מאשר בנשים לאורך כל התקופה שבין 1979-2007; בערבים, שיעורי התמותה הינם גבוהים בגברים לעומת נשים מתחילת שנות ה-90 ואילך.

- בשנים 1990-2006, היו שיעורי ההישרדות היחסית מסרטן המעי הגס והחלחולת בתום 10 שנים לאחר האבחנה כ-55% בגברים ובנשים.

תחלואה ותמותה מסרטן הערמונית

- סרטן הערמונית הוא הסרטן השכיח ביותר בקרב גברים. בשנת 2006 אובחנו 2,475 מקרים חדשים של סרטן הערמונית.
- ב-27 השנים האחרונות נצפית עלייה מתמדת בשיעורי ההיארעות של סרטן הערמונית, גם בקרב גברים יהודים וגם בקרב גברים ערבים, כאשר לאורך כל התקופה שיעורי ההיארעות ביהודים גבוהים מהשיעורים בערבים.
- מאמצע שנות ה-90, נצפית ביהודים מגמה של ירידה מתמדת בשיעורי התמותה מסרטן הערמונית. בערבים נצפתה ירידה מאמצע שנות ה-90, אך משנת 2003 ואילך נצפית מגמת עלייה בתמותה.
- בשנים 1990-2006, שיעור ההישרדות היחסית מסרטן הערמונית בחלוף שנה מהאבחנה היה 94.6%. שיעור זה יורד ל-85.1% בתום 5 שנים מהאבחנה.

תחלואה ותמותה מסרטן הריאה

- סרטן הריאה הוא הסרטן הרביעי בשכיחותו באוכלוסייה. בשנת 2006 אובחנו 1,817 מקרים חדשים של סרטן הריאה: 1,221 בגברים ו-596 בנשים.
- בגברים יהודים, שיעורי היארעות סרטן הריאה היו יציבים לאורך השנים. בנשים יהודיות, גברים ערבים ונשים ערביות, נצפית עלייה מתמדת בהיארעות.
- שיעורי התמותה מסרטן הריאה גבוהים בגברים מאשר בנשים, הן ביהודים והן בערבים.
- בשנים 1990-2006, שיעור ההישרדות היחסית מסרטן הריאה בנשים יהודיות בתום 5 שנים לאחר האבחנה היה 22.6%; זאת לעומת 14.7% בגברים יהודים ו-13.2% בגברים ערבים.

תחלואה ותמותה ממלנומה

- מלנומה היא הסרטן השביעי בשכיחותו בכלל האוכלוסייה. בשנת 2006 אובחנו 893 מקרים חדשים של מלנומה: 481 בגברים ו-412 בנשים.
- לאורך כל השנים, מלנומה שכיחה יותר באוכלוסייה היהודית בהשוואה לאוכלוסייה הערבית.
- שיעורי התמותה ממלנומה גבוהים יותר באוכלוסייה היהודית מאשר באוכלוסייה הערבית.

1. רקע

סרטן מהווה סיבת המוות הראשונה בישראל (24.6% מכלל מקרי המוות בשנת 2007)⁽¹⁾, והינו גורם מרכזי לתחלואה באוכלוסייה⁽²⁾. המונח "סרטן" מתייחס לגידולים ממאירים מסוגים שונים, המאופיינים בצמיחה בלתי מבוקרת של תאים לא תקינים. המופע של מחלות אלו באתרים שונים בגוף מייצג, למעשה, מחלות שונות, שלהן גורמי סיכון, מאפיינים היסטולוגיים, ביטויים קליניים, מהלך ופרוגנוזה שונים. בין גורמי הסיכון לתחלואה בסרטן נמצאים גורמים גנטיים, גורמים סביבתיים, חשיפות לחומרים ולקרנה, גורמים תזונתיים, גורמים התנהגותיים (כגון עישון) ואחרים, כאשר רבים מגורמי הסיכון למחלה אינם ידועים⁽³⁾.

המידע על מקרי הסרטן המאובחנים בישראל נאסף, מרוכז, נשמר, ועובר בקרת איכות על ידי רישום הסרטן הלאומי⁽²⁾, שמהווה משנת 2005 חלק מהמרכז הלאומי לבקרת מחלות (מלב"ם). הנתונים על תמותה מסרטן, מקורם בקובץ סיבות המוות⁽¹⁾ של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, המרכז את המידע שבהודעות הפטירה. ההשוואות הבין-לאומיות המוצגות בפרק זה מתבססות על מאגר המידע HFA Health For All⁽⁴⁾ של ארגון הבריאות העולמי, אזור אירופה.

בפרק זה מוצגים נתונים לגבי תחלואה ותמותה ממחלות הסרטן המובילות. הנתונים מוצגים הן עבור כלל האוכלוסייה, הכוללת יהודים, ערבים ואחרים* והן לפי קבוצת אוכלוסייה (יהודים וערבים בלבד).

נתוני ההיארעות כוללים מקרים של גידולים חודרניים בלבד, ואינם כוללים גידולים ממוקדים (in situ), פרט למלנומה של העור. הנתונים מוצגים לפי מין וגיל, כאחוזים וכשיעורים סגוליים, וכשיעורים ל-100,000 נפש, מתוקננים לגיל. אוכלוסיית התקן היא אוכלוסיית ישראל בשנת 1983, אלא אם צוין אחרת. הנתונים עבור שנת 2006 הינם מעודכנים לקובץ ספטמבר, 2009.

נתוני תמותה מוצגים לפי מין, גיל וקבוצת אוכלוסייה, כאחוזים וכשיעורים סגוליים, וכשיעורים ל-100,000 מתוקננים לגיל (לפי אוכלוסיית התקן הנ"ל, אוכלוסיית ישראל בשנת 1983).

נתוני הישרדות מוצגים כשיעור הישרדות היחסית - היחס בין הסיכוי שאדם עם מחלת הסרטן ישרוד בתום תקופת המעקב ובין הסיכוי שיש לאדם בן גילו באוכלוסייה לשרוד את התקופה. מדד זה מתאר את עודף התמותה בקרב חולים במחלות ממאירות תוך התחשבות בתמותה הכללית הצפויה. לגבי מחלות ממאירות המדד מחושב בדרך כלל ל-5 שנים⁽⁵⁾.

2. היארעות

2.1 שיעורי היארעות הסרטן (כלל האתרים) לפי גיל ומין

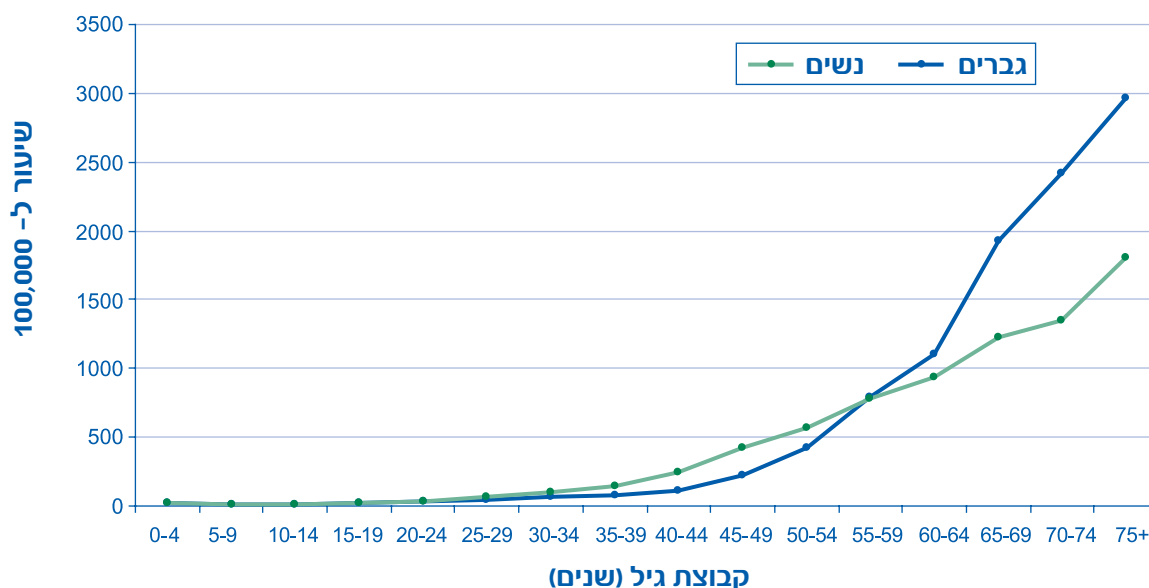
סרטן הינו בעיקר מחלה של הגיל המבוגר⁽²⁾. תרשים 1 מציג את שיעורי היארעות הסרטן בשנת 2006 בקבוצות הגיל השונות, בחלוקה לגברים ונשים. שיעורי היארעות סרטן עולים עם הגיל. בגברים עד גיל 39, שיעורי ההיארעות של סרטן (כלל האתרים) היו נמוכים מ-100 מקרים ל-100,000; מגיל 40, שיעורי ההיארעות בגברים היו גבוהים מ-100 מקרים ל-100,000; מגיל 60, שיעורי ההיארעות היו גבוהים מ-1000 מקרים ל-100,000, ומגיל 70 ואילך, השיעורים היו גבוהים מ-2000 מקרים ל-100,000. בקבוצת הגיל 75 שנים ומעלה, שיעור היארעות הסרטן בקרב גברים בשנת 2006 היה 2959.9 ל-100,000 (תרשים 1)⁽²⁾.

* "אחרים": נוצרים לא ערבים ואזרחים ללא סיווג דת. עד שנת 1995, "האחרים" נכללו באוכלוסייה הערבית. מ-1995 ואילך "האחרים" נכללים באוכלוסייה היהודית.

בקרב נשים בשנת 2006, עד גיל 34 שיעורי ההיארעות של סרטן (כלל האתרים) היו נמוכים מ-100 מקרים ל-100,000; מגיל 35, שיעורי ההיארעות בנשים היו גבוהים מ-100 מקרים ל-100,000; ומגיל 65, שיעורי ההיארעות היו גבוהים מ-1000 מקרים ל-100,000. בקבוצת הגיל 75 שנים ומעלה, שיעור היארעות הסרטן בקרב נשים היה 1800.2 מקרים ל-100,000, שיעור הנמוך ב-39.2% מהשיעור בגברים באותה קבוצת גיל (תרשים 1) ⁽²⁾.

בהשוואה בין גברים לנשים בשנת 2006, ניתן לראות כי בקרב ילדים, בני נוער, ומבוגרים צעירים עד גיל 24, שיעורי ההיארעות בגברים ונשים דומים מאוד. בין גילאי 25-54 שנים, שיעורי ההיארעות בנשים גבוהים לעומת השיעורים בגברים. מגיל 55 ואילך השיעורים גבוהים בגברים מהשיעורים בנשים, כמו כן קצב העלייה בהיארעות עם הגיל גבוה בגברים לעומת קצב העלייה בהיארעות בנשים (תרשים 1) ⁽²⁾.

תרשים 1: היארעות סרטן (כלל האתרים), לפי גיל ומין, 2006⁽²⁾: שיעורים ל-100,000

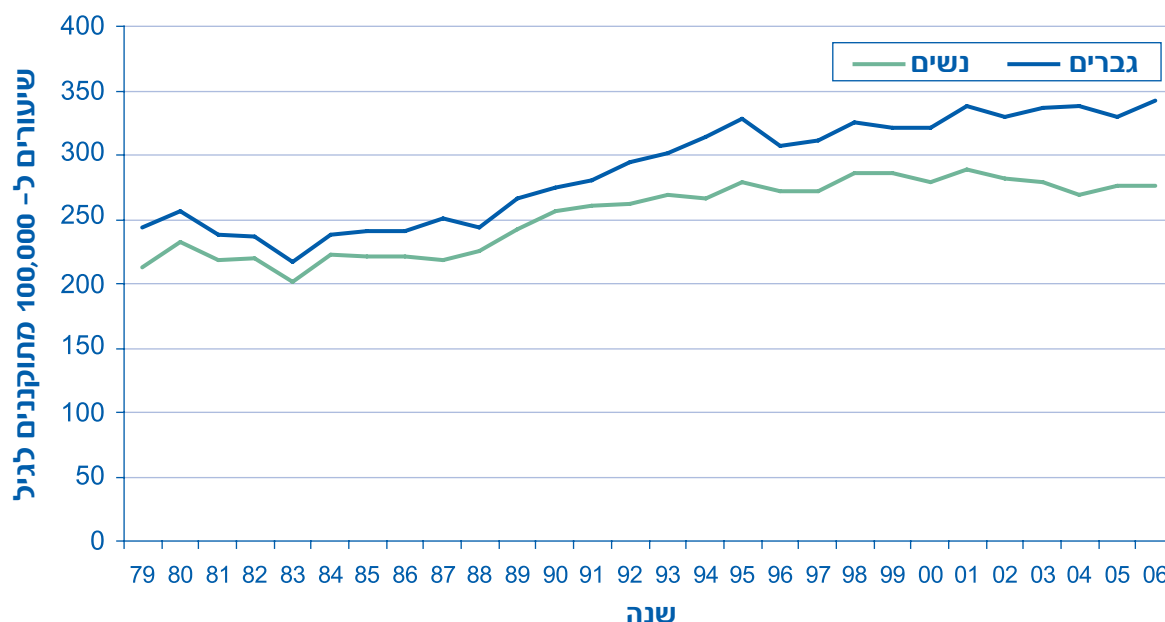


2.2 מגמות בהיארעות

2.2.1 מגמות בהיארעות לפי מין

היארעות הסרטן נמצאת במגמת עלייה עקבית ב-27 השנים האחרונות ⁽²⁾. בתרשים 2, מוצגות מגמות היארעות סרטן (כלל האתרים) בין שנת 1979 לשנת 2006, לפי מין. לאורך כל השנים, היארעות מחלת הסרטן נמצאה בעלייה, גם בגברים וגם בנשים, אם כי, בנשים נצפית מגמת התייצבות בשיעורים החל מתחילת שנות ה-2000. בגברים, ההיארעות של מחלת הסרטן עלתה ב-40.5%, מ-243.6 ל-100,000 בשנת 1979, ל-342.2 ל-100,000 בשנת 2006. בנשים, נצפתה עלייה של 29.7%, מ-213.4 ל-100,000 בשנת 1979, ל-276.8 ל-100,000 בשנת 2006. כמו כן, לאורך כל השנים, שיעורי היארעות סרטן (כלל האתרים) בקרב גברים היו גבוהים יותר מהשיעורים שנמצאו בקרב נשים והפער אף גדל במשך התקופה: בשנת 1986, למשל, שיעור ההיארעות היה גבוה ב-9% בגברים לעומת נשים; בשנת 1996 היה השיעור בגברים גבוה ב-13%, ובשנת 2006, השיעור בגברים היה גבוה ב-24% (תרשים 2) ⁽²⁾.

תרשים 2: מגמות בהיארעות סרטן (כלל האתרים), לפי מין, 1979-2006⁽²⁾: שיעורים ל-100,000 מתוקננים לגיל



2.2.2 מגמות בהיארעות לפי מין וקבוצת אוכלוסייה

היארעות הסרטן נמצאת בעלייה מתמדת הן באוכלוסייה היהודית והן באוכלוסייה הערבית, עם שיעורי היארעות גבוהים יותר בקרב יהודים בהשוואה לערבים. בשתי האוכלוסיות, ההיארעות גבוהה יותר בגברים לעומת נשים, כאשר קצב העלייה בהיארעות גבוה יותר בערבים לעומת יהודים (תרשים 3)⁽²⁾.

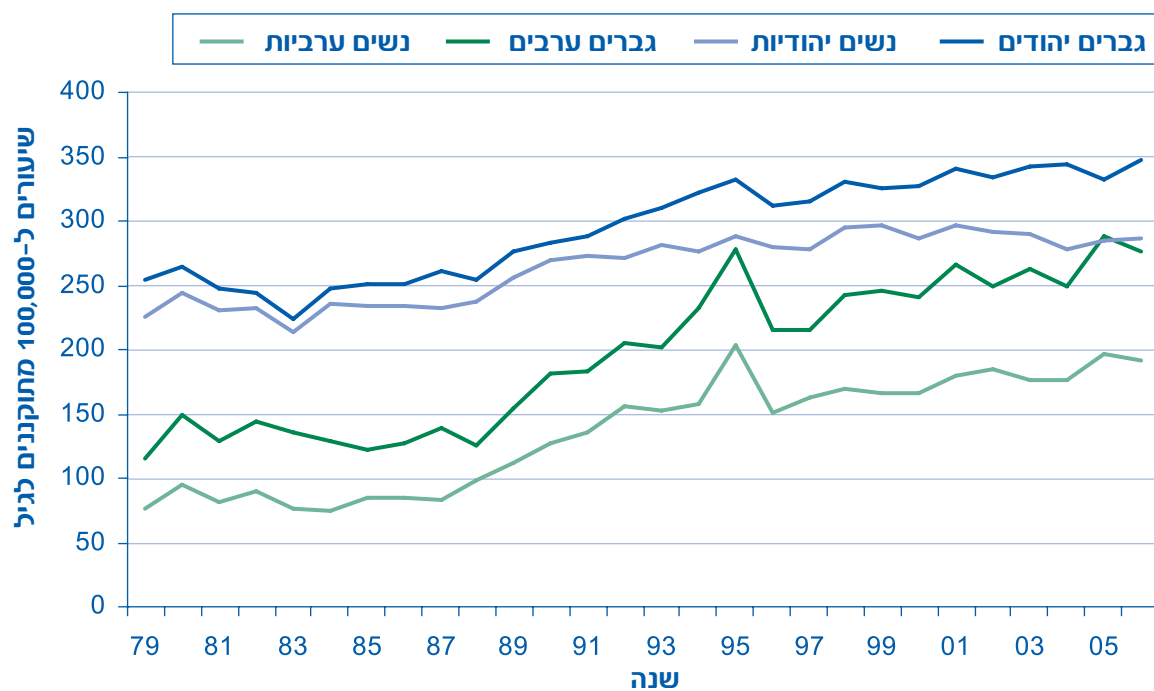
ב-27 השנים שבין 1979-2006, נצפתה מגמת עלייה בהיארעות מחלת הסרטן בכלל האוכלוסייה, ובתתי-האוכלוסיות המרכיבות אותה. באוכלוסייה היהודית, שיעור ההיארעות בגברים עלה ב-36.8% (מ-253.6 ל-346.9 ב-100,000 ב-1979 ל-286.2 ב-100,000 ב-2006) (תרשים 3)⁽²⁾, ובנשים חלה עלייה של 26.9% (מ-225.6 ל-100,000 ב-1979 ל-286.2 ב-100,000 ב-2006) (תרשים 3)⁽²⁾.

באוכלוסייה הערבית, שיעור היארעות הסרטן בקרב ערביות עלה בין השנים 1979-2006 ב-152.7%, מ-75.9 ל-191.8 ל-100,000. כך, השיעור בשנת 2006 היה גבוה פי 2.5 לעומת השיעור בשנת 1979. בגברים, שיעור היארעות הסרטן בשנת 2006 (276.5 ל-100,000) היה גבוה פי 2.4 מהשיעור בשנת 1979 (116.0 ל-100,000), עלייה של 138.4% (תרשים 3)⁽²⁾.

לאורך כל השנים, השיעורים באוכלוסייה היהודית (גברים ונשים) היו גבוהים יותר מהשיעורים שנמצאו באוכלוסייה הערבית (גברים ונשים). בשנת 2005, כתוצאה מקצב העלייה המהיר בהיארעות בערבים, שיעור ההיארעות בגברים ערבים (288.9 ל-100,000) היה גבוה מזה שנמצא בנשים יהודיות באותה שנה (284.1 ל-100,000) (תרשים 3)⁽²⁾. ניתן לצפות כי מגמת עלייה זו תימשך בשנים הבאות, ומשמעותה, רמת תחלואה באוכלוסייה הערבית אשר תתקרב לזו של האוכלוסייה היהודית ואף עלולה לעבור אותה. בשלב הנוכחי, כשמהפך אפשרי זה עדיין לא התרחש ומגמת ההתקדמות ברורה, יש לתכנן, להפעיל וליישם תוכניות מניעה וגילוי מוקדם ייחודיות באוכלוסייה הערבית, בקרב גברים ונשים כאחד.

עם זאת, חשוב לציין, שחלק מהעלייה בהיארעות יכולה להיות מוסברת על ידי אבחון משופר שהתרחש בשנים האחרונות, ויש לבדוק את התרומה של אלמנט זה בעלייה הנצפית בהיארעות.

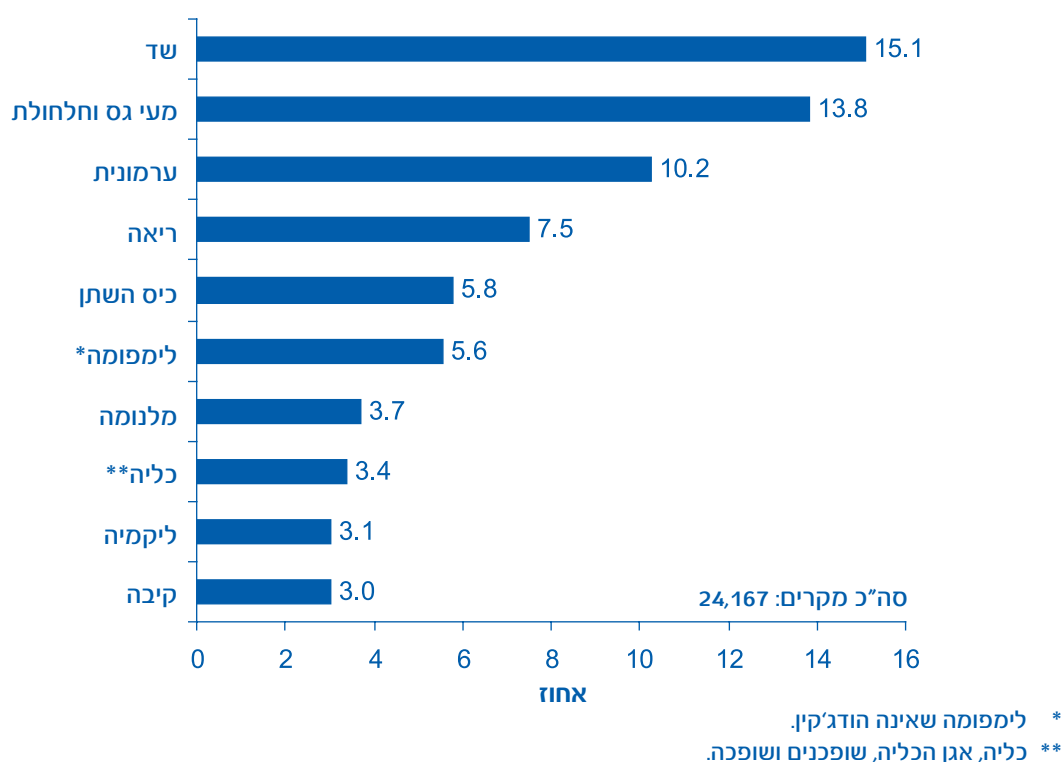
תרשים 3: מגמות בהיארעות סרטן (כלל האתרים), לפי מין וקבוצת אוכלוסייה, 1979-2006⁽²⁾:
שיעורים ל-100,000 מתוקננים לגיל



2.3 אתרי הסרטן השכיחים ביותר בכלל האוכלוסייה

סרטן שד הינו הסרטן השכיח ביותר בכלל האוכלוסייה⁽²⁾. בשנת 2006 ניתן היה לייחס 15.1% מהתחלואה בסרטן, לסרטן השד. במקום השני לאחר סרטן השד נמצא סרטן המעי הגס והחלחולת, לו מיוחסים 13.8% ממקרי התחלואה; ובמקום השלישי נמצא סרטן הערמונית, שתרם בשנה זו 10.2% לכלל התחלואה בסרטן (תרשים 4)⁽²⁾.

תרשים 4: עשרת אתרי הסרטן השכיחים ביותר, 2006⁽²⁾: אחוז מכלל המקרים החדשים



2.4 אתרי הסרטן השכיחים ביותר לפי מין

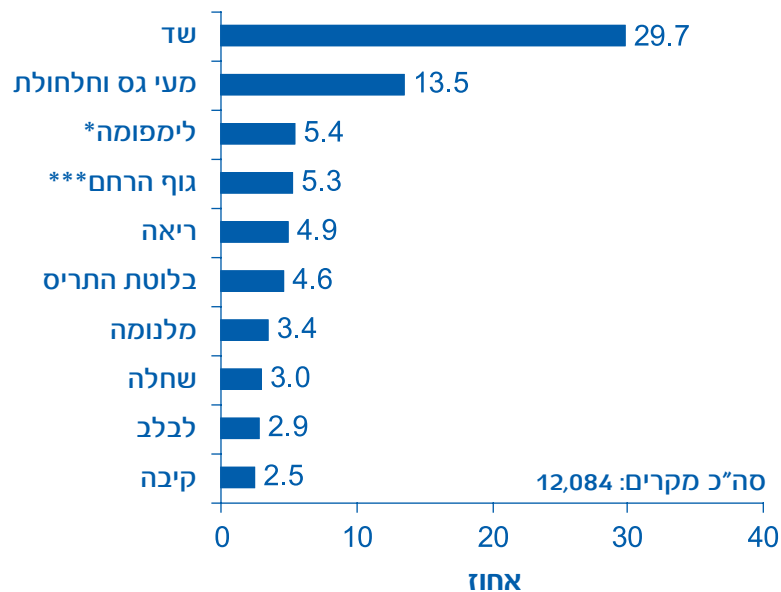
אתרי הסרטן השכיחים ביותר לפי מין מוצגים בתרשים 5⁽²⁾. למעט מחלות הסרטן הספציפיות למין (ערמונית, שד, גוף הרחם ושחלה), הרבה מהמחלות הנפוצות בגברים ונשים הינן זהות: סרטן המעי הגס והחלחולת, סרטן הריאה, לימפומה שאינה הודג'קין, מלנומה, סרטן הקיבה וסרטן הלבלב (תרשים 5)⁽²⁾. בשנת 2006, הסרטן הנפוץ ביותר בקרב גברים היה סרטן הערמונית, לו מיוחסים 20.5% ממקרי התחלואה בסרטן. במקום השני נמצא סרטן המעי הגס והחלחולת, שתרם 14.2% מהתחלואה, ובמקום השלישי, סרטן הריאה, שתרם 10.1% ממקרי הסרטן החדשים בשנת 2006 (תרשים 5)⁽²⁾. בקרב נשים, הסרטן המוביל בתחלואה היה סרטן השד, שבשנת 2006 יוחסו לו 29.7% מכלל המקרים החדשים של סרטן. בדומה לגברים, גם בקרב נשים נמצא סרטן המעי הגס והחלחולת במקום השני, והוא תרם ל-13.5% מהתחלואה. במקום השלישי והרביעי בנשים נמצאים לימפומה שאינה הודג'קין וסרטן גוף הרחם, שגרמו ל-5.4% ו-5.3% ממקרי הסרטן, בהתאמה (תרשים 5)⁽²⁾.

תרשים 5: עשרת אתרי הסרטן השכיחים ביותר לפי מין, 2006⁽²⁾: אחוז מכלל מקרי הסרטן החדשים

גברים



נשים



* לימפומה שאינה הודג'קין.

** כליה, אגן הכליה, שופכנים ושופכה.

*** Uterus unspecified-I Corpus uteri.

2.5 אתרי הסרטן השכיחים ביותר לפי קבוצת אוכלוסייה

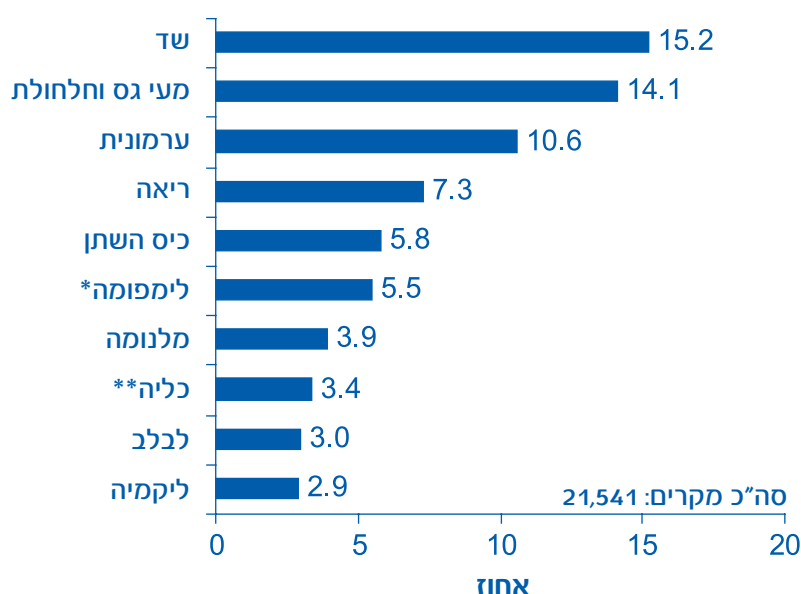
אתרי הסרטן המובילים באוכלוסייה היהודית ובאוכלוסייה הערבית בעיקרם דומים, אך לרוב בעלי התפלגות שונה (תרשים 6)⁽²⁾. גם ביהודים וגם בערבים, שני סוגי הסרטן המובילים הינם סרטן השד וסרטן המעי הגס והחלחולת, שתרמו כ-15.2% ו-14.1% מכלל התחלואה ביהודים, ו-14.0% ו-12.3% מכלל התחלואה בערבים, בהתאמה (תרשים 6)⁽²⁾.

ביהודים, סרטן הערמונית נמצא במקום השלישי, ובשנת 2006 יוחסו לו 10.6% ממקרי התחלואה החדשים. בערבים, לעומת זאת, סרטן הערמונית נמצא במקום השישי, והוא תרם 5.8% מהתחלואה. במקום השלישי נמצא סרטן הריאה, שתרם 10.3% ממקרי הסרטן בערבים. ביהודים, סרטן הריאה נמצא במקום הרביעי, ולו יוחסו 7.3% מהתחלואה (תרשים 6)⁽²⁾.

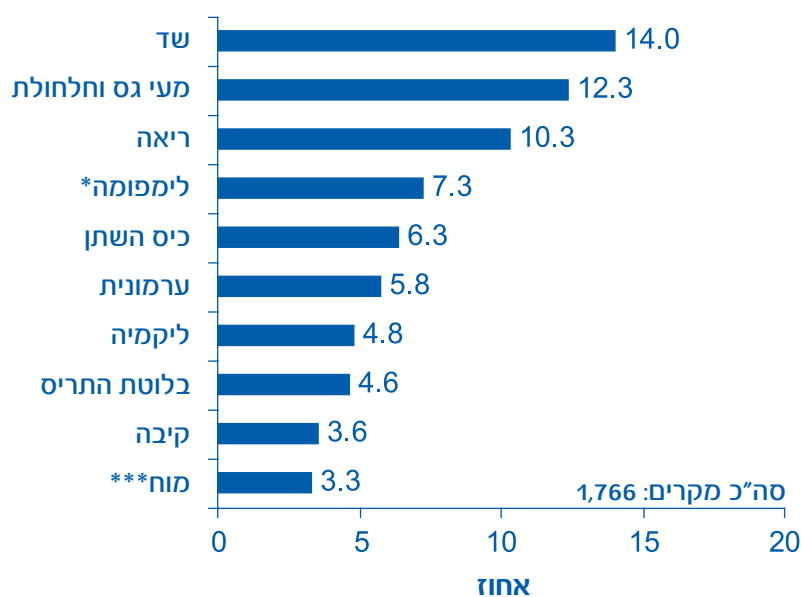
תרשים 6: עשרת אתרי הסרטן השכיחים ביותר לפי קבוצת אוכלוסייה, 2006⁽²⁾: אחוז מכלל המקרים

החדשים

יהודים



ערבים



* לימפומה שאינה הודג'קין.

** כליה, אגן הכליה, שופכנים ושופכה.

*** מוח ומערכת העצבים המרכזית.

2.6 אתרי הסרטן השכיחים ביותר לפי מין וקבוצת אוכלוסייה

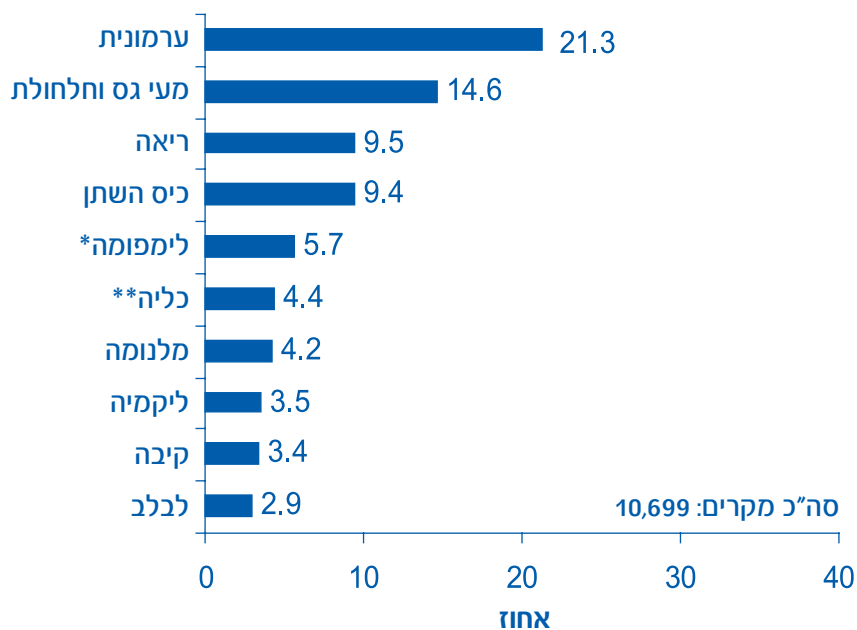
בתרשים 7 מוצגים אתרי הסרטן המובילים בשנת 2006, לפי מין ולפי קבוצת אוכלוסייה: גברים יהודים, נשים יהודיות, גברים ערבים ונשים ערביות. גם בגברים וגם בנשים, אתרי הסרטן המובילים בשתי האוכלוסיות ברובם דומים, אך לרוב בעלי התפלגות שונה (תרשים 7)⁽²⁾.

בגברים יהודים ובגברים ערבים, שלושת אתרי הסרטן המובילים הם סרטן הערמונית, סרטן הריאה, וסרטן המעי הגס והחלחולת. ביהודים, סרטן הערמונית נמצא במקום הראשון, ולו מיוחסים 21.3% מכלל מקרי התחלואה החדשים בשנת 2006. לעומת זאת, באוכלוסייה הערבית, סרטן הערמונית נמצא במקום השלישי ולו מיוחסים 10.8% מכלל התחלואה. במקום הראשון בערבים נמצא סרטן הריאה, שתרם ל-16.4% מהתחלואה. סרטן הריאה בגברים יהודים נמצא במקום השלישי (9.5% מהתחלואה). גם בגברים יהודים וגם בגברים ערבים, סרטן המעי הגס והחלחולת נמצא במקום השני (תרשים 7)⁽²⁾.

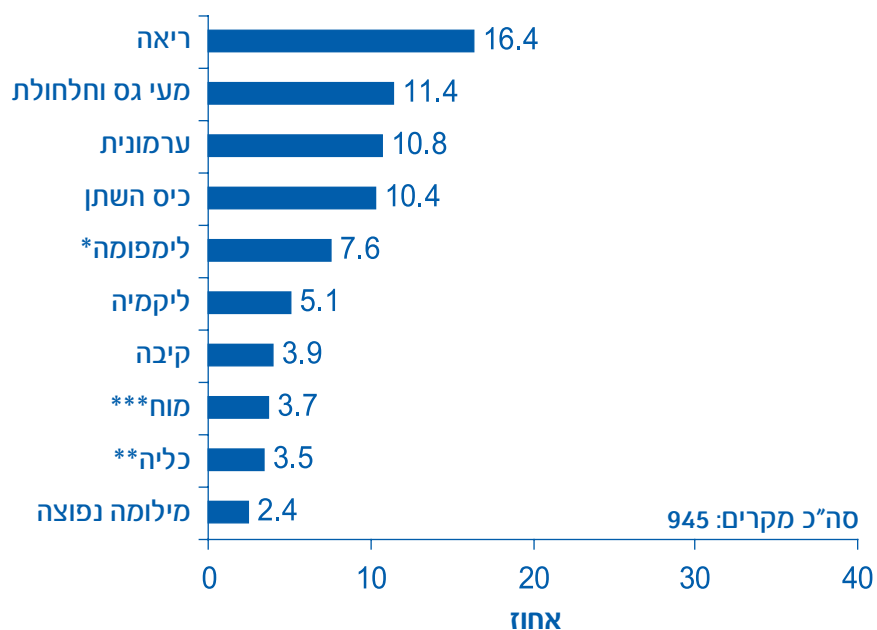
בקרב נשים, יהודיות וערביות כאחד, שתי מחלות הסרטן המובילות הן זהות. במקום הראשון נמצא סרטן השד, שתרם ב-2006 לכ-30% מהתחלואה בשתי קבוצות האוכלוסייה; ובמקום השני נמצא סרטן המעי הגס והחלחולת שתרם ל-13.6% מכלל המקרים החדשים בנשים ערביות (תרשים 7)⁽²⁾. במקום השלישי, בקרב נשים יהודיות, נמצאת לימפומה שאינה הודג'קין. בשנת 2006 תרמה מחלה זו 5.4% מכלל התחלואה בסרטן. בקרב נשים ערביות, לימפומה שאינה הודג'קין תרמה ל-6.8% מהתחלואה, ונמצאה במקום הרביעי מבין עשר מחלות הסרטן השכיחות ביותר. במקום השלישי באוכלוסייה הערבית נמצא סרטן בלוטת התריס, שלו מיוחסים 7.3% מכלל המקרים החדשים. באוכלוסייה היהודית, סרטן בלוטת התריס תרם ל-4.4% מהתחלואה ונמצא במקום השישי (תרשים 7)⁽²⁾. יש לציין כי בשתי קבוצות האוכלוסייה, יהודים וערבים, גם בגברים וגם בנשים, נמצא סרטן המעי הגס והחלחולת במקום השני מכלל מחלות הסרטן הנפוצות ביותר בכל קבוצה.

תרשים 7: עשרת אתרי הסרטן השכיחים ביותר לפי מין וקבוצת אוכלוסייה, 2006⁽²⁾: אחוז מכלל המקרים החדשים

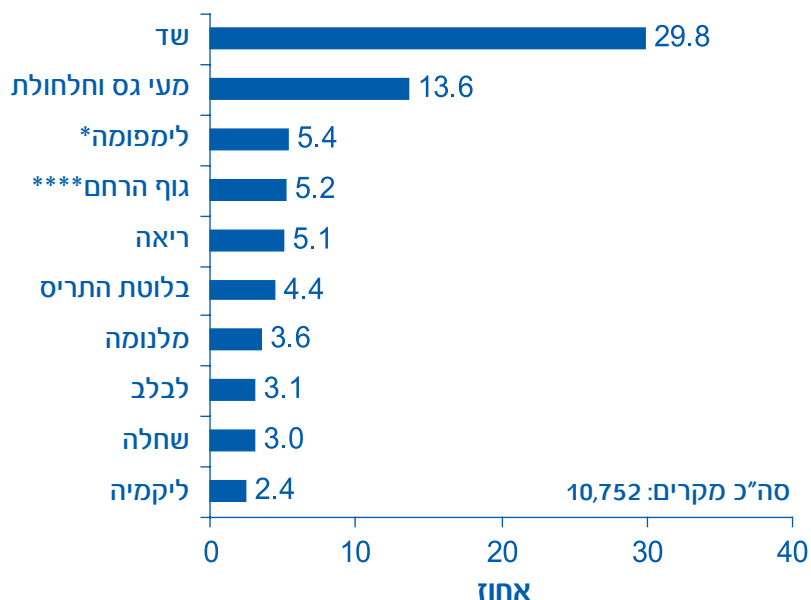
גברים יהודים



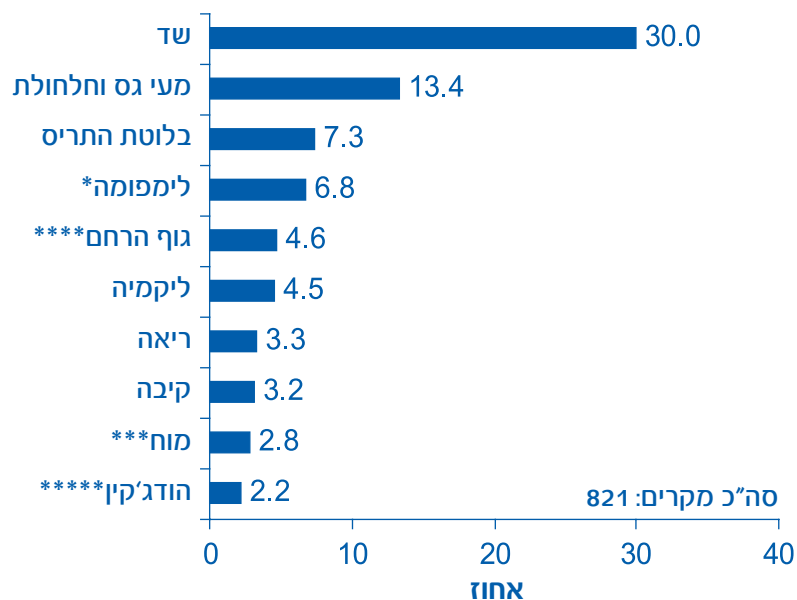
גברים ערבים



נשים יהודיות



נשים ערביות



* לימפומה שאינה הודג'קין.

** כליה, אגן הכליה, שופכנים ושופכה.

*** מוח ומערכת העצבים המרכזית.

**** Uterus unspecified-I Corpus uteri.

***** לימפומת הודג'קין.

2.7 אתרי הסרטן השכיחים ביותר לפי גיל

אתרי הסרטן המובילים בקבוצות הגיל השונות: ילדים ונוער (בני 0-19 שנים), בוגרים (בני 20-44 שנים ובני 45-64 שנים) והאוכלוסייה המבוגרת (65 שנים ומעלה) הינם שונים ובעלי התפלגות שונה⁽²⁾.

בקרב ילדים ונוער בני 0-19 שנים, שלוש מחלות הסרטן המובילות בשנת 2006 היו: ליקמיה (22.4% מכלל התחלואה), סרטן המוח ומערכת העצבים המרכזית (18.0% מהתחלואה) ולימפומת הודג'קין (10.8% מהתחלואה). בקרב בני 20-44 שנים, שלוש מחלות הסרטן המובילות היו סרטן השד (22.2% מהתחלואה), סרטן בלוטת התריס (11.9% מהתחלואה) ולימפומה שאינה הודג'קין (8.9% מהתחלואה). בבני 45-64 שנים, האתרים המובילים היו: סרטן השד (21.9% מהתחלואה), סרטן המעי הגס והחלחולת (11.6% מהתחלואה) וסרטן הערמונית (8.6% מהתחלואה) (תרשים 8)⁽²⁾.

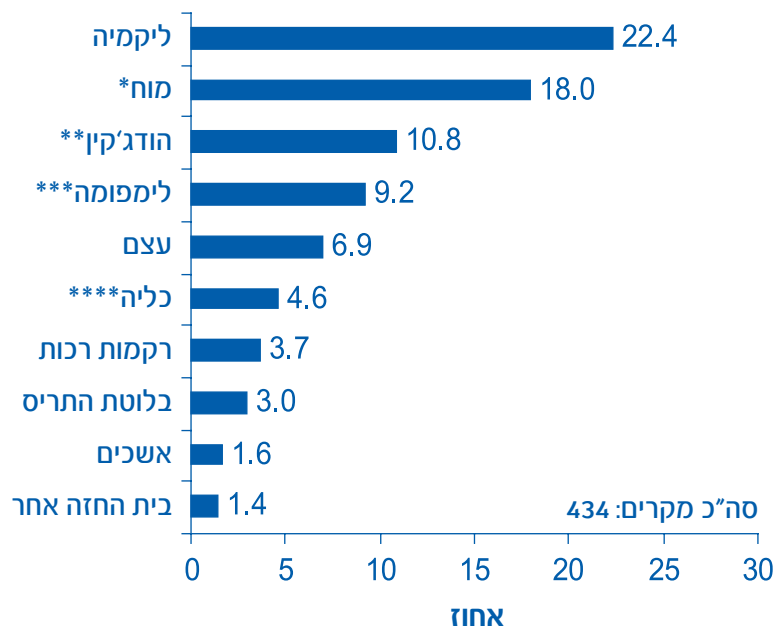
באוכלוסייה המבוגרת, בני 65 שנים ומעלה, שלוש מחלות הסרטן המובילות בשנת 2006 היו זהות למחלות הסרטן השכיחות בקבוצת הגיל הצעירה יותר, בני 45-65 שנים, אך בהתפלגות שונה: במקום הראשון נמצא סרטן המעי הגס והחלחולת (16.9% מהתחלואה), לאחריו סרטן הערמונית (13.1% מהתחלואה) ובמקום השלישי, סרטן השד (10.4% מהתחלואה) (תרשים 8)⁽²⁾.

בכל אחת מקבוצות הגיל נמצאו מחלות סרטן ייחודיות שלא הופיעו בעשרת האתרים המובילים בקבוצות הגיל האחרות. בבני 0-19 שנים, סרטן העצם, סרטן רקמות רכות, וסרטן בית החזה אחר (6.9%, 3.7%, ו-1.4% מהתחלואה, בהתאמה) נמצאו בין האתרים השכיחים ביותר ולא הופיעו בשכיחות גבוהה באף אחת מקבוצות הגיל האחרות. בבני 20-44 שנים, מלנומה, שנמצאה במקום הרביעי (7.9% מהתחלואה), וסרטן צוואר הרחם, שנמצא במקום התשיעי (3.4% מהתחלואה), לא הופיעו בעשרת האתרים הנפוצים ביותר בקבוצות הגיל האחרות. בבני 45-64 שנים, סרטן גוף הרחם (3.5% מהתחלואה) נמצא במקום העשירי. סרטן זה לא נכלל בעשר מחלות הסרטן השכיחות ביותר בשאר קבוצות הגיל. בבני 65 שנים ומעלה, סרטן הלבלב, שתרם ל-3.8% מהתחלואה, וסרטן הקיבה, שתרם ל-3.6% מהתחלואה, לא נמצאו בין האתרים הנפוצים ביותר בקבוצות הגיל האחרות (תרשים 8)⁽²⁾.

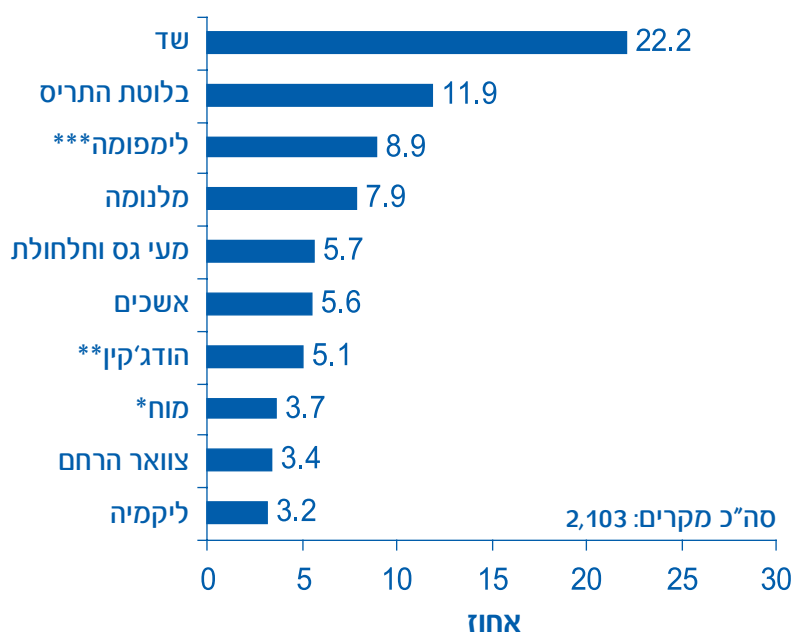
מחלת הסרטן היחידה שהופיעה בכל ארבע קבוצות הגיל היא לימפומה שאינה הודג'קין. בבני 0-19 שנים מחלה זו נמצאה במקום הרביעי ותרמה ל-9.2% מהתחלואה; בבני 20-44 שנים מחלה זו נמצאה במקום השלישי ותרמה ל-8.9% מהתחלואה; בבני 45-64 שנים נמצאה המחלה במקום החמישי ותרמה ל-5.5% מהתחלואה; ובבני 65 שנים ומעלה, לימפומה שאינה הודג'קין נמצאה במקום השישי ותרמה ל-5.0% מהתחלואה (תרשים 8)⁽²⁾.

תרשים 8: עשרת אתרי הסרטן השכיחים ביותר לפי גיל, 2006⁽²⁾: אחוז מכלל המקרים החדשים

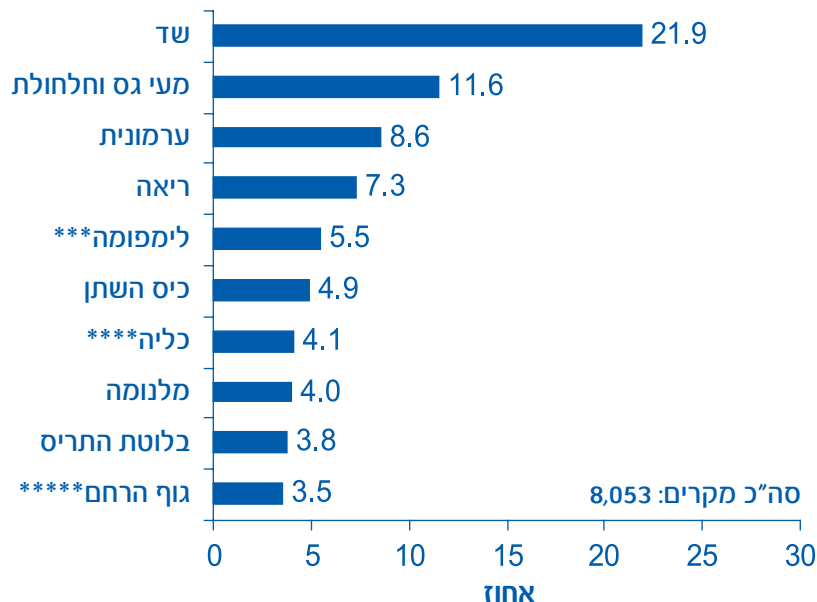
בני 0-19 שנים



בני 20-44 שנים



בני 45-64 שנים



בני 65 שנים ומעלה



* מוח ומערכת העצבים המרכזית.

** לימפומת הודג'קין.

*** לימפומה שאינה הודג'קין.

**** כליה, אגן הכליה, שופכנים ושופכה.

***** Uterus unspecified-I Corpus uteri.

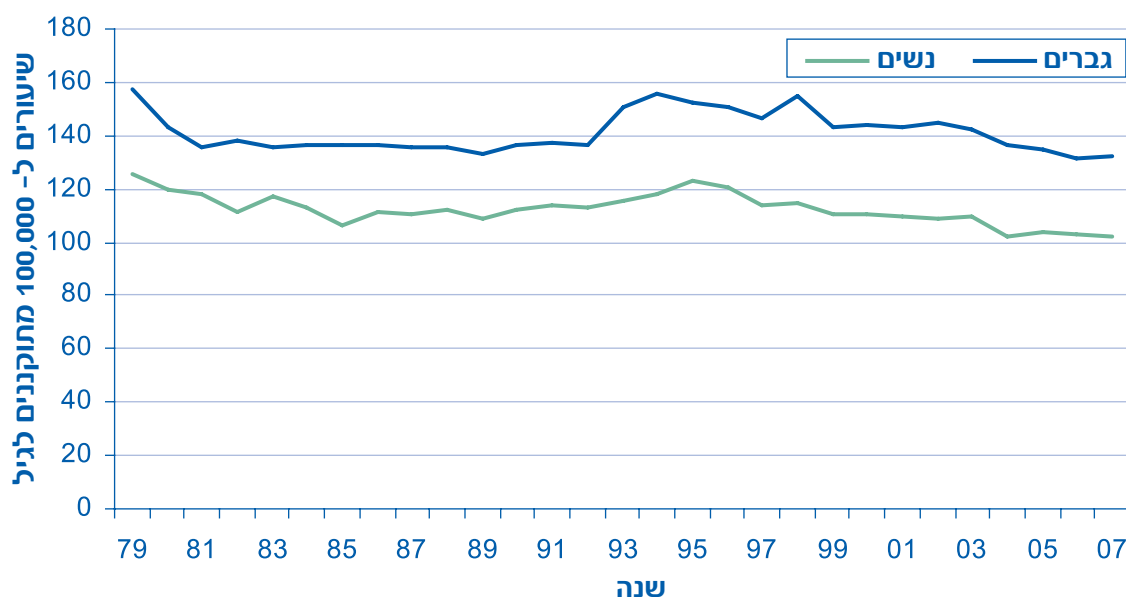
3. תמותה מסרטן

3.1 מגמות בתמותה מסרטן

3.1.1 מגמות בתמותה מסרטן לפי מין

התמותה מסרטן נמצאת במגמת ירידה⁽¹⁾. בתרשים 9 מוצגות מגמות בתמותה מסרטן (כלל האתרים) בכלל אוכלוסיית ישראל, לפי מין. שיעורי התמותה מסרטן גבוהים יותר בקרב גברים מאשר בקרב נשים, כאשר בשני המינים התמותה מסרטן נמצאת במגמת ירידה מתונה: בגברים, שיעור התמותה מסרטן ירד ב-15.9%, מ-157.7 ל-100,000 בשנת 1979 ל-132.6 ל-100,000 בשנת 2007. בנשים, נצפתה ירידה של 18.8%, מ-125.2 ל-100,000 בשנת 1979, ל-101.7 ל-100,000 בשנת 2007 (תרשים 9)⁽¹⁾.

תרשים 9: מגמות בתמותה מסרטן (כלל האתרים), לפי מין, 1979-2007⁽¹⁾: שיעורים ל-100,000 מתוקננים לגיל

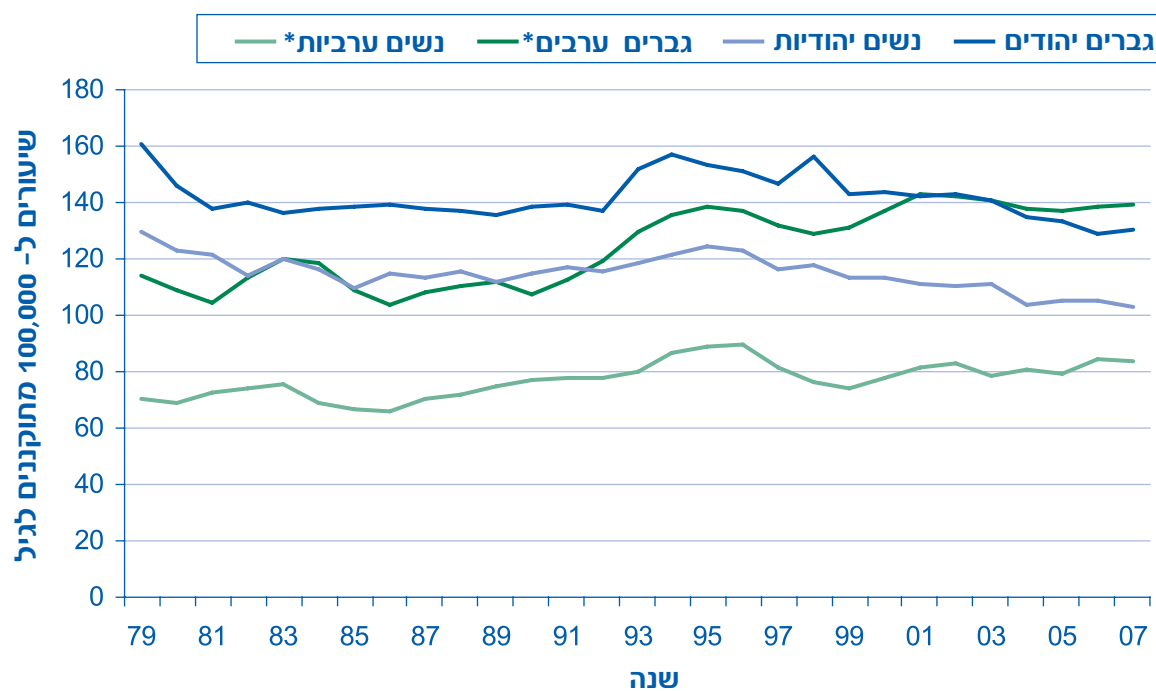


3.1.2 מגמות בתמותה מסרטן לפי מין וקבוצת אוכלוסייה

בעוד שהתמותה מסרטן (כלל האתרים) בקרב האוכלוסייה היהודית (גברים ונשים כאחד) נמצאת במגמת ירידה, באוכלוסייה הערבית נצפתה מגמה של עלייה בשיעורי התמותה מסרטן ב-28 השנים האחרונות⁽¹⁾. גם בקרב ערבים וגם בקרב יהודים, שיעורי התמותה מסרטן היו גבוהים יותר בגברים מאשר בנשים. בשנת 1979, שיעור התמותה מסרטן בגברים יהודים עמד על 160.4 ל-100,000. בנשים יהודיות, באותה שנה נצפה שיעור 129.8 ל-100,000, הנמוך ב-19.1% לעומת זה שנמצא בגברים. בין השנים 1979-2007, שיעור התמותה בקרב גברים יהודים ירד ב-18.8%, מ-160.4 ל-130.3 ל-100,000 ב-2007. בנשים נצפתה ירידה של 20.7%, מ-129.8 ל-102.9 ל-100,000 ב-2007 (ערך הנמוך ב-21.0% מהשיעור בגברים באותה שנה) (תרשים 10)⁽¹⁾.

באוכלוסייה הערבית, שיעורי התמותה עלו עם השנים. בשנת 1979, שיעור התמותה מסרטן בגברים ערבים היה 124.7 ל-100,000; בין 1979-2007 עלה שיעור התמותה בגברים ערבים ב-12.9%, לערך של 140.8 ל-100,000. בנשים ערביות נצפתה עלייה גדולה יותר, של 33.4%, לערך של 89.4 ל-100,000 (תרשים 10)⁽¹⁾. שיעורי התמותה ממחלת הסרטן בקרב גברים ערבים במהלך שנות ה-80 היו דומים לשיעורים שנצפו בקרב נשים יהודיות, כאשר בשנת 1992 שיעור התמותה בגברים ערבים (122.6 ל-100,000) עלה על השיעור שנמצא בנשים יהודיות באותה שנה (115.8 ל-100,000). המגמה נשמרה במהלך שנות ה-90, כשהפער בין שתי אוכלוסיות אלו הולך וגדל. בתחילת שנות ה-2000, שיעורי התמותה בגברים ערבים היו דומים לשיעורים שנצפו בגברים יהודים, ובשנת 2004, שיעור התמותה בערבים (138.0 ל-100,000) היה גבוה יותר מהשיעור ביהודים (130.3 ל-100,000). משנה זו ואילך, שיעורי התמותה ממחלת הסרטן בגברים ערבים היו הגבוהים ביותר בהשוואה לכל שאר קבוצות האוכלוסייה (תרשים 10)⁽¹⁾.

תרשים 10: מגמות בתמותה מסרטן (כלל האתרים), לפי מין וקבוצת אוכלוסייה, 1979-2007⁽¹⁾:
שיעורים ל-100,000 מתוקננים לגיל

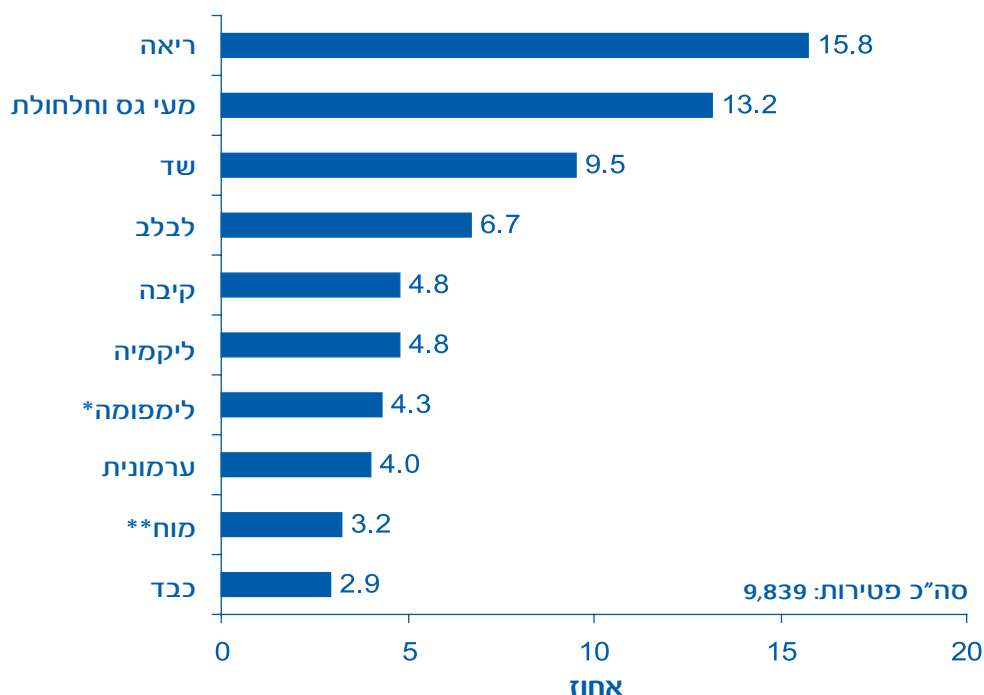


* ממוצע נע לשלוש שנים.

3.2 תמותה מסרטן לפי אתר המחלה

מחלת הסרטן המובילה בתמותה היא סרטן הריאה⁽¹⁾. בשנת 2007 ניתן היה לייחס 15.8% מכלל מקרי המוות כתוצאה מסרטן, לסרטן הריאה. במקום השני לאחר סרטן הריאה נמצא סרטן המעי הגס והחלחולת (13.2% מכלל התמותה מסרטן); במקום השלישי נמצא סרטן השד, שתרם בשנה זו 9.5% מכלל הפטירות מסרטן (תרשים 11)⁽¹⁾.

תרשים 11: תמותה מסרטן: עשרת האתרים המובילים בתמותה, 2007⁽¹⁾: אחוז מכלל הפטירות מסרטן



* לימפומה שאינה הודג'קין.

** מוח ומערכת העצבים המרכזית.

3.3 תמותה מסרטן לפי אתר המחלה ולפי מין

התמותה ממחלות הסרטן המובילות לפי מין מוצגת בתרשים 12⁽¹⁾.

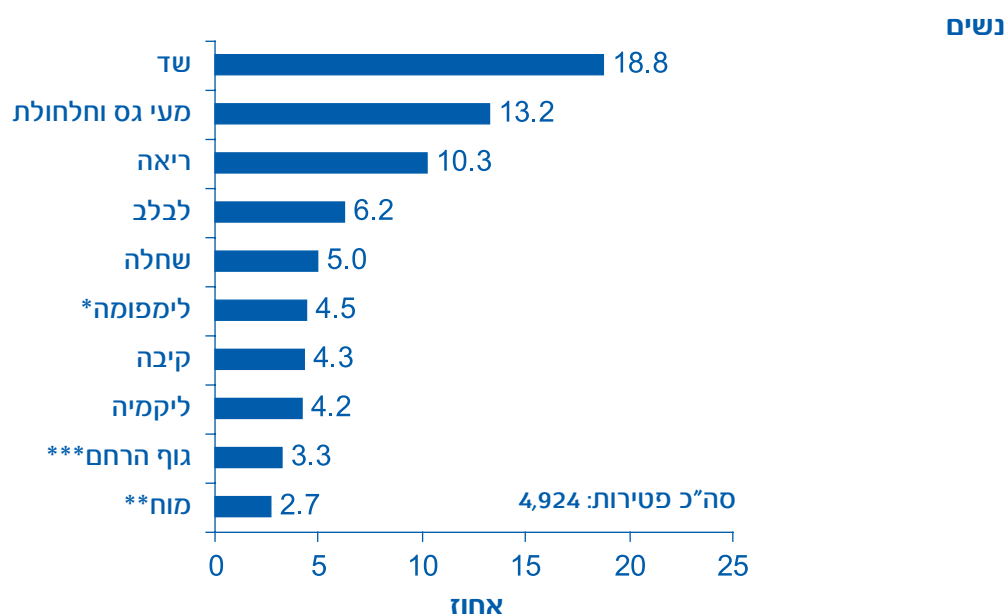
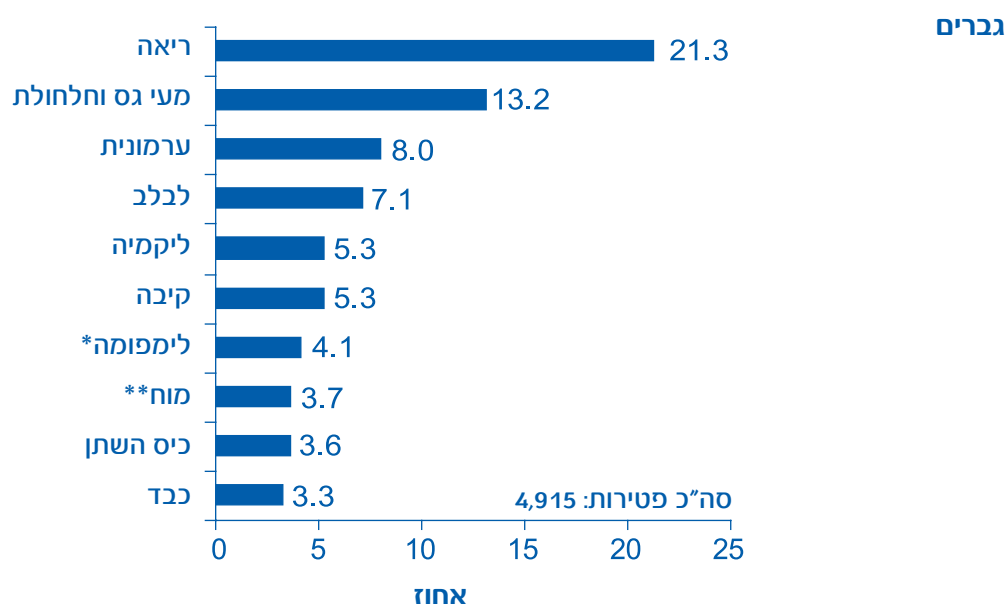
3.3.1 תמותה מסרטן לפי אתר המחלה בגברים

בשנת 2007, מחלת הסרטן שתרמה לתמותה יותר מכל מחלת סרטן אחרת בקרב גברים הייתה סרטן הריאה, שגרם ל-21.3% ממקרי המוות מסרטן. סיבת המוות השנייה בשכיחות הייתה סרטן המעי הגס והחלחולת, שתרם ל-13.2% מהתמותה מסרטן. במקום השלישי נמצא סרטן הערמונית, שתרם ל-8% מהתמותה מסרטן בשנת 2007.

3.3.2 תמותה מסרטן לפי אתר המחלה בנשים

בקרב נשים, הסרטן המוביל בתמותה היה סרטן שד, שבשנת 2007 יוחסו לו 18.8% מכלל מקרי המוות מסרטן. בדומה לגברים, גם בקרב נשים סרטן המעי הגס והחלחולת נמצא במקום השני, והוא תרם ל-13.2% מהתמותה. במקום השלישי נמצא סרטן הריאה, שגרם ל-10.3% מהפטירות מסרטן (תרשים 12⁽¹⁾). למעט מחלות סרטן הקשורות למין (סרטן הערמונית, סרטן שד, סרטן השחלה, וסרטן גוף הרחם), התמותה ממחלות הסרטן בקרב גברים ובקרב נשים דומה בעיקרה אך עם התפלגות שונה. סרטן כיס השתן שנמצא במקום התשיעי בגברים (3.6% מהפטירות), נמצא בנשים במקום ה-16 (1.3% מהפטירות), וסרטן הכבד שגרם בשנת 2007 ל-3.3% מהתמותה מסרטן בגברים (מקום עשירי בין האתרים השכיחים ביותר), נמצא בנשים במקום ה-11 וגרם ל-2.6% מהתמותה בשנה זו (נתונים לא מוצגים)⁽¹⁾.

תרשים 12: תמותה מסרטן: עשרת האתרים המובילים בתמותה לפי מין, 2007⁽¹⁾: אחוז מכלל הפטירות ממחלות הסרטן



* לימפומה שאינה הודג'קין.

** מוח ומערכת העצבים המרכזית.

*** Uterus unspecified-I Corpus uteri.

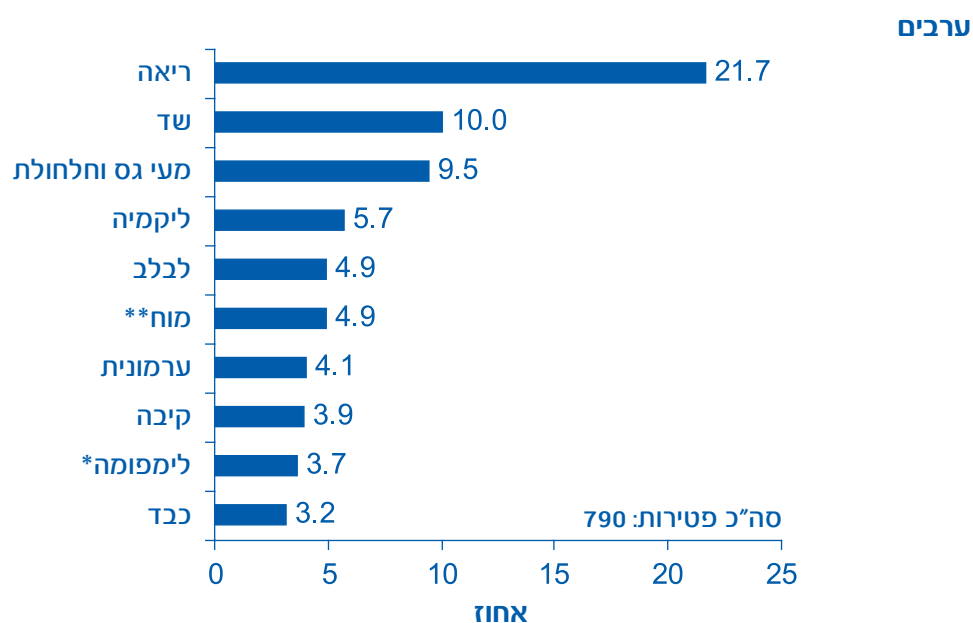
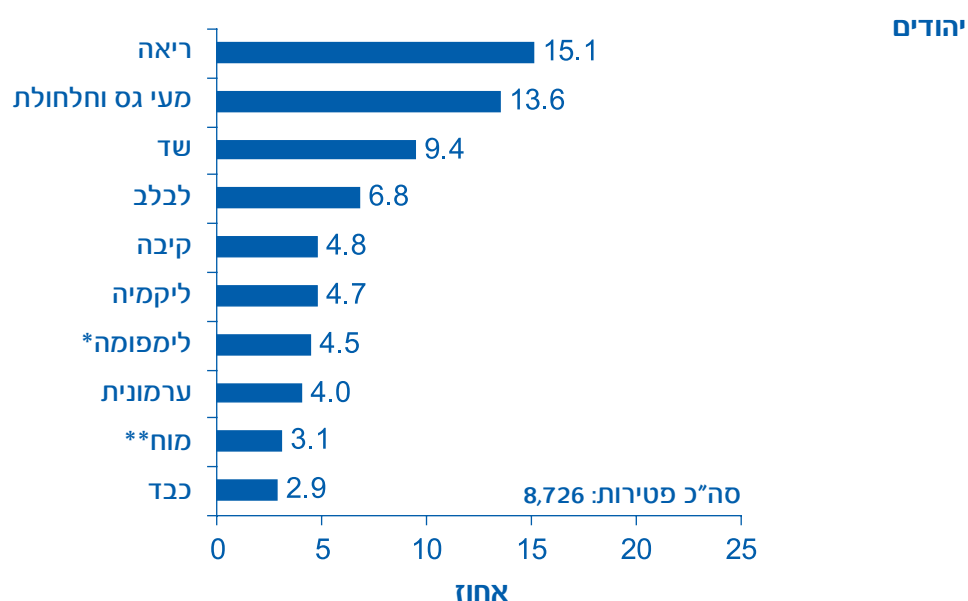
3.4 תמותה מסרטן לפי אתר המחלה ולפי קבוצת אוכלוסייה

מחלות הסרטן המובילות בתמותה באוכלוסייה היהודית ובאוכלוסייה הערבית זהות, אך לרוב בעלות התפלגות שונה (תרשים 13)⁽¹⁾. גם בקרב יהודים וגם בקרב ערבים, מחלת הסרטן המובילה בתמותה היא סרטן הריאה, שגרם ל-15.1% מהתמותה ביהודים, ול-21.7% מהתמותה בערבים (תרשים 13)⁽¹⁾.

ביהודים, סרטן המעי הגס והחלחולת נמצא במקום השני, ובשנת 2007 יוחסו לו 13.6% ממקרי המוות כתוצאה מסרטן. בערבים, סרטן המעי הגס והחלחולת נמצא במקום השלישי, וגרם ל-9.5% מכלל תמותה ממחלות ממאירות. במקום השלישי ביהודים נמצא סרטן השד, שגרם ל-9.4% מהפטירות מסרטן. בערבים, סרטן השד נמצא במקום השני, ולו יוחסו 10.0% ממקרי המוות מסרטן (תרשים 13)⁽¹⁾.

תרשים 13: תמותה מסרטן: עשרת האתרים המובילים בתמותה לפי קבוצת אוכלוסייה, 2007⁽¹⁾:

אחוז מכלל הפטירות מסרטן



* לימפומה שאינה הודג'קין.

** מוח ומערכת העצבים המרכזית.

3.5 תמותה מסרטן לפי אתר המחלה, מין וקבוצת אוכלוסייה

בטרשים 14 מוצגות מחלות הסרטן העיקריות שגרמו לתמותה בשנת 2007, לפי מין ולפי קבוצת אוכלוסייה. גם בקרב גברים וגם בקרב נשים, סוגי הסרטן המובילים בשתי האוכלוסיות זהים, אך לרוב בעלי התפלגות שונה (טרשים 14)⁽¹⁾. בגברים יהודים ובגברים ערבים, שלושת אתרי הסרטן העיקריים שגרמו לתמותה הם סרטן הריאה, סרטן המעי הגס והחלחולת וסרטן הערמונית. בולט באופן מיוחד בקרב גברים ערבים נטל התמותה מסרטן הריאה, שבשנת 2007 גרם לקרוב לשליש מהתמותה (31.5%). גם ביהודים מהווה סרטן הריאה את הסיבה העיקרית לתמותה מסרטן (19.9% מכלל הפטירות) (טרשים 14)⁽¹⁾. בקרב נשים, יהודיות וערביות כאחד, שלוש מחלות הסרטן המובילות בתמותה, זהות. במקום הראשון נמצא סרטן השד, שגרם ב-2006 ל-18.5% ו-22.7% מהתמותה מסרטן ביהודיות וערביות, בהתאמה; במקום השני נמצא סרטן המעי הגס והחלחולת שגרם ל-13.4% מכלל מקרי המוות בנשים יהודיות, ול-11.7% מכלל התמותה בנשים ערביות; ובמקום השלישי נמצא סרטן הריאה, שלו מיוחסות 10.5% מהפטירות ביהודיות, ו-8.8% מהפטירות בערביות (טרשים 14)⁽¹⁾. בשתי האוכלוסיות, גם בגברים וגם בנשים, נמצא סרטן המעי הגס והחלחולת במקום השני בתמותה מכלל מחלות הסרטן.

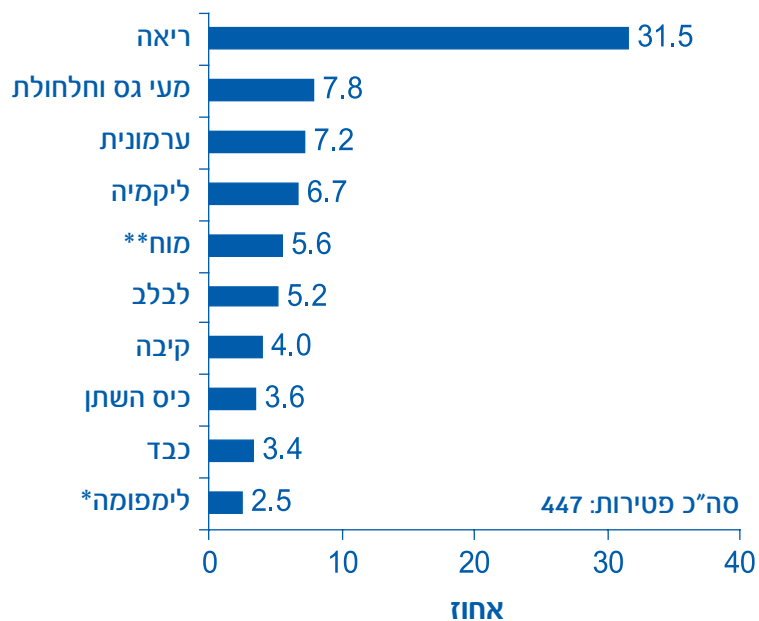
תרשים 14: תמותה מסרטן: עשרת האתרים המובילים בתמותה לפי מין וקבוצת אוכלוסייה, 2007⁽¹⁾:

אחוז מכלל הפטירות ממחלות הסרטן

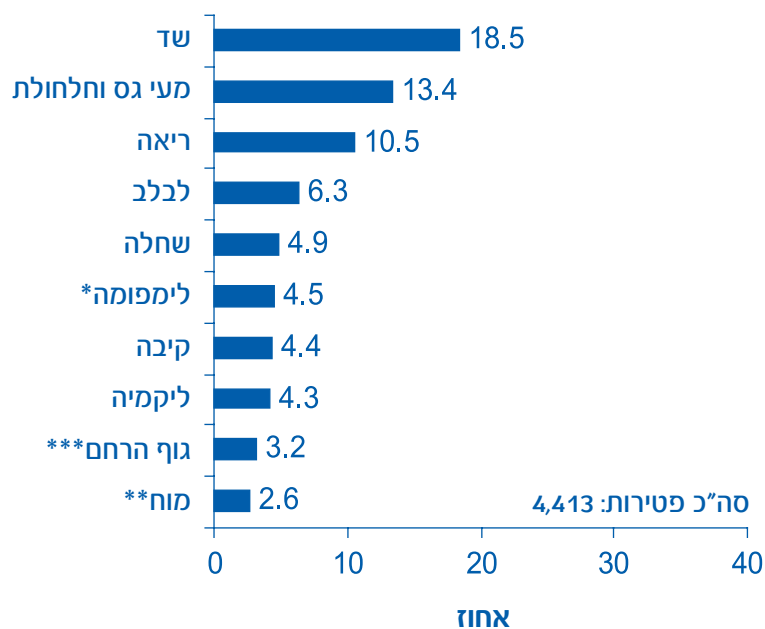
גברים יהודים



גברים ערבים



נשים יהודיות



נשים ערביות



* לימפומה שאינה הודג'קין.

** מוח ומערכת העצבים המרכזית.

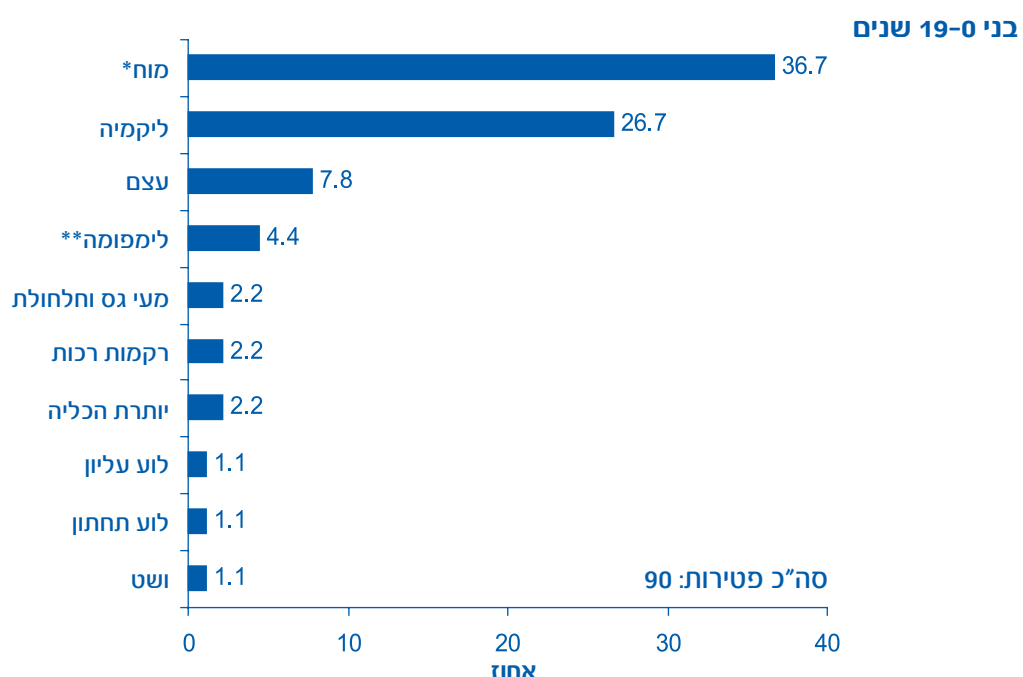
*** Uterus unspecified-I Corpus uteri.

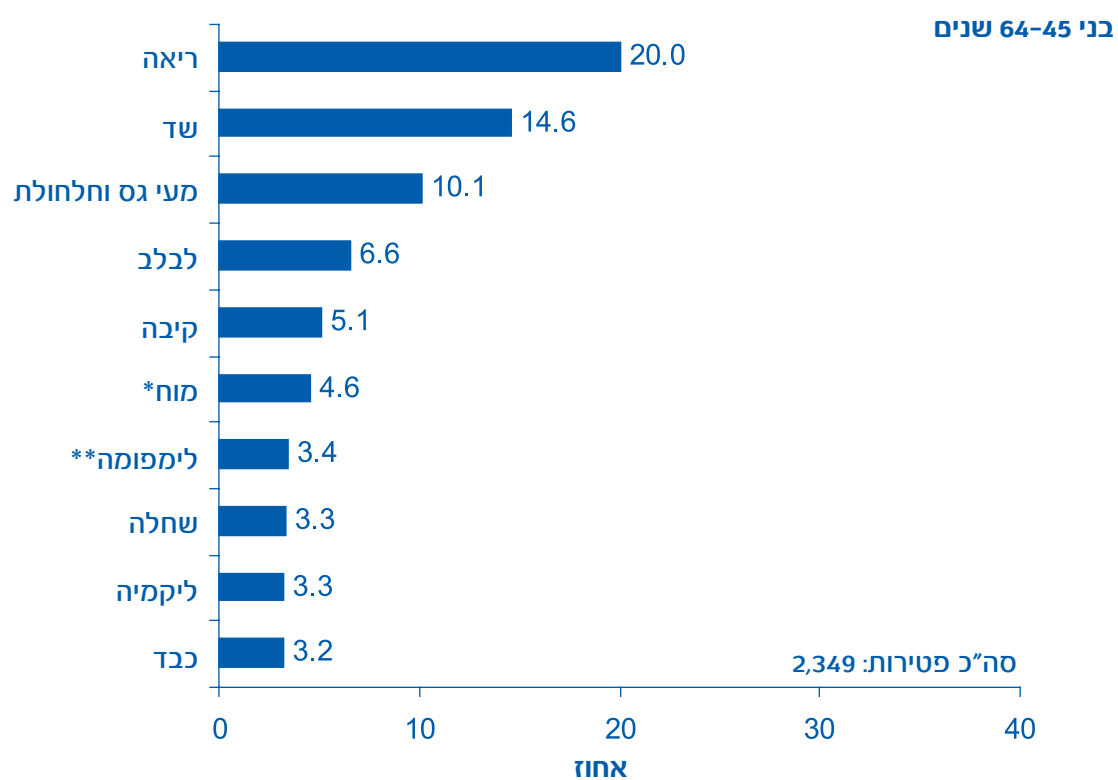
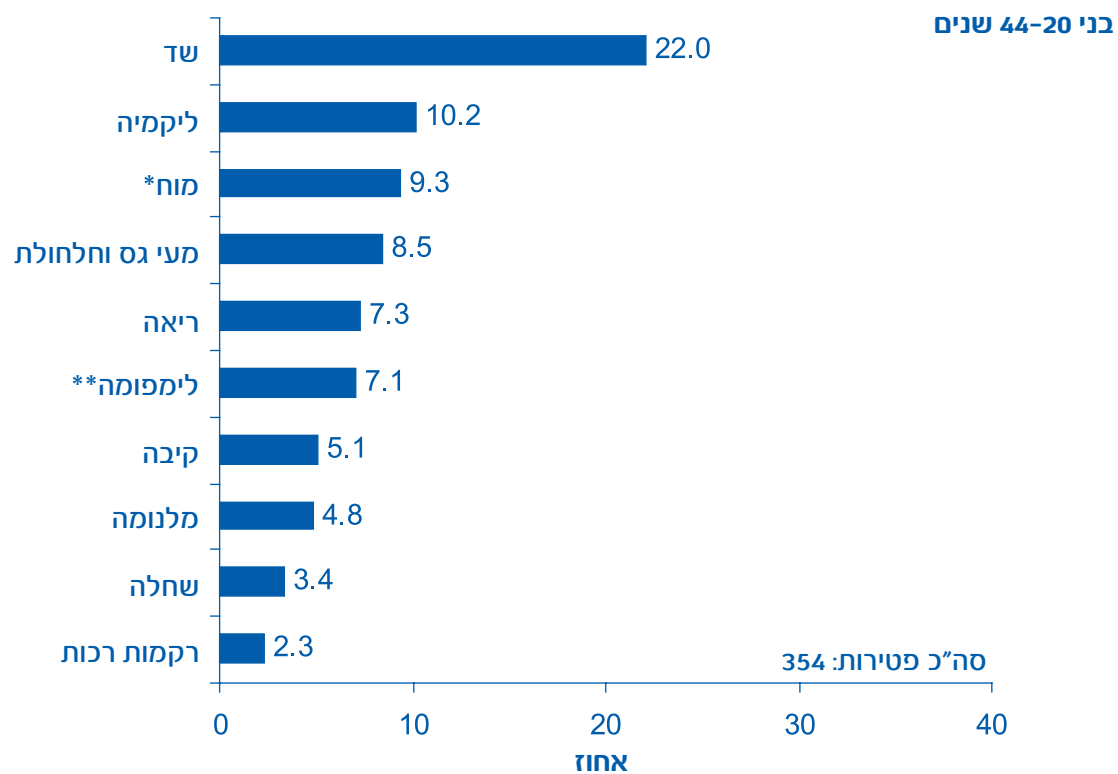
3.6 תמותה מסרטן לפי אתר המחלה וגיל

מחלות הסרטן שהובילו בתמותה בקבוצות הגיל השונות הן בעלות התפלגות שונה⁽¹⁾. בקרב ילדים ונוער בני 0-19 שנים, שלוש מחלות הסרטן שהובילו בתמותה בשנת 2007 היו: סרטן המוח ומערכת העצבים המרכזית (36.7% מכלל התמותה), ליקמיה (26.7% מהתמותה) וסרטן העצם (7.8% מהתמותה). בקרב בוגרים בני 20-44 שנים, שלוש מחלות הסרטן שהובילו בתמותה היו סרטן השד (22.0% מהתמותה), ליקמיה (10.2% מהתמותה) וסרטן המוח ומערכת העצבים המרכזית (9.3% מהתמותה). בבני 45-64 שנים, עיקר התמותה מסרטן נגרמה ממחלות הסרטן הבאות: ריאה (20.0% מהתמותה), סרטן השד (14.6% מהתמותה) וסרטן המעי הגס והחלחולת (10.1% מהתמותה). באוכלוסייה המבוגרת, בני 65 שנים ומעלה, שלוש מחלות הסרטן שהובילו בתמותה בשנת 2007 היו זהות לאלו שנמצאו בקבוצת הגיל הצעירה יותר (45-65 שנים), אך בהתפלגות שונה: במקום הראשון נמצא סרטן הריאה שגרם ל-15.0% מהתמותה, לאחריו סרטן המעי הגס והחלחולת (14.6% מהתמותה) ובמקום השלישי סרטן השד (7.3% מהתמותה) (תרשים 15)⁽¹⁾.

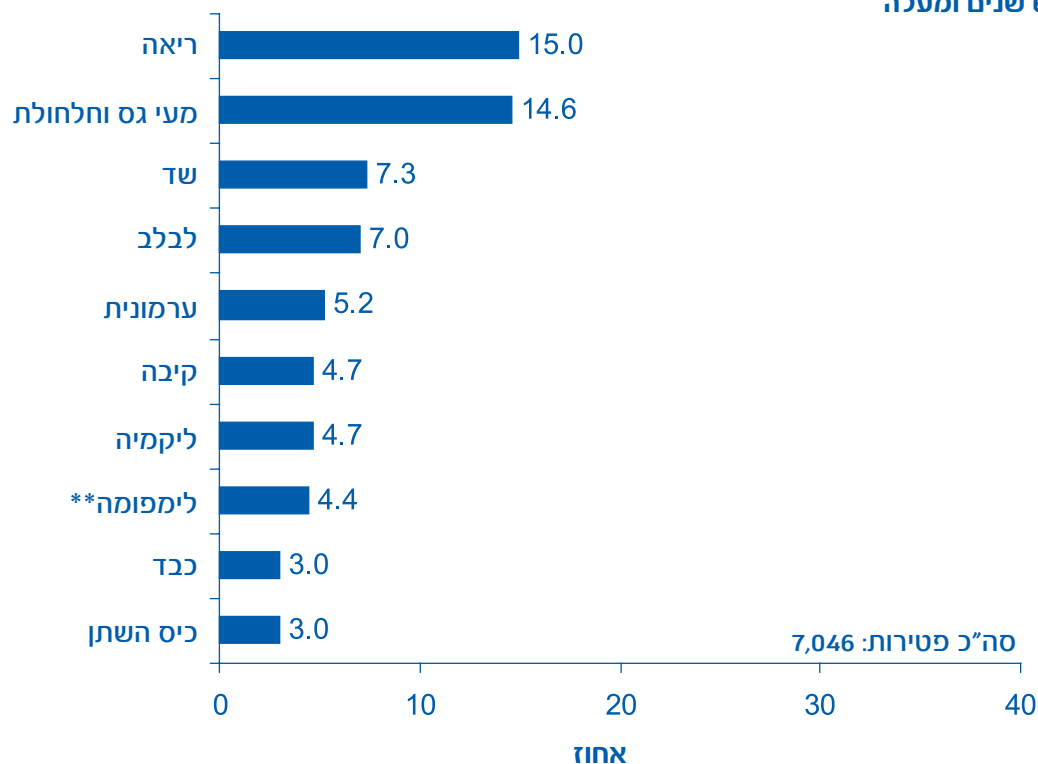
שתי מחלות הסרטן היחידות שהופיעו בכל ארבע קבוצות הגיל הינן סרטן המעי הגס והחלחולת, ולימפומה שאינה הודג'קין. בסרטן המעי הגס והחלחולת נצפתה מגמת עלייה בתרומה היחסית לתמותה עם העלייה בגיל: 2.2% מכלל התמותה בבני 0-19 שנים, 8.5% מכלל התמותה בבני 20-44 שנים; 10.1% מהתמותה בבני 45-64 שנים; ו-14.6% מהתמותה בבני 65 שנים ומעלה (תרשים 15)⁽¹⁾. לעומת זאת, בלימפומה שאינה הודג'קין לא נצפתה מגמה ברורה של שינוי התרומה היחסית לתמותה בין קבוצות הגיל השונות. התרומה היחסית הגדולה ביותר לתמותה מלימפומה שאינה הודג'קין הייתה בבני 20-44 שנים: 7.1% (תרשים 15)⁽¹⁾.

תרשים 15: תמותה מסרטן: עשרת האתרים השכיחים ביותר לפי גיל, 2007⁽¹⁾: אחוז מכלל הפטירות ממחלות הסרטן





בני 65 שנים ומעלה



* מוח ומערכת העצבים המרכזית.

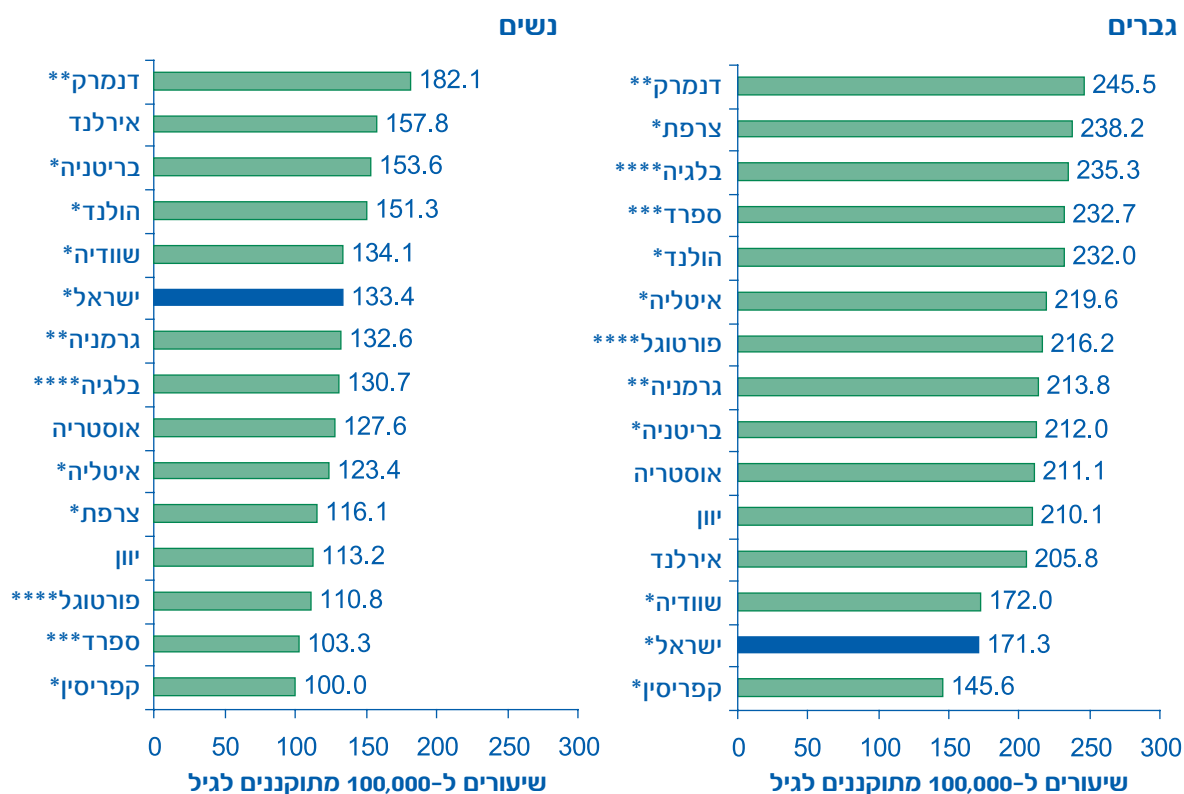
** לימפומה שאינה הודג'קין.

3.7 השוואה בין-לאומית

בטרשים 16 מוצגים שיעורי תמותה מסרטן (כלל האתרים) בכלל האוכלוסייה, לפי מין ובתקנון לגיל, בישראל וב-15 מדינות נבחרות מהאיחוד האירופי⁽⁴⁾. בהשוואת התמותה מסרטן בישראל ובמדינות אירופה, ניתן לראות כי גברים בישראל ממוקמים במקום נמוך יחסית ונשים בישראל ממוקמות במקום גבוה יחסית⁽⁴⁾. בגברים, במקום הראשון נמצאת דנמרק עם שיעור של 245.5 פטירות ל-100,000, ולאחריה נמצאות צרפת ובלגיה (238.2 ו-235.3 פטירות ל-100,000, בהתאמה). גברים בישראל נמצאים במקום ה-14 עם שיעור תמותה של 171.3 ל-100,000 (טרשים 16)⁽⁴⁾. דנמרק נמצאת במקום הראשון גם בנשים, עם שיעור תמותה של 182.1 ל-100,000, ולאחריה נמצאות אירלנד ובריטניה (157.8 ו-153.6 פטירות ל-100,000, בהתאמה). נשים בישראל נמצאות במקום ה-6, עם שיעור תמותה של 133.4 ל-100,000 (טרשים 16)⁽⁴⁾.

תרשים 16: תמותה מסרטן (כלל האתרים) בישראל ובמדינות נבחרות באיחוד האירופי, 2008⁽⁴⁾:

שיעורים ל-100,000 מתוקננים* לגיל



שיעורים מתוקננים לאוכלוסיית אירופה.

* נתונים משנת 2007, השנה העדכנית ביותר בה היו נתונים עבור מדינה זו.

** נתונים משנת 2006, השנה העדכנית ביותר בה היו נתונים עבור מדינה זו.

*** נתונים משנת 2005, השנה העדכנית ביותר בה היו נתונים עבור מדינה זו.

**** נתונים משנת 2004, השנה העדכנית ביותר בה היו נתונים עבור מדינה זו.

4. תחלואה ותמותה ממחלות סרטן נבחרות

בחלק זה יוצגו נתונים על ארבע מחלות הסרטן עם ההיארעות הגבוהה ביותר בכלל האוכלוסייה: סרטן השד, סרטן המעי הגס והחלחולת, סרטן הערמונית וסרטן הריאה⁽²⁾; כמו כן יוצגו נתונים לגבי מלנומה, שכן זו מחלת סרטן הניתנת ברובה למניעה. פרוט נוסף לגבי סרטן כיס השתן, לימפומה שאינה הודג'קין וסרטן גוף הרחם נמצא בנספח.

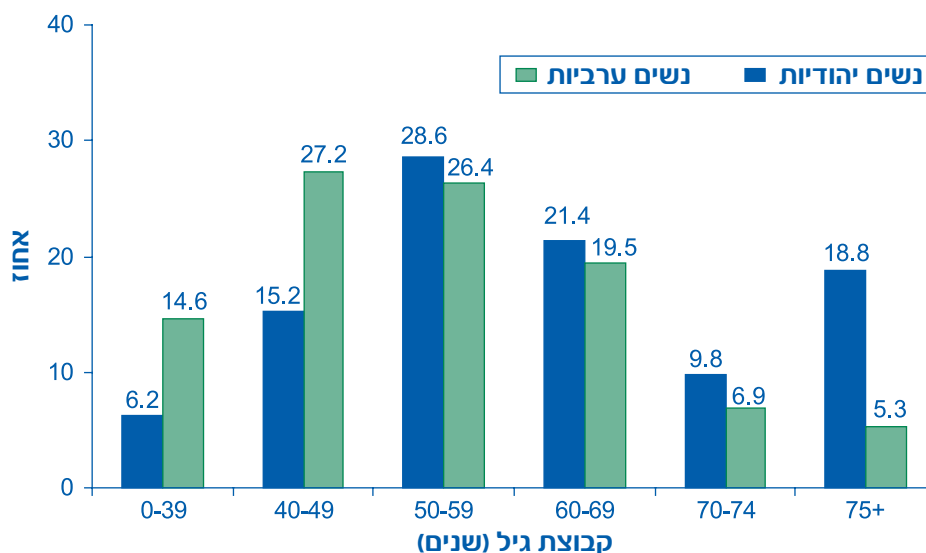
4.1 סרטן השד

סרטן השד הוא הסרטן השכיח ביותר בקרב נשים, ומהווה כ-30% מכלל הגידולים הסרטניים החדשים בנשים. בשנת 2006 אובחנו 3,593 מקרים חדשים של סרטן השד בנשים, כאשר עיקר התחלואה היא בגיל המבוגר (מעל גיל 50)⁽²⁾.

4.1.1 תחלואה בסרטן השד לפי גיל וקבוצת אוכלוסייה

באוכלוסייה היהודית עיקר התחלואה נצפית בגילאים מבוגרים יותר (78.6% מהמקרים החדשים היו בנשים מעל גיל 50) וכך גם באוכלוסייה הערבית, אולם באחוזים נמוכים יותר (58.1% מהמקרים החדשים היו בנשים מעל גיל 50)⁽²⁾. אחוז גבוה יחסית של התחלואה בערביות היה בקרב נשים צעירות: 27.2% מהמקרים החדשים אובחנו בנשים בנות 40-49 שנים, לעומת 15.2% ביהודיות, וכמעט 15% אובחנו בנשים בנות פחות מ-40, לעומת 6.2% ביהודיות. ביהודיות, 18.8% מהמקרים התגלו בנשים בנות 75 שנים ומעלה לעומת 5.3% מהמקרים בערביות (תרשים 17)⁽²⁾.

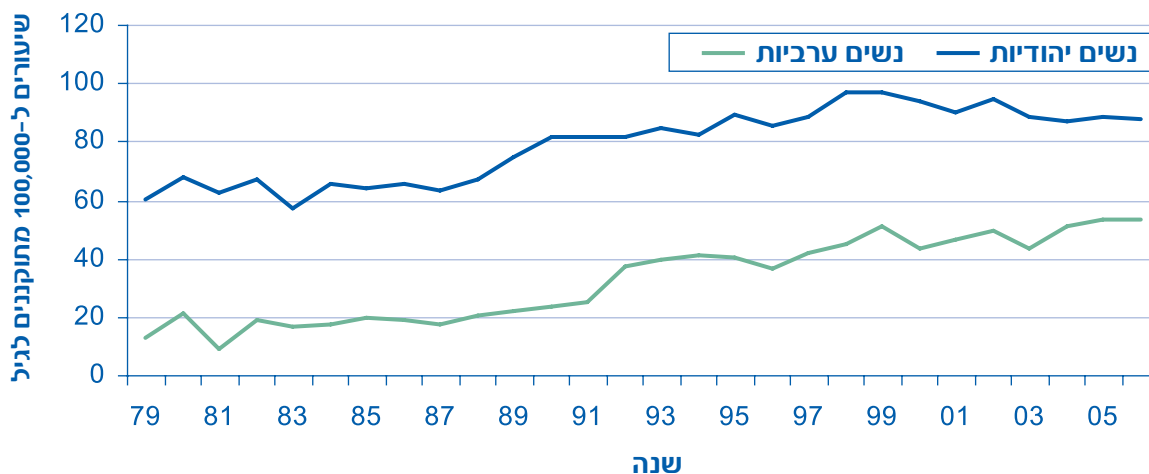
תרשים 17: תחלואה בסרטן השד לפי גיל וקבוצת אוכלוסייה, 2006⁽²⁾: אחוז מכלל המקרים החדשים



4.1.2 מגמות בהיארעות סרטן השד לפי קבוצת אוכלוסייה

ב-27 השנים האחרונות נצפתה עלייה מתמדת בשיעורי ההיארעות של סרטן השד, גם בנשים יהודיות וגם בנשים ערביות, כאשר השיעורים המתוקננים לגיל גבוהים בנשים יהודיות מאשר בנשים ערביות. בערביות היה שיעור ההיארעות בשנת 2006 (53.7 ל-100,000) גבוה פי 4.2 מהשיעור בשנת 1979 (12.8 ל-100,000) (עליה של כ-320%); ביהודיות, שיעור ההיארעות בשנת 2006 (87.8 ל-100,000) היה גבוה פי 1.5 מהשיעור בשנת 1979 (60.2 ל-100,000) (עלייה של כ-46%) (תרשים 18)⁽²⁾.

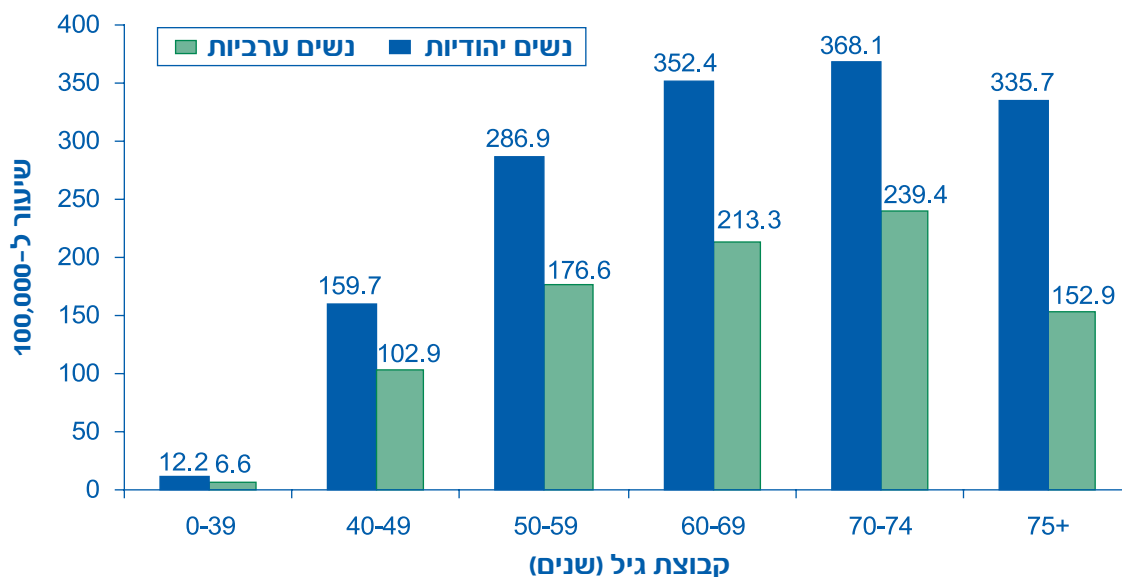
תרשים 18: מגמות בהיארעות סרטן השד לפי קבוצת אוכלוסייה, 1979-2006⁽²⁾: שיעורים ל-100,000 מתוקנים לגיל



4.1.3 היארעות סרטן השד לפי גיל וקבוצת אוכלוסייה

בתרשים 19 מוצגים שיעורי היארעות סרטן השד לפי גיל ולפי קבוצת אוכלוסייה⁽²⁾. בכל קבוצות הגיל, שיעורי ההיארעות של סרטן השד גבוהים יותר בקרב נשים יהודיות בהשוואה לנשים ערביות, כאשר המגמות בהיארעות מאוד דומות בשתי קבוצות האוכלוסייה. גם בנשים יהודיות וגם בנשים ערביות, רואים עלייה מתמדת של שיעורי ההיארעות עם הגיל, עד לשיעור מקסימלי בקבוצת הגיל 70-74 שנים (368.1 ל-100,000 ביהודיות, ו-239.4 בערביות). בקבוצת הגיל המבוגרת ביותר, 75 שנים ומעלה, נצפית ירידה בהיארעות בנשים יהודיות ובנשים ערביות כאחד (335.7 ו-152.9 מקרים ל-100,000, בהתאמה) (תרשים 19)⁽²⁾.

תרשים 19: היארעות סרטן השד לפי גיל וקבוצת אוכלוסייה, 2006⁽²⁾: שיעורים ל-100,000

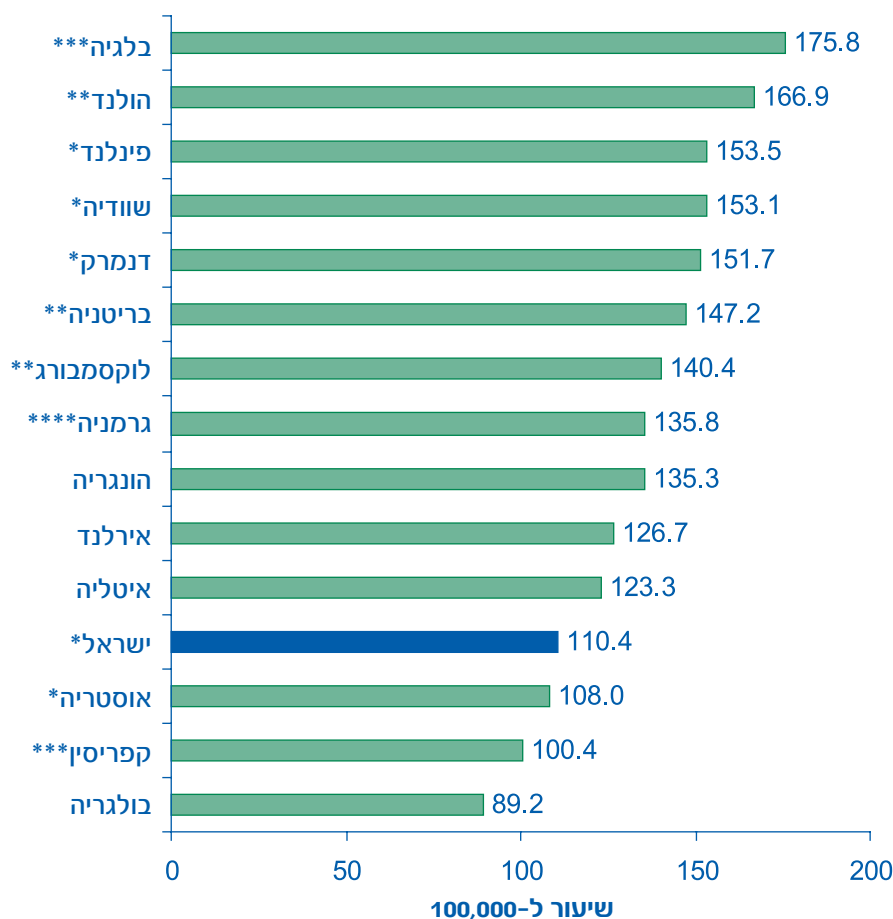


4.1.4 היארעות סרטן השד: השוואה בין-לאומית

שיעור ההיארעות של סרטן השד בישראל נמוך בהשוואה למדינות אירופיות⁽⁴⁾. בתרשים 21 מוצגים שיעורי ההיארעות של סרטן השד בישראל וב-14 מדינות נבחרות מהאיחוד האירופי, בשנים העדכניות ביותר עבורן היו נתונים⁽⁴⁾. בהשוואה למדינות אירופה, שיעור ההיארעות של סרטן השד בישראל הינו נמוך יחסית. שיעור ההיארעות הגבוה ביותר מדווח מבלגיה (175.8 מקרים ל-100,000), ולאחר מכן מהולנד ומפינלנד (166.9 ו-153.5 מקרים ל-100,000, בהתאמה). ישראל ממוקמת במקום ה-12 (110.4 ל-100,000) (תרשים 20)⁽⁴⁾. נציין כי השיעורים אינם מתוקננים לגיל.

תרשים 20: היארעות סרטן השד בישראל ובמדינות נבחרות באיחוד האירופי, 2008⁽⁴⁾: שיעורים*

ל-100,000



השיעורים אינם מתוקננים לגיל.

* נתונים משנת 2007, השנה העדכנית ביותר בה היו נתונים עבור מדינה זו.

** נתונים משנת 2006, השנה העדכנית ביותר בה היו נתונים עבור מדינה זו.

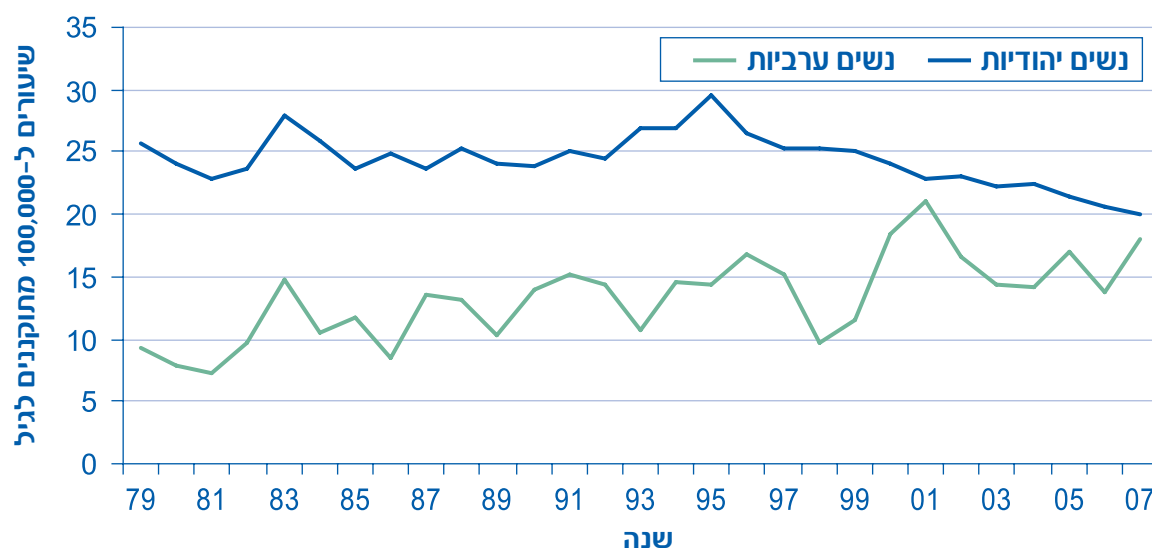
*** נתונים משנת 2005, השנה העדכנית ביותר בה היו נתונים עבור מדינה זו.

**** נתונים משנת 2004, השנה העדכנית ביותר בה היו נתונים עבור מדינה זו.

4.1.5 מגמות בתמותה מסרטן השד לפי קבוצת אוכלוסייה

התמותה מסרטן השד באוכלוסייה היהודית ובאוכלוסייה הערבית הינה בעלת מגמה הפוכה, בעיקר בעשור האחרון. בעוד שבנשים יהודיות נצפית ירידה בשיעורי התמותה מהמחלה, בנשים ערביות ניכרת עלייה בתמותה⁽¹⁾. בין השנים 1979 ל-2007, שיעור התמותה מסרטן השד ביהודיות ירד ב-22.5% (מ-25.8 פטירות ל-100,000 ב-1979 ל-20.0 פטירות ל-100,000 ב-2007), ומשנת 1996 עד 2007 בפרט הייתה ירידה ניכרת, של כ-32.2%. באוכלוסייה הערבית, באותה תקופה, נצפתה עלייה של 92.5% (מ-9.3 פטירות ל-100,000 ב-1979 ל-17.9 פטירות ל-100,000 ב-2007) (תרשים 21)⁽¹⁾.

תרשים 21: מגמות בתמותה מסרטן השד לפי קבוצת אוכלוסייה, 1979-2007⁽¹⁾: שיעורים ל-100,000 מתוקנים לגיל

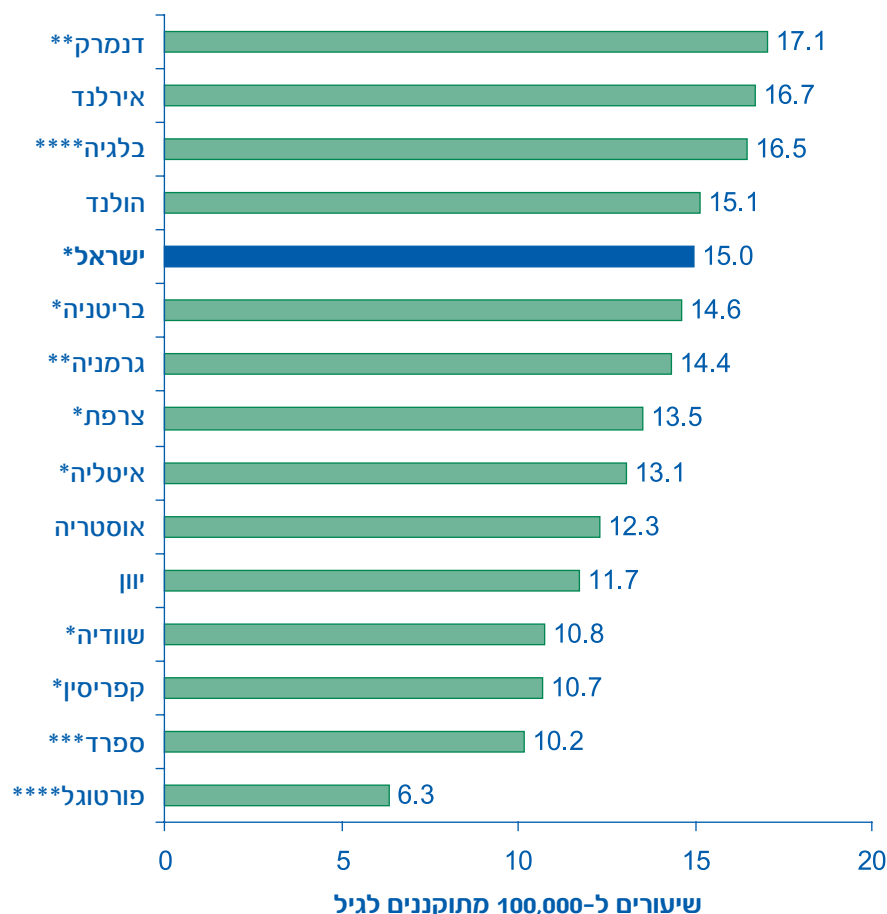


4.1.6 תמותה מסרטן השד: השוואה בין-לאומית

בתרשים 22 מוצגים שיעורי התמותה מסרטן השד בישראל ובמדינות נבחרות מהאיחוד האירופי, בשנים העדכניות ביותר עבורן היו נתונים⁽⁴⁾. בהשוואה למדינות אירופה, שיעור התמותה מסרטן השד בישראל הינו גבוה יחסית. במקום הראשון, עם שיעור התמותה הגבוה ביותר (17.1 פטירות ל-100,000) נמצאת דנמרק, ולאחריה נמצאות אירלנד ובלגיה (16.7 ו-16.5 פטירות ל-100,000, בהתאמה). ישראל ממוקמת במקום החמישי עם שיעור של 15 פטירות ל-100,000 (תרשים 22)⁽⁴⁾.

תרשים 22: תמותה מסרטן השד בישראל ובמדינות נבחרות באיחוד האירופי, 2008⁽⁴⁾: שיעורים

ל-100,000 מתוקננים* לגיל



שיעורים מתוקננים לאוכלוסיית אירופה.

* נתונים משנת 2007, השנה העדכנית ביותר בה היו נתונים עבור מדינה זו.

** נתונים משנת 2006, השנה העדכנית ביותר בה היו נתונים עבור מדינה זו.

*** נתונים משנת 2005, השנה העדכנית ביותר בה היו נתונים עבור מדינה זו.

**** נתונים משנת 2004, השנה העדכנית ביותר בה היו נתונים עבור מדינה זו.

4.1.7 הישרדות מסרטן השד

שיעורי ההישרדות (היחסית) מסרטן השד בקרב נשים יהודיות וערביות לשנים 1990-2006 מוצגים בטבלה 1. שיעורי ההישרדות בנשים יהודיות גבוהים בהשוואה לנשים ערביות. כמו כן, למרות שבשתי קבוצות האוכלוסייה שיעור ההישרדות יורדים עם הזמן, קצב הירידה בנשים ערביות גבוה מזה שבנשים יהודיות. כך, בעוד שבתום שנה מהאבחנה, שיעורי ההישרדות בשתי האוכלוסיות דומים (96.0% בנשים יהודיות ו-95.0% בנשים ערביות), הרי שלאחר 5 שנים שיעור ההישרדות היחסית ביהדות גבוה מזה שבערביות (83.0%-74.0%, בהתאמה) (טבלה 1)⁽⁵⁾.

טבלה 1: שיעורי הישרדות יחסית מסרטן השד (חודרני) בנשים, לפי קבוצת אוכלוסייה,

1990-2006⁽⁵⁾: אחוזים

קבוצת אוכלוסייה		הישרדות ביחס למועד האבחנה
נשים יהודיות	נשים ערביות	
96.0	95.0	בתום שנה אחת
88.8	82.7	בתום 3 שנים
83.0	74.0	בתום 5 שנים
73.7	60.6	בתום 10 שנים

4.1.8 מניעה וגילוי מוקדם

על פי חוזר המנהל הכללי של משרד הבריאות בנושא מניעה וגילוי מוקדם של מחלות הסרטן⁽⁶⁾, על נשים בגילאי 50-74 (בסיכון רגיל למחלה) לבצע בדיקת ממוגרפיה אחת לשנתיים כבדיקת סריקה. שיעורי ביצוע הממוגרפיה, עלו לאורך השנים, בנשים יהודיות וערביות כאחד, במיוחד בקרב נשים ערביות: על פי סקר INHIS-2 שנערך בשנים 2007-2008, שיעור ביצוע ממוגרפיה בשנתיים שקדמו לסקר בנשים ערביות היה 62.0%⁽⁷⁾. שיעור זה גבוה ב-30.3% מהשיעור שנצפה בסקר INHIS-1 שנערך בשנים 2003-2004 (47.6%)⁽⁸⁾, וגבוה ב-158.3% מהשיעור שנצפה בסקר בריאות נשים שנערך בשנת 1998 (24%)⁽⁹⁾. בנשים יהודיות, השיעור המדווח של ביצוע ממוגרפיה בסקר INHIS-2 היה 72.0%⁽⁷⁾, שיעור הגבוה ב-3% מהשיעור שדווח בסקר INHIS-1 בשנים 2003-2004, וגבוה ב-38.5% מזה שנצפה בסקר בריאות נשים בישראל ב-1998 (52%)⁽⁹⁾ (טבלה 2).

טבלה 2: ביצוע ממוגרפיה בשנתיים שקדמו לסקר, בקרב נשים בנות 50-74 שנים, לפי קבוצת

אוכלוסייה, 1998, 2003-2004, 2007-2008^(7,8,9): אחוזים

2008-2007	2004-2003	1998	
72.0	69.9	52.0	נשים יהודיות
62.0	47.6	24.0	נשים ערביות

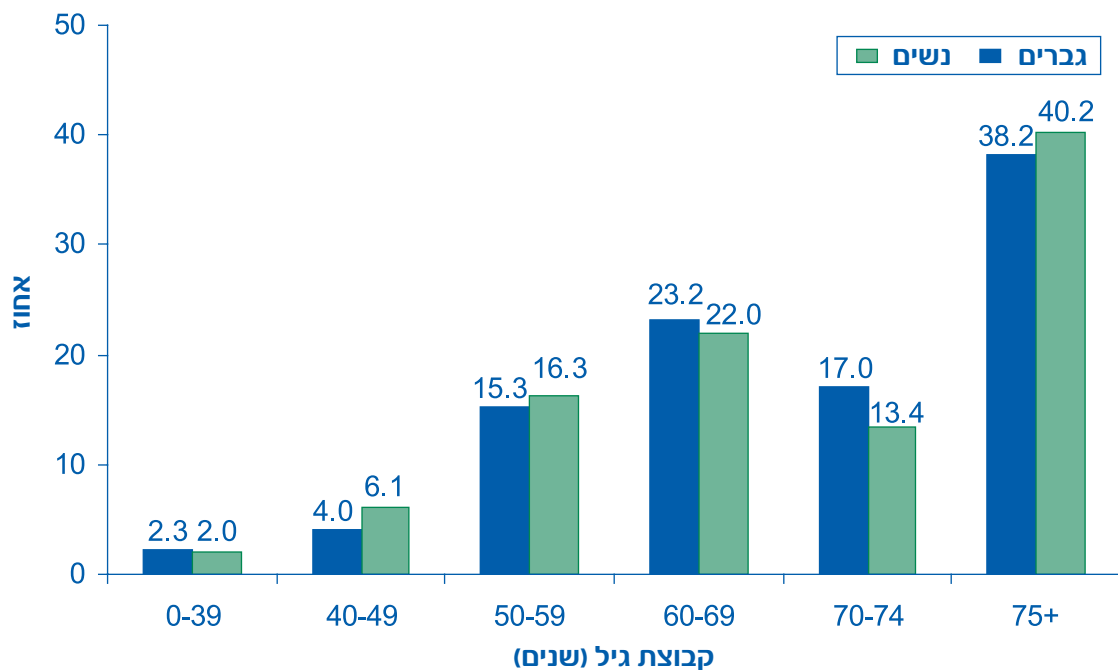
4.2 סרטן המעי הגס והחלחולת

סרטן המעי הגס והחלחולת הוא הסרטן השני בשכיחותו באוכלוסייה, ומהווה 13.4% מכלל הגידולים הסרטניים באוכלוסייה. בשנת 2006 אובחנו 3,343 מקרים חדשים של סרטן המעי הגס והחלחולת: 1,713 בגברים ו-1,630 בנשים⁽²⁾.

4.2.1 תחלואה בסרטן המעי הגס והחלחולת לפי גיל ומין

בהשוואה בין גברים לנשים, ניתן לראות כי התפלגות התחלואה בסרטן המעי הגס והחלחולת כמעט זהה, והאחוז הגבוה ביותר של מקרים נמצא בבני 75 שנים ומעלה (38.2% מהמקרים בגברים, ו-40.2% מהמקרים בנשים) (תרשים 23)⁽²⁾.

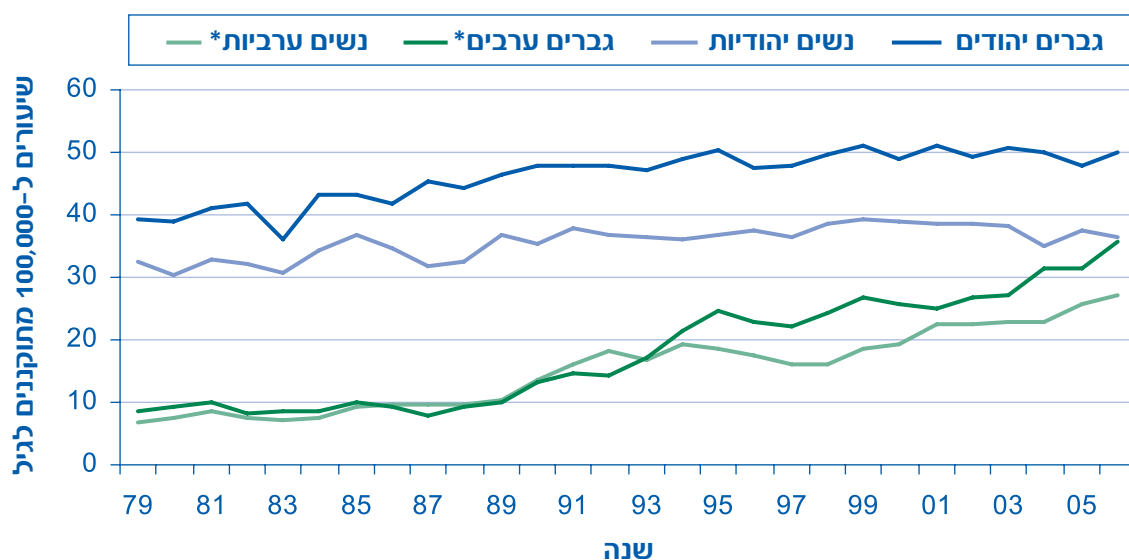
תרשים 23: תחלואה בסרטן המעי הגס והחלחולת לפי גיל ומין, 2006⁽²⁾: אחוזים מכלל המקרים החדשים



4.2.2 מגמות בהיארעות סרטן המעי הגס והחלחולת לפי מין וקבוצת אוכלוסייה

ב-27 השנים האחרונות, נצפית עלייה מתמדת בהיארעות סרטן המעי הגס והחלחולת, הן ביהודים והן בערבים, כאשר העלייה בערבים מתרחשת בעיקר בשנות ה-90 המוקדמות. העלייה בהיארעות באוכלוסייה הערבית גבוהה באופן משמעותי בהשוואה לעלייה הנצפית באוכלוסייה היהודית: בגברים ערבים, שיעור ההיארעות של סרטן המעי הגס והחלחולת בשנת 2006 (32.5 מקרים ל-100,000) היה גבוה פי 3.7 מהשיעור בשנת 1979 (8.9 ל-100,000); בנשים ערביות, שיעור ההיארעות בשנת 2006 (29.2 ל-100,000) היה גבוה פי 4.9 מהשיעור בשנת 1979 (6.0 ל-100,000). ביהודים, שיעור ההיארעות של סרטן המעי הגס והחלחולת עלה בין שנת 1979 (39.2 ל-100,000) לשנת 2006 (50.0 ל-100,000) ב-27.6%; בנשים יהודיות התרחשה עלייה של 12.7%, מ-32.4 ל-36.5 מקרים ל-100,000, בין השנים 1979 ל-2006 (תרשים 24)⁽²⁾.

תרשים 24: מגמות בהיארעות סרטן המעי הגס והחלחולת לפי מין וקבוצת אוכלוסייה, 1979-2006⁽²⁾: שיעורים ל-100,000 מתוקננים לגיל



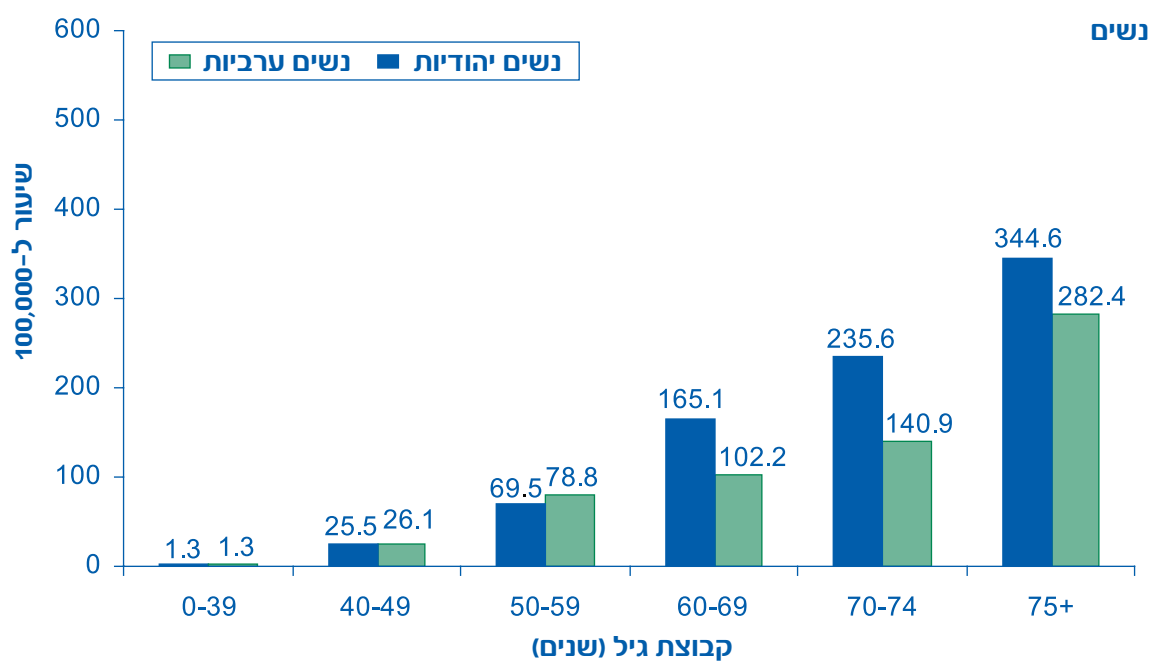
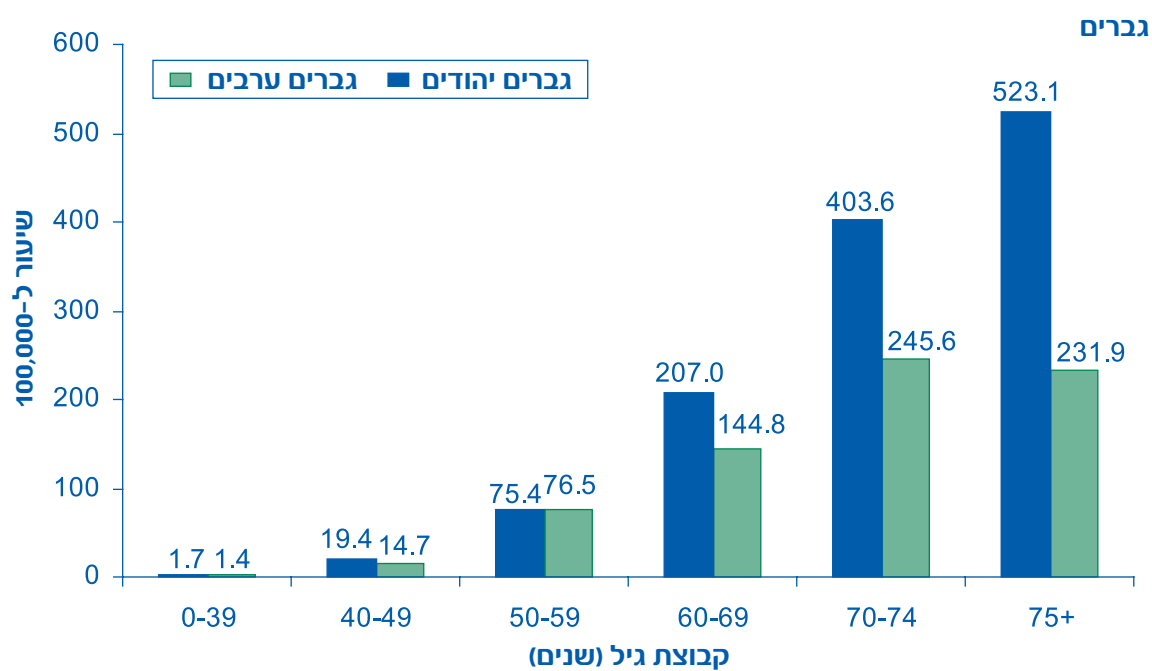
* ממוצע נע לשלוש שנים.

4.2.3 היארעות סרטן המעי הגס והחלחולת לפי מין, גיל וקבוצת אוכלוסייה

בתרשים 25 מוצגים שיעורי ההיארעות של סרטן המעי הגס והחלחולת לפי מין, קבוצת גיל וקבוצת אוכלוסייה⁽²⁾. בשני המינים נצפית מגמה דומה: עד גיל 59 שנים, שיעורי ההיארעות באוכלוסייה היהודית דומים לאלו שנצפים באוכלוסייה הערבית, ומגיל 60 שנים ואילך ההיארעות באוכלוסייה היהודית גבוהה מזו שבאוכלוסייה הערבית (תרשים 25)⁽²⁾. שיעורי ההיארעות הגבוהים ביותר בגברים יהודים נצפים בבני 75 שנים ומעלה (523.1 מקרים ל-100,000); ובערבים, בקבוצת הגיל הצעירה יותר, בני 70-74 שנים (245.6 מקרים ל-100,000). בנשים, שיעורי ההיארעות הגבוהים ביותר ביהודיות ובערביות נמצאים בקבוצת הגיל המבוגרת ביותר, 75 שנים ומעלה (344.6 ו-282.4 מקרים ל-100,000, בהתאמה)⁽²⁾. באוכלוסייה היהודית, שיעורי ההיארעות מגיל 50 ומעלה היו גבוהים יותר בגברים בהשוואה לנשים. באוכלוסייה הערבית השיעורים היו גבוהים בגברים מאשר בנשים, בכל קבוצות הגיל פרט לגיל המבוגר ביותר - 75 שנים ומעלה (282.4 ל-100,000 בנשים לעומת 231.9 ל-100,000 בגברים) (תרשים 25)⁽²⁾.

תרשים 25: היארעות סרטן המעי הגס והחלחולת לפי מין, גיל וקבוצת אוכלוסייה, 2006⁽²⁾:

שיעורים ל-100,000



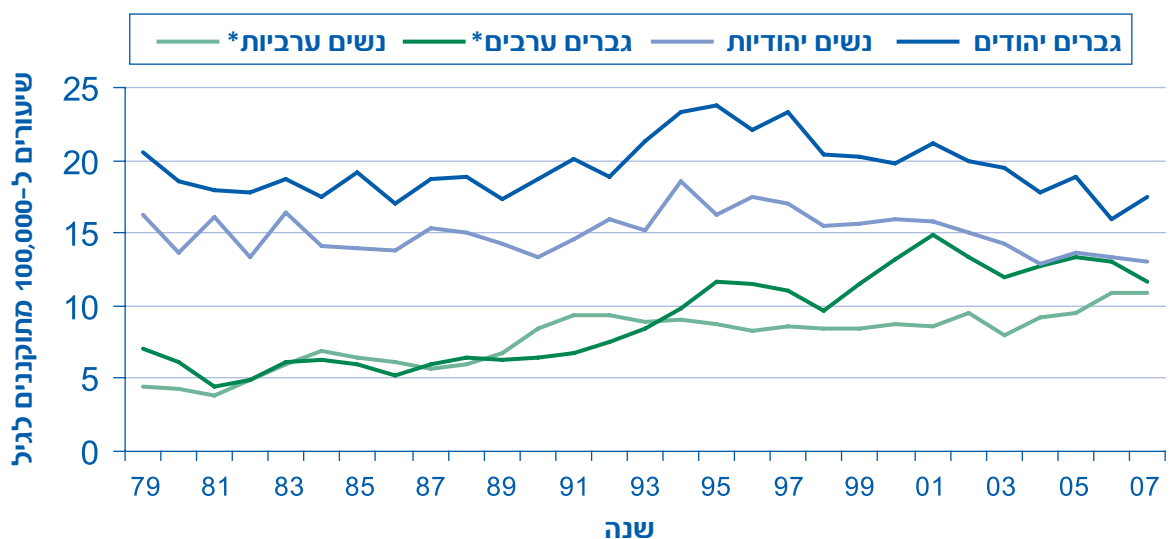
4.2.4 מגמות בתמותה מסרטן המעי הגס והחלחולת לפי מין וקבוצת אוכלוסייה

מגמות התמותה מסרטן המעי הגס והחלחולת שונות בין האוכלוסייה היהודית והערבית. באוכלוסייה היהודית הייתה עלייה בשיעורי התמותה מהמחלה בין תחילת שנות ה-80 עד אמצע שנות ה-90, ולאחר מכן חלה ירידה בתמותה. לעומת זאת, באוכלוסייה הערבית הייתה עלייה מתמדת בשיעורי התמותה כאשר מאמצע שנות ה-90 העלייה תלולה יותר בגברים. כאשר בקרב יהודים, שיעורי התמותה גבוהים בגברים מאשר בנשים לאורך כל התקופה. בקרב ערבים, שיעורי התמותה היו דומים בגברים ובנשים עד שנת 1993, ולאחר מכן שיעורי התמותה היו גבוהים יותר בגברים⁽¹⁾.

בין השנים 1979 ל-2007, שיעור התמותה מסרטן המעי הגס והחלחולת בגברים יהודים ירד ב-14.6% (מ-20.6 פטירות ל-100,000 ב-1979 ל-17.6 ל-100,000 ב-2007); בנשים יהודיות חלה ירידה של 20.3% (מ-16.3 ל-100,000 ב-1979 ל-13.0 ל-100,000 ב-2007). לעומת זאת, באוכלוסייה הערבית נצפתה באותה תקופה עלייה בתמותה בשני המינים; בגברים ערבים שיעור התמותה מסרטן המעי הגס והחלחולת עלה ב-65.4%, ובשנת 2004 שיעורי התמותה מסרטן המעי הגס והחלחולת בקרב גברים ערבים השתוו לשיעורים בנשים יהודיות. בנשים ערביות חלה עלייה של 145.8% בשיעורי התמותה (תרשים 26)⁽¹⁾.

תרשים 26: מגמות בתמותה מסרטן המעי הגס והחלחולת לפי מין וקבוצת אוכלוסייה,

1979-2007⁽¹⁾: שיעורים ל-100,000 מתוקננים לגיל



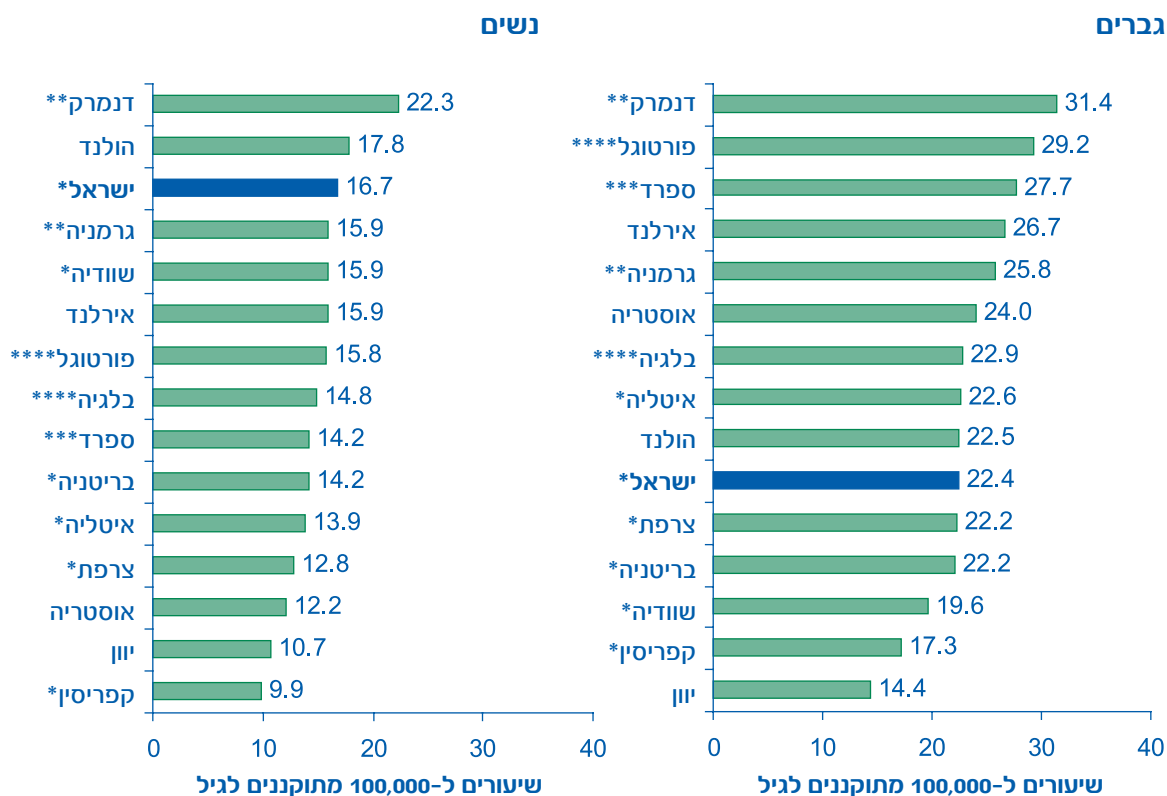
* ממוצע נע לשלוש שנים.

4.2.5 תמותה מסרטן המעי הגס והחלחולת: השוואה בין-לאומית

בטרשים 27 מוצגים שיעורי התמותה מסרטן המעי הגס והחלחולת[§] בישראל ובמדינות נבחרות מהאיחוד האירופי, בשנים העדכניות ביותר עבורן היו נתונים⁽⁴⁾. בגברים בישראל, שיעור התמותה מסרטן המעי הגס והחלחולת (22.4 פטירות ל-100,000) הינו נמוך במעט בהשוואה לשיעור הממוצע בגברים ממדינות אירופה (23.4 פטירות ל-100,000). לעומת זאת, דירוגן של נשים בישראל הינו גבוה יותר, והן ממוקמות במקום השלישי, עם שיעור של 16.7 ל-100,000, אחרי דנמרק והולנד (22.3 ו-17.8 פטירות ל-100,000, בהתאמה) (טרשים 27)⁽⁴⁾.

טרשים 27: תמותה מסרטן המעי הגס והחלחולת[§] בישראל ובמדינות נבחרות באיחוד האירופי,

2008⁽⁴⁾: שיעורים ל-100,000 מתוקננים* לגיל



§ הנתונים מישראל הינם עבור סרטן המעי הגס והחלחולת; בעוד שבשאר המדינות, הנתונים המוצגים הינם עבור סרטן המעי הגס, החלחולת ופי הטבעת.

שיעורים מתוקננים לאוכלוסיית אירופה.

* נתונים משנת 2007, השנה העדכנית ביותר בה היו נתונים עבור מדינה זו.

** נתונים משנת 2006, השנה העדכנית ביותר בה היו נתונים עבור מדינה זו.

*** נתונים משנת 2005, השנה העדכנית ביותר בה היו נתונים עבור מדינה זו.

**** נתונים משנת 2004, השנה העדכנית ביותר בה היו נתונים עבור מדינה זו.

4.2.6 הישרדות מסרטן המעי הגס והחלחולת

שיעורי הישרדות (יחסית) מסרטן המעי הגס והחלחולת לפי מין, לשנים 1990–2006 מוצגים בטבלה 3. שיעורי ההישרדות דומים בגברים ונשים, כאשר בשני המינים יורדים שיעורי ההישרדות באופן ניכר עם עליית משך הזמן ממועד האבחנה (טבלה 3)⁽⁵⁾.

טבלה 3: שיעורי הישרדות יחסית מסרטן המעי הגס והחלחולת לפי מין, 1990–2006⁽⁵⁾: אחוזים

הישרדות ביחס למועד האבחנה	מין	
	גברים	נשים
בתום שנה אחת	82.0	81.0
בתום 3 שנים	67.7	66.3
בתום 5 שנים	60.3	59.9
בתום 10 שנים	54.7	55.8

4.2.7 מניעה וגילוי מוקדם

על פי חוזר המנהל הכללי של משרד הבריאות בנושא מניעה וגילוי מוקדם של מחלות הסרטן⁽⁶⁾, יש לבצע בדיקת דם סמוי בצואה לגילוי מוקדם של סרטן המעי הגס, אחת לשנה, באוכלוסייה בסיכון רגיל למחלה, מעל גיל 50. על פי סקר INHIS-2 שנערך בשנים 2007–2008, שיעורי הביצוע אי פעם של בדיקת דם סמוי בצואה גבוהים באוכלוסייה היהודית מאלו שבאוכלוסייה הערבית. שיעורי הביצוע בשנה שקדמה לסקר היו שווים בגברים יהודים וערבים, ונמוכים יותר בנשים. בנשים ערביות השיעור היה נמוך במיוחד (6.2%) (טבלה 4)⁽⁷⁾. בדיקת קולונסקופיה כבדיקת סריקה למחלה מומלצת אך ורק לאוכלוסיות בסיכון מיוחד, כפי שהוגדר ע"י חוזר המנהל הכללי, או כבדיקה אבחנתית. בדומה לבדיקת דם סמוי בצואה, שיעורי ביצוע קולונסקופיה גבוהים יותר באוכלוסייה היהודית בהשוואה לאוכלוסייה הערבית. שיעורי ביצוע הבדיקה הנמוכים ביותר נמצאו בקרב גברים ערבים (טבלה 4)⁽⁷⁾. אולם, יש לציין כי עפ"י הנתונים לא ניתן להפריד בין בדיקות קולונסקופיה שנעשו לצרכים אבחנתיים ובין כאלה שנעשו למטרת גילוי מוקדם של סרטן המעי הגס והחלחולת.

טבלה 4: ביצוע בדיקת דם סמוי אי פעם ובשנה שקדמה לסקר ובדיקת קולונסקופיה (אי פעם) בקרב בני 50 שנים ומעלה, לפי מין וקבוצת אוכלוסייה, 2007–2008⁽⁷⁾: אחוזים

גברים יהודים	נשים יהודיות	גברים ערבים	נשים ערביות	
50.9	51.3	47.0	41.9	בדיקת דם סמוי (אי פעם)
21.4	17.8	21.4	6.2	בדיקת דם סמוי (בשנה שקדמה לסקר)
35.7	39.8	22.1	31.2	בדיקת קולונסקופיה (אי פעם)

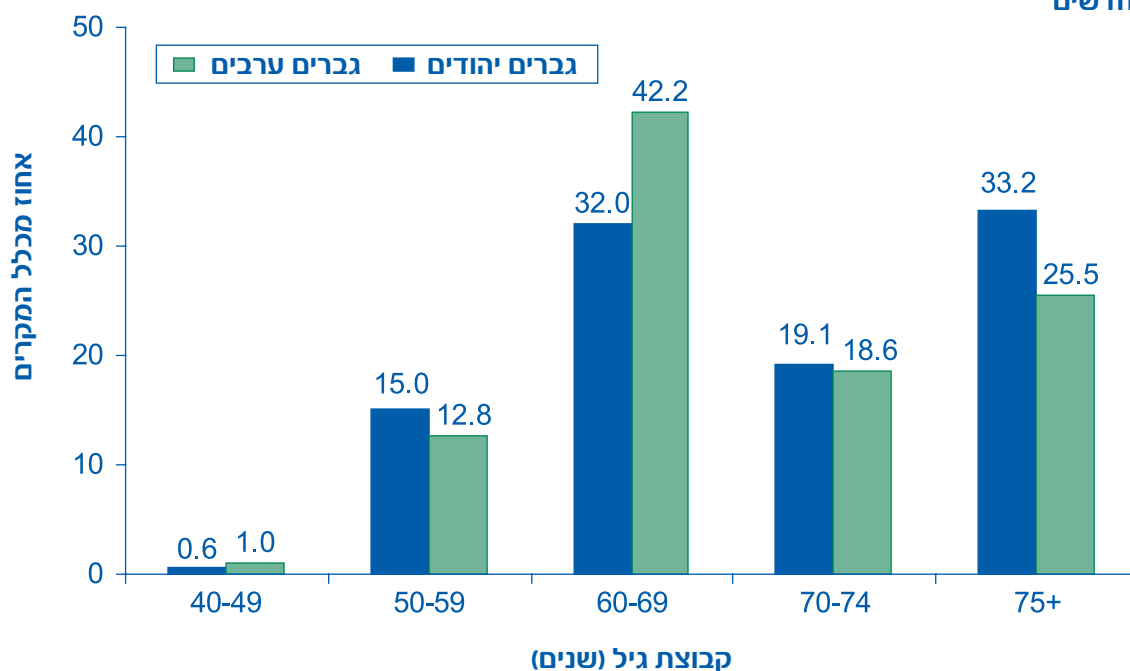
4.3 סרטן הערמונית

סרטן הערמונית הוא הסרטן השכיח ביותר בקרב גברים, ומהווה כ-20.5% מכלל הגידולים הסרטניים בגברים. בשנת 2006 אובחנו 2,475 מקרים חדשים של סרטן הערמונית, כאשר עיקר התחלואה הינה בגיל המבוגר⁽²⁾.

4.3.1 תחלואה בסרטן הערמונית לפי גיל וקבוצת אוכלוסייה

בהשוואה בין האוכלוסייה היהודית לאוכלוסייה הערבית, ניתן לראות כי התפלגות גילאי החולים בסרטן הערמונית הינה שונה, כאשר ביהודים אחוז המקרים החדשים היה גבוה יותר בקבוצת הגיל המבוגרת ביותר בני 75 שנים ומעלה (33.2% מכלל המקרים החדשים); ובערבים, אחוז המקרים החדשים הגבוה ביותר נמצא בקבוצת גיל צעירה יותר, בני 60-69 שנים (42.2% מכלל המקרים החדשים) (תרשים 28)⁽²⁾.

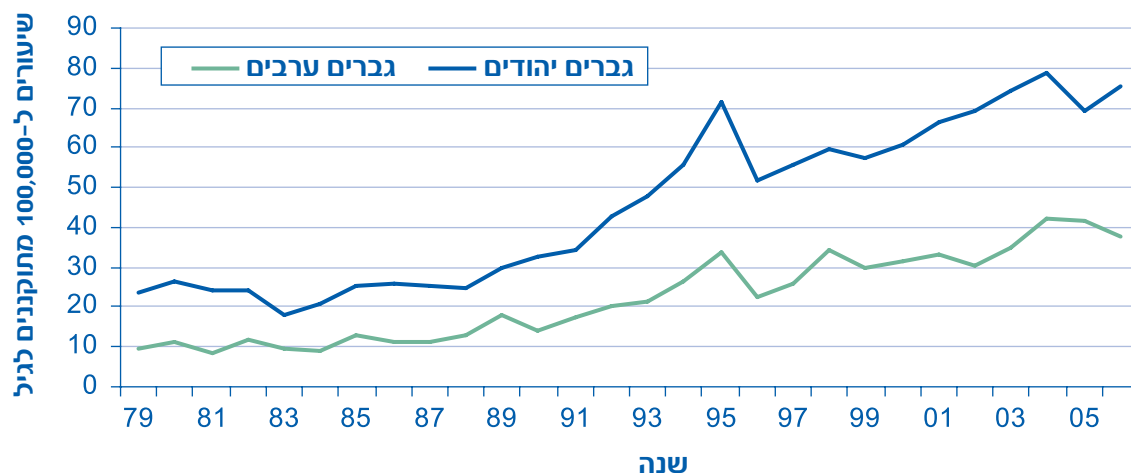
תרשים 28: תחלואה בסרטן הערמונית לפי גיל וקבוצת אוכלוסייה, 2006⁽²⁾: אחוז מכלל המקרים החדשים



4.3.2 מגמות בהיארעות סרטן הערמונית לפי קבוצת אוכלוסייה

ב-27 השנים האחרונות נצפית עלייה מתמדת בשיעורי ההיארעות של סרטן הערמונית, גם בגברים יהודים וגם בערבים, כאשר לאורך כל התקופה שיעורי ההיארעות ביהודים גבוהים מהשיעורים שנצפים בערבים, והפער הולך וגדל משנות ה-90 ואילך (תרשים 29)⁽²⁾. בגברים יהודים שיעור היארעות סרטן הערמונית בשנת 2006 (75.2 ל-100,000) היה גבוה פי 3.2 מהשיעור בשנת 1979 (23.7 ל-100,000); בערבים, שיעור היארעות סרטן הערמונית בשנת 2006 (37.4 ל-100,000) היה גבוה פי 4.0 מהשיעור בשנת 1979 (9.4 ל-100,000) (תרשים 29)⁽²⁾.

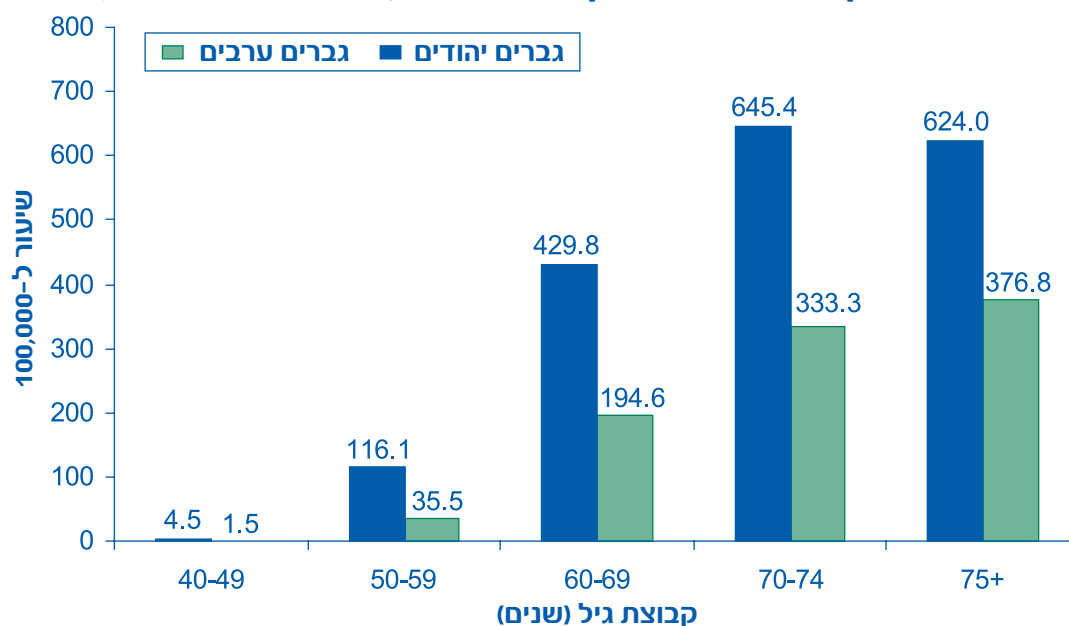
תרשים 29: מגמות בהיארעות סרטן הערמונית לפי קבוצת אוכלוסייה, 1979-2006⁽²⁾: שיעורים ל-100,000 מתוקננים לגיל



4.3.3 היארעות סרטן הערמונית לפי גיל וקבוצת אוכלוסייה

בתרשים 30 מוצגים שיעורי ההיארעות של סרטן הערמונית לפי קבוצת גיל ולפי קבוצת אוכלוסייה⁽²⁾. בכל קבוצות הגיל, שיעורי ההיארעות בסרטן הערמונית גבוהים יותר בגברים יהודים בהשוואה לגברים ערבים. באוכלוסייה היהודית, השיעור הנמוך ביותר נצפה בקבוצת הגיל 40-49 שנים (4.5 מקרים ל-100,000) והשיעור הגבוה ביותר נצפה בקבוצת הגיל 74-79 שנים (645.4 ל-100,000); בגברים יהודים בני 75 שנים ומעלה נצפית ירידה קלה בשיעור ההיארעות עד לערך של 624.0 ל-100,000. באוכלוסייה הערבית ישנה עלייה מתמדת של שיעורי ההיארעות עם הגיל, משיעור של 1.5 ל-100,000 בבני 40-49 שנים, עד לשיעור מרבי של 376.8 ל-100,000 בבני 75 שנים ומעלה (תרשים 30)⁽²⁾.

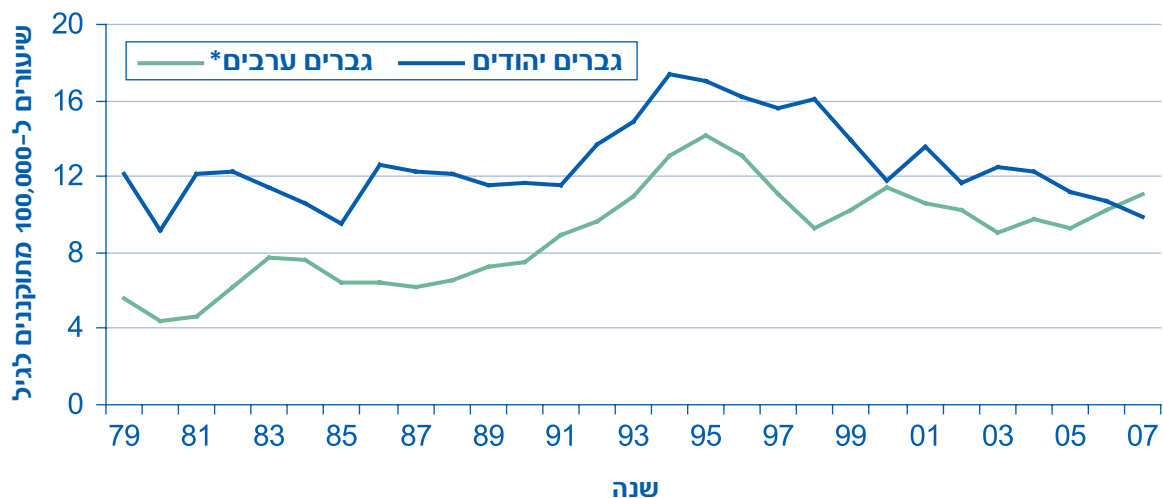
תרשים 30: היארעות סרטן הערמונית לפי גיל וקבוצת אוכלוסייה, 2006⁽²⁾: שיעורים ל-100,000



4.3.4 מגמות בתמותה מסרטן הערמונית לפי קבוצת אוכלוסייה

עד לסוף שנות ה-90, המגמות בתמותה מסרטן הערמונית היו דומות באוכלוסייה היהודית ובאוכלוסייה הערבית. בגברים יהודים חלה עלייה בתמותה עד לאמצע שנות ה-90, ומאז יש ירידה מתמדת: שיעורי התמותה ירדו ב-43.1% בין השנים 1994 (17.4 פטירות ל-100,000) ל-2007 (9.9 פטירות ל-100,000). בגברים ערבים נצפתה עלייה מקבילה בתמותה עד לשנת 1995, ולאחר מכן חלה ירידה, אך בשנים האחרונות, משנת 2003 ואילך, נצפית שוב מגמת עלייה בשיעורי התמותה בגברים ערבים: עלייה של 22.0% בין 2003 (9.1 פטירות ל-100,000) ל-2007 (11.1 פטירות ל-100,000)⁽¹⁾. בסך הכל, בין השנים 1979 ל-2007 ירד שיעור התמותה מסרטן הערמונית ביהודים ב-18.9% (מ-12.2 ל-100,000 ב-1979 ל-9.9 ל-100,000 ב-2007); באוכלוסייה הערבית, באותה תקופה, נצפתה עלייה של 99.0% באותה תקופה. בשנת 2007, שיעור התמותה מסרטן הערמונית בקרב גברים ערבים היה גבוה יותר מהשיעור שנצפה בגברים יהודים (11.1 ו-9.9 פטירות ל-100,000, בהתאמה) (תרשים 31)⁽¹⁾.

תרשים 31: מגמות בתמותה מסרטן הערמונית לפי קבוצת אוכלוסייה, 1979-2007⁽¹⁾: שיעורים ל-100,000 מתוקנים לגיל



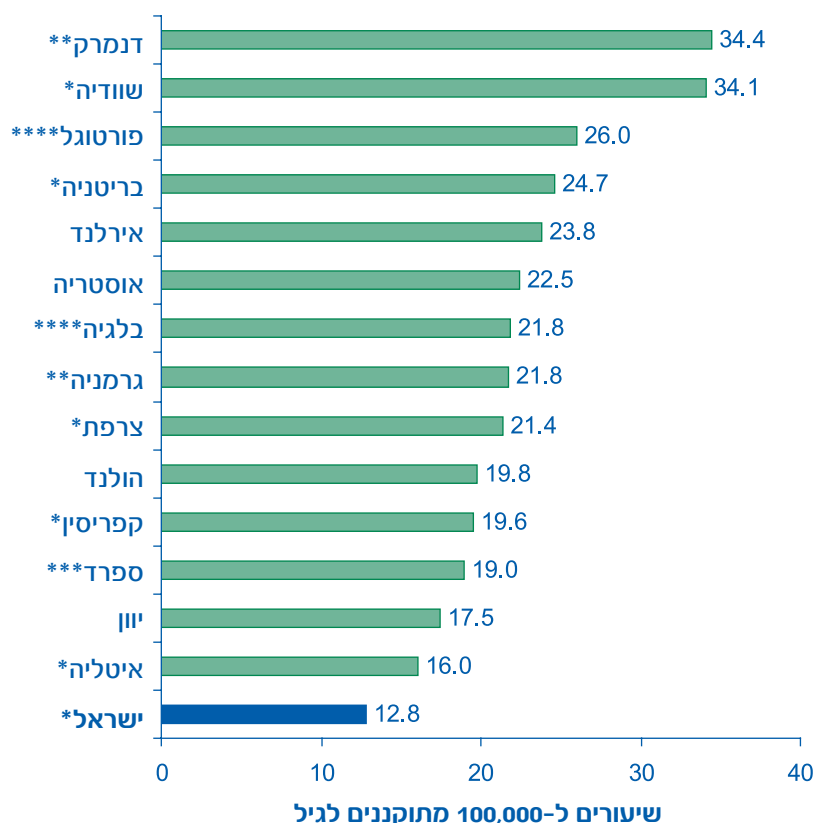
* ממוצע נע לשלוש שנים.

4.3.5 תמותה מסרטן הערמונית: השוואה בין-לאומית

בתרשים 32 מוצגים שיעורי התמותה מסרטן הערמונית בישראל ובמדינות נבחרות מהאיחוד האירופי, בשנים העדכניות ביותר עבורן היו נתונים⁽⁴⁾. בהשוואה למדינות אירופה, שיעור התמותה מסרטן הערמונית בישראל הינו נמוך, כאשר ישראל מדורגת במקום האחרון עם שיעור של 12.8 פטירות ל-100,000. שיעורי התמותה הגבוהים ביותר נצפו בדנמרק ושוודיה (34.4 ו-34.1 ל-100,000, בהתאמה), ולאחר מכן בפורטוגל (26.0 ל-100,000) (תרשים 32)⁽⁴⁾.

תרשים 32: תמותה מסרטן הערמונית בישראל ובמדינות נבחרות מהאיחוד האירופי, 2008⁽⁴⁾:

שיעורים ל-100,000 מתוקננים* לגיל



שיעורים ל-100,000 מתוקננים לגיל

שיעורים מתוקננים לאוכלוסיית אירופה.
 * נתונים משנת 2007, השנה העדכנית ביותר בה היו נתונים עבור מדינה זו.
 ** נתונים משנת 2006, השנה העדכנית ביותר בה היו נתונים עבור מדינה זו.
 *** נתונים משנת 2005, השנה העדכנית ביותר בה היו נתונים עבור מדינה זו.
 **** נתונים משנת 2004, השנה העדכנית ביותר בה היו נתונים עבור מדינה זו.

4.3.6 הישרדות מסרטן הערמונית

בין השנים 1990-2006 ניכרת ירידה בשיעורי ההישרדות היחסית מסרטן הערמונית ביחס לזמן שחלף ממועד האבחנה (טבלה 5). שיעור ההישרדות בחלוף שנה מהאבחנה היה 94.6%, חמש שנים לאחר האבחנה ירד השיעור ל-85.1%, ו-10 שנים לאחר האבחנה ירד השיעור לערך של 77.8% (טבלה 5)⁽⁵⁾.

טבלה 5: שיעורי הישרדות יחסית מסרטן הערמונית בגברים, 1990-2006⁽⁵⁾: אחוזים

הישרדות	הישרדות ביחס למועד האבחנה
94.6	בתום שנה אחת
68.6	בתום 3 שנים
85.1	בתום 5 שנים
77.8	בתום 10 שנים

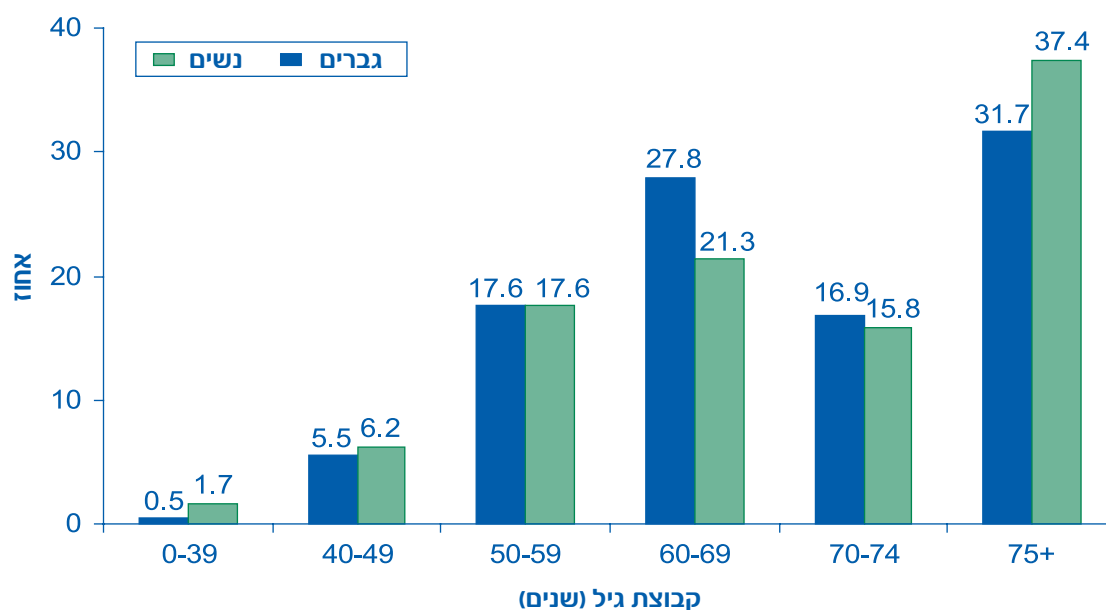
4.4 סרטן הריאה

סרטן הריאה הוא הסרטן הרביעי בשכיחותו באוכלוסייה, ומהווה 7.5% מכלל הגידולים הסרטניים בכלל האוכלוסייה, 10.1% מכלל מחלות הסרטן בגברים ו-4.9% מכלל מחלות הסרטן בנשים. בשנת 2006 אובחנו 1,817 מקרים חדשים של סרטן הריאה: 1,221 בגברים ו-596 בנשים⁽²⁾.

4.4.1 תחלואה בסרטן הריאה לפי גיל ומין

בהשוואה בין גברים לנשים ניתן לראות כי התפלגות התחלואה בסרטן הריאה בעיקרה דומה בשני המינים. אחוז החולים בני 60-69 שנים גבוה יותר בגברים בהשוואה לנשים (27.8% ו-21.3%, בהתאמה) ואחוז החולים בני 75 שנים ומעלה גבוה יותר בנשים (37.4%) מאשר בגברים (31.7%) (תרשים 33)⁽²⁾.

תרשים 33: תחלואה בסרטן הריאה לפי קבוצת גיל ומין, 2006⁽²⁾: אחוז מכלל המקרים החדשים

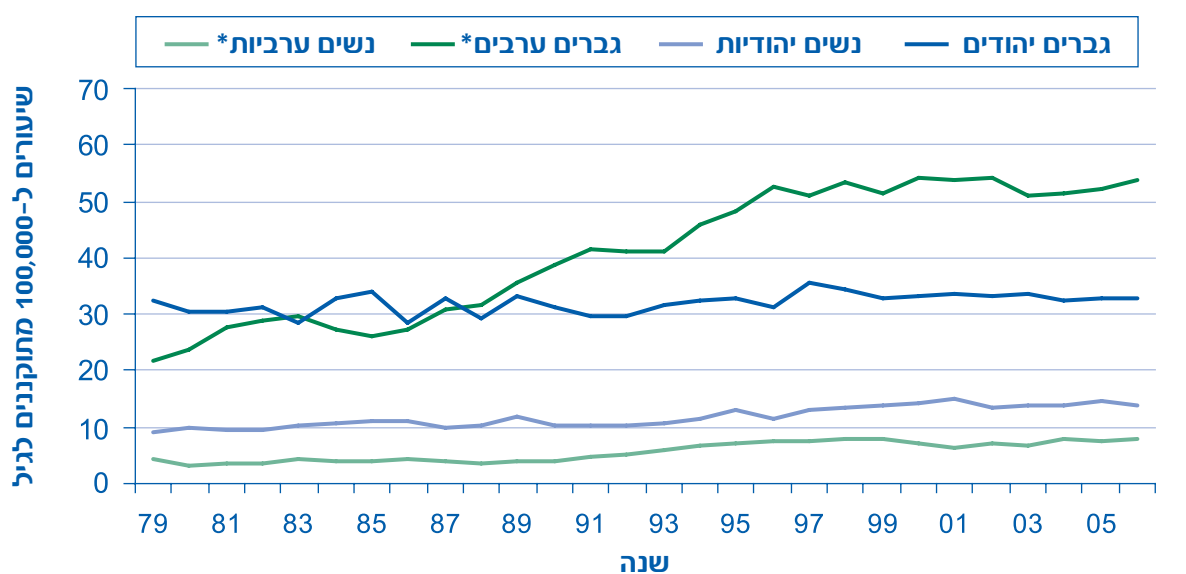


4.4.2 מגמות בהיארעות סרטן הריאה לפי מין וקבוצת אוכלוסייה

המגמות בהיארעות סרטן הריאה ב-27 השנים האחרונות משתנות בהתאם לקבוצת האוכלוסייה והמין. באוכלוסייה היהודית, שיעור היארעות סרטן הריאה בגברים היה יציב לאורך השנים, על ערך ממוצע של 32.0 מקרים ל-100,000. לעומת זאת, בנשים יהודיות נצפתה עלייה של 52.2%, משיעור היארעות של 9.2 ל-100,000 ב-1979 ל-14.0 ל-100,000 בשנת 2006 (תרשים 34)⁽²⁾. באוכלוסייה הערבית, שיעורי ההיארעות בגברים נמצאים בעלייה מתמדת משנת 1979 (22.0 ל-100,000) ועד שנת 2006 (53.8 ל-100,000); כאשר בשנת 1988, שיעור ההיארעות בגברים ערבים (31.8 ל-100,000) עלה על שיעור ההיארעות בגברים יהודים (29.4 ל-100,000). מגמה זו נמשכת עד היום, כשהפער בין ערבים ויהודים הולך וגדל (תרשים 34)⁽²⁾. בנשים ערביות נצפתה עלייה של 90.2% בשיעורי ההיארעות באותה תקופה (תרשים 34)⁽²⁾.

בשתי קבוצות האוכלוסייה, שיעורי ההיארעות גבוהים בהרבה בגברים מהשיעורים הנצפים בנשים. פער זה בולט במיוחד באוכלוסייה הערבית (תרשים 34)⁽²⁾.

תרשים 34: מגמות בהיארעות סרטן הריאה לפי מין וקבוצת אוכלוסייה, 1979-2006⁽²⁾: שיעורים ל-100,000 מתוקננים לגיל



* ממוצע נע לשלוש שנים.

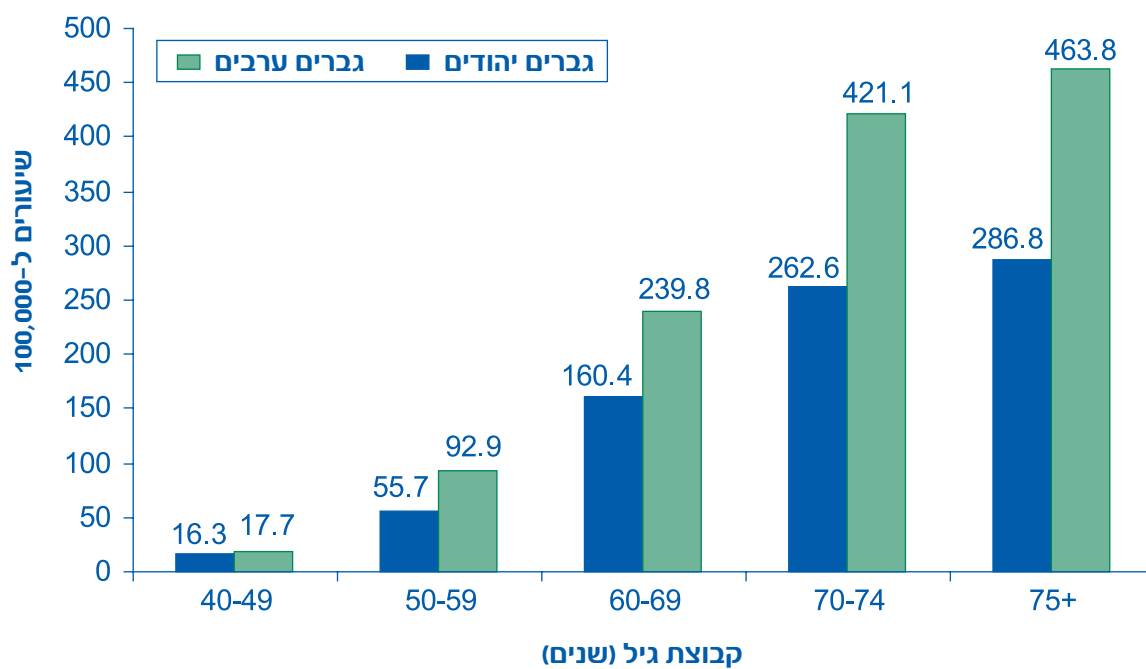
4.4.3 היארעות סרטן הריאה לפי מין, גיל וקבוצת אוכלוסייה

בתרשים 35 מוצגים שיעורי היארעות סרטן הריאה לפי מין, גיל וקבוצת אוכלוסייה⁽²⁾. גם באוכלוסייה היהודית וגם באוכלוסייה הערבית שיעורי ההיארעות בגברים גבוהים באופן ניכר משיעורי ההיארעות בנשים, בכל קבוצות הגיל (תרשים 35)⁽²⁾. בגברים, ההיארעות גבוהה יותר באופן עקבי בקבוצות הגיל המבוגרות יותר, כאשר בכל קבוצות הגיל שיעורי ההיארעות גבוהים יותר בקרב ערבים מאשר יהודים. תופעה זאת הינה יוצאת דופן בהשוואה לרוב המוחלט של מחלות הסרטן, ששיעוריהן גבוהים ביהודים בהשוואה לערבים. בשתי קבוצות האוכלוסייה, השיעור הגבוה ביותר נמצא בבני 75 שנים ומעלה, כשהשיעור בגברים ערבים (463.8 ל-100,000) היה גבוה פי 1.6 מהשיעור שנצפה בגברים יהודים באותה קבוצת גיל (286.8 ל-100,000) (תרשים 35)⁽²⁾.

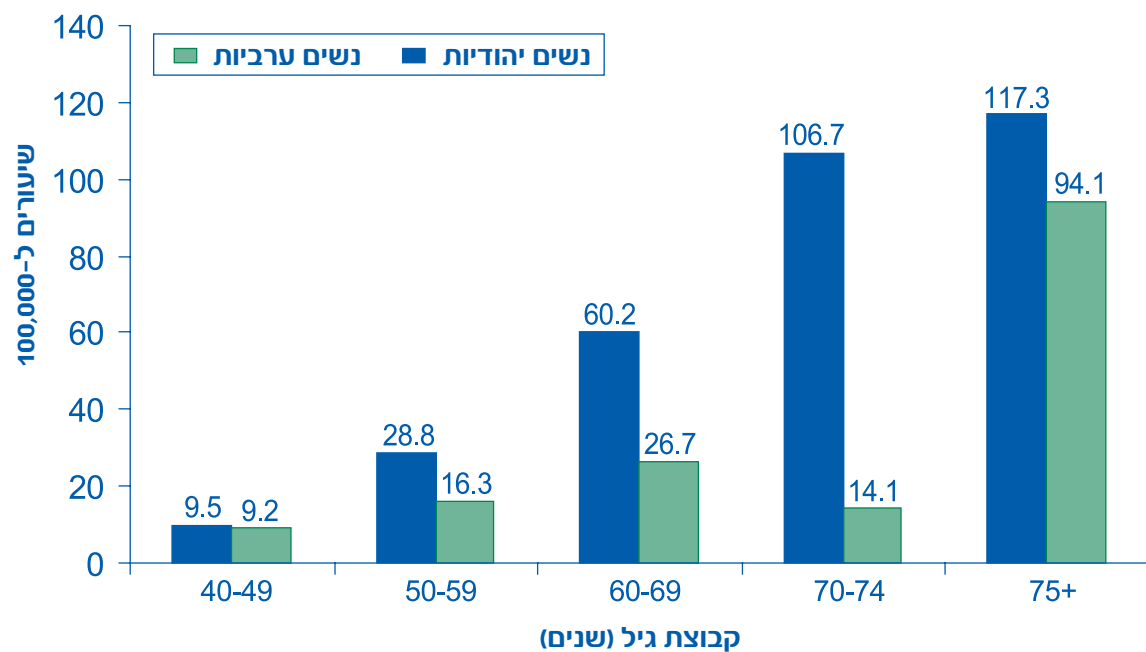
בקרב נשים, שיעורי ההיארעות של סרטן הריאה ביהודיות גבוהים מהשיעורים שנצפו בערביות בכל קבוצות הגיל. בנשים יהודיות, בדומה לגברים, נצפתה מגמה של עלייה בשיעורי ההיארעות עם העלייה בגיל, עד שיעור מרבי של 117.3 ל-100,000 בקבוצת הגיל 75 שנים ומעלה. בנשים ערביות, העלייה בשיעורי ההיארעות נצפית באופן רציף עד גיל 69 שנים; בקבוצת הגיל 70-74 שנים חלה ירידה בהיארעות ובבנות 75 שנים ומעלה נצפה שיעור ההיארעות המרבי (94.1 מקרים ל-100,000) (תרשים 35)⁽²⁾. קרוב לוודאי כי חוסר היציבות בשיעורים בקרב הנשים הערביות נובע ממספרים קטנים של מקרים בתת-קבוצות הגיל.

תרשים 35: היארעות סרטן הריאה לפי מין, גיל וקבוצת אוכלוסייה, 2006⁽²⁾: שיעורים ל-100,000

גברים



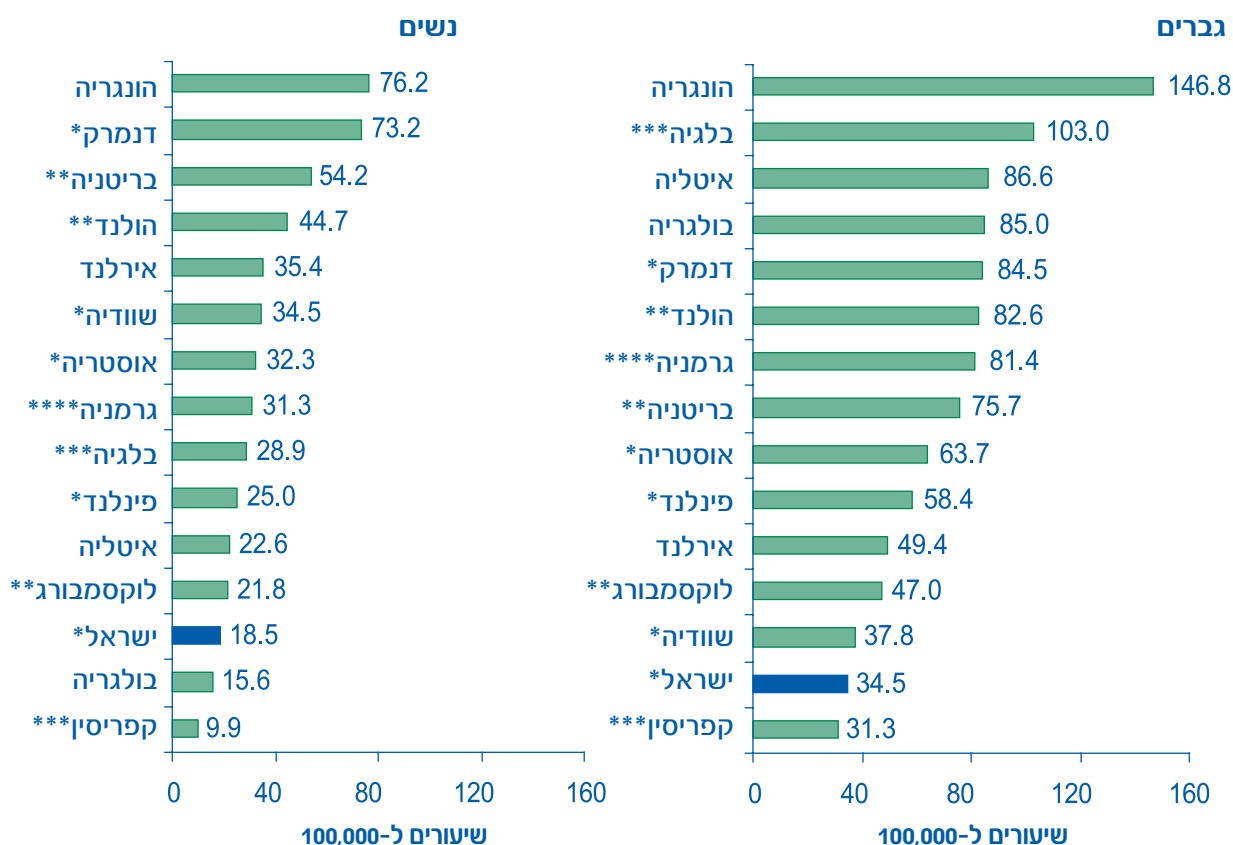
נשים



4.4.4 היארעות סרטן הריאה: השוואה בין-לאומית

בהשוואה למדינות אירופה, שיעורי ההיארעות של סרטן הריאה בישראל הינם נמוכים⁽⁴⁾. בתרשים 36 מוצגים שיעורי ההיארעות של סרטן הריאה בקרב גברים ונשים בישראל ובמדינות נבחרות מהאיחוד האירופי, מהשנים העדכניות ביותר עבורן היה מידע⁽⁴⁾. מהתרשים ניתן לראות כי שיעורי ההיארעות של סרטן הריאה בגברים ובנשים בישראל נמוכים בהשוואה למדינות אחרות. הגברים הישראלים ממוקמים במקום ה-14 עם שיעור של 34.5 מקרים ל-100,000 (במקומות הראשונים נמצאות הונגריה, בלגיה ואיטליה עם שיעורים של 146.8, 103.0, ו-86.6 ל-100,000, בהתאמה). הנשים הישראליות ממוקמות במקום ה-13 עם שיעור של 18.5 ל-100,000 (במקומות הראשונים נמצאות הונגריה, דנמרק ובריטניה עם שיעורים של 76.2, 73.2, ו-54.2 ל-100,000, בהתאמה). כמו כן, ניתן לראות כי שיעורי ההיארעות בגברים גבוהים משיעורי ההיארעות בנשים בכל המדינות (תרשים 36)⁽⁴⁾. נציין כי השיעורים אינם מתוקננים לגיל.

תרשים 36: היארעות סרטן הריאה בישראל ובמדינות נבחרות באיחוד האירופי, 2008⁽⁴⁾: שיעורים ל-100,000



השיעורים אינם מתוקננים לגיל.

* נתונים משנת 2007, השנה העדכנית ביותר בה היו נתונים עבור מדינה זו.

** נתונים משנת 2006, השנה העדכנית ביותר בה היו נתונים עבור מדינה זו.

*** נתונים משנת 2005, השנה העדכנית ביותר בה היו נתונים עבור מדינה זו.

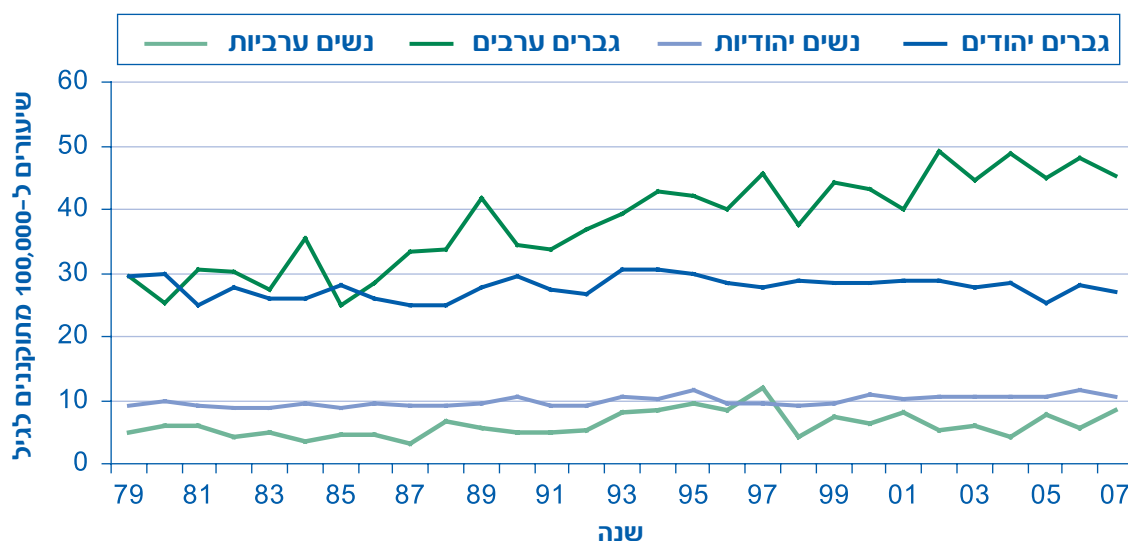
**** נתונים משנת 2004, השנה העדכנית ביותר בה היו נתונים עבור מדינה זו.

4.4.5 מגמות בתמותה מסרטן הריאה לפי מין וקבוצת אוכלוסייה

בטרשים 37 מוצגים שיעורי התמותה מסרטן הריאה, בשתי קבוצות האוכלוסייה⁽¹⁾. הן ביהודים והן בערבים, שיעורי התמותה מסרטן הריאה היו גבוהים בגברים משיעורי התמותה בנשים. למעט בגברים יהודים, שבהם נצפית ירידה קלה בתמותה עם השנים, בכל שאר הקבוצות (גברים ערבים, נשים יהודיות ונשים ערביות) נצפית מגמה של עלייה בשיעורי התמותה עם השנים (טרשים 37)⁽¹⁾. בגברים יהודים, שיעור התמותה מסרטן ריאה ירד ב-8.5%, מערך של 29.4 פטירות ל-100,000 בשנת 1979 ל-26.9 ל-100,000 בשנת 2007. לעומת זאת, בגברים ערבים התרחשה עלייה של 68.4% בשיעורי התמותה מסרטן ריאה באותה תקופה, משיעור של 26.9 ל-100,000 בשנת 1979, ל-45.3 ל-100,000 בשנת 2007. בשנת 1986, שיעור התמותה מסרטן הריאה בגברים ערבים (28.3 ל-100,000) עלה על השיעור בגברים יהודים (26.1 ל-100,000), מגמה שנמשכת עד היום (טרשים 37)⁽¹⁾.

בקרב נשים נצפתה עלייה בשיעורי התמותה מסרטן הריאה: ביהודיות, שיעור התמותה עלה ב-15.1% (מ-9.3 ל-10.7 פטירות ל-100,000, ב-1979 וב-2007, בהתאמה); בנשים ערביות נצפתה עלייה של 71.4% (מ-4.9 ל-8.4 פטירות ל-100,000, ב-1979 וב-2007, בהתאמה). לרוב, שיעורי התמותה מסרטן הריאה בקרב נשים יהודיות גבוהים מהשיעורים הנצפים בנשים ערביות (טרשים 37)⁽¹⁾.

טרשים 37: מגמות בתמותה מסרטן הריאה לפי מין וקבוצת אוכלוסייה, 1979-2007⁽¹⁾: שיעורים ל-100,000 מתוקננים לגיל



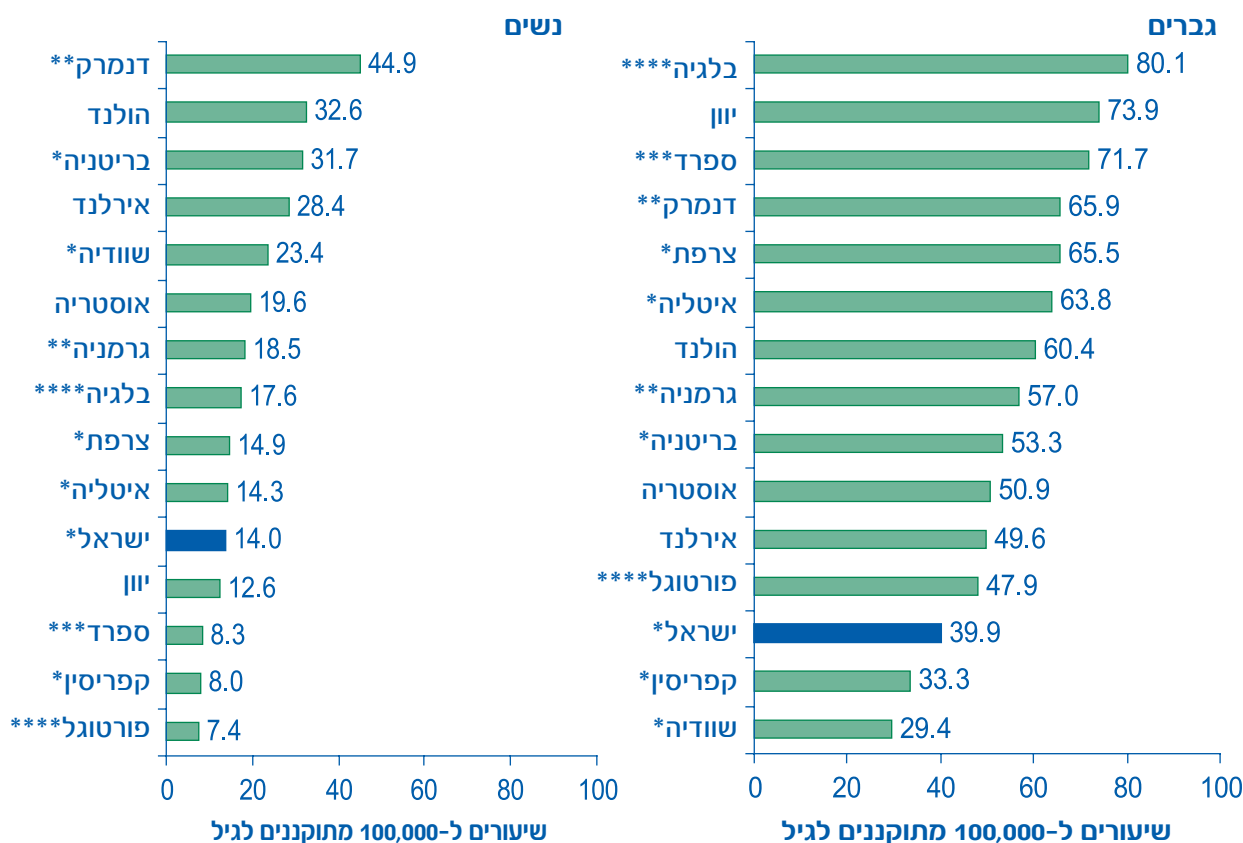
4.4.6 תמותה מסרטן הריאה: השוואה בין-לאומית

בדומה להיארעות סרטן הריאה, גם התמותה ממחלה זו בישראל נמוכה יחסית לרוב מדינות אירופה⁽⁴⁾. בקרב גברים, בלגיה נמצאת במקום הראשון, עם שיעור של 80.1 פטירות ל-100,000, ואחריה נמצאות יוון וספרד (73.9 ו-71.7 ל-100,000, בהתאמה). בקרב גברים בישראל, שיעור התמותה עמד על 39.9 ל-100,000 (מקום 13). בנשים בישראל נצפה שיעור תמותה נמוך יותר בהשוואה לגברים

(14.0 ל-100,000), אך הן היו ממוקמות במקום גבוה יותר (מקום 11) בהשוואה לנשים ממדינות אירופה. בקרב נשים, דנמרק נמצאת במקום הראשון, עם שיעור של 44.9 פטירות ל-100,000, ולאחריה הולנד ובריטניה (32.6 ו-31.7 ל-100,000, בהתאמה) (תרשים 38)⁽⁴⁾.

תרשים 38: תמותה מסרטן הריאה בישראל ובמדינות נבחרות באיחוד האירופי, 2008⁽⁴⁾: שיעורים

ל-100,000 מתוקננים* לגיל



שיעורים מתוקננים לאוכלוסיית אירופה.

* נתונים משנת 2007, השנה העדכנית ביותר בה היו נתונים עבור מדינה זו.

** נתונים משנת 2006, השנה העדכנית ביותר בה היו נתונים עבור מדינה זו.

*** נתונים משנת 2005, השנה העדכנית ביותר בה היו נתונים עבור מדינה זו.

**** נתונים משנת 2004, השנה העדכנית ביותר בה היו נתונים עבור מדינה זו.

4.4.7 הישרדות מסרטן הריאה

שיעורי ההישרדות (היחסית) מסרטן הריאה לפי מין וקבוצת אוכלוסייה (למעט נשים ערביות) לשנים 1990-2006 מוצגים בטבלה 6. שיעורי ההישרדות מסרטן הריאה בקרב גברים יהודים וגברים ערבים הינם דומים, ועומדים על ערך של 37.9% בתום שנה אחת מהאבחנה, ויורדים לערך של 14.7% ו-13.2% בגברים יהודים וערבים, בהתאמה, בתום 5 שנים מהאבחון. בנשים יהודיות, שיעורי ההישרדות בכל תקופה לאחר מועד האבחנה גבוהים מהשיעורים בגברים. שיעור ההישרדות בנשים בתום שנה מאבחנה הינו 49.8%, ו-5 שנים לאחר האבחנה השיעור יורד ל-22.6% (טבלה 6)⁽⁵⁾. שיעורי ההישרדות בקרב נשים ערביות אינם מוצגים כאן בשל מיעוט המקרים.

טבלה 6: שיעורי הישרדות יחסית של סרטן הריאה לפי מין וקבוצת אוכלוסייה, 1990-2006⁽⁵⁾: אחוזים

קבוצת אוכלוסייה			הישרדות ביחס למועד האבחנה
נשים יהודיות	גברים ערבים	גברים יהודים	
49.8	37.9	37.9	בתום שנה אחת
28.3	17.3	18.8	בתום 3 שנים
22.6	13.2	14.7	בתום 5 שנים

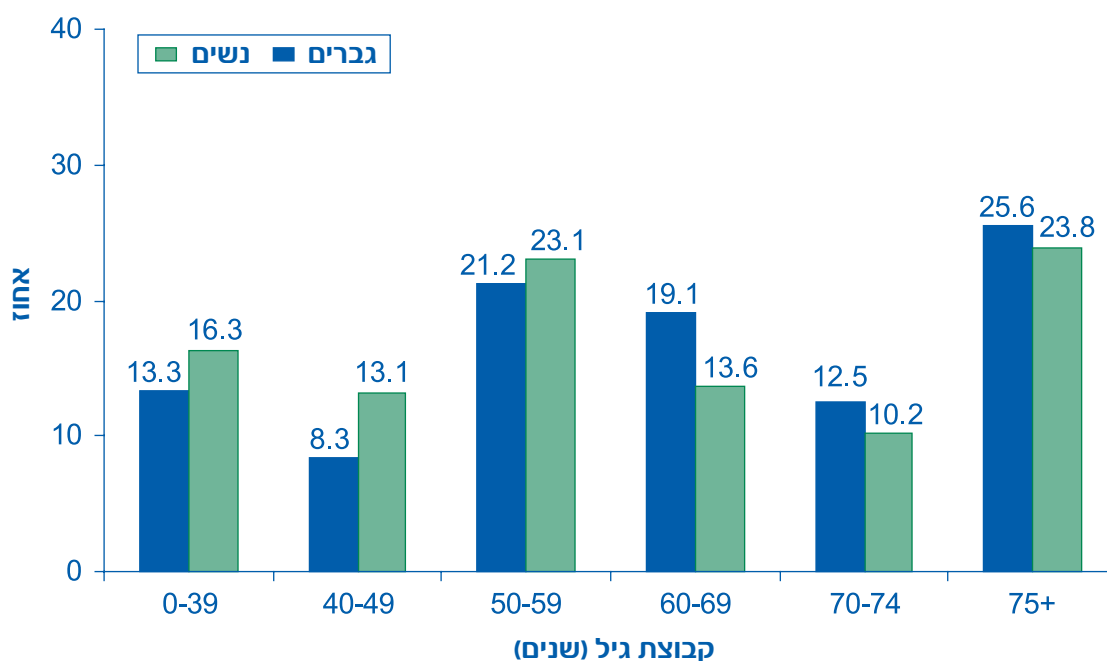
4.5 מלנומה

מלנומה היא הסרטן השביעי בשכיחותו בכלל האוכלוסייה (3.7% מכלל מחלות הסרטן באוכלוסייה), וכן בגברים (4.0% מכלל הגידולים הסרטניים בגברים), ובנשים (3.4% מכלל הגידולים הסרטניים בנשים). בשנת 2006 אובחנו 893 מקרים חדשים של מלנומה: 481 בגברים ו-412 בנשים⁽²⁾.

4.5.1 תחלואה במלנומה לפי גיל ומין

מחלה זו מופיעה בשכיחות ניכרת בכל קבוצות הגיל, כאשר עיקר התחלואה בגברים נצפית בגיל מבוגר יותר מאשר בנשים: 57.2% מכלל המקרים בגברים היו מעל גיל 60, בעוד שבנשים 47.6% מהמקרים היו מעל גיל 60. בנשים, קרוב ל-30% מהמקרים החדשים היו בבנות פחות מ-50, לעומת 21.6% מהגברים (תרשים 39)⁽²⁾.

תרשים 39: תחלואה במלנומה לפי גיל ומין, 2006⁽²⁾: אחוז מכלל המקרים החדשים



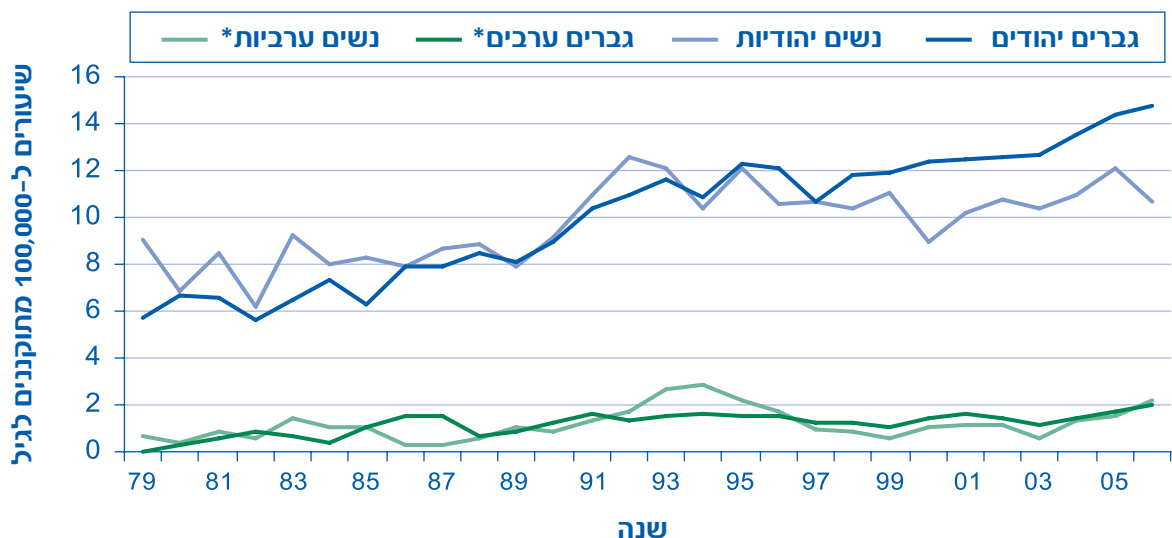
4.5.2 מגמות בהיארעות מלנומה לפי מין וקבוצת אוכלוסייה

לאורך כל התקופה שבין שנת 1979 לשנת 2007, שיעורי ההיארעות של מחלת המלנומה היו גבוהים משמעותית באוכלוסייה היהודית בהשוואה לאוכלוסייה הערבית. בעוד שבגברים השיעור הממוצע של מלנומה עמד על 1.2 ל-100,000, באוכלוסייה היהודית היה השיעור הממוצע 9.9 ל-100,000 (יחס יהודים לערבים: 8.3)⁽¹⁾.

באוכלוסייה היהודית, שיעורי ההיארעות של מלנומה, שלרוב היו דומים בגברים ובנשים עד אמצע שנות ה-90, עלו עם השנים. בגברים יהודים נצפתה עלייה מתמשכת בשיעורי ההיארעות, מ-5.8 מקרים ל-100,000 בשנת 1979 ל-14.8 ל-100,000 בשנת 2006 (עלייה של כ-155.2%). בנשים נצפתה עלייה של כ-37.4% עד שנות ה-90 המוקדמות (מ-9.1 מקרים ל-100,000 ב-1979, עד ל-12.5 ל-100,000 ב-1992), ולאחר מכן השיעורים התייצבו. בשנת 1998, שיעור ההיארעות של מלנומה בגברים יהודים (11.8 מקרים ל-100,000) עלה על השיעור בנשים יהודיות (10.4 מקרים ל-100,000), מגמה שנמשכת עד היום (תרשים 40)⁽²⁾. באוכלוסייה הערבית, שיעורי היארעות המלנומה היו נמוכים מאוד. עם זאת, נצפתה עלייה הדרגתית בשיעורי ההיארעות גם באוכלוסייה זו, הן בנשים והן בגברים (תרשים 40)⁽²⁾.

תרשים 40: מגמות בהיארעות מלנומה לפי מין וקבוצת אוכלוסייה, 1979-2006⁽²⁾: שיעורים

ל-100,000 מתוקננים לגיל



* ממוצע נע לשלוש שנים.

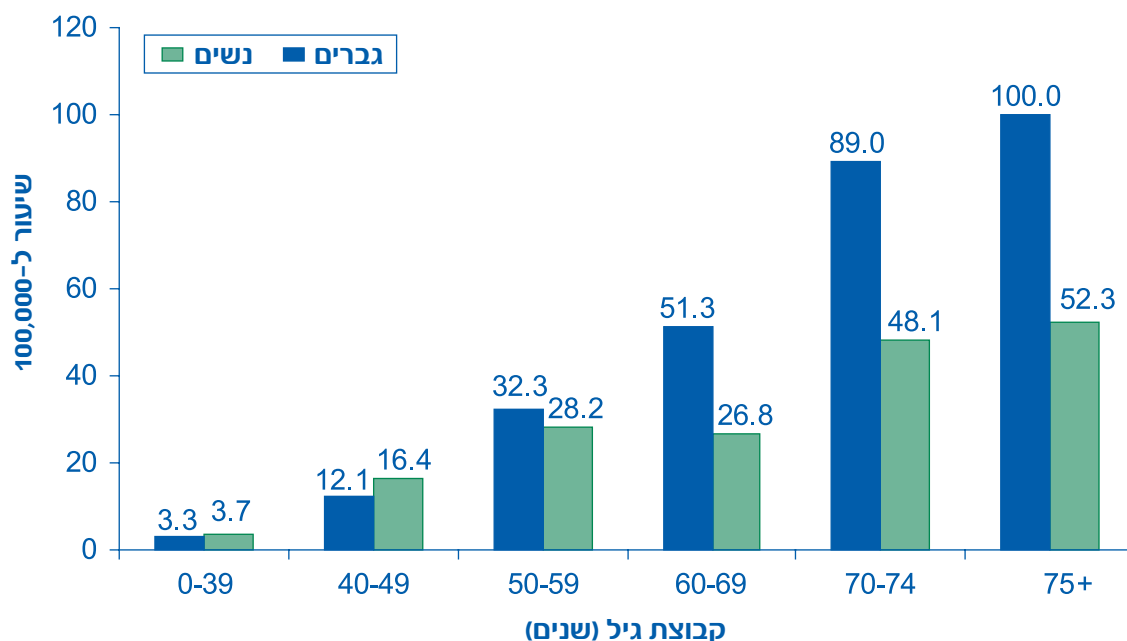
4.5.3 היארעות מלנומה לפי מין, גיל וקבוצת אוכלוסייה

מחלת המלנומה מופיעה בשכיחות גבוהה יותר באופן משמעותי באוכלוסייה היהודית בהשוואה לאוכלוסייה הערבית (טבלה 7)⁽²⁾. באוכלוסייה היהודית, עולה ההיארעות של מלנומה עם העלייה בגיל עד לערך מרבי בקבוצת הגיל בני 75 שנים ומעלה: 100.0 ל-100,000 בגברים יהודים, ו-52.3 ל-100,000 בנשים יהודיות. בגילאים הצעירים יותר (קבוצות הגיל 0-39 ו-40-49 שנים) השיעורים גבוהים מעט יותר בנשים בהשוואה לגברים. מגיל 50 ואילך מגמה זו מתהפכת ונצפים שיעורים גבוהים יותר בגברים בהשוואה לנשים (תרשים 41)⁽²⁾. שיעורי היארעות מלנומה באוכלוסייה הערבית לפי מין וגיל אינם מוצגים בשל מיעוט המקרים⁽²⁾.

טבלה 7: הארעות מלנומה לפי קבוצת גיל וקבוצת אוכלוסייה, 2006⁽²⁾: שיעורים ל-100,000

קבוצת גיל	קבוצת אוכלוסייה		יחס שיעורים ערבים/יהודים
	יהודים	ערבים	
0-39	3.31	0	-
40-49	12.14	2.94	4.13
50-59	32.26	2.73	11.82
60-69	51.30	13.57	3.78
70-74	89.02	0	-
75+	100.00	14.49	6.90

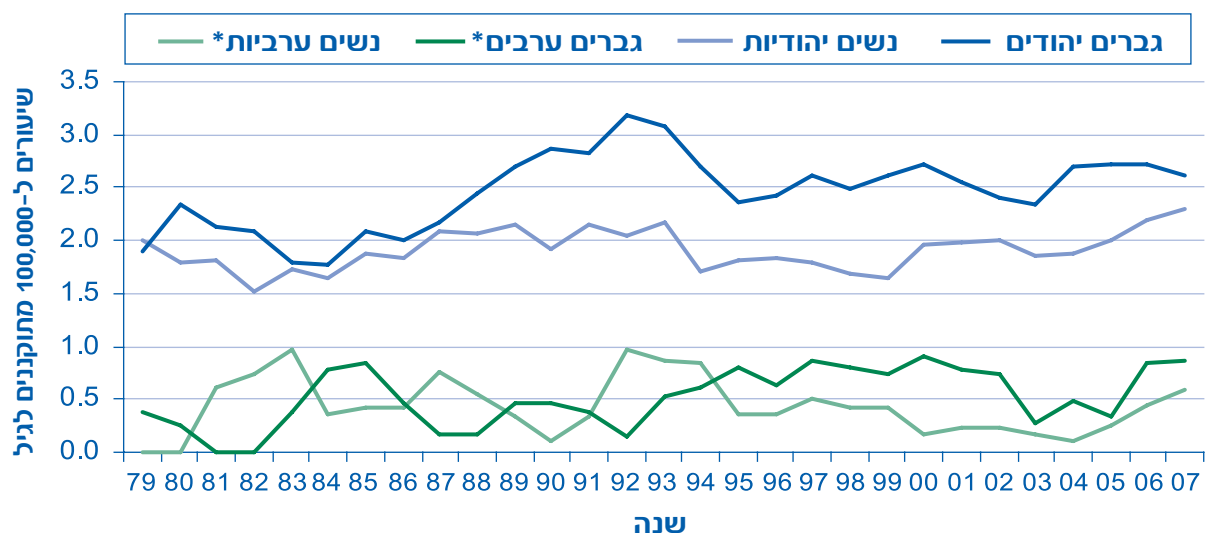
תרשים 41: הארעות מלנומה לפי מין וקבוצת גיל באוכלוסייה היהודית, 2006⁽²⁾: שיעורים ל-100,000



4.5.4 מגמות בתמותה ממלנומה לפי מין וקבוצת אוכלוסייה

בתרשים 42 מוצגים שיעורי התמותה ממלנומה בין השנים 1979 ל-2007, לפי מין וקבוצת אוכלוסייה⁽¹⁾. בשתי קבוצות האוכלוסייה, שיעורי התמותה ממלנומה היו נמוכים, כאשר השיעורים באוכלוסייה היהודית היו גבוהים מהשיעורים באוכלוסייה הערבית⁽¹⁾. שיעור התמותה הממוצע היה 2.2 פטירות ל-100,000 באוכלוסייה היהודית ו-0.4 פטירות ל-100,000 באוכלוסייה הערבית (תרשים 42)⁽¹⁾. באוכלוסייה היהודית נצפתה מגמת עלייה בשיעורי התמותה (עלייה של 37.7% בגברים ו-15.0% בנשים)⁽¹⁾.

תרשים 42: מגמות בתמותה ממלנומה לפי מין וקבוצת אוכלוסייה, 1979-2007⁽¹⁾: שיעורים ל-100,000 מתוקננים לגיל



* ממוצע נע לשלוש שנים.

4.5.5 תמותה ממלנומה: השוואה בין-לאומית

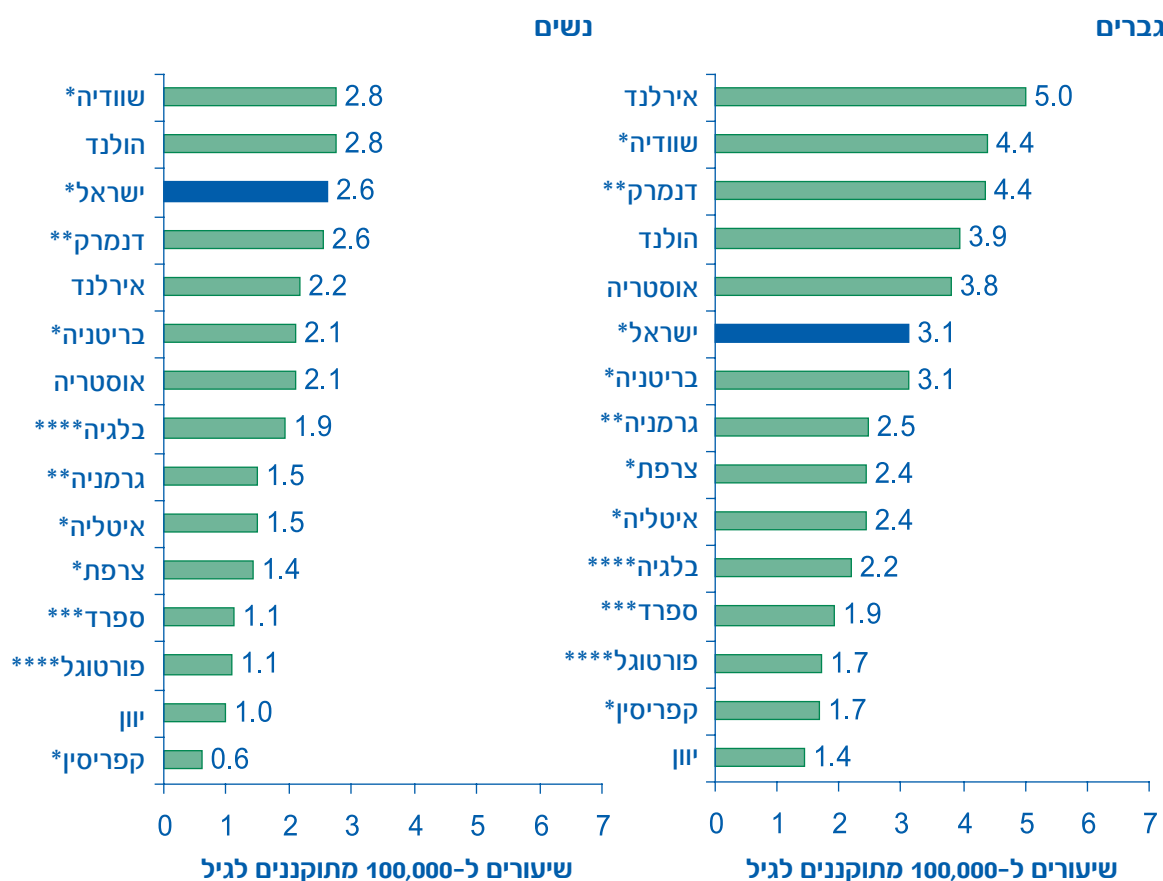
בהשוואה למדינות נבחרות באזור אירופה, התמותה ממלנומה בישראל גבוהה יחסית, במיוחד בנשים⁽⁴⁾. בקרב גברים, אירלנד ממוקמת במקום הראשון, עם שיעור של 5.0 פטירות ל-100,000; במקום השני נמצאות שוודיה ודנמרק עם שיעור של 4.4 פטירות ל-100,000, כל אחת; ובמקום השלישי הולנד עם שיעור של 3.9 ל-100,000. גברים בישראל ממוקמים במקום החמישי (יחד עם בריטניה) עם שיעור של 3.1 פטירות ל-100,000 (תרשים 43)⁽⁴⁾.

בנשים, שוודיה והולנד נמצאות במקום הראשון, עם שיעור של 2.8 פטירות ל-100,000, כל אחת; ובמקום השני (יחד עם דנמרק) נמצאת ישראל עם שיעור של 2.6 פטירות ל-100,000; במקום השלישי מצויה אירלנד עם שיעור של 2.2 פטירות ל-100,000 (תרשים 43)⁽⁴⁾.

בישראל, כמו במדינות אירופה, שיעורי התמותה ממלנומה הינם גבוהים יותר בגברים בהשוואה לנשים (תרשים 43)⁽⁴⁾.

תרשים 43: תמותה ממלנומה בישראל ובמדינות נבחרות באיחוד האירופי, 2008⁽⁴⁾:

שיעורים ל-100,000 מתוקננים* לגיל



שיעורים מתוקננים לאוכלוסיית אירופה.

* נתונים משנת 2007, השנה העדכנית ביותר בה היו נתונים עבור מדינה זו.

** נתונים משנת 2006, השנה העדכנית ביותר בה היו נתונים עבור מדינה זו.

*** נתונים משנת 2005, השנה העדכנית ביותר בה היו נתונים עבור מדינה זו.

**** נתונים משנת 2004, השנה העדכנית ביותר בה היו נתונים עבור מדינה זו.

5. ביבליוגרפיה

1. הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. קובץ סיבות המוות, 2007.
2. רישום הסרטן הלאומי 2006, המרכז הלאומי לבקרת מחלות, משרד הבריאות.
3. סרטן בישראל - מגמות בהיארעות ובתמותה, 1982-2002. המרכז הלאומי לבקרת מחלות, פרסום 310, 2008.
4. European Health for All Database (HFA-DB). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010.
5. הישרדות חולים במחלות ממאירות בישראל, עדכון אוקטובר 2009, רישום הסרטן הלאומי בישראל.
6. מניעה וגילוי מוקדם של מחלות הסרטן, חוזר המנהל הכללי 25/05, 2005, משרד הבריאות.
7. סקר בריאות לאומי בישראל INHIS-2 2007-2008. המרכז הלאומי לבקרת מחלות, פרסום 331 (טרם פורסם).
8. סקר בריאות לאומי בישראל INHIS-1 2003-2004 במסגרת פרויקט EUROHIS של ארגון הבריאות העולמי, אזור אירופה. המרכז הלאומי לבקרת מחלות, פרסום 249, 2006.
9. מרום ד. סקר ארצי על בריאות נשים בישראל. המרכז הלאומי לבקרת מחלות, משרד הבריאות, 1998.

נקודות עיקריות

כללי

- היארעות מחלת הסוכרת נמצאת במגמת עלייה עקבית, בישראל ובעולם.
- בשנת 2007 היוותה סוכרת סיבת המוות הרביעית בישראל. 5.7% ממקרי התמותה בגברים ו-6.5% ממקרי התמותה בנשים יוחסו לסוכרת.

סוכרת מסוג 1 בבני 0-17 שנים : ממצאים מרישום הסוכרת

- בשנים 2008-2009 דווחו לרישום הסוכרת 652 מקרי סוכרת מסוג 1. שיעור ההיארעות היה 12.5 ל-100,000.
- שיעור ההיארעות היה גבוה יותר בבנים (13.9 ל-100,000) מאשר בבנות (11 ל-100,000).
- שיעור ההיארעות הגבוה ביותר נמצא בבני 10-14 שנים.
- שיעור ההיארעות היה גבוה יותר באוכלוסייה היהודית (13.5 ל-100,000) מאשר באוכלוסייה הערבית (9.8 ל-100,000).
- בין השנים 1997-2009 עלו שיעורי ההיארעות של סוכרת מסוג 1, מ-8 ל-100,000 ל-12.5 ל-100,000.

סוכרת מסוג 2: נתוני הימצאות מסקר INHIS-2 2007-2008

- על פי סקר INHIS-2 מהשנים 2007-2008, 7.6% מהאוכלוסייה בני 21 שנים ומעלה דיווחו על סוכרת שאובחנה על ידי רופא: 8.1% מהגברים ו-7.2% מהנשים.
- בגברים, השיעור הגבוה ביותר דווח בבני 65-74 שנים (26%). בנשים, השיעורים הגבוהים ביותר דווחו בבנות 64-75 שנים ו-75 שנים ומעלה (22.4% ו-22.2%, בהתאמה).
- בכל קבוצות הגיל, פרט לבני 75 שנים ומעלה, שיעורי הסוכרת היו גבוהים יותר בגברים מאשר בנשים.

נתוני הימצאות מסקר KAP 2008

- על פי סקר KAP מהשנים 2008-2009, 8.3% מהאוכלוסייה בני 21 שנים ומעלה דיווחו על סוכרת שאובחנה על ידי רופא: 8.5% בגברים ו-8% בנשים.

נתוני הימצאות מסקר בריאות 2009 - הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה

- על פי סקר בריאות לאומי שנערך ע"י הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה בשנת 2009, שיעור הדיווח על סוכרת שאובחנה על ידי רופא בבני 25 שנים ומעלה היה 8.5%. בגברים, 8.4% ובנשים, 8.7%.

השוואה בין-לאומיות

- בהשוואה עם נתוני מדינות ה-OECD משנת 2009, שיעור ההימצאות של סוכרת המתוקן לגיל בישראל ממוקם במקום ביניים.

תמותה מסוכרת

- בשנת 2007, נפטרו 2,444 איש מסוכרת (1,134 גברים ו-1,310 נשים).
- שיעורי התמותה המתוקנים לגיל היו: בגברים יהודים, 27.6 ל-100,000; בנשים יהודיות, 21.5 ל-100,000; בגברים ערבים, 61.3 ל-100,000; ובנשים ערביות, 60.4 ל-100,000.
- בין השנים 1997-2007, ירדו שיעורי התמותה מסוכרת ביהודים, בכ-23% בגברים ובכ-30% בנשים.
- בין השנים 1997-2007, עלו שיעורי התמותה מסוכרת בערבים, בכ-5% בגברים ובכ-4% בנשים.

1. רקע

בישראל, כמו במדינות אחרות, סוכרת היא בין המחלות הכרוניות השכיחות ביותר, המהווה נטל כבד על מערכת הבריאות, על החולה ועל משפחתו. היארעות הסוכרת נמצאת במגמת עלייה עקבית בארץ כמו גם בעולם, ועל פי אומדנים, מספר החולים בעולם צפוי להגיע בשנת 2030 לכ-439 מיליון⁽¹⁾. בשנת 2007 היוותה סוכרת סיבת המוות הרביעית בישראל. בשנה זו, 5.7% מהתמותה בגברים ו-6.5% מהתמותה בנשים יוחסו לסוכרת⁽²⁾ (ראה: פרק סיבות מוות). חולי סוכרת נתונים בסיכון יתר לפתח מגוון רחב של סיבוכים ומחלות כרוניות הכרוכות במוגבלות, כגון מחלת לב כלילית, שבץ מוחי, מחלת כלי דם היקפית, פגיעה בעיניים העלולה לגרום לעיוורון, ומחלת כליה סופנית⁽³⁾. בפרק זה יוצגו נתונים על סוכרת מסוג 1 ("סוכרת נעורים") ומסוג 2.

2. סוכרת מסוג 1

2.1 רקע

בשנת 1996 הוקם הרישום הלאומי להיארעות סוכרת מסוג 1 בגילאי 0-17 שנים. זהו פרי שיתוף הפעולה בין רופאים אנדוקרינולוגים מכל הארץ והמרכז הלאומי לבקרת מחלות. מטרת הרישום הן לעקוב אחר מגמות בהיארעות סוכרת מסוג 1 בקבוצת גיל זאת, לאפיין את אוכלוסיית החולים ולשמש בסיס מידע לביצוע מחקרים בתחום. משתתפים ברישום 19 מרכזים רפואיים המדווחים על מקרי סוכרת חדשים. הנתונים להלן מבוססים על דוח ממצאי הרישום לסוכרת לשנים 2008-2009 שהתפרסם בספטמבר, 2010⁽⁴⁾.

2.2 היארעות סוכרת מסוג 1, 2008-2009

בשנים 2008-2009 דווחו 609 מקרי סוכרת מסוג 1. שיעור ההיארעות הממוצע לשנים 2008-2009 היה 12.5 ל-100,000 (95% CI: 11.5-13.5). 609 מקרים (57%) היו בנים, ו-609 (43%), בנות. 579 (78.3%) היו יהודים ואחרים ו-579 (21.7%) היו ערבים. שיעורי הסוכרת היו גבוהים יותר בבנים (13.9 ל-100,000) מאשר בבנות (11 ל-100,000) (טבלה 1)⁽⁴⁾.

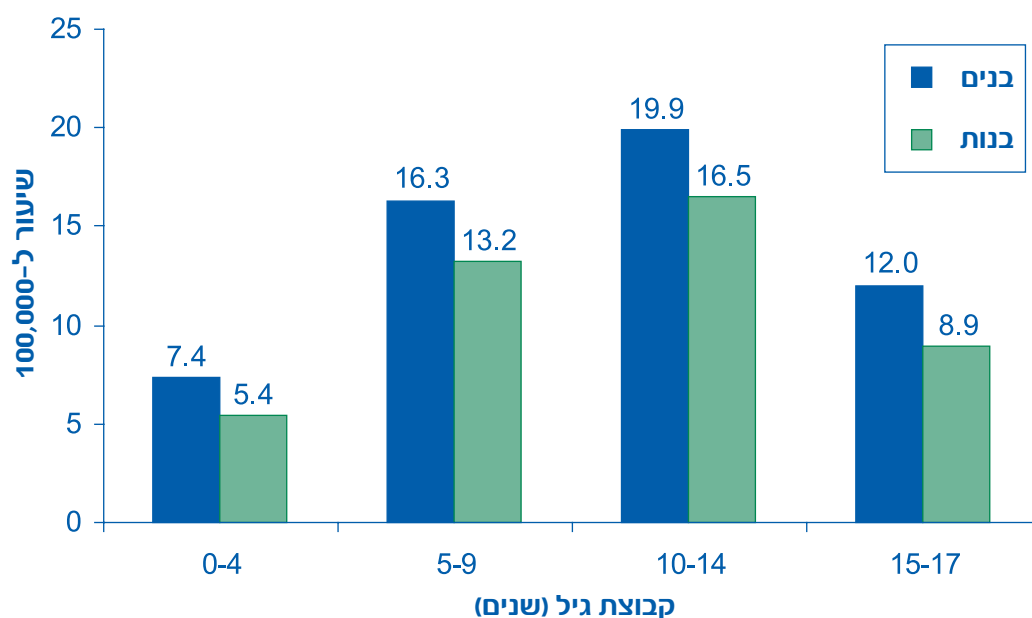
טבלה 1: היארעות סוכרת מסוג 1 בבני 0-17 שנים לפי מין, 2008-2009⁽⁴⁾: מספרים מוחלטים, אחוזים ושיעורים ל-100,000

מין	N (%)	שיעור ל-100,000	רווח בר סמך 95%
בנים	347 (57.0)	13.9	12.4-15.3
בנות	262 (43.0)	11.0	9.7-12.4
סה"כ	609 (100.0)	12.5	11.5-13.5

2.3 היארעות סוכרת מסוג 1 לפי מין וגיל

הגיל הממוצע בעת האבחון היה דומה בבנות (9.8 שנים) ובבנים (9.6 שנים). שיעורי ההיארעות עלו עם הגיל, הן בבנים והן בבנות, והגיעו לשיא בגילאי 10-14 שנים (19.9 ל-100,000 בבנים ו-16.5 ל-100,000 בבנות); ולאחר מכן, בגילאי 15-17 שנים, ירדו השיעורים. בכל קבוצות הגיל נרשמו שיעורים גבוהים יותר בבנים מאשר בבנות (תרשים 1)⁽⁴⁾.

תרשים 1: היארעות סוכרת מסוג 1 לפי מין וגיל, 2008-2009⁽⁴⁾: שיעורים ל-100,000



2.4 היארעות סוכרת מסוג 1 לפי קבוצת אוכלוסייה

שיעור ההיארעות של סוכרת מסוג 1 היה גבוה יותר באוכלוסייה היהודית (13.5 ל-100,000) מאשר באוכלוסייה הערבית (9.8 ל-100,000) ($p=0.0001$) (טבלה 2)⁽⁴⁾.

טבלה 2: היארעות סוכרת מסוג 1 לפי קבוצת אוכלוסייה, 2008-2009⁽⁴⁾: מספרים מוחלטים, אחוזים ושיעורים ל-100,000

קבוצת אוכלוסייה	N (%)	שיעור ל-100,000	רווח בר סמך 95%
יהודים ואחרים	477 (78.3)	13.5	12.3-14.7
ערבים	132 (21.7)	9.8	8.1-11.5
סה"כ	609 (100)	12.5	11.5-13.5

2.4 היארעות סוכרת מסוג 1 לפי יבשת מוצא של האב (יהודים)

כשני-שליש מהחולים (67.2%) היו ילדים לאבות ילידי ישראל. שיעורי ההיארעות הגבוהים ביותר היו בילדים שאביהם ממוצא אפריקה (21.9 ל-100,000) ואסיה (20.9 ל-100,000). השיעורים הנמוכים ביותר היו בילדים שאביהם ילידי ישראל או אמריקה (טבלה 3)⁽⁴⁾. שיעור היארעות גבוה (22.1 ל-100,000) נמצא בילדים שאביהם ממוצא אתיופי (19 ילדים; כ-40% מסך הילדים ממוצא אפריקה)⁽⁴⁾.

טבלה 3: היארעות סוכרת מסוג 1 לפי יבשת מוצא של האב (יהודים), 2008-2009⁽⁴⁾: מספרים מוחלטים, אחוזים ושיעורים ל-100,000

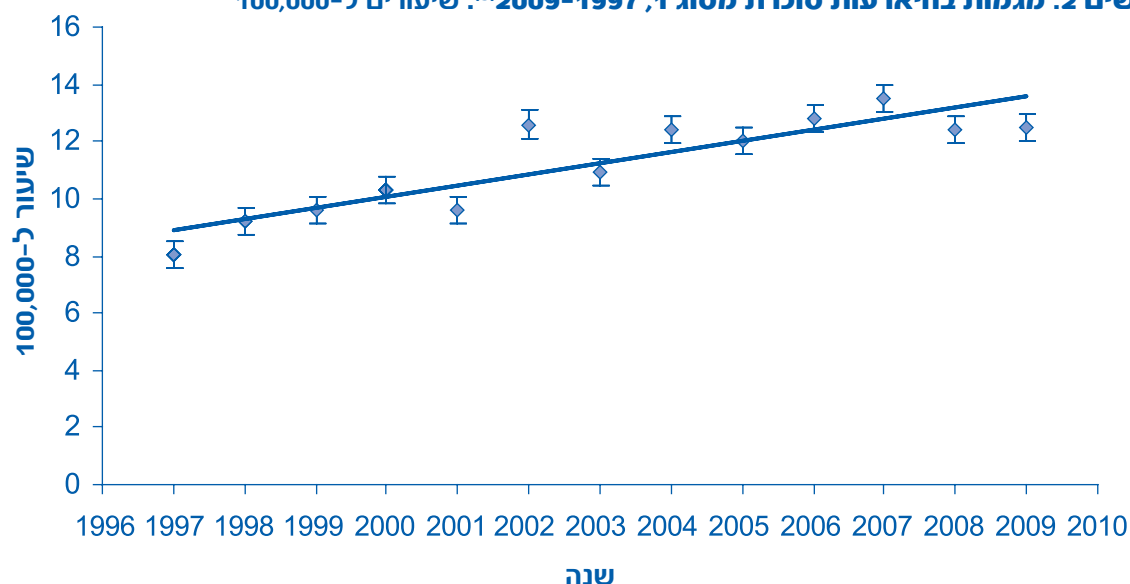
ארץ/יבשת מוצא	(%)	N	שיעור ל-100,000	רווח בר-סמך 95%
אפריקה*	10.2	47	21.9	15.6-28.1
אסיה	3.5	16	20.9	10.6-31.1
ברה"מ לשעבר	11.7	54	16.7	12.3-21.2
אירופה	4.8	22	16.4	9.5-23.2
ישראל	67.2	309	12.5	11.1-13.8
אמריקה	2.6	12	7.3	3.2-11.5
סה"כ	100.0	460	13.5	12.3-14.8

* מתוכם 40.4% ממוצא אתיופיה, שיעור ההיארעות בילדים יוצאי אתיופיה היה 22.1 ל-100,000 (95%CI 12.1-31.9).

2.5 מגמות בהיארעות סוכרת מסוג 1

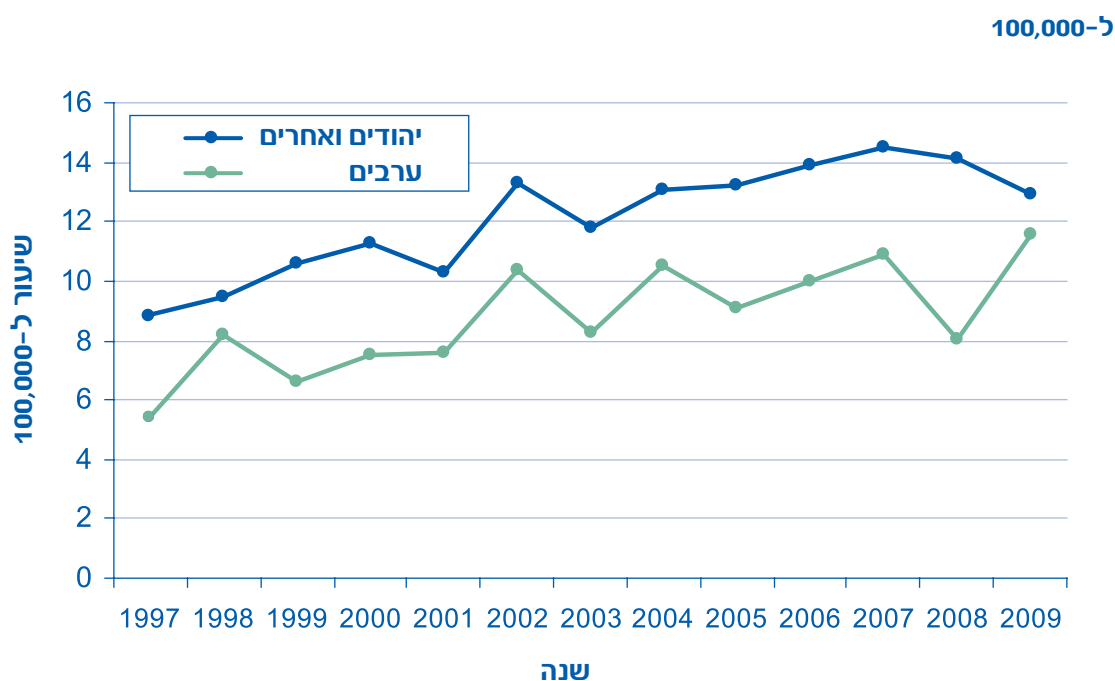
משנת 1997 (התחלת הרישום) ועד שנת 2009 נצפתה מגמת עליה בשיעורי ההיארעות של סוכרת מסוג 1 (תרשים 2); מ-8 ל-100,000 (95% CI 6.8-9.3) בשנת 1997 ל-12.5 ל-100,000 (95% CI 11.1-13.9) בשנת 2009. אחוז השינוי התקופתי במהלך השנים 1997-2009, ע"פ שיפוע קו הרגרסיה לתקופה זו הוא 44.8%⁽⁵⁾ (p=0.001).

תרשים 2: מגמות בהיארעות סוכרת מסוג 1, 1997-2009⁽⁵⁾: שיעורים ל-100,000



בין השנים 1997-2009 חלה עלייה בהיארעות סוכרת סוג 1 בשתי קבוצות האוכלוסייה, יהודים ואחרים וערבים (עלייה של 44.4% באוכלוסייה היהודית ושל 51.6% באוכלוסייה הערבית) (תרשים 3)⁽⁵⁾.

תרשים 3: מגמות בהיארעות סוכרת מסוג 1, לפי קבוצת אוכלוסייה, 1997-2009⁽⁵⁾: שיעורים



3. סוכרת מסוג 2

3.1 גורמי הסיכון לסוכרת מסוג 2

גורמי הסיכון העיקריים להתפתחות סוכרת מסוג 2, מעבר לגורמים גנטיים, הם גיל, עודף משקל או השמנה, וחוסר פעילות גופנית⁽⁶⁾. לנתונים לגבי גורמי סיכון אלו ראה פרק השמנה ופרק פעילות גופנית.

3.2 הימצאות סוכרת בישראל

עד כה, לא קיים רישום כולל של חולי סוכרת בסוג 2 בישראל. הנתונים המוצגים בפרק זה מקורם במספר סקרי אוכלוסייה, להלן.

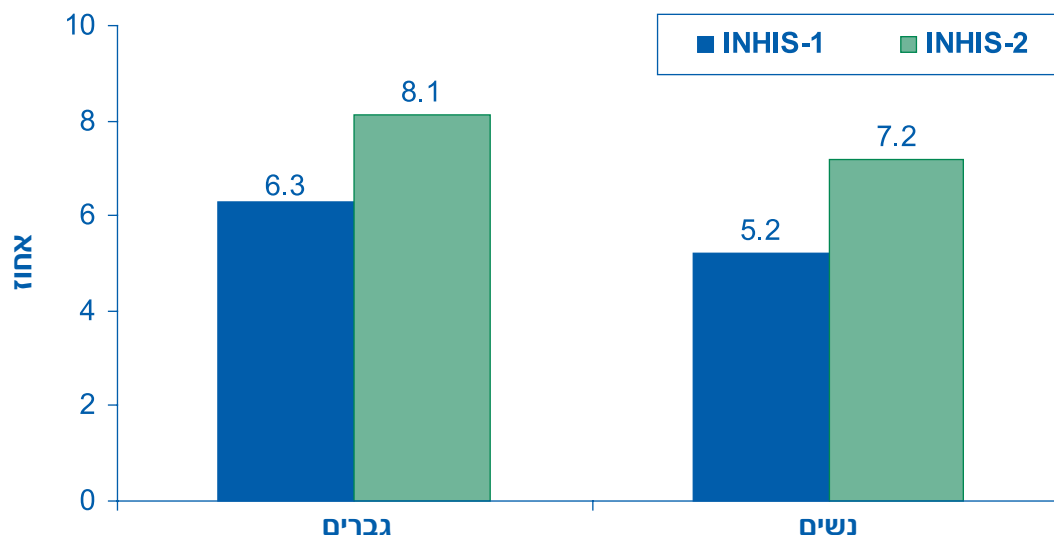
1. סקר בריאות לאומי בישראל INHIS-2 שנערך בשנים 2007-2008 על ידי המלב"ם. סקר זה התבסס על מדגם מייצג של 9,620 ישראלים, יהודים וערבים, בני 21 שנים ומעלה, וכלל ארבעה מודולים. בפרק זה מוצגים נתונים על כלל אוכלוסיית הסקר מגיל 21 ומעלה, מ-3 מודולים: בריאות נשים, שימוש בשירותי בריאות ומניעה (7,380 נשאלים), לפי מין, גיל וקבוצת אוכלוסייה⁽⁷⁾.
2. סקר ידע עמדות והתנהגות בריאותית (KAP) שנערך על ידי המלב"ם בשנים 2008-2009⁽⁸⁾ בשיתוף המחלקה לחינוך וקידום בריאות במשרד הבריאות. הסקר בוצע במדגם מייצג של 4,452 תושבים בני 18 ומעלה, בנושא ידע, עמדות והתנהגות בריאותית. הנתונים המוצגים בפרק זה מתייחסים לבני 21 ומעלה, לשם השוואה עם ממצאי סקר INHIS.
3. סקר בריאות 2009 שבוצע על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (למ"ס)⁽⁹⁾. בסקר נדגמו כ-9,000 משקי בית (המייצגים כ-29,000 נפש), והנתונים מבוססים על דיווחו של בן משפחה אחד שדיווח עבור עצמו וכן עבור כל דיירי הבית האחרים ("proxy").

3.2.1 נתונים מסקר INHIS-2 2008-2007

א. סוכרת בכלל האוכלוסייה

על פי סקר INHIS-2 מהשנים 2008-2007, 7.6% מהאוכלוסייה בני 21 ומעלה דיווחו על סוכרת שאובחנה על ידי רופא. 8.1% מהגברים ו-7.2% מהנשים במדגם דיווחו שאובחנה אצלם סוכרת⁽⁷⁾. זאת בהשוואה ל-6.3% מהגברים ו-5.2% מהנשים שדיווחו על אבחנה של סוכרת בסקר INHIS-1 שנערך 4 שנים קודם, בשנים 2004-2003⁽¹⁰⁾ (תרשים 4)^(10,7). נתונים אלה מהווים עלייה של כ-29% בגברים ו-39% בנשים⁽⁷⁾.

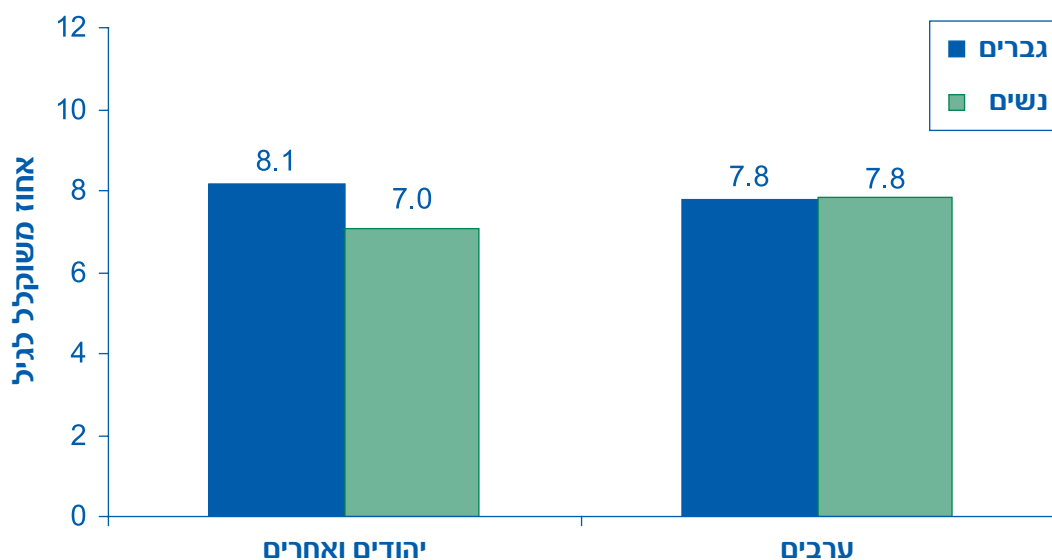
תרשים 4: הימצאות סוכרת מאובחנת ע"י רופא, סקר INHIS-1 2004-2003 וסקר INHIS-2 2008-2007^(10,7): אחוזים משוקלל לגיל וקבוצת אוכלוסייה



ב. סוכרת לפי קבוצת אוכלוסייה ומין

באוכלוסייה היהודית, שיעור הסוכרת היה גבוה מעט בגברים לעומת נשים (8.1% ו-7%, בהתאמה). באוכלוסייה הערבית, השיעור היה זהה בגברים ובנשים: 7.8% (תרשים 5)⁽⁷⁾.

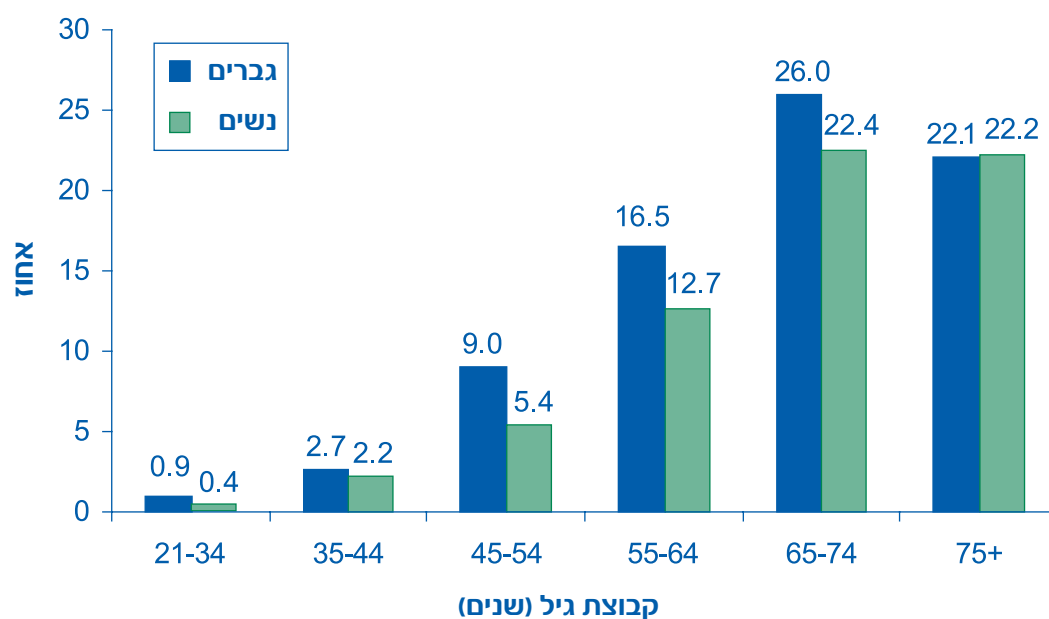
תרשים 5: הימצאות סוכרת מאובחנת ע"י רופא, 2007-2008⁽⁷⁾: אחוזים משוקללים לגיל



ג. סוכרת לפי מין וגיל

בגברים, שיעורי הסוכרת עלו עם הגיל עד לשיא של 26% בקבוצת הגיל 65-74 שנים, ובבני 75 שנים ומעלה השיעור היה מעט נמוך יותר: 22.1%. בנשים, השיעורים עלו עם הגיל עד קבוצת הגיל 65-74 שנים (22.4%), והשיפור היה דומה בקבוצת הגיל המרכזית ביותר. בכל קבוצות הגיל, פרט לבני 75 שנים ומעלה, שיעורי הסוכרת היו גבוהים יותר בגברים מאשר בנשים (תרשים 6)⁽⁷⁾.

תרשים 6: הימצאות סוכרת מאובחנת ע"י רופא, לפי גיל ומין, 2007-2008⁽⁷⁾: אחוזים



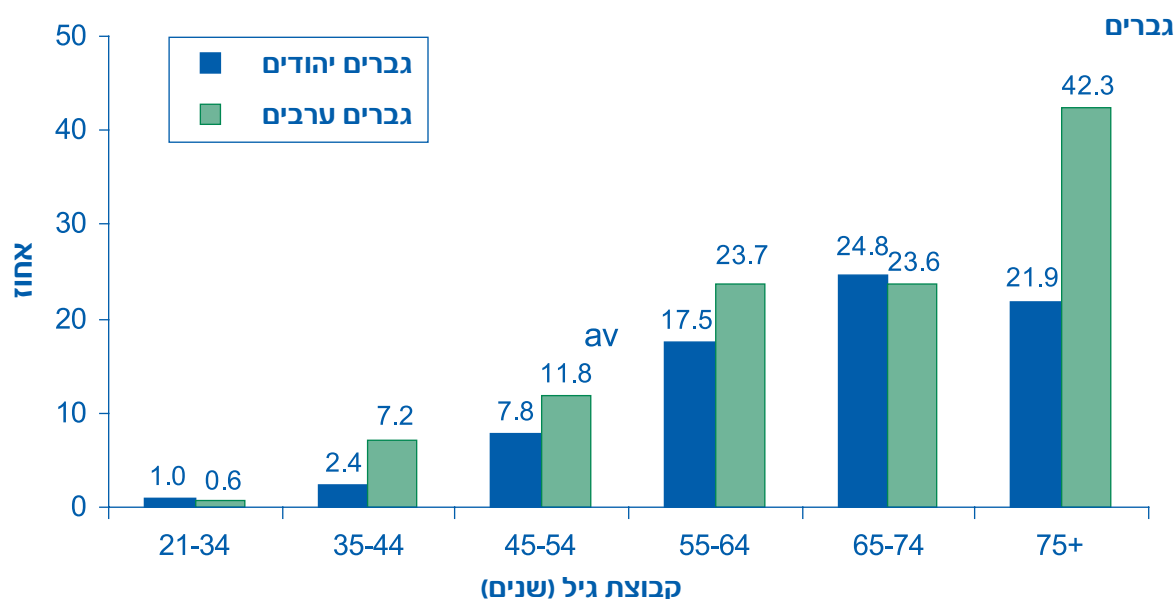
ד. סוכרת לפי מין, גיל וקבוצת אוכלוסייה

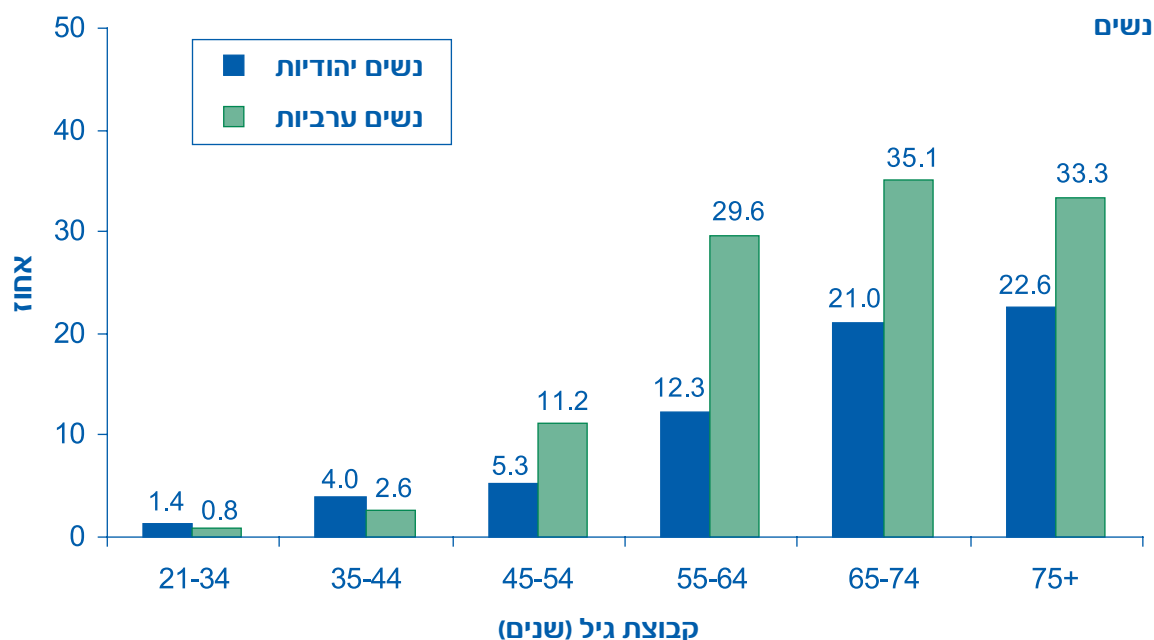
על פי ממצאי סקר INHIS-2, התחלואה בסוכרת מתבטאת בצורה שונה לפי גיל, בקרב יהודים וערבים⁽⁷⁾. בגברים יהודים, שיעורי הסוכרת היו נמוכים בקבוצות הגיל הצעירות (עד 35-44 שנים) ולאחר מכן עלו השיעורים בצורה עקבית עד לשיא של 24.8% בבני 74-65 שנים. בקרב בני 75 שנים ומעלה השיעור היה מעט נמוך יותר (21.9%). בגברים ערבים, השיעורים עלו עלייה ניכרת כבר בגילאי 35-44 שנים, ובבני 55-64 שנים הגיע השיעור ל-23.7%. בבני 74-65 שנים לא היה שינוי בשיעורים, ובבני 75 שנים ומעלה עלה השיעור לשיא: 42.3%. השיעורים היו גבוהים בקרב ערבים מאשר ביהודים בכל הגילאים, למעט בבני 74-65 שנים. הפער הגדול ביותר הוא בבני 75 שנים ומעלה (42.3% בערבים לעומת 21.9% ביהודים) (תרשים 7)⁽⁷⁾.

בקרב נשים יהודיות, השיעורים עלו בעקביות עם הגיל לשיא של 22.6% בבנות 75 שנים ומעלה. בנשים ערביות, נצפתה עלייה חדה יותר עם הגיל, בגילאים צעירים יותר. בבנות 45-54 שנים הגיע השיעור ל-11.2%, ובבנות 64-55 שנים, ל-29.6% (לעומת 12.3% ביהודיות). בבנות 75 ומעלה הייתה התייצבות, והשיעור עמד על 33.3%. מקבוצת הגיל 54-45 שנים ואילך, שיעורי הסוכרת היו גבוהים בצורה ניכרת בנשים ערביות מאשר ביהודיות (תרשים 7)⁽⁷⁾.

ביהודים, השיעורים היו דומים בגברים ונשים במרבית קבוצות הגיל. בערבים, לעומת זאת, השיעורים היו גבוהים יותר בנשים לעומת גברים בגילאי 64-55 שנים, ובצורה בולטת יותר, בבני 74-65 שנים. בבני 75 שנים ומעלה, השיעורים היו גבוהים בגברים לעומת נשים (42.3% ו-33.3%, בהתאמה) (תרשים 7).

תרשים 7: הימצאות סוכרת מאובחנת ע"י רופא, לפי גיל, קבוצת אוכלוסייה ומין, 2007-2008⁽⁷⁾: אחוזים





3.2.2 נתוני סוכרת מסקר KAP 2008

על פי סקר KAP מהשנים 2008-2009, 8.3% מהאוכלוסייה בני 21 שנים ומעלה דיווחו על סוכרת שאובחנה על ידי רופא. 8.5% מהגברים במדגם ו-8% מהנשים דיווחו שאובחנה אצלם סוכרת⁽⁸⁾. זאת בהשוואה ל-8.1% מהגברים ו-7.2% מהנשים שדיווחו על אבחנה של סוכרת בסקר INHIS-2 שנערך כשנה קודם, בשנים 2007-2008⁽⁷⁾ (ראה טבלה 4)^(9,8,7).

3.2.3 נתוני סוכרת מסקר בריאות 2009 - הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה

על פי סקר בריאות לאומי שנערך ע"י הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה בשנת 2009, שיעור הדיווח על סוכרת שאובחנה על ידי רופא בקרב בני 25 שנים ומעלה היה 8.5%. השיעור בגברים היה 8.4%, ובנשים, 8.7%⁽⁹⁾. לשם השוואה, הנתונים משלושת הסקרים מוצגים בטבלה 4, להלן.

טבלה 4: סוכרת מאובחנת ע"י רופא (דיווח עצמי) בסקר INHIS-2 2008-2007⁽⁷⁾,

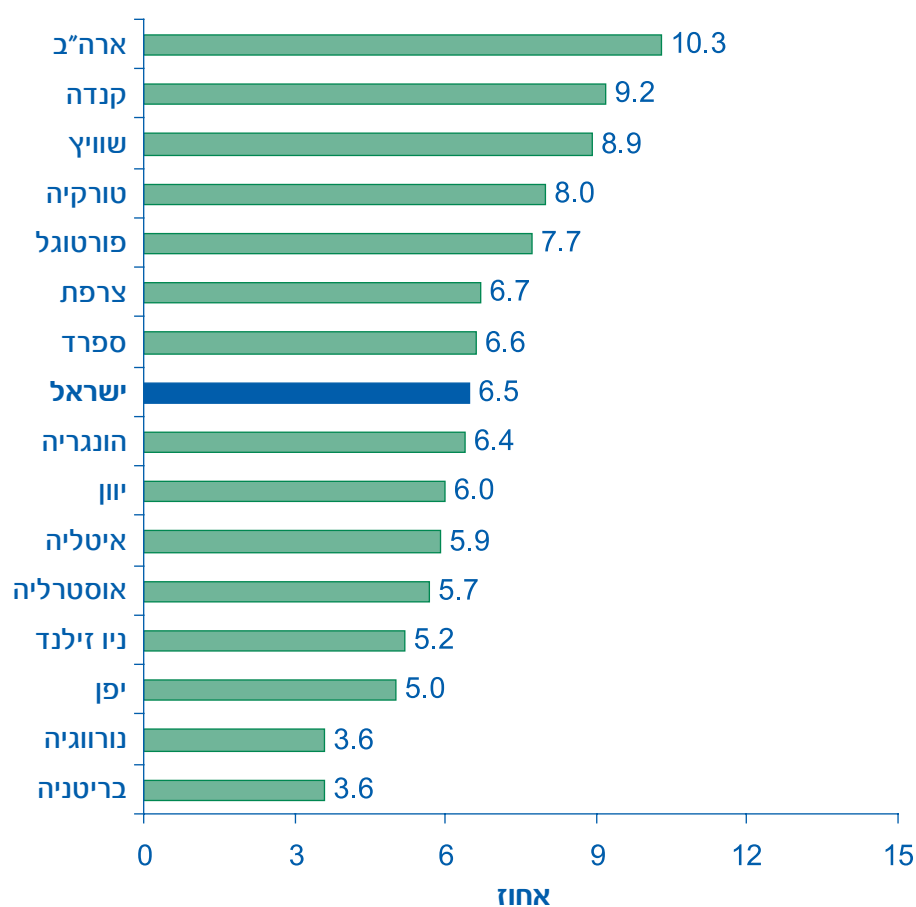
סקר KAP 2008⁽⁸⁾ וסקר בריאות לאומי (למ"ס) 2009⁽⁹⁾: אחוזים משוקללים לגיל וקבוצת אוכלוסייה

למ"ס 2009 (בני 25 ומעלה)	KAP 2008 (בני 21 ומעלה)	INHIS-2 2008-7 (בני 21 ומעלה)	
8.4	8.5	8.1	גברים
8.7	8.0	7.2	נשים
8.5	8.3	7.6	כלל האוכלוסייה

3.2.4 השוואה בין-לאומית

בהשוואה עם מדינות ה-OECD משנת 2009, שיעור ההימצאות של סוכרת המתוקן לגיל בישראל ממוקם במקום ביניים. הוא גבוה מהשיעורים המדווחים ביוון, איטליה, אוסטרליה וניו זילנד, דומה לשיעורים בצרפת וספרד, ונמוך יותר מהשיעורים בארצות הברית, קנדה ושווייץ (תרשים 8)⁽¹¹⁾.

תרשים 8: הימצאות סוכרת בישראל ובארצות נבחרות מארגון ה-OECD⁽¹¹⁾: אחוזים מתוקנים לגיל*



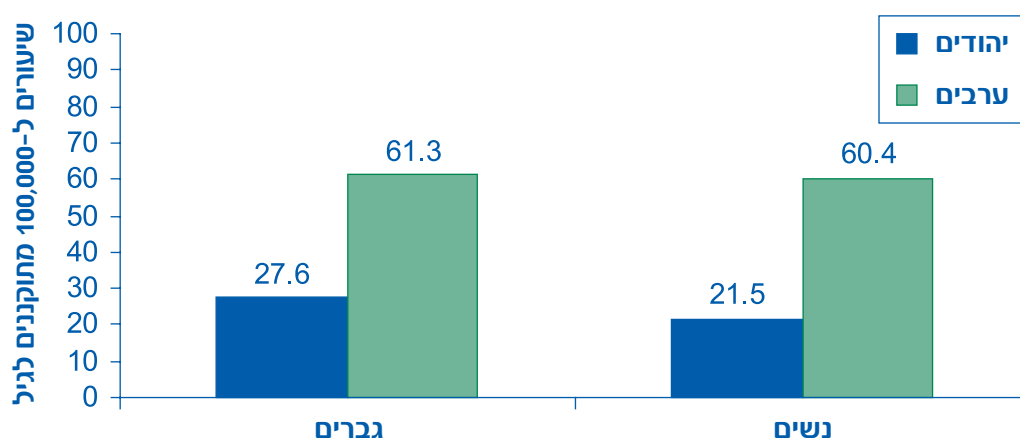
* תקנון לגיל על פי אוכלוסיית העולם.

4. תמותה מסוכרת

4.1 תמותה לפי מין וקבוצת אוכלוסייה

סוכרת היא סיבת המוות הרביעית באוכלוסיית ישראל. בשנת 2007, השנה העדכנית ביותר לנתוני תמותה בעת כתיבת פרק זה, היו 2,444 פטירות שיוחסו לסוכרת (1,134 בגברים ו-1,310 בנשים). שיעורי התמותה המתוקננים לגיל היו גבוהים בערבים מאשר ביהודים: פי 2.2 בגברים ופי 2.8 בנשים (תרשים 9)⁽²⁾.

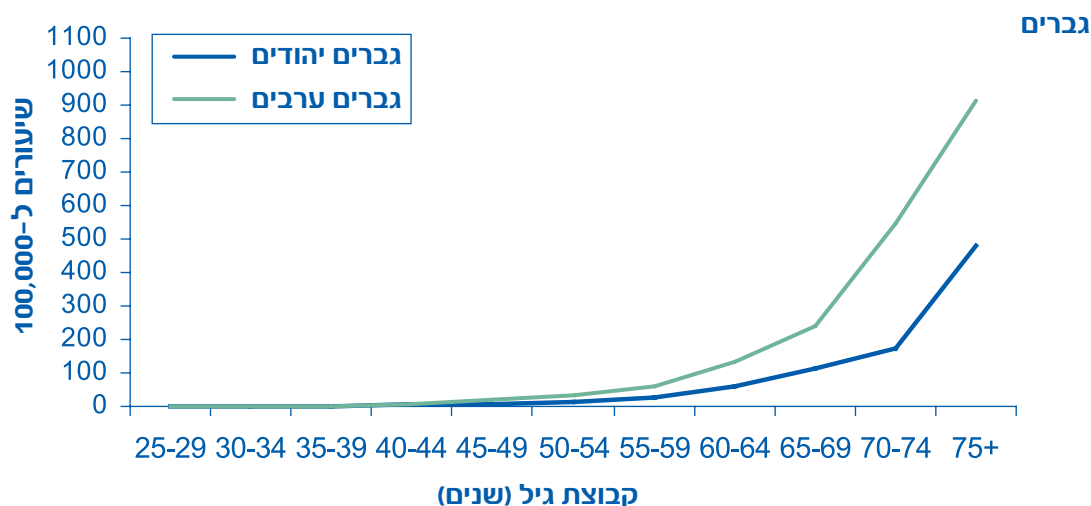
תרשים 9: תמותה מסוכרת לפי מין וקבוצת אוכלוסייה, 2007⁽²⁾: שיעורים ל-100,000 מתוקננים לגיל

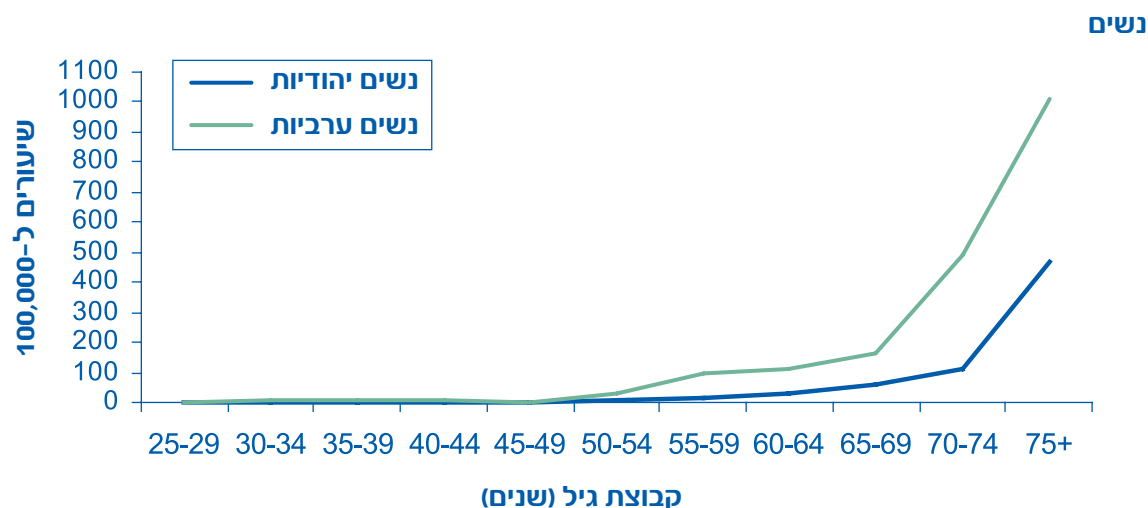


4.2 תמותה לפי גיל, מין וקבוצת אוכלוסייה

שיעורי התמותה מסוכרת עולים בצורה חדה עם הגיל בכל קבוצות האוכלוסייה, במיוחד לאחר גיל 70 שנים. בכל קבוצות הגיל השיעורים גבוהים יותר בערבים (גברים ונשים כאחד) מאשר ביהודים. הפערים בין יהודים וערבים מתרחבים עם העלייה בגיל ובגילאים מעל 65 שנים שיעורי התמותה גבוהים פי 2-4 בערבים מאשר ביהודים (תרשים 10)⁽²⁾.

תרשים 10: תמותה מסוכרת לפי גיל, מין וקבוצת אוכלוסייה, 2007⁽²⁾: שיעורים ל-100,000

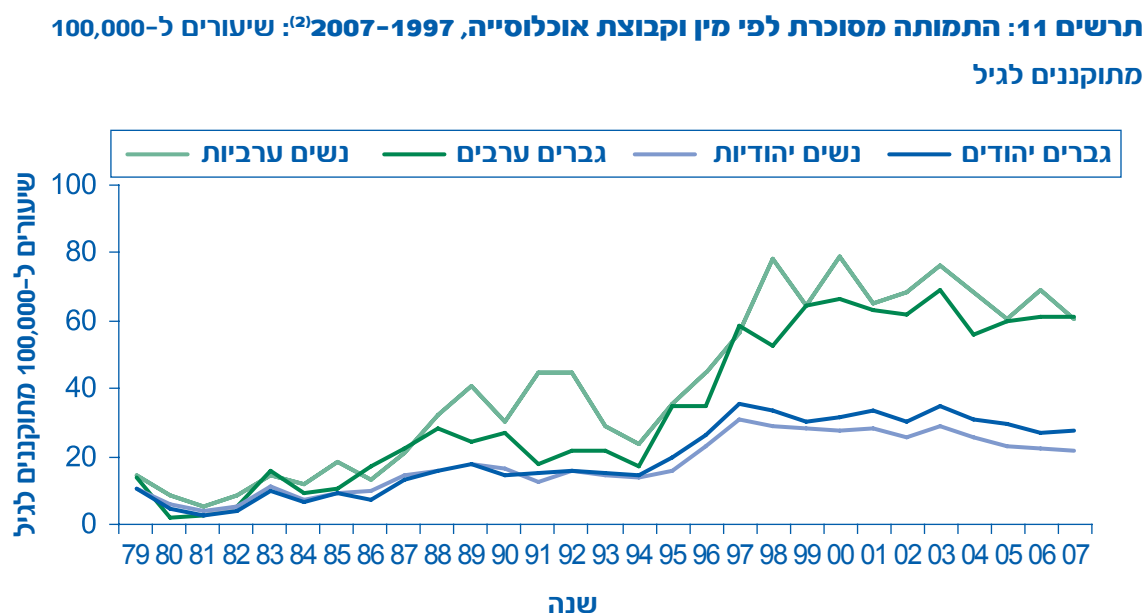




4.3 מגמות בתמותה

בין השנים 1979-2007, שיעורי התמותה מסוכרת עלו עלייה ניכרת בשתי קבוצות האוכלוסייה, בגברים ובנשים⁽²⁾. עיקר העלייה התרחשה בין השנים 1995-1997 (עלייה של 82% בגברים יהודים, של 99% בנשים יהודיות, של 69% בגברים ערבים ושל 60% בנשים ערביות). עלייה זו ניתן להסביר ברובה על ידי שינויים שהתרחשו בשיטות רישום וקידוד סיבות המוות בשנים אלו. בין השנים 1997-2007, שיעורי התמותה ירדו בקרב יהודים (בכ-23% בגברים ובכ-30% בנשים); בקרב ערבים השיעורים נשארו יציבים בשנים אלו ואף נצפתה עלייה מתונה של כ-5% בגברים וכ-4% בנשים. חשוב לציין כי ההבדלים בשיעורי התמותה המתוקננים לגיל מסוכרת בין יהודים לערבים לא הצטמצמו ואף התרחבו בעשור האחרון. ב-1997 היו שיעורי התמותה גבוהים פי 1.6 בגברים ערבים לעומת גברים יהודים וגבוהים פי 1.8 בנשים ערביות לעומת נשים יהודיות; ב-2007 השיעורים היו גבוהים פי 2.2 ו-2.8 בגברים ונשים ערביות, בהתאמה, בהשוואה לגברים יהודים ונשים יהודיות⁽²⁾.

יש לציין, בנוסף, כי באוכלוסייה היהודית נצפו שיעורי תמותה גבוהים יותר בגברים מאשר בנשים מאמצע שנות ה-90 ואילך, ואילו באוכלוסייה הערבית, שיעורי התמותה היו גבוהים בנשים מאשר בגברים, ברוב השנים (תרשים 11)⁽²⁾.



5. ביבליוגרפיה

1. Shaw JE, Sicree RA, Zimmet PZ. Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030. *Diabetes Res Clin Pract.* 2010 Jan;87(1):4-14.
2. הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. קובץ סיבות המוות, 2007.
3. van Dieren S, Beulens JW, van der Schouw YT, Grobbee DE, Neal B. The global burden of diabetes and its complications: an emerging pandemic. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil.* 2010 May;17 Suppl 1:S3-8.
4. המרכז הלאומי לבקרת מחלות. ממצאי הרישום לסוכרת בגילאי 0-17 בין השנים 2008-2009. ספטמבר, 2010.
5. Koton S; Israel IDDM Registry Study Group. Incidence of type 1 diabetes mellitus in the 0 to 17-yr-old Israel population, 1997-2003. *Pediatric Diabetes* 2007; 8: 60-66.
6. Hussain A, Claussen B, Ramachandran A, Williams R. Prevention of type 2 diabetes: a review. *Diabetes Res Clin Pract.* 2007 Jun;76(3):317-26.
7. סקר בריאות לאומי בישראל INHIS-2 2007-2008. המרכז הלאומי לבקרת מחלות, פרסום 331 (טרם פורסם).
8. סקר ידע, עמדות והתנהגות בריאותית בישראל (KAP), 2008-2009. המרכז הלאומי לבקרת מחלות, פרסום 330 (טרם פורסם).
9. נתונים באדיבות הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2010. מתוך סקר בריאות לאומי 2009, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.
10. סקר בריאות לאומי בישראל INHIS-1 2003-2004 במסגרת פרויקט EUROHIS של ארגון הבריאות העולמי, אזור אירופה. המרכז הלאומי לבקרת מחלות, פרסום 249, 2006.
11. International Diabetes Federation. *IDF Diabetes Atlas*, 4th ed. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation, 2009. Available at: <http://www.ecosante.org/index2.php>.

נקודות עיקריות

הימצאות אסתמה בבני נוער

- בסקר שנערך במגזר הערבי בקרב תלמידי כיתות ח' בשנת 2009, דיווחו 7.8% מהתלמידים הערבים (שאינם בדואים), 7.2% מהתלמידים הדרוזים ו-10.7% מהתלמידים הבדואים כי הם סובלים מאסתמה או מברונכיט ספסטית. זאת בהשוואה ל-7.2% מהתלמידים היהודים שדיווחו על אסתמה בסקר משנת 2008.
- שיעורי האסתמה בנערים היו גבוהים לעומת השיעורים בנערות בכל קבוצות האוכלוסייה.
- שיעורי האסתמה שדווחו ע"י תלמידים שלפחות אחד מהוריהם מעשן היו גבוהים יותר מאלה שדווחו ע"י תלמידים ששני הוריהם אינם מעשנים.

הימצאות אסתמה במבוגרים

- בסקר INHIS-2 2007-2008, 5.5% מהמשתתפים (בני 21 שנים ומעלה) דיווחו כי אובחנו על ידי רופא כסובלים מאסתמה. שיעור דומה התקבל בסקר KAP 2008 (5%).
- שיעורי הדיווח על אסתמה היו 5.8% בגברים יהודים, 6.1% בנשים יהודיות, 4.2% בגברים ערבים ו-2.3% בנשים ערביות.
- בגברים, שיעורי האסתמה גבוהים במיוחד בקבוצת הגיל הצעירה (בני 21-34 שנים) ולאחר מכן יורדים עם העלייה בגיל. בנשים, השיעורים עולים עם הגיל.

שימוש בתרופות לטיפול באסתמה

- בסקר INHIS-2 2007-2008, 3.0% מהגברים ו-2.8% מהנשים דיווחו על שימוש בתרופות לטיפול באסתמה.

אשפוזים עם אבחנה של אסתמה

- עפ"י רישום האשפוזים במשרד הבריאות, בשנת 2008 היו כ-27,682 אשפוזים עם אבחנה של אסתמה.
- שיעורי האשפוז בזכרים גבוהים בגילאים הצעירים והמבוגרים ונמוכים בקבוצת הביניים (14-44 שנים). בנשים, השיעורים נמוכים יחסית בילדות, ועולים באופן עקבי עם הגיל עד לשיא בבנות 75 שנים ומעלה.

תמותה מאסתמה

- מאמצע שנות ה-90 מסתמנת ירידה הדרגתית בשיעורי התמותה מאסתמה, בגברים ובנשים.
- בהשוואה למדינות אירופה, שיעורי התמותה מאסתמה בגברים בישראל נמוכים יחסית, בעוד שבנשים בישראל שיעורי התמותה הם במיקום ביניים.

1. רקע

אסתמה היא מחלת ריאות הפוגעת בילדים ובמבוגרים ומהווה גורם משמעותי לתחלואה ותמותה בעולם. מחלה זו כרוכה בעלויות גבוהות במיוחד, בשל השימוש הרב בשירותי בריאות כחלק מהטיפול במחלה⁽¹⁾. בעשורים האחרונים נצפתה מגמת עלייה בתחלואה באסתמה בעולם, בעיקר במדינות מתועשות. גורמי הסיכון לאסתמה כוללים גורמים סביבתיים כגון זיהום אוויר וחשיפה לאלרגנים שונים, וגורמים גנטיים⁽²⁾.

2. תחלואה

2.1 הימצאות אסתמה בבני נוער

הנתונים על אסתמה בקרב בני נוער המוצגים בפרק זה מבוססים על שני סקרי אסתמה שנערכו על ידי המרכז הלאומי לבקרת מחלות:

1. סקר שנערך בשיתוף משרד החינוך בחודש מאי 2008, בקרב תלמידי כיתות ח', במדגם ארצי מייצג. מסגרת הדגימה כללה בתי ספר ממלכתיים וממלכתיים דתיים. לא נכללו מסגרות של חינוך מיוחד ובתי ספר של המגזר החרדי. בסקר השתתפו 14,284 בני נוער בגילאים 13-14 שנים, תלמידי כיתות ח': 9,039 ילדים יהודים, המהווים 63.3% מהמדגם, ו-5,245 ילדים ערבים, דרוזים ובדואים, המהווים 36.7% מהמדגם הכללי. איסוף הנתונים בוצע באמצעות שאלון המבוסס על המחקר הבין-לאומי על אסתמה ואלרגיות בילדים (ISAAC). השאלון נועד למילוי עצמי על ידי התלמידים⁽³⁾.
2. סקר שהתקיים בחודש מאי 2009, בבני 13-14 שנים מהמגזר הערבי בלבד. בסקר השתתפו 5,038 בני נוער בגילאים 13-14 שנים, תלמידי כיתות ח', מתוכם 2,779 תלמידי בתי ספר מוסלמים ונוצרים (55.2% מהמדגם), 1,267 תלמידי בתי ספר דרוזים (25.1% מהמדגם) ו-992 מבתי ספר בדואים בנגב (19.7% מהמדגם)⁽⁴⁾.

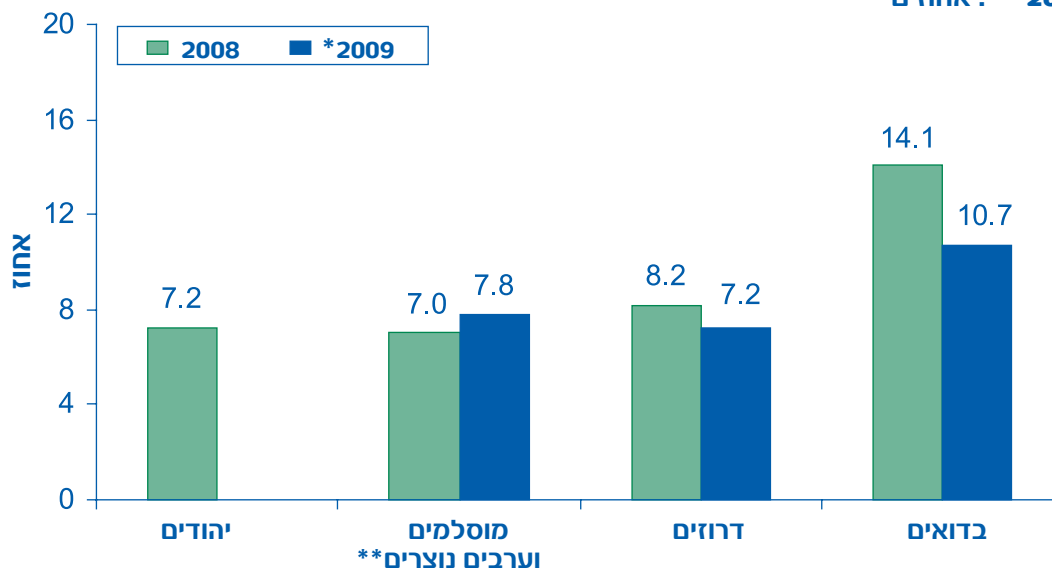
2.1.1 אסתמה בהווה לפי קבוצת אוכלוסייה ודת

בסקר שנערך בשנת 2008, 7.9% מתלמידי כיתות ח' (14,284 תלמידים) דיווחו כי הם סובלים מאסתמה או ברונכיט ספסטית בהווה, ו-13.9% מהתלמידים היהודים והערבים (11,772) דיווחו כי סבלו אי פעם מאסתמה או ברונכיט ספסטית. בבחינת נתוני הסקר לפי קבוצת אוכלוסייה, 7.2% מהתלמידים היהודים, 7% מהתלמידים הערבים ו-8.2% מהתלמידים הדרוזים דיווחו כי הם סובלים בהווה מאסתמה או מברונכיט ספסטית. שיעור אסתמה גבוה במיוחד נמצא בקרב תלמידים בדואים (14.1%), ממצא הדורש בדיקה נוספת ותיקוף⁽³⁾ (תרשים 1)^(4,3).

בסקר שנערך באוכלוסייה הערבית בשנת 2009, 7.8% מהתלמידים המוסלמים (לא כולל בדואים) והנוצרים דיווחו כי הם סובלים בהווה מאסתמה או מברונכיט ספסטית. שיעור דומה היה בקרב התלמידים הדרוזים (7.2%). בדומה לסקר אסתמה ב-2008, גם ב-2009 בקרב תלמידים בדואים נמצא שיעור אסתמה גבוה (10.7%)⁽⁴⁾ ביחס לשאר קבוצות האוכלוסייה (תרשים 1)^(4,3).

תרשים 1: הימצאות אסתמה בקרב תלמידי כיתות ח', לפי קבוצת אוכלוסייה ודת, 2008

ו-2009*^(4,3): אחוזים



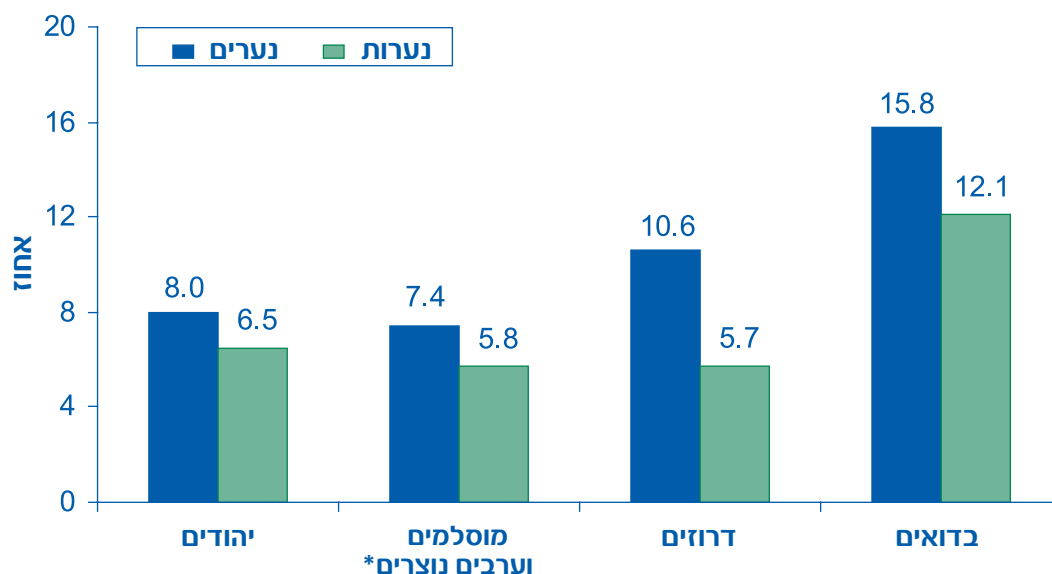
* סקר אסתמה שנערך ב-2009 לא כלל תלמידים מהאוכלוסייה היהודית.

** לא כולל בדואים.

2.1.2 אסתמה בהווה לפי קבוצת אוכלוסייה ומין

בתרשים 2 מוצגים שיעורי הדיווח על תחלואה באסתמה לפי מין וקבוצת אוכלוסייה. בשנת 2008, שיעורי האסתמה בנערים היו גבוהים לעומת השיעורים בנערות בכל קבוצות האוכלוסייה (תרשים 2)⁽³⁾.

תרשים 2: הימצאות אסתמה בקרב תלמידי כיתות ח' לפי מין, קבוצת אוכלוסייה ודת, 2008⁽³⁾: אחוזים



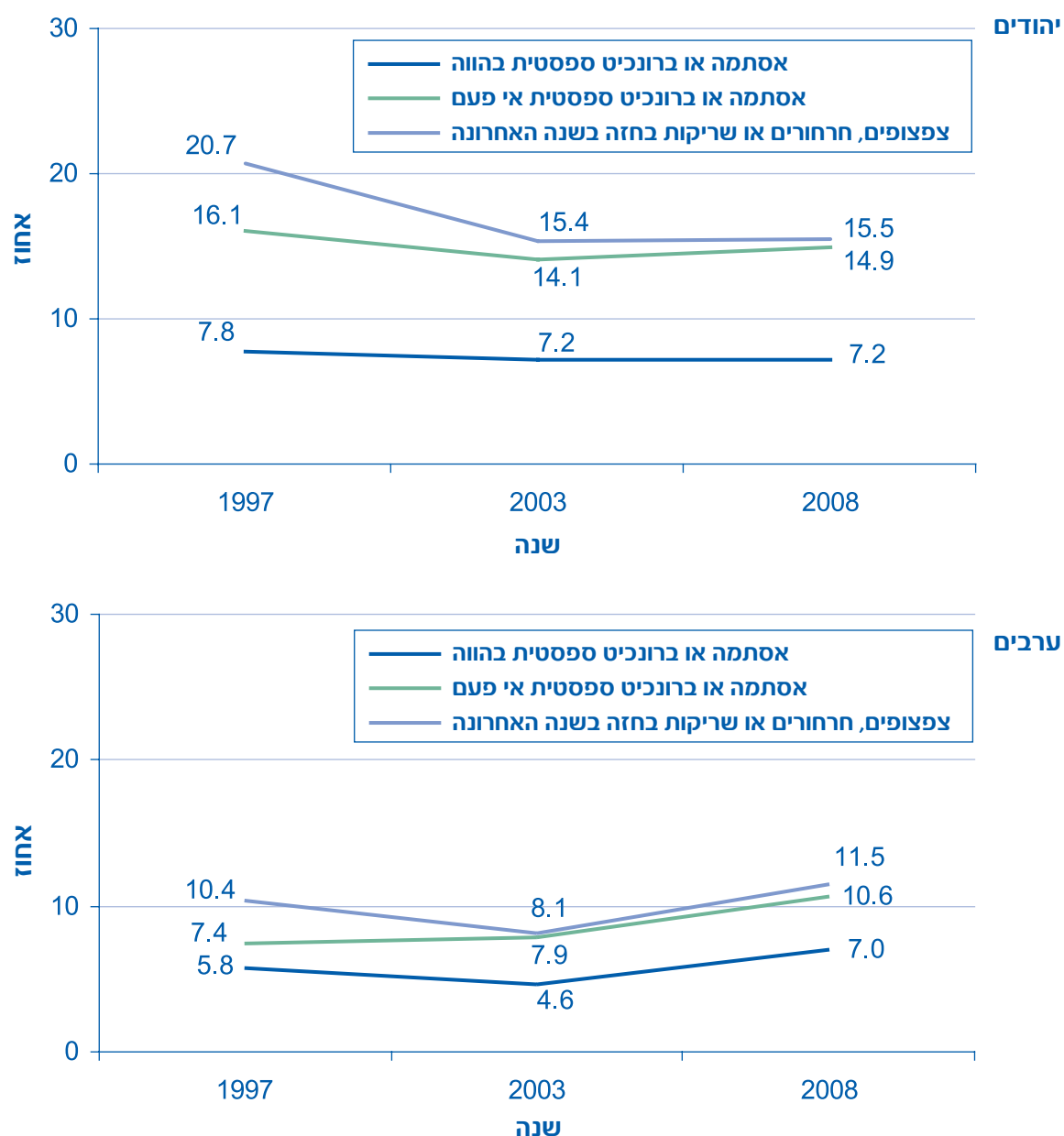
* לא כולל בדואים.

2.1.3 מגמות בתחלואה באסתמה

בתרשים 3 מוצגות מגמות בתחלואה באסתמה לפי קבוצת אוכלוסייה. בשלושת הסקרים, שיעורי אסתמה בהווה, אסתמה אי פעם וצפופים בשנה האחרונה היו גבוהים יותר ביהודים מאשר בערבים. כמו כן, נצפו מגמות שונות בשתי קבוצות האוכלוסייה. ביהודים נצפתה ירידה בשיעורי אסתמה אי פעם וצפופים בשנה האחרונה, בעוד ששיעורי אסתמה בהווה שמרו בקירוב על ערך קבוע. בערבים נצפתה מגמה של עלייה בשיעורי אסתמה בהווה ואסתמה אי פעם, כאשר גם בשיעורי צפופים בשנה האחרונה נצפתה מגמת עלייה, אך מתונה יותר (תרשים 3).⁽³⁾

תרשים 3: מגמות בתחלואה באסתמה בקרב תלמידי כיתות ח', לפי קבוצת אוכלוסייה, 1997, 2003, 2008

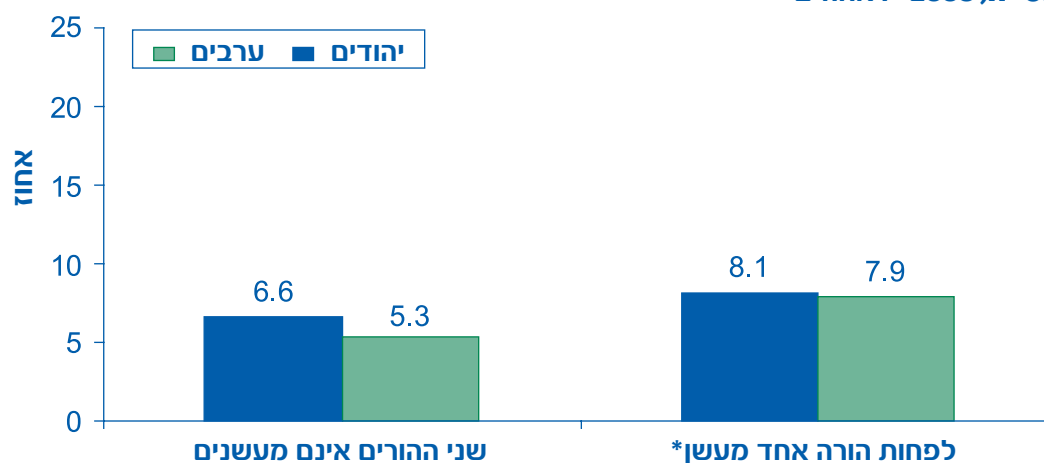
ו-2008⁽³⁾: אחוזים



2.1.4 אסתמה לפי עישון של ההורים

בתרשים 4 מוצגים שיעורי הימצאות אסתמה בקרב התלמידים לפי עישון של ההורים. בתלמידים ששני ההורים אינם מעשנים, היו שיעורי האסתמה גבוהים יותר ביהודים מאשר בערבים (6.6% ו-5.3%, בהתאמה). בתלמידים שלפחות אחד מהוריהם עישן*, שיעורי האסתמה היו דומים בשתי קבוצות האוכלוסייה ועמדו על 8.1% ביהודים ו-7.9% בערבים (תרשים 4)⁽³⁾.

תרשים 4: הימצאות אסתמה בקרב תלמידי כיתות ח' לפי סטטוס העישון של ההורים ולפי קבוצת אוכלוסייה, 2008⁽³⁾: אחוזים



* "לפחות הורה אחד מעשן" כולל עישון של האב בלבד, עישון של האם בלבד, ועישון של שני ההורים

2.1.5 הימצאות אסתמה בקרב בני 17 שנים: השפעה של ארץ לידה וגיל עליה

במחקר משנת 2008⁽⁵⁾, נבדק הקשר בין ארץ הלידה והגיל בעת העלייה לישראל לבין הימצאות אסתמה בקרב בני 17 שנים, המועמדים לשירות צבאי. המדגם כלל ילידי ישראל (יהודים), עולים מאתיופיה, עולים מברית המועצות לשעבר וכן עולים ממדינות מערביות. אסתמה הוגדרה על סמך הופעת תסמינים קליניים או שימוש בתרופות לטיפול באסתמה. 89.8% מהמדגם היו ילידי ישראל ו-10.2% עולים⁽⁵⁾. נמצא כי השכיחות של אסתמה בגיל 17 בקרב ילידי ישראל (4.7%) הייתה גבוהה באופן מובהק בהשוואה לעולים מאתיופיה (2.6%), נמוכה באופן מובהק בהשוואה לעולים ממדינות המערב (5.6%), ודומה לשכיחות בקרב עולים ממדינות חבר העמים (4.8%) (טבלה 1). עוד נמצא במחקר כי התחלואה באסתמה גבוהה ככל שהגיל בעת העלייה היה צעיר יותר⁽⁵⁾.

טבלה 1: הימצאות אסתמה בקרב בני 17 לפי ארץ לידה, 2008⁽⁵⁾: אחוזים

ארץ לידה	שכיחות אסתמה (%)	p-value
מדינות חבר העמים	4.8	p=0.155
ארצות מערביות	5.6	p<0.0005
אתיופיה	2.6	p<0.0005
ישראל	4.7	reference

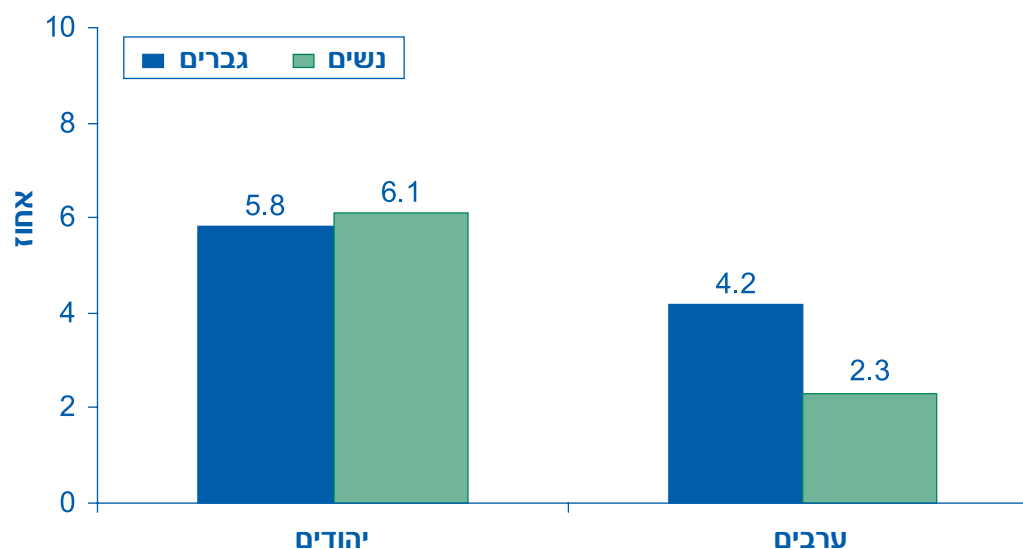
2.2 הימצאות אסתמה במבוגרים

2.2.1 נתונים מסקר בריאות לאומי INHIS-2 2007-2008

שיעורי ההימצאות של אסתמה המוצגים בפרק זה מבוססים על סקר בריאות לאומי בישראל INHIS-2, שנערך בשנים 2007-2008 ע"י המרכז הלאומי לבקרת מחלות⁽⁶⁾. סקר זה התבסס על ריאיון טלפוני שנערך במדגם מייצג של 7,380 ישראלים (שלושה מודולים מתוך הארבעה הקיימים בסקר), יהודים וערבים, בני 21 שנים ומעלה. בסקר דיווחו 5.5% מהנבדקים כי אובחנו על ידי רופא כסובלים מאסתמה⁽⁶⁾.

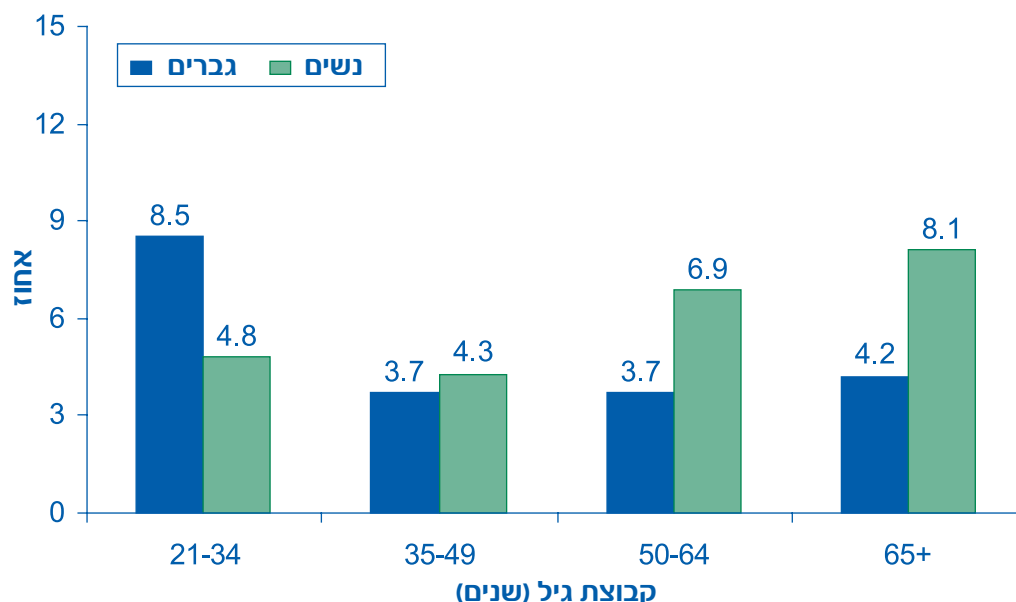
תרשים 5 מציג שיעורי ההימצאות אסתמה לפי מין וקבוצת אוכלוסייה. שיעורי ההימצאות אסתמה היו גבוהים יותר באוכלוסייה היהודית בהשוואה לאוכלוסייה הערבית, גם בגברים וגם בנשים. הבדל בולט במיוחד נמצא בקרב נשים: שיעור ההימצאות האסתמה בנשים יהודיות היה גבוה פי 2.7 מאשר בנשים ערביות (6.1%-2.3%, בהתאמה) (תרשים 5)⁽⁶⁾. באוכלוסייה היהודית נמצאו שיעורים דומים בגברים ובנשים. לעומת זאת, באוכלוסייה הערבית השיעורים היו גבוהים פי 1.8 בגברים לעומת נשים (תרשים 5)⁽⁶⁾.

תרשים 5: ההימצאות אסתמה לפי מין וקבוצת אוכלוסייה, 2007-2008⁽⁶⁾: אחוזים



בתרשים 6 מוצגים שיעורי ההימצאות אסתמה לפי מין וגיל. המגמות עם הגיל שונות בגברים ובנשים: בגברים שיעורי ההימצאות גבוהים במיוחד בקבוצת הגיל הצעירה (בני 21-34 שנים) (8.5%), לאחר מכן יורדים השיעורים עם העלייה בגיל ונותרים יציבים סביב 4%. בקרב נשים השיעורים עולים מגיל 50 ואילך עד לשיעור של 8.1% בבנות 65 שנים ומעלה (תרשים 6)⁽⁶⁾.

תרשים 6: הימצאות אסתמה לפי מין וגיל, 2007-2008⁽⁶⁾: אחוזים משוקללים לקבוצת אוכלוסייה



2.2.2 שימוש בתרופות לטיפול באסתמה

במענה לשאלה "האם במשך השבועיים האחרונים לקחת תרופות לאסתמה שנרשמו ע"י רופא" (מתוך אלו שלקחו תרופות מרשם בשבועיים שקדמו לסקר), דיווחו 3.0% מהגברים ו-2.8% מהנשים על שימוש בתרופות לטיפול באסתמה⁽⁶⁾.

2.2.3 השוואות עם סקרים אחרים

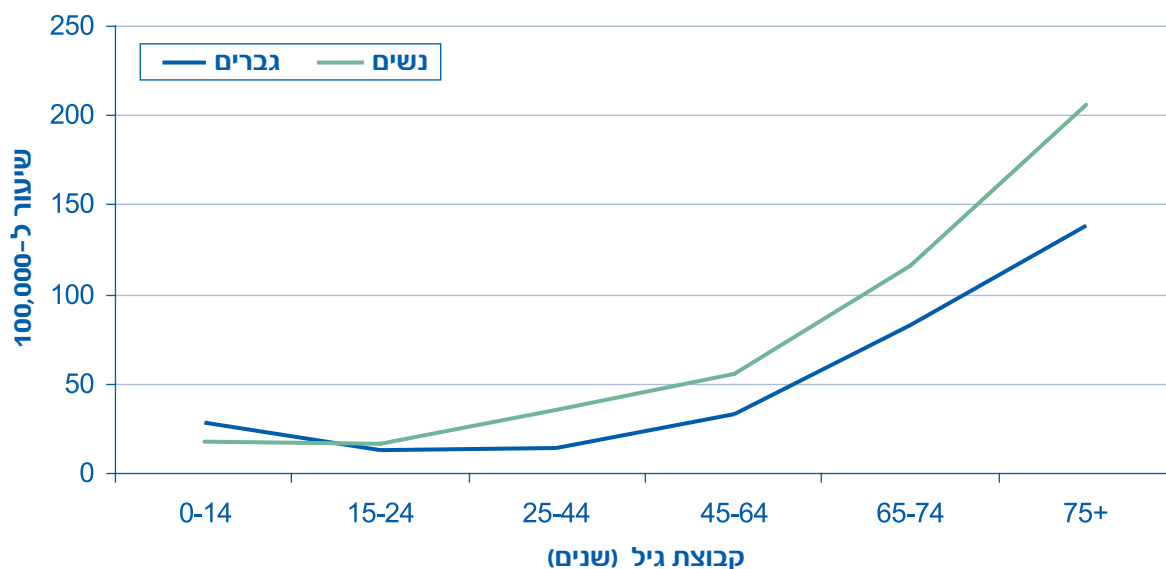
סקר ידע, עמדות והתנהגויות הקשורות לבריאות (KAP)⁽⁷⁾ נערך בשנים 2008-2009 ע"י המרכז הלאומי לבקרת מחלות והמחלקה לחינוך וקידום בריאות במשרד הבריאות, במדגם מייצג של 4,186 ישראלים, יהודים וערבים. בסקר זה נמצא שיעור אסתמה כללי של 5% בבני 21 ומעלה⁽⁷⁾. שיעור זה דומה לשיעור הכללי שנמצא בסקר INHIS-2 2008-2007 (5.5%)⁽⁶⁾.

בסקר בריאות ארצי שנערך במשקי בית על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה בשנת 2009, שיעור הדיווח של אסתמה בכלל האוכלוסייה (כל הגילאים) עמד על 3.7% (4.0% בגברים ו-3.4% בנשים)⁽⁸⁾.

2.2.4 אשפוזים עם אבחנה של אסתמה

עפ"י רישום האשפוזים במשרד הבריאות, בשנת 2008 היו כ-27,682 אשפוזים עם אבחנה של אסתמה⁽⁹⁾. שיעור האשפוז עם אבחנה של אסתמה היה 37.5 ל-10,000: 29.6 בגברים ו-45.3 בנשים. בקרב ילדים בני 0-14 שנים, שיעורי האשפוז היו גבוהים פי 1.6 בבנים מאשר בבנות (28.5 לעומת 17.4 ל-10,000, בהתאמה); בבני 15-24 שנים השיעורים היו גבוהים פי 1.3 בצעירות מאשר בצעירים (16.9 לעומת 13.2, בהתאמה); ומגיל 25 ואילך השיעורים היו גבוהים באופן משמעותי בנשים מאשר בגברים. בשיעורי האשפוז בזכרים נצפה שיעור גבוה יחסית בילדים, שיעורים נמוכים בקבוצות הגיל 15-24 ו-25-44 שנים, ולאחר מכן עלייה עקבית עם הגיל. בנשים השיעורים נמוכים יחסית בילדות, ועולים באופן עקבי עם הגיל לשיא בבנות 75 ומעלה (206.1 ל-10,000) (תרשים 7)⁽⁹⁾.

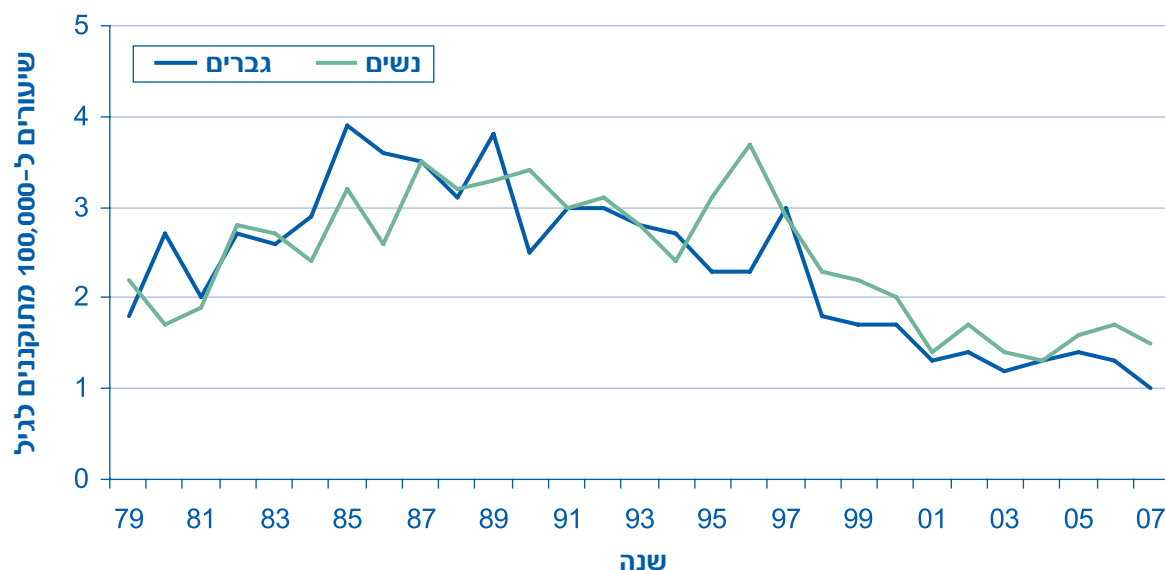
תרשים 7: אשפוזים עם אבחנה של אסתמה לפי מין וגיל, 2008⁽⁹⁾: שיעורים ל-100,000



3. תמותה מאסתמה

תרשים 8 מציג את שיעורי התמותה מאסתמה לפי מין, בשנים 1979-2007. מאמצע שנות ה-90 מסתמנת ירידה הדרגתית בשיעורי התמותה מאסתמה, הן בגברים והן בנשים (תרשים 8)⁽¹⁰⁾.

תרשים 8: תמותה מאסתמה לפי מין, 1979-2007⁽¹⁰⁾: שיעורים ל-100,000 מתוקננים לגיל

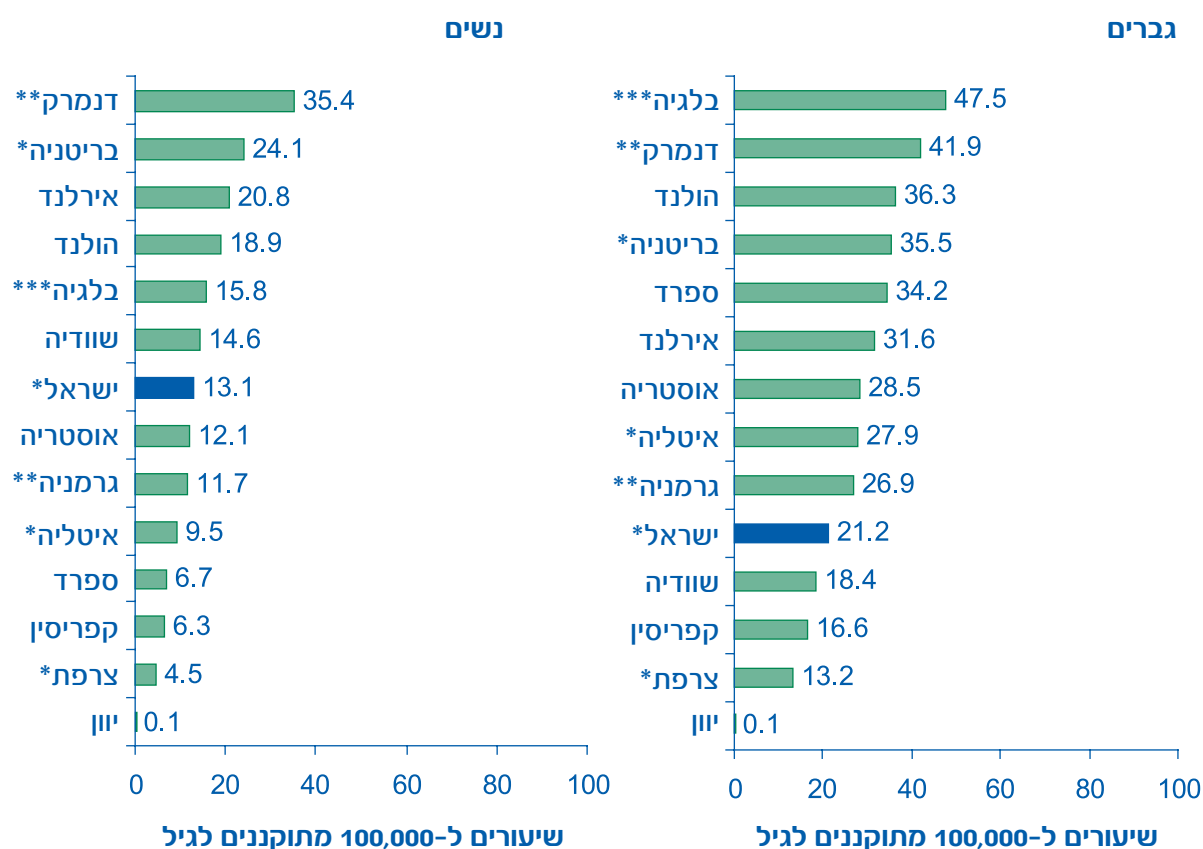


3.1 השוואה בין-לאומית: תמותה מאסתמה

תרשים 9 מציג את שיעורי התמותה מאסתמה בישראל ובמדינות נבחרות באירופה⁽¹¹⁾. מהתרשים עולה כי שיעור התמותה מאסתמה בגברים בישראל (21.2 ל-100,000) נמוך יחסית בהשוואה למדינות אירופה, כאשר השיעור הגבוה ביותר דווח בבליה (47.5 ל-100,000) ואילו השיעור הנמוך ביותר דווח ביוון (0.1 ל-100,000)⁽¹¹⁾.

שיעור התמותה מאסתמה בנשים בישראל היה במיקום ביניים (13.1 ל-100,000), כאשר השיעור הגבוה ביותר דווח בדנמרק (35.4 ל-100,000) ואילו השיעור הנמוך ביותר דווח ביוון (0.1 ל-100,000) (תרשים 9)⁽¹¹⁾.

תרשים 9: תמותה מאסתמה בישראל ובמדינות נבחרות מהאיחוד האירופי, 2008⁽¹¹⁾: שיעורים ל-100,000 מתוקננים לגיל*



שיעורים מתוקננים לפי אוכלוסיית אירופה.

* נתונים משנת 2007, השנה העדכנית ביותר בה היו נתונים עבור מדינה זו.

** נתונים משנת 2006, השנה העדכנית ביותר בה היו נתונים עבור מדינה זו.

*** נתונים משנת 2004, השנה העדכנית ביותר בה היו נתונים עבור מדינה זו.

4. ביבליוגרפיה

1. Bahadori K, Doyle-Waters MM, Marra C, Larry L, Alasaly K, Swiston J, Mark FitzGerald JM. Economic burden of asthma: a systematic review. BMC Pulm Med. 2009;9:24.
2. D'Amato G, Liccardi G, D'Amato M, Holgate S. Environmental risk factors and allergic bronchial asthma. Clin Exp Allergy. 2005;35(9):1113-24.
3. סקר הימצאות אסתמה בתלמידי כיתות ח' בישראל, המרכז הלאומי לבקרת מחלות, יוני 2010, פרסום 328.
4. סקר הימצאות אסתמה בתלמידי כיתות ח' באוכלוסייה הערבית, המרכז הלאומי לבקרת מחלות, פרסום 332 (טרם פורסם).
5. Pereg D, Tirosh A, Lishner M, Goldberg A, Shohat T, Confino-Cohen R. Prevalence of asthma in a large group of Israeli adolescents: influence of country of birth and age at migration. Allergy 2008;63:1040-1045:.
6. סקר בריאות לאומי בישראל INHIS-2 2008-2007. המרכז הלאומי לבקרת מחלות, פרסום 331 (טרם פורסם).
7. סקר ידע, עמדות והתנהגות בריאותית (KAP) בישראל 2009-2008. המרכז הלאומי לבקרת מחלות והמחלקה לחינוך וקידום בריאות, משרד הבריאות. פרסום 330 (טרם פורסם).
8. נתונים באדיבות הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2010. מתוך סקר בריאות לאומי 2009, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.
9. נתונים באדיבות שרותי מידע ומחשוב, רישום מאגר האשפוזים, תחום מידע. משרד הבריאות, 2010.
10. הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. קובץ סיבות המוות, 2007.
11. European Health for All Database (HFA-DB). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010.

מחלות זיהומיות

ניטור מחלת השפעת בישראל

איידס (HIV/AIDS)

מחלות זיהומיות

נקודות עיקריות

כללי

- ב-20 השנים האחרונות נצפית מגמת ירידה בתחלואה מרוב המחלות הזיהומיות.
- בין השנים 1990-2009, שיעורי ההיארעות של אדמת, דלקת כבד נגיפית A, דלקת עוצבה ע"י המופילוס אינפלואנזה b, קדחת הכתמים וקדחת השיגרון ירדו בלמעלה מ-90%.
- בין השנים 1990-2009, עלו שיעורי ההיארעות של פראטיפואיד, קמפילובקטריוזיס, שעלת, ליסטריה, זיבה וכלמידיה, ביותר מ-70%.

אשפוזים

- בשנת 2008, 168 מתוך כל 10,000 אשפוזים היו עקב מחלה זיהומית.
- שיעורי האשפוזים עקב מחלות זיהומיות גבוהים יותר בתינוקות (בעיקר בני שנה ומטה) ובקשישים (בעיקר בני 75 שנים ומעלה).
- שיעורי האשפוזים מכלל המחלות הזיהומיות ומדלקת ריאות ושפעת גבוהים יותר בגברים מאשר בנשים, בכל קבוצות הגיל.

תמותה

- בשנת 2007 נפטרו ממחלות זיהומיות בישראל 1,383 איש, המהווים 3.5% מכלל מקרי המוות. שיעור התמותה ממחלות זיהומיות המתוקנן לגיל היה 15.0 פטירות ל-100,000.
- באותה שנה נפטרו 993 אנשים נוספים מדלקת ריאות ושפעת, המהווים 2.5% מכלל מקרי המוות.
- שיעורי התמותה הגבוהים ביותר מכלל המחלות הזיהומיות, ממחלות מעיים זיהומיות ומדלקת ריאות ושפעת הם בבני 75 שנים ומעלה.
- בין השנים 1998-2007, שיעורי התמותה ממחלות זיהומיות ומדלקת ריאות ושפעת היו נמוכים בנשים בהשוואה לגברים.
- בין השנים 1998-2008, שיעורי התמותה ממחלות זיהומיות היו דומים בגברים יהודים וערבים. לעומת זאת, שיעורי התמותה בנשים ערביות היו גבוהים מהשיעורים שנצפו בנשים יהודיות.
- בשנת 2007, שיעור התמותה ממחלות זיהומיות בישראל היה גבוה מהשיעורים שנצפו ברוב מדינות האיחוד האירופי.

מחלות זיהומיות

מגמות בהיארעות מחלות נבחרות

• מחלות מעיים זיהומיות

- א. שיגולוזיס - לאחר מגמת עליה בשיעורי ההיארעות בשנות ה-70 וה-80, חלה ירידה בשיעורים, עם התפרצויות אחת לשנתיים. ב-2009, השיעור היה 18.5 ל-100,000. השיעורים הגבוהים ביותר הם בבני 4-1 שנים.
- ב. סלמונליזיס - מתחילת שנות ה-80 נצפתה עליה הדרגתית בשיעורי ההיארעות. ב-1994 וב-1996 תועדו שתי התפרצויות, ולאחר מכן ירידה בהיארעות עד להתייצבות באמצע שנות ה-2000. בשנת 2009 השיעור היה 20.4 ל-100,000. שיעורי ההיארעות הגבוהים ביותר הינם בפעוטות עד גיל שנה ובבני 4-1 שנים.
- ג. קמפילובקטריוזיס - מסוף שנות ה-90 נצפית מגמת עלייה בשיעורי ההיארעות. בשנת 2009 השיעור היה 76.7 ל-100,000.

• מחלות הניתונות למניעה על ידי חיסון

- א. שעלת - במהלך שנות ה-70, ה-80 וה-90 נצפו שיעורי תחלואה נמוכים עם התפרצויות מקומיות. בשנות ה-2000 נצפתה התפרצות מחודשת של המחלה שהחלה להבלם בשנת 2008. בשנת 2009 השיעור היה 16.3 ל-100,000. לרוב, שיעורי ההיארעות הגבוהים ביותר נמצאו בפעוטות בני פחות משנה. בעשור האחרון נצפתה עלייה דרמטית בשיעורי ההיארעות בבני 10-14 שנים, שגם כן נכלמה החל משנת 2008.
- ב. חצבת - מתחילת שנות ה-70 ועד אמצע שנות ה-90 היו שיעורי ההיארעות נמוכים, עם מספר התפרצויות. משנת 1995, שיעורי התחלואה היו נמוכים במיוחד, למעט התפרצות נוספת בשנים 2007-2008. ב-2009 השיעור באוכלוסיה היה 0.1 ל-100,000. עד 1995, שיעורי ההיארעות הגבוהים ביותר היו בבני 4-1 שנים. בהתפרצות בשנים 2007-2008 עיקר התחלואה הייתה בתינוקות בני פחות משנה.
- ג. חזרת - מתחילת שנות ה-80 ניכרת מגמת ירידה בהיארעות חזרת (למעט התפרצויות). בשנים 1995 ועד 2008, שיעורי התחלואה היו נמוכים מאוד. ב-2009, עקב התפרצות, השיעור עלה ל-10.5 ל-100,000. בשונה מהתחלואה בשנות ה-70 שעיקרה היה בפעוטות מתחת לגיל שנה, בהתפרצות ב-2009 עיקר התחלואה הייתה בבני 10-14 שנים.
- ד. דלקת כבד נגיפית מסוג A - בעקבות הכנסת חיסון בשנת 1999, ירדו שיעורי ההיארעות מ-35.1 ל-100,000 בשנת 1999 ל-1.0 ל-100,000 בשנת 2009. בעוד שבשנים 2004-2006 שיעורי ההיארעות הגבוהים ביותר היו בבני 5-9 שנים, החל מ-2007 השיעורים הגבוהים ביותר הינם בבני 10-14 שנים.
- ה. דלקת כבד נגיפית מסוג B - בעקבות הכנסת החיסון בשנת 1992, ירדו שיעורי ההיארעות מ-2.8 ל-100,000 בשנת 1992 ל-0.6 ל-100,000 בשנת 2009.
- ו. דלקת עוצבה מהמופילוס אינפולאנזה b - בעקבות הכנסת החיסון בשנת 1994, נצפתה ירידה חדה בתחלואה. משנת 1995 ואילך ישנם מקרי תחלואה בודדים, כאשר ב-2009 השיעור היה 0.1 ל-100,000.

מחלות זיהומיות

• מחלות המועברות במגע מיני

- א. זיבה - מ-1970 נצפתה ירידה בשיעורי זיבה עד להתייצבות על שיעורים נמוכים מאוד בשנים 1993-1997. בין השנים 1998-2002 חלה עלייה בשיעורים ולאחר מכן שוב ירידה שהתמתנה מ-2005. ב-2009 השיעור היה 2.7 ל-100,000.
- ב. עגבת ראשונית ושניונית - בשנים 1981-1995 השיעורים היו נמוכים מאוד. בין השנים 1996-2001 חלה עלייה בשיעורי העגבת, ומאז ירדו השיעורים עד להתמתנות בשנת 2005. בשנת 2009, השיעור היה 0.9 ל-100,000.
- עגבת מולדת - מתחילת שנות ה-60 שיעורי עגבת מולדת הינם נמוכים מאוד. ב-2009 השיעור היה 0.1 ל-100,000.
- עגבת מאוחרת - בשנות ה-70 וה-80 שיעורי התחלואה היו נמוכים. משנות ה-90 חלה עלייה במספר המקרים. ב-2009 השיעור היה 1.4 ל-100,000.
- ג. כלמידיה טרכומטיס בדרכי המין - משנת 1998 נצפית מגמת עלייה במספר המקרים המדווחים. בשנת 2009 השיעור היה 4.7 ל-100,000.

• מחלות אחרות

- א. קדחת מערב הנילוס - בעקבות התפרצות בשנת 2000, נוספה מחלה זו לרשימת המחלות המחייבות דיווח, ודווח על 6.8 מקרים ל-100,000. בשנים 2007-2009 שיעורי ההיארעות היו נמוכים וקבועים (1.6 ל-100,000).
- ב. שחפת - מתחילת שנות ה-50 נצפתה ירידה מתמדת בשיעורי היארעות המחלה, מ-106.2 ל-100,000 ב-1952, ל-4.8 ל-100,000 ב-1990. בשנים 1985 ו-1991 נצפו עליות בשיעורים הקשורות לגלי עלייה מאזורים אנדמיים. לאחר עלייה במספר מקרי השחפת בשנות ה-90, בשנים האחרונות נצפית ירידה במספר המקרים, ובשנת 2008 השיעור היה 5 מקרים ל-100,000.

השוואות בין לאומיות

- בשנת 2008, שיעורי התחלואה באדמת, דלקת כבד נגיפית A, זיבה, חזרת ושחפת בישראל היו נמוכים מהשיעורים המדווחים במדינות האיחוד האירופי. לעומת זאת, שיעורי התחלואה בחצבת, עגבת ושעלת בישראל היו גבוהים מהמדווחים במדינות האיחוד האירופי.

1. רקע

מחלות זיהומיות היו בעבר אחד הגורמים העיקריים לתחלואה ולתמותה. בתחילת שנות ה-50, המחלות השכיחות בישראל היו שעלת, אסכרה (דיפתריה), טיפוס אנדמי, עגבת (סיפיליס), טיפואיד, סלמונלוזיס, שיגלוזיס, חצבת, חזרת, שיתוק ילדים (פוליו) ושחפת. מאז חלו תמורות משמעותיות בתחלואה ובתמותה ממחלות זיהומיות, בעקבות הפעלת תוכניות חיסון נגד מגוון מחלות, והשיפור ברמה הסוציאקונומית של האוכלוסייה ובתנאים הסביבתיים והסניטריים.

המקור לנתוני התחלואה במחלות הזיהומיות השונות שיפורטו בפרק זה הוא האגף לאפידמיולוגיה, משרד הבריאות⁽¹⁾. נתוני האשפוז התקבלו מהאגף למידע ומחשוב, תחום מידע, משרד הבריאות⁽²⁾. נתוני התמותה נלקחו מקובץ סיבות המוות של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (הלמ"ס)⁽³⁾. נתונים על תחלואה ותמותה מתסמונת הכשל החיסוני HIV/AIDS מוצגים בפרק נפרד, כמו גם נושא השפעת הפנדמית 2009 A/H1N1. בנתוני האשפוז נעשה סימול המחלות לפי ה-ICD-9⁽⁴⁾. בקובץ סיבות המוות של הלמ"ס, נעשה שימוש ב-ICD-9 עד 1997, ומ-1998 ואילך סיבות המוות סומלו לפי ה-ICD-10⁽⁵⁾. במעבר בין המהדורות קיימים הבדלים, הן בכללי הסימול והן בקידוד. לדוגמא: במהדורה התשיעית⁽⁴⁾ נכלל שלשול ממקור לא ידוע במחלות מערכת העיכול, ואילו במהדורה העשירית⁽⁵⁾, שלשול ממקור לא ידוע נכלל במחלות הזיהומיות. בשל חוסר האחידות בין המהדורות קשה לבחון את המגמות בתמותה ממחלות זיהומיות לאורך שנים בהן השתמשו במהדורות שונות. נתוני התמותה המוצגים בפרק זה הינם עבור השנים 1998 ואילך בהן נעשה שימוש ב-ICD-10.

יש לציין כי המחלות המופיעות תחת הכותרת "מחלות זיהומיות" ב-ICD (קודים 001-139 לפי ICD-9 או A00-B99 לפי ICD-10) אינן מהוות את כלל המחלות הזיהומיות. כך לדוגמא, דלקת אוזן תיכונה מקודדת ע"פ ICD-10 בקוד H66.0 שאינו נכלל בקידוד המחלות הזיהומיות (A00-B99), ויש עוד דוגמאות רבות נוספות⁽⁶⁾. לפיכך, השימוש בקבוצת הקודים המוגדרת ב-ICD כ"מחלות זיהומיות" מקובל, אך נותן תת אומדן לנטל התחלואה האמיתי ממחלות זיהומיות.

יש לציין עוד, כי דלקת ריאות ושפעת אינן נכללות ב"כלל המחלות הזיהומיות" על פי ICD-9 ו-ICD-10. מחלות אלו מקודדות בנפרד (ראה טבלה 1).

בטבלה 1 מוצגים הקודים לכלל המחלות הזיהומיות, למחלות מעיים זיהומיות ולדלקת ריאות ושפעת, כפי שמופיעים ב-ICD-9 וב-ICD-10.

טבלה 1: סיווג המחלות הזיהומיות המוצגות בפרק זה לפי ICD-9⁽⁴⁾ ו-ICD-10⁽⁵⁾

סיבת המוות	ICD-9	ICD-10
כלל המחלות הזיהומיות	001-139	A00-B99
מחלות מעיים זיהומיות	001-009	A00-A09
דלקת ריאות ושפעת	480-487.8	J10-J18

2. תחלואה

על פי פקודת בריאות העם משנת 1940, יש חובת דיווח למשרד הבריאות על שורה של מחלות מדבקות (רשימה מוגדרת). הדיווח מגיע ללשכות הבריאות מהרופאים ומהמעבדות בבתי החולים ובקהילה, מועבר לאגף לאפידמיולוגיה במשרד הבריאות ומפורסם בדוחות שבועיים וחודשיים. הדיווח למשרד הבריאות הינו חלקי. במחלות מסוימות כגון דלקת קרום המוח חיידיקית, בהן יש צורך בפעולות מניעה וטיפול מיידי, הדיווח הינו מלא ברובו.

2.1 מגמות

ב-20 השנים האחרונות נצפית מגמת ירידה בתחלואה ברוב המחלות הזיהומיות החייבות בדיווח⁽¹⁾. בין השנים 1990 ל-2009, ירדו שיעורי ההיארעות של אדמת, דלקת כבד נגיפית A, דלקת עוצבה ע"י המופילוס אינפלואנזה B, קדחת הכתמים וקדחת השיגרון בלמעלה מ-90%. לעומת זאת, שיעורי ההיארעות של פראטיפואיד, קמפילובקטריוזיס, שעלת, ליסטריה, זיבה וכלמידיה עלו ביותר מ-70%⁽¹⁾. מגמות בהיארעות מחלות נבחרות מפורטות בסעיף 5 בהמשך. מידע מפורט על התחלואה במחלות הזיהומיות המחייבות הודעה יופיע בחוברת "מחלות זיהומיות מחייבות הודעה בישראל, 59 שנות מעקב, 1951-2010", העומדת לצאת לאור.

3. אשפוזים

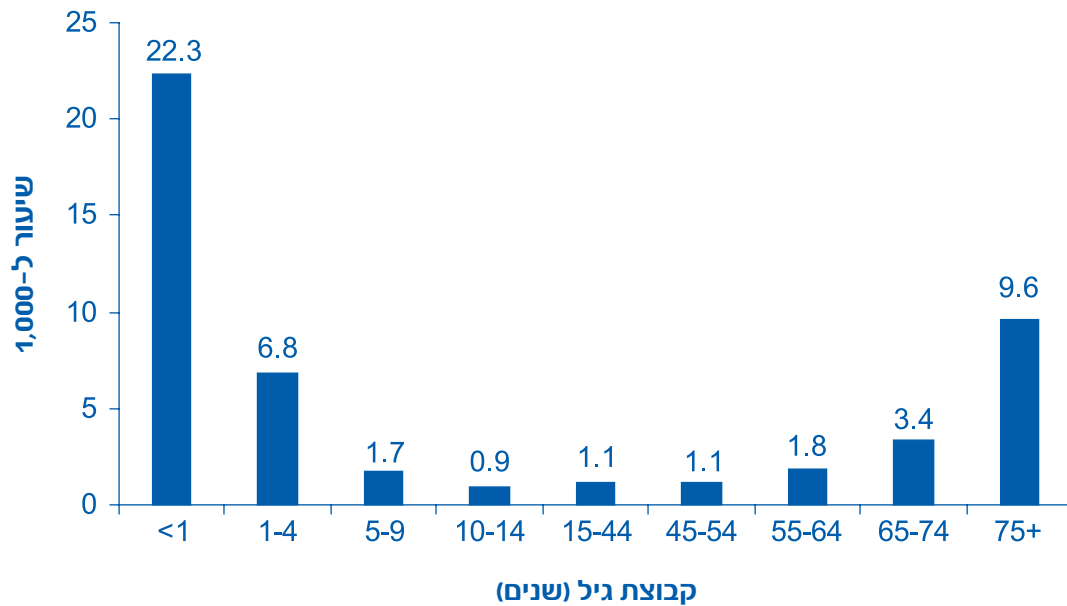
שיעור האשפוזים הוא מדד נוסף לתחלואה במחלות זיהומיות. פרק זה מציג נתונים לגבי שחרורים מאשפוז (כולל עקב מוות) בהם האבחנה הראשונה הייתה מחלה זיהומית. על פי נתוני קובץ האשפוזים, בשנת 2008 היו כ-19,300 שחרורים מבתי חולים עם אבחנה ראשונה של מחלה זיהומית (ICD-9: 001-139), מתוך כלל השיחרורים בשנה זו (1,148,600 שחרורים)⁽²⁾. לפי כך, שיעור האשפוזים בשל מחלה זיהומית ב-2008 היה 16.8 ל-1,000 אשפוזים.

3.1 אשפוזים לפי גיל

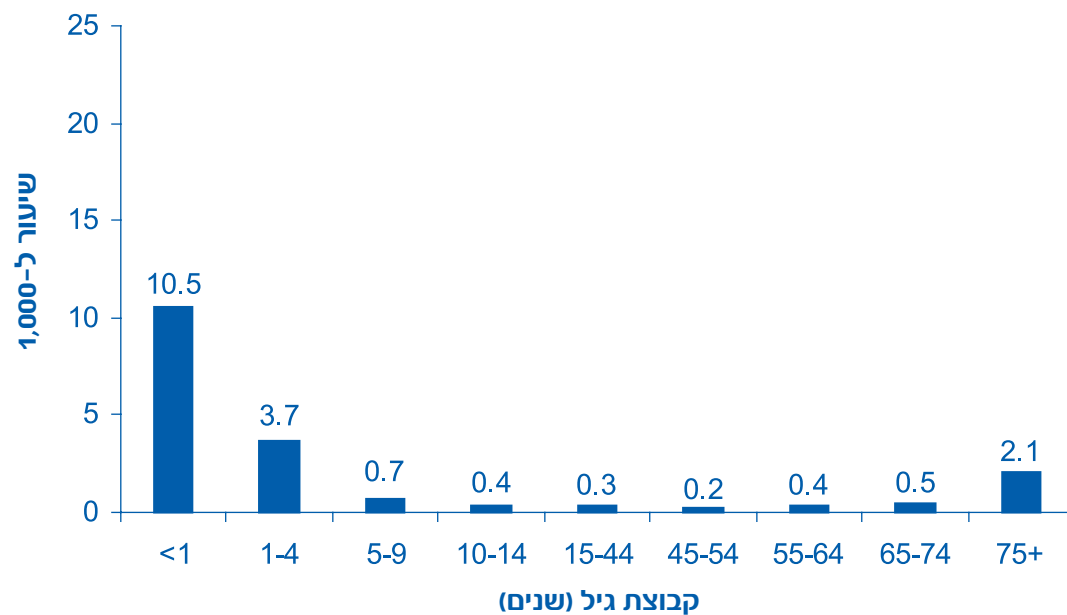
אשפוזים עקב מחלה זיהומית שכיחים יותר בתינוקות (בעיקר בני שנה ומטה) ובקשישים (בעיקר בני 75 שנים ומעלה).

בשנת 2008, שיעור האשפוזים בתינוקות בשנה הראשונה לחיים עקב כלל המחלות הזיהומיות, היה 22.3 ל-1,000 נפש. לאחר מכן, השיעורים ירדו עד ל-0.9 ל-1,000 בקבוצת הגיל 10-14 שנים ונשארו יציבים עד גיל 55, שממנו ואילך נצפית עליה בשיעורים. בקבוצת הגיל 75 שנים ומעלה השיעור הגיע ל-9.6 ל-1,000 (תרשים 1)⁽²⁾. האשפוזים בשל מחלות מעיים זיהומיות אופייניים בעיקר לבני שנה ומטה (10.5 ל-1,000). בבני 1-4 שנים השיעור היה 3.7 ל-1,000, ובבני 75 שנים ומעלה 2.1 ל-1,000; כאשר ביתר קבוצות הגיל השיעורים מתחת ל-0.7 ל-1,000 (תרשים 2)⁽²⁾. לעומת זאת, האשפוזים בשל דלקת ריאות ושפעת גבוהים במיוחד בבני 75 שנים ומעלה (24.6 ל-1,000) ורק אח"כ, בסדר יורד, בקבוצות הגיל בני שנה ומטה, 65-74 שנים ו-0-4 שנים. ביתר קבוצות הגיל נצפים שיעורים נמוכים יותר (תרשים 3)⁽²⁾.

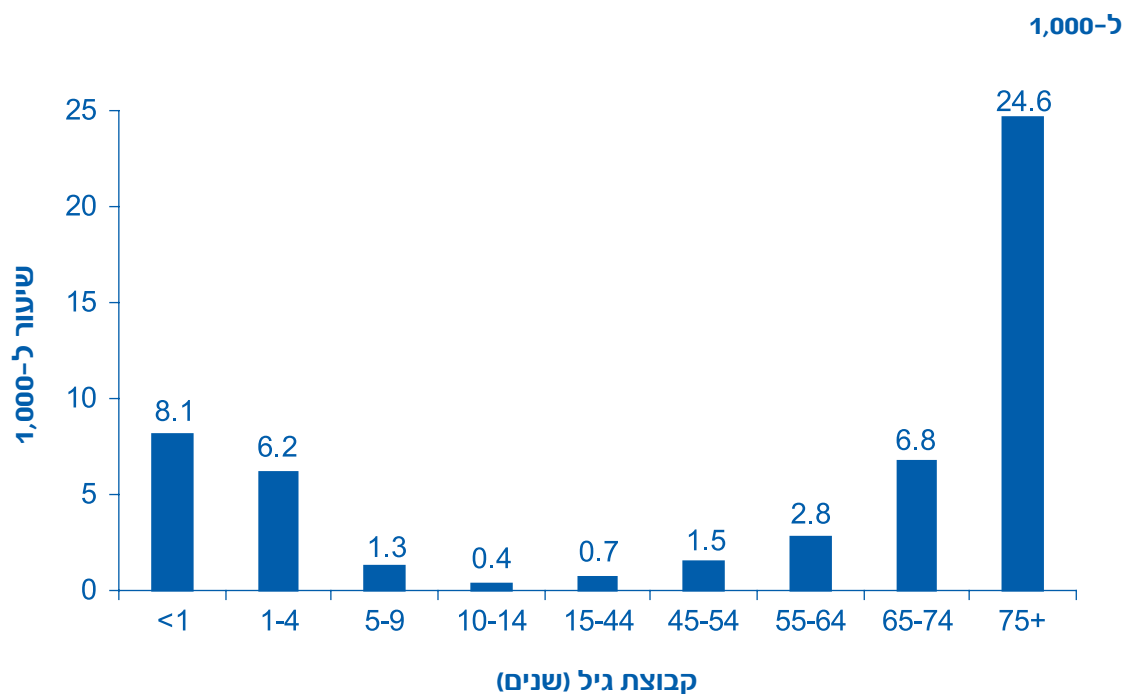
תרשים 1: אשפוזים עקב מחלות זיהומיות (ICD-9 001-139) לפי גיל, 2008⁽²⁾: שיעורים ל-1,000



תרשים 2: אשפוזים עקב מחלות מעיים זיהומיות (ICD-9 001-009) לפי גיל, 2008⁽²⁾: שיעורים ל-1,000



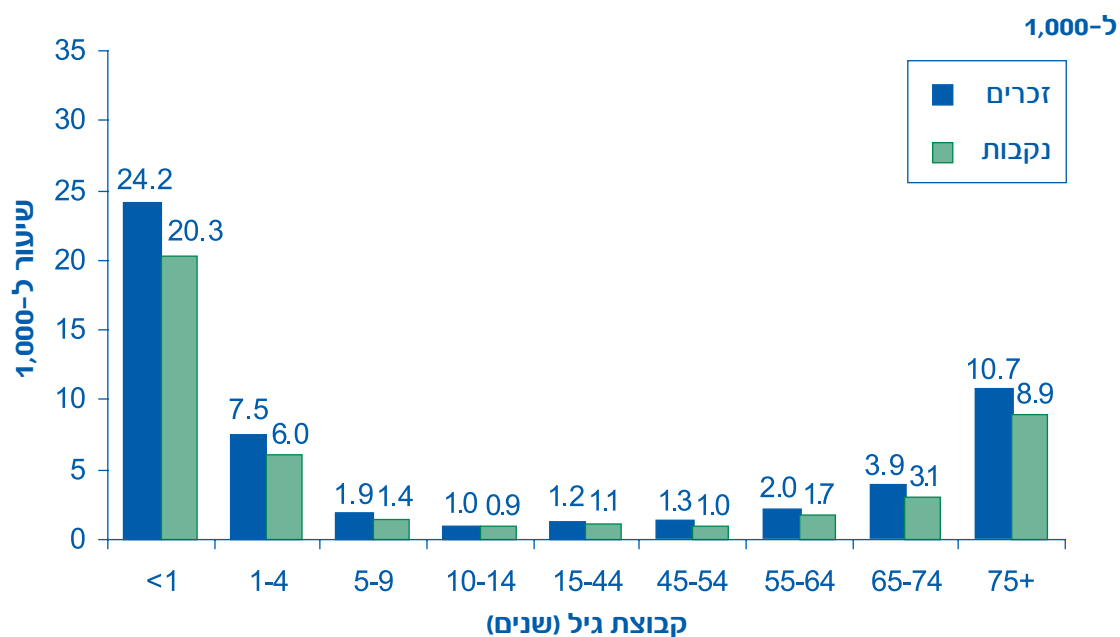
תרשים 3: אשפוזים עקב דלקת ריאות ושפעת (ICD-9 480-487.8) לפי גיל, 2008⁽²⁾: שיעורים



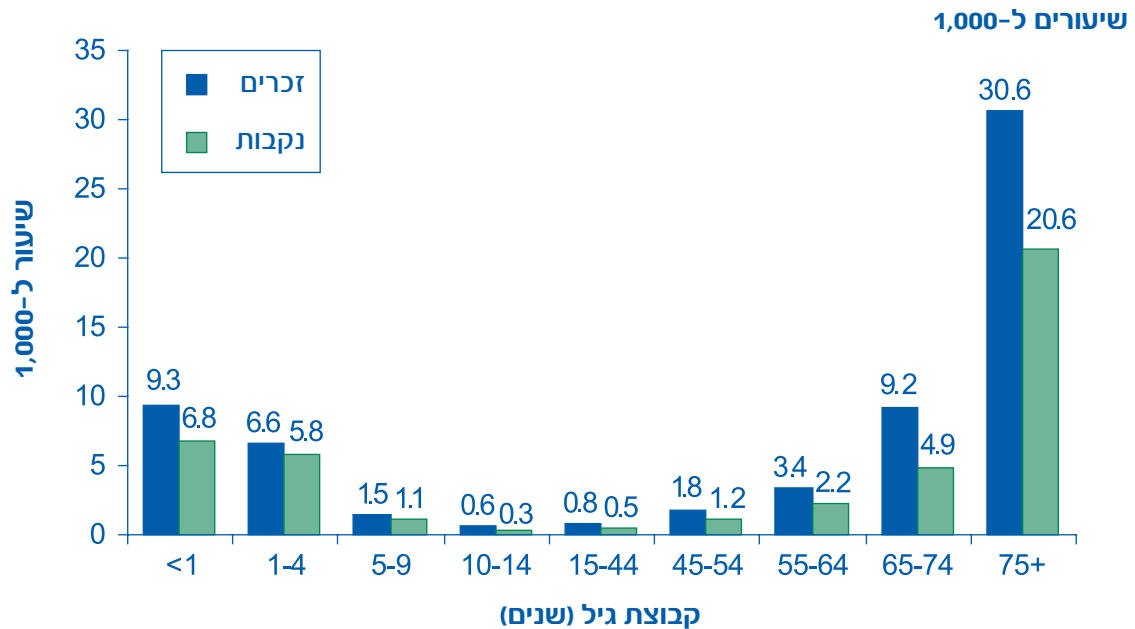
3.2 אשפוזים לפי מין

שיעורי האשפוזים מכלל המחלות הזיהומיות ומדלקת ריאות ושפעת גבוהים יותר בגברים מאשר בנשים בכל קבוצות הגיל (תרשימים 4 ו-5)⁽²⁾. הבדלים גדולים יותר בין המינים נצפו באשפוזים בשל דלקת ריאות ושפעת, בעיקר בקשישים⁽²⁾.

תרשים 4: אשפוזים עקב מחלות זיהומיות (ICD-9 001-139) לפי גיל ומין, 2008⁽²⁾: שיעורים



תרשים 5: אשפוזים עקב דלקת ריאות ושפעת (ICD-9 480-487.8) לפי גיל ומין, 2008⁽²⁾:



4. תמותה

בשנת 2007 נפטרו ממחלות זיהומיות בישראל (ICD-10: A00-B99) 1,383 אנשים, המהווים 3.5% מכלל מקרי המוות. 993 אנשים נוספים נפטרו משפעת ודלקת ריאות (ICD-10: J10-J18), המהווים 2.5% מכלל מקרי התמותה⁽³⁾. שיעור התמותה ממחלות זיהומיות (ICD-10: A00-B99) המתוקן לגיל בשנת 2007 היה 15.0 ל-100,000: 16.2 ל-100,000 בגברים יהודים ואחרים, 15.1 ל-100,000 בגברים ערבים, 13.6 ל-100,000 בנשים יהודיות ואחרות ו-16.6 ל-100,000 בנשים ערביות⁽³⁾.

4.1 תמותה לפי גיל ומין

פרט לבני 0-4 שנים, ובעיקר תינוקות מתחת לגיל שנה, התמותה ממחלות זיהומיות (ICD-10: A00-B99) נמוכה מאוד עד גיל 30 שנים בזכרים ו-45 שנים בנקבות; לאחר מכן שיעור התמותה מתחיל לעלות עד לכ-300 ל-100,000 בבני 75 שנים ומעלה⁽³⁾. בחלוקה לפי מין, בעשור הראשון לחיים, שיעורי התמותה ממחלות זיהומיות גבוהים יותר בבנות מאשר בבנים. בשני העשורים לאחר מכן אין עקביות במגמות לפי מין, ומגיל 30 שנים עד גיל 74 שנים, שיעורי התמותה מכלל המחלות הזיהומיות גבוהים יותר בגברים מאשר בנשים. בבני 75 שנים ומעלה שיעורי התמותה דומים בגברים ונשים (טבלה 2)⁽³⁾.

שיעורי התמותה ממחלות מעיים זיהומיות (ICD-10: A00-A09) הינם נמוכים מאוד בנקבות עד גיל 65 ובזכרים עד גיל 70. בבני 75 שנים ומעלה שיעורי התמותה מגיעים לערך הגבוה ביותר, אך עדיין מהווים פחות מ-10% מסך התמותה ממחלות זיהומיות (טבלה 2)⁽³⁾.

שיעורי התמותה מדלקת ריאות ושפעת (ICD-10: J10-J18) הינם נמוכים עד גיל 50 בזכרים וגיל 60 בנקבות, ומגילאים אלו ואילך עולים עד למעלה מ-200 פטירות ל-100,000 בבני 75 שנים ומעלה. שיעורי התמותה גבוהים בזכרים לעומת נקבות במרבית קבוצות הגיל (טבלה 2)⁽³⁾.

טבלה 2: תמותה ממחלות זיהומיות לפי אבחנה, מין וגיל, 2007⁽³⁾: שיעורים ל-100,000

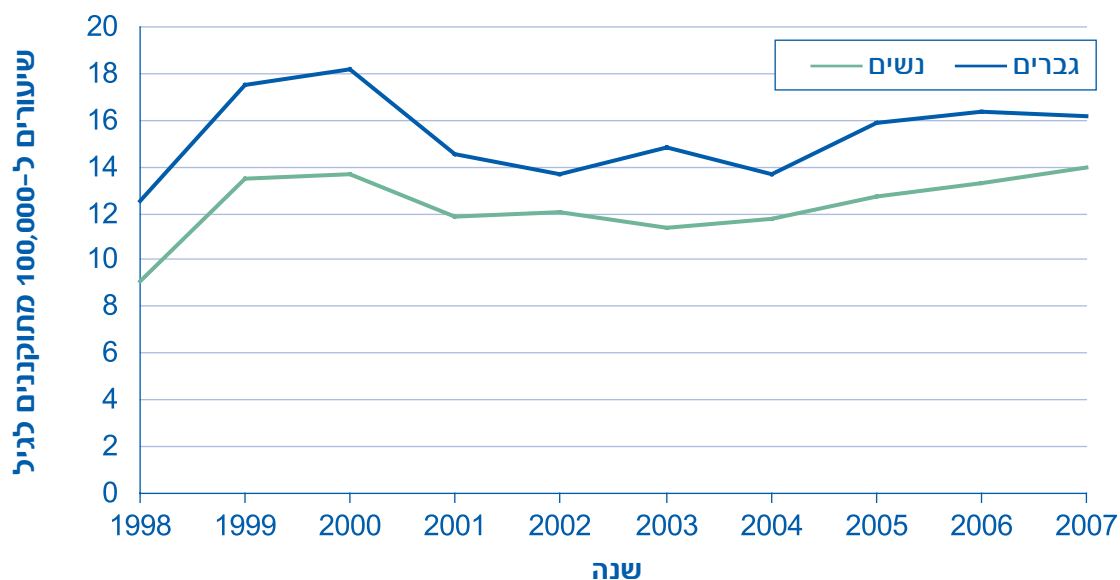
גיל	מחלות זיהומיות (ICD-10: A00-B99)		מחלות מעיים זיהומיות (ICD-10: A00-A09)		דלקת ריאות ושפעת (ICD-10: J10-J18)	
	זכרים	נקבות	זכרים	נקבות	זכרים	נקבות
0-4	2.7	3.4	0	0.3	0.8	0.3
5-9	0.3	0.6	0	0	0.3	0.3
10-14	0.3	0	0	0	0	0
15-19	0	0.7	0	0	0.3	0
20-24	0.7	0.4	0	0	0.3	0
25-29	0.4	1.1	0	0	0.4	0
30-34	3.0	1.1	0	0	1.1	0
35-39	4.4	0	0	0	1.8	0
40-44	9.3	1.5	0	0	2.1	0
45-49	7.6	4.6	0	0.5	0.5	0.5
50-54	9.0	4.7	0.6	0	4.5	1.6
55-59	15.5	8.2	1.2	0.5	4.8	1.1
60-64	22.6	11.4	1.7	0.8	10.9	3.8
65-69	42.6	30.6	1.1	3.7	19.7	12.1
70-74	82.1	68.9	5.1	2.0	60.3	33.4
75+	292.9	296.1	28.1	28.3	280.7	228.2

4.2 מגמות בתמותה

4.2.1 מגמות בתמותה ממחלות זיהומיות (ICD-10: A00-B99)

שיעורי התמותה ממחלות זיהומיות גבוהים באופן עקבי בגברים לעומת נשים. בין השנים 1998-2000 היתה עלייה בשיעורי התמותה ממחלות זיהומיות, הן בגברים והן בנשים. בשנת 2001 היתה ירידה בשיעורים עם התייצבות עד שנת 2004, ועלייה קלה לאחר מכן⁽³⁾. בין השנים 1998-2007 עלו שיעורי התמותה ממחלות זיהומיות ב-29% בגברים, מ-12.5 פטירות ל-100,000 ב-1998 ל-16.1 פטירות ל-100,000 ב-2007. בנשים, השיעורים עלו ב-54%, מ-9.1 פטירות ל-100,000 ב-1998 ל-14.0 פטירות ל-100,000 ב-2007 (תרשים 6)⁽³⁾.

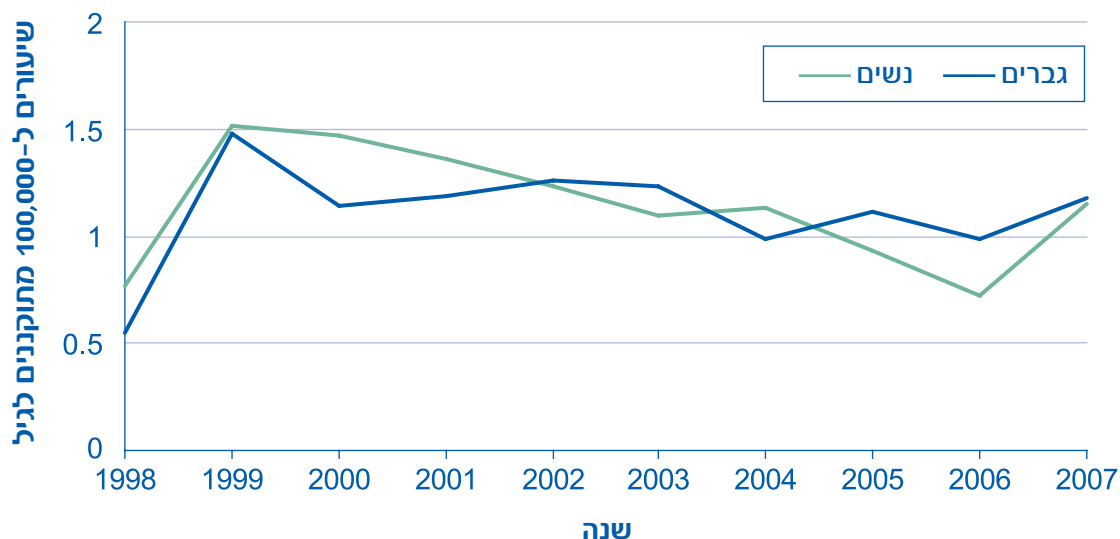
תרשים 6: תמותה ממחלות זיהומיות (ICD-10: A00-B99) לפי מין, 1998-2007⁽³⁾: שיעורים ל-100,000 מתוקננים לגיל



4.2.2 מגמות בתמותה ממחלות מעיים זיהומיות (ICD-10: A00-A09)

שיעורי התמותה ממחלות מעיים זיהומיות דומים בגברים ובנשים⁽³⁾. בשנים 1999-2006 נצפתה ירידה בשיעורי התמותה ממחלות מעיים זיהומיות, ולאחריהן, ב-2007, עלייה מסוימת בשיעורים. בתקופה זו, ירדו שיעורי התמותה ב-20% הן בגברים והן בנשים (מ- 1.5 ל-100,000 ב-1999 ל-1.2 ל-100,000 ב-2007, בשני המינים) (תרשים 7)⁽³⁾.

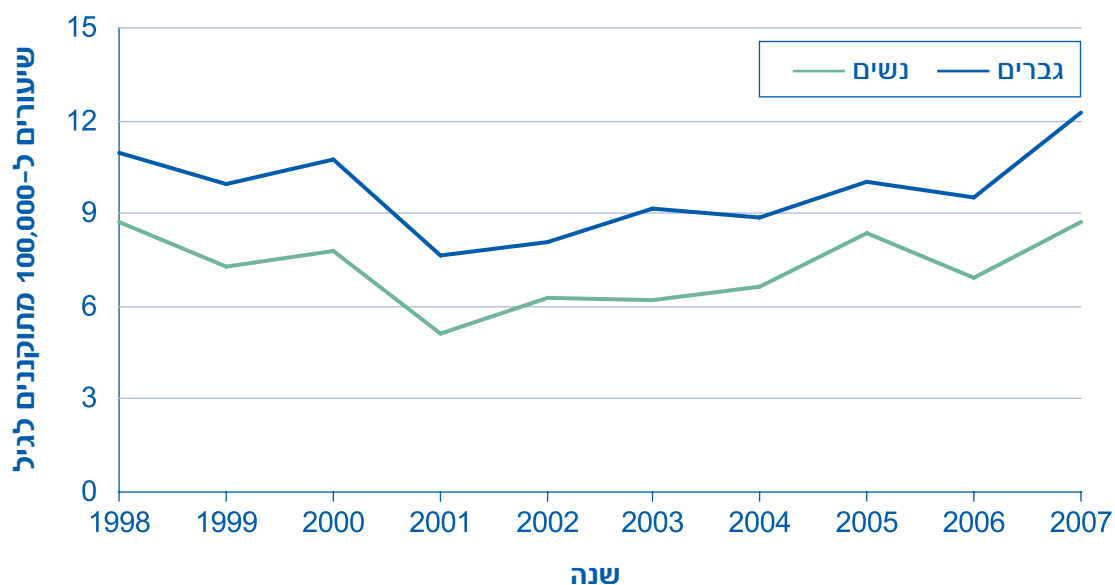
תרשים 7: תמותה ממחלות מעיים זיהומיות (ICD-10: A00-A09) לפי מין, 1998-2007⁽³⁾: שיעורים ל-100,000 מתוקננים לגיל



4.2.3 מגמות בתמותה מדלקת ריאות ושפעת (ICD-10: J10-J18)

בין השנים 1998-2001 חלה ירידה בשיעורי התמותה מדלקת ריאות ושפעת, ומאז יש מגמת עלייה, כאשר לאורך כל השנים השיעורים היו גבוהים בגברים בהשוואה לנשים (תרשים 8)⁽³⁾.

תרשים 8: תמותה מדלקת ריאות ושפעת (ICD-10: J10-J18) לפי מין, 1998-2007⁽³⁾: שיעורים ל-100,000 מתוקננים לגיל

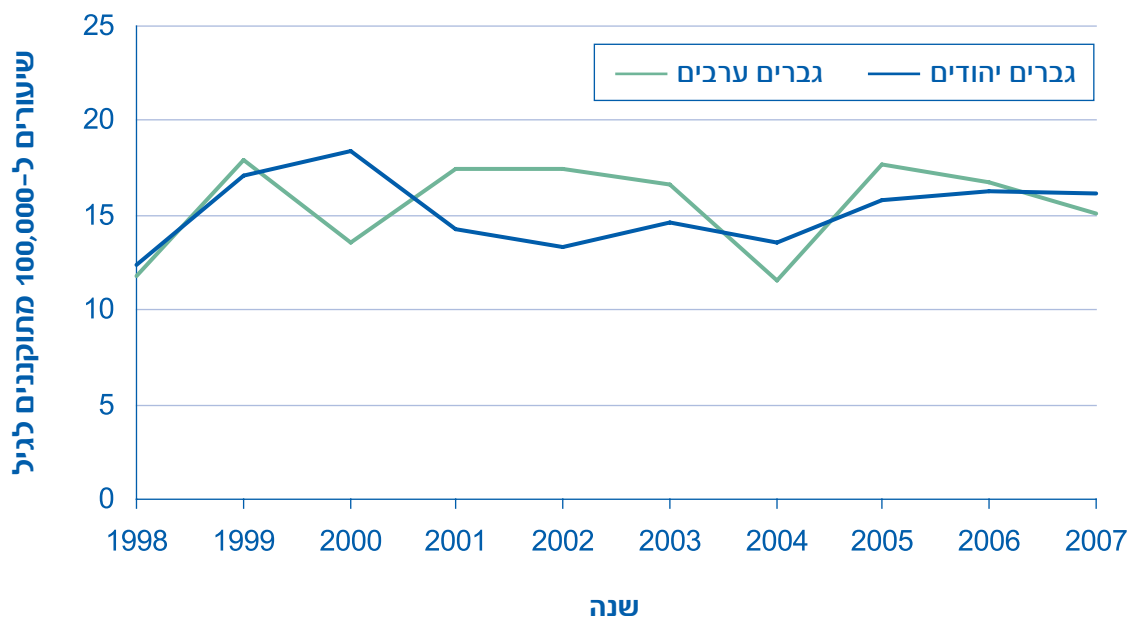


4.2.4 מגמות בתמותה לפי מין וקבוצת אוכלוסייה

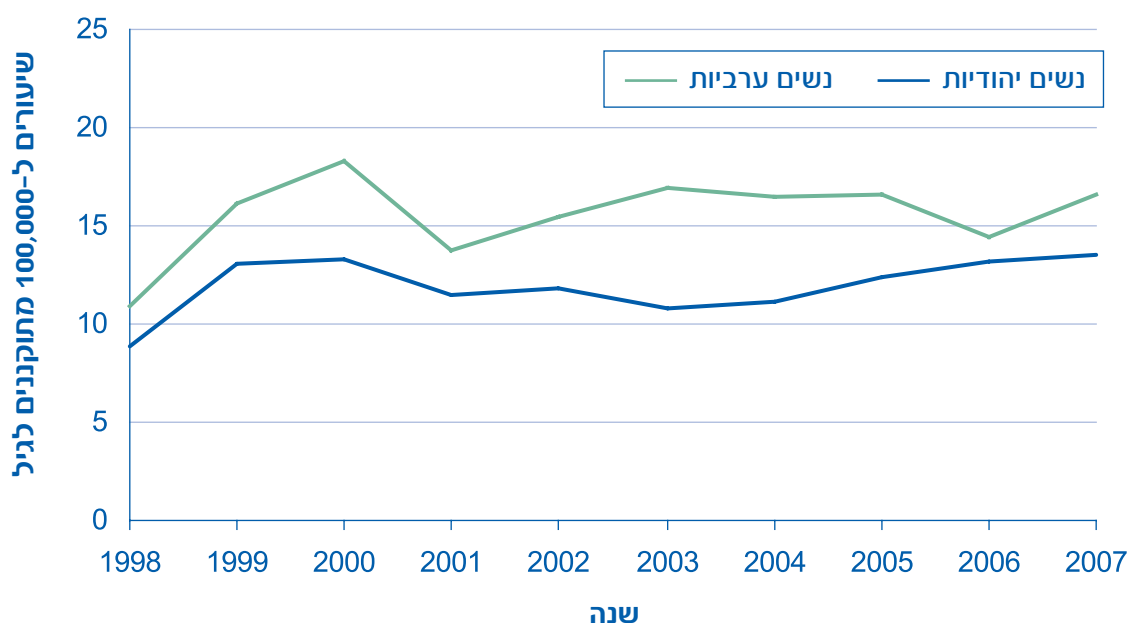
עד תחילת שנות ה-90, שיעורי התמותה המתוקננים לגיל ממחלות זיהומיות (A00-B99) היו גבוהים יותר באוכלוסייה הערבית מאשר באוכלוסייה היהודית (נתונים לא מוצגים)⁽³⁾. בשנים 1998-2007, שיעורי התמותה ממחלות זיהומיות בגברים יהודים וערבים היו דומים. בנשים, לעומת זאת, לאורך כל התקופה, שיעורי התמותה בנשים ערביות היו גבוהים מהשיעורים שנצפו בנשים יהודיות (תרשים 9)⁽³⁾.

תרשים 9: תמותה ממחלות זיהומיות (ICD-10: A00-B99) לפי מין וקבוצת אוכלוסייה, 1998-2007⁽³⁾.
 שיעורים ל-100,000 מתוקננים לגיל

גברים



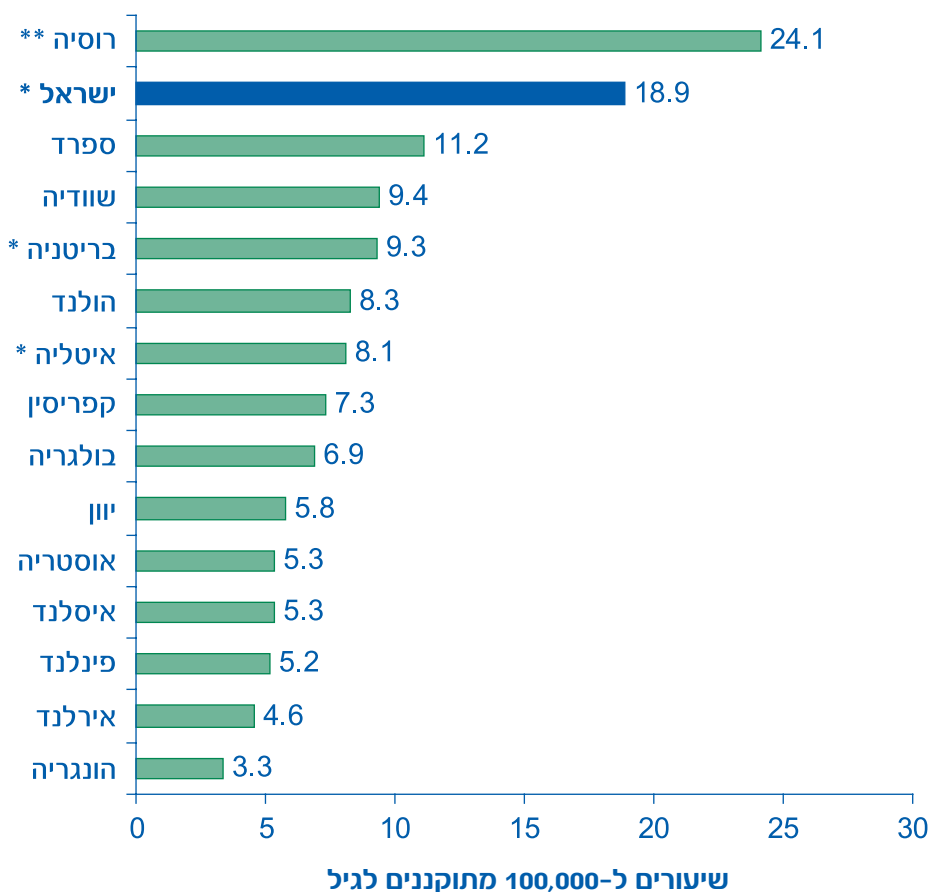
נשים



4.3 השוואה בין-לאומית

בתרשים 10 מוצגים שיעורי תמותה ממחלות זיהומיות (A00-B99) (מתוקננים לגיל) בישראל ובמספר מדינות נבחרות באזור אירופה. בשנת 2007, שיעור התמותה בישראל היה 18.9 פטירות ל-100,000⁽⁷⁾. שיעור זה היה גבוה מהשיעורים שנצפו ברוב המדינות המוצגות⁽⁷⁾. בשנת 2008 השיעור הגבוה ביותר (מבין המדינות המוצגות) נצפה ברוסיה (24.1 ל-100,000), והשיעורים הנמוכים ביותר נצפו בפינלנד, אירלנד והונגריה (תרשים 10)⁽⁷⁾.

תרשים 10: תמותה ממחלות זיהומיות (ICD-10: A00-B99) בישראל ובמבחר מדינות אירופה, 2008⁽⁷⁾: שיעורים ל-100,000 מתוקננים* לגיל



שיעורים מתוקננים לאוכלוסיית אירופה.

* נתונים משנת 2007, השנה העדכנית ביותר בה היו נתונים עבור מדינה זו.

** נתונים משנת 2006, השנה העדכנית ביותר בה היו נתונים עבור מדינה זו.

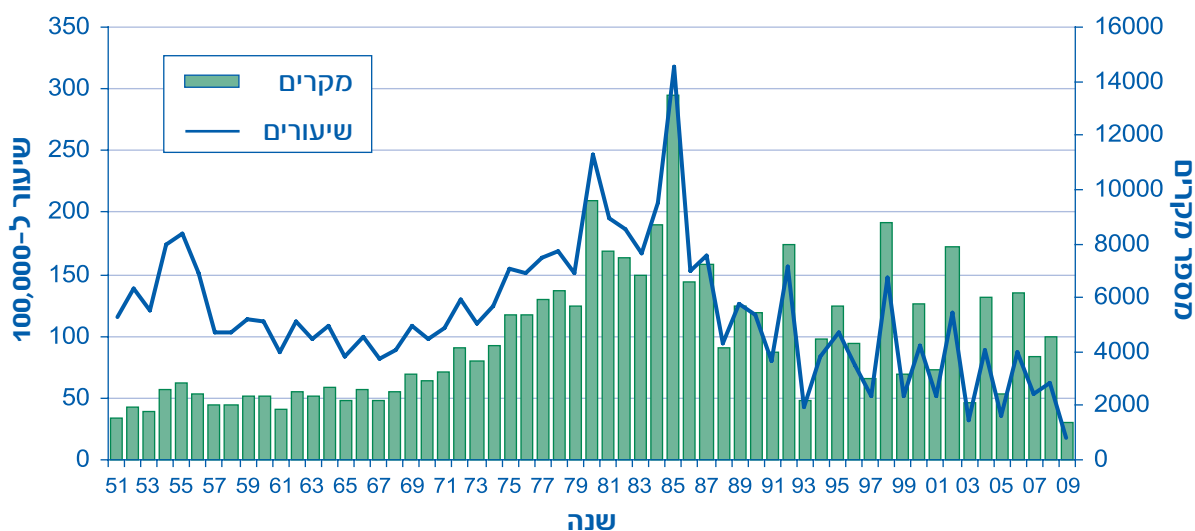
5. מגמות בהיארעות מחלות נבחרות

5.1 מחלות מעיים זיהומיות

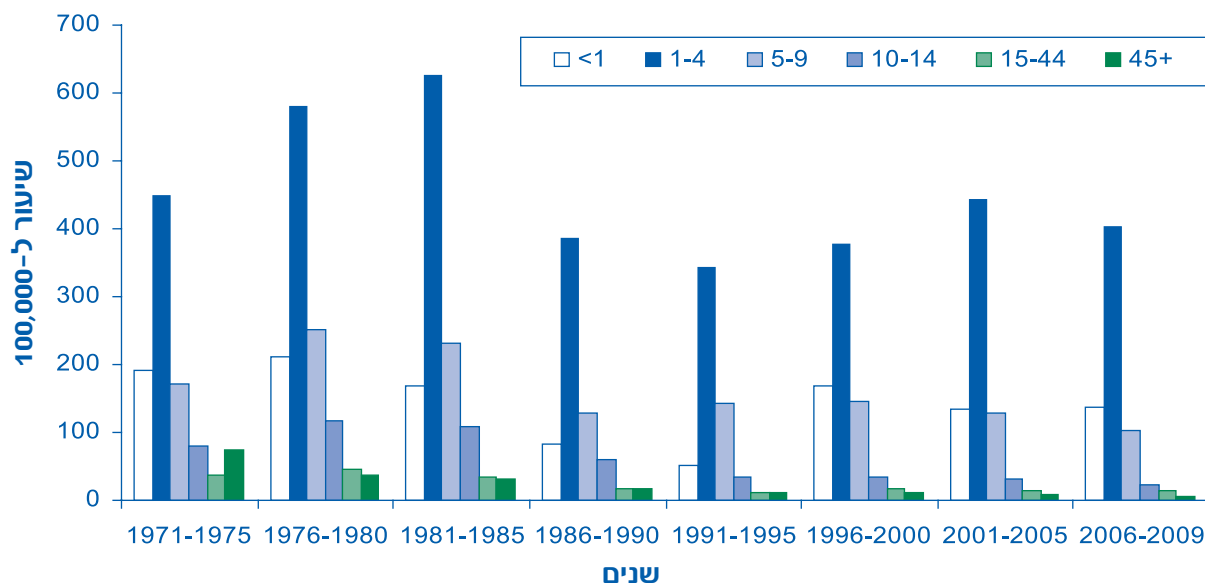
5.1.1 זיהומים על ידי שיגלה

מתחילת שנות ה-70 נצפתה מגמת עליה בשיעורי התחלואה בשיגלזיס. בשנים 1980 ו-1985 היו שתי התפרצויות גדולות במיוחד ושיעורי התחלואה הגיעו לשיא של 318.0 ל-100,000 ב-1985⁽¹⁾. מסוף שנות השמונים נצפתה ירידה בהיארעות עם תבנית של התפרצויות חוזרות של שיגלזיס אחת לשנתיים. ב-2009 אובחנו 1,373 מקרים של שיגלזיס (שיעור של 18.5 ל-100,000) (תרשים 11)⁽¹⁾. השיעורים הגבוהים ביותר לכל אורך השנים היו בבני 1-4 שנים (תרשים 12)⁽¹⁾.

תרשים 11: היארעות שיגלזיס, 1951-2009⁽¹⁾: מספר מקרים ושיעורים ל-100,000



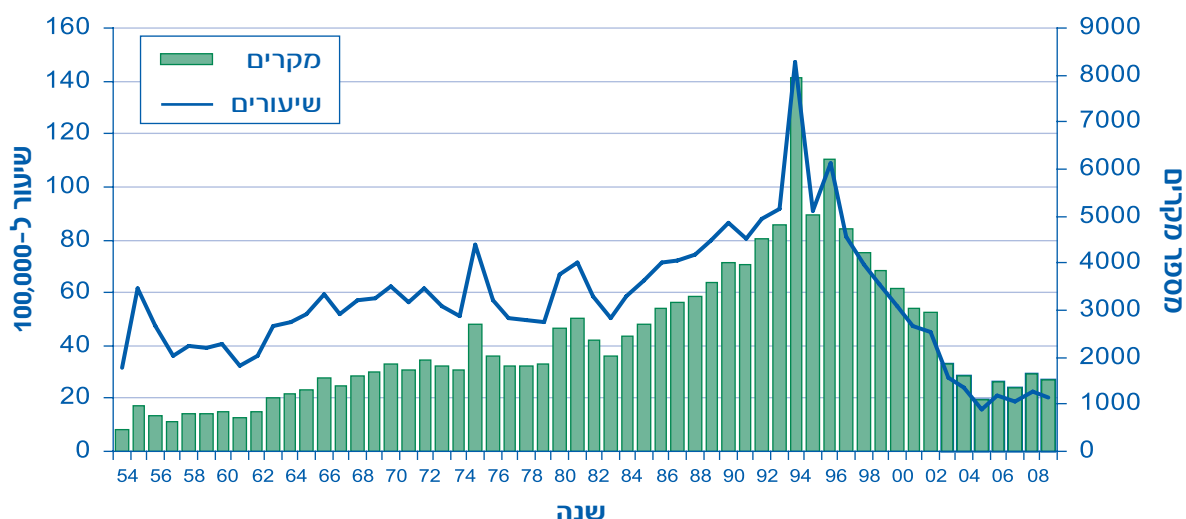
תרשים 12: היארעות שיגלזיס לפי גיל, 1971-2009⁽¹⁾: שיעורים ל-100,000 (ממוצע 5-שנתי)



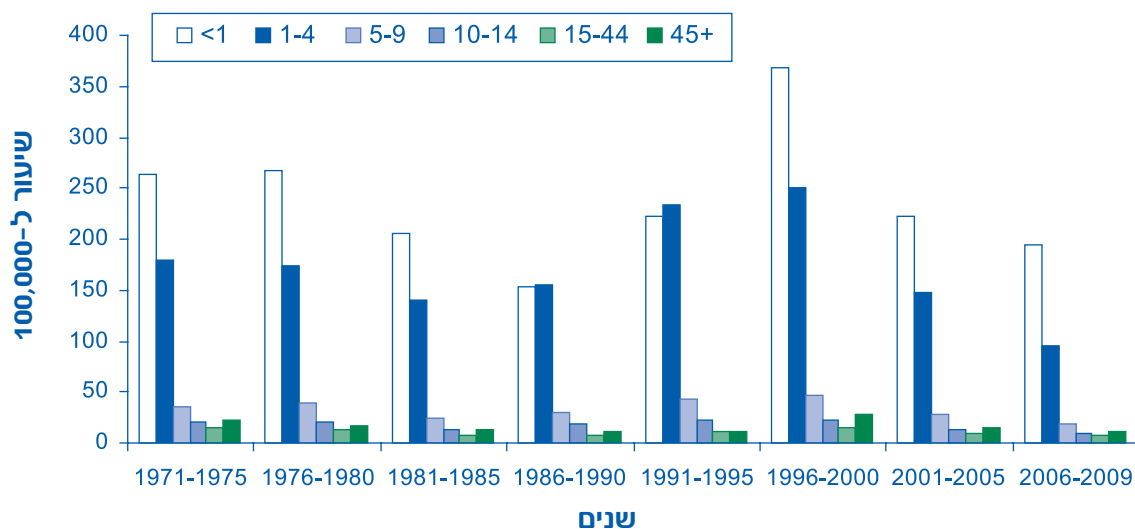
5.1.2 זיהומים על ידי סלמונלה

שיעורי התחלואה מסלמונלה היו יציבים מאמצע שנות השישים ועד לתחילת שנות השמונים. מתחילת שנות השמונים היתה עליה בשיעורים. בשנת 1994 היתה התפרצות גדולה בזן Agona, עקב זיהום חטיף בוטנים, ושיעורי התחלואה הגיעו ל-147.5 מקרים ל-100,000⁽¹⁾. בשנת 1996 נצפתה עליה בתחלואה שיוחסה לעליה בשכיחות זן ה-Typhimurium, העמיד לאנטיביוטיקה⁽⁸⁾. לאחר מכן נצפתה ירידה בשיעורי ההיארעות עד להתייצבות על כ-20 מקרים ל-100,000 באמצע שנות האלפיים ואילך. בשנת 2009 אובחנו 1,517 מקרי סלמונלוזיס בישראל (20.4 ל-100,000) (תרשים 13)⁽¹⁾. שיעורי ההיארעות הגבוהים ביותר בכל השנים היו בפעוטות עד גיל שנה ובבני 1-4 שנים (225.3 ו-87.4 ל-100,000, בהתאמה בשנת 2009) (תרשים 14)⁽¹⁾.

תרשים 13: היארעות סלמונלוזיס, 1954-2009⁽¹⁾: מספר מקרים ושיעורים ל-100,000



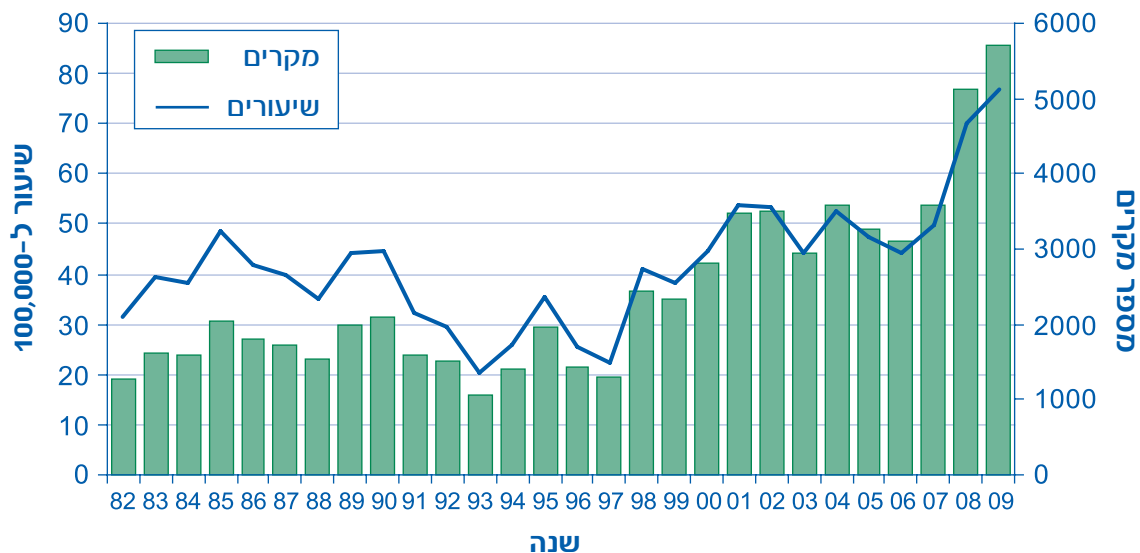
תרשים 14: היארעות סלמונלוזיס, לפי גיל, 1971-2009⁽¹⁾: שיעורים ל-100,000 (ממוצע 5-שנתי)



5.1.3 זיהומים על ידי קמפילובקטר

הדיווח על קמפילובקטר החל בשנת 1982. מסוף שנות ה-90 נצפית מגמה של עלייה בשיעורי ההיארעות⁽¹⁾. השיעור הממוצע בשנות ה-80 היה 39.8 ל-100,000; השיעורים ירדו במעט בשנות ה-90 (שיעור ממוצע 31.5 ל-100,000), ועלו בתחילת שנות ה-2000 (2000-2007) לשיעור ממוצע של 48.7 מקרים ל-100,000. משנת 2007 נמשכה מגמת העלייה וב-2009 השיעור הגיע ל-76.7 מקרים ל-100,000 (כ-5,700 מקרים חדשים בשנה זו) (תרשים 15)⁽¹⁾.

תרשים 15: היארעות קמפילובקטריזיס, 1982-2009⁽¹⁾: מספר מקרים ושיעורים ל-100,000



5.2 מחלות הניתנות למניעה על ידי חיסון

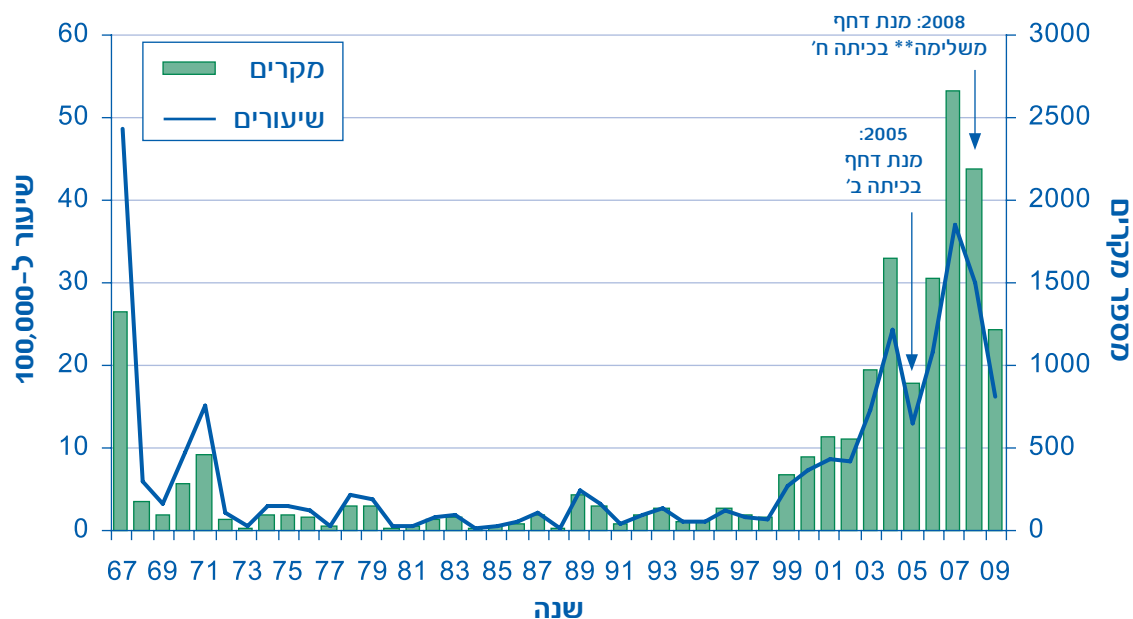
5.2.1 שעלת

בשנת 1957 הוחל בחיסון שגרתי נגד שעלת כחלק מהחיסון המשולש (שעלת, דיפתריה וטטנוס). החיסון ניתן החל מגיל חודשיים ועד גיל שנה, במספר מנות. עשור לאחר התחלת החיסון, ב-1967, היה שיעור התחלואה בשעלת 48.6 מקרים ל-100,000⁽¹⁾. שיעור זה ירד ל-2.1 מקרים ל-100,000 בשנת 1972. במהלך שנות השבעים, השמונים והתשעים, שיעורי המחלה היו נמוכים (שיעור ממוצע נמוך מ-2 מקרים ל-100,000), עם התפרצויות מקומיות. בשנות ה-2000 נצפתה התפרצות מחודשת של המחלה ובשנת 2007 שיעור ההיארעות הגיע ל-37.1 ל-100,000 (תרשים 16)⁽¹⁾. בעקבות התפרצות המחלה נוספה מנת דחף של החיסון נגד שעלת בגיל בית הספר (בשנת 2005 נוספה מנת דחף לבני 7 שנים, ובשנת 2008 נוספה מנת דחף משלימה לבני 13 שנים, למי שלא קיבלו מנה בגיל 7 שנים). משנת 2008 החלה ירידה בשיעורי התחלואה, ובשנת 2009 דווח על 1,214 מקרי שעלת בישראל (16.3 ל-100,000)⁽¹⁾.

פרט לשנים 2006-2007, שיעור ההיארעות הגבוה ביותר של שעלת נמצא בפעוטות מתחת לגיל שנה⁽¹⁾. ב-2009, שיעור ההיארעות בקבוצת גיל זו היה 46.8 ל-100,000. בעשור האחרון נצפתה עליה דרמטית בשיעורי ההיארעות בבני 10-14 שנים: מ-4.0 ל-100,000 ב-1998 ל-145.8 ל-100,000 ב-2007. בעקבות הכנסת חיסון הדחף בגיל בית ספר, ירדו השיעורים בקבוצת גיל זו ל-33.1 ל-100,000 בשנת 2009 (תרשים 17)⁽¹⁾.

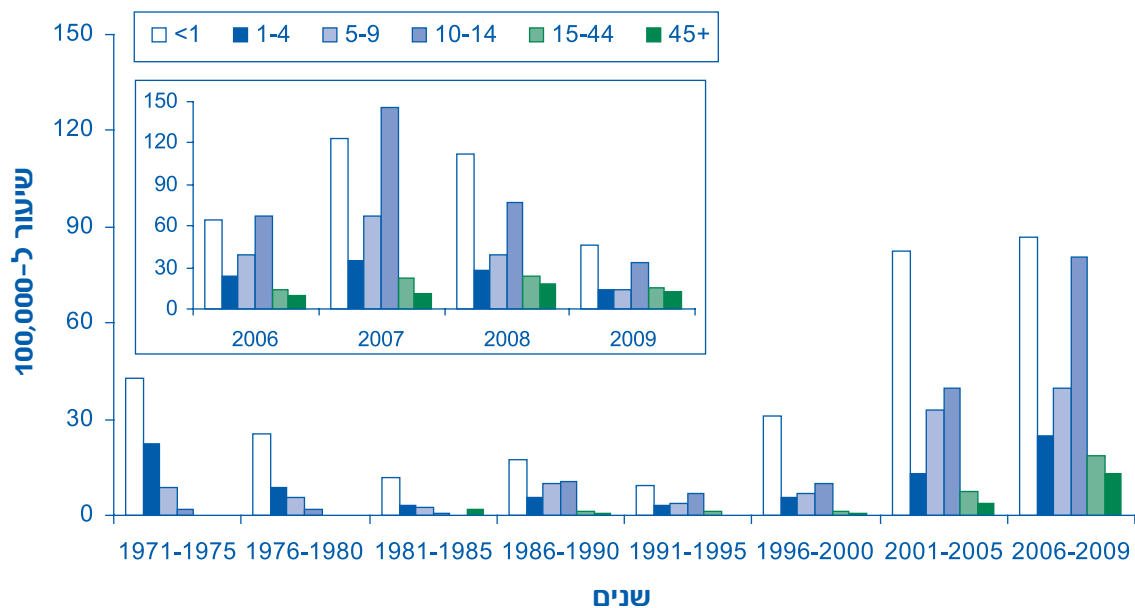
יש לציין כי השינויים המדווחים בשיעורי ההיארעות במהלך בתקופות השונות יכולים לנבוע בחלקם משינויים באופן האבחון והדיווח.

תרשים 16: היארעות שעלת*, 1967-2009⁽¹⁾: מספר מקרים ושיעורים ל-100,000



* הוחל לחסן נגד שעלת בשנת 1957, לא מוצג בתרשים.
** מנת דחף משלימה למי שלא חוסן מגיל 7 שנים ואילך.

תרשים 17: היארעות שעלת, לפי גיל, 1971-2009⁽¹⁾: שיעורים ל-100,000 (ממוצע 5-שנתי)

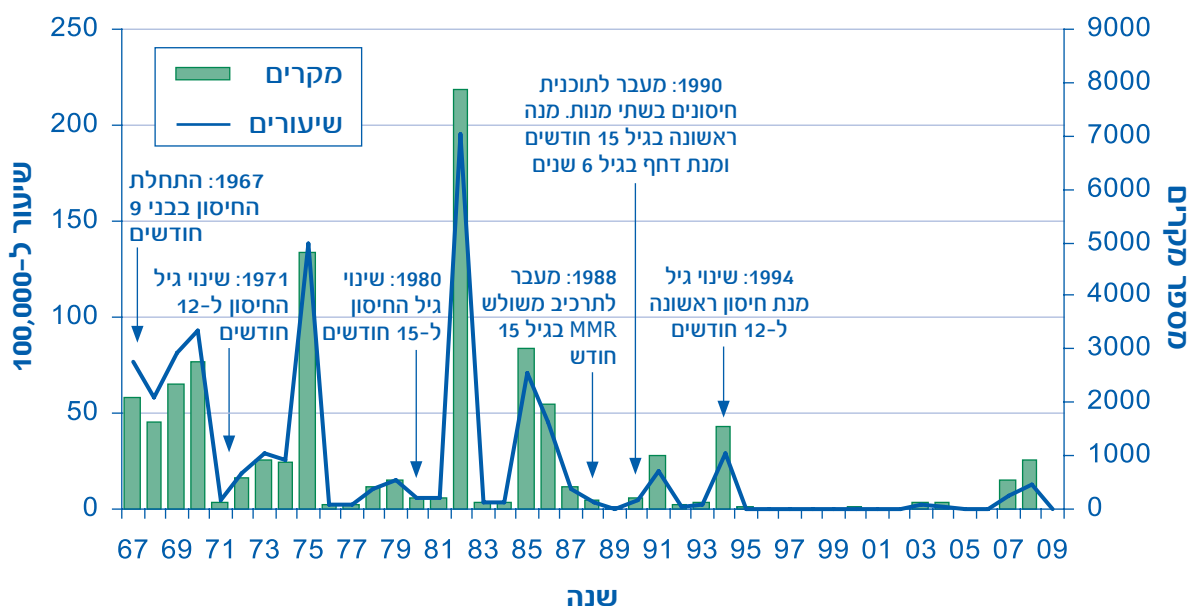


שיעורי היארעות שעלת בשנים 2006-2009, לפי קבוצות גיל, מוצגים בהקטנה על גבי התרשים.

5.2.2 חצבת

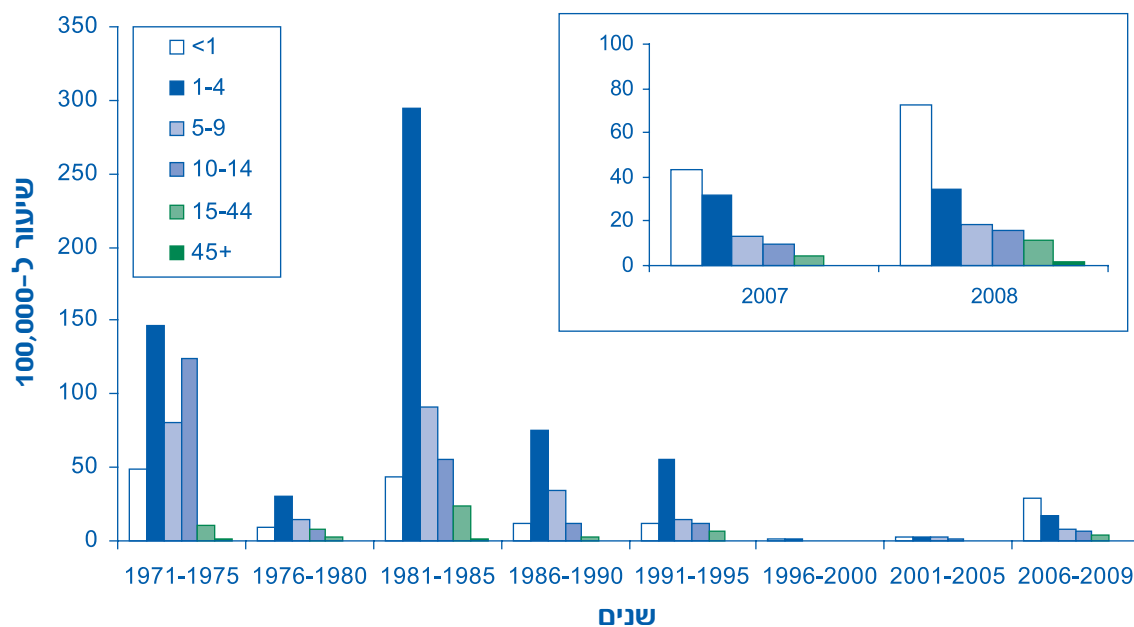
בשנת 1967 הוכנס לשיגרת החיסונים חיסון חי מוחלש נגד חצבת, ובשנת 1971 תועדה לראשונה ירידה משמעותית בשיעורי האירעות המחלה (תרשים 18). מאז ועד 1994 נצפו מספר התפרצויות של חצבת, כאשר הגדולה מבניהן תועדה בשנת 1982 עם שיעור מקסימלי של 195.3 ל-100,000. בשנת 1990, נוספה מנת חיסון דחף לחצבת בגיל 6 שנים. לאחר מכן, תועדו 2 התפרצויות קטנות יותר, ב-1991 וב-1994 (שיעור תחלואה מקסימלי של 28.8 ל-100,000 בשנת 1994). בעקבות שתי התפרצויות אלו בוצעה בין השנים 1995-1991 תוכנית השלמה של מנת הדחף של החיסון לתלמידי כיתות ו'-ח'. מ-1995 ועד 2006, שיעורי התחלואה היו על פי רוב נמוכים במיוחד (למעט 2003-2004), עם שיעור ממוצע של 0.5 ל-100,000. אך, בשנים 2007-2008, היתה התפרצות נוספת של חצבת עם שיעור תחלואה מקסימלי של 12.7 ל-100,000 בשנת 2008. ב-2009 נכלמה התפרצות זו ודווח על חמישה מקרי תחלואה בלבד (0.1 מקרים ל-100,000) (תרשים 18)⁽¹⁾.

תרשים 18: האירעות חצבת, 1967-2009⁽¹⁾: מספר מקרים ושיעורים ל-100,000



בתרשים 19 מוצגים שיעורי האירעות חצבת לפי קבוצות גיל. עד שנת 1995, שיעורי האירעות הגבוהים ביותר נמצאים באופן עקבי בבני 1-4 שנים. בשנים 1981-1985 הגיע שיעור האירעות הממוצע בקבוצת גיל זו ל-294.0 ל-100,000. שיעור זה ירד ל-1.2 ל-100,000 בשנים 1996-2000. בהתפרצות החצבת בשנים 2007-2008, עיקר התחלואה נצפתה בפעוטות בני פחות מגיל שנה (72.3 ל-100,000 בשנת 2008) (תרשים 19)⁽¹⁾.

תרשים 19: היארעות חצבת, לפי גיל, 1971-2009*⁽¹⁾: שיעורים ל-100,000 (ממוצע 5-שנתי)

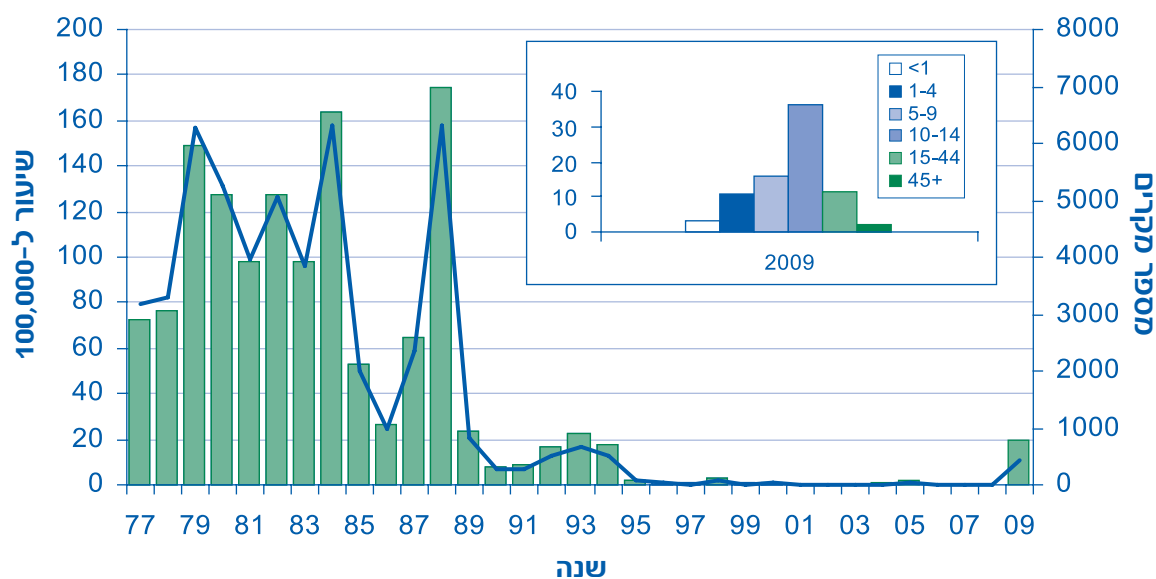


התפרצות חצבת בשנים 2008-2007, לפי קבוצות גיל, מוצגת בהקטנה על גבי התרשים.

5.2.3 חזרת

בשנת 1984 הוכנס חיסון חי מוחלש נגד חזרת לשגרת החיסונים, מדיניות שנמשכה עד אמצע שנת 1985. בסוף 1988 הוחל שוב בחיסון נגד חזרת כחלק מהחיסון המשולש (חזרת-חצבת-אדמת: MMR) שניתן בגיל 15 חודשים. החל משנת 1994 ניתנות שתי מנות חיסון, הראשונה בגיל 12 חודשים והשנייה בגיל 6 שנים. מתחילת שנות ה-80 ניכרת מגמת ירידה בהיארעות המחלה, פרט לשתי התפרצויות בולטות בשנים 1984 ו-1988, עם שיעורי תחלואה של כ-158 ל-100,000 (תרשים 20)⁽¹⁾. משנת 1995 ועד 2008, שיעורי התחלואה היו נמוכים מאוד (שיעור ממוצע של 0.6 ל-100,000). בשנת 2009 היתה התפרצות נוספת של חזרת עם שיעור תחלואה מקסימלי של 10.5 ל-100,000 (777 מקרים). בשונה מהתחלואה בשנות השבעים שעיקרה היה בבני 1-4 ו-5-9 שנים, בהתפרצות בשנת 2009 עיקר התחלואה נצפתה בקבוצת הגיל 10-14 שנים (תרשים 20)⁽¹⁾.

תרשים 20: היארעות חזרת, 1977-2009⁽¹⁾: מספר מקרים ושיעורים ל-100,000



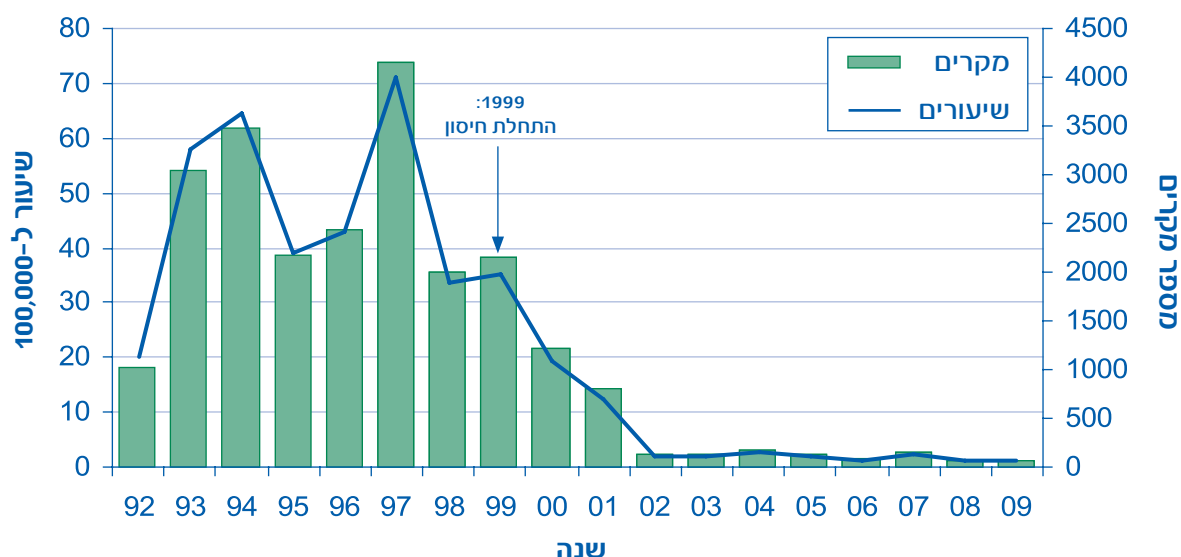
התפרצות חזרת בשנת 2009, לפי קבוצות גיל, מוצגת בהקטנה על גבי התרשים.

5.2.4 דלקת כבד נגיפית

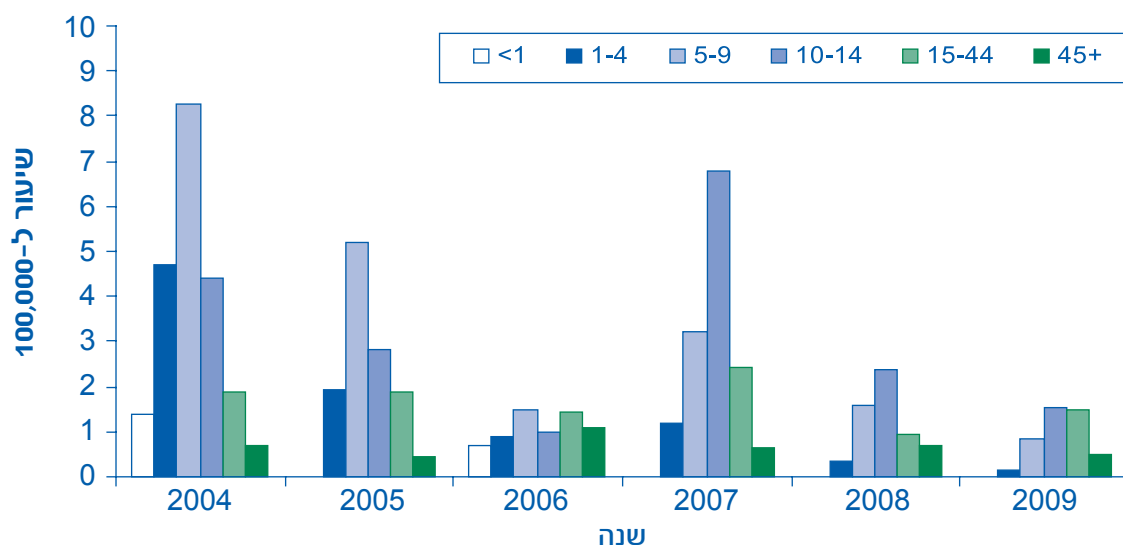
א. דלקת כבד נגיפית מסוג A

בשנת 1999 הוכנס חיסון מומת נגד דלקת כבד נגיפית מסוג A לשגרתי החיסונים. החיסון ניתן בשתי מנות, הראשונה בגיל 18 חודשים והשנייה בגיל 24-30 חודשים. בעקבות הכנסת החיסון ירדו שיעורי ההיארעות בצורה ניכרת מ-35.1 מקרים ל-100,000 בשנת 1999 למקרה אחד ל-100,000 ב-2009 (75 מקרים) (תרשים 21)⁽¹⁾. בשנים האחרונות ניכר שינוי בקבוצות הגיל הנמצאות בסיכון למחלה. בשנים 2004-2006, שיעורי ההיארעות הגבוהים ביותר היו בקבוצת הגיל 5-9 שנים, והחל משנת 2007 שיעורי התחלואה הגבוהים ביותר הינם בבני 10-14 שנים (תרשים 22)⁽¹⁾.

תרשים 21: היארעות דלקת כבד נגיפית מסוג A, 1992-2009⁽¹⁾: מספר מקרים ושיעורים ל-100,000



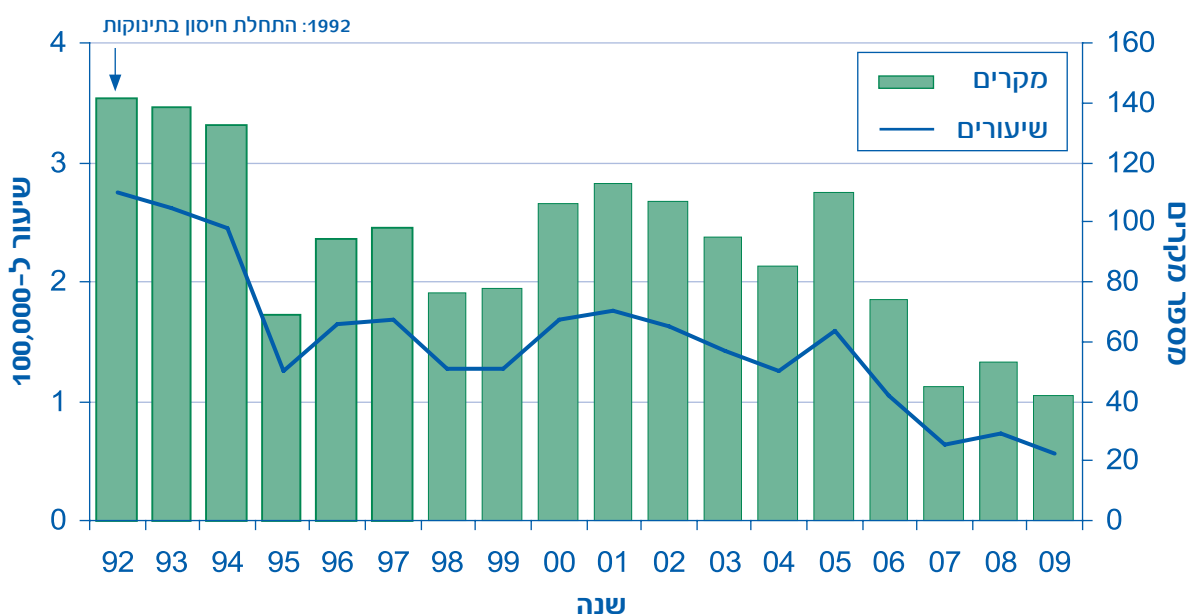
תרשים 22: היארעות דלקת כבד נגיפית מסוג A, לפי גיל, 2004-2009⁽¹⁾: שיעורים ל-100,000



ב. דלקת כבד נגיפית מסוג B

משנת 1992 ניתן חיסון רקומביננטי נגד דלקת כבד נגיפית מסוג B לתינוקות בשנת חייהם הראשונה. החיסון ניתן בשלוש מנות (ביום הלידה, בגיל חודש ובגיל 6 חודשים). בעקבות החיסון ירד שיעור ההיארעות של דלקת כבד נגיפית מסוג B מ-2.8 ל-100,000 בשנת 1992 ל-0.6 ל-100,000 בשנת 2009 (42 מקרים) (תרשים 23)⁽¹⁾.

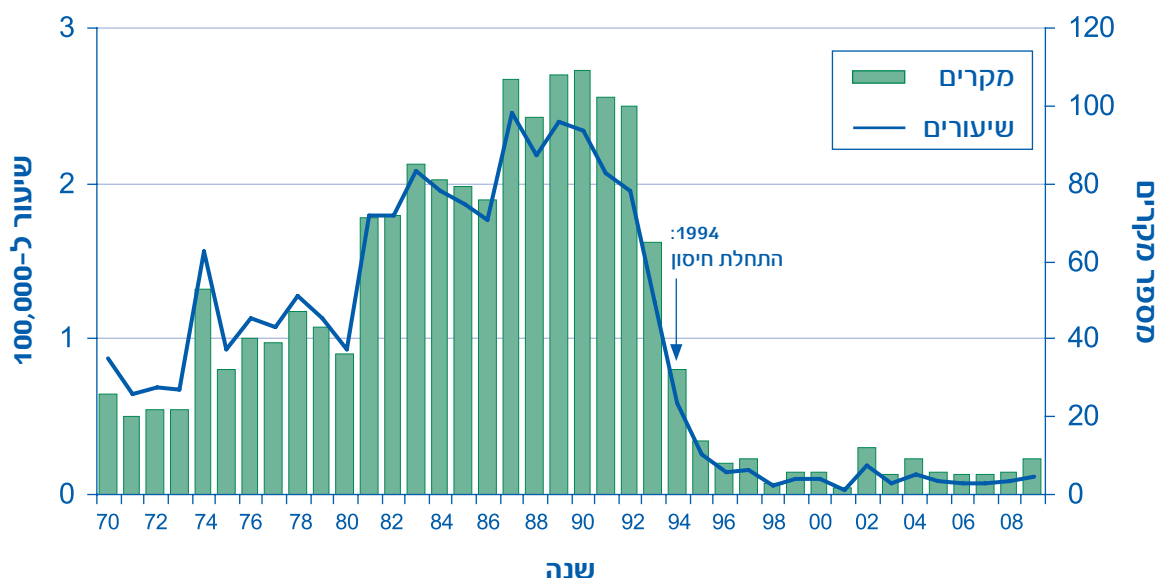
תרשים 23: היארעות דלקת כבד נגיפית מסוג B, 1992-2009⁽¹⁾: מספר מקרים ושיעורים ל-100,000



5.2.5 דלקת עוצבה חיידקית על ידי המופילוס אינפלואנזה b

מתחילת שנות ה-70 ועד סוף שנות ה-80, שיעורי התחלואה בדלקת עוצבה חיידקית הנגרמת ע"י המופילוס אינפלואנזה b היו במגמת עליה⁽¹⁾. בשנת 1970, שיעור ההיארעות היה 0.9 ל-100,000, ובשנת 1987 שיעור זה הגיע לשיא של 2.5 ל-100,000. בשנים 1987-1992 אובחנו כ-100 מקרים מידי שנה. משנת 1991 התחילה ירידה בשיעורי ההיארעות של המחלה, שבחלקה יכולה להיות מיוחסת למתן חיסון באופן פרטי לחלק מהאוכלוסיה. בשנת 1994 הוכנס חיסון מומת מסוג מוצמד לשגרת החיסונים במספר מנות, החל מגיל חודשיים ועד גיל שנה. באותה שנה נצפתה ירידה חדה בתחלואה, עם שיעור ההיארעות של 0.6 ל-100,000. משנת 1995 ואילך ישנם מקרי תחלואה בודדים מדי שנה (שיעור ממוצע של 0.1 ל-100,000). בשנת 2009 אובחנו 9 מקרים בלבד (0.1 ל-100,000) (תרשים 24)⁽¹⁾.

תרשים 24: היארעות דלקת עוצבה ע"י המופילוס אינפלואנזה b, 1970-2009⁽¹⁾: מספר מקרים ושיעורים ל-100,000

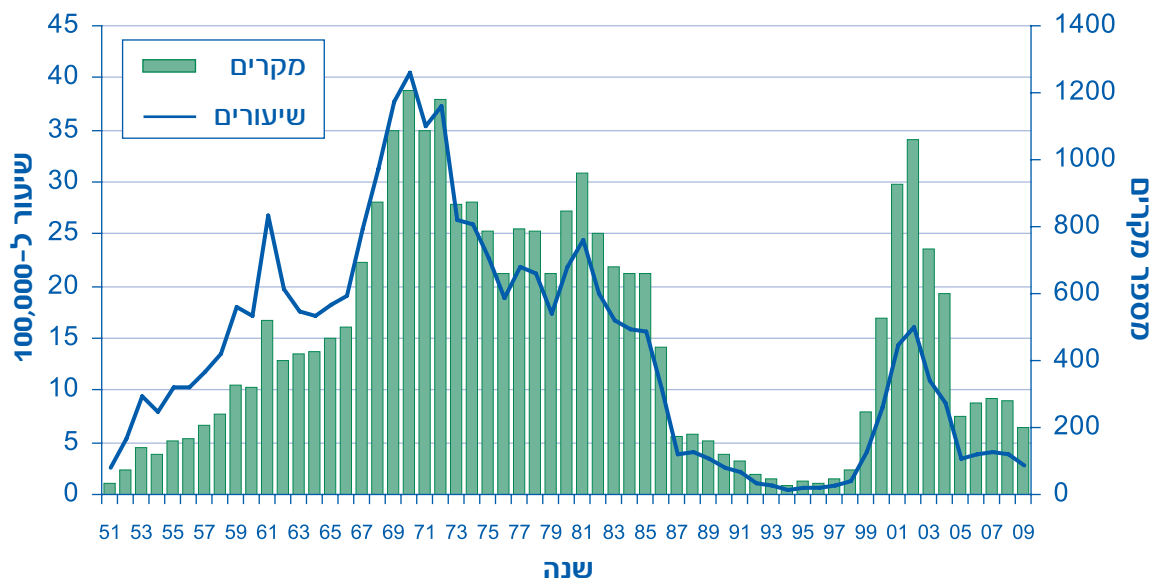


5.3 מחלות המועברות במגע מיני

5.3.1 זיבה

במהלך שנות החמישים והשישים נרשמה עלייה בשיעורי הזיבה בישראל עד לשיא בשנת 1970: 40.5 ל-100,000⁽¹⁾. מאז חלה ירידה בשיעורי ההיארעות עד לשיעורים הנמוכים מ-1 ל-100,000 בשנים 1997-1993. החל מ-1998, החלו שיעורי הזיבה לעלות עד לשיעור מרבי של 16.1 ל-100,000 ב-2002. מאז, שיעורי הזיבה נמצאים שוב במגמת ירידה, שהתמתנה משנת 2005. בשנת 2009 אובחנו 200 מקרי זיבה (2.7 ל-100,000) (תרשים 25)⁽¹⁾.

תרשים 25: היארעות זיבה, 1951-2009⁽¹⁾: מספר מקרים ושיעורים ל-100,000

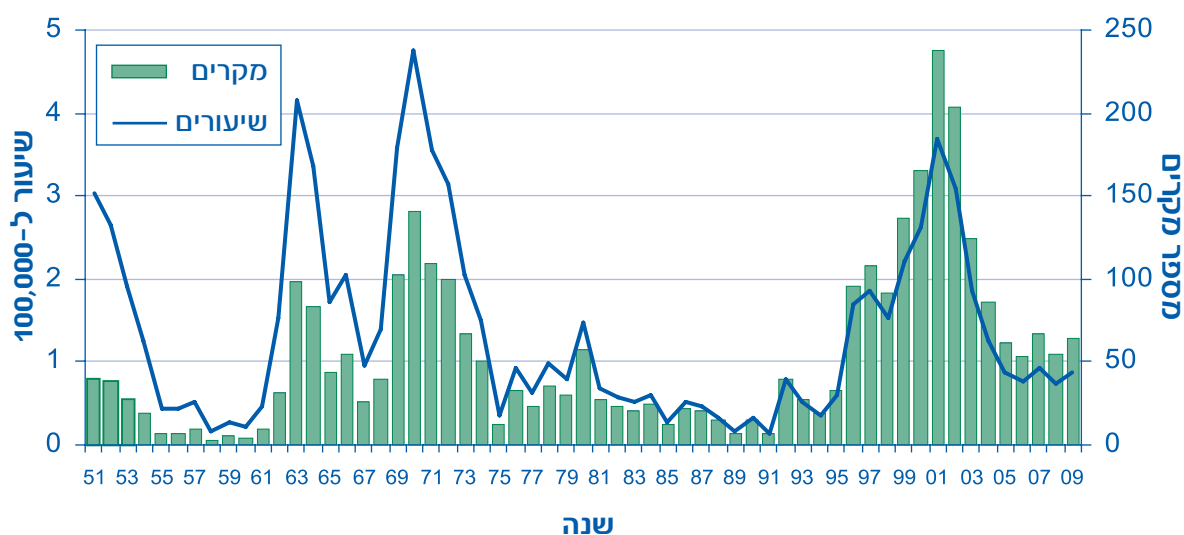


5.3.2 עגבת

א. עגבת ראשונית ושניונית

התחלואה בעגבת במהלך השנים 1951-1980 מתאפיינת במספר גלי תחלואה. שיעור ההיארעות הגבוה ביותר נצפה ב-1970 (4.7 מקרים ל-100,000)⁽¹⁾. בשנים 1981-1995, שיעורי ההיארעות היו נמוכים מ-1 ל-100,000, והחל משנת 1996 החלו השיעורים לעלות עד לשיא של 3.7 מקרים ל-100,000 בשנת 2001. מאז ירדו השיעורים עד להתמתנות בשנת 2005. בשנת 2009 אובחנו 64 מקרים (0.9 ל-100,000) (תרשים 26)⁽¹⁾.

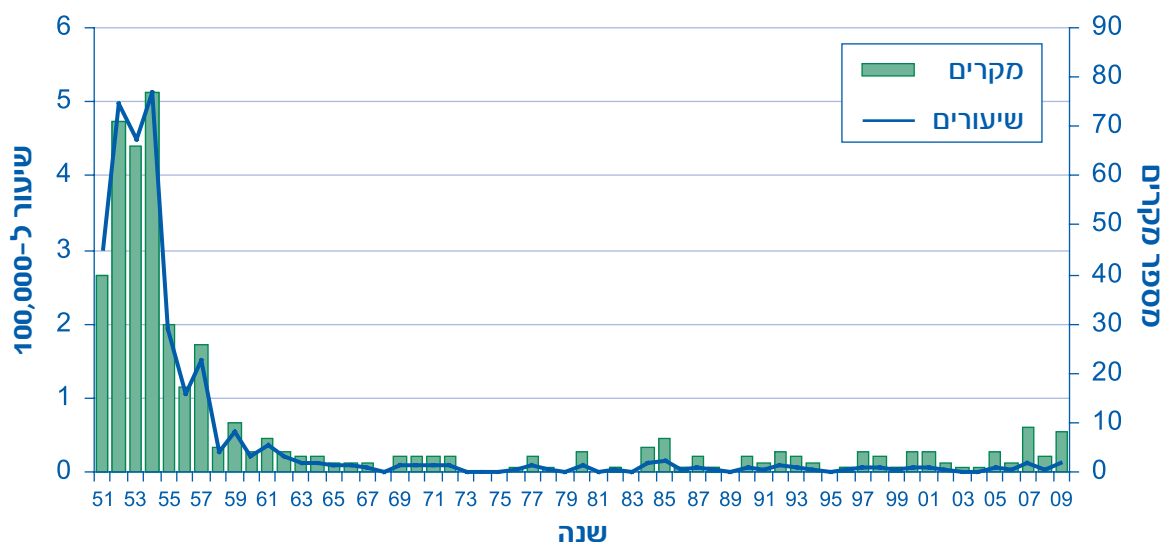
תרשים 26: היארעות עגבת ראשונית ושניונית, 1951-2009⁽¹⁾: מספר מקרים ושיעורים ל-100,000



ב. עגבת מולדת

בשנות החמישים היו שיעורי העגבת המולדת בישראל גבוהים, עם השיעור הגבוה ביותר בשנת 1954 (5.1 מקרים ל-100,000). היארעות העגבת המולדת ירדה בסוף שנות החמישים ותחילת שנות השישים. משנת 1963 שיעורי העגבת המולדת היו נמוכים מ-0.2 ל-100,000. בשנת 2009 אובחנו 8 מקרים של עגבת מולדת ושיעור ההיארעות היה 0.1 מקרים ל-100,000 (תרשים 27)⁽¹⁾.

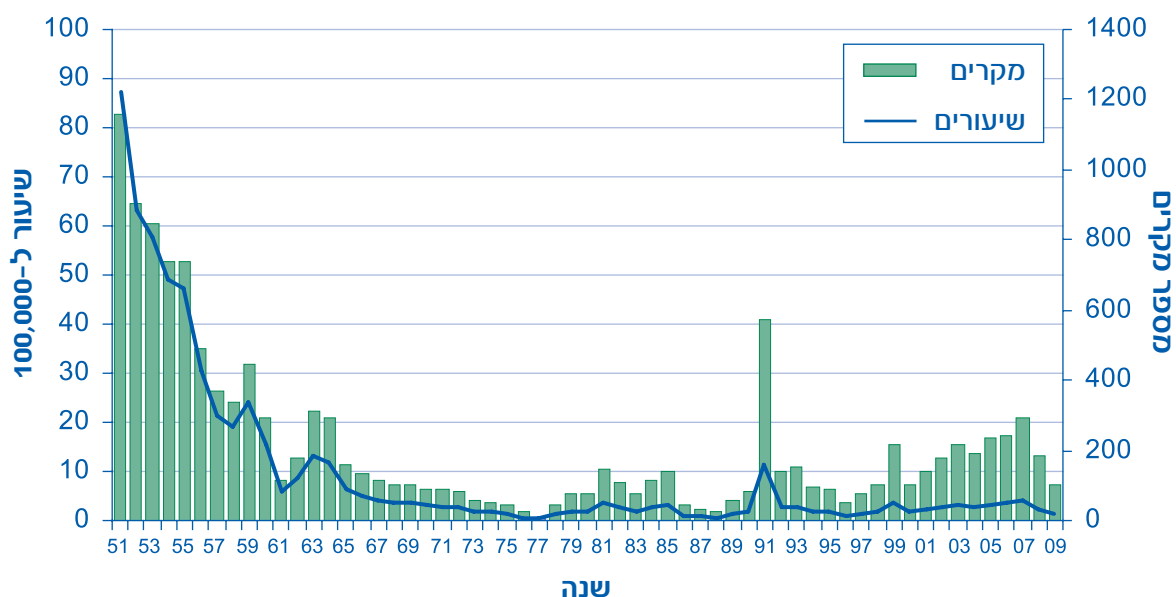
תרשים 27: היארעות עגבת מולדת, 1951-2009⁽¹⁾: מספר מקרים ושיעורים ל-100,000



ג. עגבת מאוחרת

בתחילת שנות החמישים היו שיעורי התחלואה גבוהים. השיעורים ירדו בתלילות לקראת סוף העשור. השיעורים המשיכו לרדת בשנות השישים ונשארו נמוכים בשנות השבעים והשמונים עם ערכים מקסימליים של 3.8 ל-100,000 ב-1981. בשנת 1991 היתה עליה במספר המקרים המאובחנים בעקבות בדיקות יזומות שנעשו לעולים באותה שנה (תרשים 28)⁽¹⁾. בעשור האחרון של המאה הקודמת ובעשור הראשון של המאה הנוכחית נצפתה שוב עליה במספר המקרים, יתכן עקב גל עליה מארצות אנדמיות בשנות ה-90, ובעקבות איתור מקרים במסגרת סריקת יולדות. בשנת 2009 אובחנו 101 מקרים (1.4 ל-100,000).

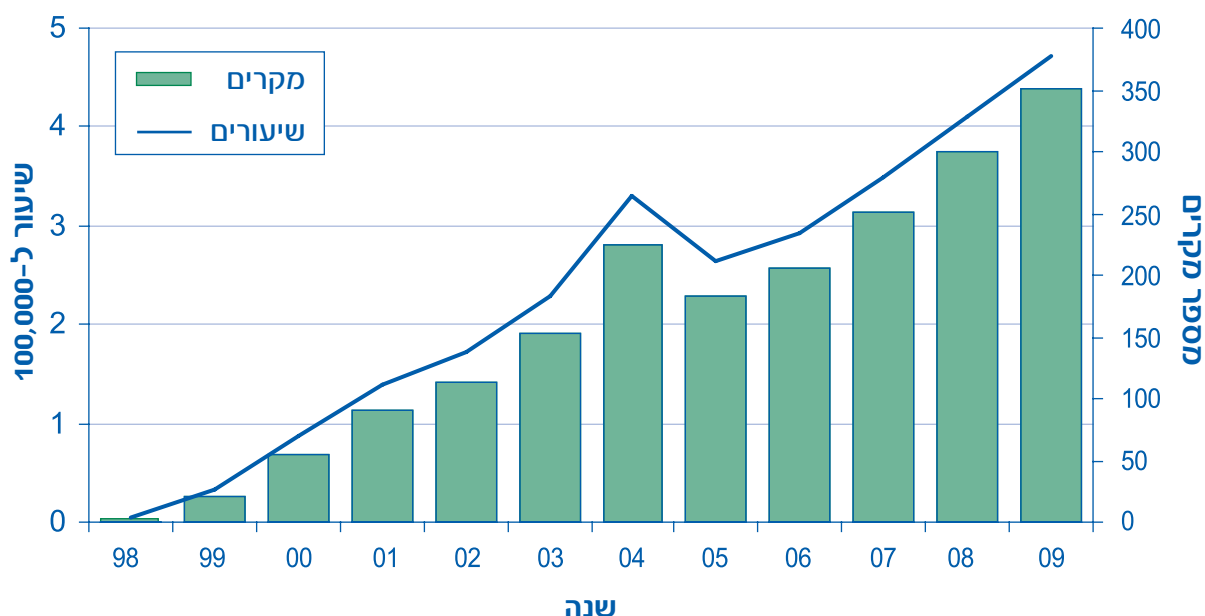
תרשים 28: היארעות עגבת מאוחרת/סמויה, 1951-2009⁽¹⁾: מספר מקרים ושיעורים ל-100,000



5.3.3 כלמידיה טרכומטיס בדרכי המין

חובת הדיווח על כלמידיה טרכומטיס בדרכי המין החלה בשנת 1994, כאשר הנתונים הקיימים באגף לאפידמיולוגיה הינם החל משנת 1998 בלבד. משנה זו הולך ועולה מספר המקרים המדווחים, ובשנת 2009 דווח על 351 מקרים חדשים של המחלה (שיעור ההיארעות 4.7 ל-100,000) (תרשים 29)⁽¹⁾. מגמת עלייה בהיארעות כלמידיה נצפית גם במדינות אירופה וארה"ב. לא ניתן לומר בוודאות האם העלייה הנצפית הינה בעקבות היארעות גבוהה יותר או בעקבות שיפור באבחון המחלה⁽⁹⁾.

תרשים 29: היארעות כלמידיה טרכומטיס בדרכי המין, 1998-2009⁽¹⁾: מספר מקרים ושיעורים ל-100,000

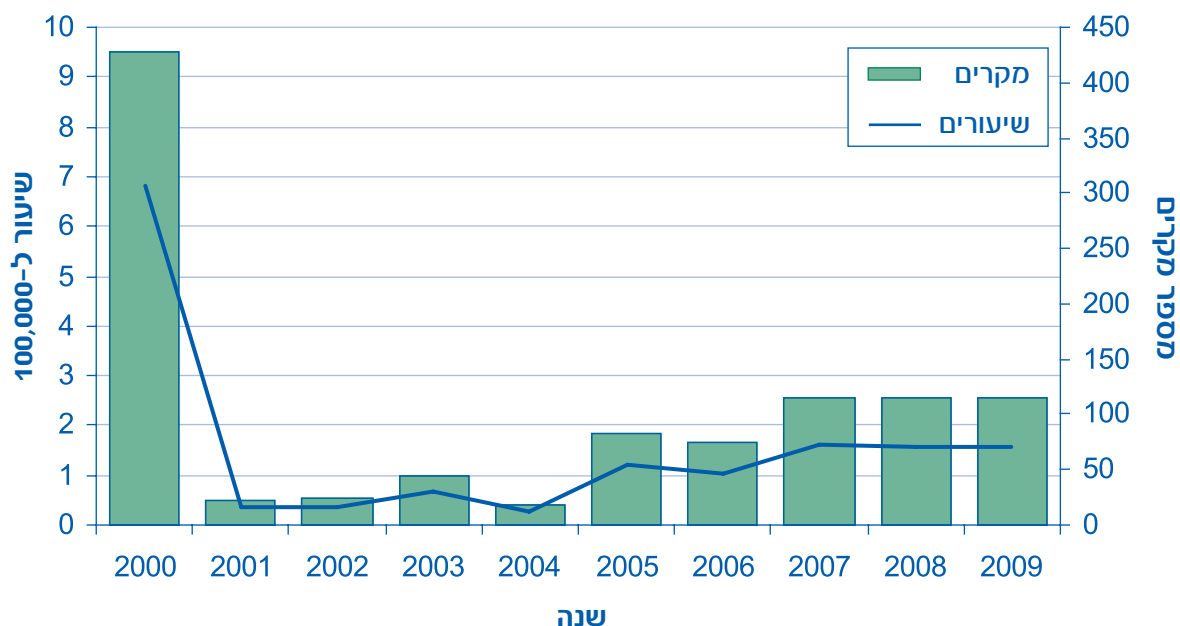


5.4 מחלות אחרות

5.4.1 קדחת מערב הנילוס

בעקבות התפרצות קדחת מערב הנילוס בשנת 2000 נוספה מחלה זו לרשימת המחלות המחייבות דיווח. בשנה זו אובחנו 428 חולים, ושיעור ההיארעות היה 6.8 ל-100,000. לאחר התפרצות זו שיעורי ההיארעות היו נמוכים מ-1 ל-100,000 בשנים 2001-2004. משנת 2005 עד 2007 נראית עליה בשיעורי ההיארעות, ובשנים 2007-2009, מספר החולים המאובחנים בשנה ושיעורי ההיארעות היו קבועים (כ-116 מקרים ושיעור היארעות של 1.6 ל-100,000) (תרשים 30)⁽¹⁾. ניתן להניח כי קיימת תת הערכה של שיעורי ההיארעות מאחר שמקרים רבים הם קלים ואינם מגיעים לאבחון מעבדתי.

תרשים 30: היארעות קדחת מערב הנילוס, 2000-2009⁽¹⁾: מספר מקרים ושיעורים ל-100,000

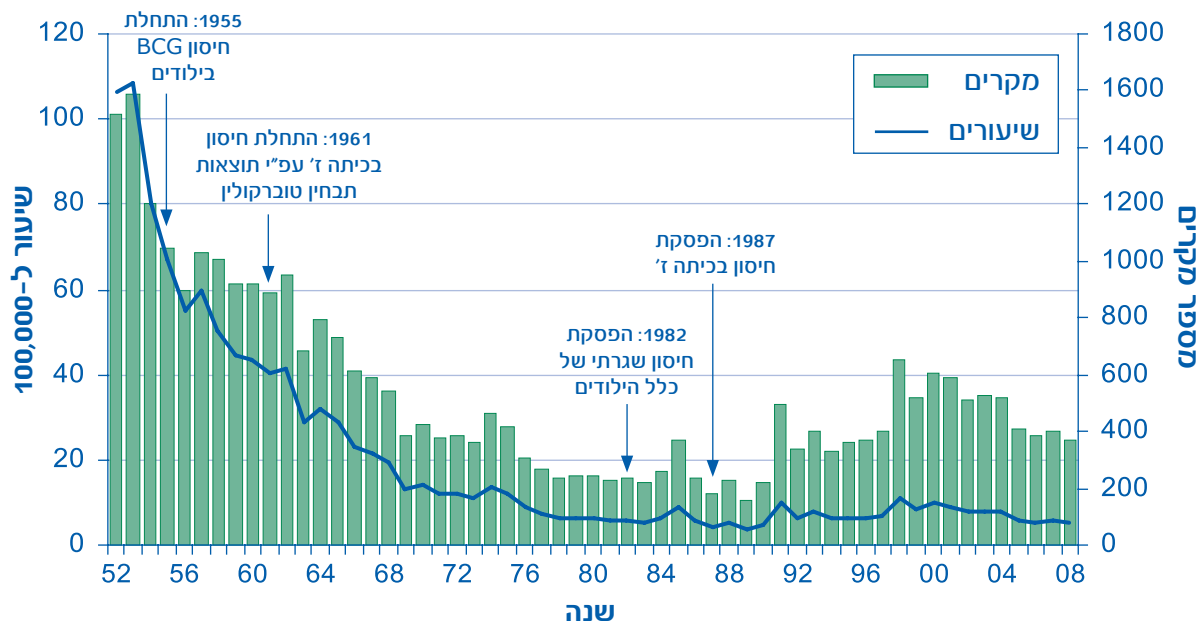


5.4.2 שחפת

שיעורי ההיארעות של שחפת היו גבוהים בתחילת שנות ה-50 (108.4 ל-100,000 בשנת 1953). מאז ניכרת מגמת ירידה מתמדת (פרט לשנת 1985) עד ל-4.8 מקרים ל-100,000 בשנת 1990. בשנים 1985 ו-1991 נצפו שתי עליות בשיעורים, שהגיעו עד ל-10.1 מקרים ל-100,000 ב-1991. העלייה בשיעורים קשורה לשני גלי עלייה מאזורים אנדמיים. במהלך שנות התשעים חלה עליה במספר מקרי השחפת. בשנת 1998 היה שיעור היארעות השחפת 11.0 מקרים ל-100,000. מספר המקרים נותר גבוה עד שנת 2004. בשנים האחרונות נצפית ירידה במספר המקרים, ובשנת 2008 דווח על 369 מקרים (5.0 ל-100,000) (תרשים 31)⁽¹⁰⁾.

החל משנת 1955 ניתן חיסון BCG חי מוחלש לכל הילודים, והחיסון הופסק בשנת 1982. בשנים 1961-1987 ניתנה מנת דחף בכיתה ז' בהתאם לתוצאות תבחין טוברקולין. כיום ניתן החיסון לילודים עד גיל 4 כולל, ממשפחות עולים חדשים או תושבים שאינם אזרחים, המגיעים מארצות אנדמיות למחלה.

תרשים 31: היארעות שחפת (כלל מקרים פעילים), 1952-2008⁽⁹⁾: מספר מקרים ושיעורים ל-100,000



6. השוואות בין-לאומיות

בשנת 2008, שיעורי התחלואה באדמת, דלקת כבד נגיפית מסוג A, זיבה, חזרת ושחפת היו נמוכים בישראל מהשיעורים המדווחים במדינות האיחוד האירופי⁽⁷⁾. לעומת זאת, שיעורי התחלואה בחצבת, עגבת ושעלת היו גבוהים בישראל מהמדווחים במדינות האיחוד האירופי⁽⁷⁾ (טבלה 3). השיעור הגבוה של חצבת בישראל בשנת 2008 הינו עקב התפרצות שארעה באותה שנה. בשנת 2009, ירדו שיעורי המחלה לשיעורים הקרובים למדווחים במדינות האיחוד האירופי ב-2008. באשר לחזרת, יש לציין כי בשנת 2009 עלתה התחלואה לשיעור הגבוה מהשיעור המדווח במדינות האיחוד האירופי בשנת 2008⁽⁷⁾.

טבלה 3: שיעורי היארעות מחלות נבחרות בישראל ובמדינות האיחוד האירופי, 2008⁽⁷⁾: שיעורים ל-100,000

ממוצע מדינות האיחוד האירופי (חברות לפני מאי 2004)	ישראל	המחלה
1.6	0.07	אדמת
1.8	1.0	דלקת כבד נגיפית A
8.4	4.0	זיבה*
5.7	0.2	חזרת
1.3	12.7	חצבת
2.5	3.2	עגבת
7.9	5.0	שחפת
4.5	29.7	שעלת

* נתונים משנת 2007, השנה העדכנית ביותר בה היו נתונים עבור מחלה זו במדינות האיחוד האירופי.

7. ביבליוגרפיה

1. דיווחי האגף לאפידמיולוגיה, משרד הבריאות.
2. נתונים באדיבות שרותי מידע ומחשוב, רישום מאגר האשפוזים, תחום מידע. משרד הבריאות, 2010.
3. הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. קובץ סיבות המוות, 2007.
4. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Ninth Revision (ICD-9). Geneva: World Health Organization. 1979.
5. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision (ICD-10). Geneva: World Health Organization. 1992.
6. Shohat T, Harari G, Green MS. Mortality from Infectious Diseases in Israel, 1979-1992, based on Revised ICD-9 Codes: Implications for International Comparisons. Am J Public Health. 1999 Dec;89(12):1855-7.
7. European Health for All Database (HFA-DB). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010.
8. Metzger E, Agmon V, Andoren N, Cohen D. Emergence of multidrug-resistant Salmonella Typhimurium phage-type DT104 among Salmonellae causing enteritis in Israel. Epidemiol Infect. 1998;121;555-559.
9. European Center for Disease Prevention and Control. Factsheet for health professionals - Chlamydia infections (genital). (Accessed October 10, 2010, at http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/chlamydia/basic_facts/Pages_professionals.aspx).
10. נתונים באדיבות המחלקה לשחפת ואיידס, משרד הבריאות.

ניטור מחלת השפעת בישראל

נקודות עיקריות

ניטור מחלת השפעת על ידי המרכז הלאומי לבקרת מחלות

- מערכת ניטור מחלת השפעת בישראל מנוהלת ע"י המרכז הלאומי לבקרת מחלות (המלב"ם) ומבוססת על זרוע מעבדתית וזרוע קלינית.
- הניטור המעבדתי מבוסס על משטחי אף ולוע הנלקחים מחולים עם תחלואה דמוית שפעת, ונבדקים לנוכחות נגיפי שפעת.
- הניטור הקליני מבוסס בעיקרו על ביקורי חולים במרפאות בקהילה ובחדרי המיון של בתי החולים.

ניטור במהלך פנדמית השפעת 2009 A/H1N1 - המרכז הלאומי לבקרת מחלות

- מקרי התחלואה הראשונים של השפעת 2009 A/H1N1 אובחנו בישראל בסוף אפריל 2009. במרפאות הסנטינלים שמפעיל המלב"ם אותרו המקרים הראשונים בסוף מאי 2009.
- שיעורי הפניות לרופאי הקהילה בשל תחלואה דמוית שפעת החלו לעלות בתחילת יולי 2009.
- על סמך נתוני הפניות לרופאי הקהילה ותוצאות הניטור המעבדתי, נצפו שלושה שיאים של תחלואה - בתחילת אוגוסט, באמצע ספטמבר, ובמחצית השנייה של נובמבר (גל התחלואה הגדול ביותר).
- הפנדמיה בישראל נמשכה 36 שבועות - מאמצע יוני 2009 ועד המחצית השנייה של פברואר 2010.
- שיעורי התחלואה הגבוהים ביותר לכל אורך הפנדמיה היו בבני 2-18 שנים.
- מהשבוע שהסתיים ב-25/7/2009 (שבוע 30) ועד סוף פברואר 2010, היקף הפניות של מבוגרים למחלקות לרפואה דחופה בשל דלקת ריאות היה גבוה באופן עקבי מהממוצע הרב-שנתי.
- באותה תקופה נצפו מספר גלים שבהם היקף הפניות של ילדים למחלקות לרפואה דחופה בשל דלקת ריאות היה גבוה מהממוצע הרב-שנתי.
- אחוז מקרי המוות מדלקת ריאות מסך מקרי המוות בארץ היה כצפוי בעונה.

היקף התחלואה והתמותה משפעת פנדמית 2009 A/H1N1 - נתוני האגף לאפידמיולוגיה

- ב-28.4.2009 התווספה השפעת 2009 A/H1N1 לרשימת המחלות המחייבות הודעה.
- במהלך הפנדמיה, האגף לאפידמיולוגיה ריכז את דיווחי מקרי השפעת הפנדמית המאומתים מעבדתית.
- בישראל אובחנו מעבדתית 10,311 חולים בשפעת פנדמית.
- 50.8% מהחולים היו גברים ו-49.2% היו נשים, כאשר עיקר התחלואה הייתה בגיל הצעיר.
- 96 חולים שאובחנו עם שפעת פנדמית, נפטרו.
- רוב מקרי המוות (מעל 70%) היו בבני 19-65 שנים.

1. רקע

המערכת לניטור מחלת השפעת בישראל מנוהלת ע"י המרכז הלאומי לבקרת מחלות (המלכ"ם) במשרד הבריאות, ומבוססת על שתי זרועות: זרוע מעבדתית וזרוע קלינית. הניטור המעבדתי מבוסס על משטחי אף ולוע הנלקחים מחולים עם תחלואה דמוית שפעת, ונבדקים לנוכחות נגיפי שפעת. הניטור הקליני מבוסס בעיקרו על מידע אודות ביקורי חולים במרפאות בקהילה ובחדרי המיון של בתי החולים עקב מחלה דמוית שפעת ודלקת ריאות. ניטור השפעת מתנהל בדרך כלל מחודש אוקטובר ועד לחודש אפריל בשנה העוקבת⁽¹⁾.

2. הניטור המעבדתי

מחורף 1996/7, המלכ"ם מפעיל רשת של מרפאות זקיף בקהילה לזיהוי נגיפי השפעת הפעילים במהלך עונת השפעת⁽¹⁾. בעונת החורף 2008/9, רשת הניטור מנתה 20 מרפאות בפריסה ארצית, מדימונה בדרום ועד צפת בצפון. הצוות הרפואי במרפאות מונחה לקחת משטחי אף ולוע מחולים הנמצאים ביום הראשון או השני למחלתם והעונים להגדרת מקרה של תחלואה דמוית שפעת (חום 37.8°C ומעלה, מלווה באחד או יותר מהסימנים הבאים: שיעול, כאבי גרון, כאבי שרירים, נזלת, צמרמורות, חולשה כללית). משטחי האף והלוע משונעים אחת לשבוע למעבדה המרכזית לנגיפים של משרד הבריאות (שירותי בריאות הציבור, משרד הבריאות) ושם נבדקים לנוכחות נגיפי שפעת ונגיפי ה-RSV (Respiratory Syncytial Virus)⁽¹⁾. במעבדה מאופיינים נגיפי השפעת ברמת הסוג, תת-הסוג והזן, מזוהים שינויים אנטיגנים וגנטיים, נבדקת עמידות לתכשירים אנטי-ויראליים, ומידת ההתאמה של החיסון העונתי לזני השפעת המזוהים.

3. הניטור הקליני

הניטור הקליני⁽²⁾ מבוסס על מספר מקורות מידע:

- א. נתונים על מבוססי שתי קופות החולים הגדולות בישראל ("שירותי בריאות כללית" ו"מכבי שירותי בריאות") שפנו לרופאי הקהילה ואובחנו קלינית כחולים בשפעת או במחלה דמוית שפעת, זיהום חד בדרכי הנשימה העליונות או דלקת ריאות. מידע פרטני לא מזוהה אודות חולים אלו מועבר אל המלכ"ם מדי יום ונאגר בבסיס נתונים יעודי.
- ב. נתונים יומיים אגרגטיביים על חולים שפנו לחדרי המיון של שמונת בתי החולים הכלליים של "שירותי בריאות כללית" ואובחנו עם דלקת ריאות או זיהום חד בדרכי הנשימה העליונות.
- ג. נתונים יומיים על תפוסת מיטות בבתי החולים הכלליים.
- ד. נתונים יומיים על מונשמים בבתי החולים הכלליים.
- ה. נתוני תמותה יומית בבתי החולים הכלליים.
- ו. כלל מקרי התמותה מכל הסיבות ותמותה מדלקת ריאות שדווחו למחלקה לאפידמיולוגיה במשרד הבריאות ברמה שבועית.

4. תוצרי הניטור

כל המידע הנאסף ממקורות המידע השונים מעובד על ידי צוות היחידה לניטור תחלואה חריגה במלב"ם ומסוכם בדוחות המופקים אחת לשבוע במהלך עונת השפעת. הדוחות ניתנים גם לצפייה באתר האינטרנט של משרד הבריאות בעברית ובאנגלית.

5. ניטור במהלך פנדמית השפעת 2009 A/H1N1

5.1 מהלך השפעת הפנדמית על בסיס נתוני המלב"ם

5.1.1 רקע

בסוף חודש אפריל 2009, עם הכרזת ארגון הבריאות העולמי (ה-WHO) לגבי אפשרות להתפתחות פנדמיה של שפעת, תוגברה רשת מרפאות הסנטינלים הקיימת ב-5 מרפאות נוספות בקהילה ובאופן זמני גם ב-5 חדרי מיון של בתי חולים מרכזיים ברחבי הארץ (סורוקה, שיבא, רמב"ם, הדסה עין כרם והדסה הר הצופים), זאת בהתאם לתוכנית המוכנות של משרד הבריאות. הוספת חדרי מיון מבתי חולים אפשרה איתור חולים קשים. הניטור הסתיים בתחילת חודש מאי 2010, כאשר פעילות השפעת בקהילה חזרה לרמתה הנמוכה, הנצפית בדרך כלל בין עונות השפעת⁽¹⁾.

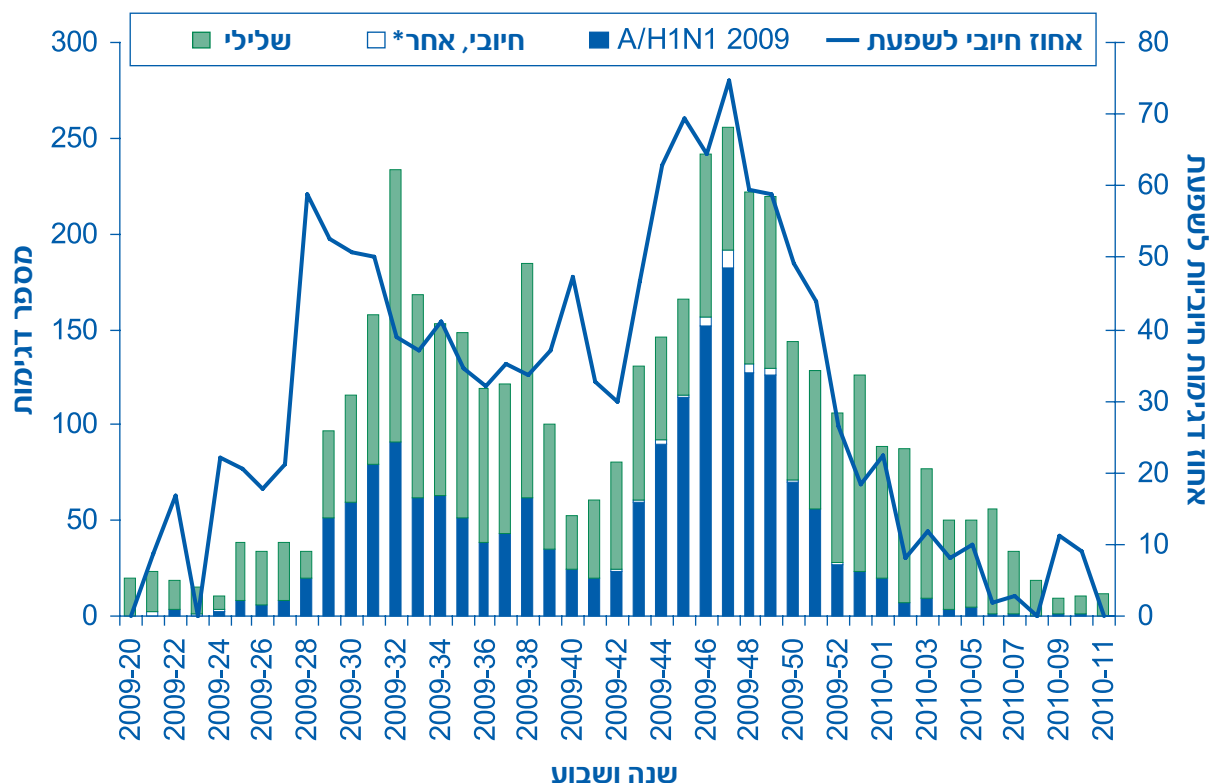
5.1.2 ניטור מעבדתי

בשבוע שהסתיים ב-30 במאי 2009 (שבוע 22), אותרו באמצעות רשת מרפאות הזקיף שלושה מקרים חיוביים לשפעת הפנדמית 2009 A/H1N1 (תרשים 1)^(4,2), שניים מהם אצל חולים שחזרו מארה"ב, והשלישי בחולה שחזר מפנמה. שלושה שבועות לאחר מכן (שבוע 25), אותרו לראשונה מקרים חיוביים לשפעת הפנדמית שנדבקו במחלה בישראל ("הדבקה מקומית"). מאותו שבוע ואילך מרבית המקרים החיוביים היו תוצאה של הדבקה מקומית. במהלך הפנדמיה נצפו שלושה שיאים במספר הדגימות החיוביות - בתחילת אוגוסט (שבוע 32), באמצע ספטמבר (שבוע 38) ובמחצית השנייה של חודש נובמבר (שבוע 47). משבוע 47 ואילך נצפתה ירידה במספר הדגימות החיוביות לשפעת, כאשר במהלך חודשי ינואר ופברואר היו דגימות חיוביות בודדות. הפנדמיה נמשכה 36 שבועות - מאמצע יוני 2009 ועד המחצית השנייה של פברואר 2010, לעומת 16 שבועות בממוצע בשנים 1999-2009 (מסוף נובמבר-תחילת דצמבר ועד סוף מרץ-תחילת אפריל). בכל תקופת הפנדמיה, הייתה דומיננטיות ברורה של זן השפעת הפנדמית. משטחי אף ולוע בודדים חיוביים לשפעת מסוג A/H3N2, זוהו אף הם במהלך הפנדמיה. כמו כן, זוהו מקרה בודד של שפעת מסוג B (שבוע 43)^(4,2).

ניטור מחלת השפעת בישראל

תרשים 1: דגימות אף ולוע שנאספו ברשת מרפאות הזקיק, לפי הממצא המעבדתי,

מאי 2009 - מרץ 2010^(4,2): מספר ואחוז הדגימות החיוביות לשפעת



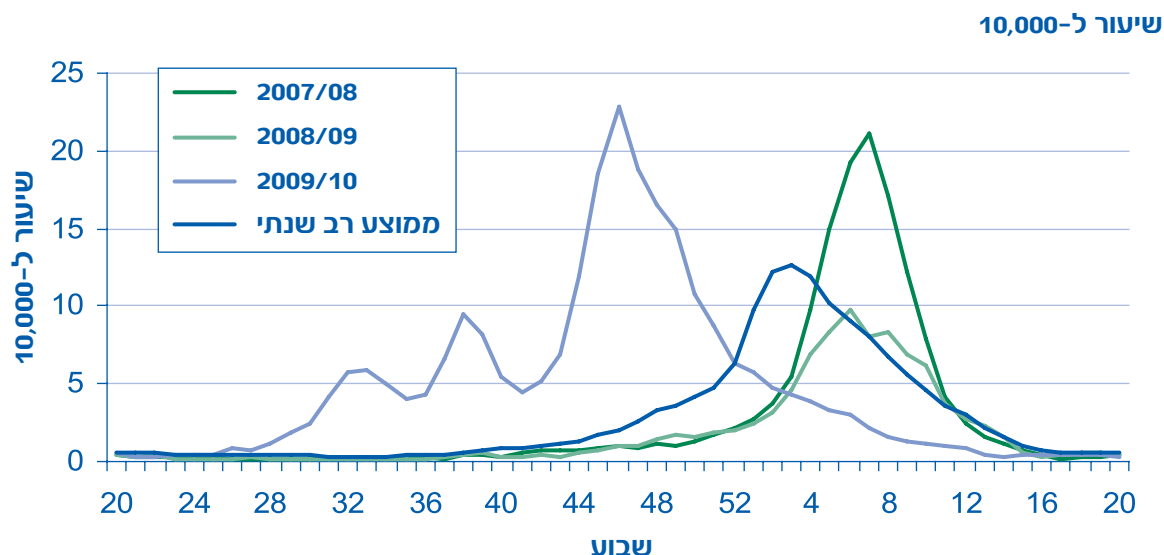
* חיובי, אחר - כולל דגימות חיוביות לשפעת A/H3N2, שפעת A/unsubtyped, ושפעת B.

5.1.3 ניטור קליני

בתרשים 2 מוצגים שיעורים שבועיים עבור חולים בתחלואה דמוית שפעת שפנו אל רופאי "מכבי שירותי בריאות" במהלך התקופה מאי 2007-מאי 2010⁽⁵⁾. תקופה זו כוללת את שלוש עונות החורף האחרונות (2007/8, 2008/9 ו-2009/10). בנוסף, מוצג קו ממוצע המדגים את הפעילות העונתית של מחלת השפעת בישראל מתוך נתונים רב-שנתיים (1998-2008). שיעורי הפניות באופן ממוצע מתחילים לעלות בסוף ספטמבר-תחילת אוקטובר, מגיעים לשיא במחצית השנייה של ינואר ויורדים עד למחצית השנייה של חודש אפריל. בעונת החורף 2008/9, פעילות השפעת החלה מאוחר בהשוואה לממוצע, וחזרה לרמתה הנמוכה הנצפית בין עונות השפעת בתחילת אפריל 2009. בתחילת יולי 2009 (תקופת הפנדמיה) שיעורי הפניות לרופאי הקהילה החלו לעלות שוב ונצפו שלושה שיאים של גלי תחלואה: באמצע אוגוסט 2009 (שבוע 33), באמצע ספטמבר 2009 (שבוע 38), והגדול ביותר באמצע נובמבר 2009 (שבוע 46) (תרשים 2)⁽⁵⁾. שלושת הגלים נצפו בזמן לא אופייני לתחלואה בשפעת. לאחר מכן, שיעורי התחלואה ירדו באופן עקבי עד חזרתם לרמה הנמוכה הנצפית בין עונות השפעת במחצית השנייה של חודש מרץ 2010. עיקר התחלואה נצפתה בבני 2-18 שנים (בדומה לשנים קודמות). שלושה גלי תחלואה נצפו במקביל גם בפניות לרופאי הקהילה בשל דלקת ריאות.

ניטור מחלת השפעת בישראל

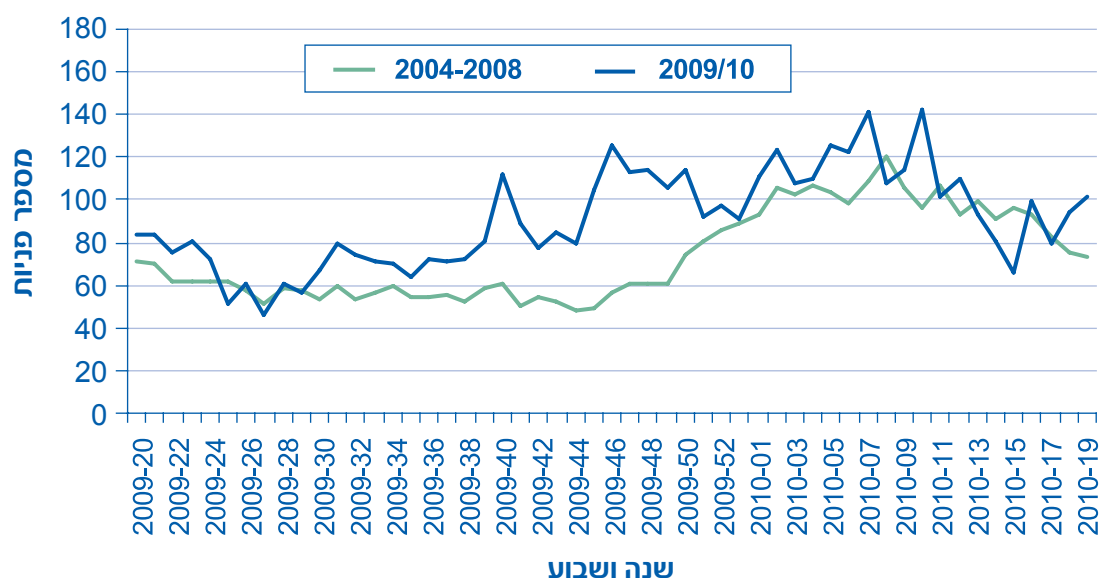
תרשים 2: פניות בשבוע למרפאות "מכבי שירותי בריאות" בשל תחלואה דמוית שפעת⁽⁵⁾:



5.1.4 נטל השפעת הפנדמית על בתי חולים

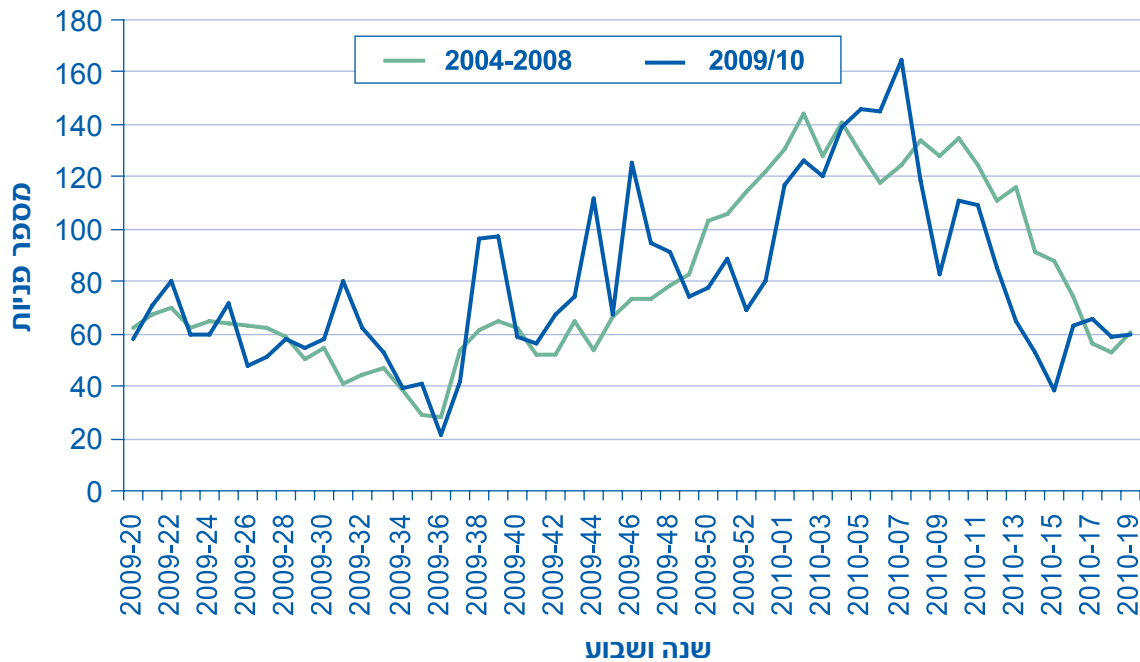
השלכותיה של התחלואה בשפעת הפנדמית מתבטאות בין היתר בהיקף הפניות למחלקות לרפואה דחופה בבתי החולים בשל דלקת ריאות⁽⁶⁾. מהשבוע שהסתיים ב-25/7/2009 (שבוע 30) ועד סוף פברואר 2010, היקף הפניות של מבוגרים למחלקות לרפואה דחופה בשמונת בתי החולים של "שירותי בריאות כללית" היה גבוה באופן עקבי מהממוצע הרב-שנתי (תרשים 3)⁽⁶⁾. גם בהיקף הפניות של ילדים למחלקות לרפואה דחופה בשל דלקת ריאות, ניתן לזהות תקופות (גם אם לא רצופות) בהן היקף הפניות היה גבוה מעל הממוצע הרב-שנתי (תרשים 4)⁽⁶⁾.

תרשים 3: פניות למחלקות לרפואה דחופה (מבוגרים) בבתי החולים של "שירותי בריאות כללית" בשל דלקת ריאות, מאי 2009 - מאי 2010, בהשוואה לממוצע רב-שנתי⁽⁶⁾: מספר פניות בשבוע



ניטור מחלת השפעת בישראל

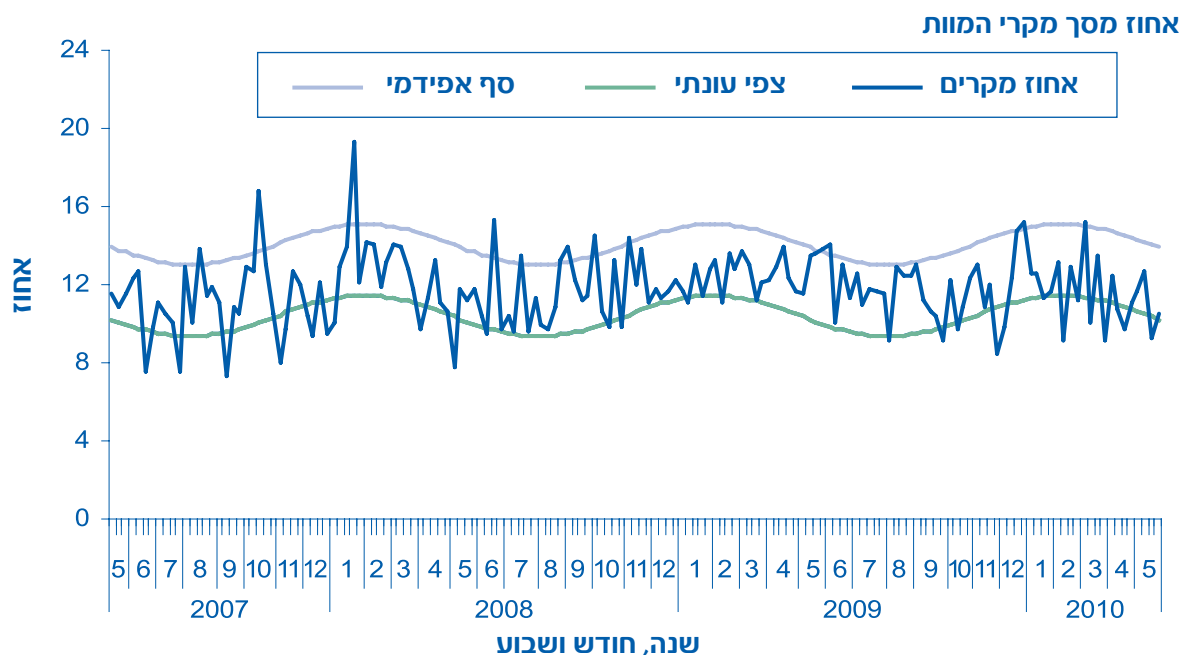
תרשים 4: פניות למחלקות לרפואה דחופה (ילדים) בבתי החולים של "שירותי בריאות כללית" בשל דלקת ריאות, מאי 2009 - מאי 2010, בהשוואה לממוצע רב-שנתי⁽⁶⁾: מספר פניות בשבוע



5.1.5 תמותה משפעת בזמן הפנדמיה

במהלך תקופת הפנדמיה אחוז מקרי המוות מדלקת ריאות מסך מקרי המוות בארץ היה כצפוי בעונה. האחוז חרג במעט רק פעם אחת (בסוף דצמבר 2009) מהסף האפידמי (תרשים 5)⁽³⁾.

תרשים 5: מקרי מוות מדלקת ריאות בהשוואה לצפי עונתי רב שנתי, 2007-2010⁽³⁾:



ניטור מחלת השפעת בישראל

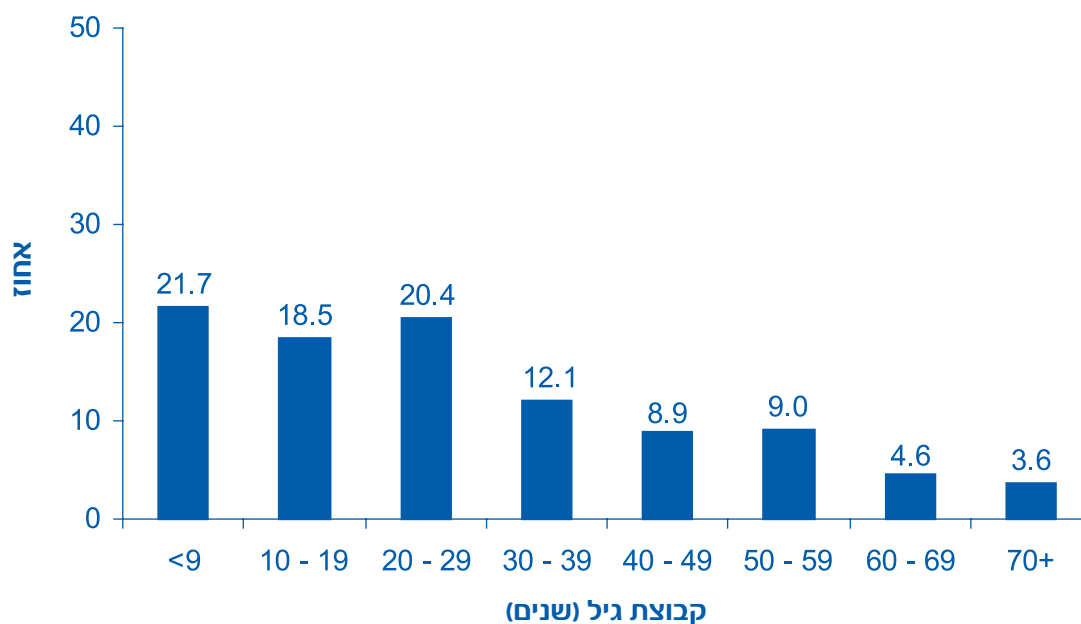
5.2 היקף התחלואה והתמותה על בסיס נתוני האגף לאפידמיולוגיה

ב-28.4.09 התווספה שפעת A/H1N1 2009 לרשימת המחלות המחייבות הודעה אינדיבידואלית על פי "פקודת בריאות העם, 1940". מתוקף תפקידו, האגף לאפידמיולוגיה ריכז את כל הדיווחים על כל המקרים שאובחנו מעבדתית כחולים ב-A/H1N1 2009 במדינת ישראל.

5.2.1 היקף התחלואה בשפעת פנדמית A/H1N1 2009

המקרה הראשון של שפעת פנדמית A/H1N1 2009 אובחן מעבדתית בישראל בשבוע האחרון של חודש אפריל 2009 (שבוע 18). בישראל דווח בסה"כ על 10,311 חולים בשפעת פנדמית (מאומתים מעבדתית) במהלך תקופת הפנדמיה (שנים 2009-2010). ההערכה היא כי מספר המקרים בפועל היה גדול בהרבה⁽³⁾. 50.8% מהחולים היו גברים ו-49.2% היו נשים. עיקר התחלואה הייתה בגיל הצעיר: 60.6% מהחולים היו מתחת גיל 30 ו-90.6% מהחולים היו מתחת גיל 60. רק 8.2% מהחולים היו בני 60 ומעלה (תרשים 6)⁽³⁾. עבור 1.2% מהמקרים הגיל לא היה ידוע (נתונים לא מוצגים).

תרשים 6: התפלגות חולי שפעת פנדמית (מאומתים מעבדתית) לפי גיל, 2009-2010⁽³⁾: אחוזים

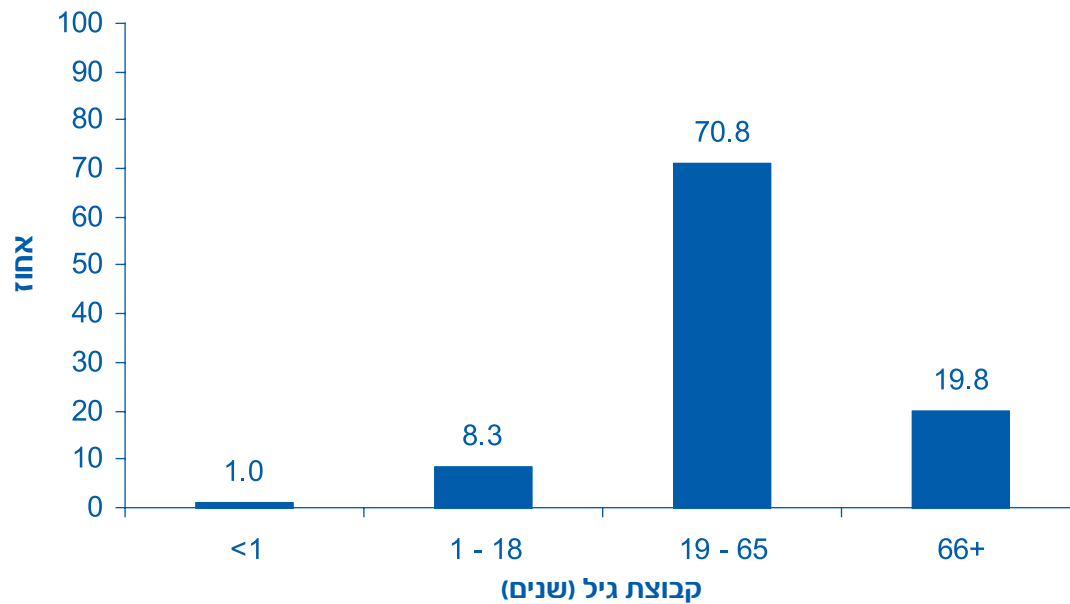


ניטור מחלת השפעת בישראל

5.2.2 היקף התמונה משפעת פנדמית A/H1N1 2009

96 חולים נפטרו משפעת פנדמית, ו-232 מקרים של תחלואה קשה הצריכו אשפוז במחלקות לטיפול נמרץ, בעיקר בקרב חולים בקבוצות הסיכון. 53.1% מהנפטרים היו גברים ו-46.9% היו נשים. רוב מקרי המוות היו בבני 19-65 שנים (70.8%) (תרשים 7).⁽³⁾

תרשים 7: התפלגות הפטירות משפעת פנדמית לפי גיל, 2009-2010⁽³⁾: אחוזים



5.3 סיכום

מערכות הניטור של המלב"ם ושל האגף לאפידמיולוגיה משלימות זו את זו. יתרונה של מערכת הניטור במלב"ם היא ביכולתה לבנות תמונת מצב עדכנית על תחלואה משפעת פנדמית והשלכותיה על מערכת הבריאות, כאשר מספר החולים גדול מאוד ואין צורך לאבחן מעבדתית ולעקוב אחר כל מקרה ומקרה. יתרונם של נתוני האגף לאפידמיולוגיה הוא באפיון מעמיק יותר של כלל החולים בשלבים המוקדמים והחולים הקשים בשלבים המתקדמים יותר של הפנדמיה^(3,2).

6. ביבליוגרפיה

1. ברומברג מ, קאופמן ז, מנדלבוים מ, ספטי ח, שלו ו, מרום ר, מנדלסון א, גרין מ, שוחט ת. ניטור קליני ומעבדתי של מחלת השפעת בישראל: יישום בעת פנדמיה של שפעת. הרפואה 2009;148(9):490-5.
2. נתונים באדיבות המרכז הלאומי לבקרת מחלות, משרד הבריאות, 2010.
3. נתונים באדיבות האגף לאפידמיולוגיה, משרד הבריאות, 2010.
4. נתונים האדיבות המעבדה המרכזית לנגיפים, משרד הבריאות, 2010.
5. נתונים באדיבות "מכבי שירותי בריאות", 2010.
6. נתונים באדיבות "שירותי בריאות כללית", 2010.

איידס (HIV/AIDS)

נקודות עיקריות

תחלואה

- בסוף שנת 2009 היו רשומים בישראל 4,870 חולי איידס ונשאי HIV. על פי הערכה, חיו בארץ באותה תקופה כ-6,936 איש עם הנגיף.
- בשנים 2005 עד סוף 2009 אובחנו בממוצע כ-366 מקרים חדשים של נשאות או מחלה בשנה.
- בשנת 2009 אובחנו בישראל 382 נשאים וחולים חדשים.
- שיעור היארעות HIV/AIDS בשנת 2009 היה 5.1 ל-100,000.

תמותה

- בשנים 1998-2009 נפטרו בממוצע כ-49 חולים או נשאי HIV לשנה, וממוצע שיעורי התמותה המתוקננים לגיל היה 0.7 ל-100,000.
- בשנת 2009 נפטרו 39 חולי HIV/AIDS, ושיעור התמותה המתוקנן לגיל היה 0.5 ל-100,000.
- שיעור התמותה בגברים גבוה משיעור התמותה בנשים. בשנים 1998-2009, היו שיעורי התמותה הממוצעים 1.0 ל-100,000 ו-0.4 ל-100,000 בגברים ובנשים, בהתאמה.

קבוצות סיכון למחלה

- בשנת 2009 חיו בישראל 3,907 גברים ו-2,127 נשים חולי HIV/AIDS.
- בקרב גברים 40% מהמקרים הינם בגברים הטרוסקסואלים, כשליש (32%) בגברים המקיימים יחסי מין עם גברים ו-18% בגברים המזריקים סמים.
- בקרב נשים, עיקר התחלואה (80%) הינה בנשים הטרוסקסואליות; 80% מתוכן הן יוצאות ארצות בהן הנגיף נפוץ.

השוואה בין לאומית

- בשנת 2008 היה שיעור ההיארעות של איידס בישראל נמוך מהשיעורים במרבית מדינות אירופה.

1. רקע

מחלת האיידס זוהתה לראשונה בתחילת שנות השמונים בארה"ב. בישראל, המחלה נוספה לרשימת המחלות המחייבות דיווח על פי "פקודת בריאות העם-1940" בשנת 1983, ומאז הדיווח על מספר המקרים היה שיטתי ורציף. השימוש בתרופות אנטי-רטרו-וירליות מעכב את התפתחות מחלת האיידס והביא לעלייה במספר החולים הנושאים את הנגיף במשך שנים ללא מחלה קלינית. על כן, ניטור מספר החולים באיידס בלבד אינו מספיק כדי לקבל מידע על מידת התפשטות הנגיף, ועל הצורך בשרותי בריאות למניעה ולטיפול, וישנה חשיבות רבה גם למידע על נשאות המחלה. לכן, בשנת 2000 התווסף דיווח חובה על נשאות ל-HIV. נשאות מוגדרת כזיהום עם הנגיף המאפשר באמצעים מעבדתיים ואילו מחלת האיידס מוגדרת ע"פ סימנים קליניים ו/או אימונולוגיים באדם שאובחן כנשא^(1,2).

בדיקת הנוגדנים ל-HIV אינה בדיקת חובה, ולכן לא ניתן לקבוע בוודאות את שיעור הנשאות באוכלוסייה הכללית. בהתבסס על מגמת התחלואה בישראל, מעריכים כי מספר החיים עם איידס בישראל (חולים ונשאים) בשנת 2009 היה גדול כפי 1.4 מהמדווח⁽¹⁾.

הנתונים המוצגים בפרק זה התקבלו מהמחלקה לשחפת ואיידס במשרד הבריאות. מאגר הנתונים מתעדכן שגרתי תוך השוואה עם נתוני לשכות הבריאות, מרכזי האיידס, המעבדה המרכזית לנגיפים וקופות החולים.

2. תחלואה

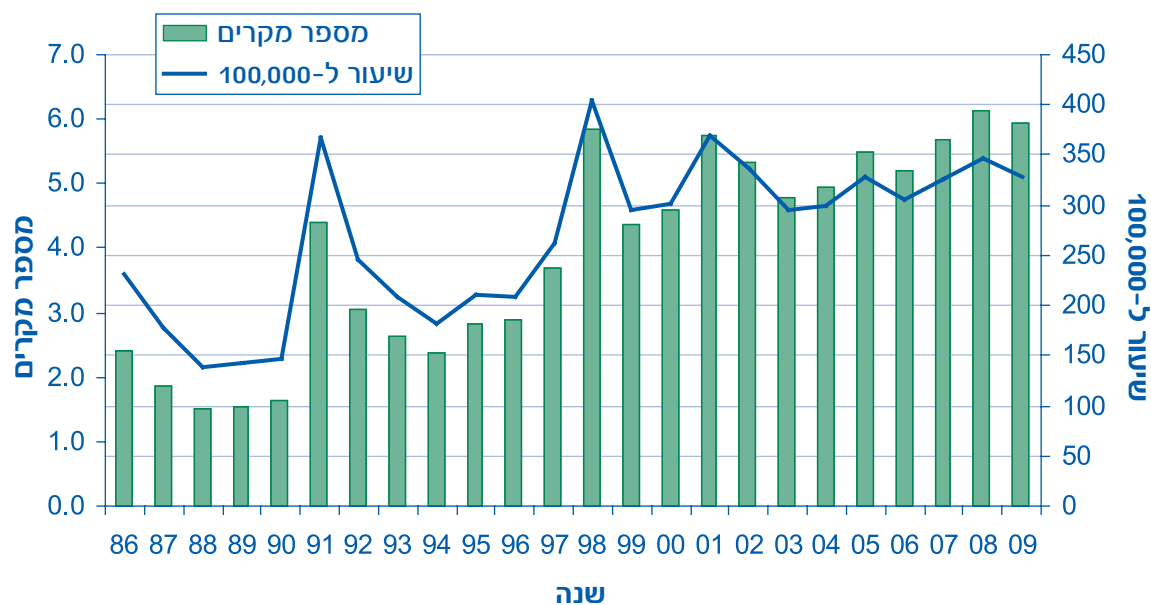
על פי HIV/AIDS בישראל, דו"ח אפידמיולוגי תקופתי 1981-2009 של המחלקה לשחפת ואיידס, במשרד הבריאות, משנת 1981 ועד סוף 2009 התגלו בישראל 6,147 מקרים חדשים של נשאי וחולי איידס⁽¹⁾. על פי הידוע למשרד הבריאות, 1,277 מתוכם נפטרו או עזבו את הארץ, כך שנכון לסוף שנת 2009, היו רשומים בישראל 4,870 נשאים או חולי איידס⁽¹⁾. בשנים 2005 עד סוף 2009 אובחנו בממוצע כ-366 מקרים חדשים של נשאות או מחלה בשנה⁽³⁾. על-פי חישובים המבוססים על מגמות תחלואה בישראל, מוערך כי בארץ בסוף שנת 2009 חיו עם הנגיף כ-6,936 איש⁽¹⁾.

משנת 1986 עד אמצע שנות התשעים היו שיעורי נשאי ה-HIV/AIDS במגמת עלייה עד לשיא של 6.3 ל-100,000 בשנת 1998. בשנות האלפיים נעו השיעורים בין 4.7 ל-5.7 והשיעור הממוצע בשנים 2000-2009 היה 5.0 ל-100,000 (תרשים 1).

בשנת 2009 אובחנו בישראל 382 נשאים וחולי איידס חדשים. שיעור ההיארעות של HIV/AIDS בשנת 2009 היה 5.1 ל-100,000. קיימים הבדלים גדולים בשיעורי התחלואה בקרב תת אוכלוסיות שונות בארץ^(1,3).

אייִדס (HIV/AIDS)

תרשים 1: היארעות נשאות HIV/AIDS בישראל, 1986-2009⁽³⁾: מספרי מקרים ושיעורים ל-100,000



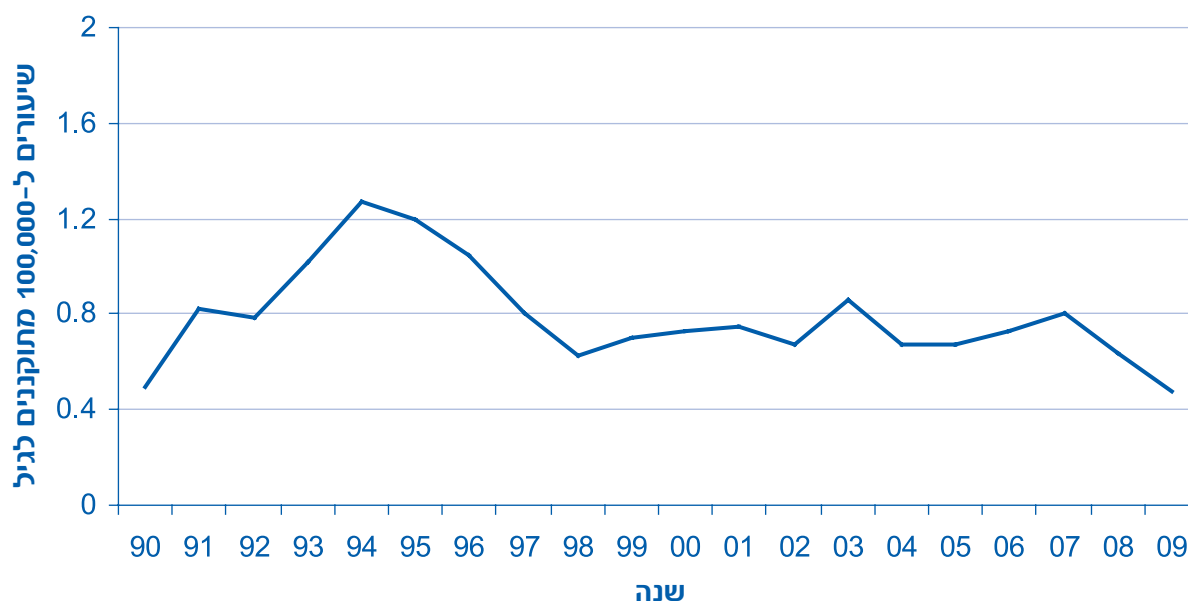
3. תמותה

נתוני התמותה כוללים את מספר הנפטרים שהינם חולי איידס או נשאי HIV שנפטרו במהלך השנה, ללא קשר לסיבת הפטירה. בשנים 1998-2009 נפטרו בממוצע כ-49 חולים או נשאי HIV בשנה, וממוצע שיעורי התמותה המתוקנים לגיל היה 0.7 ל-100,000 (תרשים 2). בשנת 2009 נפטרו 39 חולי HIV/AIDS, ושיעור התמותה המתוקן לגיל היה 0.5 ל-100,000⁽³⁾.

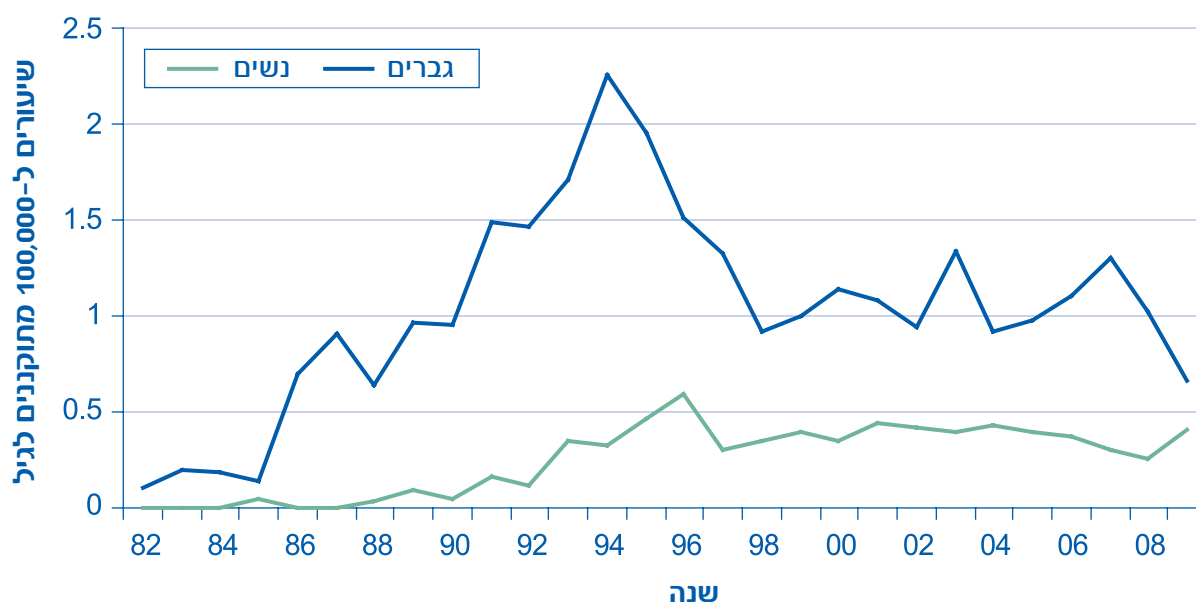
שיעורי התמותה בגברים היו גבוהים משיעורי התמותה בנשים (תרשים 3). בין השנים 1998-2009 היו שיעורי התמותה הממוצעים ל-100,000 ו-0.4 ל-100,000 בגברים ובנשים, בהתאמה⁽³⁾.

אייִדס (HIV/AIDS)

תרשים 2: תמותה של חולי איידס ונשאי HIV בישראל, 1990-2009⁽³⁾: שיעורים ל-100,000 מתוקננים לגיל



תרשים 3: תמותה של חולי איידס ונשאי HIV בישראל לפי מין, 1982-2009⁽³⁾: שיעורים ל-100,000 מתוקננים לגיל

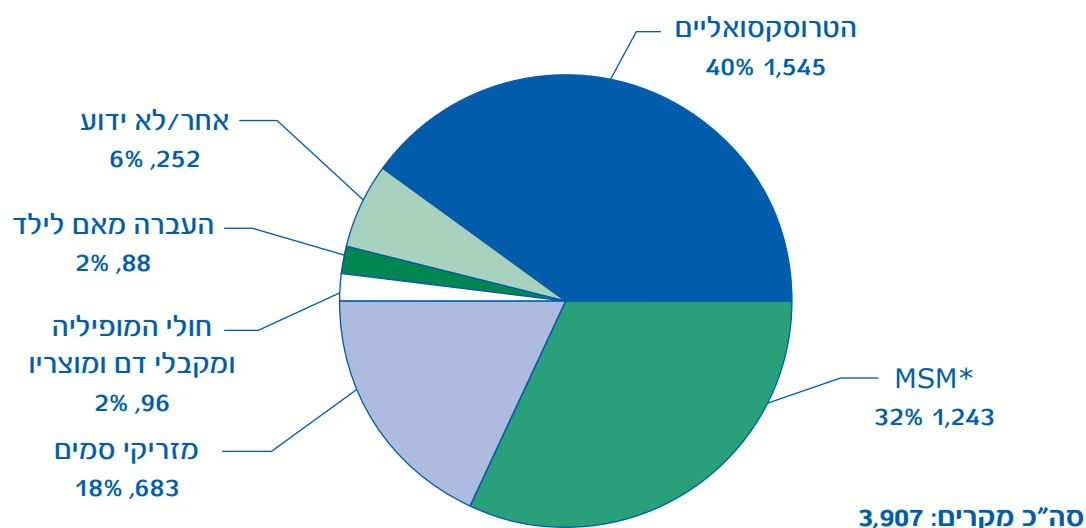


איידס (HIV/AIDS)

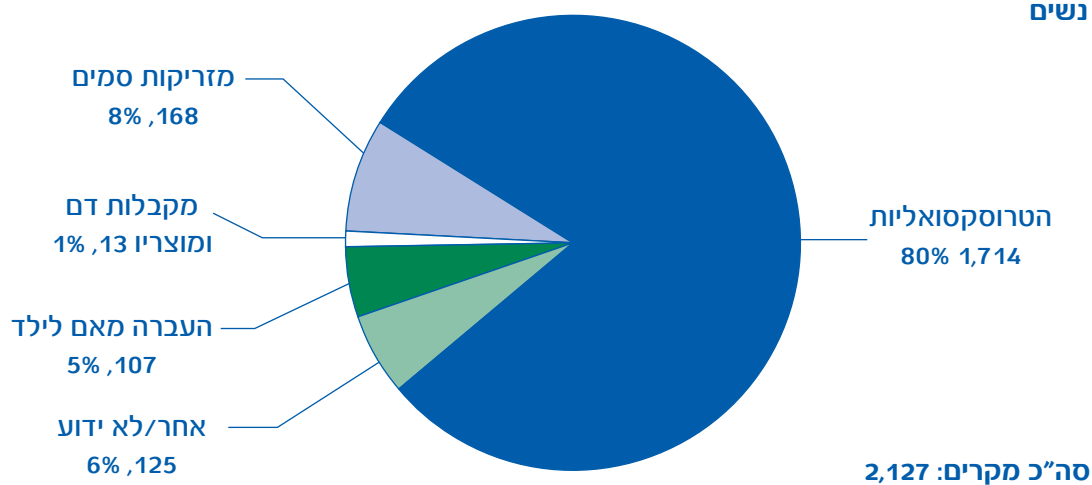
4. קבוצות סיכון למחלה

בתרשים 4 מוצגת התפלגות חולי ונשאי איידס שחיו בישראל בשנת 2009, לפי קבוצות סיכון, בגברים ובנשים בנפרד. בשנת 2009 חיו 3,907 גברים ו-2,127 נשים שהוגדרו כחולים או נשאים של HIV⁽⁴⁾. 32% מהמקרים בגברים הינם באלה המקיימים יחסים עם גברים (MSM) ו-18% במזריקי סמים. 40% הם בקרב גברים הטרוסקסואלים. בנשים, עיקר התחלואה (80%) הינה בנשים הטרוסקסואליות. בקבוצה זו נכללות בעיקר נשים יוצאות ארצות בהן הנגיף נפוץ (כ-80%)⁽⁴⁾.

תרשים 4: חולי איידס ונשאי HIV בישראל לפי מין וגורמי סיכון, 2009⁽⁴⁾: מספרי מקרים מצטברים ואחוזים בגברים



נשים

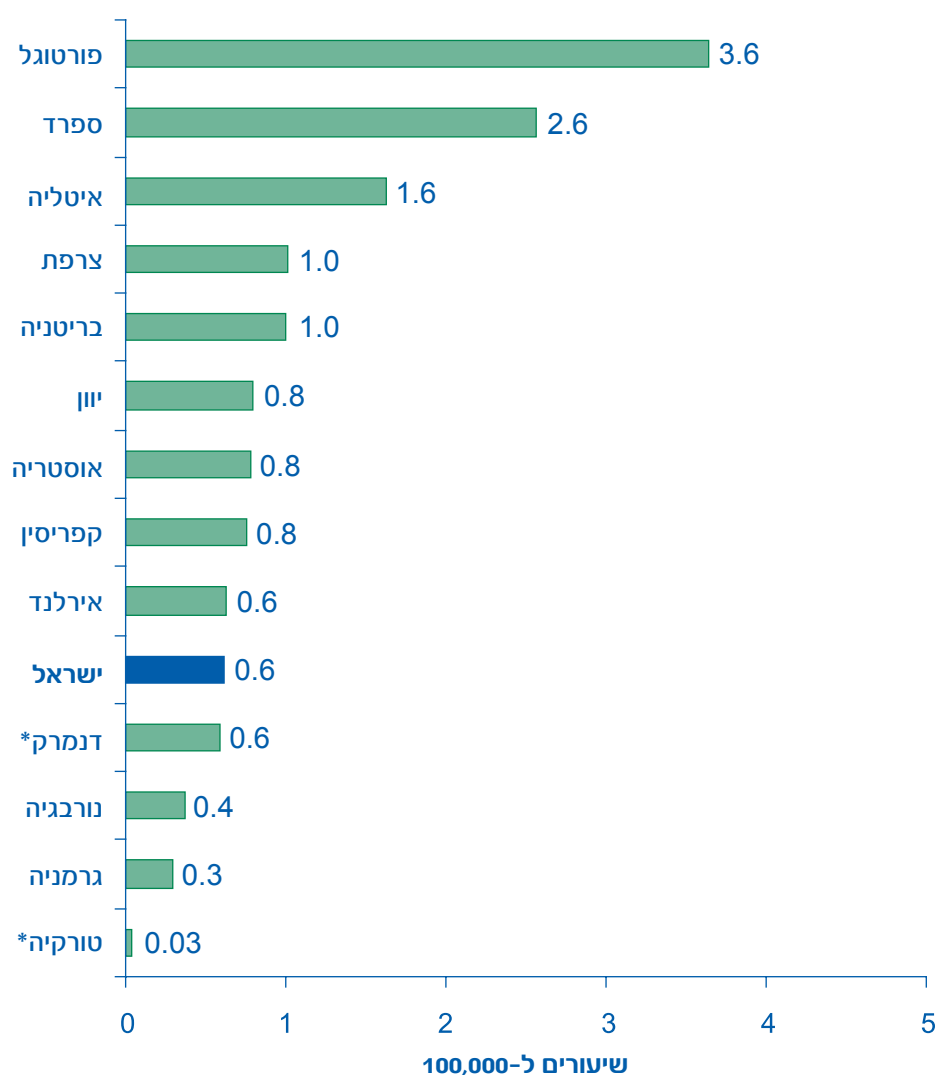


* MSM - גברים המקיימים יחסים עם גברים.

5. השוואה בין-לאומית

בשנת 2008 היה שיעור ההיארעות של איידס בישראל 0.6 מקרים ל-100,000, שיעור הזהה לאלו שנצפו באירלנד ובדנמרק. בשנה זו, השיעור בישראל היה גבוה מהשיעורים בנורבגיה, גרמניה וטורקיה, אך נמוך מהשיעורים במדינות אחרות באירופה. השיעור הגבוה ביותר נצפה בפורטוגל - 3.6 מקרים ל-100,000 (תרשים 5)⁽⁵⁾.

תרשים 5: היארעות מחלת האיידס בישראל ובמדינות אירופה נבחרות, 2008⁽⁵⁾: שיעורים* ל-100,000



השיעורים אינם מתוקננים לגיל.

* נתונים משנת 2007, השנה העדכנית ביותר בה היו נתונים עבור מדינה זו.

** נתונים משנת 2006, השנה העדכנית ביותר בה היו נתונים עבור מדינה זו.

6. ביבליוגרפיה

1. HIV/אייִדס בישראל, דו"ח אפידמיולוגי תקופתי 1981-2008. המחלקה לשחפת ואייִדס, שרותי בריאות הציבור, משרד הבריאות.
2. HIV/AIDS programme. WHO case definitions of HIV for surveillance and revised clinical staging and immunological classification of HIV-related disease in adults and children. World Health Organization, France 2007. Available at: <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/HIVstaging150307.pdf>.
3. נתונים באדיבות המחלקה לשחפת ואייִדס, משרד הבריאות.
4. הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. שנתון סטטיסטי לישראל 2010, פרסום 61, ירושלים, 2010.
5. European Health for All Database (HFA-DB). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010.

יתר לחץ דם

רמות גבוהות של כולסטרול
וטריגליצרידים בדם

משקל גוף והשמנה

יתר לחץ דם

נקודות עיקריות

רקע

- יתר לחץ דם הוא אחד מגורמי הסיכון העיקריים לתחלואה ותמותה ממחלות לב וכלי דם.

יתר לחץ דם בכלל האוכלוסייה

- בסקר INHIS-2 2007-2008, 18.6% מהאוכלוסייה דיווחו כי אובחנו ע"י רופא כבעלי יתר לחץ דם. שיעור זה דומה לשיעור שנמצא בסקר KAP 2008 (20.8%).

יתר לחץ דם לפי מין וקבוצת אוכלוסייה

- בסקר INHIS-2 2007-2008, 17.9% מהגברים ו-19.3% מהנשים דיווחו על יתר לחץ דם שאובחן ע"י רופא.
- ביהודים, 19.1% מהגברים ו-20.1% מהנשים דיווחו על יתר לחץ דם שאובחן ע"י רופא.
- בערבים, 11.9% מהגברים ו-14.5% מהנשים דיווחו על יתר לחץ דם שאובחן ע"י רופא.

יתר לחץ דם לפי גיל

- בסקר INHIS-2 2007-2008, 8.8% מבני 35-49, 30.5% מבני 50-64 ולמעלה ממחצית (54.9%) מבני 65 שנים ומעלה דיווחו על הימצאות יתר לחץ דם.

יתר לחץ דם לפי מין וגיל

- בגברים ובנשים, נצפית עלייה בשיעורי הימצאות יתר לחץ דם עם העלייה בגיל.
- עד גיל 65 שנים השיעורים מעט גבוהים יותר בגברים מאשר בנשים. בבני 65 שנים ומעלה, השיעורים גבוהים יותר בנשים.

יתר לחץ דם לפי מין, גיל וקבוצת אוכלוסייה

- בגברים יהודים, השיעור הגבוה ביותר של יתר לחץ דם (51.9%) נמצא בבני 65 שנים ומעלה.
- בגברים ערבים, השיעור הגבוה ביותר (34.8%) נצפה בקבוצת הגיל 50-64 שנים.
- בנשים, יהודיות וערביות, השיעורים הגבוהים ביותר נמצאו בבנות 65 שנים ומעלה (58% ביהודיות ו-59.6% בערביות).
- שיעורי יתר לחץ דם בגיל המבוגר (65 שנים ומעלה) גבוהים יותר בנשים בהשוואה לגברים, הן באוכלוסייה היהודית והן באוכלוסייה הערבית.

1. רקע

יתר לחץ דם הינו אחד מגורמי הסיכון העיקריים לתחלואה ותמותה ממחלות לב וכלי דם בישראל ובארצות המערב. בנוסף לסכנות בנוגע למחלות לב וכלי דם במוח, יתר לחץ דם מהווה גורם סיכון מובהק לאי-ספיקת כליות ופגיעה בעיניים^(2,1).

לחץ הדם נמדד במילימטר-כספית ומייצג את לחץ הדם בתוך העורקים. לחץ הדם מוגדר באמצעות שני ערכים: לחץ הדם הדיאסטולי (הערך הנמוך, המבטא את לחץ הדם בעורקים בעת מנוחת הלב) ולחץ דם סיסטולי (הערך הגבוה, המבטא את לחץ הדם בעת התכווצות הלב). קיימות הגדרות שונות ללחץ דם תקין וליתר לחץ דם, לפי הנחיותיהם של האירגונים השונים; על פי הנחיות החברה הישראלית ליתר לחץ דם, לחץ דם נורמלי-גבוה אצל אדם בוגר מוגדר כערכים השווים או מעל 130/85 עד 139/89 מילימטר-כספית, וערכים גבוהים מזה מוגדרים כיתר לחץ דם (טבלה 1)⁽¹⁾.

טבלה 1: קטגוריות לחץ דם⁽¹⁾

קטגוריית לחץ דם	לחץ דם (מילימטר-כספית)
יתר לחץ דם דרגה I	בין 140/90 ל-159/99
יתר לחץ דם דרגה II	בין 160/100 ל-179/109
יתר לחץ דם דרגה III	שווה או מעל 180/110

2. מקורות המידע

הנתונים בפרק זה מבוססים על דיווח עצמי בסקרים שונים שנערכו ע"י המרכז הלאומי לבקרת מחלות (1-INHIS, 2-INHIS, 4-KAP 2008)⁽⁵⁾ וסקר בריאות 2009 של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה⁽⁶⁾. נציין כי רוב הנתונים מבוססים על סקר 2007-2008 INHIS-2⁽⁴⁾, כאשר הנתונים מהסקרים הנוספים מובאים בעיקר לשם השוואה.

2.1 סקר 1-INHIS

סקר בריאות לאומי בישראל 1-INHIS נערך בשנים 2003-2004 על ידי המרכז הלאומי לבקרת מחלות (המלב"ם). סקר זה התבסס על מדגם מייצג של 9,509 ישראלים, יהודים וערבים, בני 21 שנים ומעלה, וכלל ארבעה מודולים: בריאות נשים, שימוש בשירותי בריאות, מניעה, ובריאות הנפש. בפרק זה מוצגים נתונים לפי מין, לפי קבוצות גיל ולפי קבוצת אוכלוסייה⁽³⁾.

2.2 סקר 2-INHIS

סקר בריאות לאומי בישראל 2-INHIS נערך בשנים 2007-2008 על ידי המלב"ם. סקר זה התבסס על מדגם מייצג של 9,620 ישראלים, יהודים וערבים, בני 21 שנים ומעלה, וכלל ארבעה מודולים. בפרק זה מוצגים נתונים על כלל אוכלוסיית הסקר מגיל 21 ומעלה, מ-3 מודולים: בריאות נשים, שימוש בשירותי בריאות, ומניעה (7,380 נשאלים), לפי מין, לפי קבוצות גיל ולפי קבוצת אוכלוסייה⁽⁴⁾.

2.3 סקר 2008 KAP

סקר "ידע, עמדות והתנהגות בריאותית" (KAP 2008) נערך בשנים 2008-2009 על ידי המלב"ם בשיתוף המחלקה לחינוך וקידום בריאות במשרד הבריאות. סקר זה התבסס על מדגם מייצג של 4,452 ישראלים, יהודים וערבים, בני 18 ומעלה. בפרק זה הנתונים מתייחסים לבני 21 שנים ומעלה (4,186)⁽⁵⁾.

2.4 סקר בריאות 2009

סקר בריאות 2009 נערך ע"י הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (הלמ"ס). בסקר נדגמו משקי בית, והנתונים מבוססים על דיווחו של בן משפחה אחד שדיווח על עצמו וכן על כל דיירי הבית האחרים ("proxy"). הנתונים על יתר לחץ דם מוצגים עבור בני 25 שנים ומעלה.⁽⁶⁾

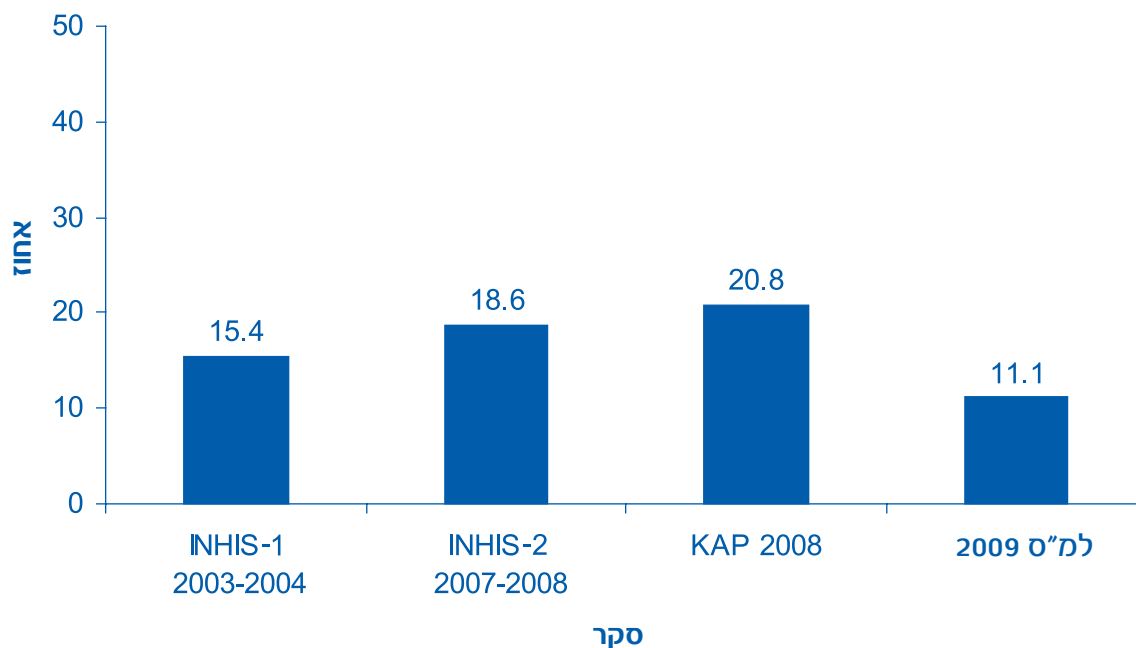
3. יתר לחץ דם בכלל האוכלוסייה

בתרשים 1 מוצגים שיעורי הימצאות יתר לחץ דם בכלל האוכלוסייה, בהתבסס על דיווח עצמי מסקר INHIS-1⁽³⁾, סקר INHIS-2⁽⁴⁾, סקר KAP 2008⁽⁵⁾ וסקר למ"ס 2009⁽⁶⁾. בסקר INHIS-1, 15.4% מהאוכלוסייה דיווחו כי הם אובחנו ע"י רופא כבעלי יתר לחץ דם. פרופורציה זו גדלה בסקר INHIS-2, שבו 18.6% מהמשתתפים דיווחו על יתר לחץ דם מאובחן ע"י רופא. בסקר KAP 2008 התקבל שיעור מעט גבוה יותר: 20.8% (תרשים 1)^(5,4,3). הימצאות יתר לחץ דם, בשני סקרי INHIS, הייתה גבוהה באופן ניכר בהשוואה לסקר בריאות 2009 של הלמ"ס (11.1%). פער זה היה אף גדול יותר (פי 1.9) בהשוואה לסקר KAP 2008 (תרשים 1)^(6,5,4,3).

חשוב להדגיש בהקשר זה את השיטות השונות בהן נערכו הסקרים השונים: בסקרי INHIS וסקר KAP, הדיווח היה אישי, של כל מרואיין ומרואיין לגבי עצמו; בסקר הבריאות של הלמ"ס, הנתונים התבססו על דיווח של בן משפחה אחד עבור כל בני הבית. יתכן שקיים תת דיווח מסוים בעקבות שיטת איסוף נתונים זו.

תרשים 1: יתר לחץ דם מאובחן ע"י רופא (דיווח עצמי) בכלל האוכלוסייה, 2003-2004⁽³⁾,

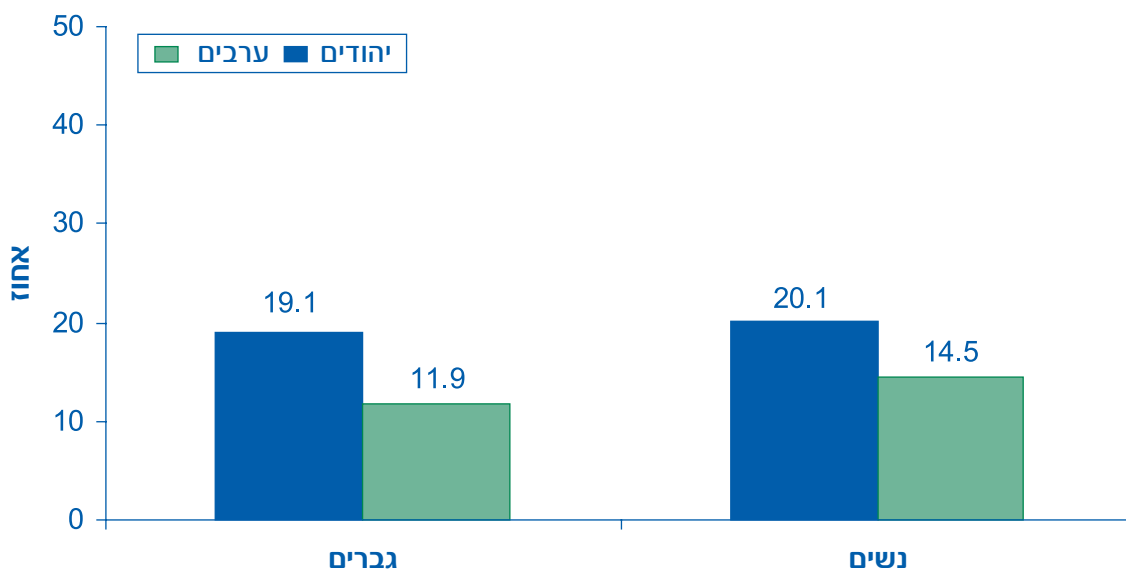
2007-2008⁽⁴⁾, 2008⁽⁵⁾, 2009⁽⁶⁾: אחוז משוקלל למין, גיל וקבוצת אוכלוסייה



4. יתר לחץ דם לפי מין וקבוצת אוכלוסייה

על פי סקר INHIS-2, שיעור יתר לחץ דם בנשים (19.3%) היה גבוה מהשיעור בגברים (17.9%)⁽⁴⁾. יש לתופעה זו רמז ביהודים (20.1% בנשים ו-19.1% בגברים), אולם התופעה בולטת במיוחד בערבים (14.5% בנשים ו-11.9% בגברים). כמו כן, ניתן לראות כי גם בגברים וגם בנשים, אחוז המדווחים על יתר לחץ דם גבוה בצורה ניכרת באוכלוסייה היהודית בהשוואה לאוכלוסייה הערבית (תרשים 2)⁽⁴⁾.

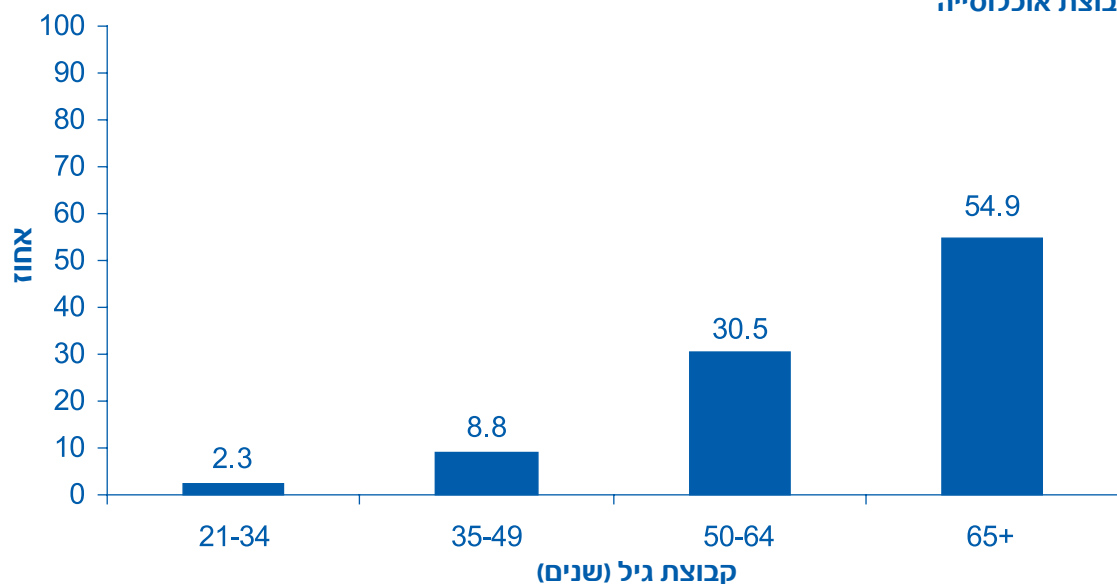
תרשים 2: יתר לחץ דם מאובחן ע"י רופא (דיווח עצמי) לפי מין וקבוצת אוכלוסייה, 2007-2008⁽⁴⁾: אחוז משוקלל לגיל



5. יתר לחץ דם לפי גיל

יתר לחץ דם שכיח בעיקר בגיל המבוגר⁽⁴⁾. בסקר INHIS-2, למעלה ממחצית מבני 65 שנים ומעלה (54.9%) דיווחו על יתר לחץ דם. בקרב בני 50-64 שנים, 30.5% מהעונים לסקר דיווחו על יתר לחץ דם מאובחן ע"י רופא; זאת לעומת 2.3% בקבוצת הגיל הצעירה, בני 21-34 שנים (תרשים 3). שיעור המדווחים על יתר לחץ דם בבני 65 שנים ומעלה היה גבוה פי 1.8 בהשוואה לבני 50-64 שנים ופי 6.2 בהשוואה לבני 35-49 שנים (תרשים 3)⁽⁴⁾.

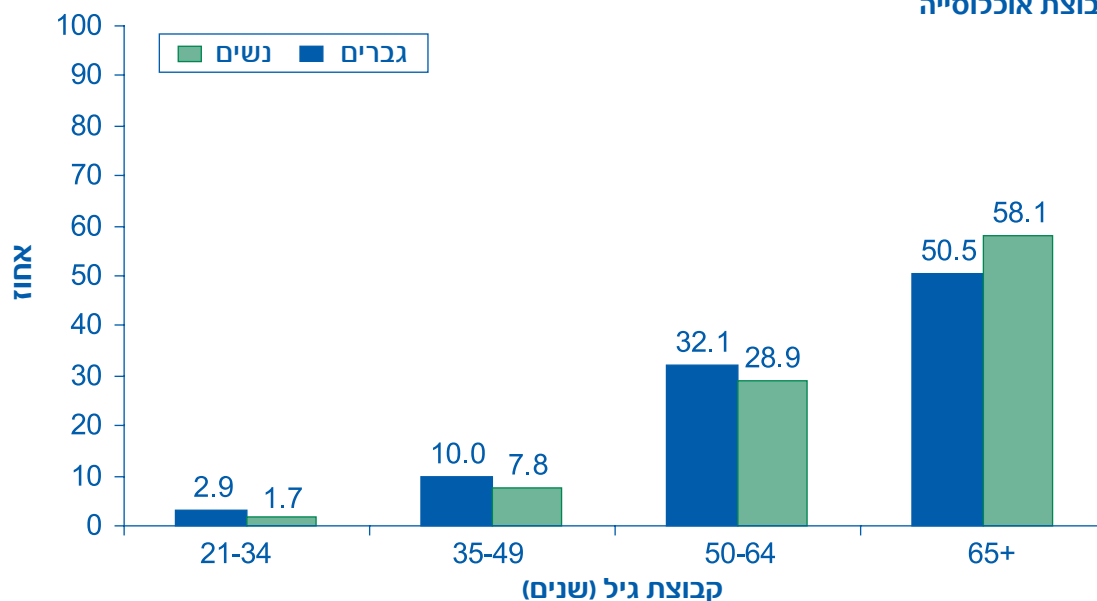
תרשים 3: יתר לחץ דם מאובחן ע"י רופא (דיווח עצמי) לפי גיל, 2007-2008⁽⁴⁾: אחוז משוקלל למין ולקבוצת אוכלוסייה



6. יתר לחץ דם לפי מין וגיל

בגברים ובנשים, נצפית עליה בשיעורי הימצאות יתר לחץ דם עם העלייה בגיל. עד גיל 65 שנים השיעורים המדווחים היו מעט גבוהים יותר בגברים מאשר בנשים. בבני 65 שנים ומעלה, השיעורים היו גבוהים יותר בנשים. קרוב לשליש מהגברים בני 50-64 שנים (32.1%) ו-28.9% מהנשים בנות 50-64 שנים דיווחו על יתר לחץ דם שאובחן ע"י רופא. בבני 65 שנים ומעלה, 50.5% מהגברים וקרוב ל-60% מהנשים (58.1%) דיווחו על יתר לחץ דם (תרשים 4)⁽⁴⁾.

תרשים 4: יתר לחץ דם מאובחן ע"י רופא (דיווח עצמי) לפי מין וגיל, 2007-2008⁽⁴⁾: אחוז משוקלל לקבוצת אוכלוסייה



7. יתר לחץ דם לפי מין, גיל וקבוצת אוכלוסייה

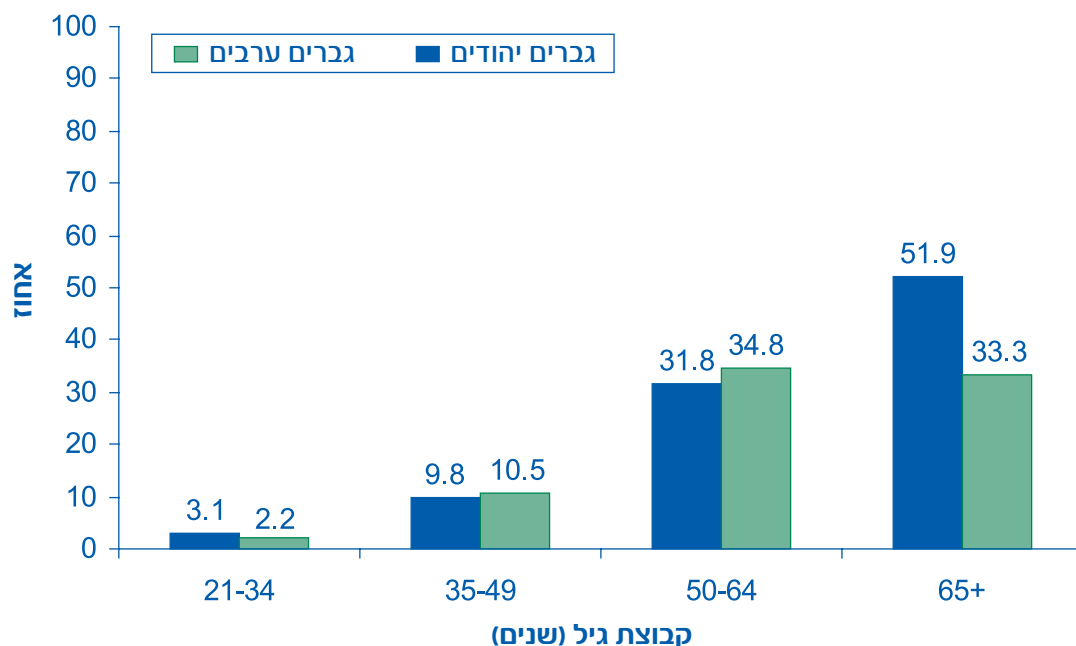
בתרשים 5 מוצגים שיעורי הימצאות יתר לחץ דם שאובחן ע"י רופא, לפי מין, גיל וקבוצת אוכלוסייה⁽⁴⁾. בשתי קבוצות האוכלוסייה קיימת מגמה כללית של עלייה בהימצאות יתר לחץ דם עם העלייה בגיל. בגברים, יהודים וערבים כאחד, שיעורי ההימצאות היו נמוכים מאוד בבני 21-34 שנים (3.1% ביהודים ו-2.2% בערבים). בקבוצות הגיל 35-49 שנים ו-50-64 שנים, השיעורים בגברים ערבים היו גבוהים במעט בהשוואה לשיעורים בגברים יהודים. בגברים ערבים, שיעור ההימצאות המרבי (34.8%) דווח בקבוצת הגיל 50-64 שנים. שיעור ההימצאות הגבוה ביותר של יתר לחץ דם בגברים יהודים (51.9%) דווח בגברים מבוגרים יותר (בני 65 שנים ומעלה), זאת לעומת כשליש מהגברים הערבים (33.3%) בקבוצת גיל זו (תרשים 5)⁽⁴⁾.

בנשים, יהודיות וערביות, השיעורים עלו עם הגיל וההימצאות הגבוהה ביותר נצפתה בבנות 65 שנים ומעלה (58% ביהודיות ו-59.6% בערביות). בדומה לגברים, גם בנשים השיעורים היו מאוד נמוכים בבנות 21-34 שנים (1.8% ביהודיות ו-1.6% בערביות). השיעורים בנשים ערביות בנות 35-49 שנים (9.9%) ובנות 50-64 שנים (39.5%) היו גבוהים מהשיעורים ביהודיות באותן קבוצות גיל (7.3% ו-27.7%, בהתאמה) (תרשים 5)⁽⁴⁾.

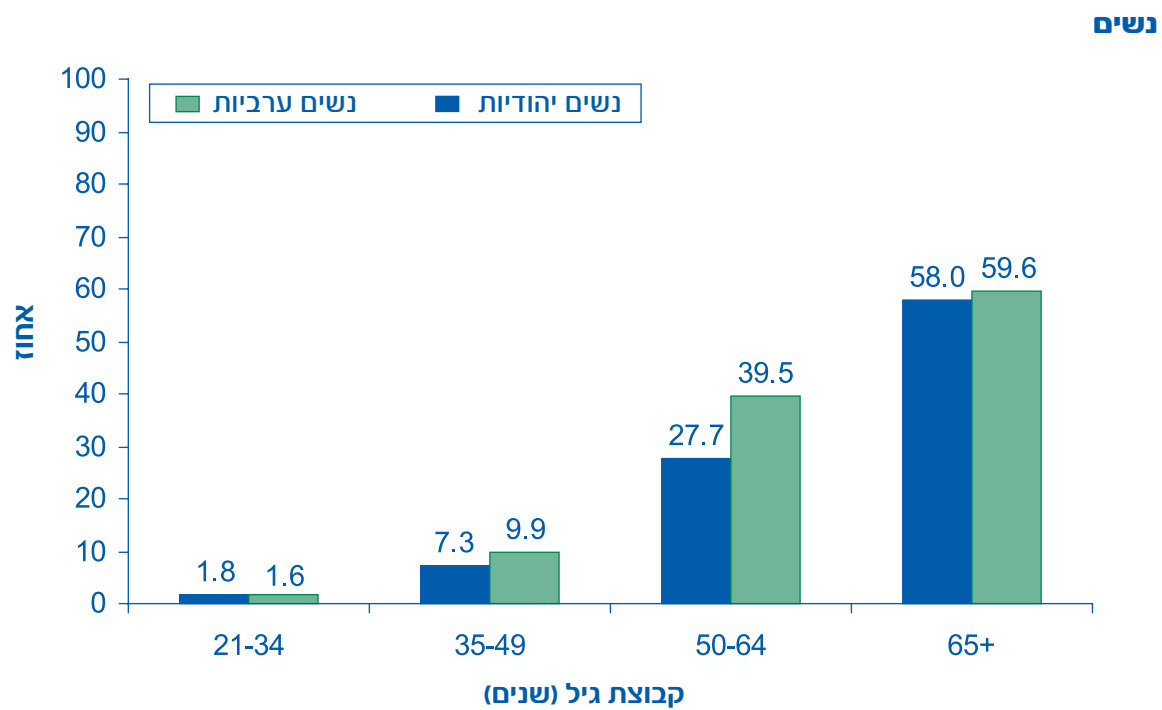
גם ביהודים וגם בערבים, שיעורי ההימצאות בנשים גבוהים מהשיעורים בגברים. באוכלוסייה היהודית, 58% מהנשים בנות 65 שנים ומעלה דיווחו על יתר לחץ דם, לעומת 51.9% מהגברים היהודים באותה קבוצת גיל. באוכלוסייה הערבית, השיעור בנשים בנות 65 שנים ומעלה היה גבוה בכמעט פי 2 בהשוואה לשיעור בגברים (59.6% ו-33.3%, בהתאמה) (תרשים 5)⁽⁴⁾.

תרשים 5: יתר לחץ דם מאובחן ע"י רופא (דיווח עצמי) לפי מין, גיל וקבוצת אוכלוסייה, 2007-2008⁽⁴⁾:
אחוזים

גברים



יתר לחץ דם



8. ביבליוגרפיה

1. אתר החברה הישראלית ליתר לחץ דם: <http://www.ish.org.il>.
2. אתר הארגון הבין-לאומי ליתר לחץ דם: <http://www.ish-world.com>.
3. סקר בריאות לאומי בישראל 1-INHIS, 2003-2004 במסגרת פרויקט EUROHIS של ארגון הבריאות העולמי, אזור אירופה. המרכז הלאומי לבקרת מחלות, פרסום 2006, 249.
4. סקר בריאות לאומי בישראל 2-INHIS, 2007-2008. המרכז הלאומי לבקרת מחלות, פרסום 331 (טרם פורסם).
5. סקר ידע, עמדות והתנהגות בריאותית (KAP) בישראל 2008-2009. המרכז הלאומי לבקרת מחלות והמחלקה לחינוך וקידום בריאות, משרד הבריאות. פרסום 330 (טרם פורסם).
6. נתונים באדיבות הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2010. מתוך סקר בריאות לאומי 2009, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.

רמות גבוהות של כולסטרול וטריגליצרידים בדם

נקודות עיקריות

רמות כולסטרול וטריגליצרידים גבוהות בכלל האוכלוסייה

- בסקר INHIS-2 שנערך בשנים 2007-2008, 20.8% מהנשאלים דיווחו כי הם אובחנו ע"י רופא כבעלי רמת כולסטרול גבוהה בדם, ו-8.3% דיווחו על רמות גבוהות של טריגליצרידים בדם.

רמות כולסטרול וטריגליצרידים גבוהות לפי מין

- שיעור ההימצאות של כולסטרול גבוה בדם היה 22.1% בנשים ו-19.4% בגברים.
- שיעור ההימצאות של טריגליצרידים גבוהים בדם היה 9% בגברים ו-8.8% בנשים.

רמות כולסטרול וטריגליצרידים גבוהות לפי מין וקבוצת אוכלוסייה

- גברים ונשים באוכלוסייה היהודית דיווחו יותר על רמת כולסטרול גבוהה בדם (20.4% ו-23.7%, בהתאמה) בהשוואה לגברים ונשים באוכלוסייה הערבית (14.2% ו-13.0%, בהתאמה).
- יותר גברים ונשים באוכלוסייה הערבית (10.6% ו-9.7%, בהתאמה) דיווחו על רמות גבוהות של טריגליצרידים בדם, בהשוואה לגברים ונשים באוכלוסייה היהודית (8.7% בגברים ונשים כאחד).

רמות כולסטרול וטריגליצרידים גבוהות לפי גיל

- 45.3% מבני 65 שנים ומעלה דיווחו על רמות גבוהות של כולסטרול בדם.
- אחוז המדווחים על רמות טריגליצרידים גבוהות בדם עולה עם הגיל, והשיעור הגבוה ביותר הוא בבני 65 שנים ומעלה (16.5%).

רמת כולסטרול גבוהה לפי מין וגיל

- שיעורי ההימצאות של רמת כולסטרול גבוהה בדם עולים עם העלייה בגיל.
- לרוב, שיעורי ההימצאות של רמות כולסטרול גבוהות בדם גבוהים יותר בנשים מאשר בגברים.
- בבני 65 שנים ומעלה, 52.2% מהנשים דיווחו על רמת כולסטרול גבוהה בדם בהשוואה ל-36.1% בגברים.

רמת טריגליצרידים גבוהה לפי מין וגיל

- בנשים, נצפית עלייה בשיעור המדווחות על רמת טריגליצרידים גבוהה בדם עם העלייה בגיל, עד לשיעור הגבוה ביותר בבנות 65 שנים ומעלה (19.2%); בגברים השיעור הגבוה ביותר הוא בבני 50-64 שנים (17.4%).

רמת כולסטרול גבוהה לפי מין, גיל וקבוצת אוכלוסייה

- באוכלוסייה היהודית ובאוכלוסייה הערבית, נצפית מגמה כללית של עלייה בשיעור המדווחים על רמות גבוהות של כולסטרול בדם עם העלייה בגיל (בגברים ובנשים כאחד).
- מגיל 35 שנים ומעלה, שיעורי ההימצאות של כולסטרול גבוה בדם, גבוהים באוכלוסייה היהודית בהשוואה לשיעורים באוכלוסייה הערבית (גם בגברים וגם בנשים).

רמת טריגליצרידים גבוהה לפי מין, גיל וקבוצת אוכלוסייה

- ברוב קבוצות הגיל, גברים ונשים באוכלוסייה הערבית מדווחים יותר על רמות גבוהות של טריגליצרידים בדם, בהשוואה לגברים ונשים באוכלוסייה היהודית.

רמות גבוהות של כולסטרול וטריגליצרידים בדם

1. רקע

רמות השומנים בדם, ובהן הכולסטרול והטריגליצרידים, נמנות עם גורמי הסיכון הידועים למחלות לב וכלי דם. מעקב אחר רמתן באוכלוסייה חשוב לצורך זיהוי קבוצות אוכלוסייה המצויות בסיכון לחלות במחלות לב וכלי דם ולצורך הפחתת התחלואה והתמותה ממחלות אלו.

2. מקורות המידע

הנתונים בפרק זה מבוססים על דיווח עצמי בסקרי אוכלוסייה, ובעיקר סקר INHIS-2⁽¹⁾ שנערך בשנים 2007-2008. לצורך ההשוואה, מוצגים גם נתונים מסקר INHIS-1⁽²⁾ וסקר KAP 2008⁽³⁾. שלושת הסקרים נערכו על ידי המרכז הלאומי לבקרת מחלות, במשרד הבריאות, והנתונים המוצגים הם עבור רמות כולסטרול וטריגליצרידים בדם.

2.1 סקר INHIS-1

סקר בריאות לאומי בישראל (INHIS-1) נערך בשנים 2003-2004 על ידי המרכז הלאומי לבקרת מחלות (המלב"ם). סקר זה התבסס על מדגם מייצג של 9,509 ישראלים, יהודים וערבים, בני 21 שנים ומעלה, וכלל ארבעה מודולים: בריאות נשים, שימוש בשירותי בריאות, מניעה ובריאות הנפש. בפרק זה מוצגים נתונים לפי מין, לפי קבוצות גיל ולפי קבוצת אוכלוסייה⁽²⁾.

2.2 סקר INHIS-2

סקר בריאות לאומי בישראל INHIS-2 נערך בשנים 2007-2008 על ידי המלב"ם. סקר זה התבסס על מדגם מייצג של 9,620 ישראלים, יהודים וערבים, בני 21 שנים ומעלה, וכלל ארבעה מודולים. בפרק זה מוצגים נתונים על כלל אוכלוסיית הסקר מגיל 21 ומעלה, מ-3 מודולים: בריאות נשים, שימוש בשירותי בריאות ומניעה (7,380 נשאים), לפי מין, לפי קבוצות גיל ולפי קבוצת אוכלוסייה⁽¹⁾.

2.3 סקר KAP 2008

סקר "ידע, עמדות והתנהגות בריאותית" (KAP) נערך בשנים 2008-2009 על ידי המלב"ם בשיתוף המחלקה לחינוך וקידום בריאות במשרד הבריאות. סקר זה התבסס על מדגם מייצג של 4,452 ישראלים, יהודים וערבים, בני 18 ומעלה. בפרק זה הנתונים מתייחסים לבני 21 ומעלה (4,186)⁽³⁾.

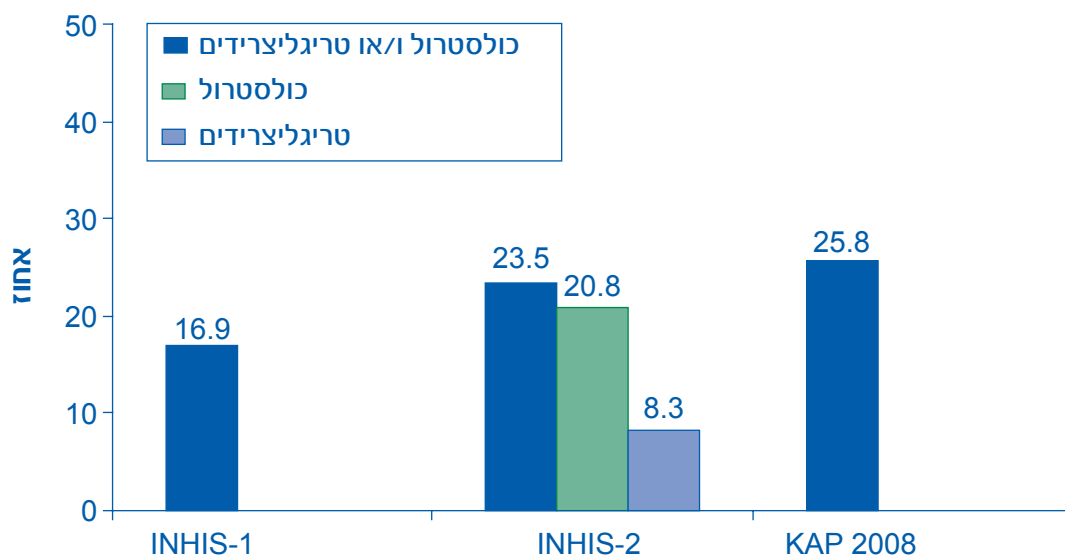
3. רמות גבוהות של כולסטרול וטריגליצרידים בדם בכלל האוכלוסייה

בתרשים 1 מוצגים שיעורי ההימצאות של כולסטרול גבוה וטריגליצרידים גבוהים בכלל האוכלוסייה, בהתבסס על דיווח עצמי בסקר INHIS-1⁽¹⁾, בסקר INHIS-2⁽²⁾ ובסקר KAP 2008⁽³⁾. בסקר INHIS-1 נשאלו משתתפי הסקר על הימצאות "שומנים או כולסטרול גבוה בדם"⁽²⁾, ובסקר KAP 2008 נשאלו המשתתפים על "רמה גבוהה של שומנים/כולסטרול בדם"⁽³⁾. מסיבה זו הנתונים משני סקרים אלו, מוצגים עבור "כולסטרול וטריגליצרידים" כקטגוריה אחת. לעומת זאת, בסקר INHIS-2 היו שאלות נפרדות לדיווח על הימצאות רמות כולסטרול גבוהות והימצאות רמות טריגליצרידים גבוהות⁽¹⁾, ועל כן הנתונים מוצגים גם כקטגוריה כוללת וגם בנפרד (תרשים 1).

בסקר INHIS-1, בשנים 2003-2004, דיווחו 16.9% מהאוכלוסייה כי הם אובחנו ע"י רופא כבעלי רמה גבוהה של כולסטרול או טריגליצרידים⁽²⁾. בסקר INHIS-2 ב-2007-2008 דיווחו 23.5% על הימצאות רמות גבוהות של כולסטרול או טריגליצרידים⁽¹⁾, ובסקר KAP 2008 השיעור הגיע ל-25.8% (תרשים 1)^(3,2,1). בסקר INHIS-2, 20.8% דיווחו על הימצאות כולסטרול גבוה ו-8.3% דיווחו על טריגליצרידים גבוהים⁽¹⁾ (תרשים 1)^(3,2,1).

רמות גבוהות של כולסטרול וטריגליצרידים בדם

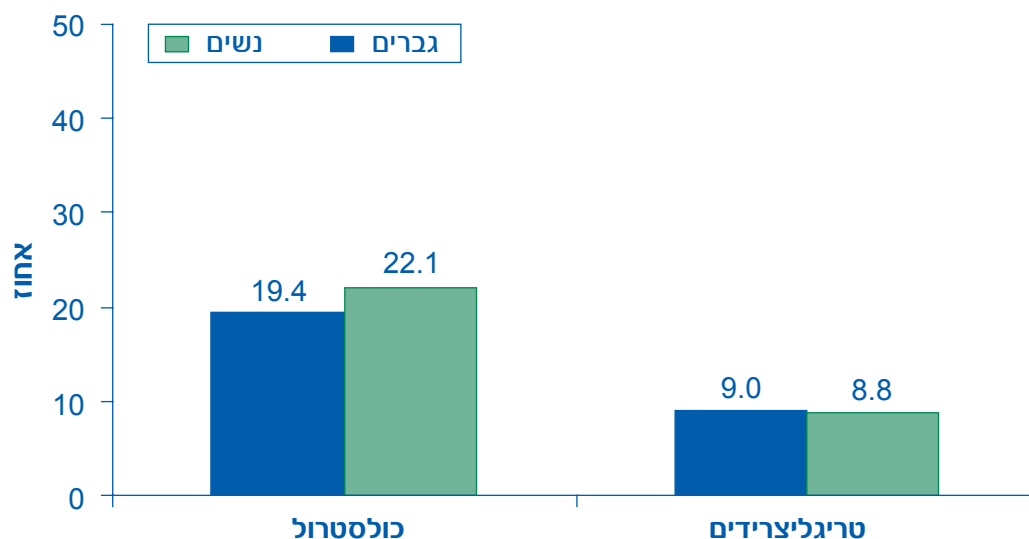
תרשים 1: הימצאות רמות גבוהות של כולסטרול וטריגליצרידים בדם בכלל האוכלוסייה, דיווח עצמי על אבחון רופא, 2004-2003⁽²⁾, 2008-2007⁽¹⁾, 2008⁽³⁾: אחוז משוקלל למין, גיל וקבוצת אוכלוסייה



4. רמות גבוהות של כולסטרול וטריגליצרידים בדם, לפי מין

לא נמצאו הבדלים בהימצאות רמה גבוהה של טריגליצרידים בין המינים (9% בגברים ו-8.8% בנשים); הימצאות רמה גבוהה של כולסטרול בנשים (22.1%), גבוהה יותר מאשר בגברים (19.4%) (תרשים 2)⁽¹⁾.

תרשים 2: הימצאות רמות גבוהות של כולסטרול וטריגליצרידים בדם לפי מין, דיווח עצמי על אבחון רופא, 2008-2007⁽¹⁾: אחוז משוקלל לגיל וקבוצת אוכלוסייה

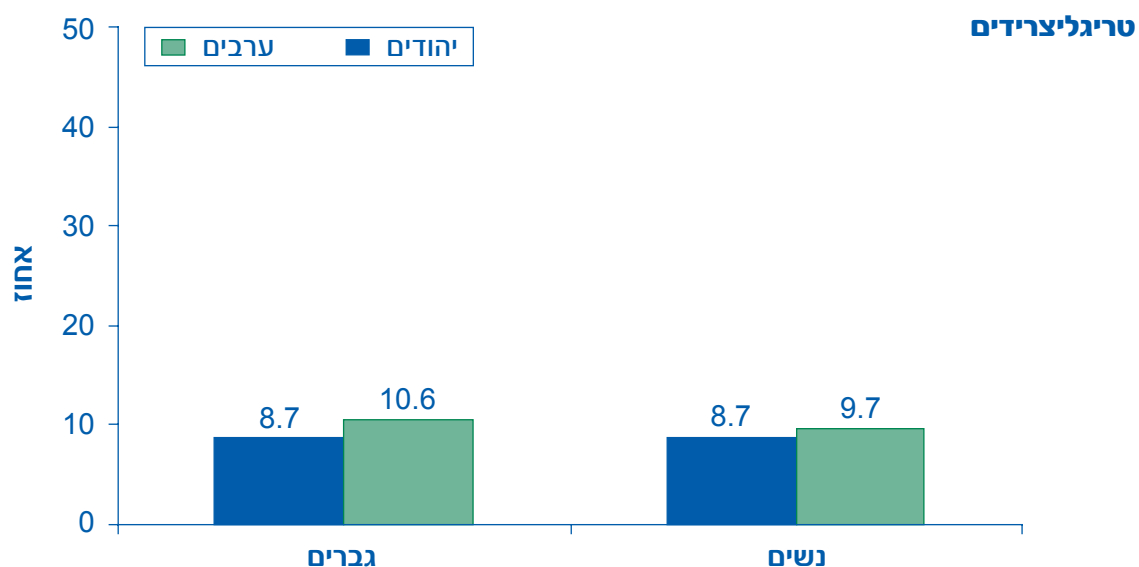
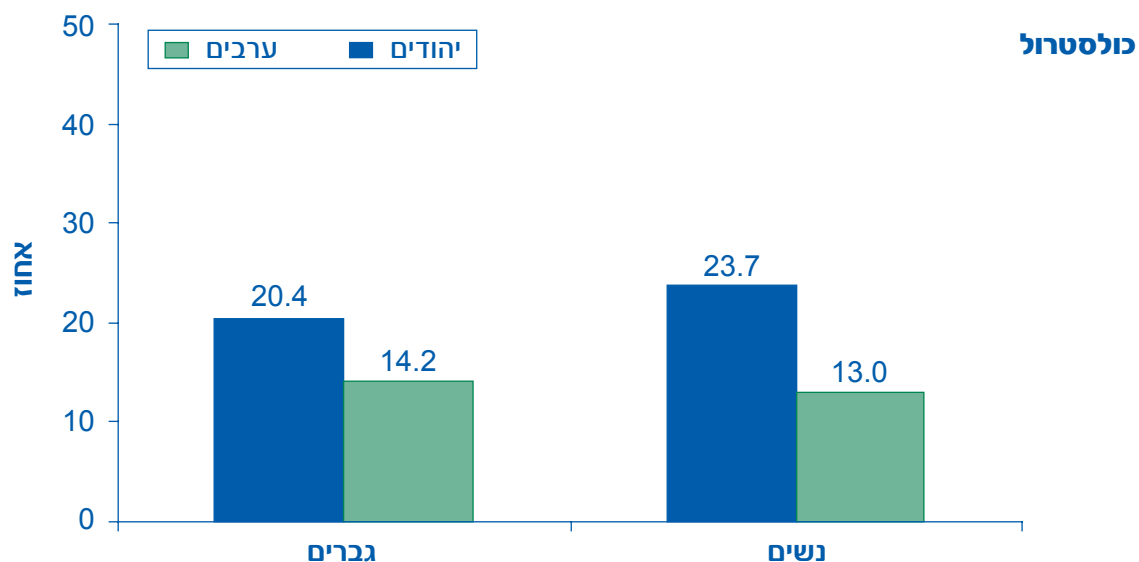


רמות גבוהות של כולסטרול וטריגליצרידים בדם

5. רמות גבוהות של כולסטרול וטריגליצרידים בדם לפי מין וקבוצת אוכלוסייה

על פי סקר INHIS-2, אחוז גבוה יותר של גברים ונשים יהודים דיווחו על כולסטרול גבוה (20.4% ו-23.7%, בהתאמה) בהשוואה לגברים ונשים באוכלוסייה הערבית (14.2% ו-13.0%, בהתאמה). לעומת זאת, שיעורי הדיווח על טריגליצרידים גבוהים היו מעט גבוהים יותר בגברים ונשים באוכלוסייה הערבית (10.6% ו-9.7%, בהתאמה) מאשר בגברים ונשים באוכלוסייה היהודית (8.7% בגברים ונשים כאחד) (תרשים 3).⁽¹⁾

תרשים 3: הימצאות רמות גבוהות של כולסטרול וטריגליצרידים בדם לפי מין וקבוצת אוכלוסייה, דיווח עצמי על אבחון רופא, 2007-2008⁽²⁾: אחוז משוקלל לגיל



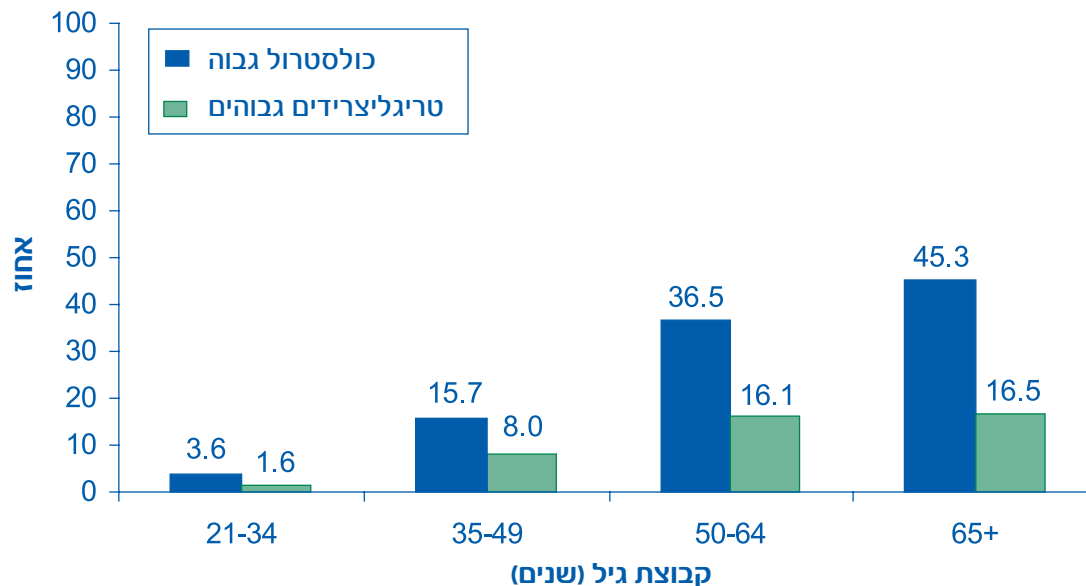
רמות גבוהות של כולסטרול וטריגליצרידים בדם

6. רמות גבוהות של כולסטרול וטריגליצרידים בדם לפי גיל

ההימצאות של רמות גבוהות של כולסטרול בדם שכיחה בעיקר בגיל המבוגר⁽¹⁾. בסקר INHIS-2, קרוב למחצית מקבוצת הגיל המבוגרת, בני 65 שנים ומעלה (45.3%) דיווחו על רמה גבוהה של כולסטרול. בקרב בני 50-64 שנים, 36.5% מהעונים לסקר דיווחו על רמת כולסטרול גבוהה המאובחנת ע"י רופא, וזאת לעומת 3.6% בקבוצת הגיל הצעירה, בני 21-34 שנים⁽¹⁾. שיעור המדווחים על רמות גבוהות של כולסטרול בבני 65 שנים ומעלה היה גבוה פי 1.2 בהשוואה לבני 50-64 שנים, פי 2.9 בהשוואה לבני 35-49 שנים, ופי 12.6 בהשוואה לבני 21-34 שנים (תרשים 4)⁽¹⁾.

באשר לרמות גבוהות של טריגליצרידים בדם, בדומה לכולסטרול, נצפתה מגמה דומה של עלייה בהימצאות עם העלייה בגיל. שיעור המדווחים הנמוך ביותר על הימצאות טריגליצרידים (1.6%) היה בקבוצת הגיל הצעירה ביותר, בני 21-34 שנים. בבני 35-49 שנים, שיעור המדווחים על טריגליצרידים היה גבוה פי 5 (8.0%), ובבני 50-64 שנים ובבני 65 שנים ומעלה, השיעור עלה עוד יותר ועמד על כ-16% (16.1% ו-16.5%, בהתאמה). (תרשים 4)⁽¹⁾.

תרשים 4: הימצאות רמות גבוהות של כולסטרול וטריגליצרידים בדם לפי גיל, דיווח עצמי על אבחון רופא, 2007-2008⁽¹⁾: אחוז משוקלל למין וקבוצת אוכלוסייה



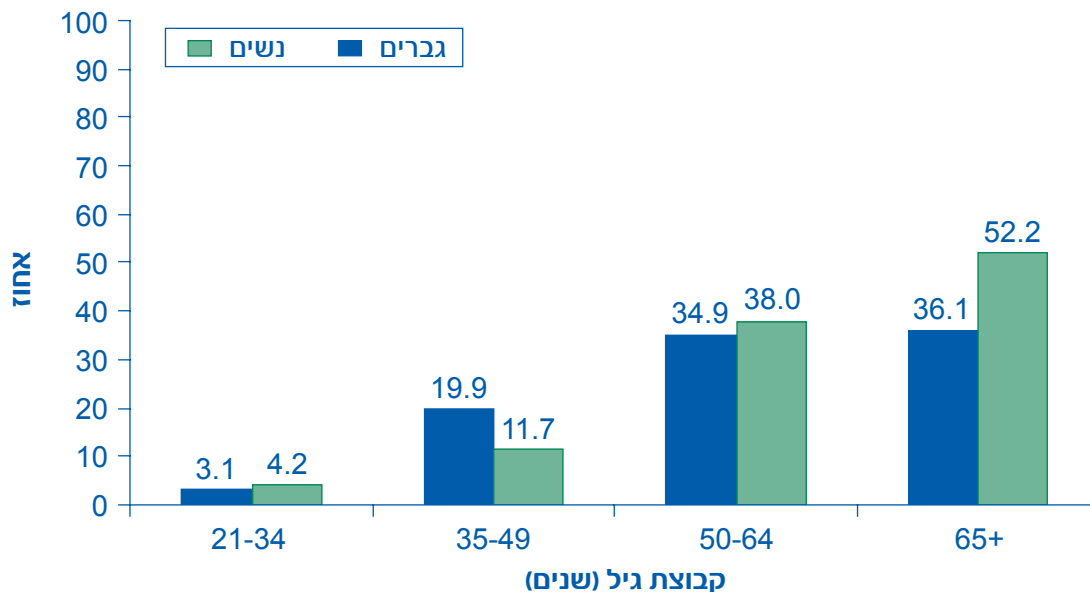
רמות גבוהות של כולסטרול וטריגליצרידים בדם

7. רמות גבוהות של כולסטרול וטריגליצרידים בדם לפי מין וגיל

7.1 רמת כולסטרול גבוהה בדם לפי מין וגיל

גם בגברים וגם בנשים, נצפית עלייה בשיעורי הימצאות רמת כולסטרול גבוהה בדם עם העלייה בגיל, אם כי העלייה חדה יותר בנשים⁽¹⁾. למעט קבוצת הגיל 35-49 שנים, שבה אחוז הדיווח על כולסטרול גבוה בדם היה גבוה יותר בגברים (19.9%) בהשוואה לנשים (11.7%), בכל שאר קבוצות הגיל הימצאות של כולסטרול גבוה הייתה גבוהה יותר בנשים מאשר בגברים⁽²⁾. בבני 21-34 שנים, 4.2% מהנשים דיווחו כי הן אובחנו כבעלות כולסטרול גבוה בהשוואה ל-3.1% מהגברים; בבנות 50-64 שנים אחוז המדווחות על כולסטרול גבוה היה 38.0% בנשים בהשוואה ל-34.9% בגברים, פער שגדל בצורה בולטת בבני 65 שנים ומעלה (52.2% בנשים לעומת 36.1% בגברים) (תרשים 5)⁽¹⁾.

תרשים 5: הימצאות כולסטרול גבוה בדם לפי מין וגיל, דיווח עצמי על אבחון רופא, 2007-2008⁽¹⁾: אחוז משוקלל לקבוצת אוכלוסייה

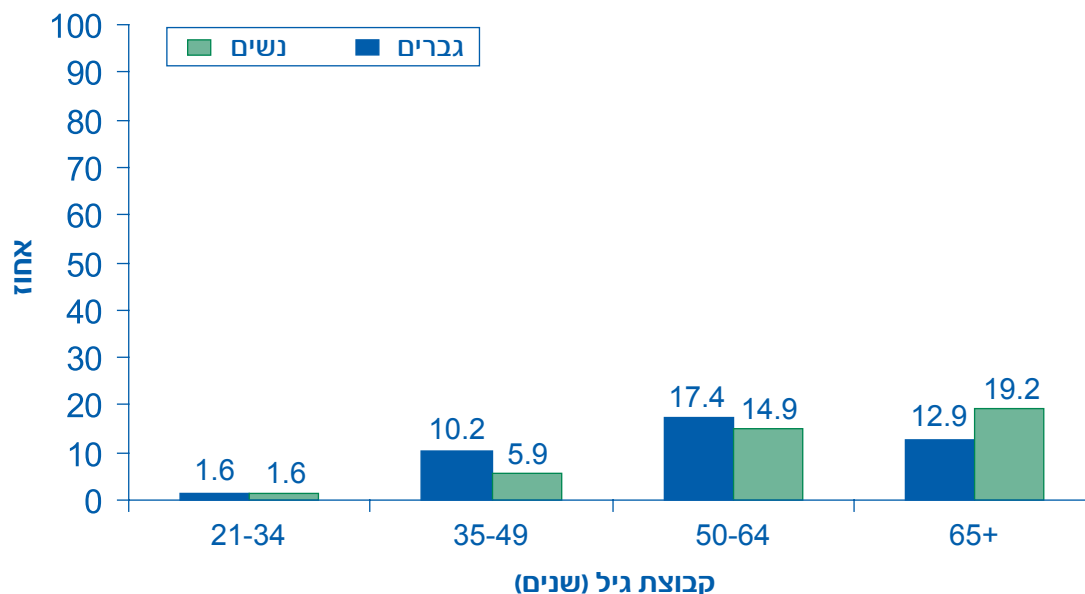


7.2 רמת טריגליצרידים גבוהה בדם לפי מין וגיל

בגברים, השיעור הגבוה ביותר של רמות גבוהות של טריגליצרידים בדם נמצא בבני 50-64 שנים (17.4%). בבני 65 שנים ומעלה נצפתה ירידה באחוז המדווחים (12.9%). בנשים, השיעורים עלו עם העלייה בגיל עד לשיעור מרבי בקבוצת הגיל המבוגרת ביותר, 65 שנים ומעלה (19.2%). בקבוצות הגיל הצעירות יותר, בני 35-49 ו-50-64 שנים, הימצאות טריגליצרידים הייתה גבוהה יותר בגברים מאשר בנשים. בבני 65 שנים ומעלה, השיעור בנשים היה גבוה פי 1.5 מהשיעור בגברים (תרשים 6)⁽¹⁾.

רמות גבוהות של כולסטרול וטריגליצרידים בדם

תרשים 6: הימצאות רמות גבוהות של טריגליצרידים בדם לפי מין וגיל, דיווח עצמי על אבחון רופא, 2007-2008⁽¹⁾: אחוז משוקלל לקבוצת אוכלוסייה



8. רמות גבוהות של כולסטרול וטריגליצרידים בדם לפי מין, גיל וקבוצת אוכלוסייה

8.1 כולסטרול גבוה בדם לפי מין, גיל וקבוצת אוכלוסייה

באוכלוסייה היהודית ובאוכלוסייה הערבית, גם בגברים וגם בנשים, נצפית מגמה כללית של עלייה בשיעור המדווחים על רמות גבוהות של כולסטרול בדם עם העלייה בגיל⁽¹⁾. בגברים, שיעור ההימצאות המרבי ביהודים (36.9%) נמצא בקבוצת הגיל 65 שנים ומעלה. בערבים, השיעור הגבוה ביותר נמצא בבני 50-64 שנים (31.7%), ובבני 65 שנים ומעלה השיעור מעט נמוך יותר (27.6%) (תרשים 7)⁽¹⁾. בנשים ערביות, השיעורים עולים עד ל-30.8% בבנות 65 שנים ומעלה. בנשים יהודיות, השיעורים עולים בצורה חדה יותר ומגיעים ל-53.6% בבנות 65 שנים ומעלה (תרשים 7)⁽¹⁾.

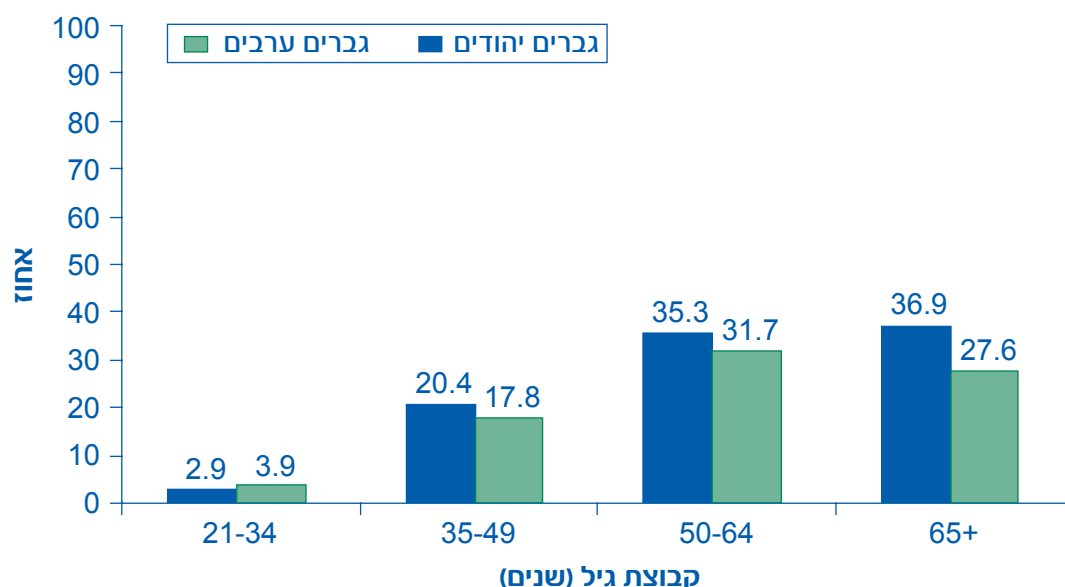
גם בגברים וגם בנשים בני 35 שנים ואילך, השיעורים גבוהים ביהודים בהשוואה לערבים (תרשים 7)⁽¹⁾. באוכלוסייה היהודית, שיעורי ההימצאות של כולסטרול גבוה בדם היו גבוהים יותר בגברים בני 35-49 שנים (20.4%) מאשר בנשים (12.2%). בגיל המבוגר (בני 50 ומעלה) השיעורים היו גבוהים יותר בנשים, הבדל שבלט במיוחד בבני 65 שנים ומעלה (53.6% בנשים יהודיות בהשוואה ל-36.9% בגברים יהודים) (תרשים 7)⁽¹⁾. באוכלוסייה הערבית, שיעור ההימצאות של כולסטרול גבוה בבני 35-49 שנים היה גבוה בגברים (17.8%) מאשר בנשים (9.4%), ובגיל המבוגר (בני 50-64, ו-65 שנים ומעלה), השיעורים היו דומים בגברים ובנשים (תרשים 7)⁽¹⁾.

רמות גבוהות של כולסטרול וטריגליצרידים בדם

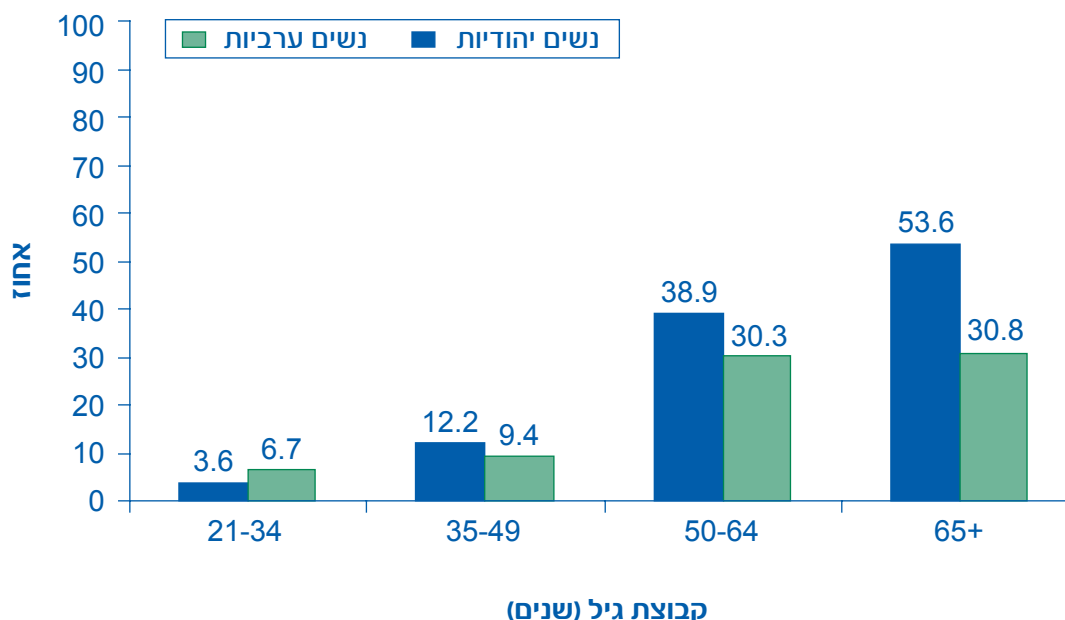
תרשים 7: הימצאות כולסטרול גבוה בדם לפי מין, גיל וקבוצת אוכלוסייה, דיווח עצמי על אבחון רופא,

2007-2008⁽¹⁾: אחוז

גברים



נשים



8.2 טריגליצרידים גבוהים לפי מין, גיל וקבוצת אוכלוסייה

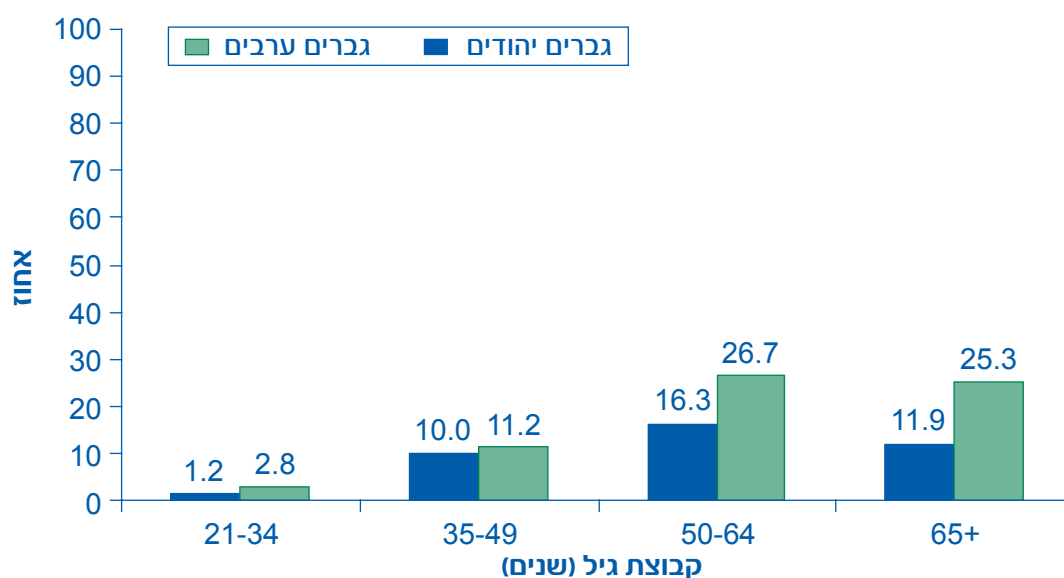
שיעורי רמות גבוהות של טריגליצרידים בדם היו גבוהים יותר באוכלוסייה הערבית מאשר באוכלוסייה היהודית, בגברים ובנשים כאחד⁽¹⁾. הפער בין ערבים ויהודים גדל עם העלייה בגיל. בגברים, הן יהודים והן ערבים, השיעורים עלו עם הגיל עד לשכיחות מרבית בבני 50-64 שנים (16.3% ביהודים ו-26.7% בערבים). בבני 65 שנים ומעלה, השיעורים ירדו במעט גם בגברים יהודים וגם בגברים ערבים (11.9% ו-25.3%, בהתאמה).

רמות גבוהות של כולסטרול וטריגליצרידים בדם

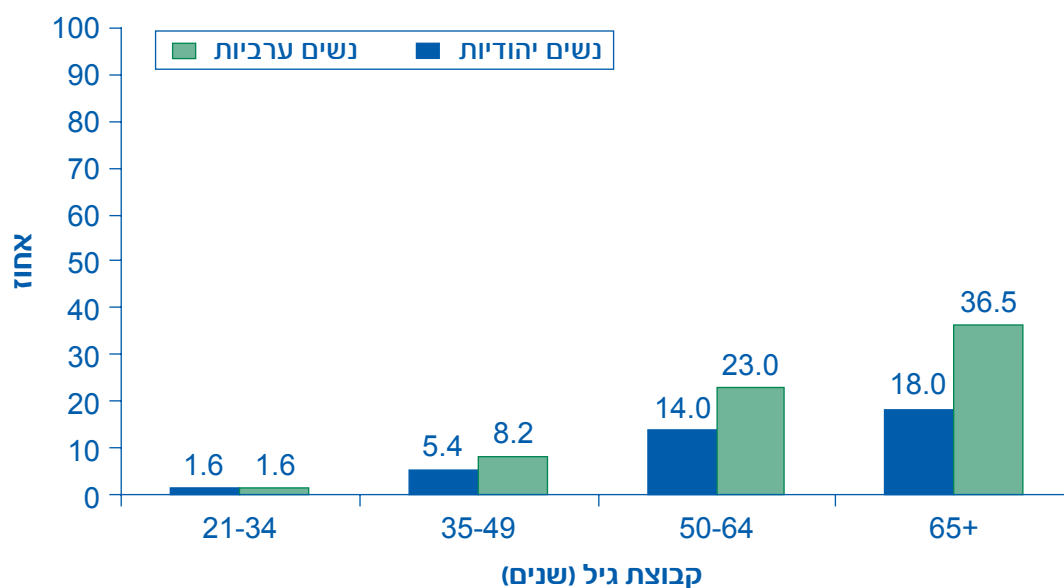
בנשים, השיעורים עלו עד לשכיחות המרבית בקבוצת הגיל המבוגרת ביותר, 65 שנים ומעלה, כאשר שיעור ההימצאות המדווח בערביות (36.5%) היה גבוה פי 2 מהשיעור ביהודיות (18.0%) (תרשים 8)⁽¹⁾.

תרשים 8: הימצאות רמות גבוהות של טריגליצרידים בדם לפי מין, גיל וקבוצת אוכלוסייה, דיווח עצמי על אבחון רופא, 2007-2008⁽¹⁾: אחוז

גברים



נשים



9. ביבליוגרפיה

1. סקר בריאות לאומי בישראל INHIS-2 2007-2008. המרכז הלאומי לבקרת מחלות, פרסום 331 (טרם פורסם).
2. סקר בריאות לאומי בישראל INHIS-1 2003-2004, במסגרת פרויקט EUROHIS של ארגון הבריאות העולמי, אזור אירופה. המרכז הלאומי לבקרת מחלות, פרסום 249, 2006.
3. סקר ידע, עמדות והתנהגות בריאותית (KAP) בישראל 2008-2009. המרכז הלאומי לבקרת מחלות והמחלקה לחינוך וקידום בריאות, משרד הבריאות. פרסום 330 (טרם פורסם).

משקל גוף והשמנה

נקודות עיקריות

רקע

- עודף משקל והשמנה מוגדרים באמצעות 'מדד מסת הגוף' (Body Mass Index או BMI).
עודף משקל מוגדר כ- $25 \leq \text{BMI} < 30$ והשמנה מוגדרת כ- $\text{BMI} \geq 30$.

עודף משקל והשמנה באוכלוסייה הבוגרת (סקר INHIS-2 2007-2008)

- בסקר INHIS-2 שנערך בשנים 2007-2008 נמצא, כי 34.5% מהאוכלוסייה הינם בעלי עודף משקל ו-15.1% סובלים מהשמנה.

1. עודף משקל והשמנה לפי מין

- אחוז גבוה יותר של גברים הינם בעלי עודף משקל (39.8%) מאשר נשים (29.6%).
- גברים ונשים סובלים מהשמנה במידה זהה (15.1% מכלל הגברים ומכלל הנשים).

2. עודף משקל והשמנה לפי גיל, מין וקבוצת אוכלוסיה

- **בני 21-34 שנים:** רוב בני 21-34 שנים הינם בעלי עודף משקל גוף תקין. יותר גברים סובלים מעודף משקל והשמנה מאשר נשים, ושיעורי עודף המשקל וההשמנה גבוהים בערבים מאשר ביהודים.
- **בני 35-49 שנים:** בגברים, שיעורי עודף המשקל גבוהים יותר ביהודים בהשוואה לערבים, ושיעורי ההשמנה גבוהים יותר בערבים בהשוואה ליהודים.
- **בני 50-64 שנים:** בגברים, קרוב למחצית הם בעלי עודף משקל (46.9% ו-46.2% ביהודים וערבים, בהתאמה). כ-31% מהערבים ו-21% מהיהודים סבלו מהשמנה. בנשים, כ-38% מהיהודיות וכ-36% מהערביות בעלות עודף משקל. כ-20% מהיהודיות ו-45% מהערביות סבלו מהשמנה.
- **בני 65 שנים ומעלה:** עיקר האוכלוסיה של בני 65 שנים ומעלה הם בעלי עודף משקל: 48.3% מהגברים היהודים, 41.3% מהנשים היהודיות, 52.4% מהגברים הערבים ו-44.4% מהנשים הערביות.
- שיעורי ההשמנה גבוהים יותר בנשים בהשוואה לגברים, ובערבים בהשוואה ליהודים.

עודף משקל והשמנה בבני נוער

- על פי ממצאי סקר "מב"ת צעיר" שנערך בשנים 2003-2004 בקרב תלמידי ז'-יב', השיעור הגבוה ביותר של עודף משקל נמצא בתלמידות ערביות (15.6%) והשיעור הגבוה ביותר של השמנה נמצא בתלמידים ערבים (בנים) (9.3%).

1. רקע

השמנה מהווה גורם סיכון לתחלואה במחלות כרוניות כגון סוכרת, מחלות לב ולחץ דם, ובנוסף לירידה באיכות חיים עקב הגבלה בכושר התנועה, והשפעה על הבריאות הנפשית כתוצאה מפגיעה בדימוי עצמי. עודף משקל והשמנה מוגדרים באמצעות 'מדד מסת הגוף' (Body Mass Index או BMI), המחושב ע"י חלוקת משקל הגוף (בק"ג) בריבוע הגובה (במטרים). עודף משקל מוגדר כ- $25 \leq \text{BMI} < 30$ והשמנה מוגדרת כ- $\text{BMI} \geq 30$. בפרק זה, נתונים על עודף משקל והשמנה בבני נוער (כיתות ז' עד י"ב) מבוססים על מדידה ישירה של משקל וגובה, בעוד שהנתונים על עודף משקל והשמנה בגיל המבוגר (בני 21 שנים ומעלה) מבוססים על דיווח עצמי של משקל וגובה. בילדים ובני נוער קביעת מבנה הגוף מבוססת על חישוב של אחוזני BMI.

2. מקורות המידע

מקורות המידע לנתונים המוצגים בפרק זה כוללים סקרים שונים שנערכו ע"י המרכז הלאומי לבקרת מחלות (INHS-1)⁽³⁾, INHS-2⁽⁴⁾, KAP 2008⁽⁵⁾ ומב"ת צעיר⁽⁴⁾ ומאמרים מדעיים⁽⁵⁾.

2.1 סקר INHS-1

סקר בריאות לאומי INHS-1 נערך בשנים 2003-2004 על ידי המרכז הלאומי לבקרת מחלות. סקר זה התבסס על מדגם מייצג של 9,509 ישראלים, יהודים וערבים, בני 21 שנים ומעלה, וכלל ארבעה מודולים: בריאות נשים, שימוש בשירותי בריאות, מניעה ובריאות הנפש⁽¹⁾.

2.2 סקר INHS-2

סקר בריאות לאומי INHS-2 נערך בשנים 2007-2008 על ידי המרכז הלאומי לבקרת מחלות. סקר זה התבסס על מדגם מייצג של 9,620 ישראלים, יהודים וערבים, בני 21 שנים ומעלה, וכלל ארבעה מודולים. בפרק זה מוצגים נתונים על כלל אוכלוסיית הסקר מגיל 21 ומעלה, מ-3 מודולים: בריאות נשים, שימוש בשירותי בריאות ומניעה (7,380 נשאלים), לפי מין, לפי קבוצת גיל ולפי קבוצת אוכלוסייה⁽²⁾.

2.3 סקר KAP 2008

סקר "ידע, עמדות והתנהגות בריאותית" (KAP) נערך בשנים 2008-2009 על ידי המרכז הלאומי לבקרת מחלות בשיתוף המחלקה לחינוך וקידום בריאות במשרד הבריאות. סקר זה התבסס על מדגם מייצג של 4,452 ישראלים, יהודים וערבים, בני 18 ומעלה. בפרק זה הנתונים מתייחסים לבני 21 ומעלה (4,186)⁽³⁾.

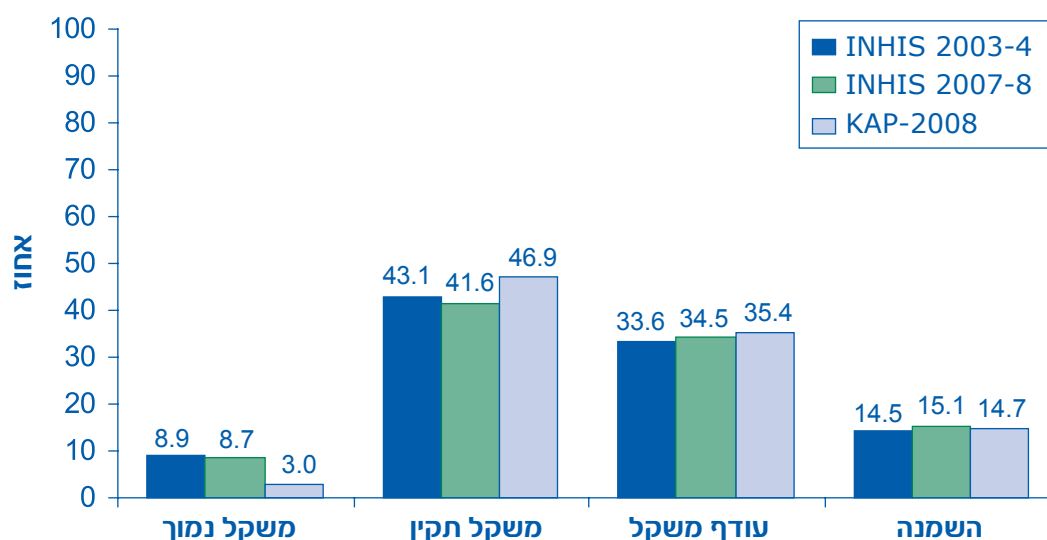
2.4 סקר מב"ת צעיר

סקר מצב בריאות ותזונה לאומי ראשון לתלמידי כיתות ז'-יב' ("מב"ת צעיר") נערך בשנים 2003-2004 על ידי המרכז הלאומי לבקרת מחלות בשיתוף המחלקה לתזונה במשרד הבריאות. סקר זה התבסס על מדגם מייצג של 6,274 בני נוער, יהודים וערבים⁽⁴⁾.

3. התפלגות BMI באוכלוסייה הבוגרת

בתרשים 1 מוצגים נתוני BMI מסקר INHIS-1⁽¹⁾, INHIS-2⁽²⁾, ו-KAP-2008⁽³⁾, בכלל האוכלוסייה הבוגרת, בחלוקה לארבע קטגוריות*: משקל נמוך ($BMI < 20$), משקל תקין ($20 \leq BMI < 25$), עודף משקל ($25 \leq BMI < 30$) והשמנה ($BMI \geq 30$). בשני סקרי INHIS, התפלגות ה-BMI של האוכלוסייה הייתה דומה, כ-9% מהאוכלוסייה נמצאים בקטגוריית 'משקל נמוך', כ-42% מהאוכלוסייה במשקל תקין, כ-34% בעלי עודף משקל וכ-15% סובלים מהשמנה. בסקר INHIS-2 הנתונים של עודף משקל והשמנה גבוהים במעט בהשוואה לסקר INHIS-1. נתוני עודף המשקל וההשמנה מסקר KAP-2008 תואמים לממצאים שהתקבלו מסקרי INHIS, בעוד שעל פי סקר KAP אחוז גבוה יותר של האוכלוסייה נמצא במשקל תקין, ואחוז קטן יותר של האוכלוסייה נמצא במשקל נמוך (תרשים 1)^(3,2,1).

תרשים 1: התפלגות BMI בכלל האוכלוסייה, 2003-2004⁽¹⁾, 2007-2008⁽²⁾, 2008⁽³⁾: אחוז משוקלל למין, גיל וקבוצת אוכלוסייה



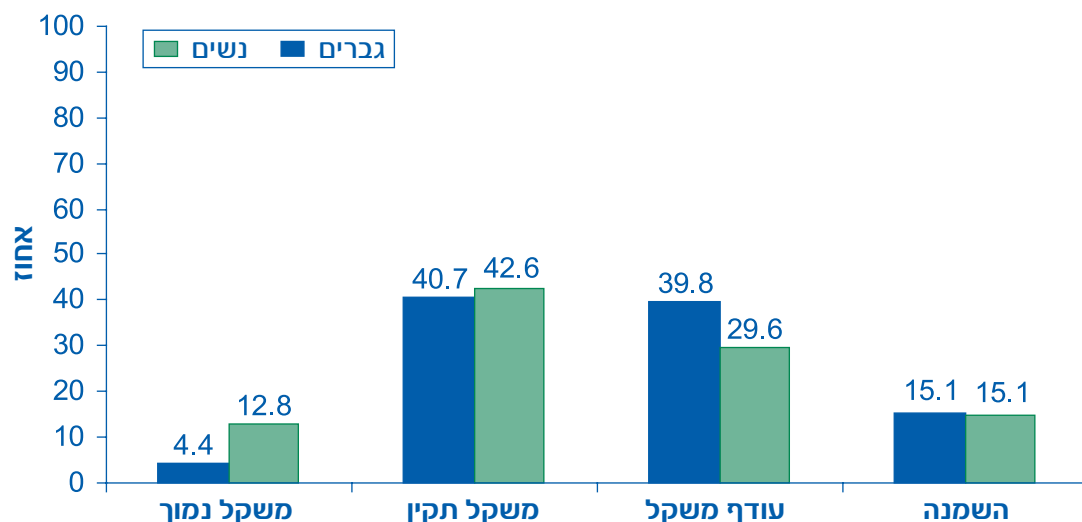
4. התפלגות BMI לפי מין

למעט השמנה, שבה לוקים גברים ונשים במידה זהה (15.1% מכלל הגברים וכלל הנשים), התפלגות ה-BMI שונה בין שני המינים. נשים נמצאות בשכיחות גבוהה פי 2.9 בקטגוריה "משקל נמוך" בהשוואה לגברים (12.8% ו-4.4% בהתאמה); גברים ונשים נמצאים בשכיחות דומה בקטגוריית "משקל תקין" (40.7% ו-42.6%, בהתאמה), ויותר גברים סובלים מעודף משקל (39.8%) בהשוואה לנשים (29.6%) (תרשים 2).

* על פי ארגון הבריאות העולמי, פרטים בעלי $BMI < 18.5$ נמצאים בתת משקל⁽⁶⁾. בסקר INHIS-2, קבוצה זו קטנה מאוד ולכן הוצגה קבוצה של בעלי $BMI < 20$ כקטגוריית "משקל נמוך" ולא כ-"תת משקל".
כמו כן, הקטגוריה "משקל תקין" כפי שהגדרנו ($20 \leq BMI < 25$) הינה שונה מההגדרה של ה-WHO: $18.5 \leq BMI < 25$ ⁽⁶⁾.

משקל גוף והשמנה

תרשים 2: התפלגות BMI לפי מין, 2007-2008⁽²⁾: אחוז משקולל לגיל וקבוצת אוכלוסייה

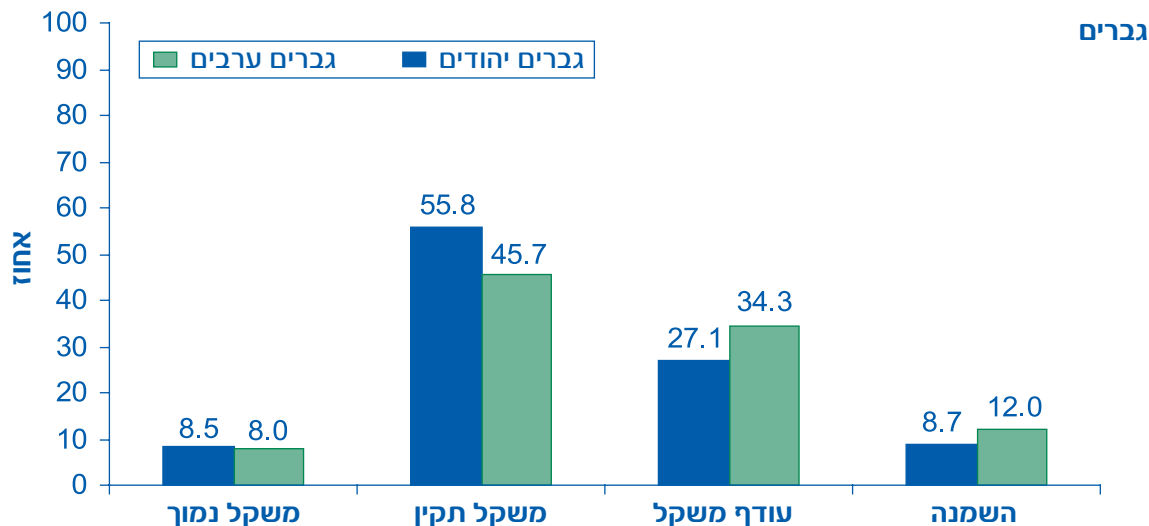


5. BMI לפי גיל, מין וקבוצת אוכלוסייה

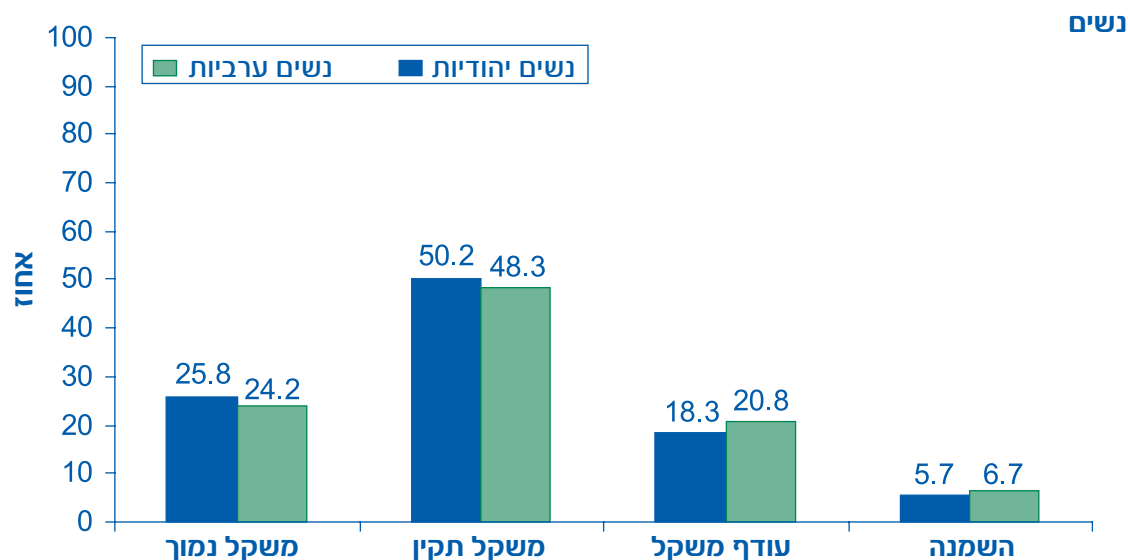
5.1 בני 21-34 שנים

בקבוצת הגיל 21-34 שנים, עיקר האוכלוסייה בעלת משקל גוף תקין, גם ביהודים (55.8%-ו-50.2% בגברים ובנשים, בהתאמה) וגם בערבים (45.7%-ו-48.3% בגברים ובנשים, בהתאמה)⁽²⁾. יותר נשים מסווגות כבעלות משקל גוף נמוך (25.8%-ו-24.2% ביהודיות ובערביות, בהתאמה) מאשר גברים (8.5%-ו-8.0% ביהודים וערבים, בהתאמה), ויותר גברים הינם בעלי עודף משקל והשמנה מאשר נשים. באוכלוסייה היהודית 27.1% מהגברים היו בעודף משקל בהשוואה ל-18.3% מהנשים, ו-8.7% מהגברים לקו בהשמנה בהשוואה ל-5.7% מהנשים. שיעורי עודף משקל והשמנה היו גבוהים בערבים מאשר ביהודים, כאשר 34.3% מהגברים הערבים הינם בעלי עודף משקל לעומת 27.1% מהגברים היהודים, ו-12.0% מהגברים הערבים לקו בהשמנה בהשוואה ל-8.7% מהגברים היהודים. גם בקרב נשים שיעורי עודף משקל והשמנה היו גבוהים יותר בערביות, אם כי ההבדלים היו קטנים בהרבה בהשוואה לגברים (תרשים 3)⁽²⁾.

תרשים 3: התפלגות BMI בבני 21-34 שנים, לפי מין וקבוצת אוכלוסייה 2007-2008⁽²⁾: אחוזים



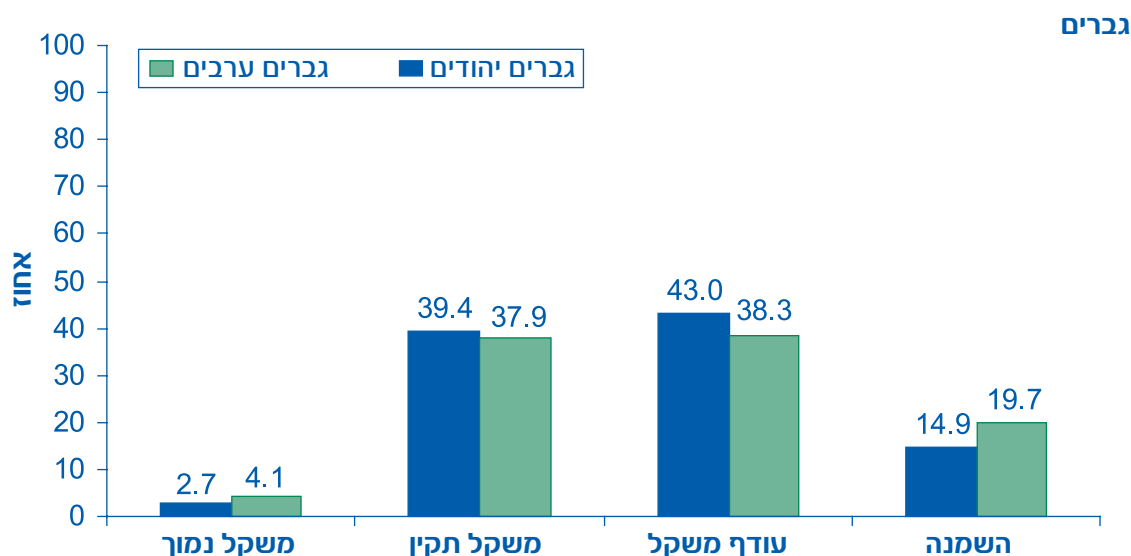
משקל גוף והשמנה



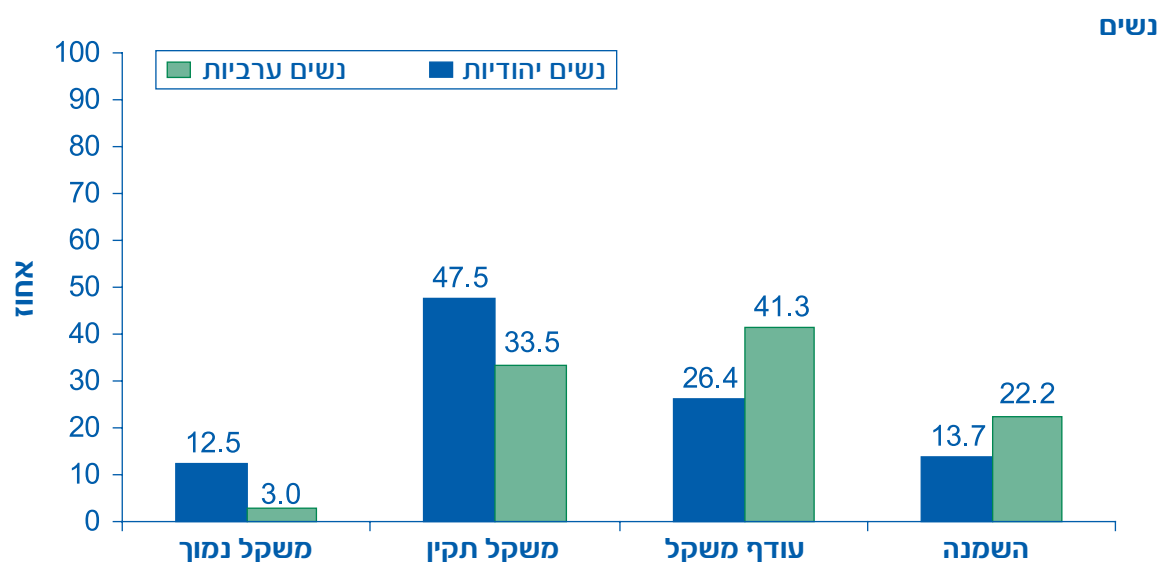
5.2 בני 49-35 שנים

בקרב בני 49-35 שנים, התפלגות ה-BMI דומה בגברים יהודים וערבים, כאשר אחוז בעלי עודף המשקל גבוה יותר ביהודים (43%) מאשר בערבים (38.3%) ושיעור הסובלים מהשמנה גבוה בערבים (19.7%) מאשר ביהודים (14.9%). בקרב נשים בנות 49-35 שנים, אחוז גבוה יותר של יהודיות הן בעלות משקל תקין (47.5%) לעומת ערביות (33.5%), בעוד שיותר ערביות לקו בעודף משקל (41.3%) והשמנה (22.2%) בהשוואה ליהודיות (26.4% ו-13.7% בהתאמה) (תרשים 4)⁽²⁾.

תרשים 4: התפלגות BMI בבני 49-35 שנים, לפי מין וקבוצת אוכלוסייה 2007-2008⁽²⁾: אחוזים



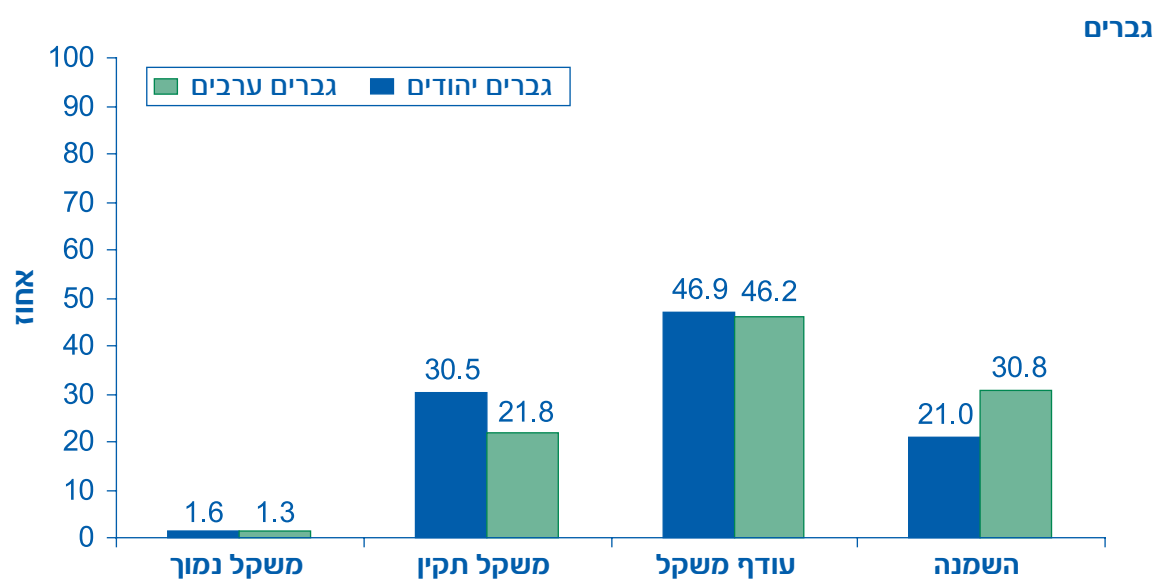
משקל גוף והשמנה



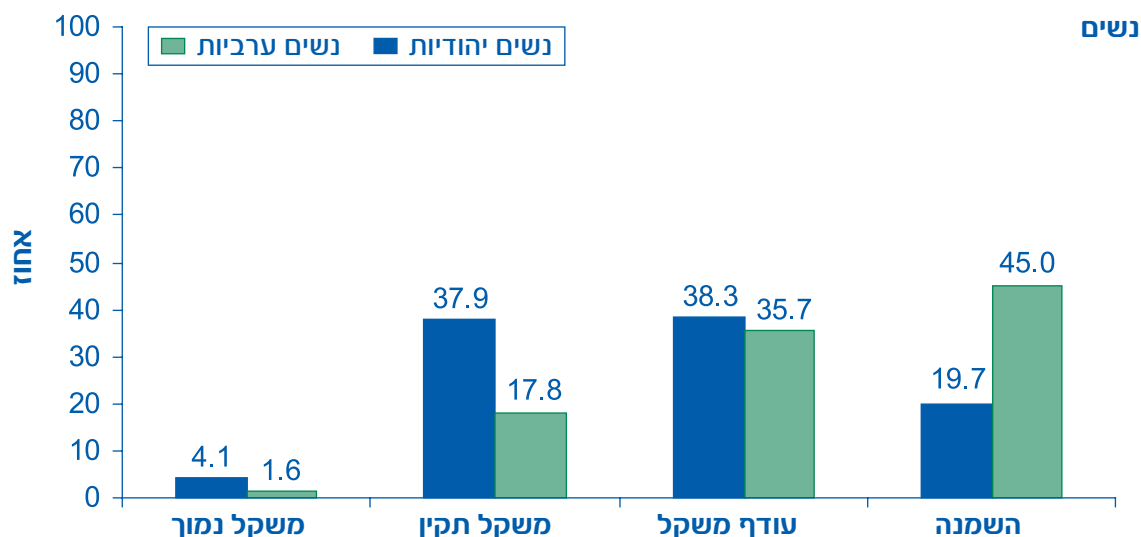
5.3 בני 64-50 שנים

התפלגות ה-BMI בבני 64-50 שנים שונה בין גברים ונשים⁽²⁾. בגברים, עיקר האוכלוסייה (יהודים וערבים) היא בעודף משקל (כ-46%). יותר גברים יהודים (30.5%) מערבים (21.8%) הם בעלי משקל תקין, ויותר ערבים (30.8%) מיהודים (21.0%) לוקים בהשמנה. בנשים יהודיות, רוב בנות 64-50 שנים הן בעלות משקל תקין (37.9%) או עודף משקל (38.3%). לעומת זאת, בקבוצת גיל זו, רוב הנשים הערביות לוקות בהשמנה (45%), ורק 17.8% בעלות משקל תקין (תרשים 5)⁽²⁾.

תרשים 5: התפלגות BMI בבני 64-50 שנים, לפי מין וקבוצת אוכלוסייה, 2007-2008⁽²⁾: אחוזים



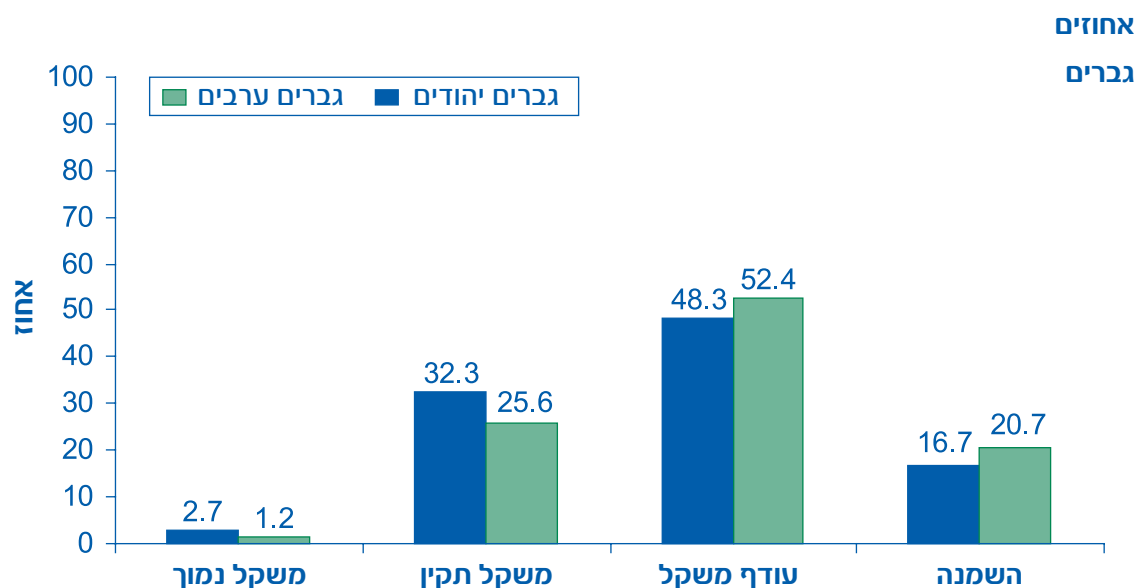
משקל גוף והשמנה

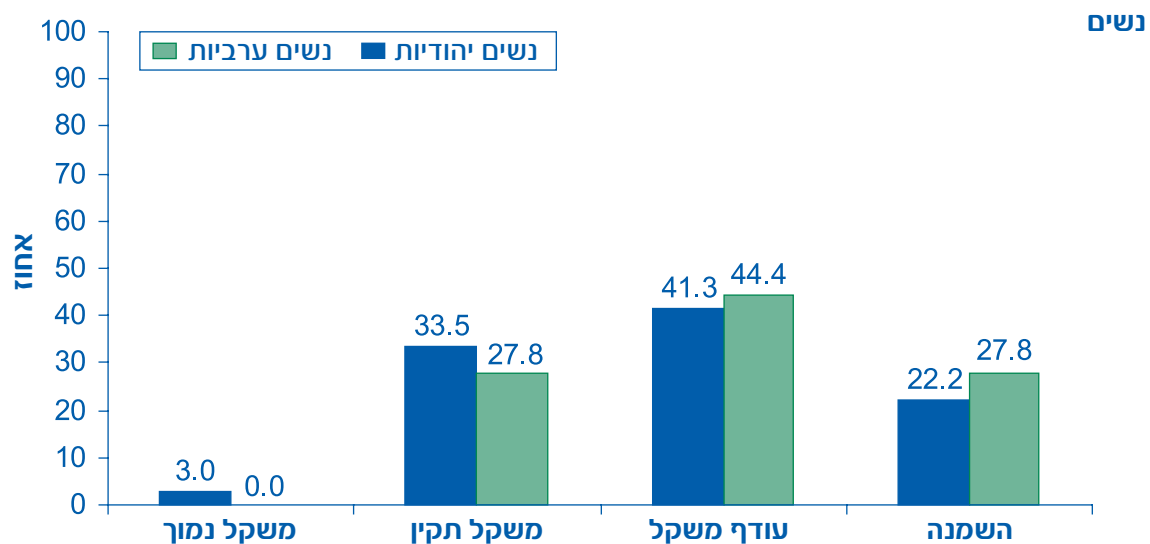


5.4 בני 65 שנים ומעלה

באוכלוסייה היהודית ובאוכלוסייה הערבית, גם בגברים וגם בנשים, עיקר בני ה-65 שנים ומעלה הינם בעלי עודף משקל: 48.3% בגברים יהודים, 41.3% בנשים יהודיות, 52.4% בגברים ערבים ו-44.4% בנשים ערביות⁽²⁾. שיעורי ההשמנה בקבוצה זו גבוהים יותר בנשים בהשוואה לגברים, ובערבים בהשוואה ליהודים: 22.2% מהנשים היהודיות לוקות בהשמנה לעומת 16.7% מהגברים היהודים, ו-27.8% מהנשים הערביות לוקות בהשמנה לעומת 20.7% מהגברים הערבים. כשליש מהיהודים, גברים ונשים, הם בעלי משקל תקין. באוכלוסייה הערבית, כרבע מהגברים ו-27.8% מהנשים הם בעלי משקל תקין (תרשים 6)⁽²⁾.

תרשים 6: התפלגות BMI בבני 65 שנים ומעלה, לפי מין וקבוצת אוכלוסייה, 2007-2008⁽²⁾

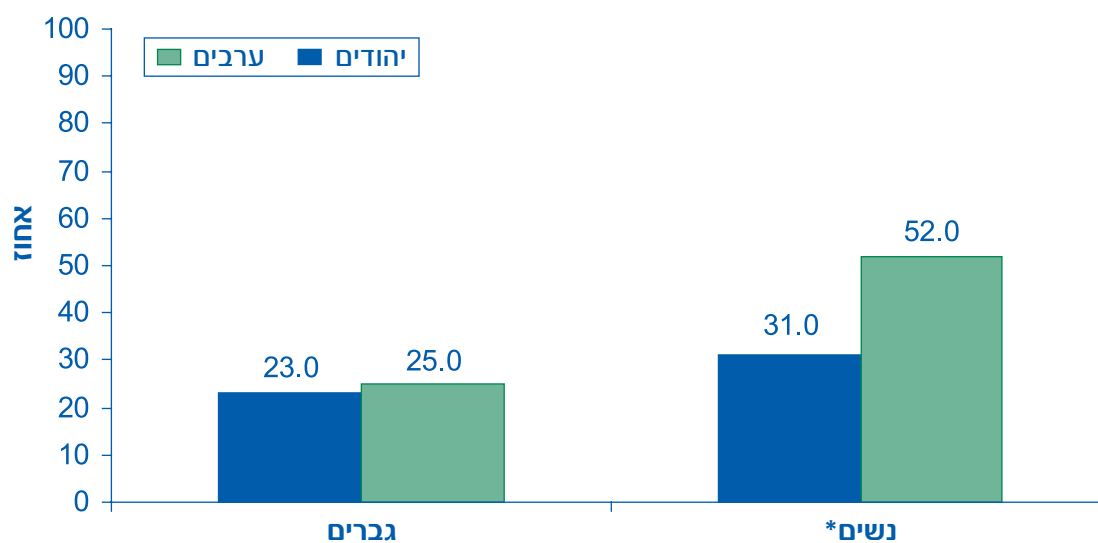




6. השמנה באוכלוסייה הבוגרת במחוז חדרה

במחקר שנערך בשנים 2002-2005 על מדגם אקראי של 800 משתתפים מהאוכלוסייה הבוגרת של מחוז חדרה, יהודים (51%) וערבים (49%), נאספו נתוני משקל וגובה על פי מדידה ישירה. על פי מחקר זה נמצא הבדל מובהק בהימצאות השמנה (BMI שווה או גדול מ-30) בין נשים יהודיות לנשים ערביות, בעוד שבגברים לא נמצאו הבדלים מובהקים (תרשים 7)⁽⁵⁾. גורמי הסיכון העיקריים להשמנה היו גיל, BMI גבוה בגיל 18 והעדר פעילות גופנית. אחרי תקנון לגורמים אלה, לא נמצא קשר בין השמנה לקבוצת אוכלוסייה⁽⁵⁾.

תרשים 7: המצאות השמנה בבני 26-67 שנים לפי מין וקבוצת אוכלוסייה, 2002-2005⁽⁵⁾: אחוזים

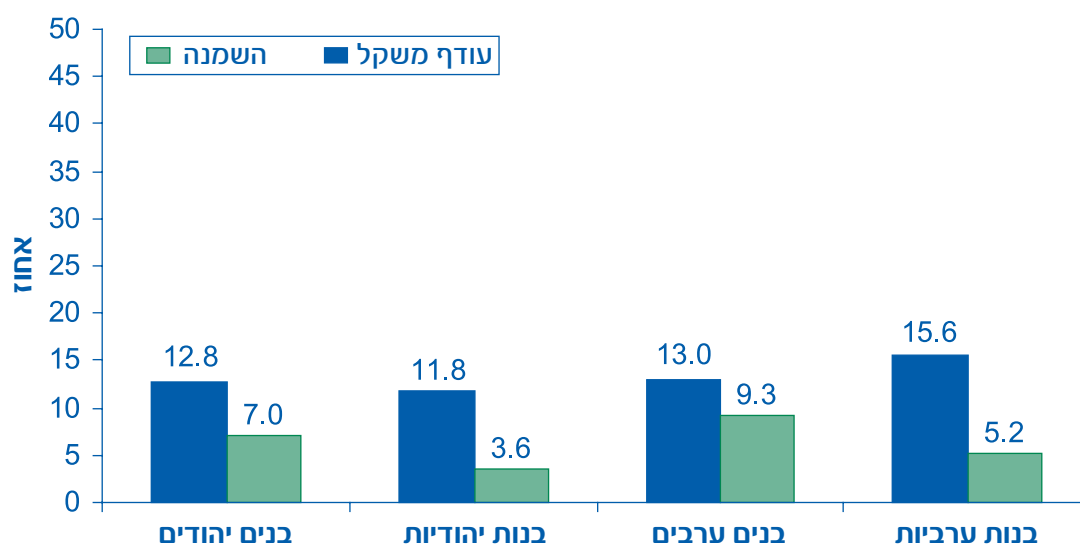


* הבדל מובהק בין נשים יהודיות לנשים ערביות.

7. עודף משקל והשמנה בבני נוער

על פי מדידה ישירה של משקל וגובה בסקר "מב"ת צעיר" שנערך בשנים 2003-2004 בקרב תלמידי ז' עד י"ב, השיעור הגבוה ביותר של עודף משקל נצפה בתלמידות ערביות (15.6%) והשיעור הגבוה ביותר של השמנה נצפה בתלמידים (בנים) ערבים (9.3%) (תרשים 8)⁽⁴⁾.

תרשים 8: התפלגות BMI בבני נוער בני 12-18 שנים, לפי מין וקבוצת אוכלוסייה, 2003-2004⁽⁴⁾:
אחוז משוקלל לגיל



9. ביבליוגרפיה

1. סקר בריאות לאומי בישראל INHIS-1, 2003-2004 במסגרת פרויקט EUROHIS של ארגון הבריאות העולמי, אזור אירופה. המרכז הלאומי לבקרת מחלות, פרסום 249, 2006.
2. סקר בריאות לאומי בישראל INHIS-2, 2007-2008. המרכז הלאומי לבקרת מחלות, פרסום 331 (טרם פורסם).
3. סקר ידע, עמדות והתנהגות בריאותית (KAP) בישראל 2008-2009. המרכז הלאומי לבקרת מחלות והמחלקה לחינוך וקידום בריאות, משרד הבריאות. פרסום 330 (טרם פורסם).
4. מב"ת צעיר - סקר מצב בריאות ותזונה לאומי ראשון לתלמידי כיתות ז'-יב'. חלק א' - ממצאים כלליים. המרכז הלאומי לבקרת מחלות, פרסום 240, 2006.
5. Kalter-Leibovici O, Atamna A, Lubin F, Alpert G, Keren MG, Murad H, Chetrit A, Goffer D, Eilat-Adar S, Goldbourt U. Obesity among Arabs and Jews in Israel: a population-based study. Isr Med Assoc J. 2007;9(7): 525-30.
6. World Health Organization, BMI Classification. Available at: http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html.

עישון

פעילות גופנית

שימוש בסמים ובאלכוהול

נקודות עיקריות

עישון בבני נוער בישראל

- על פי סקרי אסתמה בבני נוער, שיעורי העישון גבוהים יותר בנוער יהודי בהשוואה לנוער ערבי: 1.6% מהתלמידים היהודים בכיתה ח' דיווחו כי הם מעשנים כל יום לעומת 1.1% מהתלמידים הערבים; 5% מהתלמידים היהודים דיווחו כי הם מעשנים מידי פעם לעומת 2.9% מהתלמידים הערבים.
- בשתי קבוצות האוכלוסייה, שיעורי העישון גבוהים יותר בנערים בהשוואה לנערות.
- בקרב תלמידים ערבים, שיעורי העישון הגבוהים ביותר (עישון כל יום ועישון מדי פעם) נמצאו בתלמידים הבדואים. שיעורי העישון הנמוכים ביותר דווחו על ידי התלמידים הדרוזים.
- בהשוואה בין-לאומית, נמצא כי שיעור העישון (מידי יום) בנערים מישראל הינו קרוב לממוצע בשאר המדינות; בנערות, שיעור העישון (מידי יום) הינו נמוך מאוד יחסית למדינות המשוואות.

עישון בצה"ל

- במתגייסים: שיעור העישון בקרב מתגייסים לצה"ל בשנת 2009 היה 33.9% בחיילים ו-26.5% בחילות.
- במשתחררים: בעשור האחרון, שיעורי העישון בקרב משתחררים מצה"ל נעו סביב 41%, ובמשתחררות, סביב 38%.

עישון באוכלוסייה הבוגרת

- על פי סקר KAP 2008, אחוז המעשנים בבני 21 שנים ומעלה באוכלוסייה בישראל הוא 22.8% (31.3% בגברים ו-14.8% בנשים). שיעורים אלו דומים לשיעורים שהתקבלו בסקר בריאות 2009 של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.
- על פי סקר KAP 2008, שיעור העישון באוכלוסייה היהודית היה 27.9% בגברים ו-16.6% בנשים; שיעור העישון באוכלוסייה הערבית היה 48.8% בגברים ו-5.2% בנשים.
- בגברים יהודים, שיעור העישון הגבוה ביותר נצפה בבני 21-34 שנים; השיעורים הולכים ויורדים עם העלייה בגיל. בגברים ערבים, שיעורי העישון גבוהים פי 1.6-1.8 בהשוואה ליהודים, בכל קבוצות הגיל.
- שיעורי העישון גבוהים יותר בנשים יהודיות מאשר בנשים ערביות, בכל קבוצות הגיל.
- באוכלוסייה היהודית, נצפית מגמת ירידה באחוז המעשנים עם השנים, בגברים ונשים כאחד. בגברים ערבים לא נצפית מגמת ירידה; ובנשים ערביות השיעורים שמרו על יציבות יחסית בעשור האחרון.
- בהשוואה למדינות חברות ארגון ה-OECD, שיעורי העישון בישראל נמצאים במקום ביניים בגברים ובמקום נמוך בנשים.

צריכת סיגריות יומית

- צריכת הסיגריות היומית גבוהה יותר בגברים מאשר בנשים, ביהודים ובערבים כאחד.
- בגברים, כשליש מהמעשנים הערבים הינם מעשנים "כבדים" (צורכים מעל 20 סיגריות ביום), לעומת 12.8% מהמעשנים היהודים.
- בנשים, 41.5% מהמעשנות היהודיות ו-44.9% מהמעשנות הערביות צורכות פחות מ-10 סיגריות ליום.

חשיפה לעישון סביבתי (עישון סביל) בקרב לא מעשנים

- בקרב לא מעשנים, ברוב המקומות, החשיפה המדווחת לעישון סביבתי גבוהה באופן משמעותי בנשים בהשוואה לגברים, הן באוכלוסייה היהודית והן באוכלוסייה הערבית.

יישום החוק להגבלת העישון במקומות עבודה

- רוב הנשאלים (76.3% מהנשים ו-63.4% מהגברים) בסקר KAP 2008 דיווחו כי במקום עבודתם מיישמים באופן מוחלט את החוק להגבלת עישון במקום העבודה.
- הדיווח על יישום מוחלט של החוק גבוה יותר באוכלוסייה היהודית בהשוואה לאוכלוסייה הערבית.

1. רקע

עישון סיגריות הינו גורם סיכון למספר רב של מחלות כרוניות, כולל מחלות ריאה כרוניות, מחלת לב כלילית, שבץ מוחי וסרטן. עישון סיגריות הינו אחד מגורמי הסיכון העיקריים למוות במדינות מפותחות, האחראי לכ-5 מיליון מקרי מוות ברחבי העולם, מדי שנה. האומדן למספר מקרי המוות כתוצאה מעישון בשנת 1999 בישראל היה 9,527, וכ-1,385 מקרי מוות נוספים ייוחסו לעישון סביל⁽¹⁾. בפרק זה מוצגים נתונים על דפוסי עישון בקרב בני נוער, חיילים והאוכלוסייה הבוגרת, המבוססים על מגוון סקרים. כמו כן מוצגות השוואות בין לאומיות.

2. עישון בבני נוער בישראל

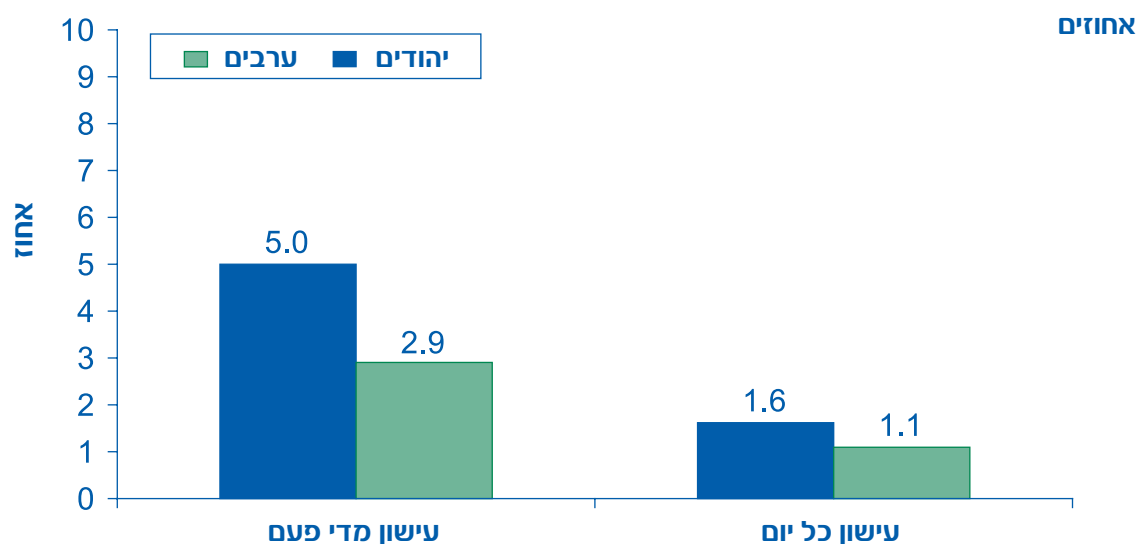
הנתונים על עישון בבני נוער מבוססים על שני סקרים לאומיים בנושא אסתמה בבני נוער, שנערכו על ידי המרכז הלאומי לבקרת מחלות בשיתוף משרד החינוך, בקרב תלמידי כיתות ח'. הסקר הראשון, שנערך בשנת 2008, כלל 13,559 בני נוער, מתוכם 8,763 יהודים (64.6% מהמדגם) ו-4,796 ערבים, דרוזים ובדואים (35.4% מהמדגם)⁽²⁾. הסקר השני נערך בחודש מאי 2009, במגזר הערבי בלבד. בסקר השתתפו 5,268 בני נוער בגילאים 13-14 שנים, תלמידי כיתות ח', מתוכם 2,780 תלמידי בתי ספר מוסלמים ונוצרים (52.8% מהמדגם), 1,266 תלמידי בתי ספר דרוזים (24% מהמדגם) ו-1,222 מבתי ספר בדואים בנגב (23.2% מהמדגם)⁽³⁾.

בשני הסקרים, איסוף הנתונים בוצע באמצעות שאלון לדיווח עצמי המבוסס על שאלון המחקר הבין-לאומי על אסתמה ואלרגיות בילדים (ISAAC).

2.1 עישון לפי קבוצת אוכלוסייה

בתרשים 1 מוצגים שיעורי העישון שדווחו על ידי תלמידים יהודים (סקר 2008)⁽²⁾ ותלמידים ערבים (סקר 2009)⁽³⁾. שיעורי העישון גבוהים יותר באוכלוסייה היהודית בהשוואה לאוכלוסייה הערבית: 1.6% מהתלמידים היהודים דיווחו כי הם מעשנים כל יום, לעומת 1.1% מהתלמידים הערבים; 5% מהתלמידים היהודים דיווחו כי הם מעשנים מידי פעם לעומת 2.9% מהתלמידים הערבים (תרשים 1)^(3,2).

תרשים 1: תלמידים בני 13-14 שנים המדווחים על עישון, לפי קבוצת אוכלוסייה*, 2008-2009^(3,2):

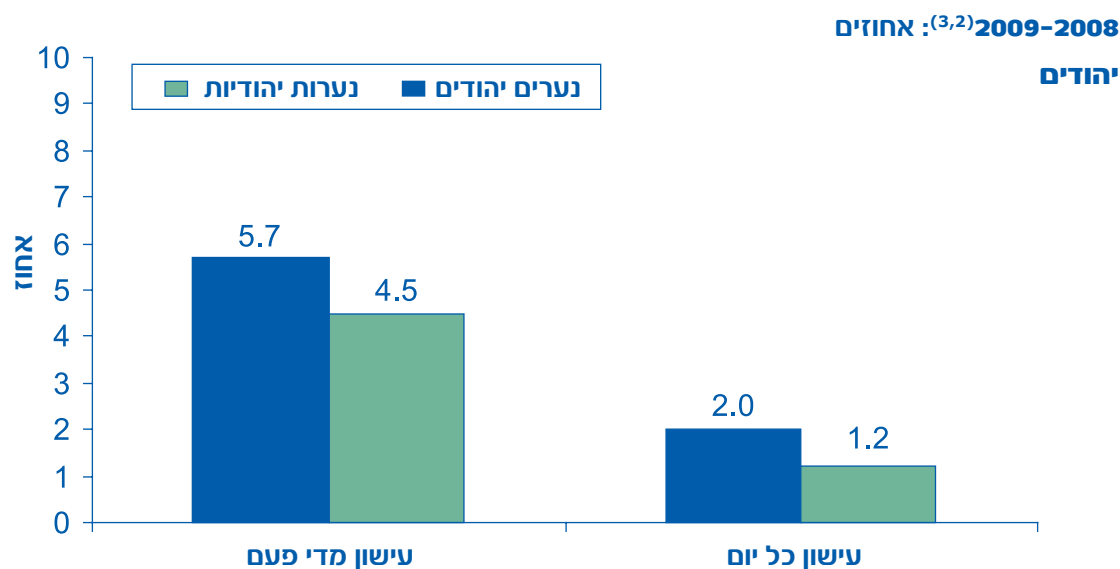


* הנתונים עבור האוכלוסייה היהודית מסקר אסתמה שנערך ב-2008, והנתונים עבור האוכלוסייה הערבית מסקר אסתמה שנערך ב-2009.

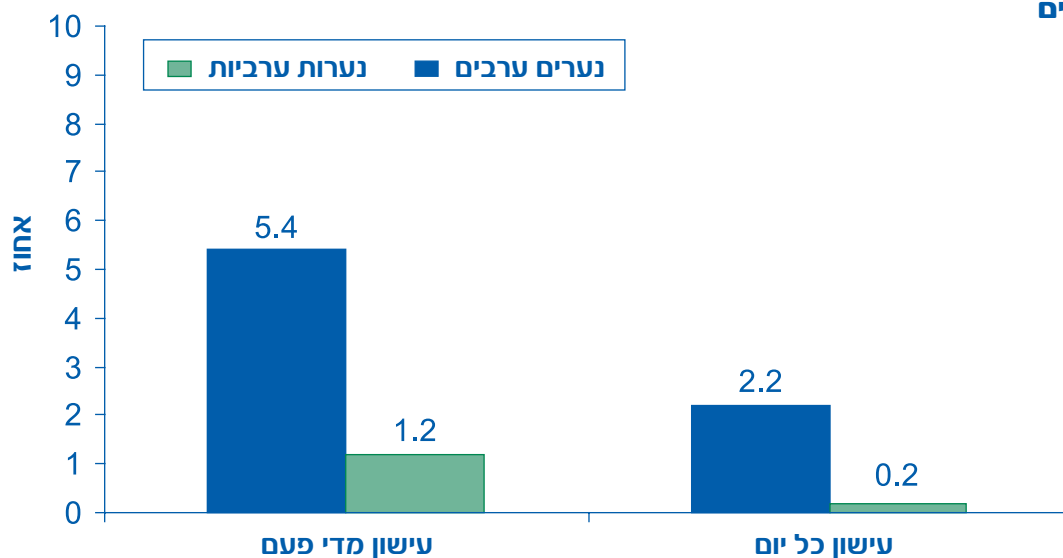
2.2 עישון לפי קבוצת אוכלוסייה ומין

בעוד ששיעורי העישון דומים מאוד בנערים יהודים וערבים, הם גבוהים יותר בנערות יהודיות בהשוואה לערביות. בשתי קבוצות האוכלוסייה, ובכל אחת מקטגוריית העישון, אחוזי העישון גבוהים יותר בנערים בהשוואה לנערות^(3,2). ביהודים, 2% מהנערים ו-1.2% מהנערות דיווחו על עישון מדי יום; 5.7% מהנערים ו-4.5% מהנערות דיווחו על עישון מדי פעם⁽²⁾. לעומת זאת, באוכלוסייה הערבית, 2.2% מהנערים ו-0.2% מהנערות דיווחו על עישון מדי יום; 5.4% מהנערים ו-1.2% מהנערות דיווחו על עישון מדי פעם (תרשים 2)⁽³⁾.

תרשים 2: תלמידים בני 13-14 שנים המדווחים על עישון, לפי מין וקבוצת אוכלוסייה*, 2008-2009^(3,2) : אחוזים



ערבים



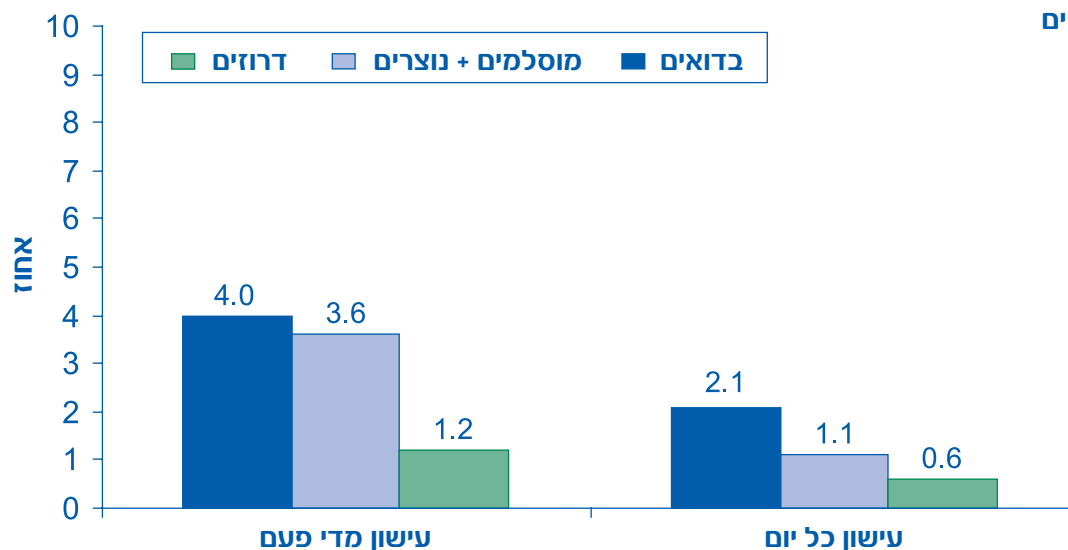
* הנתונים עבור האוכלוסיה היהודית מסקר אסתמה שנערך ב-2008, והנתונים עבור האוכלוסיה הערבית מסקר אסתמה שנערך ב-2009.

2.3 עישון בתלמידים ערבים לפי קבוצות אוכלוסייה

בטרשים 3 מוצגים שיעורי העישון בתלמידים הערבים לפי קבוצת אוכלוסייה⁽³⁾. שיעורי העישון הגבוהים ביותר (עישון כל יום ועישון מדי פעם) נמצאו בתלמידים הבדואים (2.1% כל יום ו-4% מדי פעם). שיעורי העישון מדי פעם גבוהים יחסית (3.6%) בתלמידים המוסלמים והנוצרים, ואילו שיעורי העישון מדי יום נמוכים יותר (1.1%). התלמידים הדרוזים דיווחו על שיעורי העישון הנמוכים ביותר: 0.6% כל יום ו-1.2% מדי פעם (טרשים 3)⁽³⁾.

טרשים 3: תלמידים ערבים בני 13-14 שנים המדווחים על עישון, לפי קבוצת אוכלוסייה, 2009⁽³⁾:

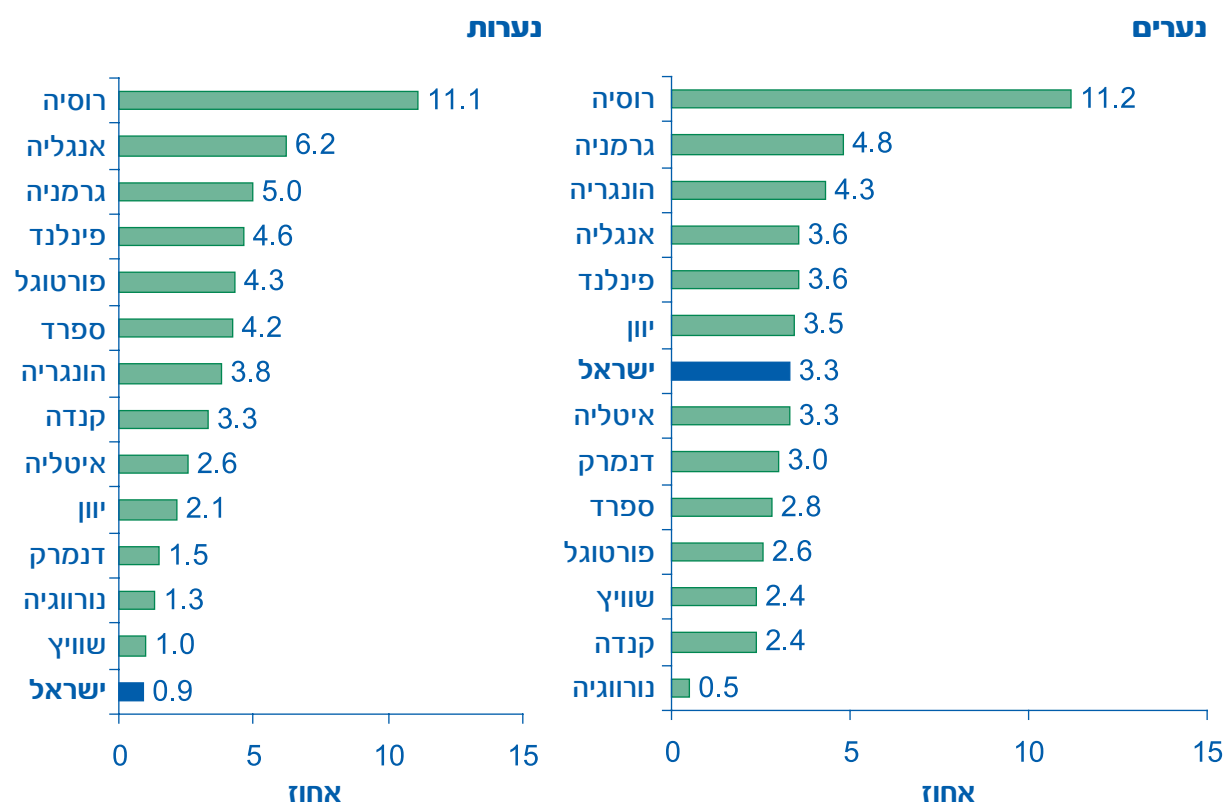
אחוזים



2.4 השוואה בין-לאומית

בתרשים 4 מוצגים שיעורי העישון בקרב בני 13-14 שנים (תלמידי כיתות ח') בישראל ובמבחר מדינות, בהתבסס על נתונים מסקר רב לאומי (HBSC Health Behavior of School Aged Children) שנערך בשנת 2006 בישראל וב-41 מדינות נוספות בעולם⁽⁴⁾. שיעור העישון (מידי יום) בקרב נערים מישראל (3.3%), הינו במקום ממוצע בהשוואה לשאר המדינות; בקרב נערות, שיעור העישון (מידי יום) הינו נמוך מאוד (0.9%) יחסית למדינות המשווות (תרשים 4)⁽⁴⁾.

תרשים 4: אחוז התלמידים בני 13-14 שנים המעשנים מידי יום בישראל, קנדה, ומדינות נבחרות באירופה, 2006⁽⁴⁾: אחוזים



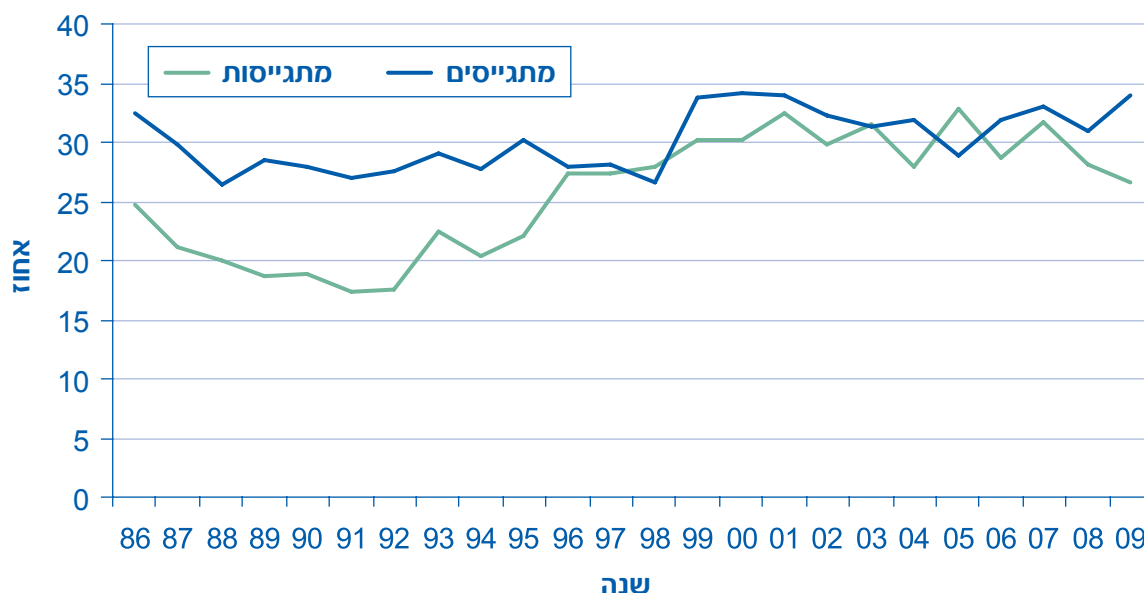
3. עישון בצה"ל

המידע על שיעורי העישון בקרב חיילי החובה נאסף באמצעות סקר מעקב בריאות שנתי שנערך משנת 1980 ואילך⁽⁵⁾. הסקר בוחן את הרגלי הבריאות בקרב המתגייסים לצה"ל ובקרב המשתחררים במדגם אקראי של עד 5%. בסקר נשאלים החיילים על דפוסי העישון שלהם בהווה ובעבר, כולל כמות הסיגריות וגיל התחלת העישון⁽⁵⁾.

3.1 עישון בקרב מתגייסים

שיעור העישון בקרב מתגייסים לצה"ל בשנת 2009 היה 33.9% בחיילים ו-26.5% בחיילות⁽⁵⁾. בחיילים, נצפו בעשור האחרון תנודות קלות בלבד בשיעורי העישון בעת הגיוס, ושיעורי העישון נעו בין 29%-34%, זאת בהשוואה לשיעורי עישון של כ-27% בעשור הקודם. בחיילות, מתחילת שנות התשעים ועד תחילת שנות ה-2000 נצפתה מגמת עלייה משמעותית. בין השנים 2000-2008 נצפתה יציבות יחסית בשיעורי העישון, שנעו סביב 30%, ובשנת 2009 שיעור העישון בגיוס היה נמוך יחסית (26.5%) (תרשים 5)⁽⁵⁾. בעוד שבשנות השמונים ובמרבית שנות ה-90, שיעור המעשנות היה נמוך משיעור המעשנים, בעשור האחרון דומה שיעור העישון בקרב המתגייסות לזה שבקרב המתגייסים, כאשר בחלק מהשנים הערכים אף גבוהים במעט במתגייסות. בשנת 2009, שיעורי העישון היו גבוהים יותר במתגייסים, בעקבות עלייה קלה בשיעור העישון במתגייסים וירידה קלה במתגייסות (תרשים 5)⁽⁵⁾.

תרשים 5: שיעורי העישון בקרב מתגייסים לפי מין, 1986-2009⁽⁵⁾: אחוזים



3.2 עישון בקרב משתחררים

שיעורי העישון בקרב חיילים וחיילות בזמן השחרור מצה"ל הינם לרוב גבוהים משיעורי העישון בזמן הגיוס⁽⁵⁾. שיעורי העישון בעשור האחרון בחיילים המשתחררים מצה"ל, נעו סביב 41% ובחיילות המשתחררות מצה"ל, סביב 38%⁽⁵⁾. נתונים נוספים מופיעים בדוח שר הבריאות על העישון 2009⁽⁶⁾.

4. עישון באוכלוסייה הבוגרת

- הנתונים על דפוסי העישון באוכלוסייה הבוגרת בפרק זה מבוססים על המקורות הבאים:
- א. מקור המידע העיקרי הוא סקר "ידע, עמדות והתנהגות בריאותית" (KAP 2008) שנערך על ידי המרכז הלאומי לבקרת מחלות (מלב"ם) בשיתוף המחלקה לחינוך וקידום בריאות במשרד הבריאות, על מדגם של בני 18 ומעלה, יהודים וערבים. בפרק זה הנתונים מתייחסים ל**בני 21 ומעלה**⁽⁷⁾.
- בסקר זה השתתפו 4,186 בני 21 ומעלה, מתוכם: 47.5% גברים (1,987) ו-52.5% נשים (2,199); 61.8% מהמראיינים היו יהודים ואחרים (2,587), ו-38.2% היו ערבים (1,599)⁽⁷⁾.
- שיעורי העישון המוצגים בפרק משוקללים בהתאם להתפלגות הגילאים באוכלוסייה, ועל כן משקפים את העישון בכלל האוכלוסייה ובתתי אוכלוסיות⁽⁷⁾.
- ב. לשם השוואה, מוצגים נתונים סקר בריאות 2009 של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (הלמ"ס), שנערך בשנת 2009. בסקר נדגמו כ-9,000 משקי בית, והדיווח היה על ידי בן משפחה אחד שדיווח עבור עצמו וכן עבור כל דיירי הבית האחרים ("proxy"). הנתונים על עישון מוצגים עבור **בני 20 ומעלה**⁽⁸⁾.
- ג. נתונים לגבי חשיפה לעישון סביבתי מבוססים על סקר INHIS-2 שנערך לידי המרכז הלאומי לבקרת מחלות, בשנים 2007-2008.

4.1 עישון בכלל האוכלוסייה

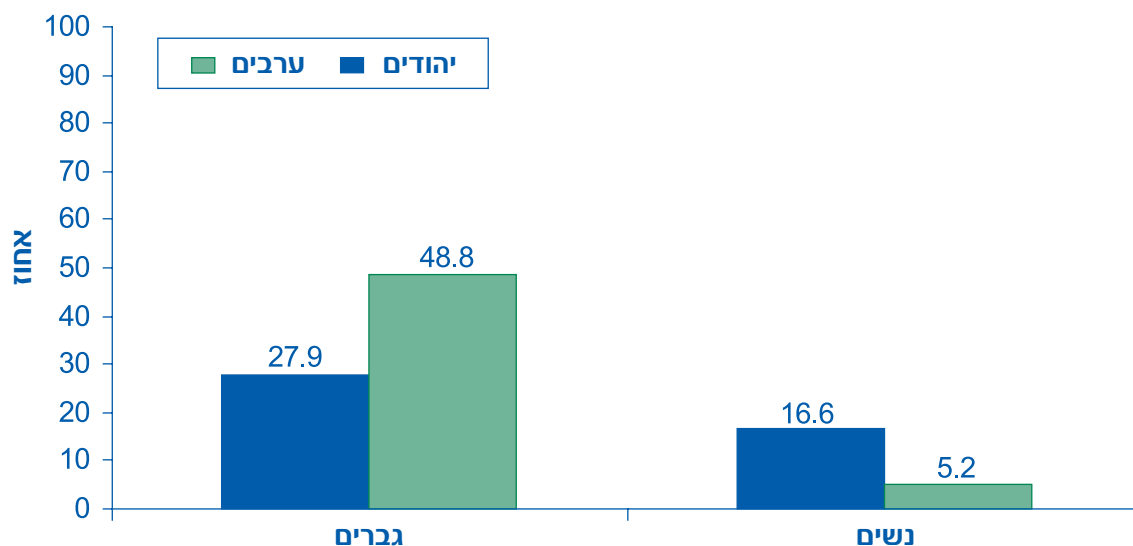
על פי סקר KAP 2008, אחוז המעשנים **בבני 21 שנים ומעלה** באוכלוסייה בישראל (לאחר שקלול למין, גיל וקבוצת אוכלוסייה) הוא 22.8%. על פי ממצאי הסקר, 31.3% מכלל הגברים מעשנים ו-14.8% מכלל הנשים מעשנות⁽⁷⁾.

בסקר בריאות 2009 של הלמ"ס, אחוז המעשנים שדווח **בני 20 שנים ומעלה** באוכלוסייה בישראל הינו מעט נמוך יותר, ועומד על 20.3%. בהתפלגות למין, בדומה לסקר KAP, שיעור העישון בגברים (28.4%) הינו גבוה כפי 2 בהשוואה לשיעור בנשים (12.6%). גם בגברים וגם בנשים, שיעורי העישון שנמצאו בסקר הלמ"ס נמוכים במעט מהשיעורים שנמצאו בסקר KAP^(7,8).

4.2 עישון לפי קבוצת אוכלוסייה ומין

בתרשים 6 מוצגים שיעורי העישון באוכלוסייה הבוגרת בישראל, לפי מין וקבוצת אוכלוסייה⁽⁷⁾. בשתי קבוצות האוכלוסייה שיעורי העישון גבוהים יותר בגברים בהשוואה לנשים. שיעור העישון על פי סקר KAP 2008 באוכלוסייה היהודית היה 27.9% בגברים ו-16.6% בנשים; שיעור העישון באוכלוסייה הערבית היה 48.8% בגברים ו-5.2% בנשים (תרשים 6)⁽⁷⁾.

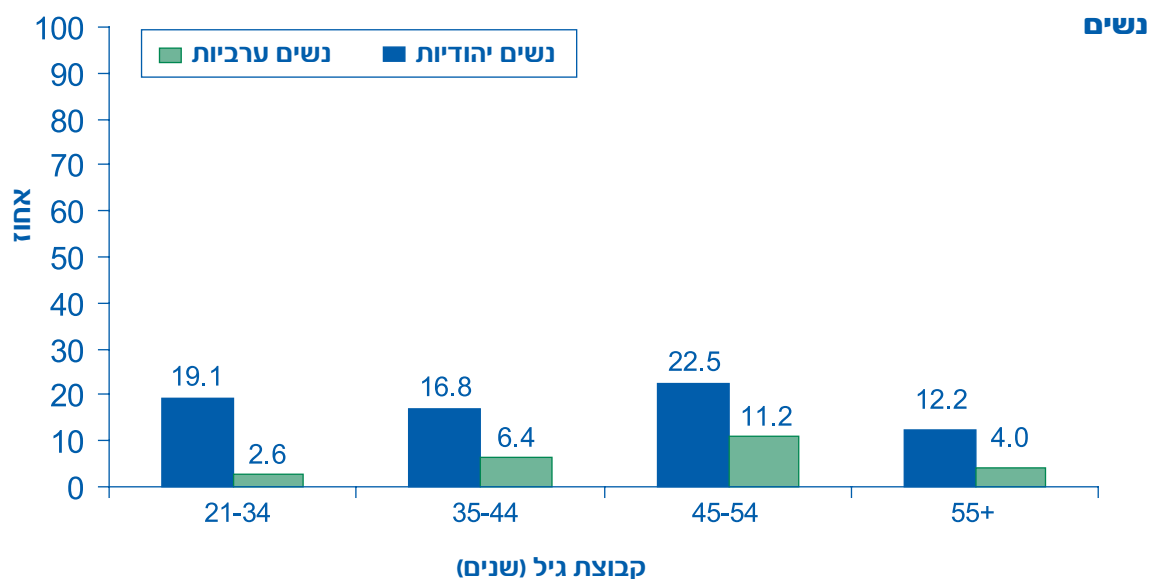
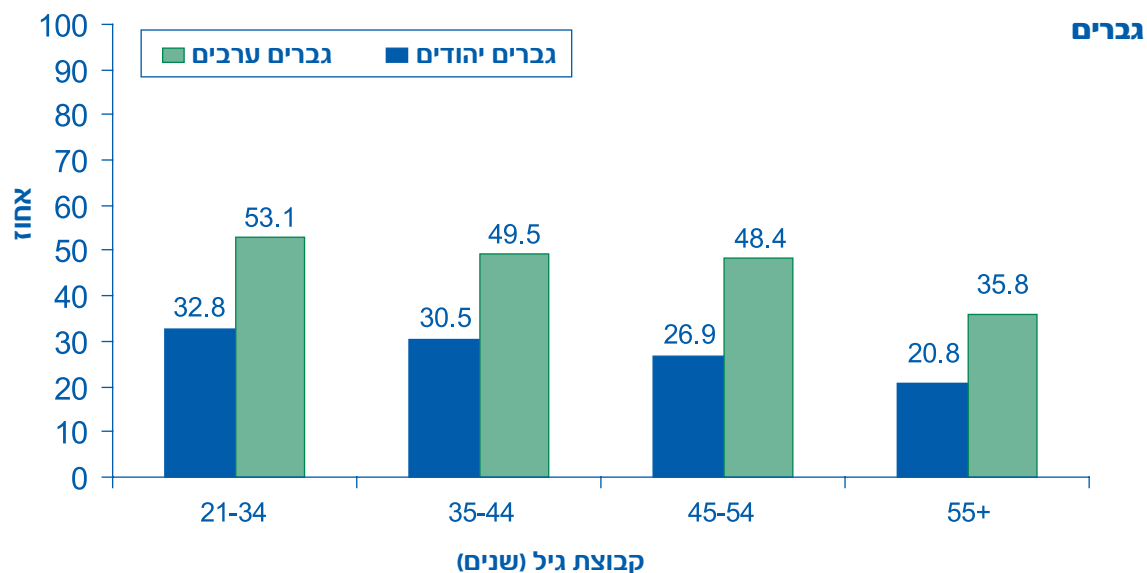
תרשים 6: שיעורי העישון באוכלוסייה הבוגרת בישראל, לפי מין וקבוצת אוכלוסייה, סקר KAP 2008⁽⁷⁾: אחוזים משוקללים לגיל



4.3 עישון לפי מין, גיל וקבוצת אוכלוסייה

בתרשים 7 מוצגים שיעורי העישון בישראל לפי מין, גיל וקבוצת אוכלוסייה⁽⁷⁾. בקרב גברים יהודים שיעור העישון הגבוה ביותר נצפה בבני 21-34 שנים (32.8%), והשיעורים הולכים ויורדים עם העלייה בגיל. השיעור הנמוך ביותר נמצא בבני 55 שנים ומעלה (20.8%). בקרב גברים ערבים, שיעורי העישון גבוהים פי 1.6-1.8 בהשוואה לגברים יהודים, בכל קבוצות הגיל. שיעור העישון הגבוה ביותר בגברים ערבים היה בבני 21-34 שנים (53.1%) והשיעור הנמוך ביותר נמצא בבני 55 שנים ומעלה (35.8%) (תרשים 7)⁽⁷⁾. בניגוד לגברים, שיעורי העישון בנשים בכל קבוצות הגיל, היו גבוהים יותר באוכלוסייה היהודית מאשר באוכלוסייה הערבית. הפער הגדול ביותר היה בקבוצת הגיל 21-34 שנים, בה שיעור העישון בנשים יהודיות היה גבוה פי 7.3 בהשוואה לנשים ערביות. שיעור העישון הגבוה ביותר בנשים יהודיות (22.5%) היה בבנות 45-54 שנים, ובבנות 55 שנים ומעלה נצפה השיעור הנמוך ביותר (12.2%). בנשים ערביות, שיעור העישון הגבוה ביותר (11.2%) היה בבנות 45-54 שנים והנמוך ביותר בבנות 21-34 שנים (2.6%) (תרשים 7)⁽⁷⁾.

תרשים 7: שיעורי עישון בישראל, לפי מין, גיל וקבוצת אוכלוסייה, סקר KAP 2008⁽⁷⁾: אחוזים



4.4 צריכת סיגריות יומית

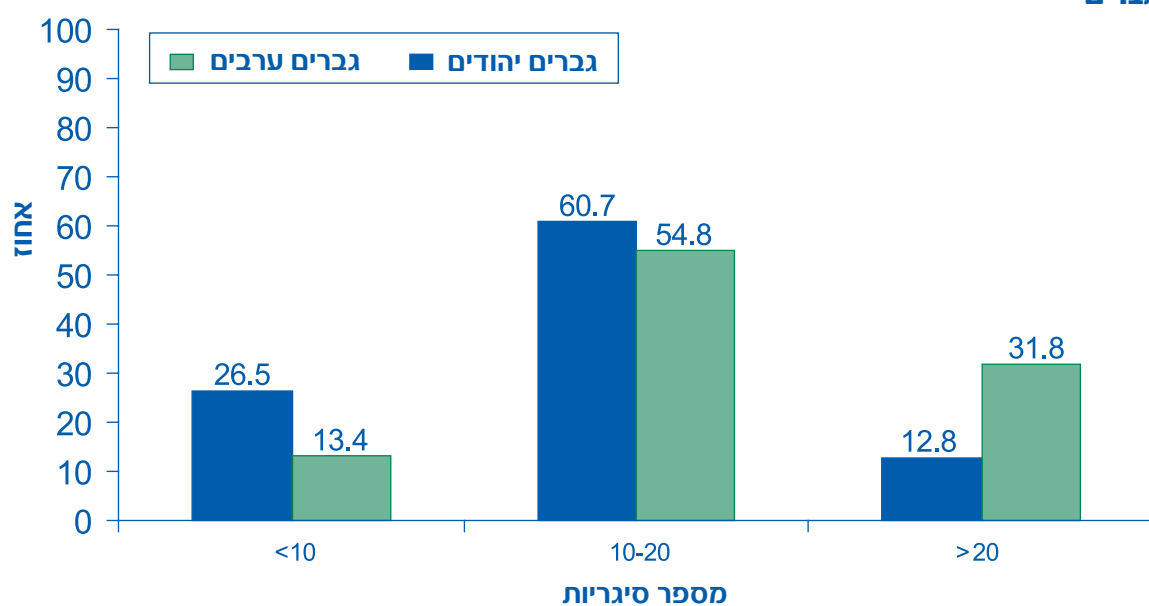
בתרשים 8 מוצגת התפלגות המעשנים לפי מין, קבוצת אוכלוסייה וכמות הסיגריות היומית הנצרכת⁽⁵⁾. צריכת הסיגריות היומית, בדומה לשיעורי העישון, גבוהה יותר בגברים מאשר בנשים, באוכלוסייה היהודית ובאוכלוסייה הערבית כאחד⁽⁷⁾.

כשליש (31.8%) מהמעשנים הערבים הינם מעשנים "כבדים" (צורכים מעל 20 סיגריות ביום), לעומת 12.8% מהמעשנים היהודים. לעומת זאת, מעל רבע מהמעשנים היהודים צורכים פחות מ-10 סיגריות ליום, בהשוואה ל-13.4% מהמעשנים הערבים (תרשים 8)⁽⁷⁾. השילוב של צריכת סיגריות גבוהה עם שיעור עישון גבוה בקרב הגברים הערבים, הופך את הקבוצה הזאת ליעד מרכזי להתערבויות למניעת עישון ולהטמעת תוכניות לגמילה מעישון.

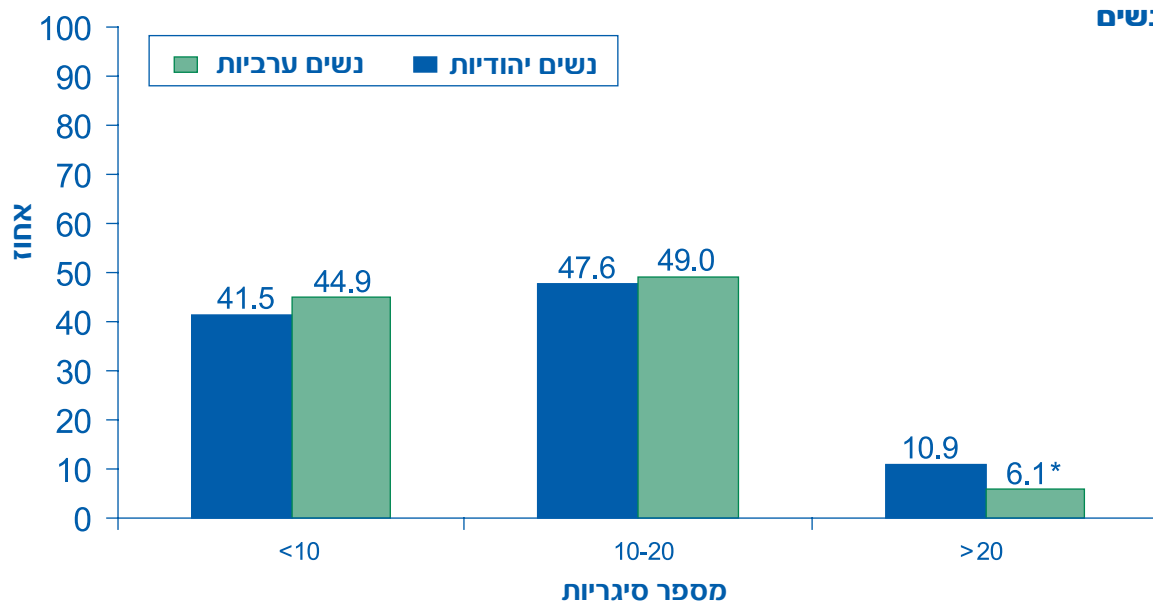
בנשים, דפוסי העישון דומים בקרב מעשנות יהודיות וערביות, כאשר 41.5% מהנשים היהודיות המעשנות ו-44.9% מהנשים הערביות המעשנות צורכות פחות מ-10 סיגריות ליום; וכמחצית מהמעשנות צורכות בין 10-20 סיגריות ביום. מיעוט מהמעשנות הן מעשנות "כבדות" (מבוסס על מספר קטן של מעשנות "כבדות" בקרב מעשנות ערביות) (תרשים 8)⁽⁷⁾.

תרשים 8: התפלגות המעשנים לפי צריכת סיגריות יומית ולפי קבוצת אוכלוסייה,

סקר KAP 2008⁽⁷⁾: אחוזים
גברים



נשים



* מבוסס על מספר קטן של מעשנות.

4.5 מגמות בעישון בישראל

בתרשים 9 מוצגות מגמות בשיעורי העישון בקרב האוכלוסייה הבוגרת בישראל, לפי קבוצת אוכלוסייה ומין, בשנים 1980-2009. נתונים אלו מבוססים על מספר מאגרי מידע, המפורטים בדוח שר הבריאות על העישון בישראל, שנת 2009 (7-9, 13).

המגמות בשיעורי העישון בקרב האוכלוסייה היהודית מוצגות עבור התקופה 1980-2009. הנתונים על עישון בקרב האוכלוסייה הערבית מוצגים משנת 1996, השנה הראשונה שבה קיימים נתונים על עישון באוכלוסייה זו. במהלך שנות ה-80 ירדו שיעורי העישון בגברים יהודים בהדרגה, משיעורי שיא של 45%-50% בתחילת שנות ה-80 לשיעור של כ-40% בסוף שנות ה-80. בשנת 1994 נצפתה ירידה בשיעורי העישון לכ-33%, ומאז הירידה מתונה יותר. לאורך השנים 1996-2006 ירדו שיעורי העישון בקרב גברים יהודים מ-32% בשנת 1996 ל-27% בשנת 2006 (ירידה יחסית של כ-16%). הממצאים האחרונים מסקר KAP 2008 מצביעים על יציבות בשיעורי העישון (27.9%) (תרשים 9).

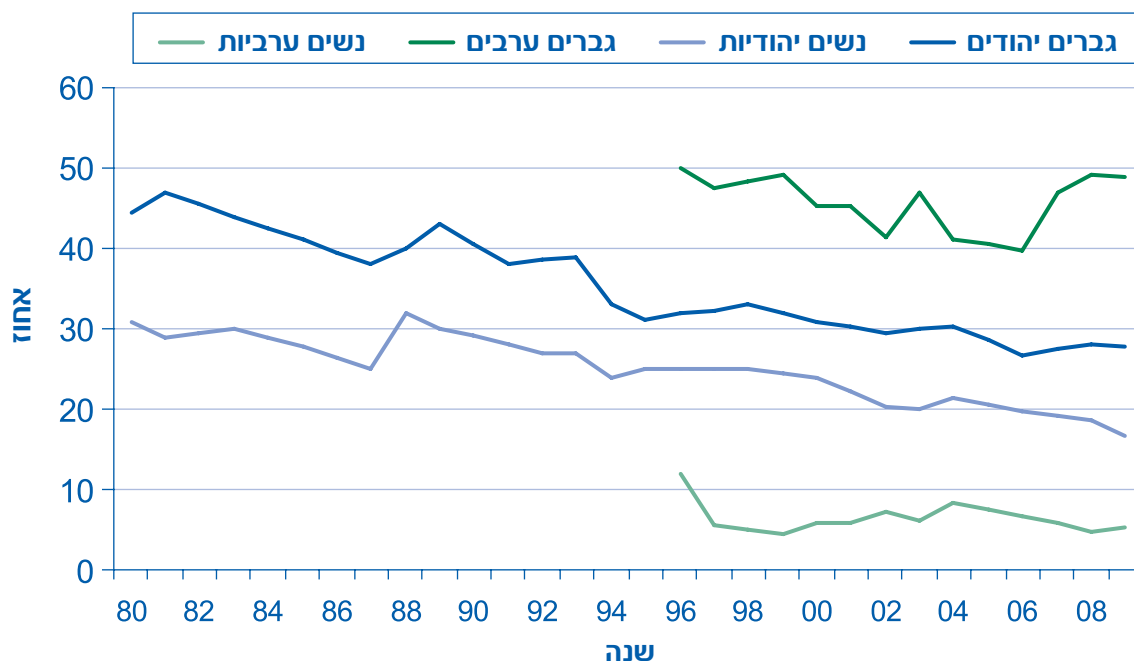
בקרב נשים יהודיות ירדו שיעורי העישון מ-31% (בשנת 1980) ל-24% בשנת 1993, ובין השנים 1994-2000, השיעורים התייצבו סביב 25%. בתחילת שנות ה-2000 חלה ירידה נוספת בשיעורים, ובשנת 2008, שיעור העישון בקרב נשים יהודיות עמד על 19%. על סמך הנתונים מסקר KAP 2008, חלה ירידה נוספת בשיעורי העישון בקבוצה זאת לערך של 16.6% (תרשים 9).

בקרב גברים ערבים נצפתה בין השנים 1996-2006 מגמה כללית של ירידה בשיעורי העישון. השיעורים ירדו מ-50% בשנת 1996 ל-40.5% בשנת 2006 (ירידה יחסית של 19%). לאחר מכן שוב עלו שיעורי העישון ובשנת 2009 שיעור העישון בגברים הערבים היה 48.8% (תרשים 9).

בקרב נשים ערביות שיעורי העישון ירדו מ-12% ב-1996 ל-5.8% בשנת 2000 (ירידה יחסית של כ-52%), ומאז לא נצפית מגמת ירידה ברורה. בשנת 2009, שיעור העישון בנשים ערביות היה 5.2% (תרשים 9).

תרשים 9: מגמות בשיעורי העישון בקרב האוכלוסייה הבוגרת בישראל, לפי קבוצת אוכלוסייה

ומין, 1980-2009* (9,6,7-13): אחוזים



* הסבר נלווה לתרשים 9:

- (1) הנתונים המוצגים בשנים 1998, 2000 ו-2001 באוכלוסייה הערבית הינם אומדנים, שכן בשנים אלו לא התקיימו סקרים באוכלוסייה זו.
- (2) בשנים 1997 ו-1999 הנתונים עבור האוכלוסייה הערבית מבוססים על סקרי בריאות, נספחים לסקרי כוח אדם של הלמ"ס.
- (3) משנת 2000, הנתונים המוצגים משוקללים לגיל.
- (4) הנתונים לשנת 1999 מתייחסים לבני 21 שנים ומעלה.

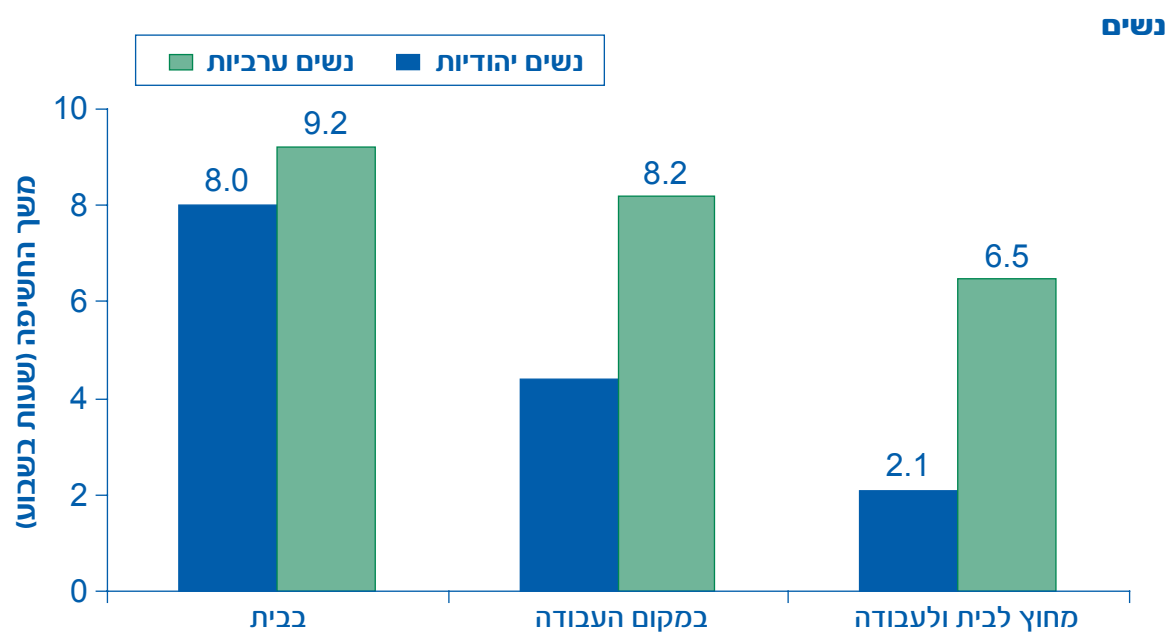
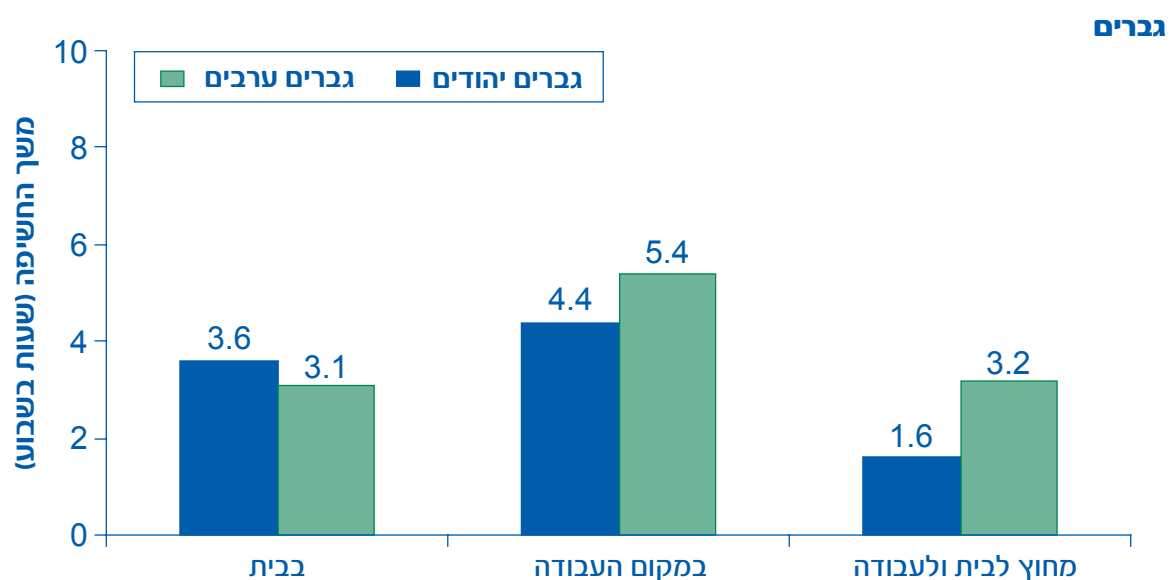
4.6 חשיפה לעישון סביבתי (עישון סביל): נתונים מסקר INHIS-2 2007-2008

בקרב המרואיינים שאינם מעשנים, ברוב המקומות, החשיפה המדווחת לעישון סביבתי גבוהה באופן משמעותי בנשים בהשוואה לגברים, הן באוכלוסייה היהודית והן באוכלוסייה הערבית. בולט במיוחד משך החשיפה לעישון בביתיהן של נשים יהודיות וערביות (8 שעות ו-9.2 שעות בשבוע, בהתאמה), זאת בהשוואה ל-3.6 ו-3.1 שעות בגברים יהודים וערבים, בהתאמה⁽¹²⁾.

בהשוואה בין שתי קבוצות האוכלוסייה נמצא כי משך החשיפה לעישון במקום העבודה ומחוץ לבית ולעבודה, גבוה יותר בקרב גברים ערבים בהשוואה לגברים יהודים. אולם משך החשיפה לעישון בביתם של גברים יהודים דומה לזה של גברים ערבים (3.6 ו-3.1 שעות בשבוע, בהתאמה) (תרשים 10)⁽¹²⁾.

בכל מקומות החשיפה נמצא כי משך החשיפה של נשים ערביות שאינן מעשנות גבוה יותר מזה של הנשים היהודיות. פער זה בולט יותר בחשיפה בעבודה (8.2 ו-4.4 שעות חשיפה בשבוע, בערביות וביהודיות בהתאמה) ובחשיפה מחוץ לבית ולעבודה, שם נשים ערביות מדווחות על חשיפה ממוצעת של 6.5 שעות בשבוע בהשוואה ל-2.1 שעות בשבוע בקרב נשים יהודיות (תרשים 10)⁽¹²⁾.

תרשים 10: משך החשיפה הממוצע לעישון סביבתי בקרב אוכלוסיית הלא מעשנים, לפי מין, קבוצת אוכלוסייה ומקום החשיפה, 2007-2008⁽¹²⁾: שעות בשבוע (ממוצע)



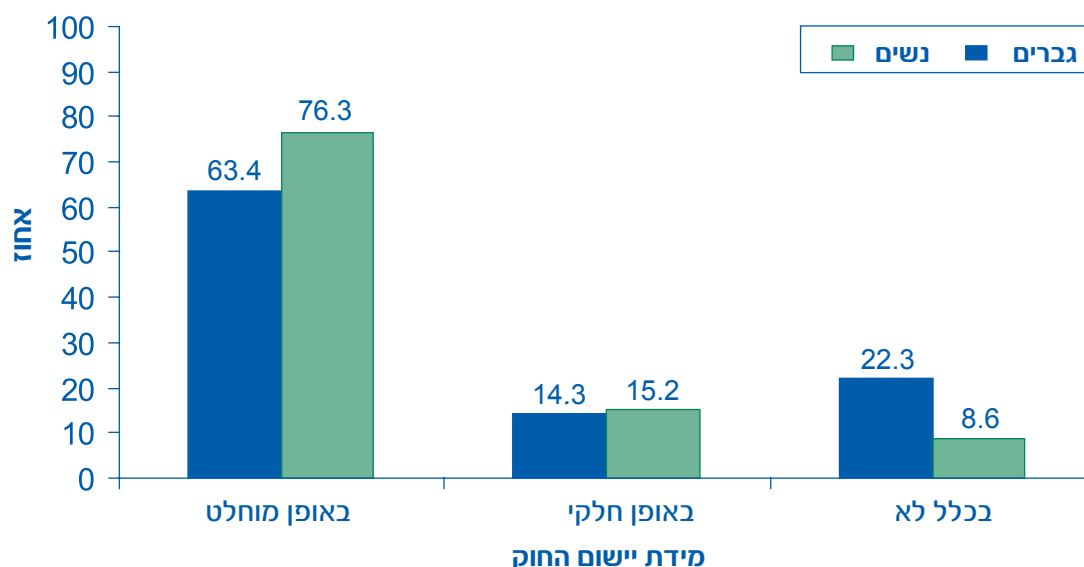
4.7 יישום החוק להגבלת העישון במקומות עבודה

4.7.1 עישון במקומות עבודה לפי מין

בסקר KAP 2008, נשאלו המרואיינים על יישום 'החוק לאיסור עישון במקומות עבודה', במקום עבודתם⁽⁷⁾. רוב הנשאלים בסקר דיווחו כי חוק זה מיושם באופן מלא: 76.3% מהנשים ו-63.4% מהגברים דיווחו כי במקום עבודתם מיישמים באופן מוחלט את האיסור על העישון; 14.3% מהגברים ו-15.2% מהנשים דיווחו כי במקום עבודתם מיישמים באופן חלקי את האיסור. אחוז הגברים (22.3%) שדיווחו כי במקום עבודתם כלל לא מיישמים את האיסור על העישון היה גבוה בהשוואה לאחוז הנשים (8.6%) (תרשים 11)⁽⁷⁾.

תרשים 11: דיווח על מידת יישום החוק האוסר על העישון במקומות עבודה, לפי מין, 2009-

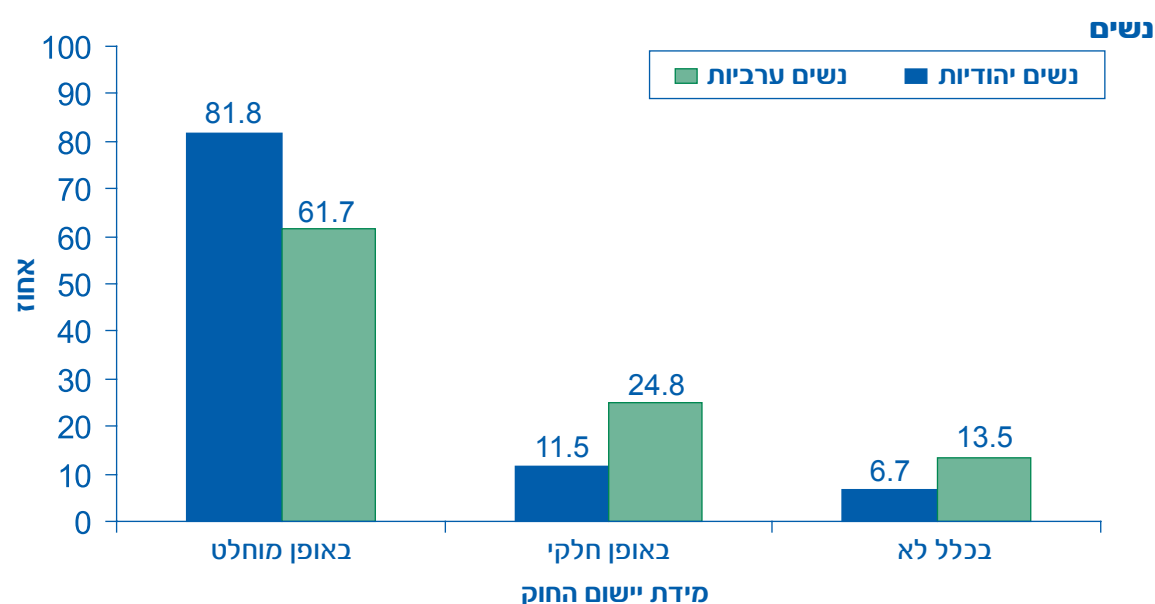
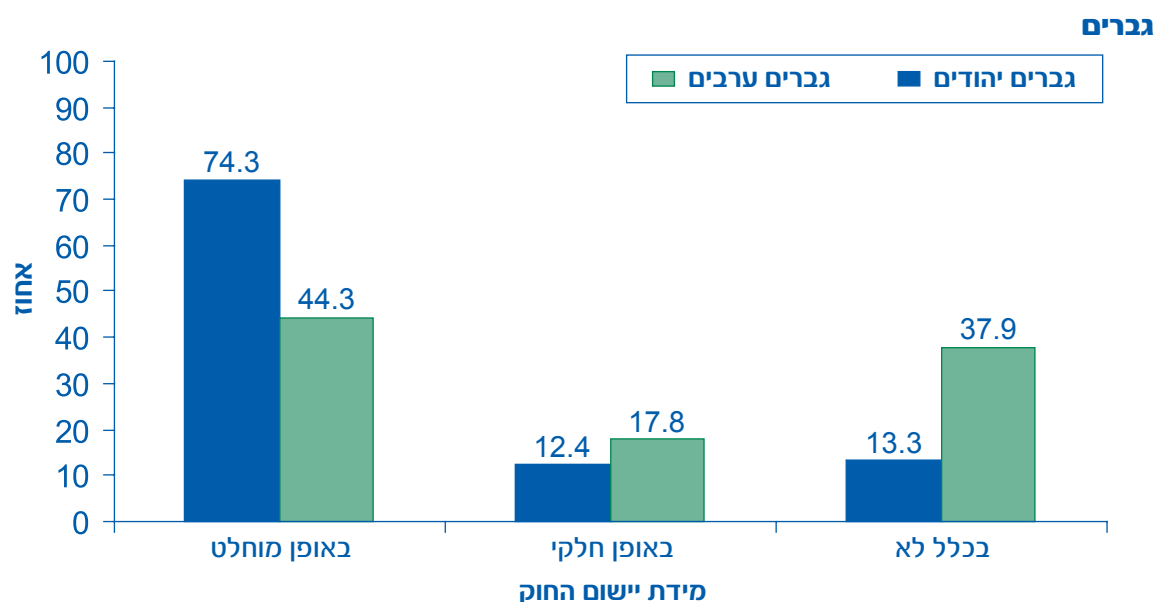
2008⁽⁷⁾: אחוזים



4.7.2 עישון במקומות עבודה לפי מין וקבוצת אוכלוסייה

בתרשים 12 מוצגת התפלגות הדיווח על מידת יישום החוק האוסר על העישון במקומות עבודה, לפי מין וקבוצת אוכלוסייה. הדיווח על יישום מוחלט של החוק גבוה יותר באוכלוסייה היהודית בהשוואה לאוכלוסייה הערבית: 74.3% מהגברים היהודים דיווחו על יישום מלא של החוק לעומת 44.3% מהגברים הערבים; ו-81.8% מהנשים יהודיות דיווחו על יישום מלא של החוק לעומת 61.7% מהנשים הערביות. קרוב ל-40% מהגברים הערבים (37.9%) דיווחו כי החוק כלל לא מיושם במקום עבודתם (תרשים 12)⁽⁷⁾.

תרשים 12: דיווח על מידת יישום החוק האוסר על העישון במקומות עבודה, לפי מין וקבוצת אוכלוסייה, 2008⁽⁷⁾: אחוזים

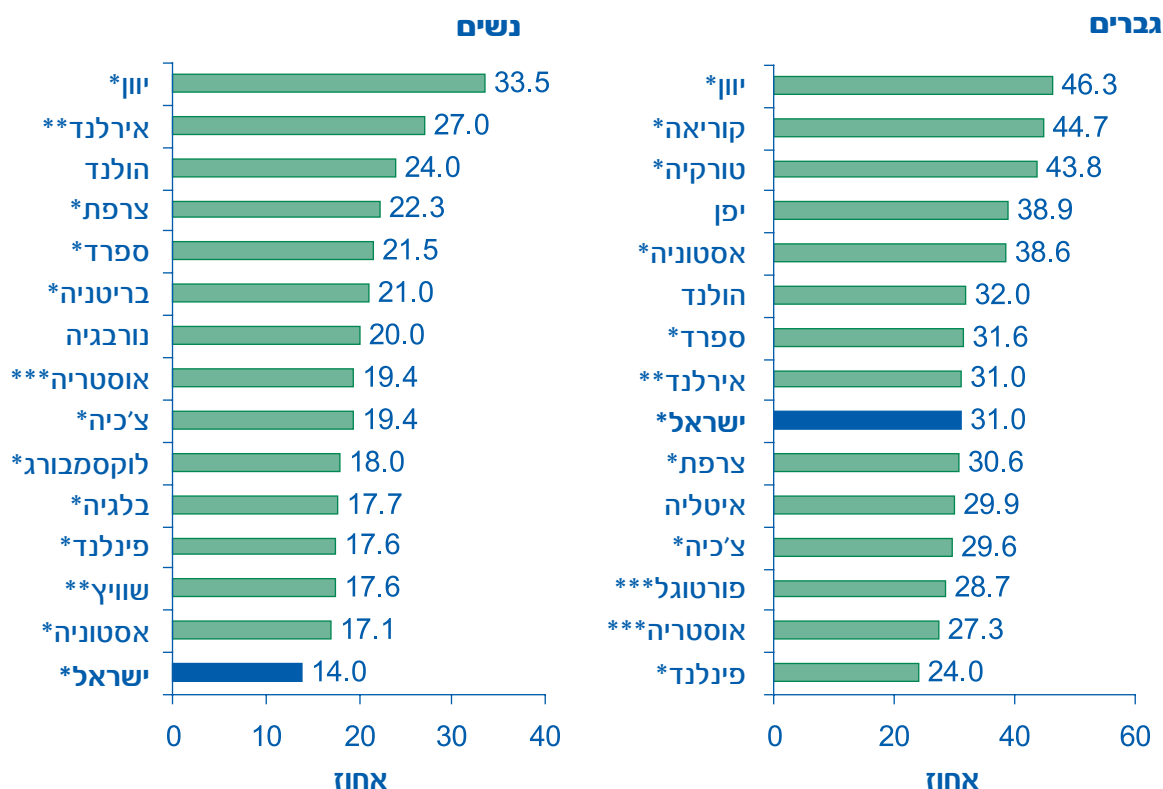


4.8 שיעורי עישון: השוואה בין-לאומית

בתרשים 13 מוצגים שיעורי העישון בישראל בהשוואה למדינות חברות ארגון ה-OECD (Organization for Economic Co-operation and Development), בעלות שיעורי העישון גבוהים ביותר, לפי מין. הנתונים עבור כל המדינות, כולל ישראל, מתבססים על מאגר המידע של ה-OECD, ומתייחסים לאחוז המעשנים בני 15 שנה ומעלה⁽¹⁴⁾. שיעור העישון בגברים בישראל (31%) נמצא במקום ביניים ביחס למדינות המשוות (מקום שביעי מתוך 15). לעומת זאת, שיעור העישון בנשים בישראל (14%) נמצא במקום נמוך ביחס למדינות המשוות (מקום 15 מתוך 15) (תרשים 13)⁽¹⁴⁾.

תרשים 13: שיעורי העישון ב-15 המדינות חברות ה-OECD עם השיעורים הגבוהים ביותר, לפי

מין, 2008⁽¹⁴⁾: אחוזים



* נתונים משנת 2008, השנה העדכנית ביותר בה היו נתונים עבור מדינה זו.

** נתונים משנת 2007, השנה העדכנית ביותר בה היו נתונים עבור מדינה זו.

*** נתונים משנת 2006, השנה העדכנית ביותר בה היו נתונים עבור מדינה זו.

5. גמילה מעישון

ישנן מספר אפשרויות לסיוע בגמילה מעישון הקיימות עבור מעשנים המעוניינים להפסיק לעשן. האפשרויות המוצעות על ידי קופות החולים וכן על ידי ארגונים נוספים (כגון האגודה למלחמה בסרטן, המרכז למניעה וגמילה מעישון באוניברסיטת בן גוריון, צה"ל, ארגונים פרטיים ועוד), כוללות בין השאר: סדנאות לגמילה מעישון, ייעוץ אישי, תרופות מרשם, מדבקות ניקוטין, מסטיק ניקוטין ועוד.

ב-1 בינואר 2010 הורחב סל שירותי הבריאות בנושא טיפול בהתמכרות לעישון. במסגרת זו נכללו בסל שתי תרופות: Zyban (שם גנרי Bupropion) ו-Champix (שם גנרי Varenicline) וכן סדנאות לגמילה מעישון. העלות השנתית לכלל המטופלים הינה 6,188,000 ש"ח והיקף המטופלים הצפוי הוא 6,000.

על פי חוזר מנכ"ל משרד הבריאות 02/10 (מינואר 2010), שתי התרופות שאושרו בסל הבריאות יינתנו למשתתפים בסדנאות לגמילה מעישון המבוצעות על ידי קופות החולים או מטעמן, או לאנשים שהשלימו השתתפות בסדנאות אלו. הסדנה תכלול 6 מפגשים לפחות והשתתפות בה תהיה ללא השתתפות עצמית כספית של המבוטח⁽¹⁵⁾.

6. המלצות תת-הוועדה בנושא הפחתת השימוש במוצרי טבק

היוזמה הלאומית "לעיתיד בריא 2020", המונהגת על ידי משרד הבריאות, נועדה להגדיר את מדיניות מדינת ישראל בתחומי קידום הבריאות ומניעת תחלואה לשנים הבאות. יוזמה זו בנויה מ-19 ועדות המתייחסות לתחומים מגוונים; ביניהן הועדה להתנהגויות בריאות הכוללת את תת-הוועדה בנושא הפחתת השימוש במוצרי טבק והחשיפה לעישון סביל. תת-ועדה זו התבקשה להציב יעדים בהתאם לעומס התחלואה באוכלוסייה, ולהגדיר ולתכנן התערבויות בכדי לממש יעדים אלו ולהשיג את המטרות שנקבעו⁽¹⁶⁾.

במרץ 2009 פרסמה תת-הוועדה בנושא הפחתת השימוש במוצרי טבק והחשיפה לעישון סביל דוח הכולל את עיקרי המסקנות וההמלצות לאסטרטגיות פעולה ותוכניות התערבות. המלצות אלו מבוססות בעיקר על מחקרים שהתפרסמו בספרות המדעית ועל המלצות האמנה להתמודדות עם הטבק (Framework Convention for Tobacco Control), אמנה בין-לאומית שעליה חתומה גם ישראל⁽¹⁶⁾. הדוח כלל המלצות למיסוי של מוצרי טבק ושימוש באמצעים כלכליים להגבלת העישון, שינויים בחקיקה, הגבלת מכירת מוצרי טבק, מניעת החשיפה לעשן הטבק, דרכי אכיפה, אמצעים לעידוד וסיוע לגמילה מעישון, תוכניות לשימוש באמצעי תקשורת המוניים בכדי לעודד הפסקת עישון, ותוכניות להתערבויות בקהילה, במקביל להמלצות לניטור ומחקר. בנוסף, ניתנה המלצה מערכתית למימוש התוכנית על ידי הקמת גוף מרכזי בעל סמכויות ומשאבים הולמים לפעולתו⁽¹⁶⁾.

פירוט ההמלצות השונות שניתנו בוועדה נמצא בנספח.

7. ביבליוגרפיה

1. Ginsberg GM, Rosenberg E, Rosen L. Issues in estimating smoking attributable mortality in Israel. *European Journal of Public Health* 2010;20(1): 113-119.
2. סקר הימצאות אסתמה בתלמידי כיתות ח' בישראל, המרכז הלאומי לבקרת מחלות, יוני 2010, פרסום 328.
3. סקר הימצאות אסתמה בתלמידי כיתות ח' באוכלוסייה הערבית, המרכז הלאומי לבקרת מחלות, יוני 2010, פרסום 332 (טרם פורסם).
4. נתונים באדיבות ד"ר יוסי הראל פיש, ראש תוכנית המחקר הבין-לאומי על רווחתם ובריאותם של בני נוער, בית הספר לחינוך והמחלקה לקרימינולוגיה, אוניברסיטת בר-אילן. ממצאים מסקר נוער בישראל - רווחה חברתית, בריאות והתנהגויות סיכון במבט בין-לאומי (2006).
5. נתונים באדיבות ענף בריאות הצבא, מקרפ"ר, צה"ל.
6. דוח שר הבריאות על העישון בישראל 2009. המרכז הלאומי לבקרת מחלות, משרד הבריאות. פרסום 325, 2010.
7. סקר ידע, עמדות והתנהגות בריאותית (KAP) בישראל 2008-2009. המרכז הלאומי לבקרת מחלות והמחלקה לחינוך וקידום בריאות, משרד הבריאות. פרסום 330 (טרם פורסם).
8. נתונים באדיבות הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2010. מתוך סקר בריאות לאומי 2009, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.
9. מאגר המידע של המחלקה לחינוך וקידום בריאות, משרד הבריאות.
10. סקרי ידע, עמדות והתנהגות בריאותית בישראל (KAP), 1994-2006, המרכז הלאומי לבקרת מחלות והמחלקה לחינוך וקידום בריאות, משרד הבריאות.
11. סקר בריאות לאומי בישראל INHIS-1, 2003-2004 במסגרת פרויקט EUROHIS של ארגון הבריאות העולמי, אזור אירופה. המרכז הלאומי לבקרת מחלות, פרסום 249, 2006.
12. סקר בריאות לאומי בישראל INHIS-2, 2007-2008. המרכז הלאומי לבקרת מחלות, פרסום 331 (טרם פורסם).
13. סקרי בריאות, נספחים לסקרי כוח אדם. הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (למ"ס), 1997-1999, 2000-1999.
14. Organization for Economic Co-operation and Development. OECD Health Data 2009 - Version: November 09. Available at: <http://www.ecosante.org/oecd.htm>.
15. הרחבת סל שירותי הבריאות לשנת 2010: חוזר המנהל הכללי 02/10, 2010. משרד הבריאות.
16. יעדים, אסטרטגיות והתערבויות לאומיים להפחתת השימוש במוצרי טבק והחשיפה לעישון סביל. דוח של תת-הוועדה בנושא הפחתת השימוש במוצרי טבק, 2009.

פעילות גופנית

נקודות עיקריות

פעילות גופנית בבני נוער

- בסקר "נוער בישראל" (HBSC - Health Behavior in School Aged Children) שנערך בשנת 2006 בקרב כ-6,600 תלמידים, דיווחו 23.1% מתלמידי כיתות ו', ח' ו-י' כי עסקו בפעילות גופנית לפחות 4 פעמים בשבוע, כאשר משך הפעילות הגופנית היה בסה"כ שעותיים וחצי או יותר.
- שיעור העוסקים בפעילות גופנית היה 33.8% בבנים ו-14.9% בבנות.
- שיעור העוסקים בפעילות גופנית היה 36.3% בבנים יהודים, 26.8% בבנים ערבים, 15.8% בבנות יהודיות ו-12.2% בבנות ערביות.
- שיעור העוסקים בפעילות גופנית היה גבוה ב-40%-50% בתלמידי כיתות ו' מאשר בתלמידי כיתות י'.

מגמות בביצוע פעילות גופנית בבני נוער

- בין השנים 1998-2006 חלה ירידה בשיעורי התלמידים היהודים העוסקים בפעילות הגופנית, מ-42.3% ל-36.3% בבנים ומ-17.5% ל-15.8% בבנות.
- בתלמידים ערבים (בנים) עלו שיעורי הפעילות הגופנית מ-19.2% ב-1998 ל-26.8% ב-2006. בבנות ערביות, הוכפל השיעור מ-5.9% ב-1998 ל-12.2% ב-2006.

השוואה בין-לאומית

- שיעור התלמידים בישראל שדיווחו כי בשבוע האחרון לא עסקו בפעילות גופנית היה הגבוה ביותר מבין 42 המדינות המשתתפות בסקר HBSC.

פעילות גופנית באוכלוסייה הבוגרת

- בסקר בריאות לאומי INHIS-2 שנערך בישראל בשנים 2007-2008, דיווחו 32.4% מבני 21 שנים ומעלה כי הם עוסקים בפעילות גופנית לפחות 3 פעמים בשבוע במשך 20 דקות לפחות בכל פעם.
- שיעור העוסקים בפעילות גופנית היה 38% בגברים יהודים, 32.8% בנשים יהודיות, 23.8% בגברים ערבים ו-15.4% בנשים ערביות.
- באוכלוסייה היהודית, שיעורי הפעילות הגופנית היו גבוהים יותר בקבוצות הגיל המבוגרות, ובגברים בני 65 שנים ומעלה השיעור היה 44.8%. בנשים בנות 55-64 שנים השיעור היה 41.1%.
- באוכלוסייה הערבית, השיעור הגבוה ביותר בגברים היה בבני 21-34 שנים: 30.6%. השיעור הגבוה ביותר בנשים היה בבנות 55-64 שנים: 18.3%.

פעילות גופנית

ממצאים מסקר בריאות לאומי 2009 (למ"ס)

- על פי סקר בריאות ארצי שנערך ע"י הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה בשנת 2009, שיעור העוסקים בפעילות גופנית 3 פעמים בשבוע או יותר היה 30.6% בגברים ו-19.1% בנשים.

השוואה בין-לאומית

- בהשוואה עם מדינות אירופה וארצות הברית, ישראל ממוקמת במקום גבוה יחסית באחוז המבוגרים שאינם עוסקים כלל בפעילות גופנית.

"לעתיד בריא 2020"

- במסגרת המיזם של משרד הבריאות "לעתיד בריא 2020", פרסמה באפריל 2009 תת-הועדה לפעילות גופנית את המלצותיה (בהתאם להמלצות גופים בין-לאומיים).
- ההמלצה לילדים היא לבצע פעילות בעצימות בינונית או נמרצת בכל ימות השבוע במשך 60 דקות לפחות.
- ההמלצה לבוגרים היא לבצע פעילות גופנית מצטברת במשך 150 דקות בשבוע בעצימות בינונית, או 75 דקות בשבוע בעצימות גבוהה, או שילוב בין פעילות בעצימות בינונית וגבוהה. בנוסף, יש לבצע פעילויות לחיזוק שרירי הגוף לפחות פעמיים בשבוע.

פעילות גופנית

1. רקע

מחקרים רבים מצביעים על חשיבות העיסוק בפעילות גופנית במניעת מגוון מחלות כרוניות וביניהן מחלות לב וכלי דם, סוכרת, סרטן המעי הגס, סרטן השד ועוד⁽¹⁾. לפעילות גופנית יש גם השפעה מיטיבה על מצבם הפיזי והפסיכולוגי של חולים במחלות כרוניות שונות⁽²⁻⁴⁾. קיים קשר ישיר ועקבי בין פעילות גופנית לבין תמותה מכלל הסיבות, כך שהאנשים הפעילים ביותר נמצאים בסיכון הנמוך ביותר למוות בטרם עת⁽¹⁾.

2. פעילות גופנית בבני נוער: ממצאים מסקר "נוער בישראל"

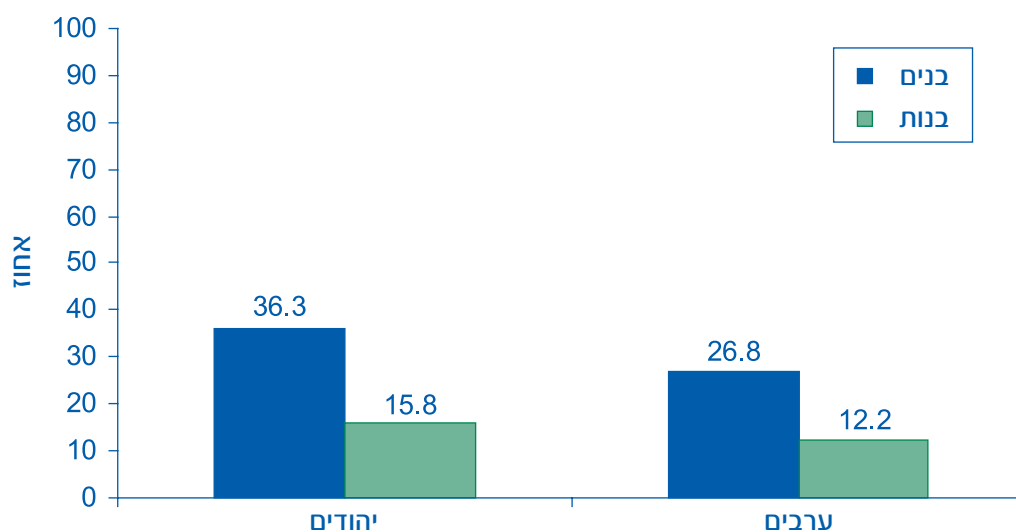
הנתונים המוצגים בפרק זה מבוססים על ממצאי הסקר "נוער בישראל: רווחה חברתית, בריאות והתנהגויות סיכון במבט בין-לאומי 2006" (HBSC - Health Behavior in School Aged Children)⁽⁵⁾. הסקר נערך כחלק ממחקר חתך רב-לאומי של ארגון הבריאות העולמי על התנהגויות בריאות אצל ילדי בית ספר. סקר זה נערך אחת ל-4 שנים. הסקר הישראלי שנערך בשנת 2006 כלל כ-6,600 תלמידים, יהודים וערבים, הלומדים בכיתות ו', ח' ו-י⁽⁵⁾.

בסקר נשאלו התלמידים כמה פעמים בשבוע וכמה שעות בשבוע הם מתעמלים בדרך כלל בזמנם הפנוי, אחרי שעות הלימודים, באופן הגורם להם להתנשם בכבדות או להזיע⁽⁵⁾. על פי המלצת ה-USDHHS (US Department of Health and Human Services) לגבי פעילות גופנית בילדים, מומלץ לבצע לפחות 60 דקות של פעילות בכל אחד מימות השבוע⁽⁶⁾.

2.1 פעילות גופנית בבני נוער לפי מין וקבוצת אוכלוסייה

23.1% מתלמידי כיתות ו', ח' ו-י' דיווחו על עיסוק בפעילות גופנית לפחות 4 פעמים בשבוע ולא פחות משעתיים וחצי (בסך-הכל) בשבוע: 33.8% מהבנים ו-14.9% מהבנות. שיעור העוסקים בפעילות גופנית (בהגדרה זו) גבוה יותר בבנים יהודים (36.3%) בהשוואה לבנים ערבים (26.8%), ובבנות יהודיות (15.8%) בהשוואה לבנות ערביות (12.2%) (תרשים 1) (טבלה 1)⁽⁵⁾.

תרשים 1: ביצוע פעילות גופנית* בבני נוער לפי מין וקבוצת אוכלוסייה, 2006⁽⁵⁾: אחוזים



* עוסק בפעילות גופנית לפחות 4 פעמים בשבוע, לא פחות מ-2.5 שעות (בסה"כ) בשבוע.

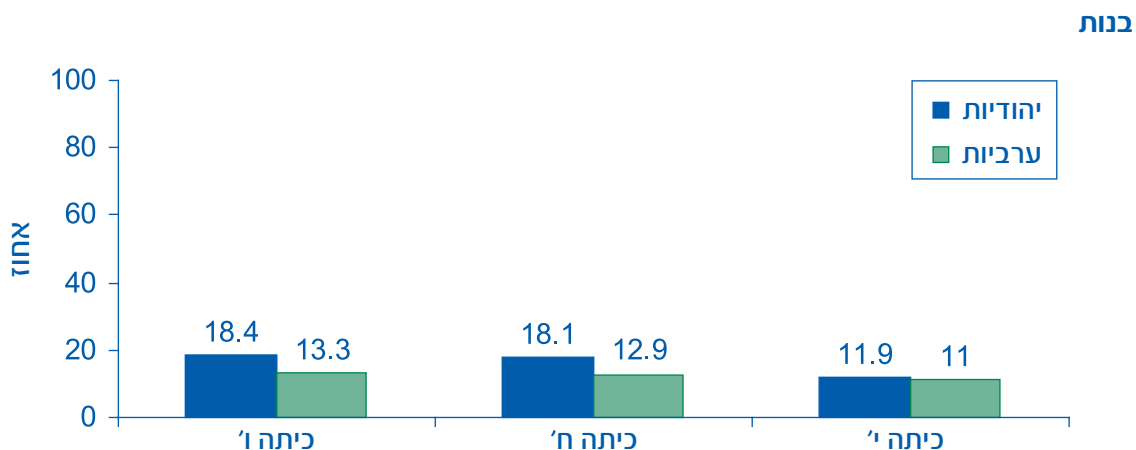
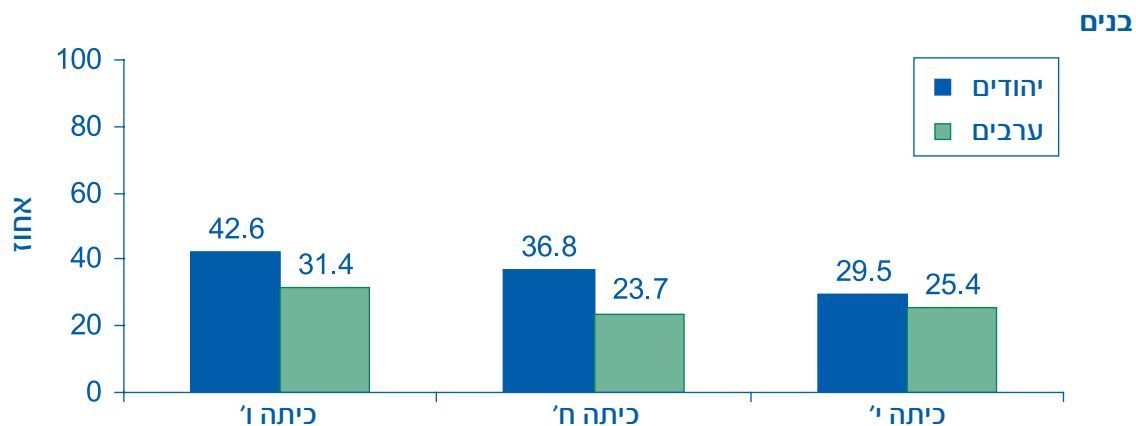
2.2 פעילות גופנית בבני נוער לפי מין, שכבת גיל וקבוצת אוכלוסייה

שיעור העוסקים בפעילות גופנית היה גבוה יותר בשכבות הגיל הצעירות בהשוואה למתבגרים, הן ביהודים והן בערבים, בבנים ובבנות. שיעור הפעילות הגופנית בתלמידים יהודים בכיתה ו' (42.6%) היה גבוה פי 1.4 מאשר בתלמידי כיתה י' (29.5%), ובתלמידות כיתה ו', השיעור (18.4%) היה גבוה פי 1.5 מאשר בתלמידות כיתה י' (11.9%). שיעורי הפעילות הגופנית בתלמידים ערבים (בנים) בכיתה ו' (31.4%) ובתלמידות כיתה ו' (13.3%) היו גבוהים פי 1.2 מאשר בתלמידים ותלמידות כיתה י' (25.4%-11%, בהתאמה) (טבלה 1, תרשים 2).⁽⁵⁾

טבלה 1: ביצוע פעילות גופנית בבני נוער לפי מין, שכבת גיל וקבוצת אוכלוסייה, 2006⁽⁵⁾: אחוזים

שכבת גיל	אוכלוסייה יהודית			אוכלוסייה ערבית			כלל האוכלוסייה		
	בנים	בנות	סה"כ	בנים	בנות	סה"כ	בנים	בנות	סה"כ
כיתה ו'	42.6	18.4	29.4	31.4	13.3	22.2	39.5	17.1	27.5
כיתה ח'	36.8	18.1	26.5	23.7	12.9	17.8	33.3	16.8	24.2
כיתה י'	29.5	11.9	18.9	25.4	11.0	16.3	28.6	11.7	18.3
סה"כ	36.3	15.8	24.7	26.8	12.2	18.6	33.8	14.9	23.1

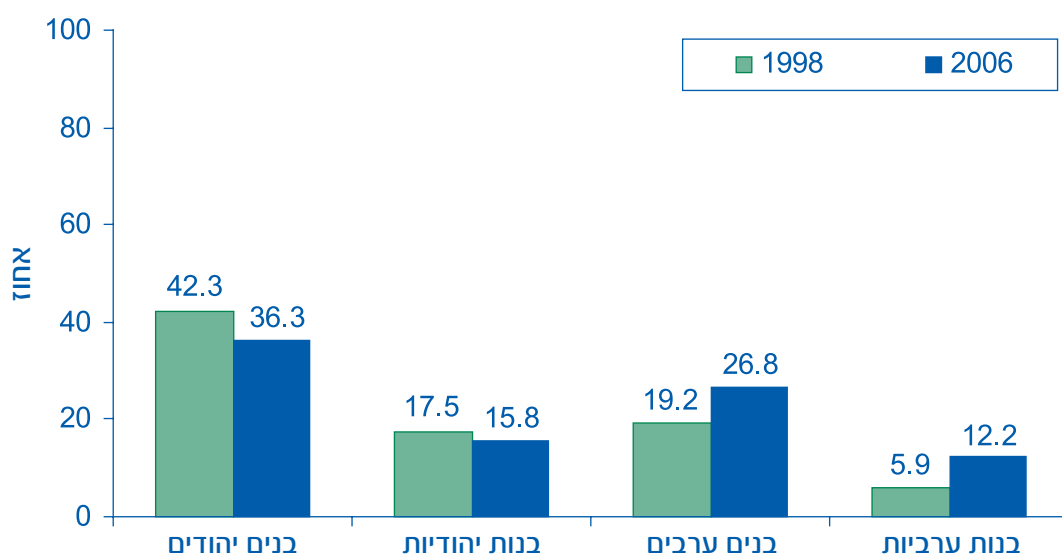
תרשים 2: ביצוע פעילות גופנית בבני נוער לפי מין, שכבת גיל וקבוצת אוכלוסייה, 2006⁽⁵⁾: אחוזים



2.3 מגמות בביצוע פעילות גופנית בבני נוער

בין השנים 1988 ל-2006 הייתה ירידה בשיעור העיסוק בפעילות גופנית בקרב תלמידים יהודים ועלייה בקרב תלמידים ערבים. בבנים יהודים ירד שיעור העוסקים בפעילות גופנית מ-42.3% ל-36.3%, ובבנות יהודיות מ-17.5% ל-15.8%. בבנים ערבים עלה שיעור העוסקים בפעילות גופנית מ-19.2% ל-26.8%, ובבנות ערביות, הוכפל השיעור: מ-5.9% ל-12.2% (תרשים 3).⁽⁵⁾

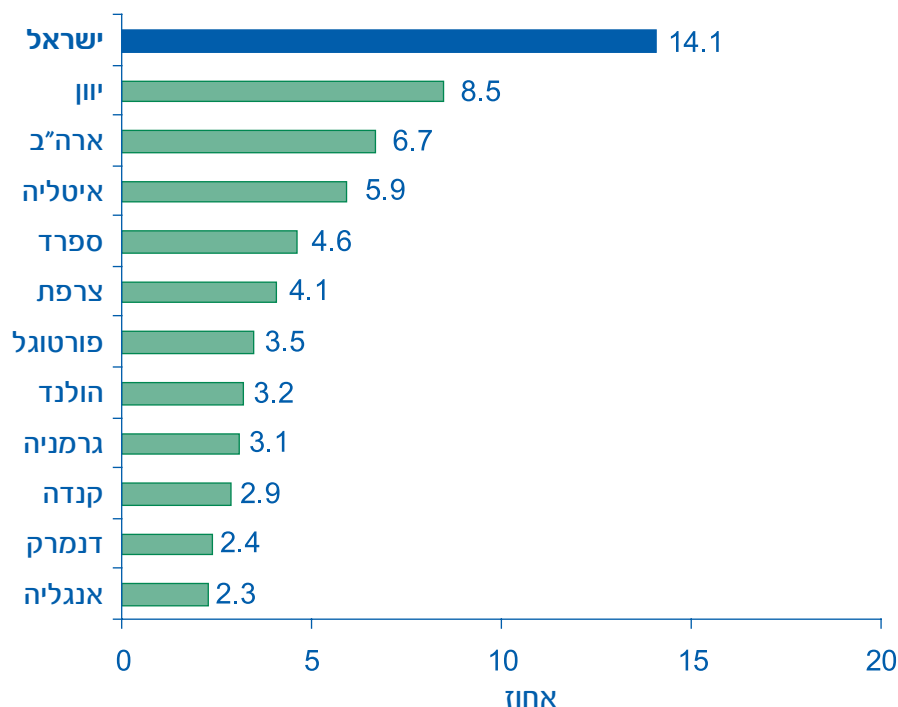
תרשים 3: ביצוע פעילות גופנית בבני נוער לפי מין וקבוצת אוכלוסייה, 1998 ו-2006⁽⁵⁾: אחוזים



2.4 השוואה בין-לאומיות

14.1% מהתלמידים בישראל דיווחו כי בשבוע האחרון לא עסקו בפעילות גופנית שנמשכה, בסיכום כולל, יותר משעה. שיעור זה מציב את ישראל ב"מקום הראשון" (הגרוע ביותר) מתוך 42 המדינות המשתתפות בסקר, עם שיעור התלמידים הגבוה ביותר שדיווחו כי לא עסקו בפעילות גופנית בשבוע האחרון. שיעורים מ-12 מדינות מערביות מוצגים בתרשים 4.⁽⁵⁾

תרשים 4: תלמידים שדיווחו כי לא עסקו בפעילות גופנית שנמשכה לפחות שעה בשבוע האחרון, בישראל ובמדינות מערביות נבחרות, 2006⁽⁵⁾: אחוזים



3. פעילות גופנית באוכלוסייה הבוגרת בישראל: ממצאים מסקר INHIS-2 2007-2008

הנתונים המוצגים בפרק זה מבוססים על ממצאי סקר בריאות לאומי INHIS-2⁽⁷⁾ שנערך בישראל בשנים 2007-2008. הסקר נערך על ידי המרכז הלאומי לבקרת מחלות, משרד הבריאות, באמצעות ראיונות טלפוניים, במדגם מייצג של האוכלוסייה הבוגרת בישראל. בסקר השתתפו כ-10,000 מרואיינים בני 21 ומעלה, יהודים וערבים. המרואיינים נשאלו האם בדרך כלל הם נוהגים לעסוק בפעילות גופנית כלשהי לפחות 20 דקות רצופות, ואם כן, באיזו תדירות הם נוהגים לעשות זאת.

על פי המלצת ה-USDHHS (US Department of Health and Human Services) משנת 2008, מומלץ לעסוק בפעילות גופנית בעצימות בינונית במשך 150 דקות מצטברות (לפחות) בשבוע, או במשך 75 דקות בשבוע בעצימות גבוהה, או שילוב בין פעילות בעצימות בינונית וגבוהה. בנוסף, יש לבצע פעילויות לחיזוק שרירי הגוף לפחות פעמיים בשבוע⁽⁶⁾.

3.1 פעילות גופנית באוכלוסייה הבוגרת לפי מין וקבוצת אוכלוסייה

32.4% מבני 21 ומעלה דיווחו כי הם עוסקים בפעילות גופנית לפחות 3 פעמים בשבוע במשך 20 דקות לפחות בכל פעם. שיעור היהודים שדיווחו כי הם עוסקים בפעילות גופנית (35.3%) היה גבוה פי 1.8 משיעור הערבים (19.6%). השיעור בגברים יהודים (38%) היה גבוה פי 1.6 מהשיעור בגברים ערבים (23.8%) והשיעור בנשים יהודיות (32.8%) היה גבוה פי 2.1 מהשיעור בנשים ערביות (15.4%) (טבלה 2, תרשים 5)⁽⁷⁾.

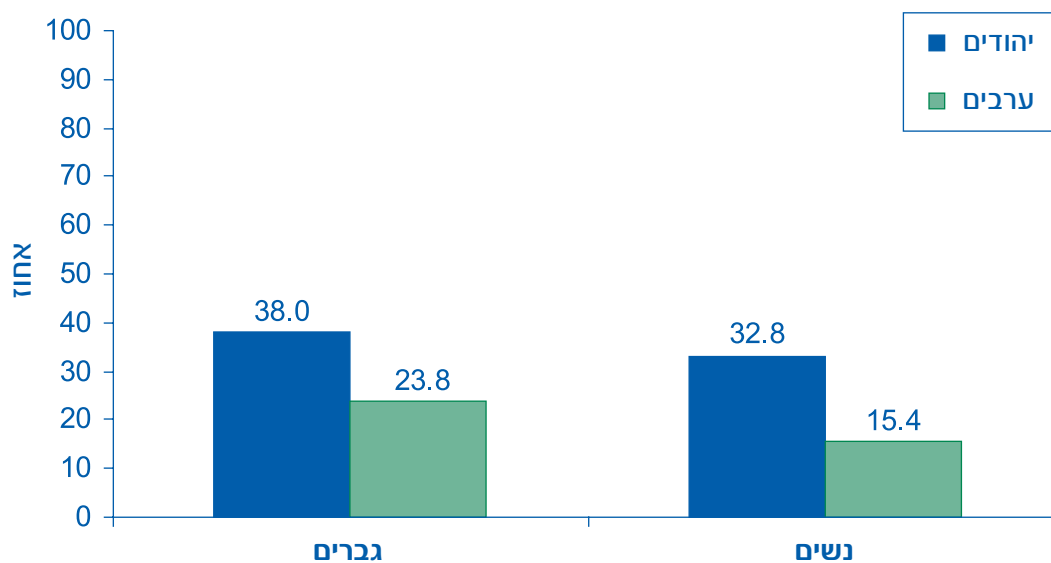
פעילות גופנית

טבלה 2: פעילות גופנית* בבני 21 שנים ומעלה לפי מין, גיל וקבוצת אוכלוסייה, 2008⁽⁷⁾: אחוזים

אוכלוסייה יהודית			אוכלוסייה ערבית			כלל האוכלוסייה			
גברים	נשים	סה"כ	גברים	נשים	סה"כ	גברים	נשים	סה"כ	
38.6	26.8	32.7	27.8	15.3	21.6	36.4	24.4	30.5	21-34
27.6	30.3	28.9	19.0	18.0	18.5	25.9	27.9	26.9	35-44
37.4	36.1	36.8	20.0	15.5	17.8	34.9	33.4	34.1	45-54
43.3	41.1	42.1	23.2	18.3	20.7	41.3	38.9	40.0	55-64
44.8	35.4	39.4	24.1	3.9	13.3	43.2	33.3	37.6	65+
38.0	32.8	35.3	23.8	15.4	19.6	35.7	30.6	32.4	סה"כ

* לפחות 3 פעמים בשבוע, לפחות 20 דקות כל פעם.

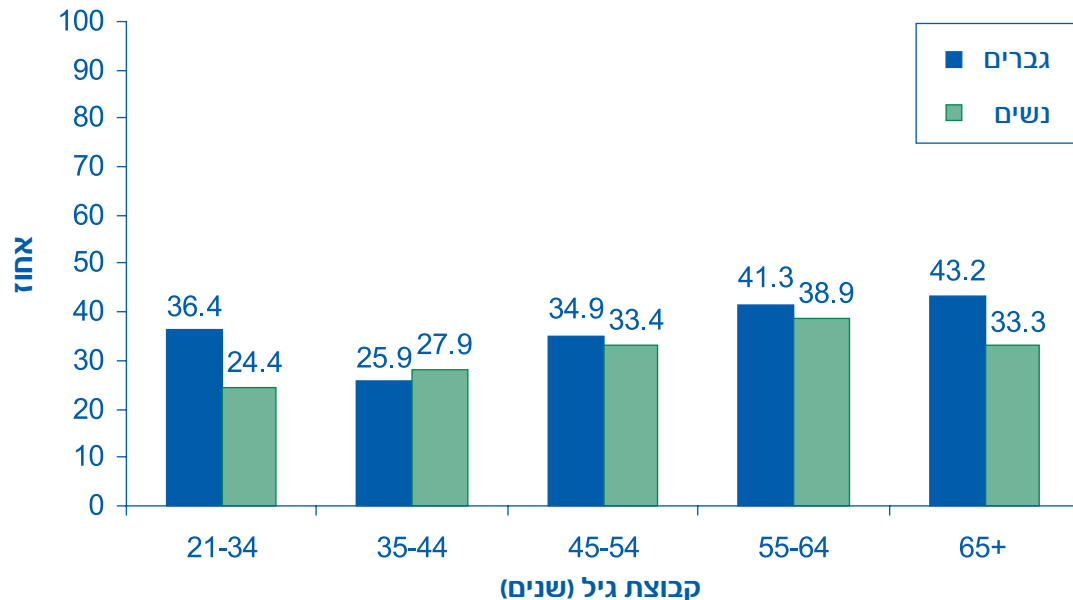
תרשים 5: פעילות גופנית בבני 21 שנים ומעלה לפי מין וקבוצת אוכלוסייה, 2008⁽⁷⁾: אחוזים משוקללים לגיל



3.2 פעילות גופנית באוכלוסייה הבוגרת לפי מין וגיל

שיעור העוסקים בפעילות גופנית היה גבוה יותר בקבוצות הגיל המבוגרות יותר. השיעורים עלו מ-26.9% בקבוצת הגיל 35-44 שנים עד 40% בקבוצת הגיל 55-64 שנים, ונשארו גבוהים בבני 65 שנים ומעלה (37.6%) (טבלה 2). בגברים, ירד השיעור בין קבוצת הגיל 21-34 שנים (36.4%) לקבוצת הגיל 35-44 שנים (25.9%), ולאחר מכן עלה עד לערך מקסימלי בבני 65 שנים ומעלה (43.2%). בנשים, השיעור עלה באופן עקבי עד קבוצת הגיל 55-64 שנים (38.9%), ולאחר מכן, בבנות 65 שנים ומעלה, חלה ירידה מסוימת (תרשים 6, טבלה 2)⁽⁷⁾.

תרשים 6: פעילות גופנית בבני 21 שנים ומעלה לפי מין וגיל, 2008⁽⁷⁾: אחוזים

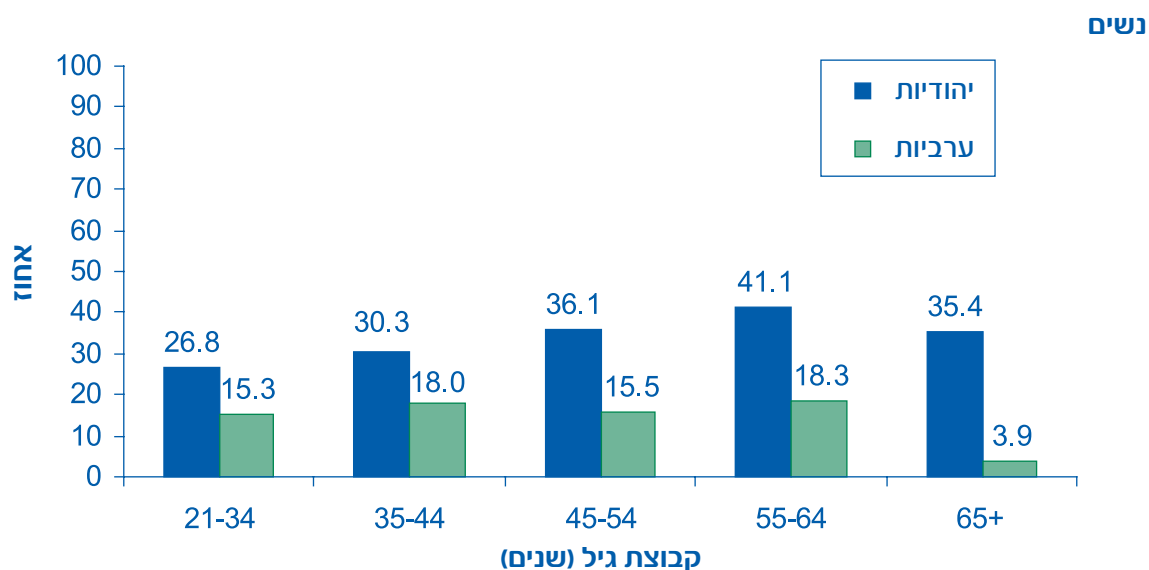
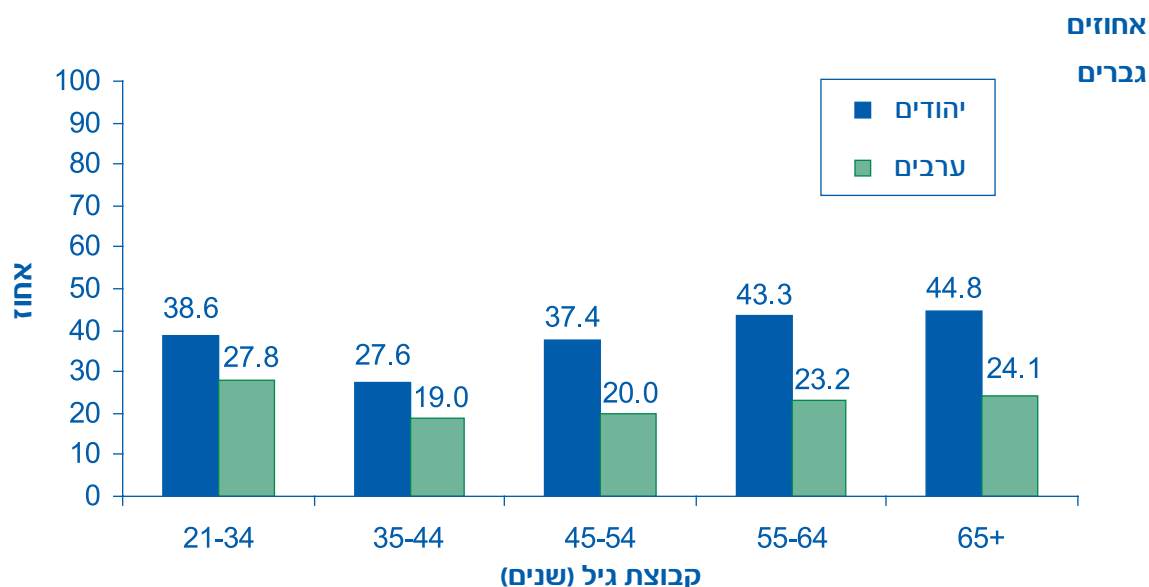


3.3 פעילות גופנית באוכלוסייה הבוגרת לפי מין, גיל, וקבוצת אוכלוסייה

בגברים יהודים, שיעורי העוסקים בפעילות גופנית ירדו מ-38.6% בקבוצת הגיל 21-34 שנים ל-27.6% בקבוצת הגיל 35-44 שנים, ובקבוצות הגיל המבוגרות יותר עלו השיעורים באופן עקבי עד 44.8% בבני 65 שנים ומעלה (תרשים 7, טבלה 2). בגברים ערבים נצפתה תמונה דומה, אך השיעורים היו נמוכים יותר בכל קבוצות הגיל. השיעור בבני 21-34 היה גבוה יחסית (27.8%) ובבני 35-44 שנים היה נמוך יותר: 19%. לאחר מכן הייתה עלייה מתונה בשיעורים עד 24.1% בבני 65 שנים ומעלה.

בנשים יהודיות, עלו השיעורים מ-26.8% בקבוצת הגיל 21-34 שנים ל-41.1% בקבוצת הגיל 55-64 שנים, ובבנות 65 שנים ומעלה השיעור היה נמוך יותר: 35.4%. בנשים ערביות, השיעורים נעו בין 15.3% ל-18.3% בקבוצות הגיל הצעירות יותר (21-34, 35-44, 45-54 ו-55-64), ואילו בבנות 65 שנים ומעלה השיעור היה הרבה יותר נמוך: 3.9% (תרשים 7, טבלה 2)⁽⁷⁾.

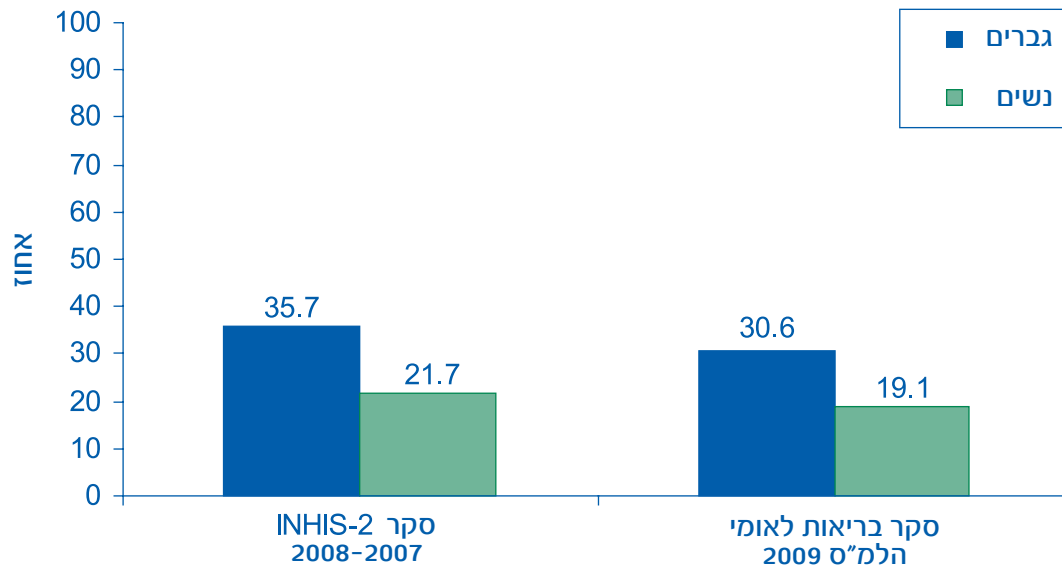
תרשים 7: פעילות גופנית בבני 21 שנים ומעלה לפי מין, גיל וקבוצת אוכלוסייה, 2007-2008⁽⁷⁾:



4. פעילות גופנית באוכלוסייה הבוגרת: השוואה עם ממצאי סקר בריאות לאומי 2009 (הלמ"ס)

סקר בריאות לאומי נערך ע"י הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה בשנת 2009. בסקר נדגמו כ-9,000 משקי בית (המייצגים כ-29,000 נפש), והדיווח היה על ידי בן משפחה אחד שדיווח עבור עצמו וכן עבור כל דיירי הבית האחרים ("proxy"). על פי הסקר, שיעור העוסקים בפעילות גופנית 3 פעמים בשבוע או יותר הוא 20.4%. בגברים השיעור הוא 30.6% ואילו בנשים, 19.1%. שיעורים אלה נמוכים מהשיעורים שנמצאו בסקר הבריאות הלאומי INHIS-2⁽⁷⁾ (תרשים 8). יתכן מאוד כי הבדלים אלו בין ממצאי הסקרים מקורם בהבדלים בשיטות איסוף הנתונים של הסקרים. כאמור, בסקר בריאות 2009⁽⁸⁾ המרואיין דיווח עבור עצמו ועבור דיירי הבית האחרים. לעומת זאת, בסקר INHIS-2⁽⁷⁾, כל מרואיין דיווח עבור עצמו בלבד.

תרשים 8: פעילות גופנית באוכלוסייה הבוגרת לפי מין: סקר INHIS-2 2007-2008⁽⁷⁾ וסקר בריאות לאומי 2009⁽⁸⁾: אחוזים

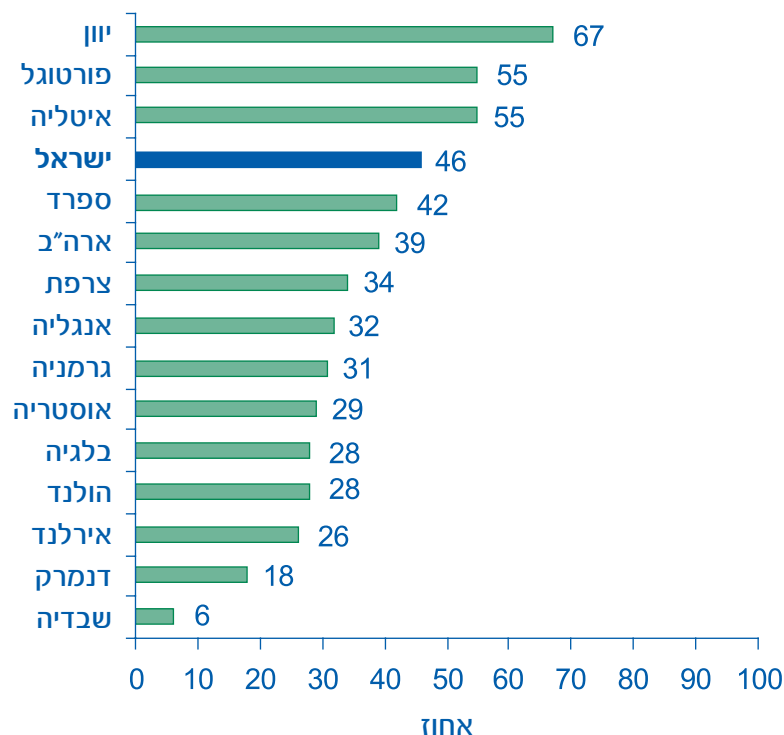


5. השוואה בין-לאומית

על פי סקר INHIS-2, 46% מהמבוגרים בישראל דיווחו כי אינם עוסקים בפעילות גופנית כלל⁽⁷⁾. שיעור זה מציב את ישראל במקום רביעי (כאשר המקום הראשון הוא הגרוע ביותר) אחרי יוון, איטליה ופורטוגל בשיעור המשתתפים שדיווחו כי אינם עוסקים בפעילות גופנית כלל. בתרשים 9 מוצגים נתונים על חוסר עיסוק בפעילות גופנית בישראל, בהשוואה עם מדינות נבחרות באירופה וארצות הברית⁽⁹⁻¹⁰⁾.

תרשים 9: מדווחים כי אינם עוסקים בפעילות גופנית כלל, בישראל ובמדינות מערביות

נבחרות (7,9,10): אחוזים



6. "לעתיד בריא 2020"

בשנת 2005 יזם משרד הבריאות את תוכנית "לעתיד בריא 2020", שנועדה לקדם ולשפר את בריאותם של תושבי מדינת ישראל. במסגרת יוזמה זו, הוקמו 21 ועדות אשר מטרתן לקבוע יעדי בריאות מוגדרים לשנת 2020. אחת מוועדות אלה הינה "הוועדה להתנהגות בריאותית", ולה מספר תת-ועדות, כולל תת-ועדה לפעילות גופנית, אשר פרסמה את המלצותיה באפריל 2009.

6.1 המלצות עבור ילדים ובני נוער

ההמלצה לילדים היא לבצע לפחות 60 דקות של פעילות בעצימות בינונית או נמרצת בכל אחד מימות השבוע. יש לכלול גם פעילות לחיזוק שרירים/בונה עצם⁽⁶⁾.

6.2 המלצות עבור האוכלוסייה הבוגרת

בהתאם להמלצות ה-USDHHS (US Department of Health and Human Services) משנת 2008, המלצת תת הוועדה היא לבצע פעילות גופנית מצטברת של לפחות 30 דקות במשך לפחות 5 ימים בשבוע בעצימות בינונית, או לבצע פעילות גופנית בעצימות גבוהה במשך 3 פעמים בשבוע (פעילות כזו כוללת, בין היתר, ריצה, שחיה מהירה, דיווש באופניים במעלה כביש וכדומה), או שילוב בין פעילות בעצימות בינונית וגבוהה. מדובר ב-150 דקות מצטברות בשבוע של פעילות בעצימות בינונית או 75 דקות של פעילות בעצימות גבוהה, או שילוב של השניים, כאשר בכל פעם, הפעילות תימשך לפחות 10 דקות. בנוסף יש לבצע פעילות לחיזוק השרירים לפחות פעמיים בשבוע⁽⁶⁾.

7. ביבליוגרפיה

1. Warburton DER, Nicol CW, Bredin SSD. Health benefits of physical activity: the evidence. CMAJ 2006;174:801-9.
2. Franklin BA, Swain DP, Shephard RJ. New insights in the prescription of exercise for coronary patients. J Cardiovasc Nurs 2003;18:116-23.
3. Causa E, Hanusch-Enderer U, Strasser B, Ludvik B, Mets Schimmerl S, et al. The relative benefits of endurance and strength training on the metabolic factors and muscle function of people with type 2 diabetes mellitus. Arch Phys Med Rehabil 2005;86:1527-33.
4. Galvao DA, Newton RU. Review of exercise intervention studies in cancer patients. J Clin Oncol 2005;23:899-909.
5. נתונים באדיבות ד"ר יוסי הראל פיש, ראש תוכנית המחקר הבין-לאומי על רווחתם ובריאותם של בני נוער, בית הספר לחינוך והמחלקה לקרימינולוגיה, אוניברסיטת בר-אילן. ממצאים מסקר נוער בישראל - רווחה חברתית, בריאות והתנהגויות סיכון במבט בין-לאומי (2006).
6. פעילות גופנית מקדמת בריאות. תת-הוועדה לפעילות גופנית, הוועדה להתנהגויות בריאותיות, יוזמת "לעתיד בריא 2020". משרד הבריאות, 2009 (טרם פורסם).
7. סקר בריאות לאומי בישראל INHIS-2 2008-2007. המרכז הלאומי לבקרת מחלות, פרסום 331 (טרם פורסם).
8. נתונים באדיבות הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2010. מתוך סקר בריאות לאומי 2009, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.
9. National Center for Health Statistics. Health United States, 2009. Hyattsville, Maryland: 2009.
10. European Commission. Sport and Physical Activity. Special Eurobarometer 334/ Wave 72.3. TNS Opinion and Social, Brussels, March 2010.

שימוש בסמים ואלכוהול

נקודות עיקריות

שימוש בסמים ואלכוהול בקרב בני נוער

1. ממצאי סקר הרשות למלחמה בסמים, 2009

- בסקר שנערך בשנת 2009 על ידי הרשות למלחמה בסמים בקרב תלמידים בני 12-18 שנים, התבקשו התלמידים לדווח על שתיית משקה אלכוהולי כלשהו ועל שימוש בסמים.
- 49.9% דיווחו כי שתו משקה אלכוהולי פעם אחת לפחות בשנה האחרונה.
- 39.5% דיווחו כי שתו משקה אלכוהולי פעם אחת לפחות בחודש האחרון.
- 27.4% דיווחו כי שתו משקה אלכוהולי פעם אחת לפחות בשבוע האחרון.
- כ-30% דיווחו כי השתכרו לפחות פעם אחת בשנה האחרונה.
- שיעור השימוש באלכוהול בשנה האחרונה היה גבוה פי 1.5 בבנים (59.4%) מאשר בנות (40.6%).
- 10.7% מבני הנוער דיווחו על שימוש בסם לא חוקי כלשהו בשנה האחרונה.
- 5.7% דיווחו על שימוש ב"סמים קשים" (אדולן/מתדון, אופיאטים, קוקאין, קראק, LSD, אקסטזי) לפחות פעם אחת בשנה האחרונה.
- שיעור השימוש בסמים לא חוקיים (כלל הסמים) היה גבוה פי 2 בבנים (14.1%) לעומת בנות (6.9%).

מגמות בשימוש בסמים ואלכוהול

- בין השנים 1995-2009, נצפתה ירידה בדיווח על צריכת אלכוהול בשנה האחרונה (מ-61.9% בשנת 1995 ל-49.9% בשנת 2009).
- בין השנים 1989-2009, נצפתה עליה בשיעור המדווחים על שימוש בסמים (מ-6.4% בשנת 1989 ל-10.7% בשנת 2009).

2. ממצאים מסקר "נוער בישראל: רווחה נפשית וחברתית ודפוסי התנהגויות

סיכון" (HBSC - Health Behaviors in School Children)

- בסקר HBSC שנערך ב-2006 בקרב כ-6,600 תלמידים בכיתות ו', ח' ו-י', 23.5% מהתלמידים דיווחו על שתיית משקה אלכוהולי כלשהו (שלא למטרות דת) לפחות פעם בחודש.
- שיעור צריכת האלכוהול היה גבוה פי 2 בבנים (32.6%) מאשר בבנות (16.6%).
- שיעור צריכת האלכוהול לפחות פעם בחודש היה 37.4% בבנים יהודים, 20.1% בבנות יהודיות, 17.1% בבנים ערבים ו-4.5% בבנות ערביות.
- 12.8% מתלמידי כיתה ו' דיווחו כי הם נוהגים לשתות משקה אלכוהולי כלשהו לפחות פעם בשבוע.
- 20.9% מהתלמידים דיווחו כי השתכרו אי פעם (28.4% מהבנים ו-14.9% מהבנות).

שימוש בסמים ואלכוהול

- 4.8% מתלמידי כיתות י' (יהודים) דיווחו כי השתמשו בחשיש/מריחואנה במהלך 12 החודשים האחרונים (6.2% מהבנים ו-3.8% מהבנות). 2.5% דיווחו כי השתמשו בחודש האחרון.
- 1.7% דיווחו על שימוש באקסטזי במהלך 12 החודשים האחרונים (2.7% מהבנים ו-1.0% מהבנות).

מגמות בשימוש בסמים ואלכוהול בקרב בני נוער

- בסקרי HBSC שנערכו בין השנים 1994-2006, נצפתה ירידה באחוז המדווחים על שתיית משקאות אלכוהוליים (לפחות פעם בחודש) בכל שכבות הגיל.
- אחוז הדיווח על שתיית 5 מנות משקה אלכוהולי או יותר תוך מספר שעות נמצא במגמת עליה (מ-6.2% בשנת 1994 עד 13.7% בשנת 2006).
- אחוז התלמידים אשר דיווחו כי השתכרו אי פעם נמצא במגמת עליה מתונה בין השנים 1998-2006, הן בבנים והן בבנות.
- בין השנים 1998-2006, נצפתה מגמת ירידה באחוז המדווחים על שימוש בחשיש/מריחואנה לפחות פעם אחת במהלך 12 החודשים האחרונים (מ-8.5% בשנת 1998 ל-4.8% בשנת 2006).

שימוש בסמים ואלכוהול בקרב בוגרים

1. ממצאי סקר הרשות למלחמה בסמים

- בסקר שנערך בשנת 2008 על ידי הרשות למלחמה בסמים בקרב 4,657 מבוגרים בגילאי 18-40 שנים:
- 64.3% מהמרואיינים דיווחו ששתו משקה אלכוהולי כלשהו (שלא לצורך טקס דתי) לפחות פעם אחת בשנה האחרונה.
 - 53.2% דיווחו ששתו פעם אחת לפחות בחודש האחרון.
 - 37.3% דיווחו ששתו פעם אחת לפחות בשבוע האחרון.
 - 25% דיווחו כי השתכרו לפחות פעם אחת בשנה האחרונה ו-21% שתי לפחות פעם אחת בחודש האחרון חמש מנות משקה תוך מספר שעות.
 - שיעור צריכת אלכוהול היה גבוה פי 1.3 בגברים (73.6%) בהשוואה לנשים (54.9%).
 - 11.4% מהמרואיינים דיווחו על שימוש בסם לא חוקי כלשהו בשנה האחרונה.
 - 7% התנסו בסם לא חוקי פעם אחת לפחות במהלך החודש האחרון ו-4.3% במהלך השבוע האחרון.
 - 8.9% דיווחו על שימוש בקנאביס בשנה האחרונה.
 - 1.9% דיווחו על שימוש ב"סמים קשים" (אדולן/מתדון, אופיאטים, קוקאין, קראק, LSD, אקסטזי) בשנה האחרונה.
 - השימוש בסם לא חוקי כלשהו היה גבוה פי 1.8 בגברים (14.9%) בהשוואה לנשים (8.1%).

מגמות בשימוש בסמים ואלכוהול בקרב בוגרים

- בין השנים 1989-2008, לא נצפו שינויים בולטים בשיעורי צריכת משקאות אלכוהוליים.
- בין השנים 1998-2008, נצפתה מגמת עליה בשיעורי השימוש בסמים לא חוקיים, מ-6.6% ל-11.4%.

שימוש בסמים ואלכוהול

2. ממצאים מסקר KAP 2008

- בסקר KAP שנערך בשנים 2008-2009, 49.4% מבני 21 שנים ומעלה דיווחו על שתיית אלכוהול בחודש האחרון.
- שיעורי הדיווח על שתיית אלכוהול בחודש האחרון היו 71.3% בגברים יהודים, 42.7% בנשים יהודיות, 19.2% בגברים ערבים ו-4.5% בנשים ערביות.

3. ממצאים מסקר בריאות לאומי 2003-2004

- בסקר בריאות לאומי שנערך בשנים 2003-2004 על מדגם מייצג של 4,859 בוגרים בני 21 שנים ומעלה כחלק מסקר בריאות הנפש העולמי, 52% מאוכלוסיית הסקר דיווחו כי צרכו משקה אלכוהולי כלשהו בשנה האחרונה (65.7% מהגברים ו-38.9% מהנשים).
- 5.1% מהמראיינים דיווחו על שתיית 3 משקאות או יותר, לפחות פעם אחת בשבוע.
- שתייה מרובה תכופה (שתיית שלושה משקאות לפחות, שלוש פעמים בשבוע) דווחה על ידי 6.8% מהגברים ופחות מ-1% מהנשים.

1. רקע

השימוש בסמים ואלכוהול מהווה גורם סיכון למגוון רחב של מחלות, וביניהן: תחלואה קרדיווסקולארית, הפרעות פסיכיאטריות ואובדנות, מחלות נירולוגיות, מחלות כבד, היפגעייות, מחלות זיהומיות שונות, וכן להשפעות ארוכות טווח אצל ילדים עקב חשיפה טרום-לידתית. לפי ארגון הבריאות העולמי, ניתן לייחס לשימוש באלכוהול ובסמים כ-4% מכלל התמותה העולמית וכ-5.3% מכלל שנות החיים שאבדו בשל מוגבלות ומוות בטרם עת (DALY)^(1,2).

מקורות מידע

מקורות הנתונים בפרק זה הינם:

- (1) פרסומים של הרשות למלחמה בסמים אשר עורכת מחקרים אפידמיולוגיים במטרה לאמוד את שכיחות השימוש בחומרים פסיכואקטיביים בקרב תלמידים בבתי ספר על-יסודיים ובקרב מבוגרים בני 18-40 שנים. בסקר שנערך בשנת 2009 בקרב בני נוער, השתתפו 7,700 תלמידים בגילאי 12 עד 18 שנים, יהודים וערבים. בסקר שנערך בשנת 2008 בקרב בוגרים, השתתפו 4,657 יהודים וערבים בני 18-40 שנים. בנוסף, מוצגים נתונים מסקרים קודמים שבוצעו בשנים 1989, 1995, 1998, 2001, ו-2005⁽³⁾.
- (2) הסקר הלאומי הרב שנתי "נוער בישראל: בריאות, רווחה נפשית וחברתית ודפוסי התנהגויות סיכון". סקר זה התבצע בשנים 1994, 1998, 2002 ו-2006, והינו חלק ממחקר רב לאומי של ארגון הבריאות העולמי על התנהגויות בריאות בקרב תלמידים (Health Behaviors in School Children - HBSC). הסקר שנערך בשנת 2006 כלל 6,613 תלמידים מכיתות ו' (2,072 תלמידים), כיתות ח' (2,135 תלמידים) וכיתות י' (2,406 תלמידים), יהודים וערבים⁽⁴⁾.
- (3) סקר ידע, עמדות והתנהגות בריאותית בישראל KAP 2008. הסקר נערך על ידי המרכז הלאומי לבקרת מחלות והמחלקה לחינוך וקידום בריאות במשרד בריאות, בשנים 2008-2009, על מדגם מייצג של 4,382 בוגרים, יהודים וערבים, בני 18 שנים ומעלה. בפרק זה מוצגים נתונים על כלל אוכלוסיית הסקר מגיל 21 שנים ומעלה (4,186 נשאלים), לפי מין, לפי קבוצת גיל ולפי קבוצת אוכלוסייה⁽⁵⁾.
- (4) סקר בריאות לאומי INHIS-2 2007-2008. הסקר נערך על ידי המרכז הלאומי לבקרת מחלות וכלל ארבעה מודולים: בריאות נשים, שימוש בשירותי בריאות, מניעה ובריאות הנפש. בפרק זה מוצגים נתונים על כלל אוכלוסיית הסקר מגיל 21 שנים ומעלה, יהודים וערבים, משלושה מודולים: בריאות נשים, שימוש בשירותי בריאות ומניעה (7,380 נדגמים)⁽⁶⁾.
- (5) סקר בריאות לאומי, 2003-2004. סקר בריאות לאומי הוא חלק מסקר בריאות הנפש הבין-לאומי, The World Mental Health Survey, שנערך במקביל ב-27 מדינות בעולם. הסקר כולל שאלות במגוון רחב של נושאים בתחום הבריאות הכללית ובתחום בריאות הנפש. הסקר הישראלי, בוצע על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה עבור משרד הבריאות, וכלל מדגם מייצג של 4,859 בוגרים, יהודים וערבים, בני 21 שנים ומעלה⁽⁷⁾.

2. שימוש בסמים ואלכוהול בקרב בני נוער

2.1 ממצאים מסקרי הרשות למלחמה בסמים

בסקר שנערך ב-2009 השתתפו 7,700 תלמידים בגילאי 12-18 שנים, יהודים וערבים. שיעורי השימוש הגבוהים ביותר בחומרים פסיכואקטיביים דווחו עבור שתיית אלכוהול ועישון (טבלה 1). כמחצית מהתלמידים (49.9%) דיווחו כי שתו משקה אלכוהולי כלשהו (שלא לצורך טקס דתי) לפחות פעם אחת בשנה האחרונה, 39.5% דיווחו כי שתו פעם אחת לפחות בחודש האחרון ו-27.4% דיווחו כי שתו פעם אחת לפחות בשבוע האחרון. כ-30% דיווחו כי השתכרו לפחות פעם אחת בשנה האחרונה וכ-25% שתו לפחות פעם אחת בחודש האחרון 5 מנות משקה בתוך מספר שעות⁽³⁾.

שימוש בסם לא חוקי כלשהו בשנה האחרונה דווח על ידי 10.7% מבני הנוער. 7.8% התנסו פעם אחת לפחות במהלך החודש האחרון ו-6.5% במהלך השבוע האחרון. שימוש ב"סמים קשים" (אדולן/מתדון, אופיאטים, קוקאין, קראק, LSD, אקסטזי) לפחות פעם אחת בשנה האחרונה דווח על ידי 5.7% מבני הנוער. 5.1% דיווחו על שימוש בחודש האחרון ו-4.6% על שימוש בשבוע האחרון (טבלה 1)⁽³⁾.

טבלה 1: שימוש מדווח בחומרים פסיכואקטיביים במהלך השנה שקדמה לסקר, בני 12-18 שנים, לפי סוג החומר, 2009⁽³⁾: אחוזים

סוג החומר	שימוש מדווח (%)
טבק*	21.9
משקה אלכוהולי (כלשהו)	49.9
יין	36.3
בירה	33.6
משקאות חריפים	37.6
סמים לא חוקיים**	10.7
תרופות	6.8
הרגעה, שינה	6
מרץ	3.3
קנאביס	5.7
חשיש	4.7
מריחואנה	4.1
"סמים קשים"	5.7
אדולן/מתדון	3
אופיאטים	3
קוקאין	3.1
קראק	2.3
LSD	3.3
אקסטזי	3.1

* טבק מוגדר כחומר פסיכואקטיבי. לפירוט על השימוש במוצרי טבק (סיגריות, נרגילה) ראה פרק "עישון".

** סם לא חוקי כלשהו כולל תרופות (הרגעה, שינה, מרץ) שלא לצורך רפואי/ללא מרשם רופא חוקי, קנאביס (חשיש, מריחואנה ו"סמים קשים" (אדולן/מתדון, אופיאטים, קוקאין/קראק, LSD, אקסטזי).

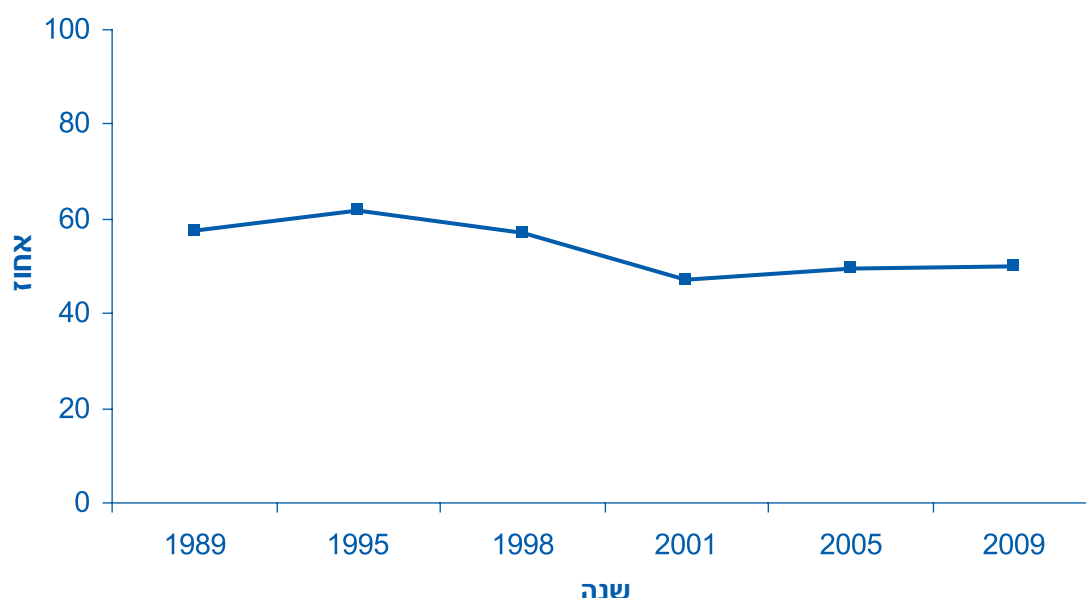
שימוש בסמים ואלכוהול

2.1.1 מגמות בשתיית משקאות אלכוהוליים

השוואת ממצאי הסקר שערכה הרשות למלחמה בסמים בשנת 2009 לממצאי הסקרים הקודמים בקרב בני 12-18 שנים, מצביעה על מגמת ירידה באחוזי צריכת האלכוהול בין השנים 1995-2001 (מ-61.9% בשנת 1995 ל-47.3% בשנת 2001), ועליה קלה בצריכה בין השנים 2001-2009 (מ-47.3% בשנת 2001 ל-49.9% בשנת 2009) (תרשים 1)⁽³⁾.

תרשים 1: שתיית משקה אלכוהולי כלשהו במהלך השנה שקדמה לסקר, בני 12-18 שנים,

1989-2009⁽³⁾: אחוזים



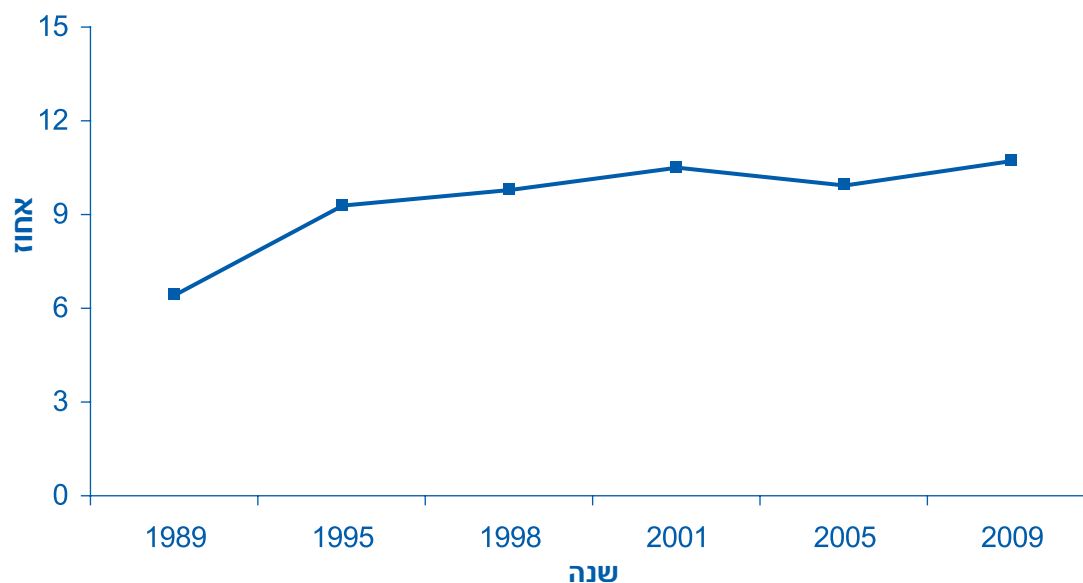
2.1.2 מגמות בשימוש בסמים לא חוקיים

בהשוואה בין ממצאי הסקר שנערך ב-2009 לסקרים קודמים, נצפתה עליה בשיעור המדווחים על שימוש בסמים: בשנת 2009, בהשוואה לשנת 1989, גדל שיעור המדווחים על שימוש בסם לא חוקי כלשהו בקרב גילאי 12-18 שנים בכ-70% (10.7% בשנת 2009 לעומת 6.4% בשנת 1989) (תרשים 2)⁽³⁾. פרוט המגמות בשימוש בחומרים פסיכואקטיביים לא חוקיים בשנה האחרונה לפי סוג החומר מופיע בתרשים 3. בין השנים 1989 ל-2009 עלה שיעור השימוש בקנאביס פי 3.4 (מ-1.7% ל-5.7%). שיעור השימוש בתרופות היה יציב בין השנים 1989-2005, ובשנת 2009 עלה פי 1.2 (מ-5.8% בשנת 2005 ל-6.8% בשנת 2009). שיעורי השימוש בסמים קשים עלו פי 3.5 בין השנים 1989-1995 (מ-1.5% בשנת 1989 ל-5.2% בשנת 1995); בין השנים 1995-2005 לא נצפה שינוי משמעותי ואילו ב-2009 נצפתה עליה (מ-3.9% בשנת 2005 ל-5.7% בשנת 2009)⁽³⁾.

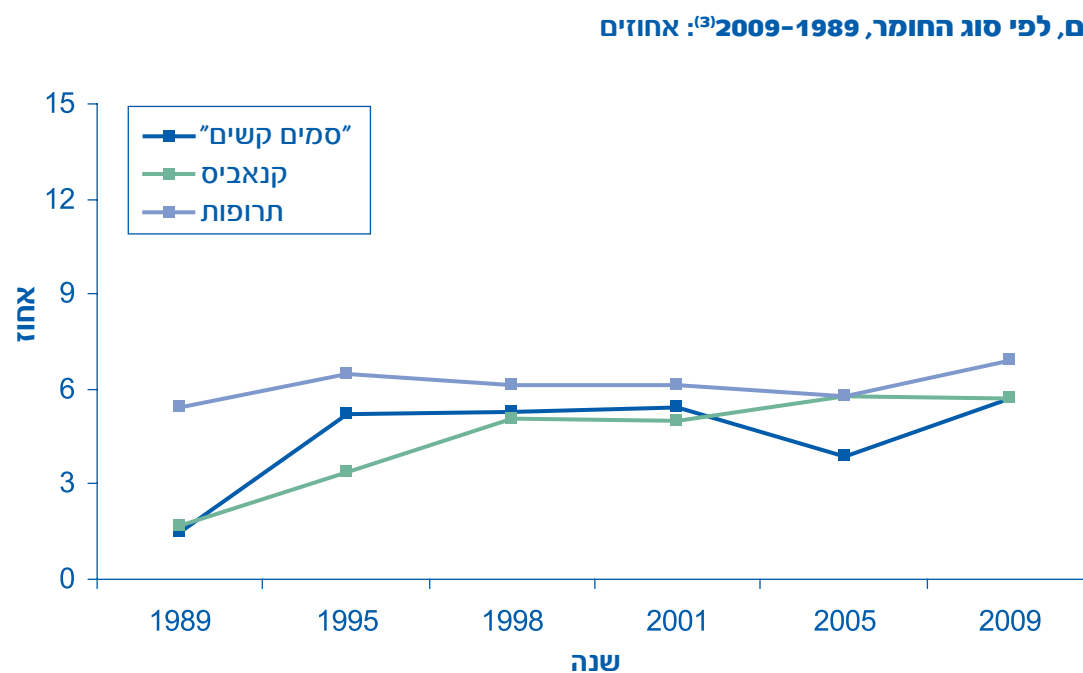
שימוש בסמים ואלכוהול

תרשים 2: שימוש בסם לא חוקי כלשהו* במהלך השנה שקדמה לסקר, בני 12-18 שנים,

1989-2009⁽³⁾: אחוזים



תרשים 3: שימוש בחומרים פסיכואקטיביים לא חוקיים במהלך השנה שקדמה לסקר, בני 12-18 שנים, לפי סוג החומר, 1989-2009⁽³⁾: אחוזים



שימוש בסמים ואלכוהול

2.1.3 שימוש בחומרים פסיכואקטיביים לפי מין ושכבת גיל

מין

בשנת 2009, שיעורי השימוש בחומרים פסיכואקטיביים בבני 12-18 שנים היו גבוהים יותר באופן מובהק בבנים מאשר בבנות⁽³⁾. שיעור השימוש בסמים לא חוקיים (כלל הסמים) היה גבוה פי 2 בבנים לעומת בנות (14.1% בבנים לעומת 6.9% בבנות). השיעורים היו גבוהים יותר בבנים מאשר בבנות גם בצריכת סוגי סמים אחרים. בשתיית אלכוהול, השיעור היה גבוה פי 1.5 בבנים (59.4%) לעומת בנות (40.6%) (טבלה 2)⁽³⁾.

טבלה 2: שימוש בחומרים פסיכואקטיביים לא חוקיים במהלך השנה שקדמה לסקר, בני 12-18 שנים, לפי מין וסוג החומר, 2009⁽³⁾: אחוזים

סוג החומר	אחוז המשתמשים		יחס שיעורים בנים/בנות
	בנות	בנים	
משקה אלכוהולי (כלשהו)	40.6	59.4**	1.5
סמים לא חוקיים*	6.9	14.1**	2.0
תרופות	4.8	8.7**	1.8
קנאביס	2.5	8.6**	3.4
"סמים קשים"	2.1	9.1**	4.3

* תרופות, קנאביס ו-"סמים קשים": ראו טבלה 1.
** $p < 0.05$ להבדלים בין המינים.

שכבת גיל

אחוז המדווחים על שתיית אלכוהול עולה עם הגיל: שיעור הצריכה גבוה פי 2 בתלמידי כיתות יב' (60.5%) בהשוואה לתלמידי כיתות ז' (29.9%). באשר לשימוש בסמים לא חוקיים, השימוש בקרב ילדי כיתה ז' נמוך בהשוואה לילדי כיתות ט' עד יב' (טבלה 3)⁽³⁾.

טבלה 3: שימוש בחומרים פסיכואקטיביים לא חוקיים במהלך השנה שקדמה לסקר, בני 12-18 שנים, לפי שכבת גיל וסוג החומר, 2009⁽³⁾: אחוזים

שכבת גיל	משקה אלכוהולי כלשהו	סם לא חוקי כלשהו*	תרופות	קנאביס	"סמים קשים"
ז'	29.9	7.2	4.7	4.2	5.1
ח'	42.3	11	7.6	5.1	7.3
ט'	50.8	10.8	7.2	5.6	5.8
י'	55.9	10.3	6.9	4.2	4.9
יא'	62	12.8	7.5	7.6	5.7
יב'	60.5	11.7	7.1	7.2	5

* תרופות, קנאביס ו-"סמים קשים": ראו טבלה 1.

2.2 ממצאים מסקר HBSC

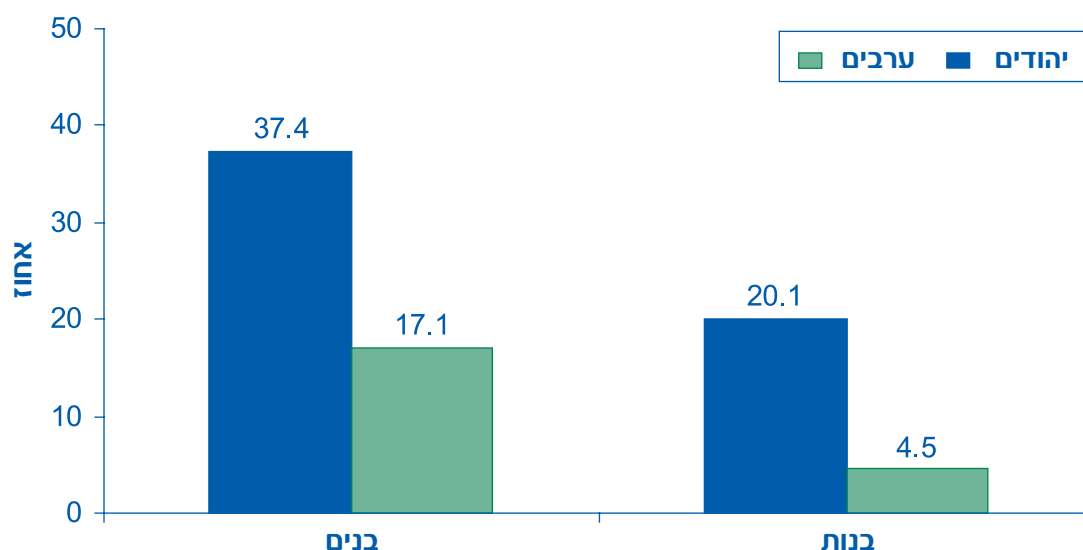
דפוסי שתיית אלכוהול ושימוש בסמים בקרב בני נוער נחקרו גם בסקר "נוער בישראל: רווחה חברתית, בריאות והתנהגויות סיכון במבט בין לאומי" (HBSC). בסקר שנערך ב-2006 השתתפו 6,613 תלמידים בכיתות ו', ח' ו-י', יהודים וערבים. השימוש באלכוהול נבדק בקרב כל התלמידים במדגם; השימוש בסמים נבדק בתלמידים יהודים חילוניים בכיתות י' בלבד⁽⁴⁾.

2.2.1 שתיית משקאות אלכוהוליים

23.5% מהתלמידים בכיתות ו', ח' ו-י' דיווחו על שתיית משקה אלכוהולי כלשהו (שלא למטרות דת) לפחות פעם בחודש (27.5% מהתלמידים היהודים ו-9.9% מהערבים). אחוז הדיווח על צריכת אלכוהול לפחות פעם בחודש גבוה פי 2 בבנים מאשר בבנות (32.6% בבנים לעומת 16.6% בבנות). באוכלוסיה היהודית, אחוז הבנים המדווחים על שתיית משקה אלכוהולי לפחות פעם בחודש גבוה פי 1.9 מאחוז הבנות (37.4% לעומת 20.1%, בהתאמה). באוכלוסיה הערבית, אחוז הבנים גבוה פי 3.8 מאחוז הבנות (17.1% לעומת 4.5%, בהתאמה). אחוז צריכת אלכוהול לפחות פעם בחודש גבוה פי 2.2 בבנים יהודים מאשר בבנים ערבים ופי 4.5 בבנות יהודיות מאשר בבנות ערביות (תרשים 4)⁽⁴⁾.

ממצאי הסקר מצביעים על אחוז גבוה של תלמידים השותים משקאות אלכוהוליים בגילאים הצעירים, כאשר 12.8% מבני 11 שנים (כיתות ו') נוהגים לשתות משקה אלכוהולי כלשהו לפחות פעם בשבוע. בהשוואה למדינות אירופה, ישראל נמצאת במקום השני לפי מדד זה (תרשים 5). ממצא זה מצביע על גיל מאוד צעיר של התנסות ראשונה באלכוהול ועלול להתבטא בשנים הקרובות בעלייה בשיעורי השתייה בגילאים המבוגרים יותר⁽⁴⁾.

תרשים 4: שתיית משקה אלכוהולי כלשהו (שלא למטרות דת) לפחות פעם בחודש, לפי קבוצת אוכלוסיה ומין, תלמידי כיתות ו', ח' ו-י', 2006⁽⁴⁾: אחוזים



שימוש בסמים ואלכוהול

תרשים 5: תלמידים בגיל 11 המדווחים על שתיית משקה אלכוהולי כלשהו לפחות פעם בשבוע, לפי מדינה, 2006⁽⁴⁾: אחוזים



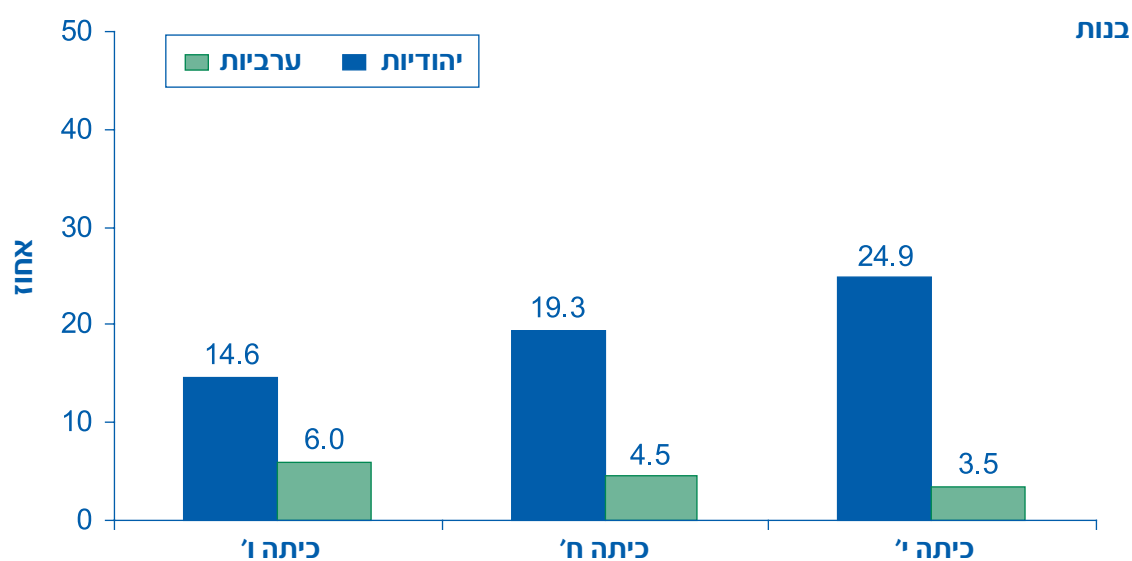
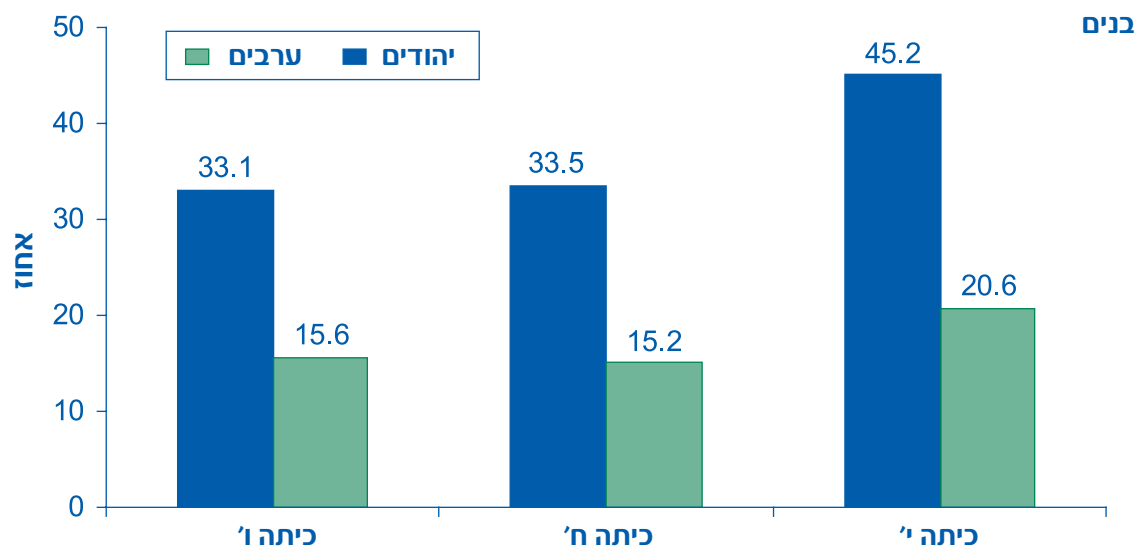
שתיית משקאות אלכוהוליים לפי גיל

בקרב יהודים, הדיווח על שתיית אלכוהול (לפחות פעם בחודש) עולה עם הגיל: בבנים, מ-33.1% בתלמידי כיתות ו' ל-45.2% בתלמידי כיתות י'; בבנות, מ-14.6% בתלמידות כיתות ו' ל-24.9% בתלמידות כיתות י' (תרשים 6)⁽⁴⁾.

שיעורי צריכת האלכוהול בבני נוער ערבים נמוכים מאשר ביהודים, כאשר שיעורי הצריכה הנמוכים ביותר נצפו בקרב בנות ערביות. אחוז הבנים הערבים שדיווחו על שתיית משקה אלכוהולי לפחות פעם בחודש עלה מ-15.6% בתלמידי כיתות ו' ל-20.6% בתלמידי כיתות י'. תמונה שונה נצפתה בקרב בנות ערביות. אחוז הבנות שדיווחו על שתיית משקה אלכוהולי לפחות פעם בחודש היה גבוה בתלמידות כיתות ו' (6%) בהשוואה לתלמידות כיתות י' (3.5%) (תרשים 6)⁽⁴⁾. יתכן כי ממצא זה מוסבר ע"י אפקט קוהורט, ובדיקה בעוד מספר שנים תוכל להבהיר את התמונה.

שימוש בסמים ואלכוהול

תרשים 6: שתיית משקה אלכוהולי כלשהו (שלא למטרות דת) לפחות פעם בחודש, לפי שכבת גיל ומין, 2006⁽⁴⁾: אחוזים



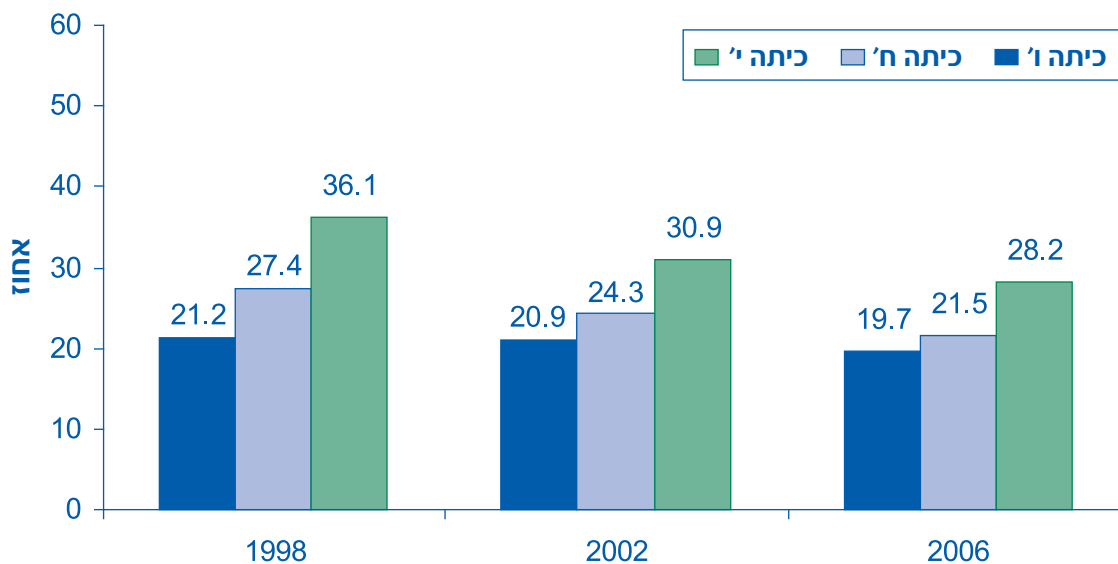
2.2.2 מגמות

בשנת 2006 היו שיעורי הדיווח על שתיית משקה אלכוהולי (לפחות פעם בחודש) נמוכים במקצת בהשוואה לשנים 1999 ו-2002, בכל שכבות הגיל (תרשים 7). עם זאת, אחוז הדיווח על שתיית 5 מנות משקה אלכוהולי או יותר תוך מספר שעות ב-30 הימים האחרונים נמצא במגמת עליה (6.2% בשנת 1994, 9.8% בשנת 1998, 12.2% בשנת 2002 ו-13.7% בשנת 2006) (תרשים 8). אחוז המדווחים על דפוס שתייה זה בשנת 2006 היה 13.7% במגזר היהודי ו-12.9% במגזר הערבי; השיעור היה גבוה פי 2.2 בבנים (19.3%) מאשר בבנות (8.8%)⁽⁴⁾.

שימוש בסמים ואלכוהול

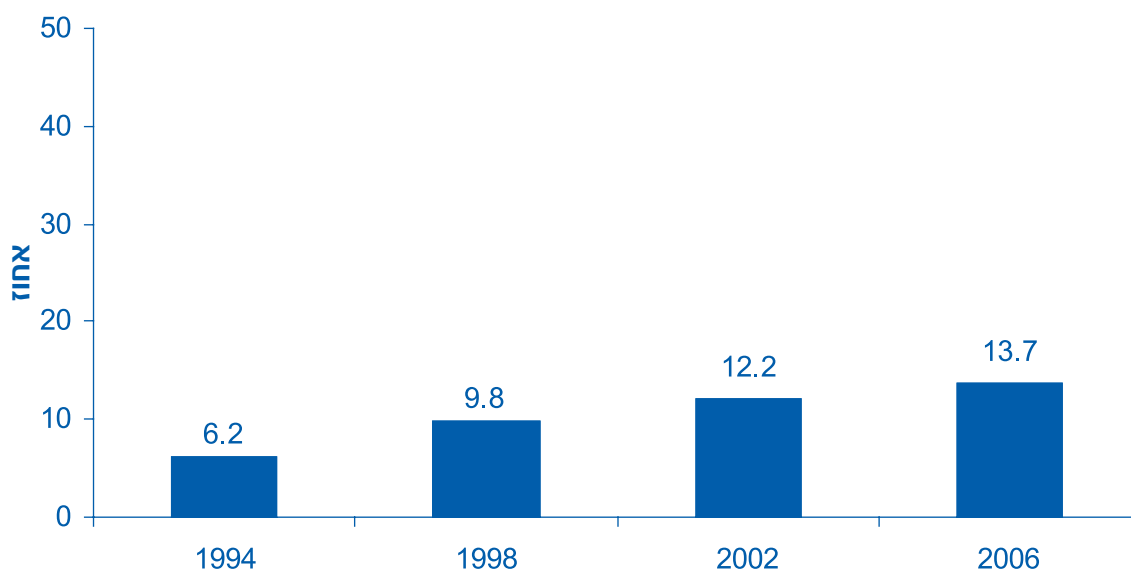
תרשים 7: שתיית משקה אלכוהולי כלשהו (שלא למטרות דת) לפחות פעם בחודש, לפי שכבת גיל,

1998, 2002 ו-2006⁽⁴⁾: אחוזים



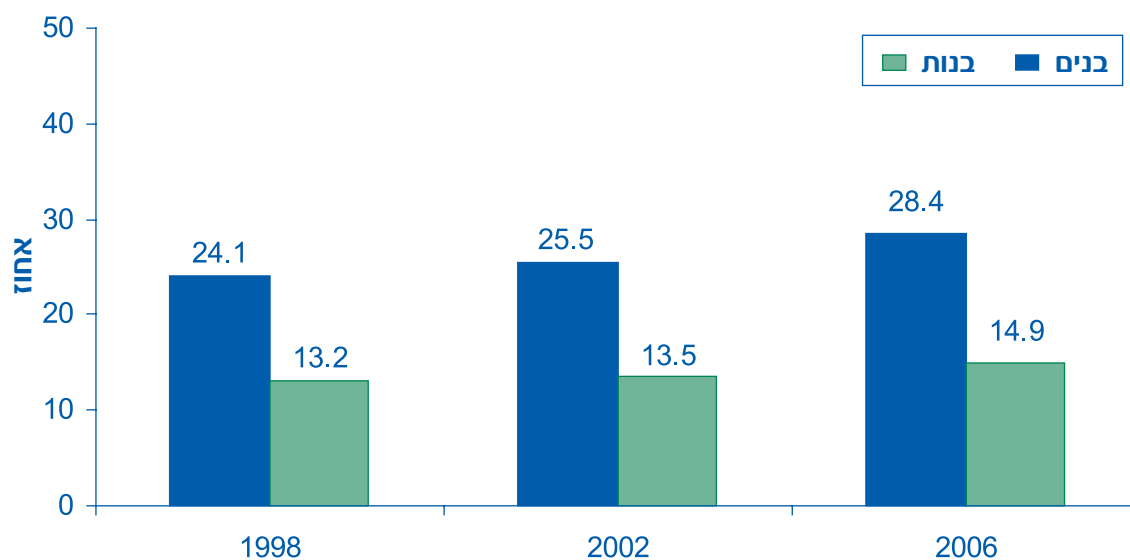
תרשים 8: שתיית 5 מנות משקה אלכוהולי או יותר תוך מספר שעות ב-30 הימים האחרונים,

תלמידי כיתות ו', ח' ו-י, 1994-2006⁽⁴⁾: אחוזים



אחוז התלמידים אשר דיווחו כי השתכרו אי פעם הוא 20.9% (בבנים 28.4% ו-14.9% בבנות) ונמצא במגמת עליה מתונה בין השנים 1998-2006, בבנים ובבנות (תרשים 9)⁽⁴⁾.

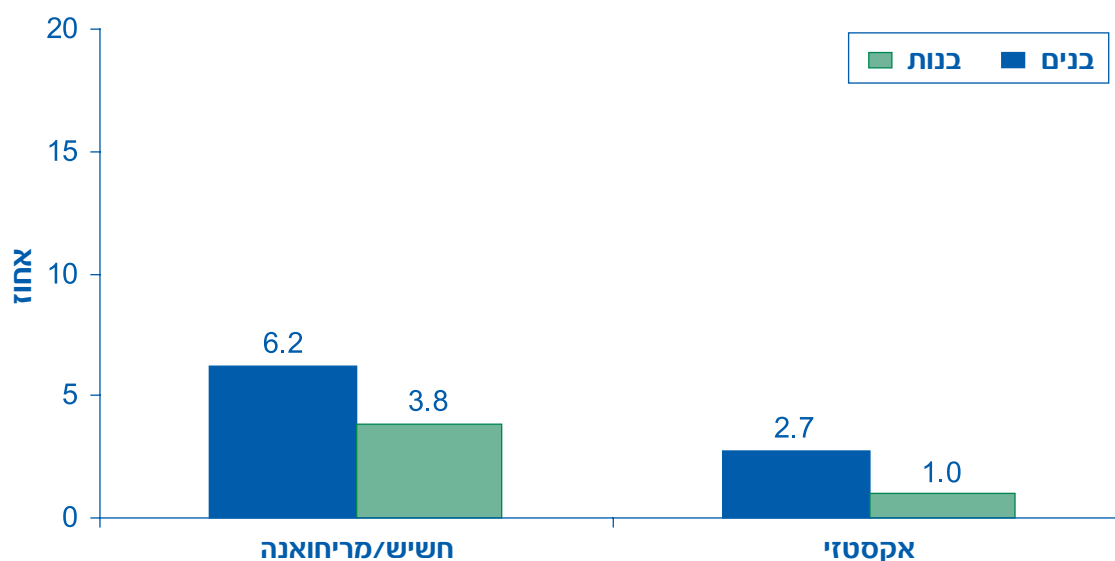
תרשים 9: תלמידי כיתות ו', ח' ו-י' שהשתכרו אי פעם, לפי מין, 1998, 2002, ו-2006⁽⁴⁾: אחוזים



2.2.3 שימוש בסמים

השימוש בסמים נבדק רק בקרב תלמידים יהודים חילוניים בכיתות י'. 4.8% מתלמידי כיתות י' דיווחו כי השתמשו בחשיש/מריחואנה במהלך 12 החודשים האחרונים (6.2% מהבנים ו-3.8% מהבנות). 1.7% דיווחו כי השתמשו באקסטזי (2.7% מהבנים ו-1.0% מהבנות) (תרשים 10)⁽⁴⁾.

תרשים 10: שימוש בחשיש/מריחואנה ואקסטזי לפחות פעם אחת במהלך 12 החודשים האחרונים, תלמידי כיתות י' (יהודים חילוניים), לפי מין, 2006⁽⁴⁾: אחוזים



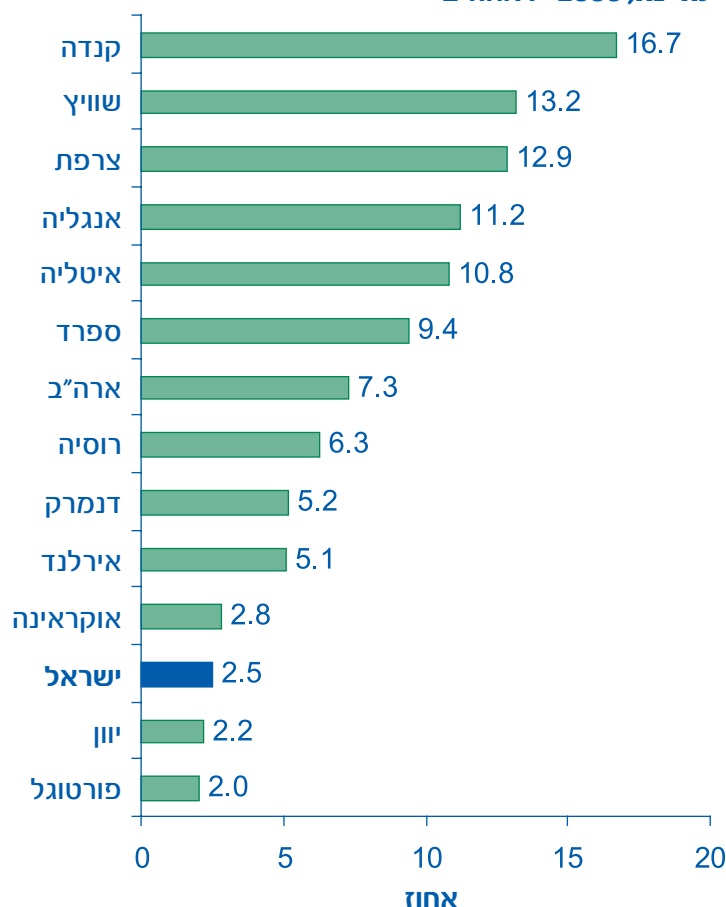
שימוש בסמים ואלכוהול

השוואה בין-לאומית

מהשוואה בין הסקרים בשנים 1998, 2002 ו-2006 עולה כי אחוז הדיווח על שימוש בחשיש/מריחואנה לפחות פעם אחת במהלך 12 החודשים האחרונים (בקרבת תלמידים בכיתות י' יהודים חילוניים) נמצא במגמת ירידה (8.5% בשנת 1998, 7.4% בשנת 2002 ו-4.8% בשנת 2006, נתונים לא מוצגים)⁽⁴⁾. 2.5% מהתלמידים בגילאי 15 דיווחו כי השתמשו בחשיש/מריחואנה לפחות פעם אחת במהלך 30 הימים האחרונים. בהשוואה למדינות אחרות השותפות במחקר, אחוז זה הוא נמוך. ההשוואה בין המדינות מוצגת בתרשים 11⁽⁴⁾.

תרשים 11: שימוש בחשיש/מריחואנה לפחות פעם אחת במהלך 30 הימים האחרונים,

תלמידי כיתות י', לפי מדינה, 2006⁽⁴⁾: אחוזים



3. שימוש בסמים ואלכוהול בקרב בוגרים

3.1 ממצאים מסקרי הרשות למלחמה בסמים

בסקר שנערך ב-2008 השתתפו 4,657 מבוגרים בגילאי 18-40 שנים, יהודים וערבים⁽³⁾. שיעורי השימוש הגבוהים ביותר בחומרים פסיכואקטיביים בשנת 2008 בקרב גילאי 18-40 שנים, דווחו עבור חומרים חוקיים (משקאות אלכוהוליים ומוצרי טבק) (טבלה 4). 64.3% מהעונים לסקר דיווחו כי שתו משקה אלכוהולי כלשהו (שלא לצורך טקס דתי) לפחות פעם אחת בשנה האחרונה, 53.2% דיווחו כי שתו פעם אחת לפחות בחודש

שימוש בסמים ואלכוהול

האחרון ו-37.3% בשבוע האחרון. 50.9% דיווחו על שתיית יין בשנה האחרונה, 46.8% דיווחו על שתיית בירה ו-43.4% על שתיית משקאות חריפים. 25% דיווחו כי השתכרו לפחות פעם אחת בשנה האחרונה ו-21% שתי לפחות פעם אחת בחודש האחרון 5 מנות משקה בתוך שעות אחדות⁽³⁾. שימוש בסם לא חוקי כלשהו בשנה האחרונה דווח ע"י 11.4% מהמרואיינים. 7% התנסו פעם אחת לפחות במהלך החודש האחרון ו-4.3% במהלך השבוע האחרון. שימוש בקנאביס דווח ע"י 8.9% מהמרואיינים. 1.9% דיווחו על שימוש ב"סמים קשים" (כל הסמים מלבד קנאביס ותרופות). שיעורי השימוש הגבוהים ביותר אשר דווחו בשנה האחרונה בקטגוריה זו הם: LSD (1%), אקסטזי (1%) וקוקאין (0.9%) (טבלה 4)⁽³⁾. יש לזכור כי הנתונים מבוססים על דיווח עצמי, ולפיכך תוקפם מוגבל וקרוב לוודאי הם אינם משקפים באופן מלא את שיעור השימוש האמיתי בחומרים אלו⁽³⁾.

טבלה 4: שימוש מדווח בחומרים פסיכואקטיביים במהלך השנה שקדמה לסקר, בני 18-40 שנים, לפי סוג החומר, 2008⁽³⁾: אחוזים

שימוש מדווח (%)	סוג החומר
37.6	טבק*
64.3	משקה אלכוהולי (כלשהו)
50.9	יין
46.8	בירה
43.4	משקאות חריפים
11.4	סמים לא חוקיים**
3.3	תרופות
2.8	הרגעה, שינה
1.0	מרץ
8.9	קנאביס
7.9	חשיש
6.3	מריחואנה
1.9	"סמים קשים"
0.2	אדולן/מתדון
0.1	אופיום
0.5	הרואין
0.9	קוקאין
0.2	קראק
1.0	LSD
1.0	אקסטזי

* טבק מוגדר כחומר פסיכואקטיבי (לפירוט על השימוש במוצרי טבק, סיגריות ונרגילה ראה פרק "עישון").

** סם לא חוקי כלשהו כולל תרופות (הרגעה, שינה, מרץ) שלא לצורך רפואי/ללא מרשם רופא חוקי, קנאביס (חשיש, מריחואנה) ו"סמים קשים" (אדולן/מתדון, אופיאטים, קוקאין/קראק, LSD, אקסטזי).

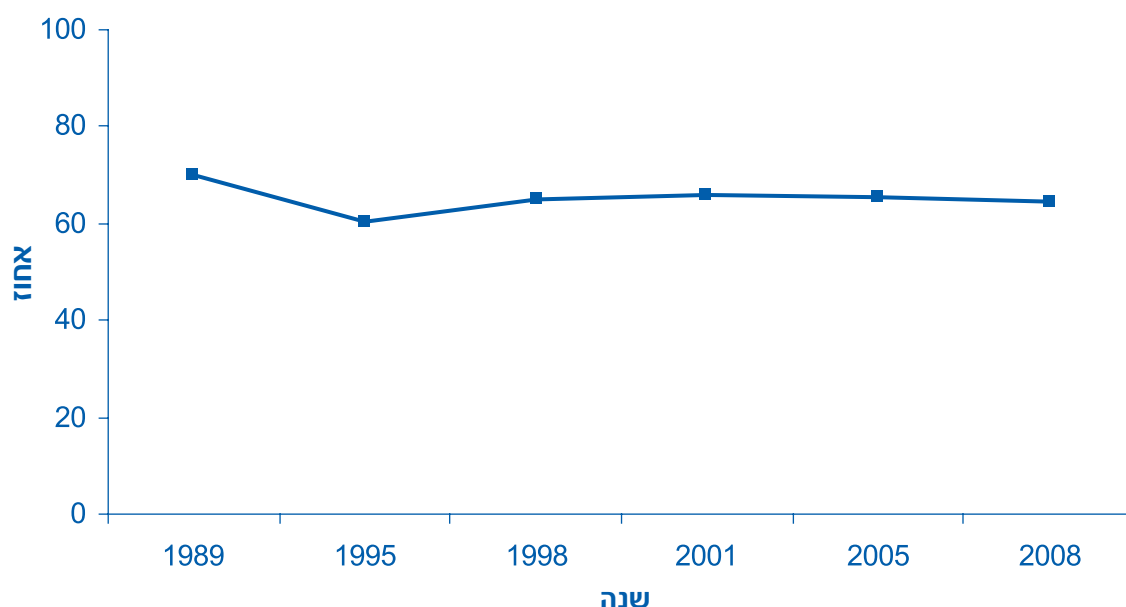
שימוש בסמים ואלכוהול

3.1.1 מגמות בשתיית משקאות אלכוהוליים

בהשוואה בין ממצאי סקר 2008 לבין ממצאי הסקרים שנערכו בין השנים 1998-2005, לא נצפו שינויים בולטים בשיעורי צריכת משקאות אלכוהוליים בקרב מבוגרים בני 18-40 שנים (תרשים 12)⁽³⁾.

תרשים 12: שתיית משקה אלכוהולי כלשהו במהלך השנה שקדמה לסקר, בני 18-40 שנים, 1989-2008⁽³⁾:

אחוזים



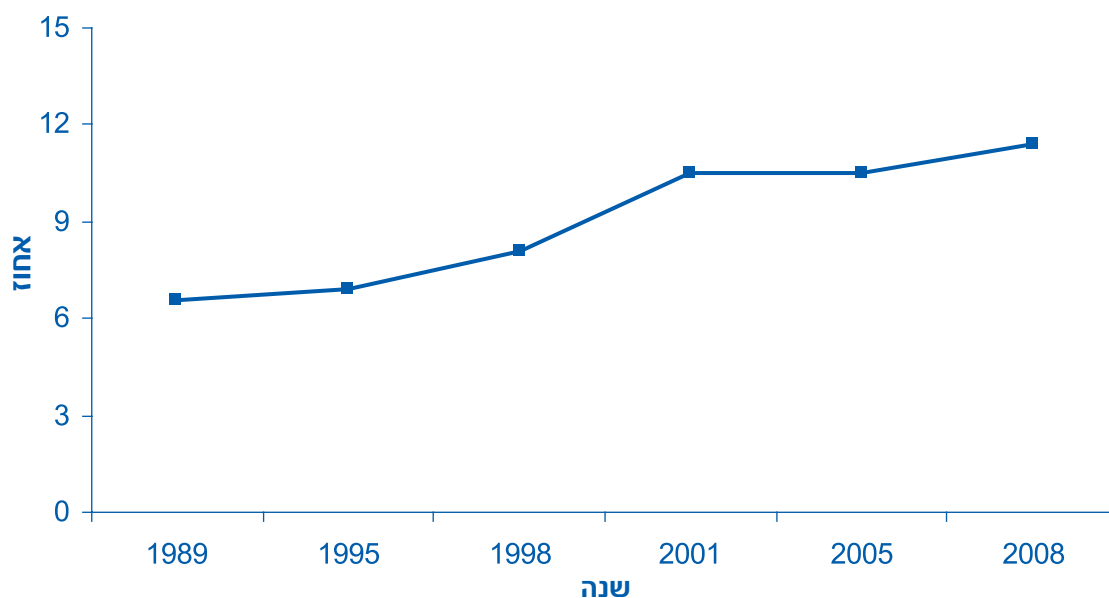
3.1.2 מגמות בשימוש בסמים לא חוקיים

בין השנים 1998-2008 נצפתה מגמת עליה בשיעורי השימוש בסמים לא חוקיים. בשנת 2008, אחוז המדווחים על שימוש בסם לא חוקי כלשהו במהלך השנה שקדמה לסקר היה גבוה פי 1.7 מאחוז המדווחים בשנת 1998 (11.4% לעומת 6.6%) (תרשים 13)⁽³⁾.

בהשוואה לשנת 1998, השיעור המדווח בשנת 2008 של שימוש בקנאביס עלה פי 2.9 (מ-3.1% בשנת 1998 ל-8.9% בשנת 2008). העלייה החדה ביותר התרחשה בין השנים 1998-2001 (עליה של 42.8%). לא נצפה שינוי במגמת השימוש ב"סמים קשים" בין השנים 1989-2008. שיעורי השימוש המדווח בתרופות ירדו מ-3.8% בשנת 1989 ל-2.2% בשנת 2005, ובשנת 2008 עלו ב-50% (מ-2.2% בשנת 2005 ל-3.3% בשנת 2008) (תרשים 14)⁽³⁾.

תרשים 13: שימוש בסם לא חוקי* כלשהו במהלך השנה שקדמה לסקר, בני 18-40 שנים,

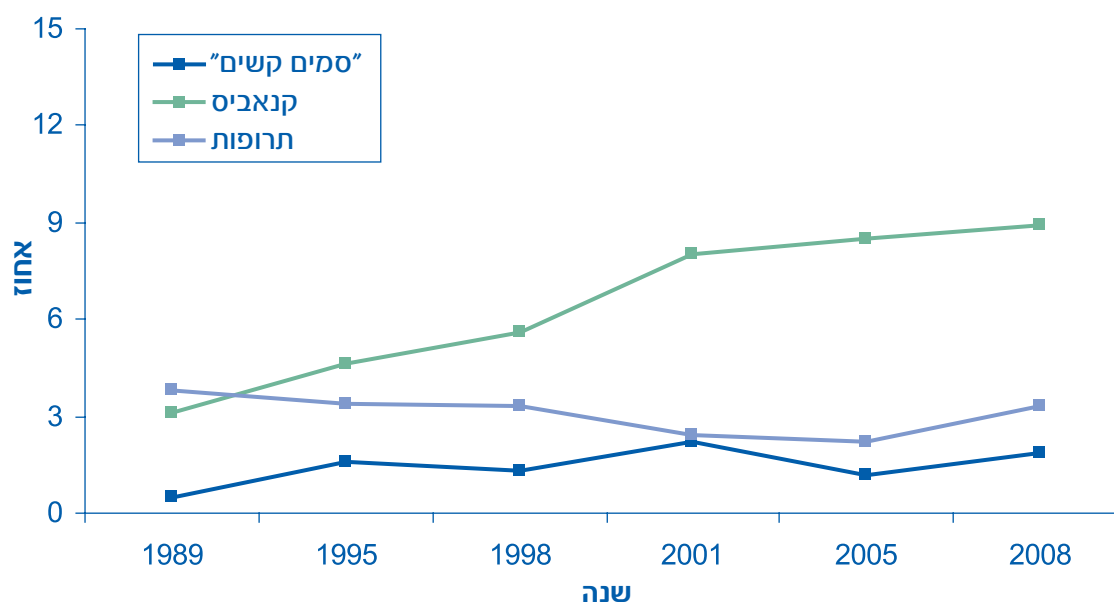
2008-1989⁽³⁾: אחוזים



* סם לא חוקי כלשהו כולל תרופות (הרגעה, שינה, מרץ) שלא לצורך רפואי/ללא מרשם רופא חוקי, קנאביס (חשיש, מריחואנה ו"סמים קשים" (אדולן/מתדון, אופיאטים, קוקאין/קראק, LSD, אקסטזי).

תרשים 14: שימוש בחומרים פסיכואקטיביים לא חוקיים במהלך השנה שקדמה לסקר,

בני 18-40 שנים, לפי סוג החומר, 2008-1989⁽³⁾: אחוזים



שימוש בסמים ואלכוהול

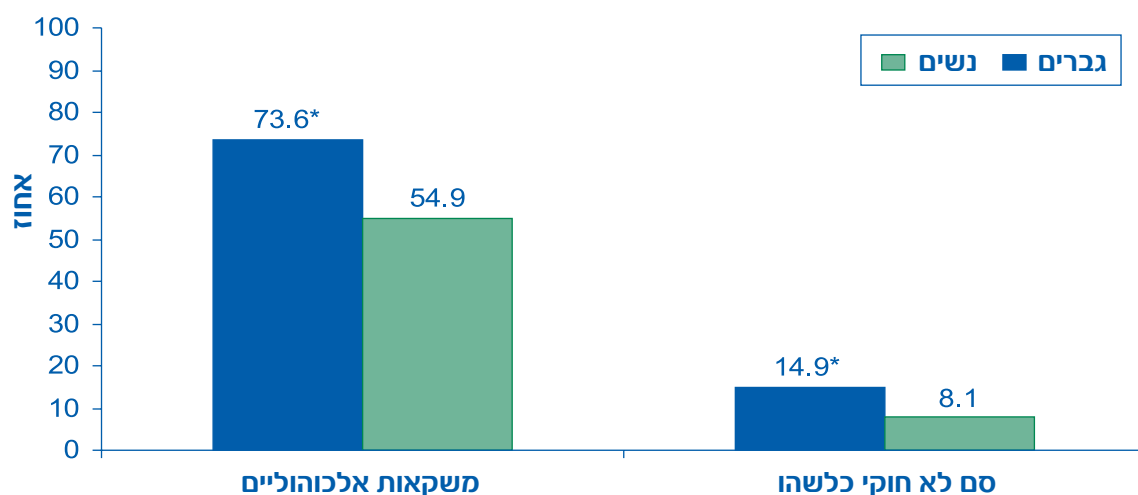
3.1.3 מאפיינים דמוגרפים של המשתמשים בסמים ואלכוהול

מין

שיעורי הדיווח על שימוש באלכוהול ובסמים למיניהם בשנה שקדמה לסקר היו גבוהים יותר באופן מובהק בגברים מאשר בנשים. שיעור צריכת אלכוהול בקרב גברים (73.6%) גבוה פי 1.3 בהשוואה לנשים (54.9%). שימוש בסם לא חוקי כלשהו גבוה פי 1.8 בגברים (14.9%) בהשוואה לנשים (8.1%) (תרשים 15). אחוז הגברים אשר דיווחו על שימוש בקנאביס בשנה שקדמה לסקר (12.3%) היה גבוה פי 2.2 מאחוז הנשים (5.5%). שיעור השימוש בתרופות בקרב גברים (4%) גבוה פי 1.4 בהשוואה לשיעור השימוש בקרב נשים (2.8%). אחוז המדווחים על שימוש ב-"סמים קשים" היה גבוה פי 4.3 בגברים (3%) לעומת נשים (0.7%) (תרשים 16)⁽³⁾.

תרשים 15: שימוש באלכוהול וסמים לא חוקיים במהלך השנה שקדמה לסקר, בני 18-40 שנים, לפי

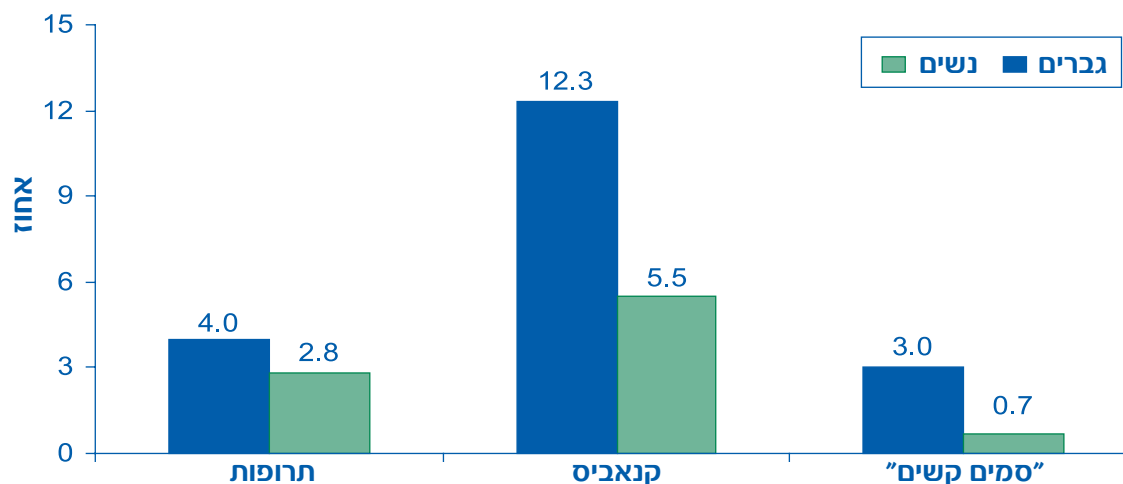
מין, 2008⁽³⁾: אחוזים



* $p < 0.05$, בין הקבוצה המסומנת בכוכבית לבין ממוצע יתר הקבוצות.

תרשים 16: שימוש בחומרים פסיכואקטיביים לא חוקיים במהלך השנה שקדמה לסקר, בני 18-40

שנים, לפי מין וסוג החומר, 2008⁽²⁾: אחוזים

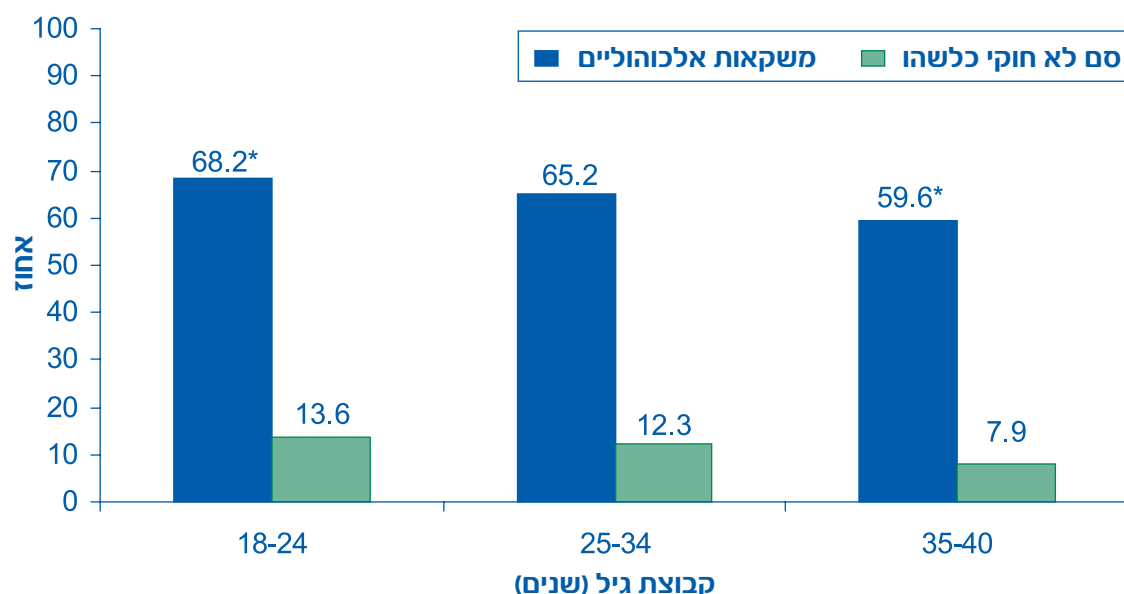


שימוש בסמים ואלכוהול

גיל

שיעורי הדיווח על צריכת משקאות אלכוהוליים בשנה שקדמה לסקר היו גבוהים יותר בקבוצת הגיל הצעירה ונמוכים יותר בקבוצות הגיל המבוגרות יותר. השיעורים הגבוהים ביותר נצפו בבני 18-24 שנים (68.2%) ובבני 25-34 שנים (65.2%), לעומת קבוצת הגיל 35-40 שנים (59.6%). גם שיעורי השימוש בסם לא חוקי היו נמוכים יותר עם העלייה בגיל. השיעור בקרב בני 18-24 שנים (13.6%) גבוה פי 1.7 מאשר בבני 35-40 שנים (7.9%) (תרשים 17).⁽³⁾

תרשים 17: שימוש באלכוהול וסמים לא חוקיים במהלך השנה שקדמה לסקר, בני 18-40 שנים, לפי קבוצת גיל, 2008⁽³⁾: אחוזים

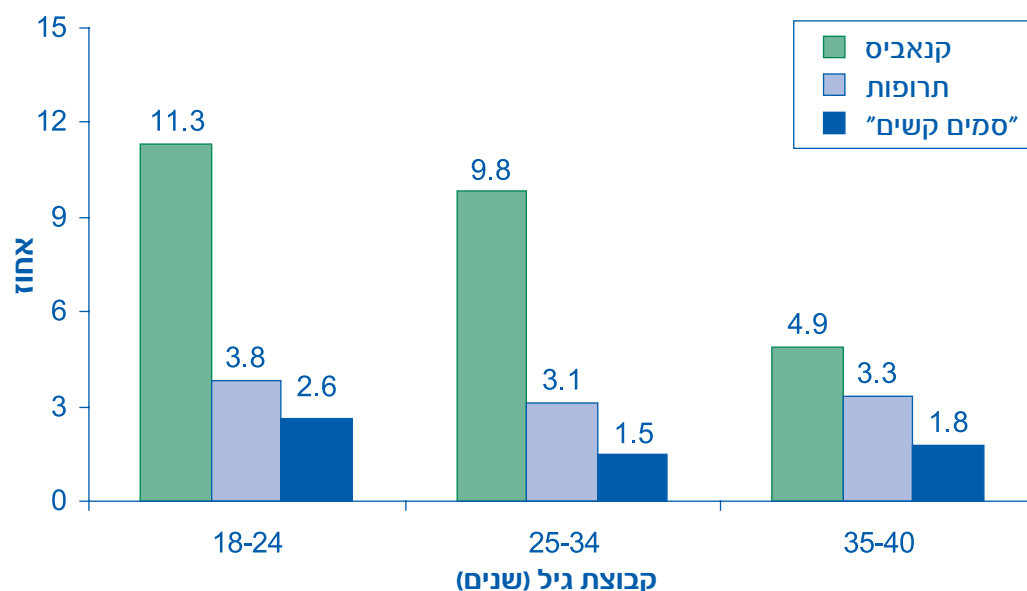


* $p < 0.05$, בין הקבוצה המסומנת בכוכבית לבין ממוצע יתר הקבוצות.

בתרשים 18 מוצגים שיעורי השימוש בסוגים השונים של סמים לא חוקיים לפי קבוצת גיל. שיעורי השימוש בקנאביס יורדים עם הגיל: השיעור בבני 18-24 שנים (11.3%) גבוה פי 2.3 מהשיעור בבני 35-40 שנים (4.9%). גם בשימוש ב"סמים קשים" נצפתה ירידה עם הגיל, מ-2.6% בבני 18-24 שנים ל-1.8% בבני 35-40 שנים. לא נצפו הבדלים בגילאים השונים בשימוש בתרופות שלא לצורך רפואי (תרשים 18).⁽³⁾

שימוש בסמים ואלכוהול

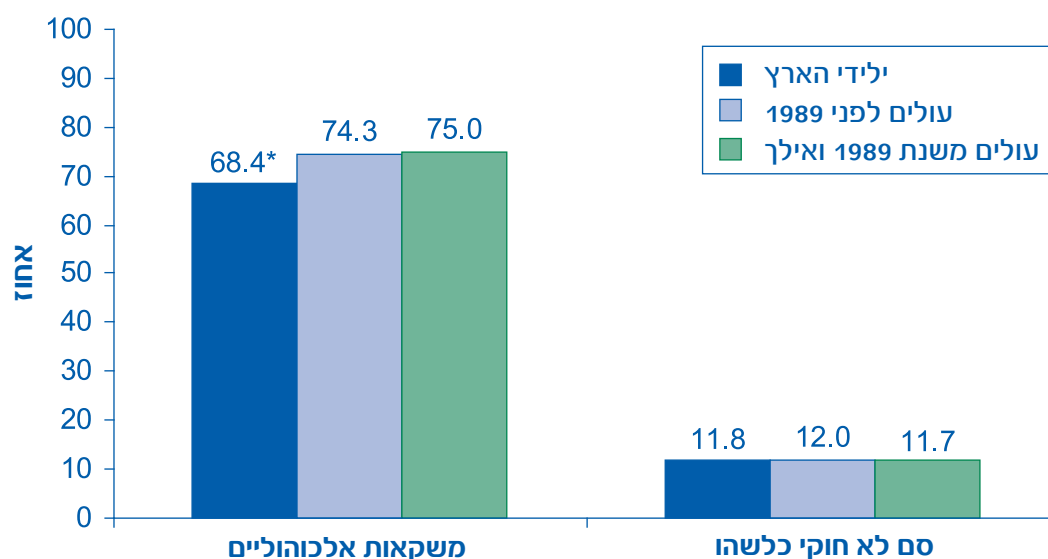
תרשים 18: שימוש בחומרים פסיכואקטיביים לא חוקיים במהלך השנה שקדמה לסקר, בני 18-40 שנים, לפי קבוצת גיל וסוג החומר, 2008⁽³⁾: אחוזים



ארץ מוצא

שיעורי צריכת משקאות אלכוהוליים בשנה שקדמה לסקר בקרב יהודים גבוהים יותר באוכלוסיית העולים (הן בעולים לפני 1989 והן בעולים משנת 1989 ואילך) בהשוואה לילידי הארץ. לא נמצא קשר בין ארץ מוצא לשימוש בסם לא חוקי כלשהו (תרשים 19)⁽³⁾.

תרשים 19: שימוש באלכוהול וסמים במהלך השנה שקדמה לסקר, בני 18-40 שנים, לפי ותק בארץ, 2008⁽³⁾: אחוזים

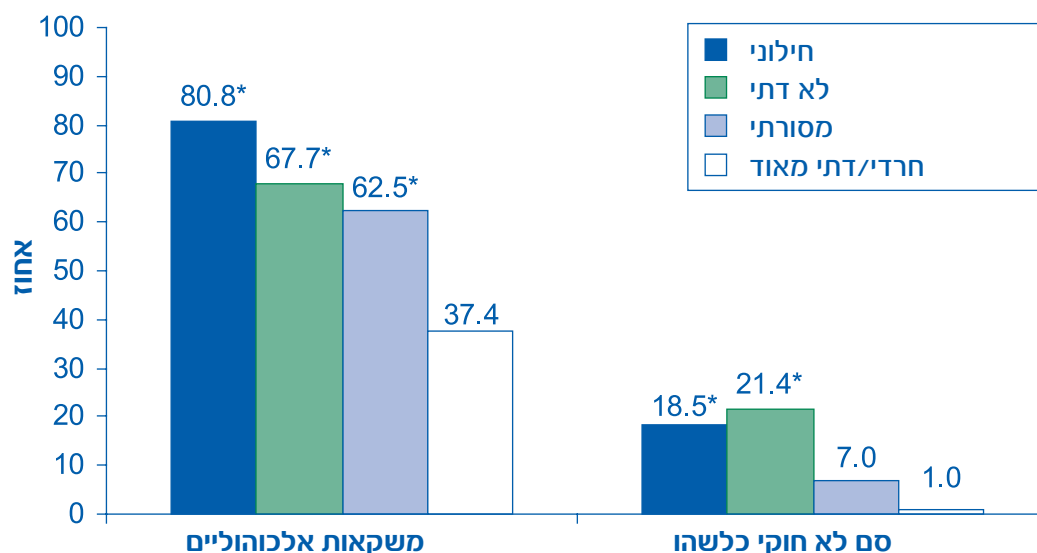


* $p < 0.05$, בין הקבוצה המסומנת בכוכבית לבין ממוצע יתר הקבוצות.

מידת דתיות

שיעורי השימוש הגבוהים ביותר הן באלכוהול והן בסמים היו בקרב מרואיינים שהגדירו את עצמם כחילוניים (אלכוהול: 80.8%; סמים: 18.5%) או כלא דתיים (אלכוהול: 67.7%; סמים: 21.4%). במקביל, שיעורי השימוש הנמוכים ביותר היו בקרב אלו שהגדירו עצמם כחרדים או כדתיים מאוד (אלכוהול: 37.4%; סמים: 1.0%) (תרשים 20)⁽³⁾.

תרשים 20: שימוש באלכוהול וסמים במהלך השנה שקדמה לסקר, בני 18-40 שנים, לפי דתיות, 2008⁽²⁾: אחוזים



* $p < 0.05$, בין הקבוצה המסומנת בכוכבית לבין ממוצע יתר הקבוצות.

3.2 ממצאים מסקר KAP 2008

סקר KAP נערך בשנים 2008-2009 על מדגם מייצג של 4,382 בוגרים, יהודים וערבים בני 18 שנים ומעלה⁽⁵⁾. בפרק זה מוצגים נתונים על כלל אוכלוסיית הסקר מגיל 21 שנים ומעלה (4,186 נשאלים), לפי מין, לפי קבוצת גיל ולפי קבוצת אוכלוסייה.

3.2.1 צריכת משקאות אלכוהוליים לפי מאפיינים דמוגרפיים

49.4% מכלל האוכלוסייה דיווחו על שתיית אלכוהול בחודש האחרון (האחוז משוקלל לקבוצת אוכלוסייה, לגיל ולמין)⁽⁵⁾. יש לציין כי ממצא מאוד דומה דווח מסקר לאומי INHIS-2 2007-2008 שנערך על ידי המרכז הלאומי לבקרת מחלות, על מדגם של 7,380 איש: 49.2% דיווחו על שתיית אלכוהול בחודש האחרון⁽⁶⁾.

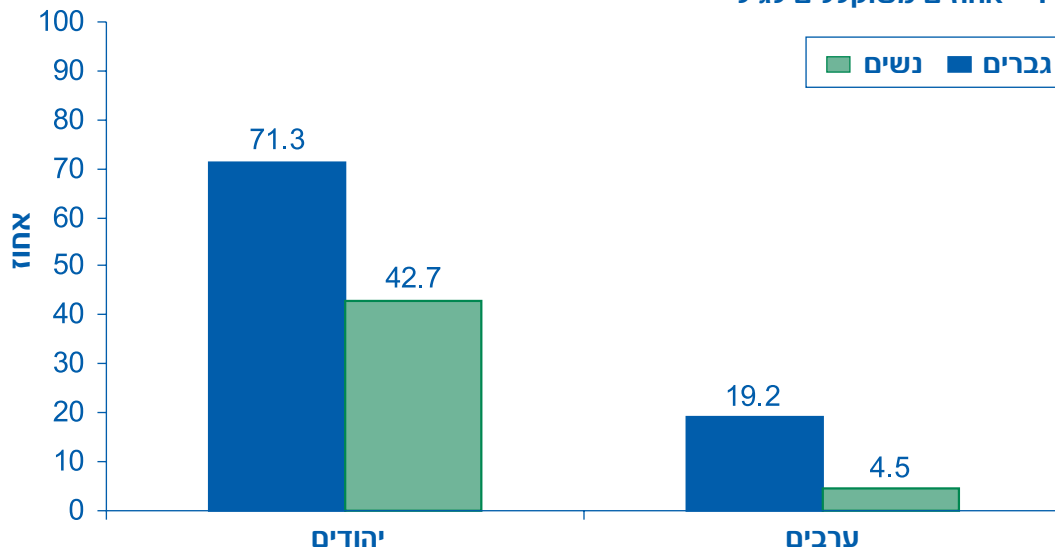
שימוש בסמים ואלכוהול

קבוצת אוכלוסייה ומין

אחוז היהודים אשר דיווחו על שתיית אלכוהול בחודש האחרון היה גבוה פי 4.7 מאחוז הערבים (56.4%-11.9%, בהתאמה, $p < 0.05$). אחוז הגברים שדיווחו על שתיית אלכוהול בחודש האחרון היה גבוה באופן מובהק מאחוז הנשים, הן ביהודים והן בערבים. אחוז הגברים היהודים היה גבוה פי 1.7 מאחוז הנשים היהודיות (71.3%-42.7%, בהתאמה) ואחוז הגברים הערבים היה גבוה פי 4.3 מאחוז הנשים הערביות (19.2%-4.5%, בהתאמה) (תרשים 21)⁽⁵⁾. הנתונים מוצגים לפי קבוצת אוכלוסייה ומין ומשוקללים לגיל, על פי התפלגות גיל האוכלוסייה.

תרשים 21: שתיית משקה אלכוהולי כלשהו בחודש שקדם לסקר, לפי קבוצת אוכלוסייה ומין,

2008⁽⁵⁾: אחוזים משוקללים לגיל



קבוצת גיל ומין

אחוזי הדיווח על שתיית משקה אלכוהולי כלשהו בחודש שקדם לסקר גבוהים יותר בגברים מאשר בנשים, הן ביהודים והן בערבים, בכל קבוצות הגיל (תרשים 22)⁽⁵⁾.

בגברים יהודים, שיעורי הדיווח הגבוהים ביותר היו בקרב בני 64-55 שנים (77.1%) ובקרב בני 21-34 שנים (75.5%). שיעורי השתייה הנמוכים ביותר נמצאו בבני 65 שנים ומעלה (60.2%). בקרב נשים יהודיות, שיעורי השתייה היו גבוהים יותר (בין 44.5%-48.6%) בנשים בנות 21-54 שנים, ונמוכים יותר בקבוצות הגיל הבאות: 40.3% בבנות 64-55 שנים ו-32.7% בבנות 65 שנים ומעלה (תרשים 22)⁽⁵⁾.

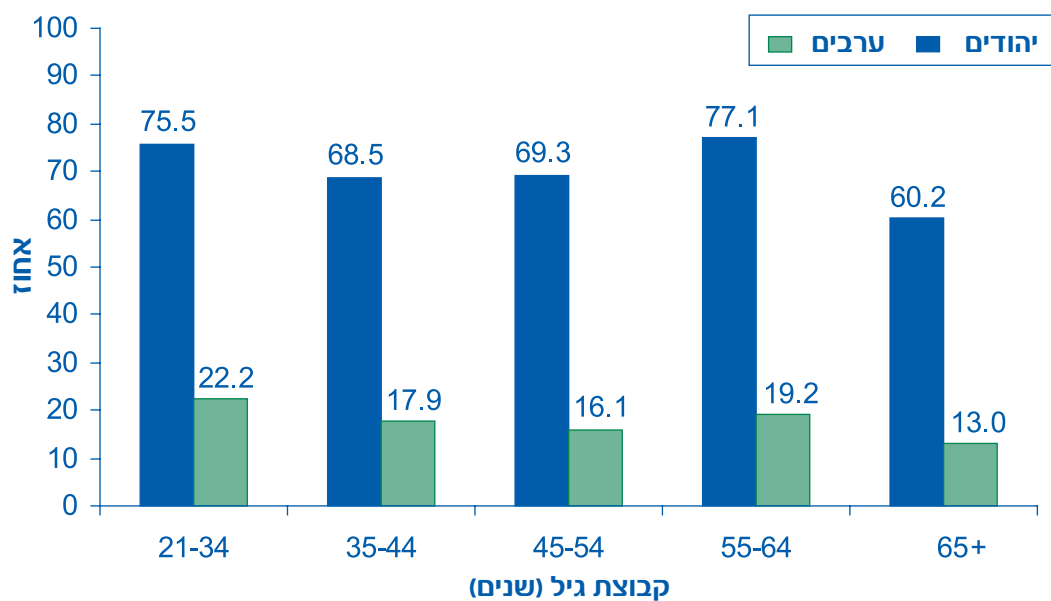
כאמור, שיעורי צריכת האלכוהול נמוכים יותר באוכלוסייה הערבית בהשוואה לאוכלוסייה היהודית. אחוזי הצריכה הגבוהים ביותר בערבים נצפו בגברים בקבוצת הגיל הצעירה, בני 21-34 שנים (22.2%), ואחוזי הצריכה הנמוכים ביותר דווחו בקרב גילאי 65 שנים ומעלה (13%). בנשים ערביות, שיעורי שתיית האלכוהול היו נמוכים בכל קבוצות הגיל. השיעור הגבוה ביותר נצפה בבנות 45-54 שנים (7.5%) והשיעור הנמוך ביותר נצפה בבנות 55 שנים ומעלה (2.7%) (נתונים לא מוצגים). השיעורים בנשים ערביות בנות 64-55 שנים ו-65 שנים ומעלה מבוססים על מספרים קטנים (תרשים 22)⁽⁵⁾.

שימוש בסמים ואלכוהול

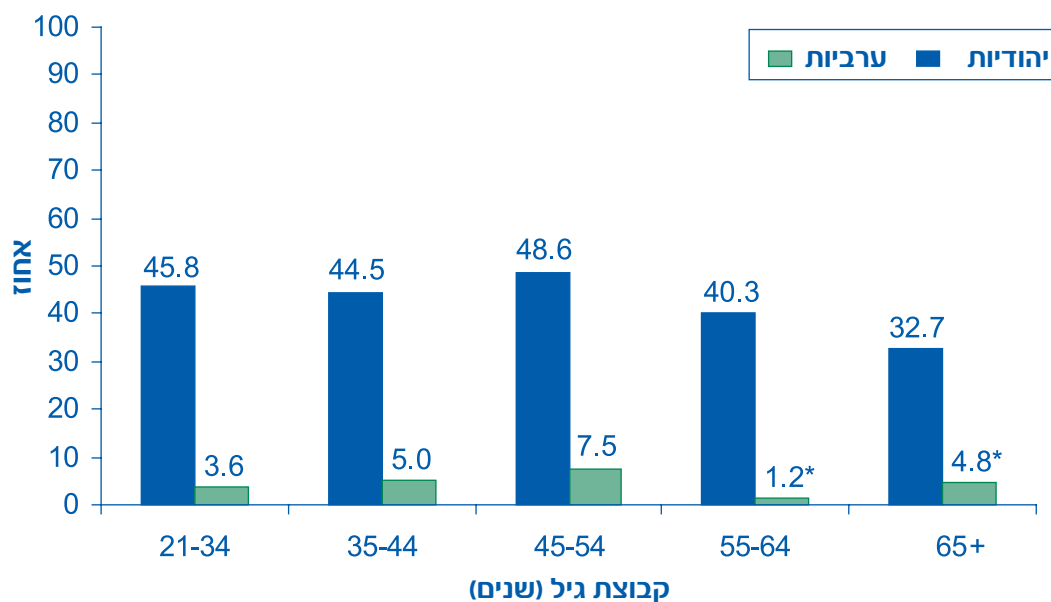
תרשים 22: שתיית משקה אלכוהולי כלשהו בחודש שקדם לסקר, לפי מין, גיל וקבוצת אוכלוסייה,

2008⁽⁵⁾: אחוזים

גברים



נשים



* מבוסס על מספר קטן של מקרים.

סוג המשקה

84.7% מהיהודים שדיווחו כי שתו אלכוהול בחודש האחרון ו-60% מהערבים, שתו יין (כולל יין לקידוש והבדלה). על שתיית בירה דיווחו 47.2% מהיהודים ו-69.4% מהערבים, ועל שתיית קוניאק, וודקה, ערק וכדומה דיווחו 40.5% מהיהודים ו-75% מהערבים⁽⁵⁾. (האחוזים מתייחסים למרואיינים שדיווחו על שתיית אלכוהול בחודש שקדם לסקר).

3.3 ממצאים מסקר בריאות לאומי 2003-2004

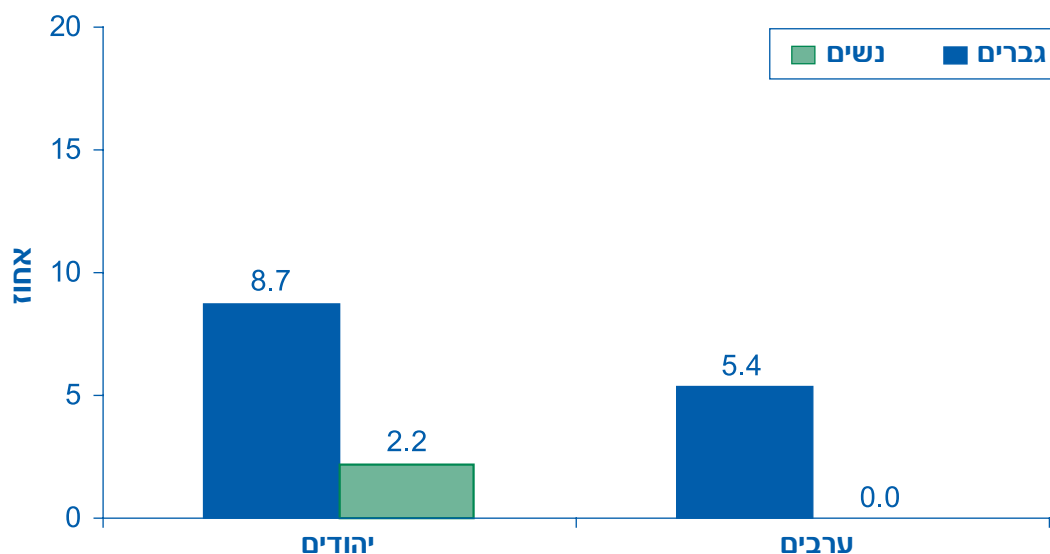
סקר בריאות לאומי הוא חלק מסקר בריאות הנפש הבין-לאומי, The World Mental Health Survey, שבוצע במקביל ב-27 מדינות בעולם. הסקר כלל שאלות במגוון רחב של נושאים בתחום הבריאות הכללית ובריאות הנפש, וביניהם צריכת אלכוהול והרגלי שתייה. הסקר הישראלי בוצע על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה עבור משרד הבריאות. הסקר כלל מדגם מייצג של 4,859 בוגרים, יהודים וערבים בני 21 שנים ומעלה⁽⁷⁾. הנדגמים רואיינו בביתם, בראיון פנים-אל-פנים.

3.3.1 קבוצת אוכלוסיה ומין

52% מאוכלוסיית הסקר דיווחו כי צרכו משקה אלכוהולי כלשהו בשנה האחרונה שקדמה לסקר, כאשר אחוז הגברים היה גבוה פי 1.7 בהשוואה לאחוז הנשים (65.7% לעומת 38.9%, בהתאמה). אחוז היהודים אשר דיווחו על צריכת אלכוהול בשנה האחרונה היה גבוה פי 2.4 מאחוז הערבים (55% לעומת 22.7%, בהתאמה)⁽⁷⁾. 5.1% דיווחו על שתייה "תכופה" (שתיית 3 משקאות או יותר לפחות פעם אחת בשבוע). אחוז הגברים היהודים שדיווחו על שתיית 3 משקאות או יותר היה גבוה פי 4 מאחוז הנשים היהודיות (8.7% לעומת 2.2%, בהתאמה). 5.4% מהגברים הערבים דיווחו על שתיית 3 משקאות או יותר, ובנשים ערביות לא דווח על צריכת אלכוהול בכמויות אלו (תרשים 23)⁽⁷⁾.

תרשים 23: דיווח על שתיית 3 משקאות או יותר לפחות פעם אחת בשבוע שקדם לסקר, לפי מין

וקבוצת אוכלוסיה, 2003-2004⁽⁷⁾: אחוזים

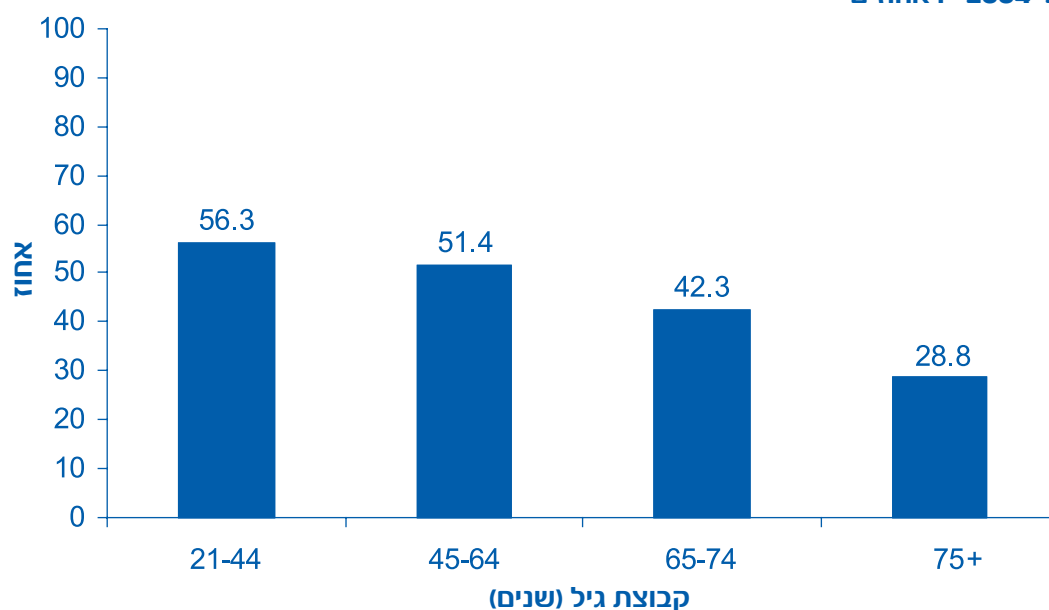


3.3.2 גיל

ככל שהגיל עולה כך יורדים שיעורי הדיווח על שתיית משקה אלכוהולי כלשהו בשנה שקדמה לסקר. אחוז המדווחים גבוה פי 2 בבני 21-44 שנים בהשוואה לבני 75 שנים ומעלה (56.3% לעומת 28.8%, בהתאמה) (תרשים 24)⁽⁷⁾.

תרשים 24: שתיית משקה אלכוהולי כלשהו באחרונה שקדמה לסקר, לפי גיל,

2004-2003⁽⁶⁾: אחוזים



3.3.3 שתייה מרובה תכופה

שתייה מרובה תכופה, שהוגדרה כשתיית שלושה משקאות לפחות, שלוש פעמים בשבוע, דווחה על ידי 6.8% מהגברים ופחות מ-1% מהנשים. התנהגות זו הייתה שכיחה יותר בצעירים: 4.6% בבני 21-44 שנים לעומת פחות מ-2% בבני 45 שנים ומעלה⁽⁷⁾.

4. ביבליוגרפיה

1. Room R, Babor T, Rehm J. Alcohol and public health. Lancet 2005;365:519-530.
2. Global Health Risks: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. World Health Organization, Geneva, 2009. Available at: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks
3. בר-המבורגר ר, אזרחי י, רוזינר א, ניראל ר. דוח מחקר מסכם: השימוש בחומרים פסיכואקטיביים בקרב תושבי ישראל 2009 מחקר אפידמיולוגי VII, הרשות למלחמה בסמים, 2010.
4. נתונים באדיבות ד"ר יוסי הראל פיש, ראש תוכנית המחקר הבין-לאומי על רווחתם ובריאותם של בני נוער, בית הספר לחינוך והמחלקה לקרימינולוגיה, אוניברסיטת בר-אילן. ממצאים מסקר נוער בישראל - רווחה חברתית, בריאות והתנהגויות סיכון במבט בין-לאומי (2006).
5. סקרי ידע, עמדות והתנהגות בריאותית בישראל (KAP), 1994-2006, המרכז הלאומי לבקרת מחלות והמחלקה לחינוך קידום בריאות, משרד הבריאות.
6. סקר בריאות לאומי בישראל INHIS-2 2007-2008. המרכז הלאומי לבקרת מחלות, פרסום 331 (טרם פורסם).
7. Neumark YD, Lopez-Quintero C, Grinshpoon A, Levinson D. Alcohol Drinking Patterns and Prevalence of Alcohol Abuse and Dependence in the Israel National Health Survey. Israel Journal of Psychiatry & Related Sciences 2007;44:126-135.

פגיעות

התאבדויות וניסיונות התאבדות

נקודות עיקריות

רקע

- פגיעות חיצוניות מהוות את סיבת המוות הרביעית בכלל האוכלוסייה והסיבה העיקרית לתמותה בילדים, בני נוער ובוגרים צעירים.

נתונים מרישום הטראומה הלאומי

- בשנת 2009 דווח על 33,077 נפגעים לרישום הטראומה הלאומי, מ-17 מרכזי טראומה.
- 30,808 מהפגיעות (93.1%) הוגדרו כפגיעות בלתי מכוונות ו-2,269 (6.9%) היו פגיעות מכוונות.

1. פגיעות מכוונות: אלימות

- רוב פגיעות האלימות התרחשו בקרב בוגרים צעירים בני 20-44 שנים: 57.6% מכלל פגיעות האלימות בגברים ו-51.1% בנשים.

2. פגיעות בלתי מכוונות

2.1 גיל, מין וקבוצת אוכלוסייה

- כשליש מהפגיעות הבלתי מכוונות בכלל האוכלוסייה התרחשו בבני 0-19 שנים (35%), כרבע (25.3%) בבני 20-44 שנים, רבע נוסף (25.3%) בבני 65 שנים ומעלה, ו-14.4% בבני 45-64 שנים.
- בגברים, רוב הפגיעות היו בילדים ונוער בני 0-19 שנים (41.6%); בנשים, רוב הפגיעות היו בבנות 65 שנים ומעלה (40%).
- חלקם היחסי של בני 65 שנים ומעלה בקרב הנפגעים היה גדול יותר ביהודים מאשר בערבים, ובמיוחד בנשים יהודיות, אשר אצלן קרוב למחצית מהפגיעות (46.4%) היו בבנות 65 שנים ומעלה.

2.2 נסיבות, אזור וחומרת הפגיעה

- נפילות היוו כמחצית מהפגיעות בבני 0-19 ובבני 45-64 שנים. בבני 65 שנים ומעלה קרוב ל-90% מהפגיעות נגרמו עקב נפילות. בבני 20-44 שנים הגורם העיקרי לפגיעות היה תאונות דרכים.
- בבני 0-19 שנים, רוב הפגיעות היו בראש ובצוואר; בשאר קבוצות הגיל, רוב הפגיעות היו בגפיים.
- רוב הפגיעות הוגדרו כ"קלות" (62.9% ביהודים ו-74.9% בערבים).

3. תמותה באשפוז

- בשנת 2009 נפטרו באשפוז 332 (1.1%) מהפצועים שאושפזו.
- ביהודים, רוב מקרי המוות מפגיעות היו בבני 65 שנים ומעלה (74.0%), ובערבים, עיקר מקרי המוות היו בבני 20-44 שנים (40.3%).
- ביהודים, רוב מקרי המוות היו עקב נפילות (58.1% בגברים ו-71.3% בנשים).
- בערבים, רוב מקרי המוות היו עקב תאונות דרכים (60.4% בגברים ו-57.1% בנשים).

תאונות דרכים

1. נתונים מרישום הטראומה הלאומי

- בבני 0-19 שנים, רוב הפגיעות בתאונות דרכים היו בהולכי רגל או ברוכבי אופניים.
- בבני 20-44 ו-45-64 שנים, רוב הפגיעות בתאונות דרכים היו בעת נסיעה ברכב.
- בבני 65 שנים ומעלה, רוב הפגיעות בתאונות דרכים היו בעת נסיעה ברכב ובהולכי רגל.

2. נתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה והרשות הלאומית לבטיחות בדרכים

- בשנת 2008 נרשמו בישראל 16,531 תאונות דרכים עם נפגעים.
- באוכלוסייה היהודית היו 22,779 נפגעים (93.1% פצועים קל, 5.8% פצועים קשה ו-1.1% הרוגים).
- באוכלוסייה הערבית היו 7,749 נפגעים (90.4% פצועים קל, 7.9% פצועים קשה ו-1.7% הרוגים).
- ביהודים ובערבים, חלקם של בני 20-44 שנים היה הגבוה ביותר בקרב כלל הנפגעים ובכל רמות הפגיעה.

מגמות בתמותה מפגיעות חיצוניות

- בין השנים 1979-2007 נצפתה מגמה כללית של ירידה בשיעורי התמותה המתוקננים לגיל מפגיעות חיצוניות, בשתי קבוצות האוכלוסייה ובשני המינים. שיעורי התמותה היו נמוכים יותר בנשים לעומת גברים בשתי קבוצות האוכלוסייה.
- שיעורי התמותה כתוצאה מרצח ותקיפה היו נמוכים בגברים יהודים, נשים יהודיות ונשים ערביות. בגברים ערבים נצפו שיעורים גבוהים יותר, עם ערך מרבי של 10.4 ל-100,000 בשנת 2002.

אלימות נגד נשים

1. עבירות מין

- בשנת 2010 (ינואר עד 31.10.2010) נפתחו 3,132 תיקים במשטרת ישראל בגין תלונות נשים על עבירות מין, ובוצעו 743 מעצרים.
- בשנת 2009 התקבלו במרכזי הסיוע לנפגעות ונפגעי תקיפה מינית בישראל כ-35,000 פניות, מתוכן 7,594 פניות חדשות.
- מתוך הפניות החדשות, 2,426 פניות היו בגין אונס וניסיון לאונס; 291 בגין אונס קבוצתי ותקיפה מינית קבוצתית; 1,305 היו בגין גילוי עריות, ו-972 בגין הטרדה מינית.
- בשנת 2009, רוב הפניות (66.3%) למרכזי הסיוע היו של ילדות ונערות עד גיל 18 שנים.

2. אלימות במשפחה

- בשנת 2010 (מינואר ועד 31.10.2010) נפתחו 13,210 תיקים במשטרת ישראל בגין תלונות נשים על עבירות בין בני זוג, ובוצעו 3,405 מעצרים.

3. רצח נשים על ידי בני זוגן

- בשנת 2010 (מינואר ועד 21.11.2010) נרצחו 16 נשים על ידי בני זוגן.

פגיעות בקרב בני נוער

- בסקר "נוער בישראל" שנערך בשנת 2006 בקרב תלמידי כיתות ו', ח' ו-י', דיווחו 53.8% מהבנים היהודים, 40% מהבנות היהודיות, 66.1% מהבנים הערבים, ו-54% מהבנות הערביות, כי נפצעו לפחות פעם אחת ב-12 החודשים האחרונים, ובעקבות הפציעה נזקקו לטיפול רפואי.
- לאורך כל התקופה שבין 1998-2006, שיעור הילדים שנזקקו לטיפול רפואי עקב פציעה היה גבוה באוכלוסייה הערבית מאשר באוכלוסייה היהודית, בבנים ובבנות כאחד.

השתתפות במעשה בריונות

- בסקר "נוער בישראל" שנערך בשנת 2006, דיווחו כשליש מכלל בני הנוער תלמידי כיתות ו', ח' ו-י', כי השתתפו בקטטה פיזית בשנה שקדמה לסקר: 52.5% מהבנים ו-17% מהבנות.

1. רקע

פגיעות חיצוניות מהוות את סיבת המוות הרביעית בכלל האוכלוסייה והסיבה העיקרית לתמותה בקרב ילדים ונוער וכן בקרב בוגרים צעירים (ראו: פרק "סיבות מוות עיקריות"). הפגיעות החיצוניות מחולקות לשתי קטגוריות עיקריות: פגיעות מכוונות (הכוללות התאבדות, תקיפה ורצח), ופגיעות בלתי מכוונות (תאונות). נתונים אודות התאבדויות מוצגים בנפרד (ראו: פרק "התאבדויות וניסיונות התאבדות"); בפרק זה מוצגים נתונים אודות תקיפה ורצח, ופגיעות בלתי מכוונות.

2. מקורות המידע

בפרק זה מוצג מידע מקיף על פגיעות בלתי מכוונות ומכוונות בכלל האוכלוסייה, תמותה עקב פגיעות, אלימות נגד נשים ופגיעות בילדים. מקורות המידע העיקריים הם:

1. רישום הטראומה הלאומי - הרישום החל את פעילותו בשנת 1995 על בסיס דיווחים מ-5 מרכז טראומה, וכיום המערכת מונה 17 בתי חולים מדווחים. מטרת הרישום הינה קידום איכות הטיפול בנפגעי טראומה ברמת בית-החולים. ברמה הלאומית, מטרת הרישום הינה בנייתו ותחזוקתו של מאגר לאומי שישמש לניטור היפגעויות, ויסייע בגיבוש תוכניות מניעה וקביעת מדיניות בריאות בתחום הטראומה בישראל⁽¹⁾. בפרק זה שימשו נתוני הרישום להצגת מידע אודות פגיעות מכוונות ובלתי מכוונות.
2. הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה בשיתוף הרשות הלאומית לבטיחות בדרכים - מפרסמים נתונים שנתיים כלל-ארציים על תאונות דרכים עם נפגעים בחתכים שונים (לפי כלי הרכב, לפי הנפגעים ולפי הנהגים)⁽²⁾. בפרק זה שימשו נתונים אלה להצגת מידע על נפגעים בתאונות דרכים לפי גיל, קבוצת אוכלוסייה וחומרת הפגיעה.
3. קובץ סיבות המוות של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה - הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (למ"ס) אוספת ומרכזת מידע על נפטרים במדינת ישראל לפי גיל, מין, קבוצת אוכלוסייה וסיבת המוות⁽³⁾. בפרק זה נעשה שימוש בקובץ סיבות המוות להצגת מגמות בתמותה מפגיעות בכלל ומאלימות ורצח בפרט.
4. משטרת ישראל - בפרק זה נעשה שימוש בנתונים שנאספו על ידי משטרת ישראל⁽⁴⁾ להצגת מידע על אלימות נגד נשים, עבירות מין, עבירות בין בני זוג, ורצח נשים על ידי בני זוג.
5. הרשות לקידום מעמד האישה במשרד ראש הממשלה - הרשות הוקמה על פי חוק בשנת 1998, במטרה לקדם את השיוויון בין המינים בישראל, להביא לתיאום בין הגופים המטפלים במעמד האישה, לקדם פעילות למניעת אלימות נגד נשים, לקדם את החינוך, החקיקה והאכיפה בתחומים אלו, ולהעמיד לרשות הממשלה את הכלים והמידע הנדרשים להשגת המטרות האמורות⁽⁵⁾. בפרק זה נעשה שימוש בנתונים מהרשות להצגת מידע על אלימות נגד נשים, שדווחו לרשות על ידי משטרת ישראל ומשרד הבריאות.
6. איגוד מרכזי הסיוע לנפגעות ונפגעי תקיפה מינית בישראל - האיגוד הוקם בשנת 1990, ומשמש כארגון גג של תשעה מרכזי סיוע לנפגעות ונפגעי תקיפה מינית בישראל. מרכזי הסיוע פועלים ברמה הפרטנית בהענקת סיוע נפשי וליווי לנפגעות ונפגעי תקיפה מינית, וברמה המקומית, בנושאי חינוך הסברה וחיזוק הקשר עם הקהילה. בפרק זה נעשה שימוש בנתונים מאיגוד מרכזי הסיוע להצגת מידע על אלימות נשים, לפי סוג הפגיעה וגיל הנפגעת.

7. הסקר: "נוער בישראל: בריאות, רווחה נפשית וחברתית ודפוסי התנהגויות סיכון" - סקר לאומי רב שנתי שהתבצע בשנים 1994, 1998, 2002 ו-2006, והינו חלק ממחקר רב לאומי של ארגון הבריאות העולמי על התנהגויות בריאות בקרב תלמידים (Health Behaviors in School-Aged Children)⁽⁷⁾. בפרק זה נעשה שימוש בנתונים מהסקר להצגת מידע על פגיעות בבני נוער, כולל התנהגות אלימה.

3. נתונים מרישום הטראומה הלאומי

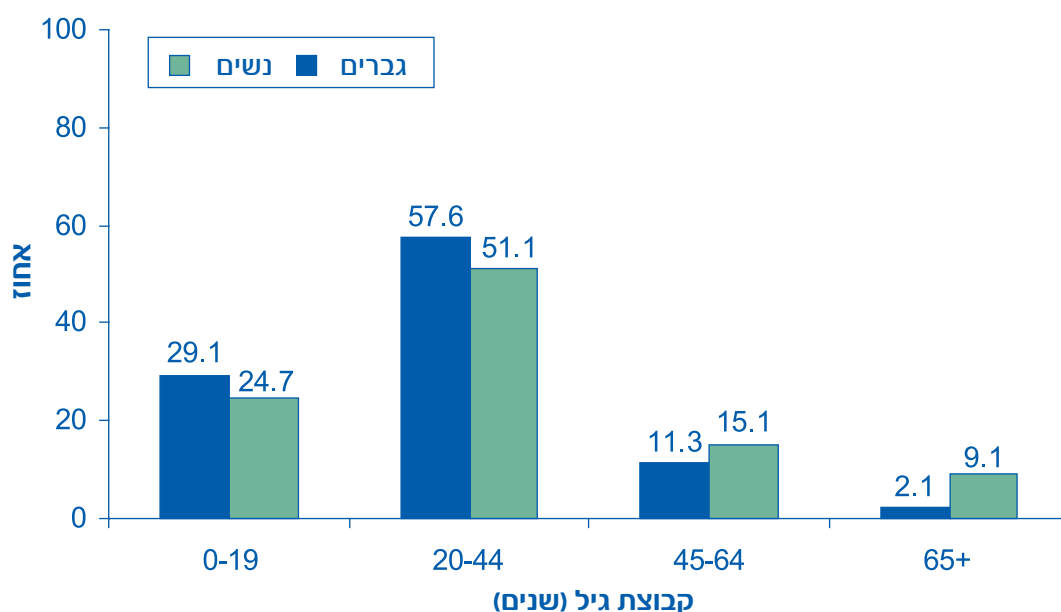
במסגרת רישום הטראומה הלאומי נאסף מידע על נפגעי הטראומה בישראל מ-17 מרכזים רפואיים. על פי נתוני רישום לשנת 2009, מכלל 33,077 הנפגעים, 30,808 (93.1%) היו עקב פגיעות בלתי מכוונות, ו-2,269 (6.9%) היו נפגעי פגיעות מכוונות, מתוכם 1,847 (81.4%) היו נפגעי אלימות, 226 (10.0%) נפגעי טרור/לוחמה ו-196 (8.6%) נפגעי פגיעות מכוונות אחרות⁽¹⁾.

3.1 פגיעות מכוונות: אלימות

3.1.1 פגיעות אלימות לפי גיל ומין

לפי נתוני רישום הטראומה הלאומי, עיקר פגיעות האלימות בשני המינים התרחשו בקרב בוגרים צעירים בני 20-44 שנים: 57.6% בגברים ו-51.1% בנשים (תרשים 1)⁽¹⁾. בקבוצת הגיל 0-19 שנים התרחשו כרבע מהפגיעות (29.1% בבנים ו-24.7% בנשים). בקבוצות הגיל הצעירות (0-19 ו-20-44 שנים), אחוז גבוה יותר היה בגברים, ומגיל 45 שנים ומעלה, אחוז גבוה יותר נצפה בנשים, כאשר בולט הפער בין נשים לגברים בקבוצת הגיל 65 שנים ומעלה (9.1% מכלל הפגיעות לעומת 2.1%, בהתאמה) (תרשים 1)⁽¹⁾.

תרשים 1: התפלגות נפגעי אלימות לפי גיל ומין, 2009⁽¹⁾: אחוזים



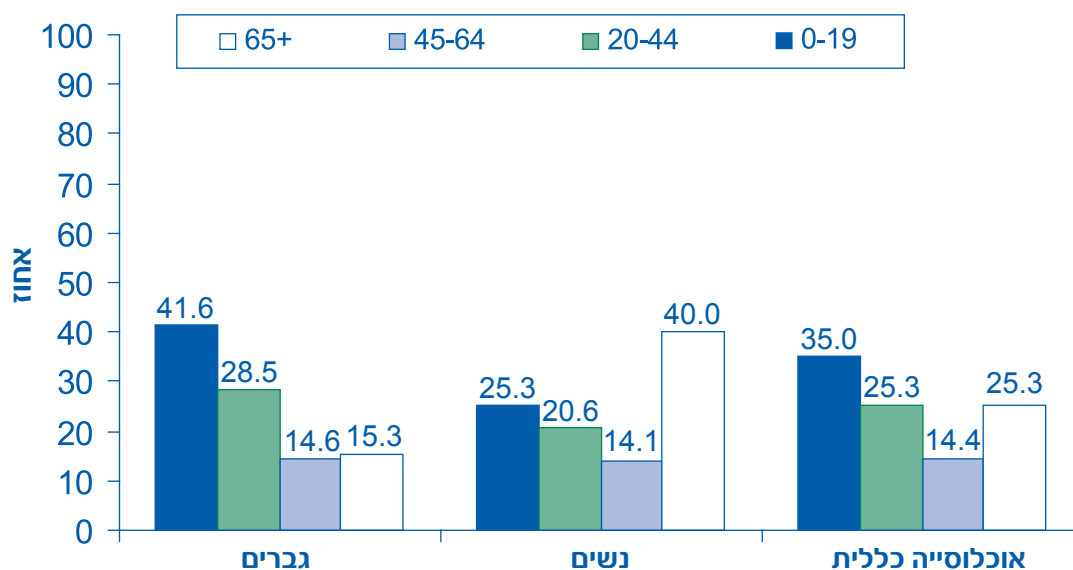
3.2 פגיעות בלתי מכוונות

3.2.1 פגיעות בלתי מכוונות לפי גיל ומין

על פי רישום הטראומה, כשליש מהפגיעות הבלתי מכוונות בכלל האוכלוסייה התרחשו בבני 0-19 שנים (35%) וכרבע (25.3%), בכל אחת מקבוצות הגיל 20-44 שנים ו-65 שנים ומעלה. אחוז נמוך יחסית (14.4%) מהפגיעות התרחשו בקבוצת הגיל 45-64 שנים⁽¹⁾.

בגברים, עיקר הפגיעות היו בילדים ונוער בני 0-19 שנים (41.6%) ואחוז נמוך יחסית היה במבוגרים בני 65 שנים ומעלה. בנשים, לעומת זאת, עיקר הפגיעות (40%) היו בבנות 65 שנים ומעלה, ואחוז נמוך יותר התרחשו בגילאי 0-19 שנים (25.3%). חלקם של בני 20-24 שנים היה גדול יותר בגברים (28.5%) מאשר בנשים (20.6% מכלל הפגיעות) (תרשים 2)⁽¹⁾.

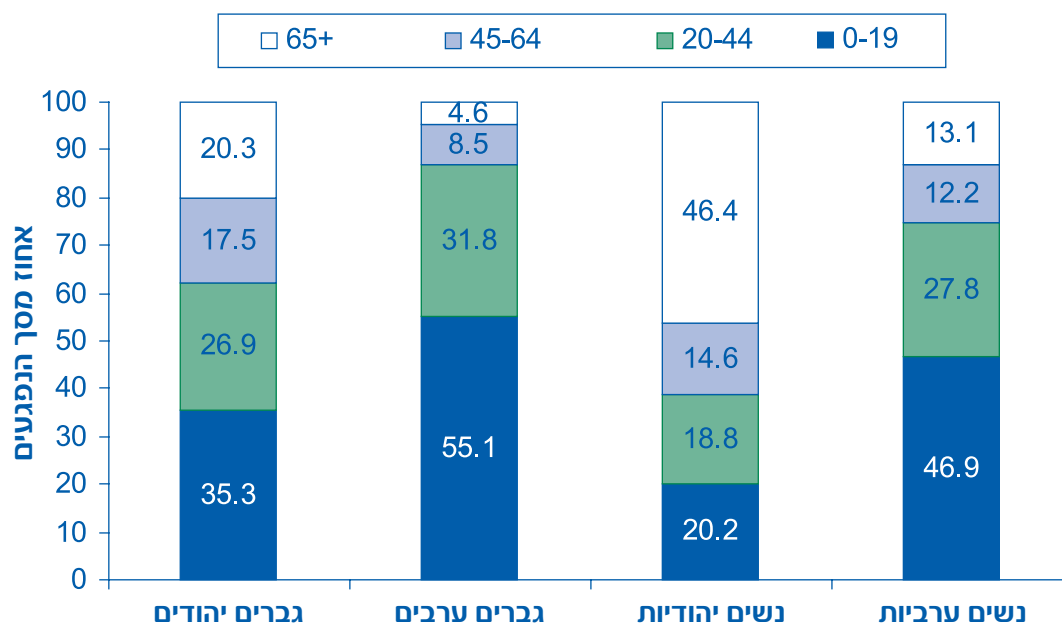
תרשים 2: התפלגות פגיעות בלתי מכוונות לפי גיל ומין, 2009⁽¹⁾: אחוזים



3.2.2 פגיעות בלתי מכוונות לפי גיל, מין וקבוצת אוכלוסייה

אחוז הנפגעים בקבוצת הגיל 0-19 שנים מתוך כללי נפגעי הטראומה היה גבוה בקרב ערבים מאשר יהודים, בשני המינים. קרוב למחצית מהערביות שנפגעו (46.9%) ויותר ממחצית מהערבים שנפגעו (55.1%) היו בני 0-19 שנים, לעומת 20.2% ו-35.3% מהיהודיות והיהודים, בהתאמה. אחוז הנפגעים בקבוצת הגיל 0-19 שנים היה גדול יותר בבנים מאשר בנות - פי 1.7 ביהודים ופי 1.2 בערבים (תרשים 3)⁽¹⁾. חלקה היחסי של קבוצת הגיל 65 שנים ומעלה בולט יותר ביהודים מאשר בערבים, ובמיוחד בקרב נשים יהודיות - קרוב למחצית מהפגיעות (46.4%) ארעו בקבוצה זו (תרשים 3)⁽¹⁾.

תרשים 3: התפלגות הפגיעות לפי גיל, מין, וקבוצת אוכלוסייה, 2009⁽¹⁾: אחוזים

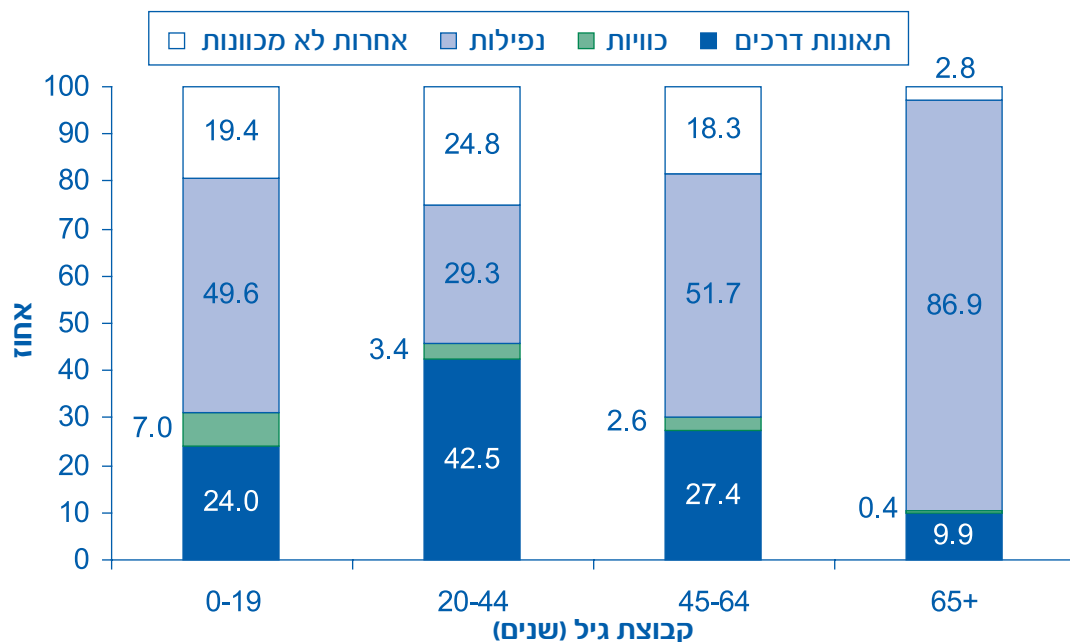


3.2.3 נסיבות הפגיעה

א. נסיבות הפגיעה לפי גיל

נפילות היוו כמחצית מהפגיעות הבלתי מכוונות בקבוצות הגיל 0-19 שנים (49.6%) ו-45-64 שנים (51.7%). בקבוצת הגיל 65 שנים ומעלה, קרוב ל-90% מהפגיעות (86.9%) נגרמו עקב נפילות. בקרב בוגרים צעירים (בני 20-44 שנים) הגורם העיקרי לפגיעות היה תאונות דרכים (תרשים 4)⁽¹⁾.

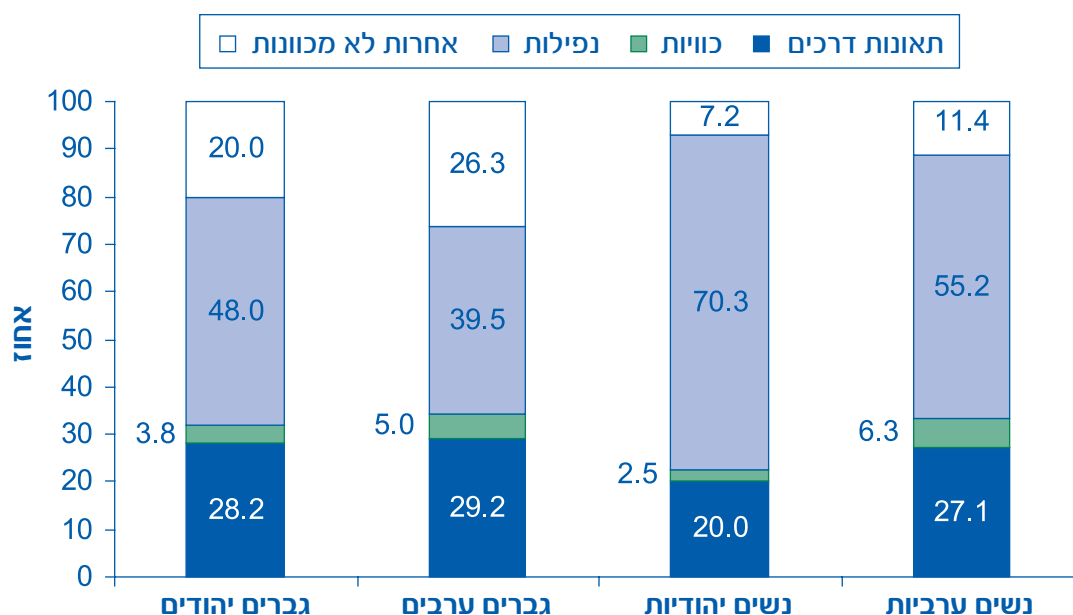
תרשים 4: התפלגות נסיבות הפגיעה לפי קבוצת גיל, 2009⁽¹⁾: אחוזים



ב. נסיבות הפגיעה לפי קבוצת אוכלוסייה ומין

נפילות היוו את הסיבה המובילה לפגיעות בלתי מכוונות בשתי קבוצות האוכלוסייה, הן בגברים והן בנשים, כאשר האחוז הגבוה ביותר נצפה בקרב נשים יהודיות (70.3%) והנמוך ביותר בקרב גברים ערבים (39.5%). בקרב גברים יהודים, 48% מהפגיעות נגרמו מנפילות, ובקרב נשים ערביות, 55.2%⁽¹⁾. תאונות דרכים היוו 28.2% ו-29.2% מכלל הפגיעות בקרב גברים יהודים וערבים בהתאמה; ו-20.0% ו-27.1% בקרב נשים יהודיות וערביות, בהתאמה⁽¹⁾. כוויות גרמו ל-3.8% ו-5.0% מהפגיעות בגברים יהודים וערבים, בהתאמה, ול-2.5% ו-6.3% ביהודיות וערביות, בהתאמה (תרשים 5)⁽¹⁾.

תרשים 5: התפלגות נסיבות הפגיעה לפי קבוצת אוכלוסייה ומין, 2009⁽¹⁾: אחוזים



3.2.4 איזור הפגיעה

לפי נתוני רישום הטראומה, מבין הילדים ובני הנוער (בני 0-19 שנים) שנפגעו, 39.6% נפגעו בראש ובצוואר, 39.3% נפגעו בגפיים ו-12.4% נפגעו בגב (טבלה 1)⁽¹⁾. בקבוצות הגיל האחרות, רוב הפגיעות היו בגפיים (43.5% בבני 20-44 שנים, 53.0% בבני 45-64 שנים ו-51.3% בבני 65 שנים ומעלה) (טבלה 1)⁽¹⁾. לא נצפה הבדל באזורי הפגיעה בין יהודים וערבים בקבוצות הגיל השונות.

טבלה 1: התפלגות אזורי הפגיעה לפי קבוצת גיל, 2009⁽¹⁾: אחוזים

% הנפגעים				אזור הפגיעה
65+	45-64	20-44	0-19	
23.9	18.5	21.0	39.6	ראש וצוואר
4.8	7.8	5.7	1.7	חוט ועמוד השדרה
11.3	17.7	24.1	12.4	גב
59.3	53.0	43.5	39.3	גפיים
0.7	3.0	5.7	7.0	פגיעות ללא איזור ספציפי
100.0	100.0	100.0	100.0	סה"כ

3.2.5 חומרת הפגיעה

א. רקע

רוב הפגיעות היו "קלות" (ISS* 1-8) (62.9% ביהודים ו-74.9% בערבים), והפגיעות הקשות (ISS-16 ומעלה) מהוות חלק קטן מכלל הפגיעות בשתי קבוצות האוכלוסייה. עם זאת, אחוז הפגיעות הקשות ביותר (ISS 75-25) היה גבוה במעט בקרב ערבים לעומת יהודים: 3.6% מכלל הפגיעות בערבים לעומת 2.9% ביהודים (טבלה 2)⁽¹⁾.

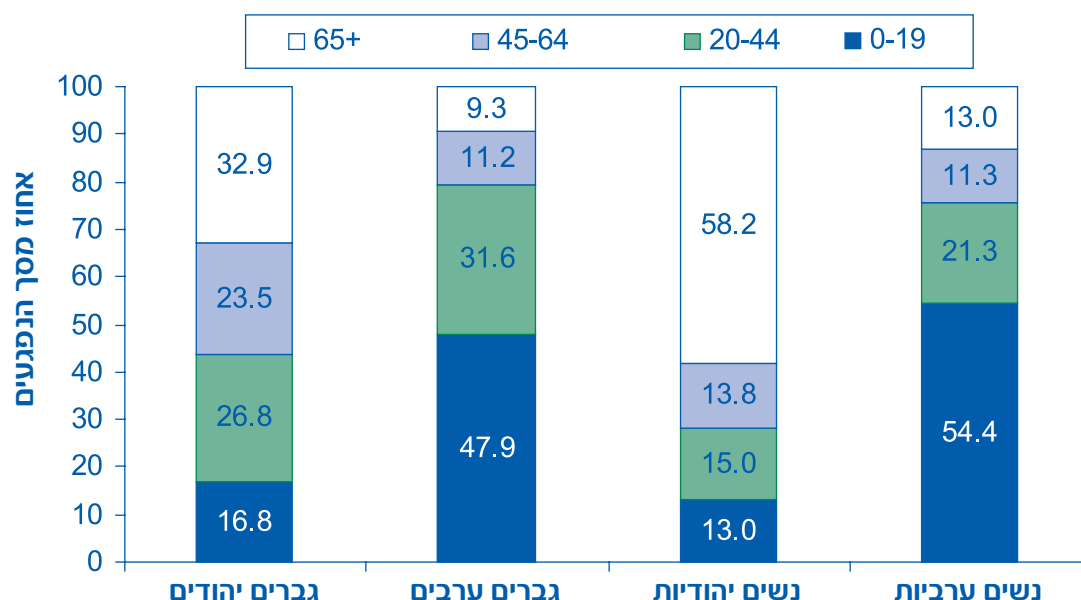
טבלה 2: התפלגות חומרת הפגיעה לפי קבוצת אוכלוסייה, 2009⁽¹⁾: אחוזים

ערבים		יהודים		חומרת הפגיעה (ISS)
(%)	N	(%)	N	
(74.9)	6,229	(62.7)	14,034	1-8 (קל)
(16.1)	1,343	(28.8)	6,448	9-14 (בנוני)
(5.1)	429	(5.5)	1,227	16-24 (קשה)
(3.6)	296	(2.9)	651	25-75 (אנוש)
(0.4)	30	(0.1)	31	לא ידוע

ב. התפלגות הפצועים קשה לפי מין, גיל וקבוצת אוכלוסייה

באוכלוסייה היהודית, מרבית הפגיעות החמורות (ISS-16 ומעלה) היו בבני 45 שנים ומעלה (56.4% בגברים ו-72% בנשים), כאשר בולט במיוחד אחוז בנות ה-65 שנים ומעלה מבין היהודיות שנפגעו קשה: 58.2%. באוכלוסייה הערבית, מרבית הפצועים קשה היו באוכלוסייה הצעירה, בני 0-19 שנים (47.9% מהערבים ו-54.4% מהערביות) (תרשים 6)⁽¹⁾.

ISS * (Injury Severity Score) - מדד לחומרת הפגיעה. ציון המדד נע בין 1 (החמורה הקלה ביותר) ועד 75 (החמורה הקשה ביותר).

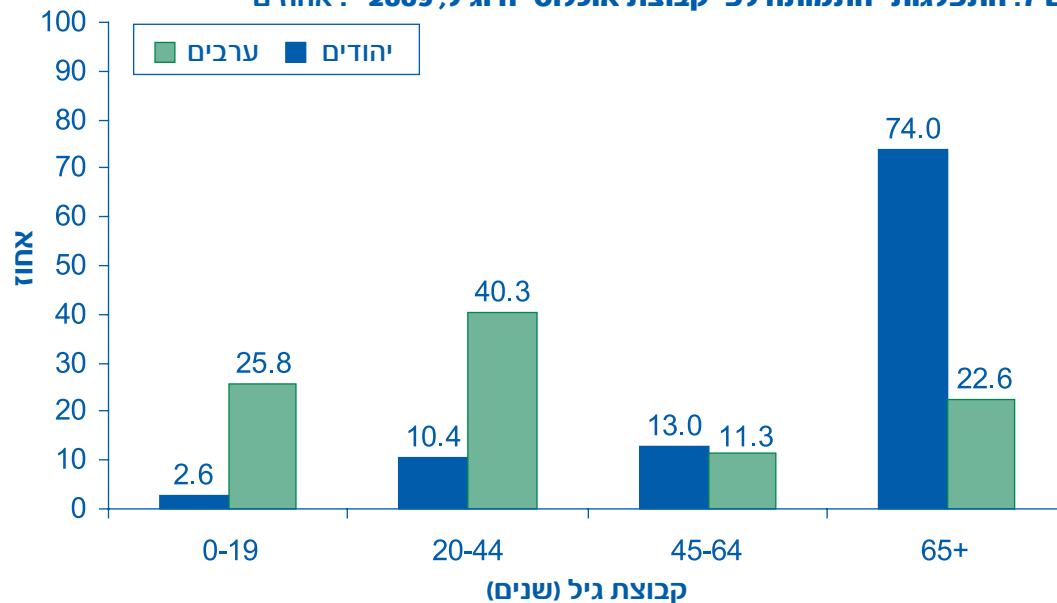
תרשים 6: התפלגות הפצועים קשה לפי מין, גיל וקבוצת אוכלוסייה, 2009⁽¹⁾: אחוזים

3.2.6 תמותה באשפוז

א. רקע

לפי נתוני רישום הטראומה הלאומי, בשנת 2009 נפטרו באשפוז 1.1% (n=332) מהפצועים שאושפזו: 1.2% מהפצועים היהודים ו-0.75% מהפצועים הערבים⁽¹⁾.

בקרב יהודים, רוב מקרי המוות היו בקבוצת הגיל 65 שנים ומעלה (74.0%), כאשר בקרב ערבים, רוב מקרי המוות היו בקבוצת הגיל 20-44 שנים (40.3%) (תרשים 7)⁽¹⁾.

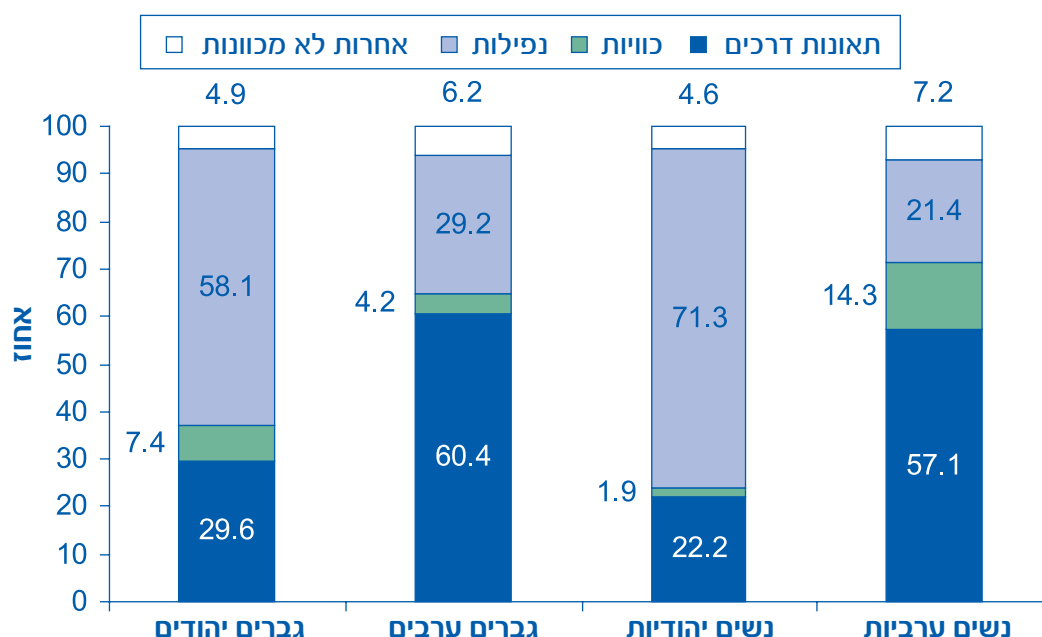
תרשים 7: התפלגות* התמותה לפי קבוצת אוכלוסייה וגיל, 2009⁽¹⁾: אחוזים

* האחוזים חושבו בנפרד עבור כל קבוצת אוכלוסייה.

ב. תמותה לפי נסיבות הפגיעה

לפי נתוני רישום הטראומה, רוב מקרי התמותה באוכלוסייה היהודית היו עקב נפילות, הן בגברים והן בנשים (58.1%-71.3%, בהתאמה). באוכלוסייה הערבית, רוב מקרי התמותה היו עקב תאונות דרכים, הן בגברים והן בנשים (60.4%-57.1%, בהתאמה) (תרשים 8)⁽¹⁾.

תרשים 8: התפלגות התמותה לפי נסיבות הפגיעה, מין וקבוצת אוכלוסייה, 2009⁽¹⁾: אחוזים



4. תאונות דרכים

4.1 נתונים מרישום הטראומה

לפי נתוני רישום הטראומה לשנת 2009, הגורם העיקרי לפגיעות, לאחר נפילות, הוא תאונות דרכים⁽¹⁾. עיקר הפגיעות בתאונות דרכים היו כהולכי רגל (20.9% מהפגיעות ביהודים ו-25.3% בערבים) ובקרב נהגים (23.5% מהפגיעות ביהודים ו-23.3% בערבים) (טבלה 3)⁽¹⁾.

4.1.1 תאונות דרכים לפי גיל

בבני 19-0 שנים, עיקר הפגיעות בתאונות דרכים היו כהולכי רגל (28.3% ביהודים ו-36.8% בערבים) או כרוכבי אופניים (29.9% ביהודים ו-31.5% בערבים) (טבלה 3)⁽¹⁾.

בקרב בני 44-20 ו-64-45 שנים, עיקר הפגיעות בתאונות דרכים בקרב יהודים ובקרב ערבים היו בעת נסיעה ברכב, כנהג או כנוסע נוסף, (48.3% ו-65.2% בבני 44-20 שנים, בהתאמה ו-41.7% ו-60.5% בבני 64-45 שנים, בהתאמה)⁽¹⁾.

בקבוצת הגיל 65 שנים ומעלה, הפגיעות העיקריות בקרב יהודים וערבים היו בעת נסיעה ברכב (45% ו-53.1% בהתאמה) וכהולכי רגל (42.1% ו-31.7% בהתאמה) (טבלה 3). אחוז הפגיעות בעת רכיבה על אופנוע היה גבוה יותר ביהודים מאשר בערבים בכל קבוצות הגיל (טבלה 3)⁽¹⁾.

טבלה 3: נפגעים בתאונות דרכים לפי גיל וקבוצת אוכלוסייה, 2009⁽¹⁾: אחוזים

יהודים

סה"כ	65+	45-64	20-44	0-19	
23.5	17.9	26.3	34.1	6.7	נהג רכב
17.8	27.1	15.4	14.2	21.0	נוסע רכב
17.4	3.3	16.0	27.6	8.3	אופנוע
15.6	7.3	16.2	9.0	29.9	אופניים
20.9	42.1	22.3	9.6	28.3	הולך רגל
4.8	2.3	3.8	5.5	5.8	אחר
100	100	100	100	100	סה"כ

ערבים

סה"כ	65+	45-64	20-44	0-19	
23.3	39.2	36.7	40.7	5.2	נהג רכב
20.5	13.9	23.8	24.5	17.0	נוסע רכב
2.8	0	1.6	4.9	1.5	אופנוע
16.8	1.3	2.1	3.8	31.5	אופניים
25.3	31.7	21.3	11.9	36.8	הולך רגל
11.3	13.9	14.4	14.2	8.0	אחר
100	100	100	100	100	סה"כ

4.2 נתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה והרשות הלאומית לבטיחות בדרכים

לפי נתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, בשנת 2008 נרשמו בישראל 16,531 תאונות דרכים עם נפגעים⁽²⁾. באוכלוסייה היהודית היו 22,779 נפגעים בתאונות דרכים. מבין אלה, 93.1% היו פצועים קל, 5.9% פצועים קשה ו-1.0% הרוגים (טבלה 4)⁽²⁾. בקרב האוכלוסייה הערבית היו 7,749 נפגעים בתאונות דרכים בשנת 2008, מהם 90.4% פצועים קל, 7.9% פצועים קשה ו-1.7% הרוגים (טבלה 4)⁽²⁾. מכאן, שחלקם של הפצועים קשה וההרוגים בתאונות דרכים מעט גבוה באוכלוסייה הערבית בהשוואה לאוכלוסייה היהודית.

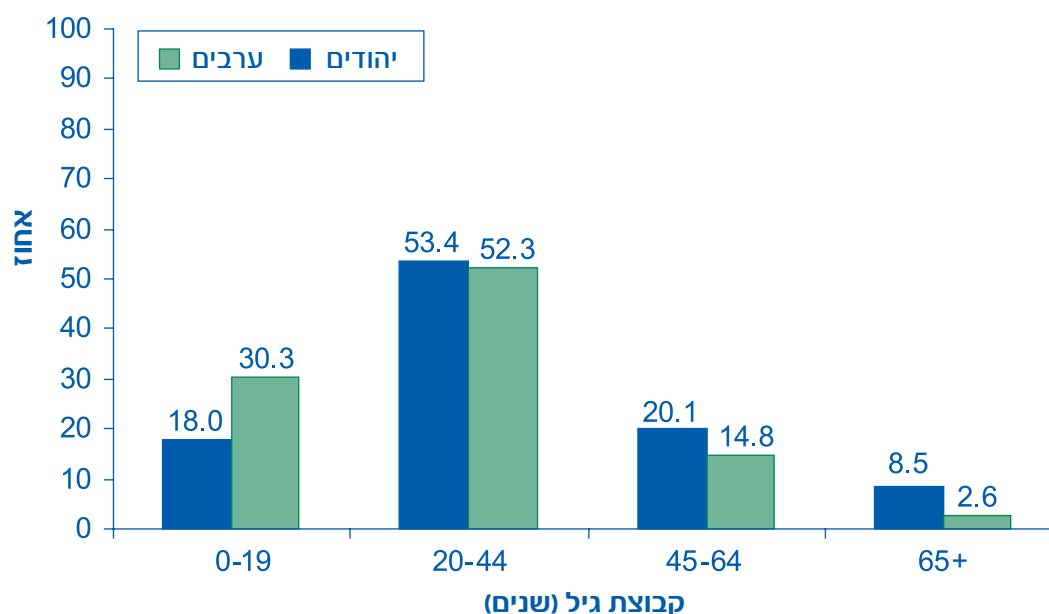
טבלה 4: פגיעות בתאונות דרכים לפי קבוצת אוכלוסייה, 2008⁽²⁾: מספרים מוחלטים ואחוזים

סה"כ	הרוגים (%) N	פצועים קשה (%) N	פצועים קל (%) N	
7,749	134 (1.7)	611 (7.9)	7,004 (90.4)	ערבים
22,779	233 (1.0)	1,339 (5.9)	21,207 (93.1)	יהודים

4.2.1 נפגעים בתאונות דרכים לפי גיל וקבוצת אוכלוסייה

בסך כל הפגיעות וכן בכל רמות הפגיעה (קל, קשה והרוגים), אחוז הצעירים (בני 0-19 שנים) גבוה יותר באוכלוסייה הערבית, ואחוז בני 65 שנים ומעלה גבוה יותר באוכלוסייה היהודית (תרשים 9, טבלה 5)⁽²⁾. חלקם היחסי של בני 20-44 שנים היה הגבוה ביותר בכל רמות הפגיעה, בשתי קבוצות האוכלוסייה. באוכלוסייה היהודית, מבין סך כל הנפגעים ומבין הפצועים קל, 53.4% ו-54.8% היו בני 20-44 שנים, בהתאמה. בקרב הפצועים קשה וההרוגים, אחוז בני 20-44 שנים היה 42.3% ו-37.7%, בהתאמה (טבלה 5)⁽²⁾. גם באוכלוסייה הערבית, חלקם היחסי של בני 20-44 שנים היה הגבוה ביותר בכלל הנפגעים (52.3%) ובכל רמות הפגיעה: (59.9%) מבין הפצועים קל, 46.8% מבין הפצועים קשה ו-46.7% מבין ההרוגים (טבלה 5)⁽²⁾.

תרשים 9: התפלגות הנפגעים בתאונות דרכים לפי גיל וקבוצת אוכלוסייה, 2008⁽²⁾: אחוזים



טבלה 5: התפלגות הנפגעים בתאונות דרכים לפי קבוצת אוכלוסייה, גיל וחומרת הפגיעה, 2008⁽²⁾: אחוזים

סך כל הנפגעים	הרוגים		פצועים קשה		פצועים קל			
	ערבים	יהודים	ערבים	יהודים	ערבים	יהודים		
0-19	30.3	18.0	29.8	10.4	37.2	18.7	25.1	18.2
20-44	52.3	53.4	46.7	37.7	46.8	42.3	59.9	54.8
45-64	14.8	20.1	19.5	21.6	12.3	20.2	12.9	20.2
65+	2.6	8.5	4.0	30.3	3.7	18.8	2.1	6.8

5. תמותה מפגיעות חיצוניות: נתונים כלל ארציים

פגיעות חיצוניות נמנות בין עשר סיבות המוות העיקריות באוכלוסייה, הן ביהודים והן בערבים, ובעיקר באוכלוסייה הצעירה⁽³⁾. פגיעות הן סיבת המוות המובילה בילדים ובצעירים, וגורמות לכרבע מכלל הפטירות בבני 1-14 שנים וקרוב ל-60% מכלל הפטירות בבני 15-24 שנים (ראו פרק "סיבות מוות עיקריות"). הנתונים בתת-פרק זה מקורם בקובץ סיבות המוות של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, משנת 2007⁽³⁾.

5.1 מגמות בשיעורי התמותה מכלל הפגיעות החיצוניות: 2007-1979

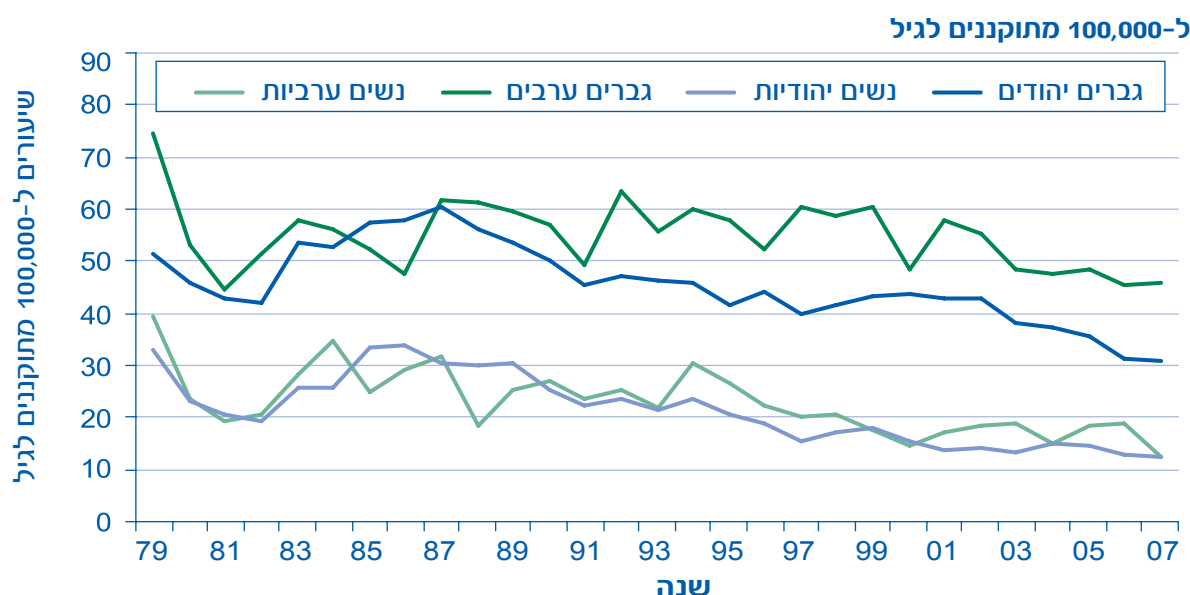
5.1.1 גברים

בין השנים 1979-1981 ירדו שיעורי התמותה המתוקננים לגיל מפגיעות חיצוניות בגברים יהודים וערבים כאחד. ביהודים חלה עלייה עד שנת 1987, ומאז השיעורים נמצאים בירידה. בין השנים 1987-2007 ירדו שיעורי התמותה מפגיעות חיצוניות ביהודים ב-49%. בערבים, השיעורים עלו מעט בין השנים 1981-1991 והיו יציבים בין השנים 1991-2001. בין השנים 2001-2007 חלה ירידה של 21% בשיעורי התמותה. שיעורי התמותה גבוהים יותר בערבים בהשוואה ליהודים, ומשנות ה-90 התרחב הפער. בשנת 2007, שיעור התמותה היה גבוה פי 1.5 בגברים ערבים בהשוואה ליהודים (תרשים 10)⁽³⁾.

5.1.2 נשים

שיעורי התמותה מפגיעות חיצוניות המתוקננים לגיל היו נמוכים יותר בנשים לעומת גברים בשתי קבוצות האוכלוסייה (תרשים 10)⁽³⁾. המגמה בשיעורי התמותה המתוקננים לגיל הייתה דומה בנשים יהודיות וערביות. בשתי הקבוצות ירדו השיעורים בין השנים 1979-1981 ולאחר מכן נצפתה עלייה עד אמצע שנות השמונים. בין השנים 1985-2007 נצפתה ירידה בשיעורים, של 63% בנשים יהודיות ושל 51% בנשים ערביות. מאמצע שנות ה-90, שיעורי התמותה מפגיעות חיצוניות הנם לרוב מעט גבוהים יותר בערביות מאשר ביהודיות (תרשים 10)⁽³⁾.

תרשים 10: תמותה מפגיעות חיצוניות* לפי מין וקבוצת אוכלוסייה, 1979-2007⁽³⁾: שיעורים

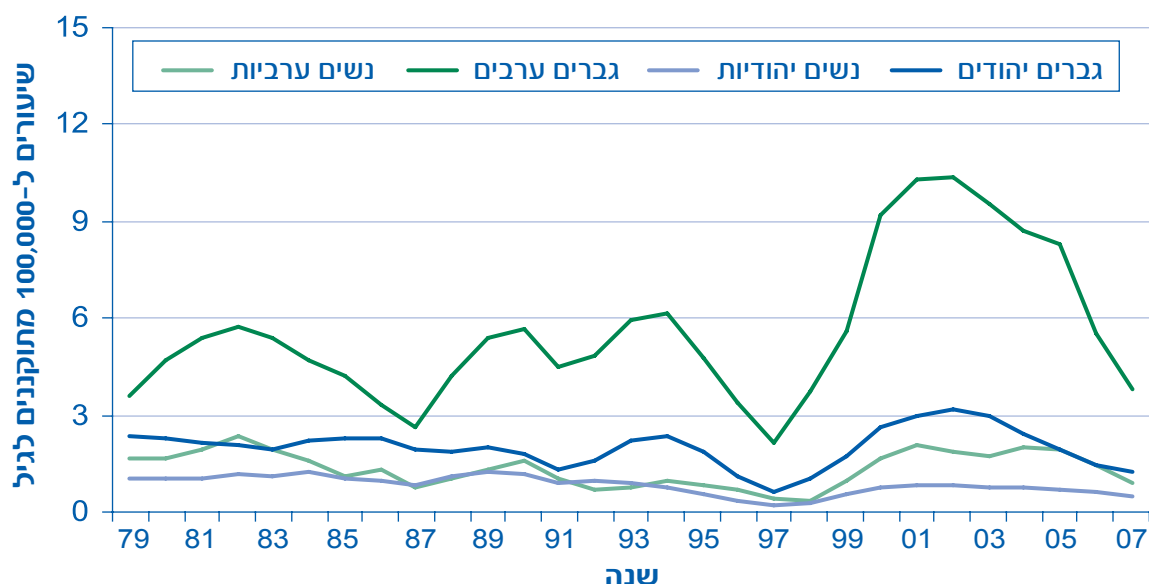


* עד שנת 1998 סיבות המוות קודדו על פי ה-ICD-9 (קודים E800-E999), ומ-1999 על פי ה-ICD-10 (קודים Y40-Y89.9, Y00-Y36, X00-X99, W00-W99, V01-V99).

5.2 מגמות בשיעורי תמותה מתקיפה ורצח: 2007-1979

לאורך כל השנים בין 2007-1979, שיעורי התמותה כתוצאה מרצח ותקיפה היו נמוכים יחסית בגברים יהודים, נשים יהודיות ונשים ערביות. בשלוש קבוצות אלו, שיעורי התמותה לא עלו על 3 פטירות ל-100,000. בגברים ערבים נצפו שיעורים גבוהים יותר, עם ערך מרבי של 10.4 ל-100,000 בשנת 2002. בשנת 2007, שיעור התמותה מרצח ותקיפה היה 1.2 פטירות ל-100,000 בגברים יהודים, 0.5 פטירות ל-100,000 בנשים יהודיות, 3.8 פטירות ל-100,000 בגברים ערבים ו-0.9 פטירות ל-100,000 בנשים ערביות (תרשים 11)⁽³⁾.

תרשים 11: תמותה מתקיפה ורצח* לפי מין וקבוצת אוכלוסייה, 1979-2007⁽³⁾: שיעורים**
ל-100,000 מתוקננים לגיל



* עד שנת 1998 סיבות המוות קודדו על פי ה-ICD-9 (קודים E960-E969), ומ-1999 על פי ה-ICD-10 (קודים Y87.1, Y00-Y09, X85-X99).

** השעורים מוצגים כממוצע נע ל-3 שנים, עקב מספר מקרים קטן בשתי קבוצות האוכלוסייה ובשני המינים.

6. אלימות נגד נשים

6.1 רקע

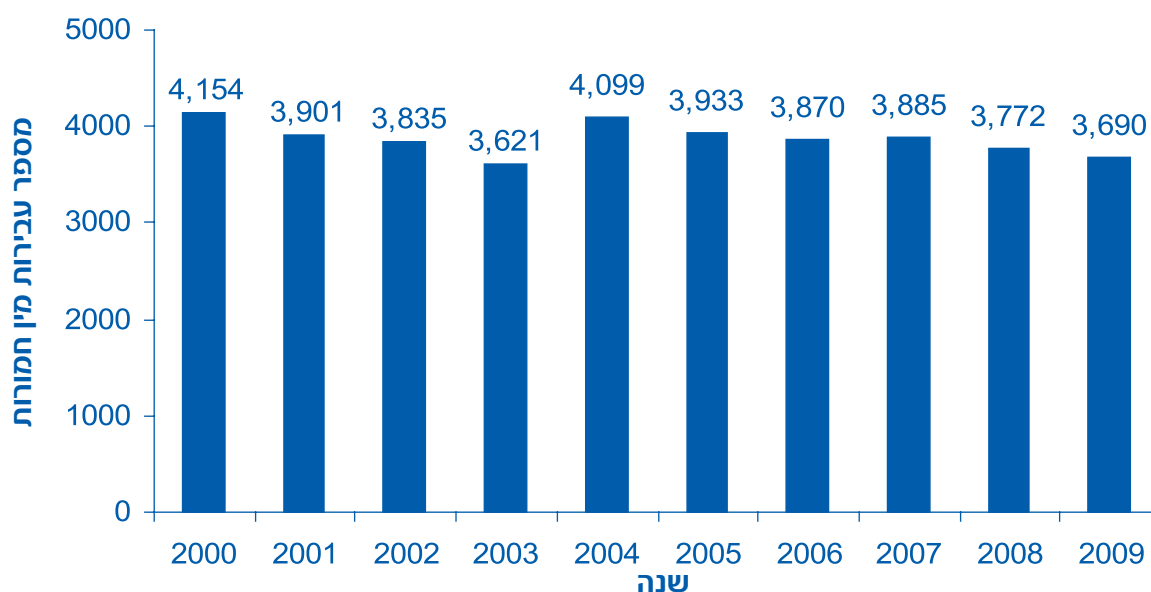
המידע המוצג בפרק זה על אלימות נגד נשים מתבסס על פניות של מתלוננות למשטרה ולמרכזי הסיוע ואינו כולל נשים שלא פנו להתלונן. לכן, המידע אינו מלא ומהווה תת-דיווח של ההיקף האמיתי של התופעה בחברה. כמו כן, הנתונים אינם מיצגים את כלל נפגעות האלימות בישראל.

6.2 עבירות מין

6.2.1 עבירות מין שדווחו למשטרה

בשנת 2009, דווחו למשטרה 3,690 עבירות מין חמורות (אונס, בעילה שלא כחוק ומעשה מגונה בכוח)⁽⁴⁾, ונפתחו 3,356 תיקי עבירות מין בגין תלונות נשים⁽⁵⁾. בשנת 2010 (ינואר עד 31.10.2010) נפתחו 3,132 תיקים בגין תלונות נשים על עבירות מין ובוצעו 743 מעצרים (הנתונים אינם מוצגים). בתרשים 12, ניתן לראות את מספר עבירות המין שדווחו למשטרה משנת 2000. המספר הממוצע של עבירות מין חמורות שדווחו למשטרה בתקופה 2000-2009 היה 3,876 דיווחים לשנה⁽⁴⁾.

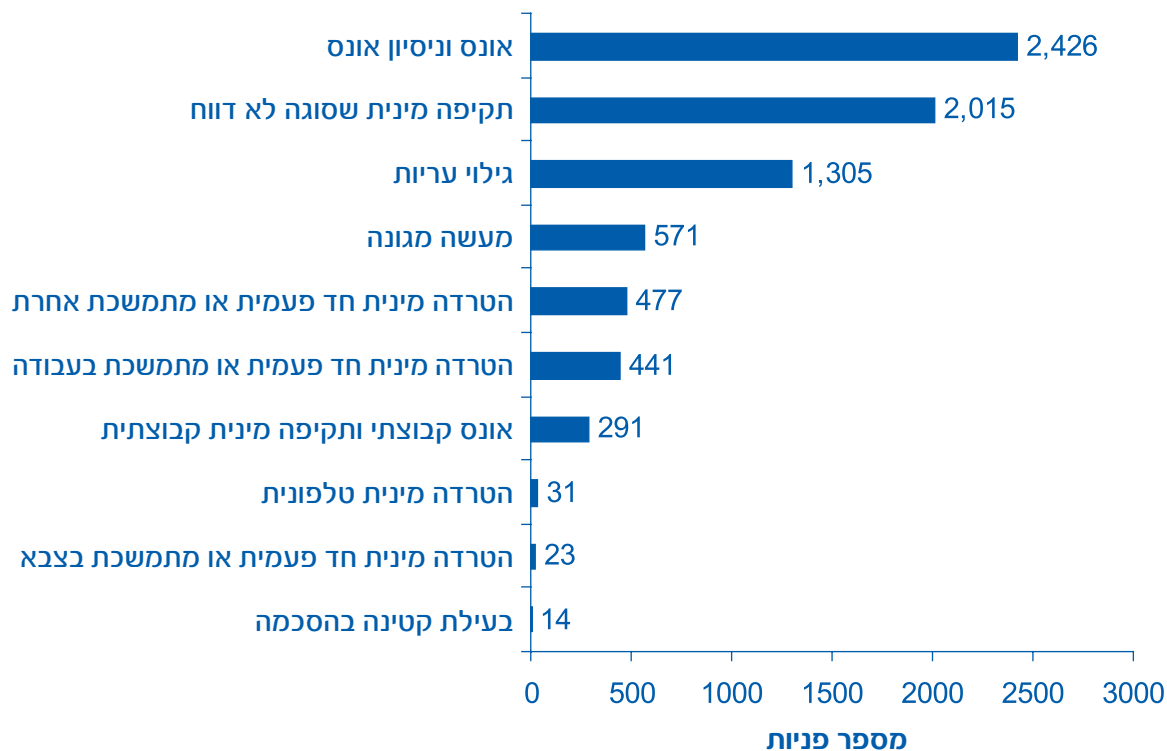
תרשים 12: מספר עבירות המין החמורות שדווחו למשטרה, 2000-2009⁽⁴⁾: מספרים מוחלטים



6.2.2 פניות למרכזי הסיוע בגין הטרדה ותקיפה מינית

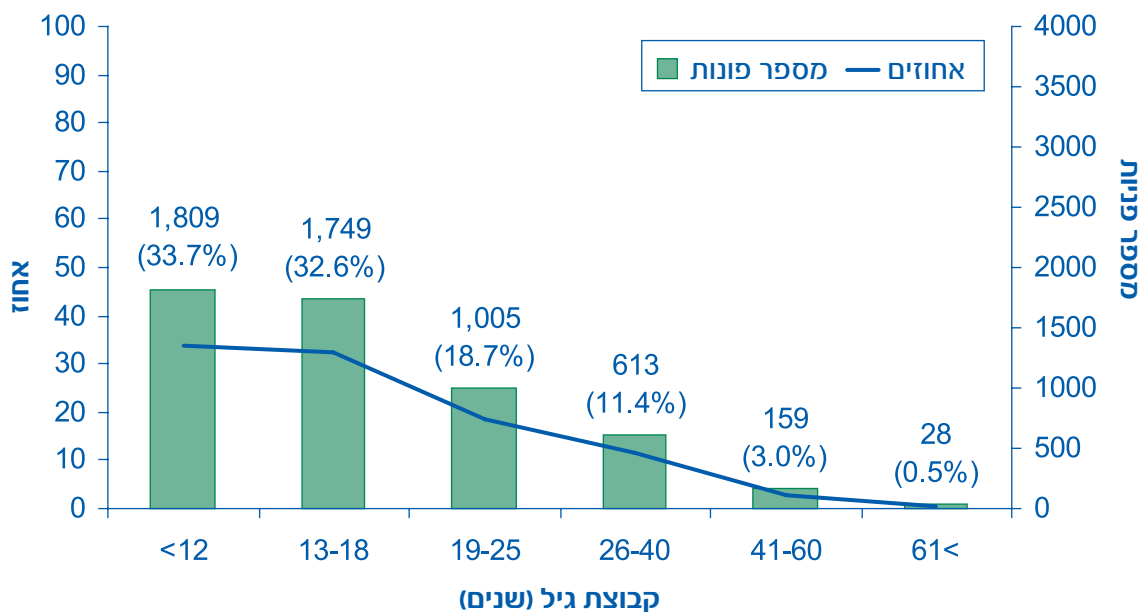
ב-2009 התקבלו במרכזי הסיוע כ-35,000 פניות, מתוכן 7,594 פניות חדשות (דיווח ראשון על מקרה של פגיעה מינית, שיחה חוזרת מאותו פונה לא נספרת כפנייה חדשה). מתוך הפניות החדשות, 2,426 פניות היו בגין אונס או ניסיון לאונס; 291 בגין אונס קבוצתי או תקיפה מינית קבוצתית; ו-1,305 היו בגין גילוי עריות (תרשים 13)⁽⁶⁾. כמו כן, נרשמו 972 פניות בגין הטרדה מינית. מתוכן 45.4% (441 פניות) היו בשל הטרדה מינית במקום העבודה, 3.2% (31 פניות) בגלל הטרדה מינית טלפונית, 2.4% (23 פניות) בשל הטרדה מינית בצבא, ו-49.1% (477 פניות) בשל הטרדה מינית אחרת (תרשים 13)⁽⁶⁾.

תרשים 13: פניות למרכזי הסיוע לפי סוג הפגיעה, 2009⁽⁶⁾: מספרים מוחלטים



עיקר הפניות למרכזי הסיוע בשנת 2009 הן בקבוצות הגיל הצעירות, עד 18 שנים (33.7% עד גיל 12 שנים ו-32.6% בין 12-18 שנים). כמו כן, נצפית מגמה ברורה של ירידה במספר הפניות עם העלייה בגיל (תרשים 14)⁽⁶⁾.

תרשים 14: פניות למרכזי הסיוע לפי גיל, 2009⁽⁶⁾: מספרים מוחלטים ואחוזים

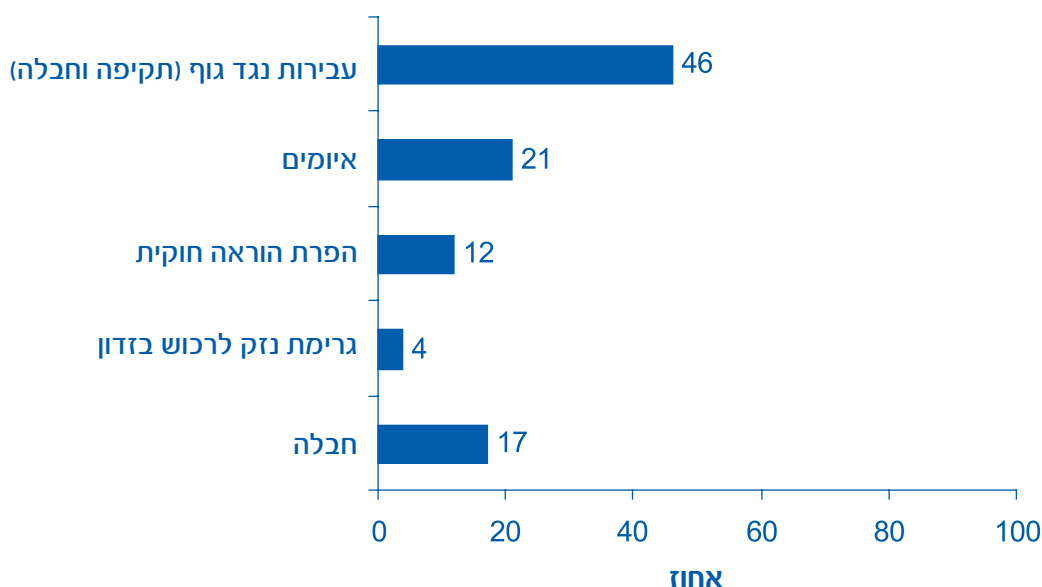


6.3 אלימות במשפחה

6.3.1 עבירות בין בני זוג שדווחו למשטרת ישראל

בשנת 2009 נפתחו במשטרה 19,673 תיקים בגין "עבירות בין בני זוג", מתוכם 15,249 (77.5%) היו בגין תלונות נשים, ובוצעו 4,428 מעצרים. בשנת 2010 (מינואר ועד 31.10.2010) נפתחו 17,076 תיקים על עבירות בין בני זוג, מתוכם 13,210 תיקים בגין תלונות נשים. בוצעו 3,405 מעצרים⁽⁵⁾. על פי נתוני המשטרה, 46% מהעבירות בשנת 2009 היו עבירות נגד גוף (תקיפה וחבלה) (תרשים 15)⁽⁴⁾.

תרשים 15: עבירות בן בני זוג לפי סוג העבירה, 2009⁽⁴⁾: אחוזים



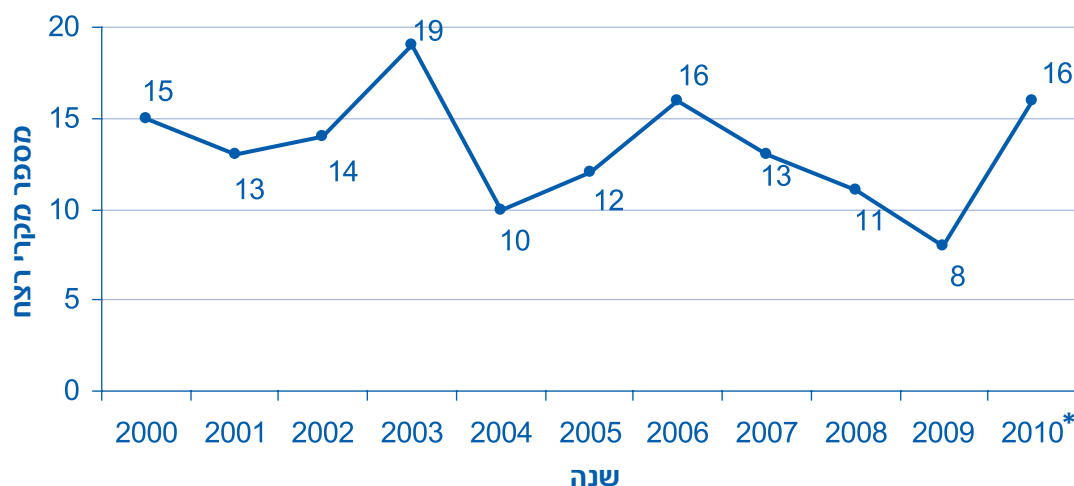
6.3.2 נתוני בתי החולים וקופות החולים

בשנת 2009 דווח על 2,777 מקרים של נשים נפגעות אלימות במשפחה ממערכות הבריאות השונות: 1,411 מהמקרים דווחו ע"י בתי החולים; 724 דווחו על ידי קופות החולים ו-642 מתחנות טיפות החלב⁽⁵⁾.

6.4 רצח נשים על ידי בני זוגן

בשנת 2010 (מינואר ועד 21.11.2010) נרצחו 16 נשים על ידי בני זוגן⁽⁵⁾, עלייה פי 2 לעומת שנת 2009, שבה נרצחו 8 נשים⁽⁵⁾ (תרשים 16)^(5,4).

תרשים 16: רצח נשים על ידי בני זוגן, 2009^(5,4): מספר מקרי רצח



* עד 21/11/2010.

7. פגיעות בקרב בני נוער

7.1 רקע

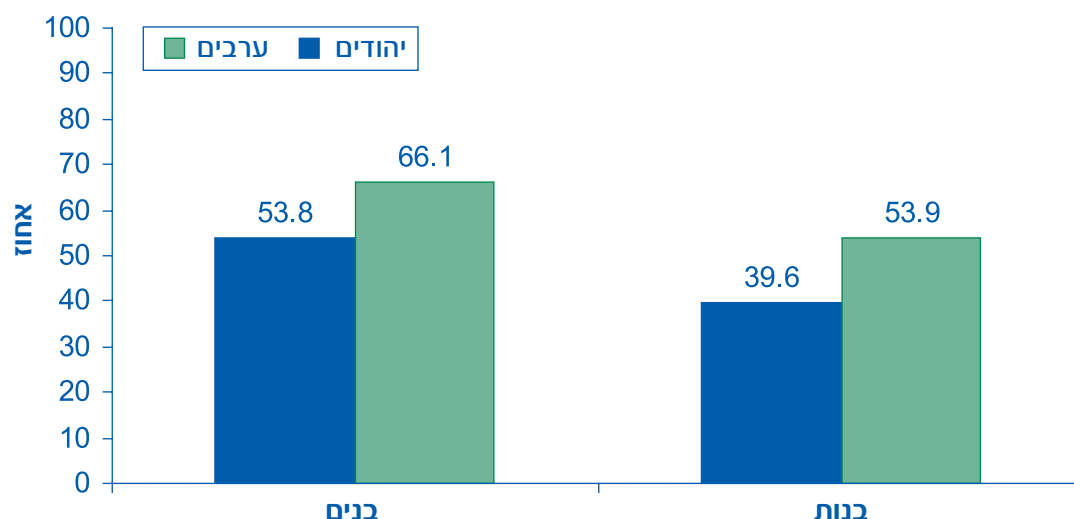
הנתונים על פגיעות בבני נוער מתבססים על הסקר הלאומי הרב שנתי "נוער בישראל: בריאות, רווחה נפשית וחברתית ודפוסי התנהגויות סיכון". סקר זה התבצע בשנים 1994, 1998, 2002 ו-2006, והינו חלק ממחקר רב-לאומי של ארגון הבריאות העולמי על התנהגויות בריאות בקרב תלמידים (Health Behaviors in School-Aged Children - HBSC). הסקר האחרון בישראל, שנערך בשנת 2006, כלל 6,613 תלמידים מכיתות ו', כיתות ח' וכיתות י', יהודים וערבים⁽⁷⁾. משתתפי הסקר ענו על שאלון למילוי עצמי שכלל שאלות מפורטות על נושאי בריאות, התנהגויות סיכון וקשרים חברתיים. בפרק זה יוצגו נתונים המתייחסים לשני מדדים: פגיעות שבעקבותיהן התלמיד נזקק לטיפול רפואי, והשתתפות במעשי בריונות, המהווה גורם סיכון להיפגעות בילדים.

7.2 פגיעות הדורשות טיפול רפואי

7.2.1 היפגעות בבני נוער בשנת 2006

בסקר "נוער בישראל" שנערך בשנת 2006, דיווחו 45.7% מהתלמידים היהודים ו-59.1% מהתלמידים הערבים בכיתות ו', ח' ו-י' כי נפצעו לפחות פעם אחת ב-12 החודשים שקדמו לסקר, ובעקבות הפגיעה נזקקו לטיפול רפואי. מעל מחצית מהבנים היהודים (53.8%) וקרוב לשני שלישי מהבנים הערבים (66.1%) דיווחו על פגיעה שדרשה טיפול רפואי; בבנות, כ-40% מהיהודיות וכ-54% מהערביות דיווחו על פגיעה כזו (תרשים 17)⁽⁷⁾.

תרשים 17: תלמידי כיתות ו', ח' ו-י' שב-12 החודשים שקדמו לסקר נפצעו לפחות פעם אחת ונזקקו לטיפול רפואי, לפי מין וקבוצת אוכלוסייה, 2006⁽⁷⁾: אחוזים



7.2.2 מגמות בהפגעות בבני נוער

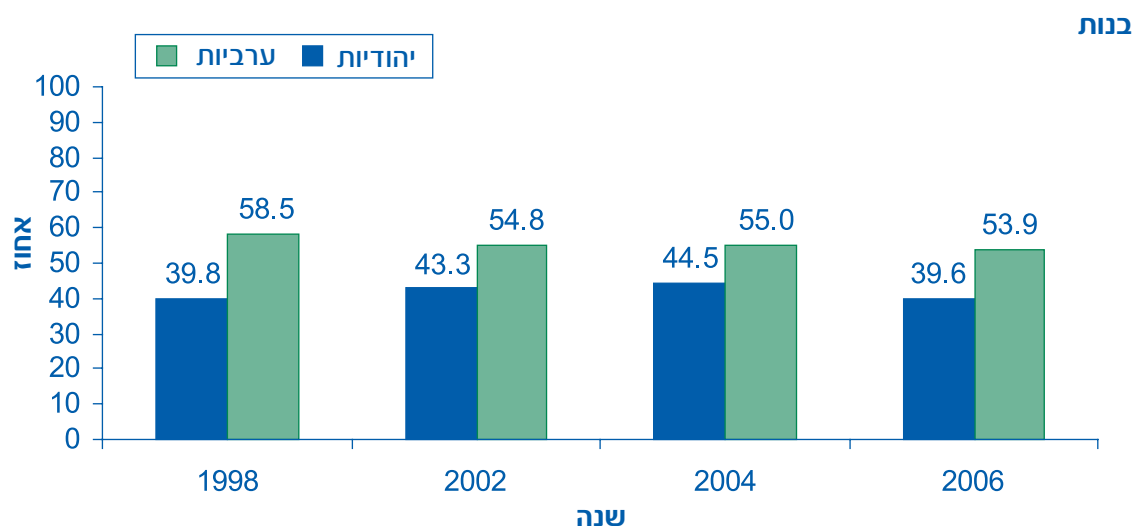
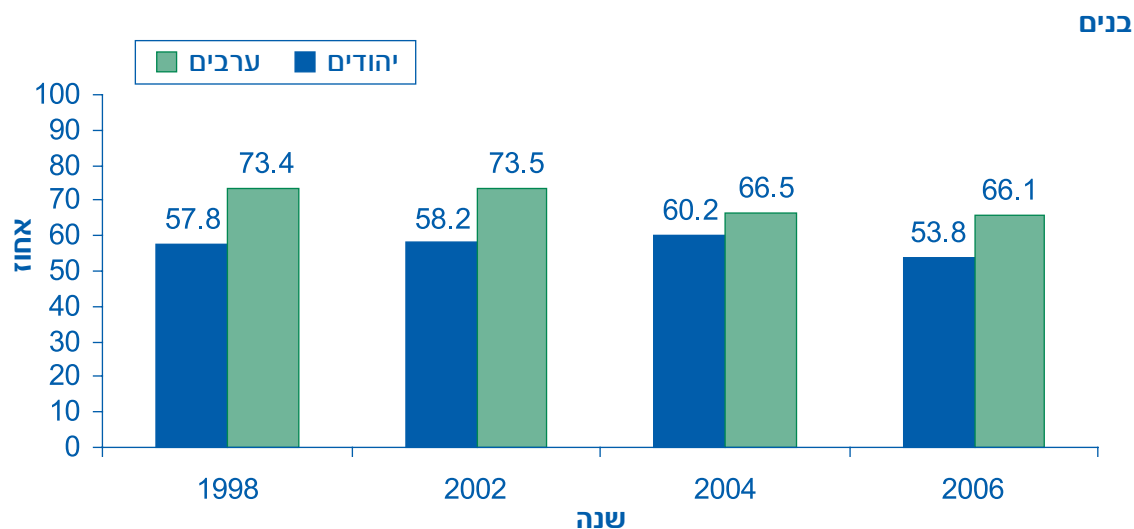
בנים

בהשוואה בין ממצאי הסקרים בשנים 1998, 2002, 2004 ו-2006, ניתן לראות כי בקרב בנים יהודים חלה עלייה קלה עד שנת 2004 בשיעורי הילדים שנזקקו לטיפול רפואי עקב פציעה, ולאחר מכן חלה ירידה קלה בשנת 2006. בבנים ערבים נצפתה ירידה מסוימת מהתקופה שבין 1998-2002 (שבה השיעורים היו מעל 70%) לתקופה שבין 2004-2006 (שבה השיעורים ירדו מתחת ל-70%). השיעורים היו גבוהים יותר בערבים מאשר יהודים בכל התקופות: בשנת 2006, השיעור היה גבוה פי 1.2 בבנים ערבים לעומת בנים יהודים (תרשים 18)⁽⁷⁾.

בנות

שיעורי הפגיעות המצריכות טיפול רפואי היו נמוכים יותר בבנות לעומת בנים בשתי קבוצות האוכלוסייה, לאורך כל התקופות (תרשים 18)⁽⁷⁾. בבנות יהודיות חלה עלייה קלה עד שנת 2004, ואחר כך ירידה עד לערך דומה לזה שנצפה בשנת 1998. בין השנים 2004-2006, ירדו השיעורים ב-11%. בערביות נצפתה ירידה קלה (של כ-9%). בין השנים 2002-2006, שיעורי הפגיעות הדורשות טיפול רפואי היו גבוהים יותר בערביות מאשר ביהודיות, בכל התקופות. בשנת 2006, שיעור הפגיעות הדורשות טיפול היה גבוה פי 1.4 בבנות ערביות בהשוואה ליהודיות (תרשים 18)⁽⁷⁾.

תרשים 18: תלמידי כיתות ו', ח' ו-י' שב-12 החודשים שקדמו לסקר נפצעו לפחות פעם אחת ונזקקו לטיפול רפואי, לפי מין וקבוצת אוכלוסייה, 1998, 2002, 2004 ו-2006⁽⁷⁾: אחוזים



7.3 השתתפות במעשה בריונות

7.3.1 השתתפות בקטטה פיזית

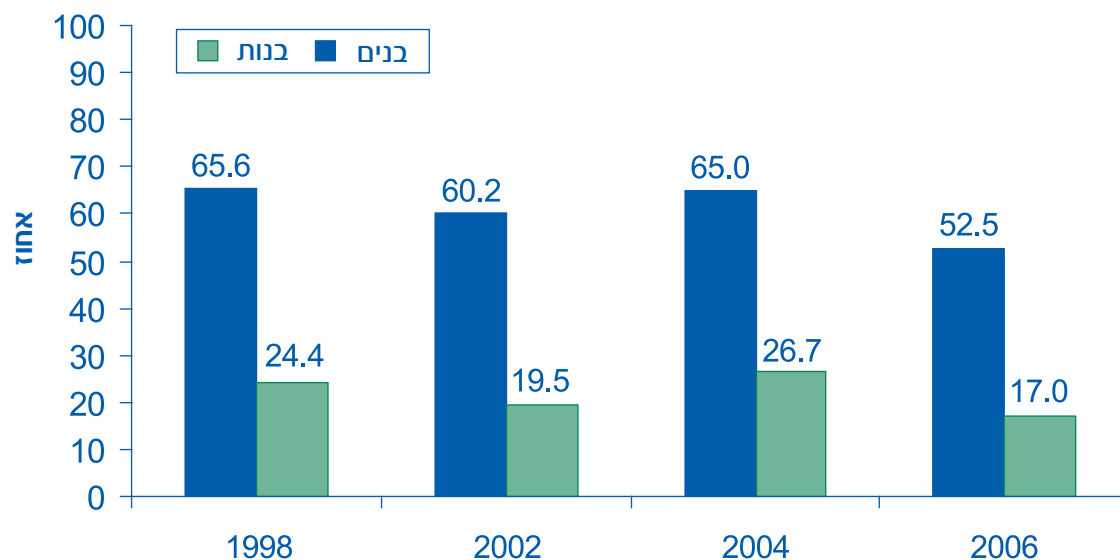
בסקר HBSC משנת 2006, דיווחו כשליש (32.2%) מכלל בני הנוער בכיתות ו', ח' ו-י' כי השתתפו בקטטה פיזית בשנה שקדמה לסקר: 52.5% מהבנים ו-17% מהבנות (תרשים 19). השיעור גבוה פי 3.1 בבנים מאשר בבנות⁽⁷⁾.

7.3.2 מגמות בהשתתפות בקטטה

בין השנים 1998-2002 ירדו אחוזי המשתתפים בקטטה פיזית בקרב שני המינים כאחד (תרשים 19)⁽⁷⁾. בין השנים 2004-2006 ירדו השיעורים ב-19.2% בבנים, ו-36.3% בבנות. ממצאי הסקר החדש שיערך ב-2010-2011 יבהיר אם אכן מדובר בירידה מתמשכת במדד זה של אלימות, שבעקבותיה אולי נהיה עדים לירידה מקבילה בשיעורי ההיפגעות בבני נוער בישראל⁽⁷⁾.

תרשים 19: תלמידי כיתות ו', ח' ו-י' שב-12 החודשים האחרונים השתתפו בקטטה פיזית, לפי מין,

1998, 2002, 2004 ו-2006⁽⁷⁾: אחוזים



8. ביבליוגרפיה

1. נתונים באדיבות רישום הטראומה הלאומי, משרד הבריאות, 2010.
2. תאונות דרכים עם נפגעים 2009, חלק א: סיכומים כלליים. הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה והרשות הלאומית לבטיחות בדרכים, 2010, פרסום 1418.
3. הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. קובץ סיבות המוות, 2007.
4. משטרת ישראל: שנתון סטטיסטי 2009. מדור מחקר וסטטיסטיקה. משטרת ישראל, 2010.
5. אלימות, נתונים כלליים. הרשות לקידום מעמד האישה במשרד ראש הממשלה. נמצא ב: <http://www.pmo.gov.il/MA/alimut/clali>
6. נתוני פניות למרכזי הסיוע בשנת 2009. איגוד מרכזי הסיוע לנפגעות תקיפה מינית ולנפגעי תקיפה מינית בישראל. נמצא ב: <http://www.1202.org.il/template/default.asp?siteId=1&maincat=4>
7. נתונים באדיבות ד"ר יוסי הראל פיש, ראש תוכנית המחקר הבין-לאומי על רווחתם ובריאותם של בני נוער, בית הספר לחינוך והמחלקה לקרימינולוגיה, אוניברסיטת בר-אילן. ממצאים מסקר נוער בישראל - רווחה חברתית, בריאות והתנהגויות סיכון במבט בין-לאומי (2006).

התאבדויות וניסיונות התאבדות

נקודות עיקריות

היקף הבעיה

- בשנת 2007 דווח על 306 התאבדויות בישראל.
- בשנת 2007, שיעור ההתאבדויות המתוקנן לגיל בגברים (6.7 ל-100,000) היה גבוה פי 4.8 מהשיעור בנשים (1.4 ל-100,000).
- בשנים 2006-2008, שיעור ניסיונות ההתאבדות המתוקנן לגיל היה גבוה בנשים (91.2 ל-100,000) בהשוואה לגברים (62.0 ל-100,000).
- כרבע מכלל ניסיונות ההתאבדות בגברים וכחמישית מהניסיונות בנשים מתרחשים בגילאי 18-21 שנים.

מגמות

- בשנים 1994-2007, הייתה ירידה של 40% בשיעורי ההתאבדויות בגברים יהודים, וירידה של 60% בנשים יהודיות. באותה תקופה, לא היו שינויים משמעותיים בשיעורי ההתאבדויות באוכלוסיה הערבית.
- בשנים 2004-2007 הייתה ירידה ניכרת בשיעורי ההתאבדויות בבני נוער בשני המינים, יהודים וערבים כאחד.
- משנת 2000 נצפית מגמת עליה בשיעורי ההתאבדות בקרב עולים חדשים מאתיופיה, בעיקר בנערים ובגברים צעירים, בני 15-44 שנים.

השוואה בין-לאומית

- שיעור המתאבדים בישראל הינו נמוך מהשיעורים ברוב מדינות האיחוד האירופי וארה"ב.

התאבדויות וניסיונות התאבדות

1. ניסיונות התאבדות

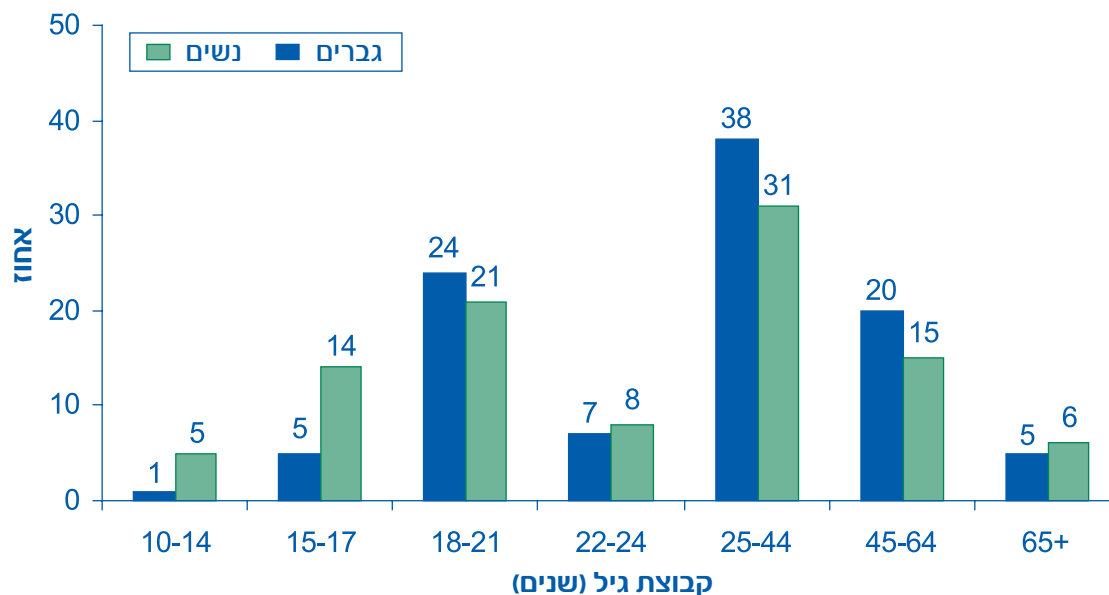
1.1 רקע

המידע על ניסיונות התאבדות מבוסס על דיווחים מהמחלקות לרפואה דחופה לגבי נבדקים שסיבת הפניה שנרשמה עבורם הינה "נסיון התאבדות". משנת 1995, המחלקות לרפואה דחופה מחויבות, על פי חוזר משרד הבריאות, לדווח על ניסיונות התאבדות לפי "נוהל התערבות/טיפול ודיווח - ניסיונות אובדניים". עם זאת, חסר דיווח מבתי חולים אחדים, והנתונים אינם כוללים מקרים שלא טופלו בבתי חולים או כאלה שהסתיימו במוות⁽¹⁾.

1.2 ניסיונות התאבדות לפי מין וגיל

בשנת 2008 דווחו 4,510 ניסיונות אובדנות; 60% מהם בקרב נשים. כ-50% מניסיונות ההתאבדות בנשים מתבצעים עד גיל 25 (19% מתחת לגיל 17). בגברים, 37% מניסיונות ההתאבדות הם בקבוצת הגיל 10-24 שנים ו-6% מניסיונות ההתאבדות מתבצעים עד גיל 17. בקבוצת הגיל 25-44 שנים התרחשו 38% מכלל הניסיונות בגברים ו-31% מהניסיונות בנשים (תרשים 1)⁽²⁾.

תרשים 1: התפלגות ניסיונות התאבדות, לפי גיל ומין, 2008⁽²⁾: אחוזים



1.3 ניסיונות התאבדות לפי מין וקבוצת אוכלוסייה

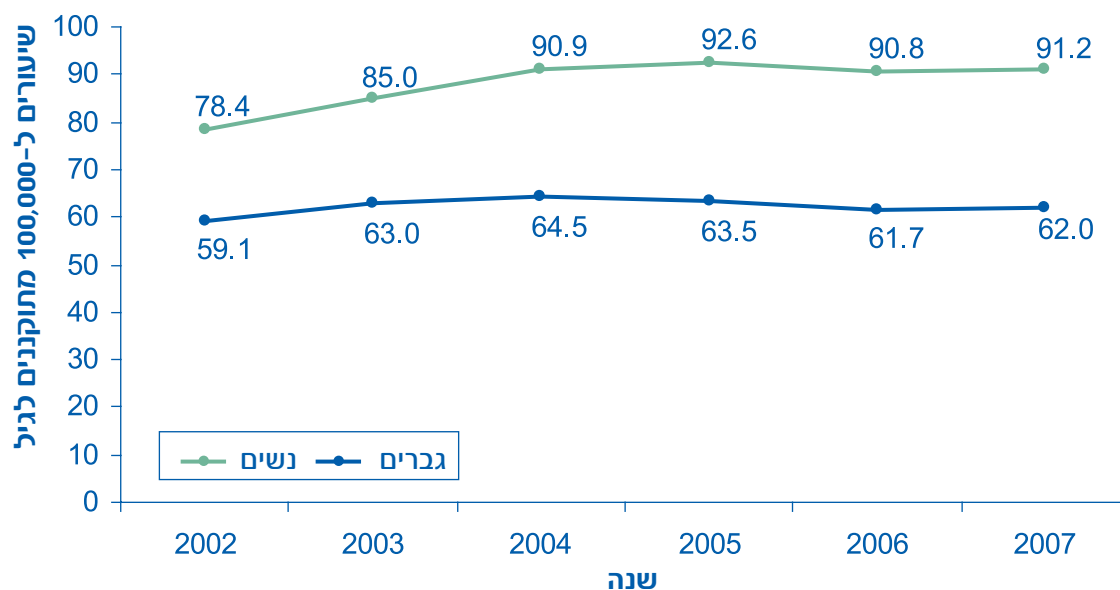
בתחילת שנות האלפיים נצפתה עליה בשיעורי ניסיונות ההתאבדות בגברים יהודים. משנת 2005 התייצבו השיעורים. השיעור המתוקנן לגיל בגברים בשנת 2007 נאמד ב-62.0 ל-100,000 (ממוצע תלת-שנתי). בנשים יהודיות נצפתה עליה מ-78.4 ל-100,000 בשנת 2002 ל-91.2 ל-100,000 בשנת 2007 (תרשים 2)⁽¹⁾. בערבים, חלה בין השנים 2002-2007 עליה בשיעורי ניסיונות ההתאבדות, בגברים ובנשים. השיעור המתוקנן לגיל בגברים עלה מ-32.2 ל-100,000 בשנת 2002, ל-43.6 ל-100,000 בשנת 2007. בנשים העלייה היתה מ-59.6 ל-100,000 ל-71.3 ל-100,000, בהתאמה (תרשים 2)⁽¹⁾.

התאבדויות וניסיונות התאבדות

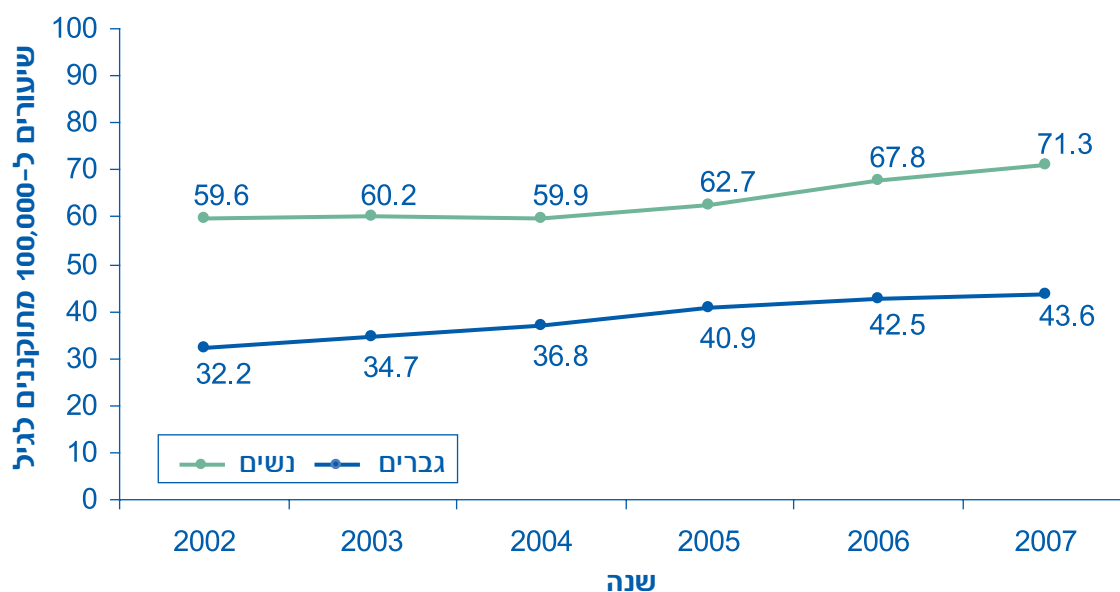
תרשים 2: ניסיונות התאבדות בכלל האוכלוסייה (בני 10 שנים ומעלה), לפי מין וקבוצת אוכלוסייה,

2002-2007⁽¹⁾: שיעורים* ל-100,000 מתוקננים לגיל

יהודים



ערבים



* ממוצע נע ל-3 שנים.

בסקר הבריאות הלאומי שנערך בשנים 2003-2004 ביוזמת משרד הבריאות ובשיתוף הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, כחלק מסקר בריאות הנפש העולמי (WMH), השתתפו 5,000 ישראלים בני 21 ומעלה. בסקר זה נמצא כי 5.5% מהישראלים חושבים על התאבדות, 1.9% מכינים תוכנית להתאבדות ו-1.4% מבצעים ניסיון התאבדות. 25% מאלה שחשבו על התאבדות יעשו ניסיון התאבדות, כאשר התקופה בה הסיכון גבוה ביותר היא בשנה שלאחר הופעת מחשבות אלו. נמצא כי הסיכון לניסיון התאבדות גבוה יותר אצל בעלי הפרעה נפשית, במיוחד אצל בעלי הפרעה דו-קוטבית⁽²⁾.

2. התאבדויות בקרב מבוגרים

2.1 רקע

הנתונים על התאבדויות הינם מקובץ "סיבות המוות"⁽³⁾ של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, המוזן מדיווח המכון לרפואה משפטית. הקודים של ה-ICD-9 להתאבדויות הם E950-E959. משנת 1998, הקידוד נעשה על פי ה-ICD-10 והקודים המתאימים הם X60-X84 ו-Y-87. היות ובישראל לא נערכות חקירות נרחבות לבירור סיבת המוות כאשר אין חשד לפלילים, בניגוד למקובל בחלק מהמדינות האחרות, יש מקרים בהם האבחנה הנרשמת אינה התאבדות, למרות שלמעשה המוות נבע ממעשה אובדני. כתוצאה מכך השיעור המדווח של תמותה שנגרמה מהתאבדות מהווה אומדן חסר של השיעור האמיתי. ממחקר הנערך בימים אלה במרכז הלאומי לבקרת מחלות עולה כי בדיקה מדוקדקת של סיבות המוות מעלה ב-14%-23% את מספר מקרי האובדנות.

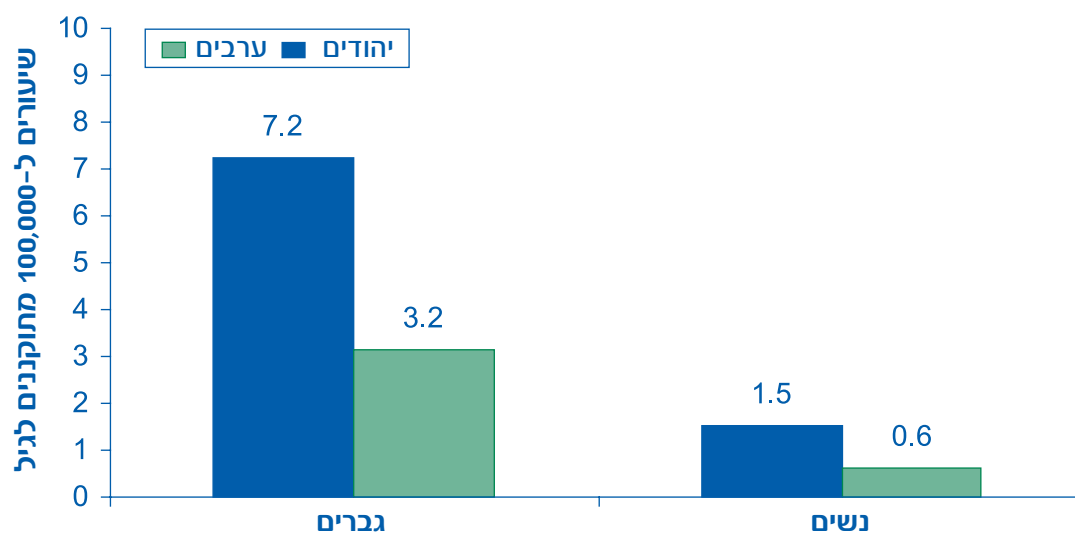
2.2 התאבדויות לפי מין וקבוצת אוכלוסייה

בשנת 2007 דווח על 306 התאבדויות⁽³⁾. השיעור הגולמי של ההתאבדויות בגברים היה 6.7 ל-100,000, ו-1.4 ל-100,000 בנשים. בשנים 2000-2007, שיעור ההתאבדויות בגברים היה גבוה פי 4 מהשיעור בנשים⁽³⁾. מתוך הנתונים הקיימים עולה "פרדוקס המגדר" המוכר - נשים מנסות להתאבד יותר מגברים אך מוות כתוצאה מהתאבדות שכיח יותר אצל גברים.

שיעורי ההתאבדויות בקרב יהודים גבוהים בהשוואה לשיעורים בקרב ערבים. בשנת 2007, שיעור ההתאבדויות (מתוקן לגיל) היה גבוה פי 2.3 אצל גברים יהודים לעומת גברים ערבים ופי 2.5 בנשים יהודיות לעומת נשים ערביות (תרשים 3)⁽³⁾.

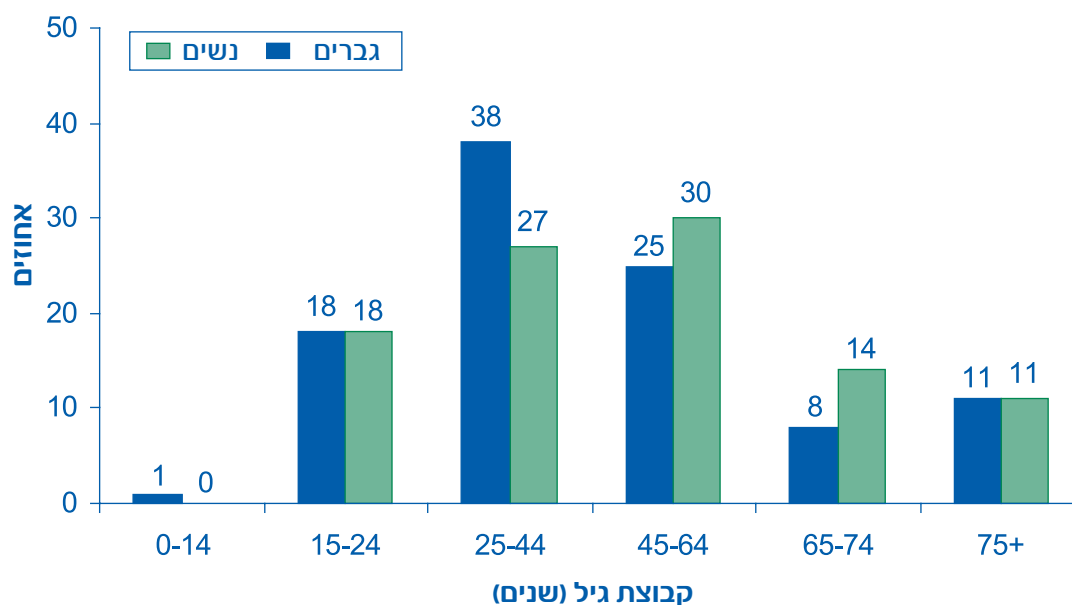
התאבדויות וניסיונות התאבדות

תרשים 3: התאבדויות, לפי מין וקבוצת אוכלוסיה, 2007⁽³⁾: שיעורים ל-100,000 מתוקננים לגיל



כ-60% ממקרי ההתאבדות בקרב גברים מתרחשים עד גיל 45, בעוד שבנשים, כ-50% מהמקרים מתרחשים עד גיל זה. בקרב גברים ונשים כאחד ישנה עלייה ניכרת באחוזי ההתאבדות בגילאי 25-44 בהשוואה לגילאים המוקדמים יותר (תרשים 4)⁽³⁾.

תרשים 4: התפלגות התאבדויות, לפי גיל ומין, 2007⁽³⁾: אחוזים

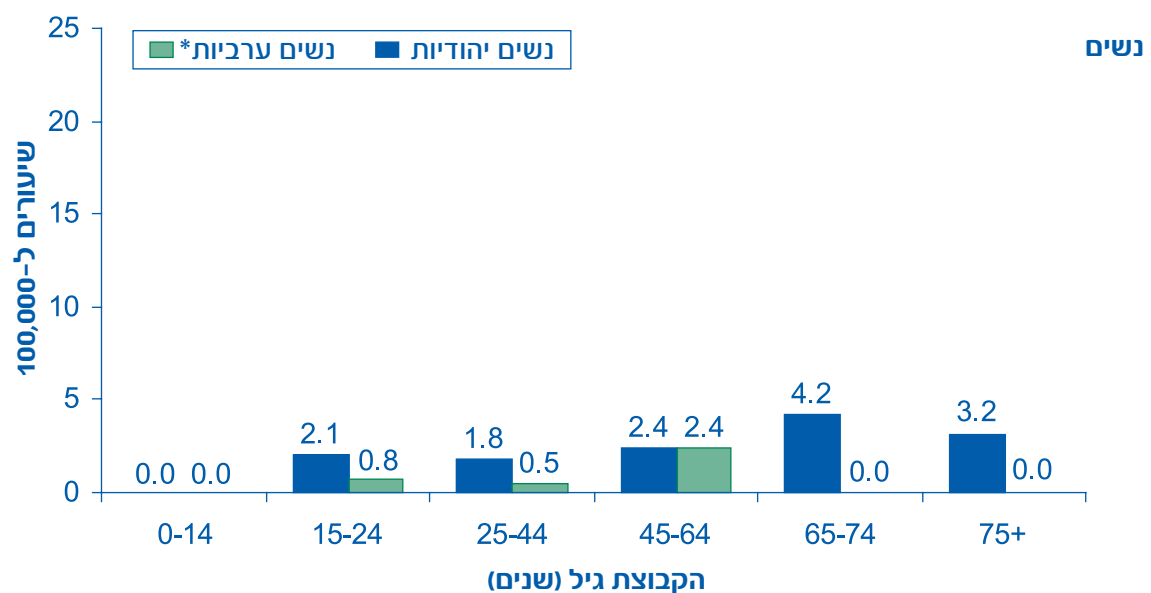
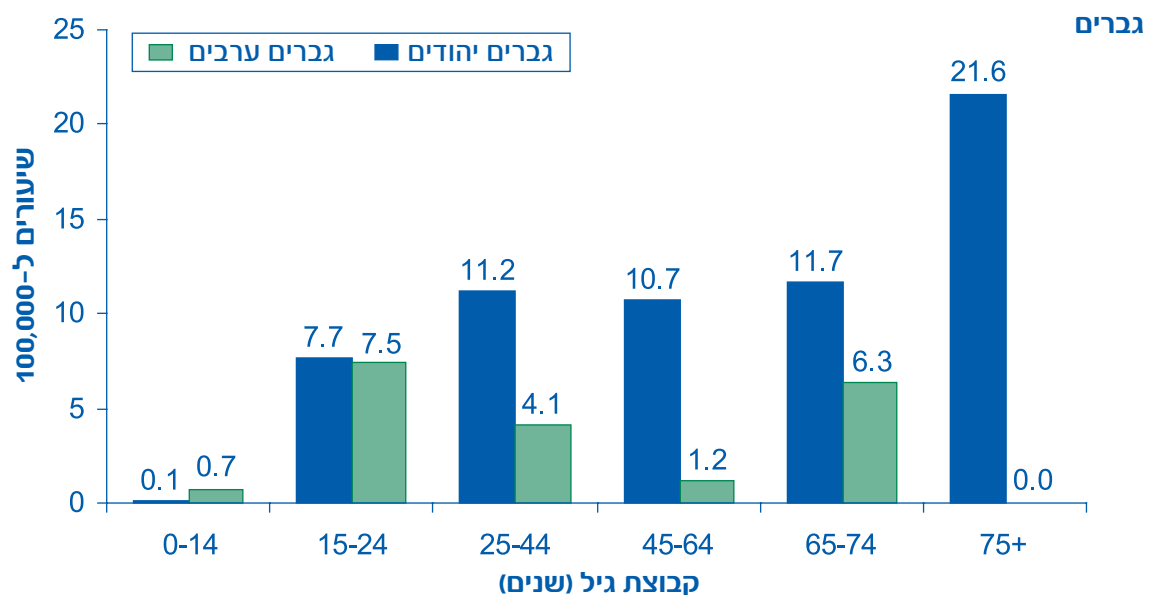


התאבדויות וניסיונות התאבדות

2.3 התאבדויות לפי מין, גיל וקבוצת אוכלוסייה

שיעורי ההתאבדות עולים עם הגיל בקרב גברים יהודים, עד ל-21.6 ל-100,000 בבני 75 שנים ומעלה. בקרב נשים יהודיות, השיעורים הגבוהים ביותר נמצאו בכנות 65-74 שנים. בקרב ערבים, קשה להצביע על מגמה מסוימת בשל מיעוט המקרים, אך שיעורים גבוהים יחסית נצפו בגברים בני 15-24 שנים (7.5 ל-100,000) ובבני 74-65 שנים (6.3 ל-100,000). בגילאי 15-24 שנים, השיעור בקרב גברים ערבים דומה לזה של הגברים היהודים, בעוד שבשאר קבוצות הגיל שיעורי ההתאבדות גבוהים בהרבה בקרב גברים יהודים (תרשים 5).⁽³⁾

תרשים 5: התאבדויות, לפי מין, גיל וקבוצת אוכלוסייה, 2007⁽³⁾: שיעורים ל-100,000



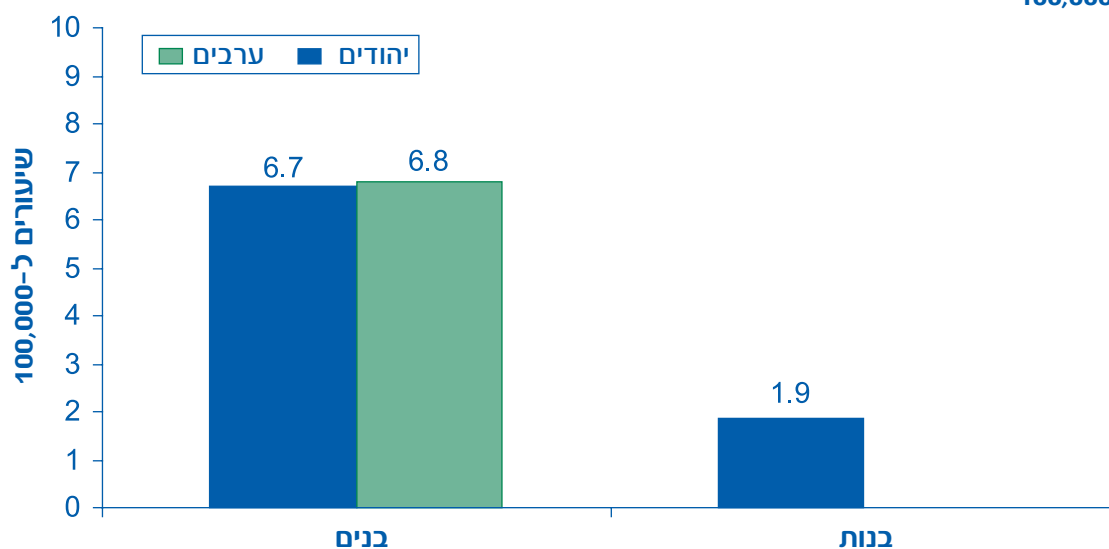
* מספרים קטנים בקבוצה זו.

התאבדויות וניסיונות התאבדות

2.4 התאבדויות בקרב בני נוער

בשנת 2007 היה שיעור ההתאבדויות בקרב צעירים יהודים וערבים בני 15-19 שנים דומה: 6.7 ו-6.8 ל-100,000 בהתאמה. השיעור בקרב צעירות יהודיות היה 1.9 ל-100,000, ובצעירות ערביות לא נרשמו התאבדויות כלל בשנה זו (תרשים 6)⁽³⁾.

תרשים 6: התאבדויות בקרב בני נוער (גילאי 15-19) לפי מין וקבוצת אוכלוסיה, 2007⁽³⁾: שיעורים ל-100,000



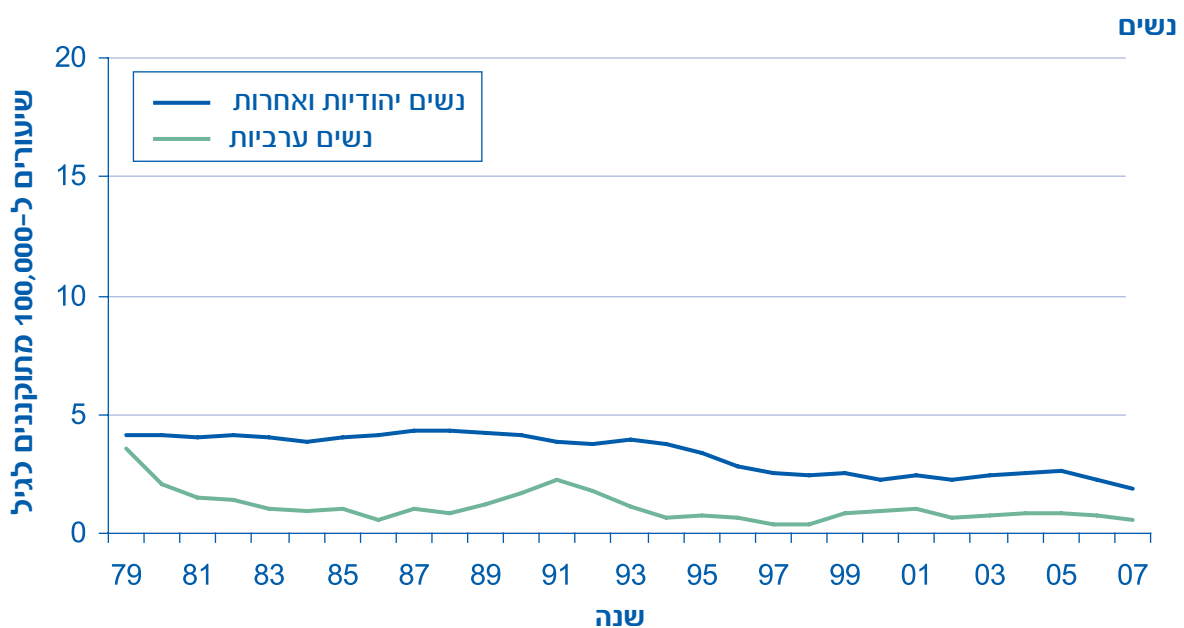
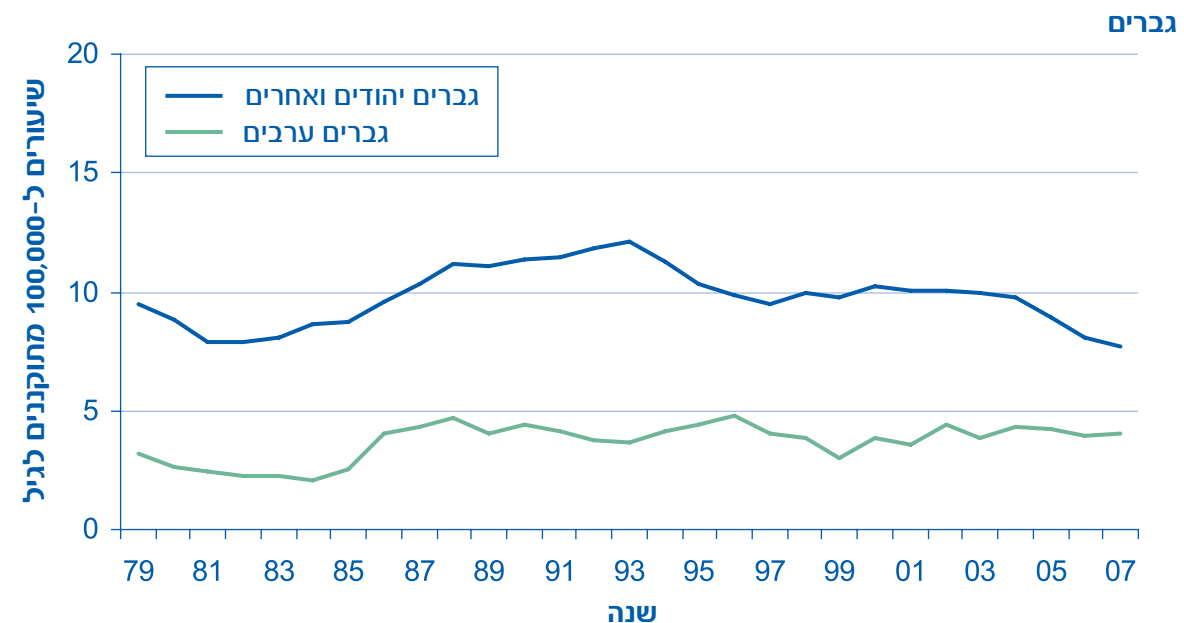
התאבדויות וניסיונות התאבדות

3. מגמות

3.1 מגמות בהתאבדויות בקרב מבוגרים

בגברים יהודים, השיעור המתוקן לגיל ירד ב-40% משנת 1994 עד 2007. בולטת הירידה בארבע השנים האחרונות. בגברים ערבים אין שינויים משמעותיים בשיעורי ההתאבדויות בעשרים השנים האחרונות (תרשים 7)⁽³⁾. בנשים יהודיות הייתה ירידה של 60% בשיעור ההתאבדות משנת 1994 עד שנת 2007. בנשים ערביות, השיעורים היו יציבים באותה תקופה (תרשים 7)⁽³⁾.

תרשים 7: מגמות בתמותה מהתאבדויות בקרב מבוגרים לפי מין וקבוצת אוכלוסייה, 1979-2007⁽³⁾:
שיעורים* ל-100,000 מתוקנים לגיל



* ממוצע נע ל-3 שנים.

התאבדויות וניסיונות התאבדות

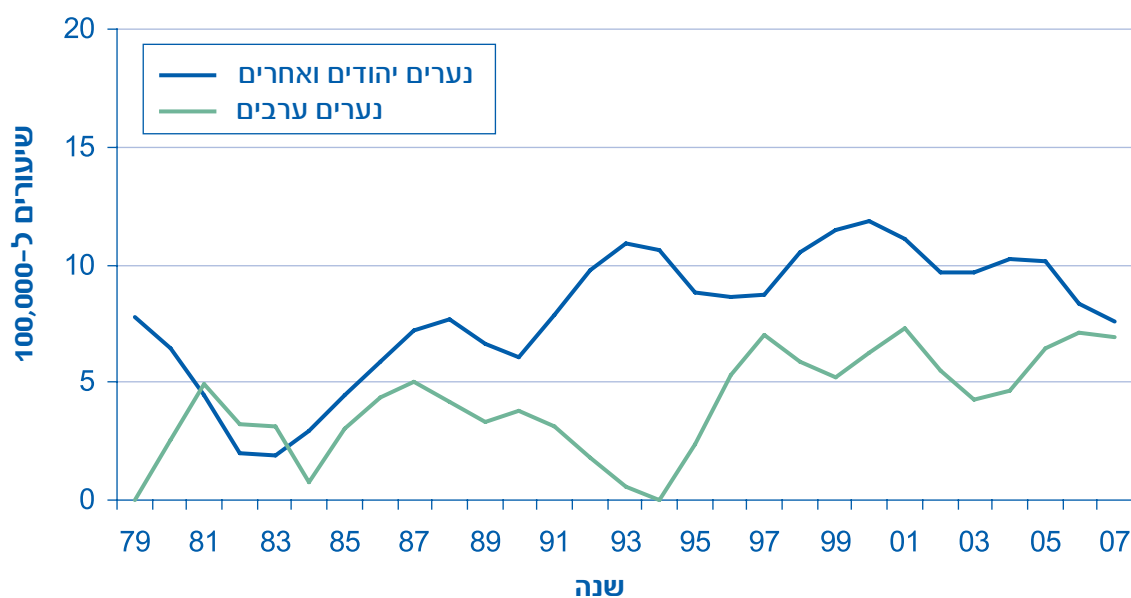
3.2 מגמות בהתאבדויות בקרב מתבגרים

שיעורי ההתאבדויות בבני הנוער מאופיינים בתנודות רבות⁽³⁾. משנת 2004 עד שנת 2007 ניכרת ירידה של 50% בשיעורי ההתאבדויות בקרב צעירים יהודים ואחרים ועליה ניכרת אצל הצעירים הערבים. בקרב הצעירות ניכרת ירידה בשיעורי ההתאבדויות, במיוחד אצל הצעירות הערביות, אצלן לא דווח כלל על מקרי התאבדות בארבע השנים האחרונות (תרשים 8)⁽³⁾.

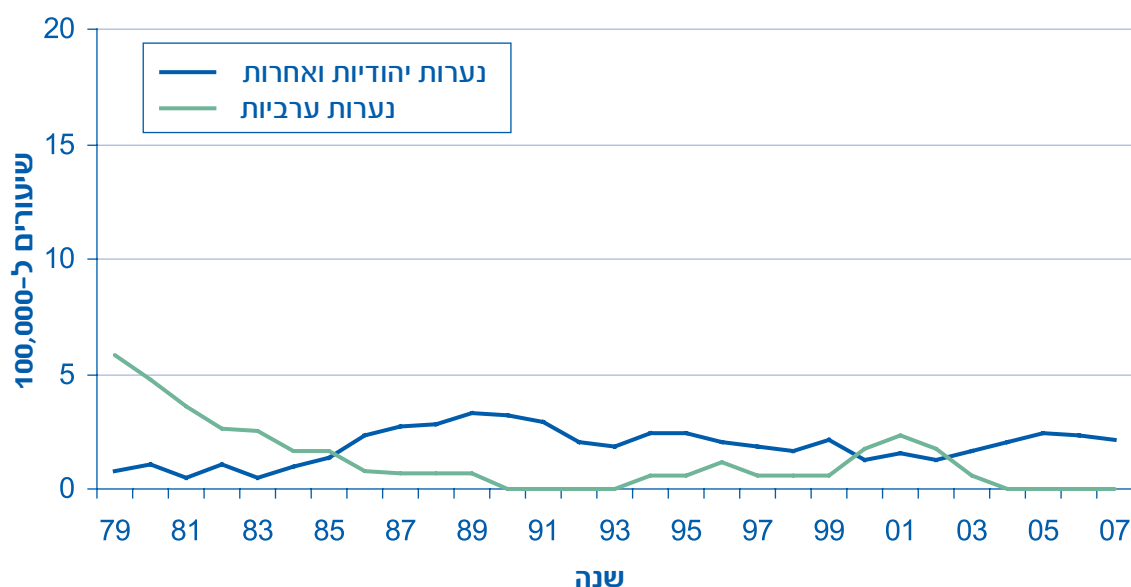
תרשים 8: מגמות בתמותה מהתאבדויות בבני 15-19, לפי מין, וקבוצת אוכלוסייה, 1979-2007⁽³⁾:

שיעורים* ל-100,000

נערים



נערות



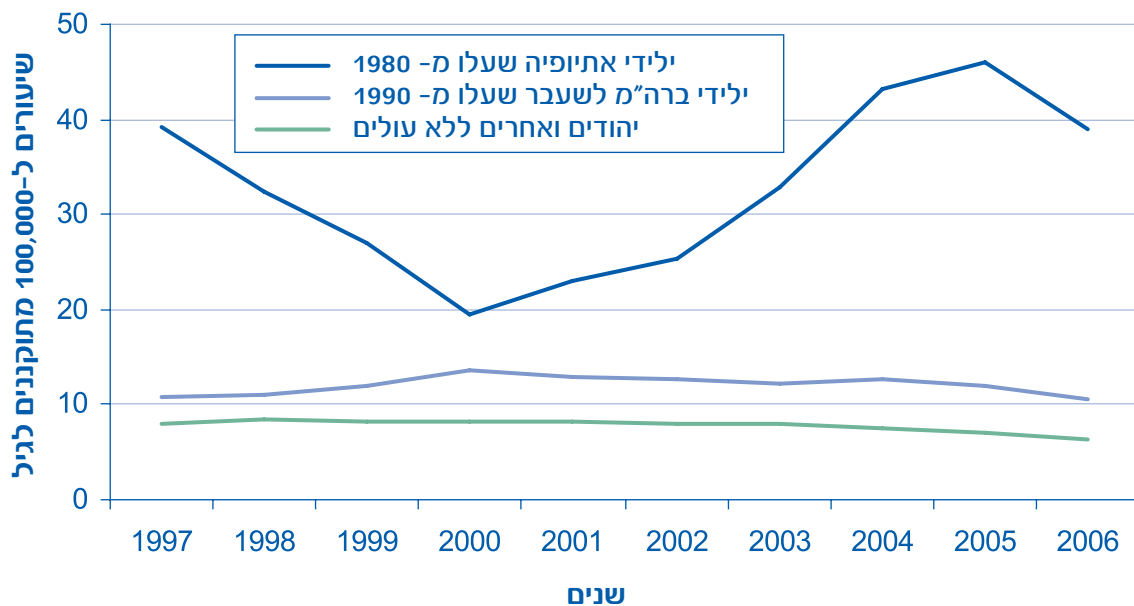
* ממוצע נע ל-3 שנים.

התאבדויות וניסיונות התאבדות

3.3 מגמות בהתאבדויות בקרב עולים חדשים

התאבדויות בעולים חדשים (ילידי אתיופיה שעלו משנת 1980 ואילך וילידי ברה"מ לשעבר שעלו משנת 1990 ואילך) מהוות כשליש מסך ההתאבדויות בישראל. שיעור ההתאבדות המתוקנן לגיל היה יציב בקרב יהודים ואחרים (ללא עולים) עד תחילת שנות האלפיים, ומאז הוא במגמת ירידה. מגמה דומה נצפתה בעולי ברה"מ לשעבר. בקרב עולי אתיופיה, עבורם שיעורי ההתאבדות גבוהים בהשוואה ליהודים ואחרים (ללא עולים) ולעולי ברה"מ לשעבר, נצפתה משנת 2000 עליה בשיעורי ההתאבדות, ששיאה בשנת 2005 (תרשים 9)⁽¹⁾. עליה זו ניכרת בעיקר בקרב גברים צעירים (15-24) עולי אתיופיה, עבורם שיעור ההתאבדויות בשנים 2005-2007 היה 94.3 ל-100,000 (ממוצע נע תלת שנתי) בהשוואה ל-7.4 ל-100,000 (ממוצע נע תלת שנתי) בקרב יהודים ואחרים (ללא עולים) (תרשים 9)⁽¹⁾.

תרשים 9: מגמות בהתאבדויות בגילאי 15 ומעלה לפי ארץ עלייה, 1997-2006⁽¹⁾: שיעורים ל-100,000 מתוקננים לגיל



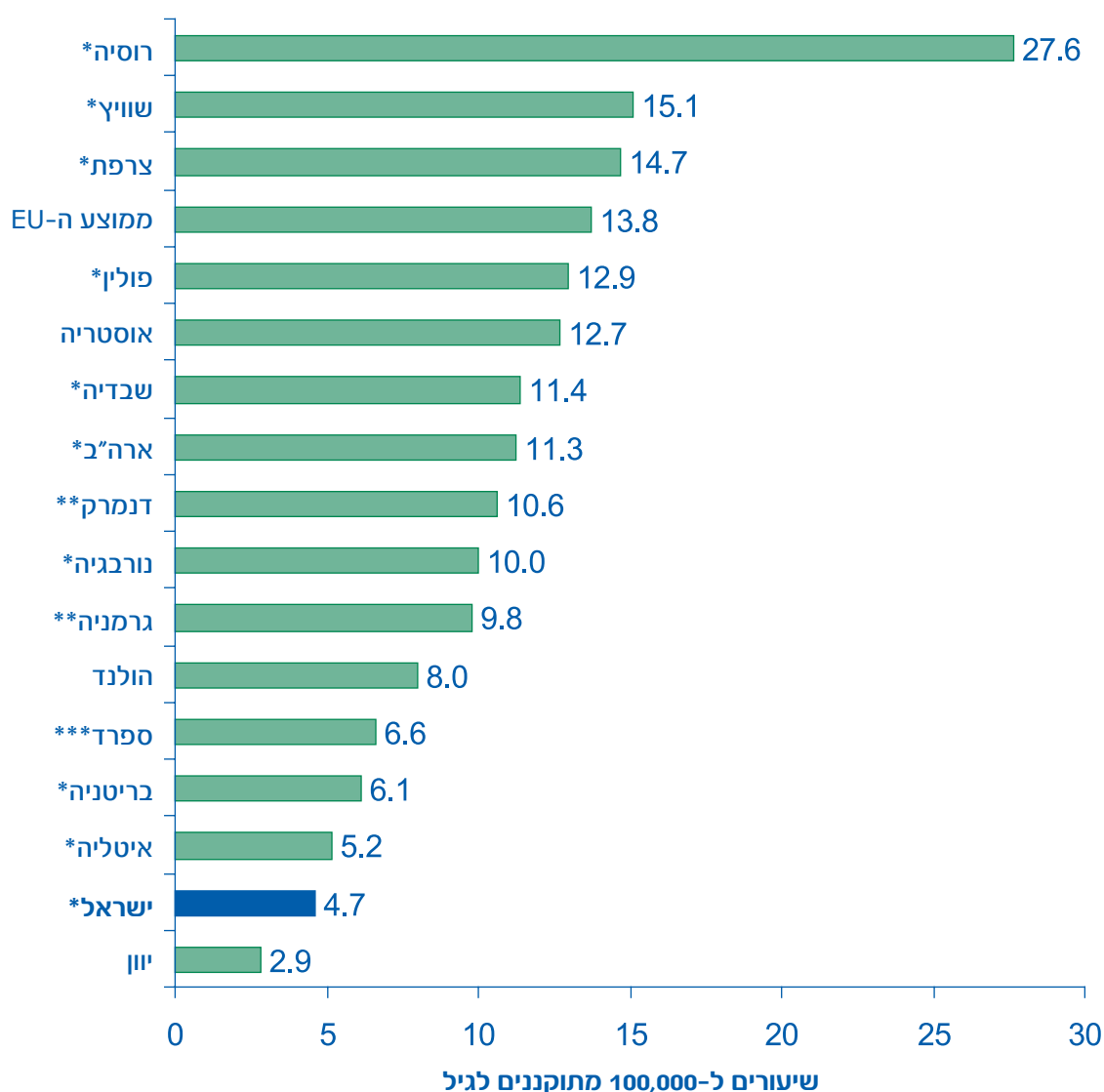
* ממוצע נע ל-3 שנים.

התאבדויות וניסיונות התאבדות

4. השוואה בין לאומית

שיעור ההתאבדויות בישראל נמוך משיעורי ההתאבדויות במספר רב של מדינות אירופה, מארה"ב ואף מהממוצע של האיחוד האירופי (תרשים 10)^(5,4). רק ביוון דווח שיעור התאבדויות נמוך יותר מזה שדווח בישראל. יש לציין שהשיעור הנמוך בישראל נובע, קרוב לוודאי, גם מדיווח חלקי^(5,4).

תרשים 10: תמותה מהתאבדויות בישראל, במדינות נבחרות באירופה ובארה"ב, 2008: שיעורים ל-100,000 מתוקננים* לגיל



לפי אוכלוסיית התקן של אירופה.

* נתונים משנת 2007, השנה העדכנית ביותר בה היו נתונים עבור מדינה זו.

** נתונים משנת 2006, השנה העדכנית ביותר בה היו נתונים עבור מדינה זו.

*** נתונים משנת 2005, השנה העדכנית ביותר בה היו נתונים עבור מדינה זו.

5. ביבליוגרפיה

1. אובדנות בישראל 2010 - שירותי מידע ומחשוב, תחום מידע, משרד הבריאות.
2. Levinson D, Haklai Z, Stein N, Polakiewicz J, Levav I. Suicide ideation, planning and attempts: results from the Israel National Health Survey. *Isr J Psychiatry Relat Sci.* 2007;44(2):136-43.
3. הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. קובץ סיבות המוות, 2007.
4. European Health for All Database (HFA-DB). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010.
5. National Center for Health Statistics. *Health United States, 2010: With Special Feature on Death and Dying.* Hyattsville, Maryland, 2011.

עורך הפרק: ד"ר מרדכי מרק

נקודות עיקריות

מיטות אשפוז פסיכיאטריות

- בין השנים 1990 ל-1999, ירד שיעור המיטות הפסיכיאטריות מ-1.5 ל-1,000 נפש (סה"כ 7,074 מיטות) ל-1.0 ל-1,000 נפש (סה"כ 6,005 מיטות). בשנת 2008 נרשם שיעור של 0.47 מיטות לאלף נפש (3,225 מיטות פסיכיאטריות). המשך הקפאת הגידול במספר המיטות הפסיכיאטריות במקביל להמשך הגידול באוכלוסייה צפוי להוביל להמשך מגמה זו.

אשפוזים פסיכיאטריים לפי מין

- בין השנים 1998-2007, יחס הגברים לנשים בקבלה לאשפוז הפסיכיאטרי כמעט ולא השתנה, ועומד על כ-60% גברים לעומת כ-40% נשים.

מאושפזים פסיכיאטריים לפי אבחנה

- בסוף שנת 2007, 56.4% מהמאושפזים סבלו מסכיזופרניה, 12.7% סבלו מהפרעות אפקטיביות ו-4.6% אושפזו בגין שימוש בסמים ואלכוהול.

אשפוזים פסיכיאטריים באוכלוסייה המבוגרת (בני 65 שנים ומעלה)

- בין השנים 1985-2007 נצפתה ירידה משמעותית במספר המאושפזים מעל גיל 65 שנים השוהים בבתי החולים הפסיכיאטריים ובמחלקות הפסיכיאטריות בבתי החולים הכלליים, מ-1,704 מאושפזים בשנת 1985 ל-318 בשנת 2007.
- בין השנים 2000-2008 ירד מספר הקבלות לאשפוז בקרב בני 65 שנים ומעלה, מ-1,891 בשנת 2000 ל-1,292 בשנת 2008.

אשפוז פסיכיאטרי כפוי

- בין השנים 1992-2009, מספר האשפוזים הכפויים הוכפל ויותר, מ-2,622 קבלות לאשפוז בכפייה בשנת 1992 ל-6,054 אשפוזים בכפייה בשנת 2009.
- בעשור הראשון ליישומו של חוק טיפול (1992-2000), נרשמה מגמת עלייה בשני מסלולי האשפוז בכפייה (הוראות וצווים), הן בהיקף והן באחוז מכלל האשפוזים. בעשור השני (2001-2009) הייתה התייצבות, הן בהיקף והן באחוזים.
- בין השנים 1992-2009, כמעט שולש מספר האשפוזים בצו בית המשפט, מ-677 צווים לשנה, שהיוו 4.9% מסך הקבלות לאשפוז בשנת 1992, ל-1,747 צווים לשנה, שהיוו 8.4% מסך הקבלות לאשפוז בשנת 2009. משנת 2005 ואילך, התגברה מגמת העלייה במספר צווי אשפוז להסתכלות ובהתאמה נרשמת עליה גם בצווי האשפוז לטיפול. בחמש השנים האחרונות, על כל ארבע קבלות לאשפוז בגין צווי אשפוז להסתכלות יש קבלה אחת לאשפוז בצו, יחס של 1:4.

בריאות הנפש

פטירות והתאבדויות במהלך אשפוז

- חלה ירידה ניכרת במספר הפטירות וההתאבדויות במהלך אשפוז פסיכיאטרי, מ-188 בשנת 1998 (171 פטירות ו-17 התאבדויות) ל-65 בשנת 2007 (56 פטירות ו-9 התאבדויות).

טיפול אמבולטורי

- בין השנים 1998-2006 נצפתה עלייה בכל המדדים האמבולטוריים: מספר הפניות לטיפול עלה ב-10.4%, מספר המגעים עלה ב-41% ומספר המטופלים עלה ב-31%. משנת 2006 ואילך נרשמה ירידה במדדי הפעילות האמבולטורית.

הפרעות נפשיות: נתונים מסקר בריאות לאומי 2003-2004

- על פי סקר בריאות הנפש הלאומי שנערך בשנים 2003-2004, שיעור ההימצאות לאורך החיים (lifetime prevalence) של הפרעות רגש היה 14.6% בנשים לעומת 9.6% בגברים.
- הפרעת דחק פוסט-טראומטית נמצאה ב-1.7% מהנשים ו-1.2% מהגברים.
- שיעור השימוש לרעה בחומרים (אלכוהול, סמים) היה 9.1% בגברים ו-1.6% בנשים.

מצב רוח מדוכא: נתונים מסקר בריאות לאומי INHIS-2 2007-2008

- על פי ממצאי סקר הבריאות הלאומי INHIS-2 בשנים 2007-2008, 2.8% מהאוכלוסייה דיווחו על מצב רוח מדוכא או מיואש כל הזמן או רוב הזמן בארבעת השבועות שקדמו לסקר.
- בקבוצות הגיל המבוגרות (65-74 שנים ו-75 שנים ומעלה), השיעורים היו גבוהים יותר מאשר בקבוצות הגיל הצעירות יותר.
- בקבוצות הגיל 65-74 שנים ו-75 שנים ומעלה, השיעורים היו גבוהים פי שניים בנשים מאשר גברים.

בריאות הנפש

1. רקע

בבואנו להעריך את מצב בריאות הנפש במדינה עלינו להיות מודעים לקשיים ייחודיים באיתור, אבחון וטיפול בהפרעות נפשיות, הן בגין הסטיגמה הכרוכה בתחלואה נפשית ובפנייה לטיפול פסיכיאטרי^(2,1) והן לאור העובדה שבהפרעות החמורות (פסיכוזות לסוגיהן) מדובר בחולים שלעיתים, כתוצאה ממחלתם, נפגע כושרם לביקורת המציאות; לעיתים הם אינם מכירים במחלתם (אנוזוגנוזיה)⁽³⁾ או מכחישים את מגבלותיהם ואינם פונים לרופא, או משמכירים במחלה, מתקשים לפנות לטיפול (כגון במצבי דיכאון).

הכלים האפידמיולוגיים העומדים לרשות החוקרים להערכת היקף ועומס התחלואה הפסיכיאטרית הינם בעלי יכולת חלקית בלבד, אם כי בעשור האחרון חלה התקדמות רבה בתחום, דרך סקרי אוכלוסייה, המאפשרים הערכות מהימנות של קשת רחבה של הפרעות.

בנוסף, אנו עדים לקפיצת מדרגה בטיפולים הפסיכו-פרמקולוגיים ובשיטות מגוונות ויעילות לפסיכותרפיה ולשיקום בקהילה, כאשר ניתן להעריך את היקף התחלואה משיעור השימוש בתרופות פסיכופרופיות⁽⁴⁾, ומהיקף ההפניות למרפאות ברה"ן (בריאות הנפש) וההסתייעות במגוון שירותי השיקום בקהילה⁽⁵⁾.

על אף הקשיים שצוינו לעיל בהערכת מצב בריאות הנפש בישראל, לרשות האפידמיולוג החוקר את התחום עומדים כלים ייחודיים שנבנו לאור הנסיבות המיוחדות שאפיינו את הקמת מדינת ישראל. בשנותיה הראשונות קלטה ישראל עולים רבים, בהם פליטים וניצולי שואה רבים. גלי העלייה יצרו צורך במענה פסיכיאטרי מיידי וכולל⁽⁶⁾, כאשר מערך הטיפול המוגבר נשען רובו ככולו על מוסדות אשפוז. בנסיבות אלה, פיתח משרד הבריאות, עוד בשנים הראשונות לאחר קום המדינה, קובץ מאושפזים ארצי שהפך עם השנים לכלי מוכר למעקב אחר הטיפול בחולים המאושפזים בבתי החולים הפסיכיאטריים⁽⁷⁾, כמו גם כלי לתכנון שירותים פסיכיאטריים ולמחקרים אפידמיולוגיים⁽⁸⁾. קובץ המאושפזים הפסיכיאטרי, מהיחידים מסוגו בעולם, מופעל כיום מכוח החוק לטיפול בחולי נפש תשנ"א-1991 (להלן החוק החדש לטיפול)⁽⁹⁾. החוק החדש לטיפול אפשר "מתן טיפול מרפאתי כפוי במקום אשפוז בבית החולים" על מנת שהחולה יטופל במסגרת המשפחה והקהילה ובשיתופו של החולה עצמו בטיפול הרפואי והשיקומי⁽¹⁰⁾. ההסמכה בחוק לטפל בקהילה כחלופה לאשפוז בכפייה^(11,12,13) משקפת מדיניות טיפול שמגמתה העתקת מרכז הכובד בטיפול הפסיכיאטרי ממוסדות האשפוז לקהילה. בעשור האחרון, בעקבות חקיקת חוק שיקום נכי נפש בקהילה והצרכים שהתפתחו במהלך יישומו, פותח קובץ נלווה לקובץ המאושפזים למעקב אחר תהליך האל-מיסוד⁽¹⁴⁾.

עם תחילת ההתארגנות לרפורמה בשירותי בריאות הנפש הוקם במשרד הבריאות גם קובץ המלווה את פעילות השירות האמבולטורי תוך ציון קופת החולים המבטחת. יש להניח ששינויי החקיקה והתהליכים שתוארו השפיעו ומשפיעים על תמונת מצב בריאות הנפש. ראוי גם להבהיר שתמונת מצב בריאות הנפש בישראל מלמדת לא רק על עומס התחלואה הנפשית, אלא גם עשויה לשקף שינויי חקיקה, שינויי מדיניות משפטית ומדיניות בריאות ויישומה על ידי ספקי השירות. עם זאת, חשוב להדגיש שתמונת המצב של בריאות הנפש משקפת גם את המדיניות החברתית-כלכלית בישראל ואת רמת הדאגה הלאומית לאנשים עם מוגבלויות הנזקקים לשירותי בריאות הנפש, ובכלל זה את הצרכים המיוחדים של אוכלוסיית מקבלי השירות.

בפרק זה נביא את תמצית הנתונים המשקפים את מצב בריאות הנפש במהלך שני העשורים האחרונים, מנקודת הזמן סמוך לשינוי החוק לטיפול בשנת 1991, בתחילת העשור האחרון של המאה שעברה, ועד לשלהי העשור הראשון למאה העשרים ואחת. מירב הנתונים נאספו במהלך 2007 וחלקם עודכנו ל-2009.

2. נתוני שירותי בריאות הנפש

2.1 מערך האשפוז הפסיכיאטרי: נתונים כלליים

לאחר יישום החוק החדש לטיפול, במהלך העשור שבין השנים 1990 ל-1999, חלה ירידה בשיעור המיטות הפסיכיאטריות מ-1.5 ל-1,000 נפש (סה"כ 7,074 מיטות) ל-1.0 ל-1,000 נפש (סה"כ 6,005 מיטות)⁽¹⁵⁾. בשנת 2008, בשלהי העשור השני ליישום חוק הטיפול החדש, עמד שיעור זה על 0.47 מיטות לאלף נפש (3,225 מיטות פסיכיאטריות). הקפאת הגידול במספר המיטות הפסיכיאטריות במקביל להמשך הגידול באוכלוסייה צפויה להוביל להמשך מגמת הירידה בשיעור המיטות, אלא אם מדיניות זו תיבחן על פי נתוני 2010. סך הקבלות לאשפוז עלה מ-17,635 בשנת 1999 ל-20,866 בשנת 2009^(20,15). בעשור האחרון מלווים נתוני הקבלות לאשפוז בירידה בפרופורצית המאושפזים עם משך אשפוז של מעל שנה, מכ-61% מכלל המאושפזים בתחילת העשור לכ-38.8% בשנת 2007. הירידה בפרופורצית המאושפזים מעל שנה עולה בקנה אחד עם העלייה בשיעורי האשפוזים החוזרים, משיעור של 2.1 לאלף בשנת 1991 לשיעור של 3.3 לאלף נפש בשנת 2007 (יותר מפי 1.5)⁽¹⁹⁾.

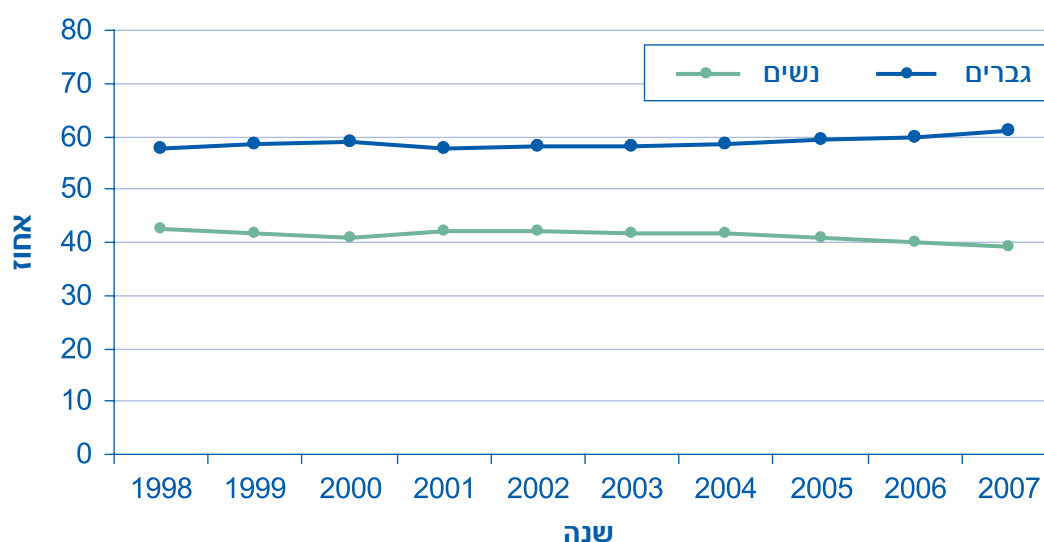
פילוח נתוני האשפוז הפסיכיאטרי לסוגיו במהלך שנת 2007 מלמד שלמעלה ממחצית (54.4%) המיטות הפסיכיאטריות (3,415) נמצאות במחלקות פסיכיאטריות פעילות, ורק כשליש (31.3%) במחלקות פעילות לאשפוז ממושך. כ-8.5% מכלל המיטות ממוקמות במחלקות ילדים ו-5.8% במחלקות משפיות. על פי דו"ח אשפוז בריאות הנפש בישראל שהוכן על ידי מרכז המידע והמחקר של הכנסת, צמצום המיטות הפסיכיאטריות בישראל בשנים 2000-2006 נעשה בקצב הגבוה ביותר בהשוואה למדינות אירופה החברות ב-OECD בתקופה המקבילה⁽¹⁶⁾. הצמצום הדראסטי במספר המיטות בבתי החולים הפסיכיאטריים הממשלתיים לא לווה בפיתוח מחלקות פסיכיאטריות חדשות בבתי החולים הכלליים⁽¹⁷⁾. על אף המלצות וועדת נתניהו⁽¹⁸⁾ לשלב את שירותי בריאות הנפש בשירותי הבריאות הכלליים, עדיין האשפוז הפסיכיאטרי מתבצע ברובו (91%) בבתי חולים פסיכיאטריים נפרדים משירותי הבריאות הכלליים⁽¹⁵⁾ (רובם ציבוריים ומיעוטם בתי חולים פרטיים). רק 8% מהמיטות הפסיכיאטריות מצויות במחלקות בבתי החולים הכלליים, וכאחוז בבתי חולים למחלות ממושכות. רק במיעוטן מתאפשר אשפוז בהתאמה למגדר.

שיעור הקבלות הראשונות לאשפוז פסיכיאטרי נשאר יציב סביב 0.8 לאלף נפש, בין 0.78 בשנת 1997 ל-0.84 בשנת 2007; וזאת על אף התמורות במערך האשפוז. יש לציין כי ייתכן שתמהיל המיטות הפסיכיאטריות הקיים (מעט מידי מיטות פסיכיאטריות במחלקות נפרדות לפי מגדר ומעט מיטות פסיכיאטריות בבתי חולים כלליים), מהווה גורם מונע מחלק מהחולים והמשפחות מלהסתייע בשירותי האשפוז הפסיכיאטרי (בנוסף לקשיי ההתמודדות עם הסטיגמה), ולכן תמונת האשפוז הפסיכיאטרי עלולה לשקף תמונה בלתי שלמה של התחלואה הפסיכיאטרית בישראל.

2.2 אשפוזים פסיכיאטריים לפי מין

בסוף דצמבר 1999 שהו באשפוז פסיכיאטרי 4,230 גברים (59.9% מכלל המאושפזים) ו-2,830 נשים (40.1%), בעוד שבסוף דצמבר 2007 שהו באשפוז 2,329 גברים (65.7% מכלל המאושפזים) ו-1,218 נשים (34.3%). לעומת זאת, מנתוני הקבלות לאשפוז עולה שיחס גברים לנשים בין המתאשפזים נותר יציב במהלך השנים האחרונות, ועומד על כ-60% גברים לעומת כ-40% נשים (תרשים 1)⁽¹⁵⁾.

תרשים 1: קבלות לאשפוז פסיכיאטרי: התפלגות לפי מין, 1998-2007⁽¹⁵⁾: אחוזים



2.3 אשפוזים פסיכיאטריים לפי אבחנה

בסוף שנת 1999, 68.8% מהמאושפזים סבלו מסכיזופרניה ומהפרעות דלזיונאליות ורק 7.3% מהמאושפזים סבלו מהפרעות אפקטיביות; בסוף שנת 2007, 56.4% מהמאושפזים סבלו מסכיזופרניה, ואחוז המאושפזים הסובלים מהפרעות אפקטיביות עלה ל-12.7%. לכל אורך התקופה רק אחוזים בודדים אושפזו בגין הפרעות אורגניות, הפרעות אישיות או הפרעות נזירוסיות. כאחוז אחד מהמאושפזים בשנת 1999 אושפזו בגין שימוש בסמים ואלכוהול, ושיעור זה עלה ל-4.6% מכלל המאושפזים בשנת 2007 (טבלה 1)^(19,15).

טבלה 1: התפלגות האשפוזים הפסיכיאטריים לפי אבחנה, 1999 ו-2007^(19,15): אחוז מכלל האשפוזים

אבחנה	שנת 1999	שנת 2007
סכיזופרניה והפרעות דלזיונאליות	68.8	56.4
הפרעות אפקטיביות	7.3	12.7
שימוש בסמים ואלכוהול	1.0	4.6
אחר	22.9	26.3

2.4 אשפוזים פסיכיאטריים באוכלוסייה המבוגרת (בני 65 שנים ומעלה)

הפסיכיאטריה של הזקנה עוסקת בהפרעות נפשיות וקוגניטיביות בבני 65 שנים ומעלה. מדובר במגוון הפרעות הכוללות מצבי שיטיון, הפרעות אפקטיביות, מצבים פסיכויטיים, הפרעות חרדה והפרעות הסתגלות המופיעות בגיל הזקנה.

מספר המחלקות והמרפאות הייעודיות לפסיכוגריאטריה קטן משמעותית באופן יחסי לחלקה של קבוצת הגיל באוכלוסייה וכנראה קטן עוד יותר מול הצרכים, כפי שעולה מהמחקרים שנעשו עד כה. עם זאת, בחמש-עשרה השנים האחרונות אנו עדים לירידה משמעותית במספר המאושפזים (אשפוז מלא) מעל גיל 65 שנים בבתי החולים הפסיכיאטריים ובמחלקות הפסיכיאטריות בבתי החולים הכלליים: מ-1,704 מאושפזים בשנת 1985 ל-318 מאושפזים בשנת 2007. הנתונים המוצגים בטבלה 2 לגבי אשפוז באוכלוסייה הבוגרת, מלמדים על מגמת ירידה באשפוז פסיכיאטרי-גריאטרי (טבלה 2)⁽²⁰⁾.

טבלה 2: בני 65 שנים ומעלה המאושפזים באשפוז פסיכיאטרי, לפי גיל ומין, שנים נבחרות⁽²⁰⁾: שיעורים ל-100,000

קבוצת גיל	מין	1990	2000	2005	2006	2007
65-74	גברים	3.7	1.7	0.9	0.7	0.6
	נשים	3.5	1.6	0.9	0.6	0.5
	שני המינים	3.6	1.7	0.9	0.6	0.6
75-84	גברים	2.3	1.0	0.5	0.3	0.4
	נשים	4.5	1.5	0.7	0.5	0.4
	שני המינים	3.6	1.3	0.6	0.4	0.4
85+	גברים	1.8	0.6	0.4	0.3	0.2
	נשים	4.0	1.2	0.3	0.1	0.1
	שני המינים	3.1	1.0	0.4	0.2	0.1
כלל בני 65+	גברים	3.1	1.4	0.7	0.5	0.5
	נשים	3.9	1.5	0.8	0.5	0.4
	שני המינים	3.5	1.5	0.7	0.5	0.4

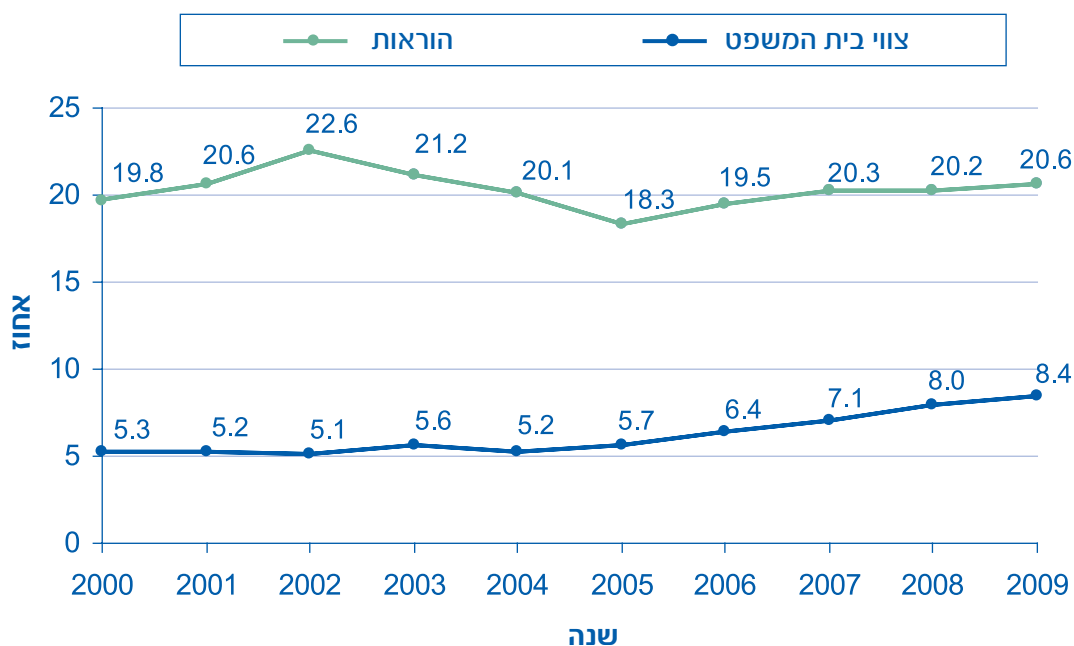
2.5 אשפוזים פסיכיאטריים לפי סטאטוס חוקי

מנתוני האגף לשירותי בריאות הנפש במשרד הבריאות עולה, שבמהלך שני העשורים שחלפו, מספר האשפוזים הכפויים הוכפל ויותר, מ-2,622 קבלות לאשפוז בכפייה (1,945 הוראות אשפוז ו-677 צווי אשפוז*) בשנת 1992 (השנה שלאחר כניסת החוק החדש לטיפול), ל-4,602 אשפוזים כפויים (3,689 הוראות אשפוז ו-913 צווי אשפוז) ב-1999, ול-6,054 אשפוזים בכפייה (4,307 הוראות ו-1,747 צוויים) בשנת 2009 (תרשים 2). נציין שמספר הילדים ובני הנוער המאושפזים בכפייה גדל מ-99 (66 בנים ו-33 בנות) בשנת 1995 ל-182 (98 בנים ו-84 בנות) בשנת 2007^(19,15).

על אף מגמת העלייה במספר האשפוזים בכפייה וגם בשיעור האשפוז בכפייה מכלל האשפוזים, מעבר לגידול באוכלוסייה, מתברר שמספר ההפניות לטיפול מרפאתי בכפייה לא גדל משמעותית במהלך השנים^(19,15). בשנת 2007 היו 431 הפניות לטיפול מרפאתי בכפייה, לעומת 416 בשנת 1998. זאת, על אף שתכלית החוק החדש לטיפול היא לאפשר טיפול בקהילה ואף בכפייה.

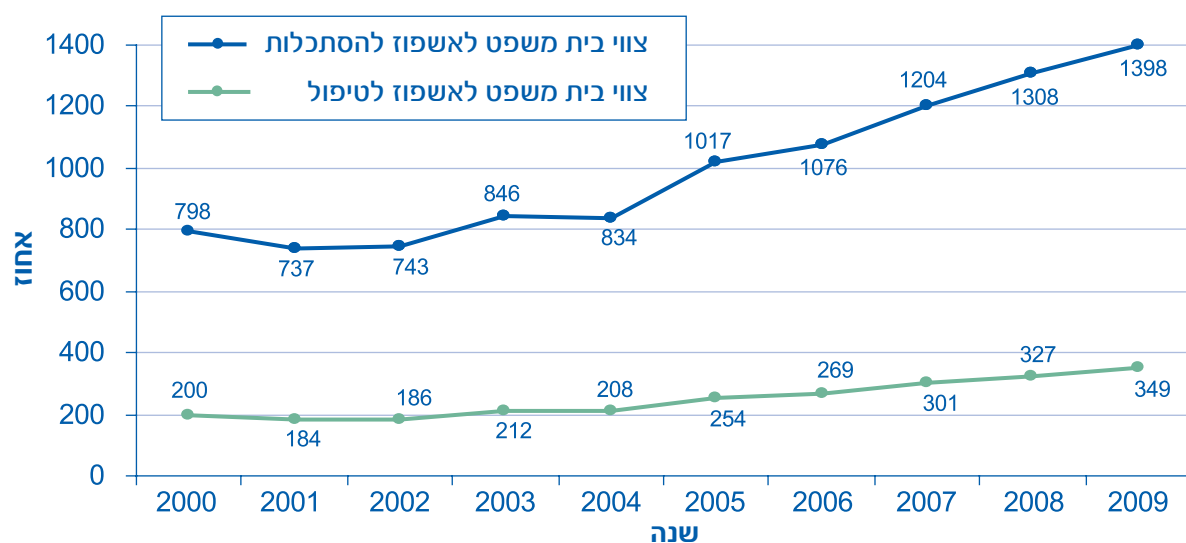
* הוראה לאשפוז כפוי ניתנת על ידי הפסיכיאטר המחוזי; צו לאשפוז כפוי ניתן על ידי שופט.

תרשים 2: קבלות לאשפוז כפוי על פי הוראה וצו בית משפט 2000-2009⁽²⁰⁾: אחוז מכלל הקבלות לאשפוז מלא



* הוראה לאשפוז כפוי ניתנת על ידי הפסיכיאטר המחוזי; צו לאשפוז כפוי ניתן על ידי שופט.

תרשים 3. צווי אשפוז להסתכלות ולטיפול בשנים 2000-2009: מספרים מוחלטים*



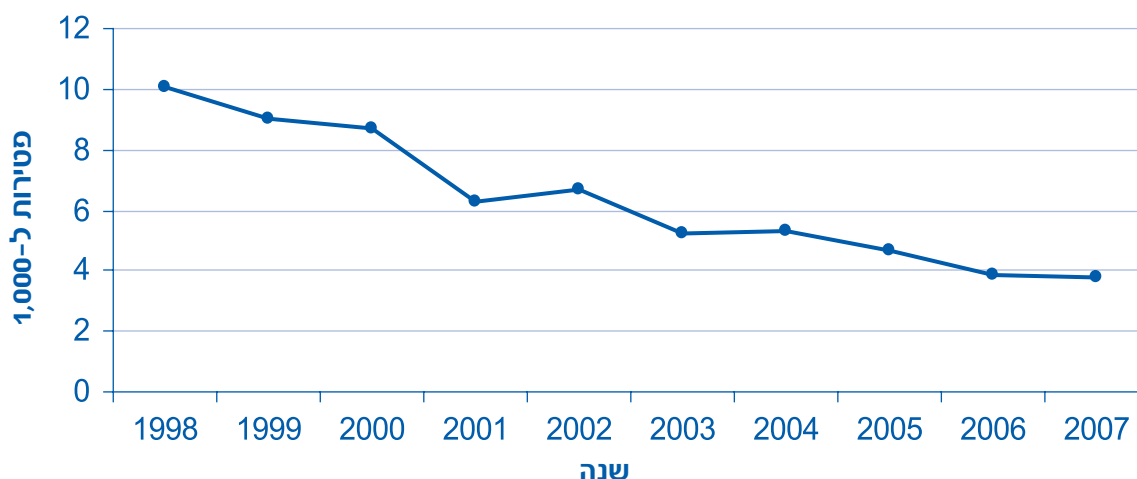
* אומדנים על פי מספר צווי בית המשפט.

עיון בתרשים 3 לעיל מלמד על תפנית והאצת מגמת העלייה בצווי אשפוז להסתכלות ובצווי אשפוז לטיפול החל משנת 2004. שינוי זה התרחש בעקבות התיקון החמישי לחוק הטיפול, שחל בשנת 2004. בשנה זו נוספה בחוק הטיפול "זכות החולה לייצוג משפטי". תיקון זה מאפשר לסייע לחולה לממש את זכותו להשמיע טיעונו בפני הוועדה הפסיכיאטרית המחוזית הדנה בעניינו, באמצעות עורכי דין במימון המדינה. עיון בקובץ המאושפזים על פי נתוני הסטאטוס החוקי מלמד שמספר האשפוזים בצו בית המשפט גדל מאז הפעלת החוק החדש לטיפול, מ-677 צווים לשנה שהיוו 4.9% מסך הקבלות לאשפוז בשנת 1992, ל-1,747 צווים לשנה (קרוב ל-1,400 צווי הסתכלות ו-350 צווי אשפוז לטיפול), שהיוו 8.4% מסך הקבלות לאשפוז בשנת 2009. באותן שנים עלה גם מספר האשפוזים בהוראות אשפוז, מ-1,945 (14% מכלל הקבלות לאשפוז בשנה) בשנת 1992 ל-4,307 (20.6% מכלל הקבלות לאשפוז בשנה) בשנת 2009. מכאן, שבשונה מתכלית חוק הטיפול, המיועד לאפשר חלופה לאשפוז באמצעות טיפול ושיקום בקהילה, קיימת מגמת עלייה בהיקף האשפוז בכפייה, בין אם בצווי בית המשפט ובין אם בהוראות הפסיכיאטריים המחוזיים. מנתונים שהתקבלו מהמחלקה למידע והערכה במשרד המשפטים עולה שבמהלך השנים 1996-2006 גדל פי ארבעה מספר התיקים הפליליים שנסתיימו בהפסקת הדיון ובצו אשפוז של בית המשפט. חשוב לציין שעל אף העלייה במספר התיקים הפליליים שהסתיימו בצו אשפוז, שיעור התיקים הפליליים מסוג עבירת פשע שהסתיימו בצווי אשפוז נמוך לעומת שיעורם של החולים בסכיזופרניה באוכלוסייה, המוערך באחוז אחד. בשנת 2006 מדובר ב-16 תיקים לעומת 36,419 תיקים פליליים מסוג פשע שלא הסתיימו בצו⁽²¹⁾. בין השנים 1996-2006 מדובר במקרים בודדים של הפסקת דיון בגין צו אשפוז; עם זאת, מספר הקבלות לאשפוז בצו מדי שנה באותן שנים הוכפל ויותר, ועלה מ-601 אשפוזים לשנה בשנת 1996 ל-1,345 אשפוזים בשנת 2007, על פי נתוני משרד הבריאות^(19,15). יש לציין שמספר הקבלות לאשפוז בצו לפי נתוני משרד הבריאות כולל לא רק צווי אשפוז בשל הפסקת הדיון בעבירה (נתוני משרד המשפטים) אלא גם אשפוזים חוזרים בצו (בגין אותה עבירה), אשפוזים בצו להסתכלות ומתן חוות דעת, ואשפוזים בצו כחלופה למעצר חולה החשוד בביצוע עבירה^(19,15).

2.6 פטירות והתאבדויות במהלך אשפוז

הנתונים מצביעים על ירידה במספר הפטירות במהלך אשפוז פסיכיאטרי (תרשים 4, טבלה 3)⁽¹⁵⁾ ועולים בקנה אחד עם הצמצום במספר המיטות בבתי חולים פסיכיאטריים ממשלתיים ובבתי חולים פסיכיאטריים פרטיים ששימשו כ-"בית לחיים", ועם מדיניות צמצום האשפוז הפסיכיאטרי המוסדי במגמה לטפל בקהילה. יש לציין שמגמת הירידה במספר הפטירות ובשיעור פטירות לאלף מאושפזים לשנה נשמרת, על אף מגמת העלייה במספר האשפוזים בכלל ובהיקף ובשיעור האשפוז בכפייה בפרט.

תרשים 4: פטירות במהלך אשפוז פסיכיאטרי, 1998-2007⁽¹⁵⁾: שיעורים ל-1,000 מאושפזים



טבלה 3: פטירות והתאבדויות במהלך אשפוז פסיכיאטרי, 1998-2007^(15,19): מספר גולמי ואחוזים

סה"כ פטירות והתאבדויות באשפוז פסיכיאטרי (%) N	התפלגות הפטירות			התפלגות ההתאבדויות			שנה
	סה"כ פטירות (%) N	מחוז לבי"ח* (%) n	בבי"ח (%) n	סה"כ התאבדויות (%) N	מחוז לבי"ח* (%) n	בבי"ח (%) n	
(100) 188	(90.1) 171	(37.2) 70	(53.7) 101	(9.0) 17	(6.9) 13	(2.1) 4	1998
(100) 169	(92.3) 156	(47.3) 80	(45.0) 76	(7.7) 13	(4.7) 8	(3.0) 5	1999
(100) 163	(89.6) 146	(39.9) 65	(49.7) 81	(10.4) 17	(7.4) 12	(3.0) 5	2000
(100) 114	(89.5) 102	(44.7) 51	(44.7) 51	(10.5) 12	(5.3) 6	(5.3) 6	2001
(100) 120	(91.7) 110	(41.7) 50	(50.0) 60	(8.3) 10	(5.9) 7	(2.5) 3	2002
(100) 93	(87.1) 81	(53.8) 50	(33.3) 31	(12.9) 12	(9.7) 9	(3.2) 3	2003
(100) 97	(83.5) 81	(43.3) 42	(40.2) 39	(16.5) 16	(13.4) 13	(3.1) 3	2004
(100) 86	(89.5) 77	(48.8) 42	(40.7) 35	(10.5) 9	(8.1) 7	(2.3) 2	2005
(100) 68	(83.8) 57	(33.8) 23	(050.) 34	(16.2) 11	(8.8) 6	(7.4) 5	2006
(100) 65	(86.2) 56	(35.4) 23	(50.8) 33	(13.8) 9	(6.2) 4	(7.7) 5	2007

* כולל אשפוז מלא ואשפוז יום והן בסטטוס של חופשה, בהפניה לבית חולים כללי או בבריחה.

2.7 טיפול מרפאתי - פניות, מגעים ומטופלים

נתוני הפעילות האמבולטורית מלמדים על מגמת עלייה בכל המדדים האמבולטוריים (פניות, מגעים ומטופלים*) (טבלה 4)⁽¹⁵⁾. עם זאת, מגמת העלייה במספר ובשיעור האשפוזים החוזרים (טבלה 5)⁽¹⁵⁾ יחד עם העלייה במספר ובשיעור האשפוזים בכפייה (מעבר לגידול באוכלוסייה), רומזים על אי התאמה בקצב הגידול בשירות האמבולטורי מול צרכי האוכלוסייה⁽¹⁵⁾.

טבלה 4: מספר פניות, מגעים ומטופלים* במסגרות טיפול מרפאתי, לפי שנה⁽¹⁵⁾: מספרים מוחלטים

2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000	1999	
27,536	29,409	33,045	32,284	32,638	30,249	26,130	25,834	24,951	פניות
61,581	63,285	66,762	65,681	63,199	57,879	52,246	50,040	46,961	מטופלים
660,334	734,469	756,145	760,808	743,608	627,282	558,535	527,417	467,203	מגעים
10.7	11.6	11.3	11.6	11.8	10.8	10.7	10.5	9.9	מגעים למטופל

* פניה: בקשה לאבחון ו/או טיפול שבמהלכה נעשית בדיקה ראשונית;
מגע: מפגש בין מטופל למטפל או בין מטפל לבין גורם אחר בנוגע למטופל;
מטופל: אדם שהתקיים איתו מגע אחד לפחות בתקופה נתונה.

טבלה 5: קבלות ראשונות וחוזרות לאשפוז מלא⁽¹⁵⁾: מספרים מוחלטים ושיעורים ל-1,000

שנה	קבלות ראשונות		קבלות חוזרות	
	מס' מוחלטים	שיעורים ל-1,000	מס' מוחלטים	שיעורים ל-1,000
1998	4,095	0.96	13,108	3.09
1999	4,393	1.01	13,242	3.03
2000	4,472	1.00	13,700	3.05
2001	4,232	0.92	13,637	2.96
2002	4,233	0.90	14,033	2.98
2003	4,211	0.88	14,787	3.09
2004	4,488	0.92	15,374	3.15
2005	4,652	0.94	16,240	3.27
2006	4,348	0.86	16,643	3.29
2007	4,322	0.84	16,752	3.26

2.8 שיקום פסיכיאטרי בקהילה

הזכות החברתית של אנשים עם נכות נפשית להשתלב בקהילה מוגנת בהכרה בזכות לשוויון ובכלל זה לאנשים עם מוגבלויות, ונסמכת על חוק שיקום נכי הנפש בקהילה תש"ס-2000. מטרת החוק היא לאפשר לאנשים בעלי נכות נפשית של 40% לפחות לקבל שירותי שיקום שיסייעו להשתלבותם בקהילה ובין השאר ימנעו את הצורך באשפוזים חוזרים. מערך שירותי השיקום בקהילה כולל שירותי דיור, תעסוקה, השכלה נתמכת, חונכות, חברה ופנאי, טיפול שניניים ותיאום טיפול. בטבלה 6 מתואר מספרם ושיעורם ל-1,000 של המשתתפים בקהילה לאורך השנים⁽¹⁵⁾.

טבלה 6: משתקמים בקהילה בני 18 שנים ומעלה, 1999-2007⁽¹⁵⁾: מספר מצטבר ושיעורים

ל-1,000*

שנה	מספר משתקמים בקהילה (מצטבר)	שיעור ל-1,000 נפש
1999	4,600	1.1
2000	5,529	1.3
2001	5,797	1.3
2002	7,921	1.8
2003	9,396	2.1
2004	10,958	2.4
2005	12,247	2.6
2006	12,763	2.7
2007	14,067	2.9

* המספר הכולל של משתקמים בקהילה בכל שנה מייצג הימצאות: הוא כולל גם את המשתקמים משנים קודמות.

העלייה במספר המשתקמים בקהילה מדי שנה, הכולל למעלה מ-7,000 משתקמים במסגרות דיוריות, עולה בקנה אחד עם מדיניות העתקת מרכז הכובד בטיפול הפסיכיאטרי מהאשפוז לקהילה, ומבטא, בין השאר, את סגירת המיטות הפסיכיאטריות לאשפוז לחיים. מגוון שירותי השיקום בתחום התעסוקה, החברה והפנאי מאפשר התמודדות עם הרצידיזם (חזרת המחלה הפעילה).

לסיכום, קצב הירידה במספר מיטות האשפוז הפסיכיאטריות גבוה מהיצע חלופות לאשפוז הפסיכיאטרי באמצעות טיפולי יום, השירות האמבולטורי ומהמענה הניתן על ידי שירותי השיקום בקהילה (על פי מרכז המחקר והמידע של הכנסת קצב הירידה במיטות הוא הגבוה מבין מדינות ה-OECD). אי התאמה זו מתבטאת בעלייה במספר האשפוזים החוזרים, ובתוכם האשפוזים בכפייה בשני מסלולי האשפוז (מסלול מנהלי באמצעות הוראות הפסיכיאטרים המחוזיים ומסלול משפטי באמצעות צווי בית המשפט). במילים אחרות, מדיניות צמצום מיטות האשפוז בהעדר מענה מתאים לצרכי האוכלוסייה בקהילה (טיפול מרפאתי ותשתיות שיקום) מחזירה מטופלים רבים לסבבי אשפוז חוזרים. הדרך הקצרה לצמצום פערי תשתיות אמבולטוריות היא בהוספת שירות פסיכיאטרי לשירותי הרפואה הכוללנית הקיימים. מדיניות שילוב שירותי בריאות הנפש בשירותי הבריאות הכלליים הומלצה לפני שני עשורים על ידי וועדת נתניהו. יישום ההמלצות מתבקש בכל טווח האבחנות והגילאים ויאפשר להקדים איתור, לשפר אבחון וגם איכות הטיפול, ולעיתים אף להצליח להפעיל גישה של רפואה מונעת.

3. נתונים מסקרי אוכלוסייה

3.1 הימצאות הפרעות נפשיות בקהילה: נתונים מסקר בריאות נפש לאומי 2003-2004

בשנים 2003-2004 נערך סקר לאומי בקרב מדגם מייצג של כ-5,000 בוגרים בני 17 ומעלה המתגוררים בקהילה⁽²²⁾. סקר זה סיפק לראשונה אומדנים להימצאות הפרעות נפשיות שכיחות באוכלוסייה הישראלית. הסקר, המהווה חלק מסקר בריאות נפש עולמי (World Mental Health Survey) נערך באמצעות ראיון אישי בבית המרואיין וכלל בשאלון את כלי האבחון ה-CIDI (Composite International Diagnostic Interview) המאפשר אבחון על פי סיווג ה-ICD-10 (International Classification of Diseases) וה-DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders). בהתבסס על אבחונים אלה נאמדו שיעורי הימצאות של הפרעות נפשיות שכיחות.

3.1.1 הפרעות נפשיות לפי מין

מחקרים אפידמיולוגיים מצביעים על שונות בין גברים לנשים בשכיחות של הפרעות נפשיות. למעט בהפרעת אישיות אנטי-סוציאלית ושימוש לרעה בחומרים ואלכוהוליזם, לנשים ייצוג גבוה יותר בהשוואה לגברים בדיווח על הפרעות נפשיות. חוקרים מניחים כי השונות המגדרית נקשרת, בין השאר, לנסיבות ביולוגיות, חברתיות, תעסוקתיות, כלכליות, מקום במשפחה, זוגיות וחשיפה למצבי דחק אחרים ובכללם טראומה מינית.

הנתונים שנאספו במסגרת סקר הבריאות בישראל (The Israel National Health Survey) שנערך במהלך השנים 2003-2004 עולים בקנה אחד עם המחקרים האפידמיולוגיים העולמיים. בטבלה 7 להלן מוצגים השיעורים לפי מין⁽²³⁾.

טבלה 7: הימצאות הפרעות נפשיות לאורך החיים וב-12 החודשים האחרונים, לפי מין.

2003-2004⁽²³⁾: אחוזים

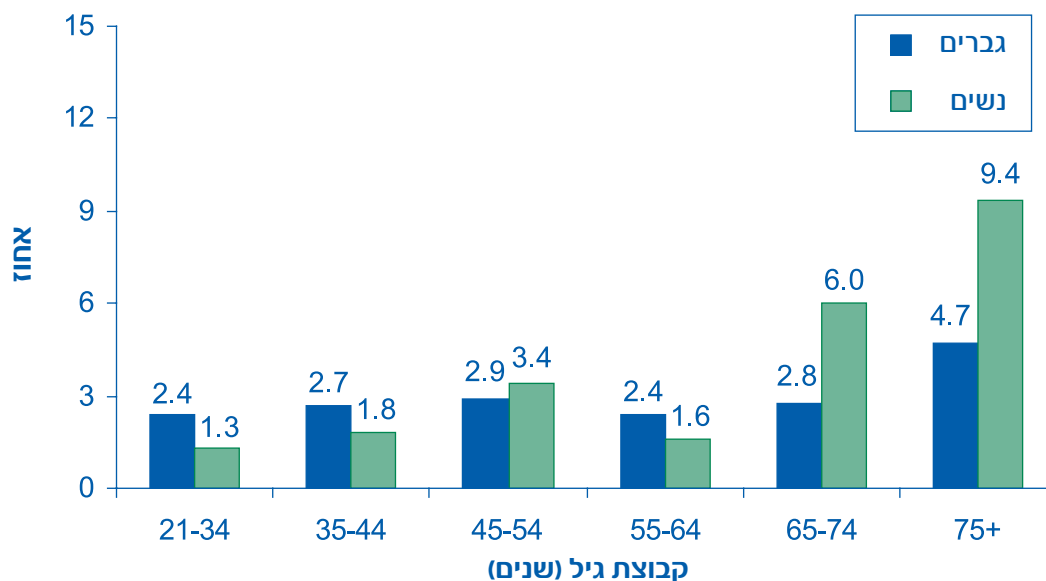
סוג ההפרעה		הימצאות ב-12 החודשים האחרונים		הימצאות לאורך החיים	
		נשים	גברים	נשים	גברים
סה"כ הפרעות רגש Any affective disorder		8.3	5.3	14.6	9.6
דיכאון מג'ורי Major depressive disorder		7.0	4.3	12.0	7.4
דיכאון מינורי Minor depressive disorder		0.8	0.4	1.8	1.1
מאניה Mania (Bipolar 1)		0.5	0.6	0.7	0.9
דיסתמיה Dysthymia		0.9	0.3	1.3	0.6
סה"כ הפרעות חרדה Any anxiety disorder		3.6	2.7	6.4	3.9
הפרעת חרדה מוכללת Generalized anxiety disorder		2.1	1.5	3.4	2.1
הפרעת דחק פוסט-טראומטית Post-traumatic stress disorder		0.6	0.6	1.7	1.2
הפרעת פאניקה Panic disorder		0.6	0.5	1	0.8
אגרופוביה Agoraphobia		0.4	0.2	0.8	0.3
סה"כ הפרעות שימוש ברעה בחומרים Any substance disorder		0.4	2.2	1.6	9.1
שימוש לרעה באלכוהול Alcohol abuse		0.3	1.7	1.1	6.9
שימוש לרעה בסמים Drug abuse		0.1	0.4	0.6	2.3

סקר הבריאות בישראל מלמד על הימצאות הפרעות רגש לאורך החיים (Lifetime prevalence) של 14.6% בנשים לעומת 9.6% בגברים. לגבי דיכאון מג'ורי, שיעור ההימצאות הוא 12% בנשים לעומת 7.4% בגברים, ולגבי דיכאון מינורי, 1.8% בנשים לעומת 1.1% בגברים. מהפרעה דיסתימית נשים סובלות יותר מפי שניים מגברים: 1.3% לעומת 0.6%. בהפרעות חרדה היחס בין המינים דומה: 6.4%-1.7%, בהתאמה. גם הפרעת דחק פוסט-טראומטית מופיעה יותר בנשים בהשוואה לגברים (1.7%-1.2%, בהתאמה). לעומת זאת, מצבים מאניים שכיחים יותר בגברים, עם הימצאות לאורך החיים של 0.9% לעומת 0.7% בנשים. כאשר מדובר בשימוש לרעה בחומרים, ההימצאות גבוהה פי 5.7 בגברים (9.1%) מאשר בנשים (1.6%). שיעור האלכוהוליזם הוא 6.9% בגברים לעומת 1.1% בנשים; השיעורים עבור שימוש לרעה בסמים הם 2.3%-0.6%, בהתאמה. גם כאשר מדובר בהימצאות בשנה האחרונה, יחסי השיעורים דומים (טבלה 7)⁽²³⁾.

3.2 מצב רוח מדוכא

על פי ממצאי סקר הבריאות הלאומי INHIS-2 שבוצע בשנים 2007-2008 במדגם מייצג של כ-10,000 ישראלים בני 21 ומעלה⁽²⁴⁾, 2.8% מהאוכלוסייה דיווחו על מצב רוח מדוכא או מיואש כל הזמן או רוב הזמן בארבעת השבועות שקדמו לסקר: 2.7% מהגברים ו-2.9% מהנשים. בגברים השיעורים נעו בין 2.4% ל-2.9%, עד גיל 75 שנים. בבני 75 שנים ומעלה, השיעור היה גבוה יותר: 4.7%. בנשים השיעורים נעו בין 1.3% ל-3.4% בבנות 21 עד 64 שנים. בבנות 65-74 שנים הייתה עלייה חדה ל-6%, ובנות 75 שנים ומעלה השיעור הגיע ל-9.4%. בקבוצות הגיל המבוגרות ביותר (65-74 ו-75 שנים ומעלה), השיעורים היו גבוהים פי שניים בנשים מאשר גברים (תרשים 5)⁽²⁶⁾.

תרשים 5: דיווח על מצב רוח מדוכא ב-4 השבועות האחרונים, לפי קבוצת גיל ומין, 2007-2008⁽²⁶⁾:
אחוזים משוקללים לקבוצת אוכלוסייה



3.3 סיכום

כפי שהוזכר לעיל, הנתונים מגלים מגמה של צמצום מיטות בבתי חולים פסיכיאטריים וירידה במספר מאושפזים מעל שנה ל-1,000 נפש; מה שעולה בקנה אחד עם מדיניות הבריאות הלאומית. עם זאת, מגמה זו חסרה תמיכה מתאימה בהיצע של חלופות לאשפוז בקהילה ומענה בטיפול אמבולטורי. בנוסף, השירות האמבולטורי ובכללו ההיצע של 'טיפול היום', אינו נגיש וזמין ככלל ובפריפריה בפרט.

נתונים חשובים מאוד עבור מערכת הבריאות סופקו על ידי סקרים לאומיים: סקר בריאות שנערך בשנים 2003-2004 כחלק מסקר רב לאומי סיפק לראשונה אומדנים להימצאות הפרעות נפשיות שכיחות באוכלוסייה הישראלית, על פי כלי אבחון ה-CIDI, המקובל בעולם; וסקר בריאות ה-INHIS, שנערכו בשנים 2003-2004 ו-2007-2008, דיווחו על שיעורי מצוקה נפשית באוכלוסייה והצביעו על קבוצות בסיכון גבוה יותר, הזקוקות, אולי, לתשומת לב מיוחדת מצד שירותי הבריאות.

4. ביבליוגרפיה

1. גופמן א. סטיגמה. תל אביב, דביר רשפים, 1983.
2. יצטום א, מרגולין י, לוי ע. "סטיגמה 2000" - האמנם שינוי כיוון? הרפואה 2000; 129: 20-15.
3. E. Fuller Torrey. The Insanity Offense: How America's Failure to Treat the Seriously Mentally Ill Endangers Its Citizens. Chapter 7: "God Does Not Take Medication", pp 112-122. W.W.Norton, New York, 2008.
4. Munitz H. Psychopharmacoeidemiology in practice. In: Levav I (ed Psychiatric and Behavioral Disorders in Israel: From Epidemiology to Mental Health Action. Gefen Publishing House, Jerusalem, 2009.
5. מוניץ ח. הטיפולים הביולוגיים בפסיכיאטריה. פרקים נבחרים בפסיכיאטריה 607. חנן מוניץ עורך, מהדורה רביעית, 2003.
6. אברם א, שניט ד. טפול פסיכיאטרי וחירויות הפרט: אשפוז כפוי של חולי נפש בישראל, 1981.
7. חוק טיפול בחולי נפש התשנ"א-1991 (תיקון תשס"ב) סע' 23 א.
8. Levav I, Grinshpun A. Mental health services in Israel. International Psychiatry 2004;4:10-14.
9. חוק טיפול בחולי נפש התשנ"א-1991 סע' 39 א וסע' 39 ב.
10. דברי ההסבר להצעת חוק לטיפול בחולי נפש, התש"ן-1990, ה"ח 240.
11. חוק טיפול בחולי נפש התש"נ-1991 סעיף 11. הוראה לטיפול מרפאתי.
12. חוק טיפול בחולי נפש התש"נ-1991 סעיף 15. אשפוז או טיפול מרפאתי של נאשם על פי צו בית משפט (תיקון תשס"ח)
13. סעיף 170 לחוק סדר הדין הפלילי (נוסח משולב), התשמ"ב-1982.
14. Levinson D, Lerner Y, Lichtenberg P. Reduction in inpatient length of stay and changes in mental health care in Israel over four decades. Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences 2003;40: 240-247.
15. בריאות הנפש בישראל - שנתון סטטיסטי 2008. שירותי בריאות הנפש, המחלקה למידע והערכה, משרד הבריאות.
16. דו"ח אשפוז בריאות הנפש בישראל. מרכז המידע והמחקר של הכנסת, 2010. www.knesset.gov.il/mmm
17. דו"ח הוועדה לבחינת התפעול, הניהול, התקצוב והבעלות על בתי החולים הממשלתיים (וועדת ליאון), 2004.
18. דו"ח ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל (וועדת נתניהו), ירושלים, 1990.

19. בריאות הנפש בישראל - שנתון סטטיסטי 2000. שירותי בריאות הנפש, המחלקה למידע והערכה, משרד הבריאות.
20. נתונים באדיבות שירותי בריאות הנפש, מח' מידע והערכה, משרד הבריאות.
21. נתונים מדו"ח שהתקבל באדיבות הנהלת בתי המשפט.
22. Levinson D, Paltiel A, Nir M, Makovki T. The Israel National Health Survey: issues and methods. *Isr J Psychiatry Relat Sci.* 2007;44(2):85-93.
23. Cwikel J, Ifrah A. The epidemiology of women's mental health in Israel: a life-course perspective. In: Levav I (ed.) *Psychiatric and Behavioral Disorders in Israel: From Epidemiology to Mental Health Action*. Gefen Publishing House, Jerusalem, 2009.
24. סקר בריאות לאומי בישראל 2007-2008 INHIS-2. המרכז הלאומי לבקרת מחלות, פרסום 331 (טרם פורסם).

נקודות עיקריות

הקשר בין זיהום אוויר ומחלות בדרכי הנשימה: מחקרים בישראל

- בסקר שנערך בשנת 1995 בקרב ילדים המתגוררים באזור כפרי, נמצאו שיעורי תחלואה באסתמה, ברונכיט ושיעול גבוהים יותר בילדים הגרים בישוב החשוף לזיהום מאבק מרחף שמקורו ממפעל וממחצבה באזור, מאשר בילדים הגרים בישוב ללא זיהום ממקורות אלו.
- בסקר שנערך ב-1996 ו-1999 שבדק את הקשר בין תפקודי ריאות בילדים לבין מגורים בקרבת תחנת הכוח בחדרה, נצפתה הפרעה בתפקודי ריאות בילדים המתגוררים באזורים בהם רמות זיהום האוויר היו גבוהות.
- בסקרים שערך המרכז הלאומי לבקרת מחלות בשנים 1997, 2003 ו-2008, נמצאה יציבות בשיעורי אסתמה בבני 13-14 שנים באוכלוסייה היהודית, ועלייה באוכלוסייה הערבית. בשנים 1997 ו-2003, שיעורי הימצאות האסתמה היו גבוהים ביהודים מאשר בערבים, ואילו בשנת 2008 לא נמצא הבדל בשיעורים.
- במחקר שנערך על כל הלידות באזור באר שבע בשנים 1995-2000 (כ-30,000 לידות), נמצאה היארעות גבוהה יותר של מומים מולדים בקרב בדואים המתגוררים בקרבה לפארק תעשייתי גדול (במרחק פחות מ-20 קילומטר). כמו כן, נמצאו שיעורי תמותה פרינטלית גבוהים פי 1.5, בתושבים בדואים הגרים בקרבה (במרחק פחות מ-20 קילומטר) לפארק התעשייתי, בהשוואה לאלה הגרים רחוק יותר.

הקשר בין זיהום אוויר ומחלות קרדיווסקולריות: מחקרים בישראל

- בדוח שפורסם בשנת 2003, כ-3% מכלל האשפוזים עקב תחלואה קרדיווסקולרית בבני 65 שנים ומעלה באזור תל אביב בשנת 1997 יוחסו לזיהום על ידי PM_{10} (כ-1220 אשפוזים).
- מחקר שנערך באשקלון בשנים 2000-2004 מצא קשר בין תקופות של רמות גבוהות של זיהום מסוג NO_x לבין תקופות של פניות מרובות לחדרי מיון עקב תחלואה קרדיווסקולרית.

זיהום מי השתייה

- במהלך שנת 2008 נערכו כ-87,000 בדיקות לזיהוי מזהמים חיידקיים במי-השתייה. מתוך 934 בדיקות חריגות בשנת 2008, התקבלו כ-170 תוצאות חריגות בבדיקה חוזרת.
- משנת 1991 ועד שנת 2008, נצפתה ירידה ניכרת במספר בדיקות המים החריגות בכל המחוזות בארץ, מערך של 6.4% בדיקות חריגות בשנת 1991 ל-0.2% בדיקות חריגות בשנת 2008.

החשיפה לחומרי הדברה ותחלואה בסרטן

- במחקר מקרה-ביקורת שבדק את הקשר בין חשיפה תעסוקתית של ההורים לחומרי הדברה לבין תחלואה ב-ALL (acute lymphoblastic leukemia) בילדים, נמצא סיכון גבוה יותר ל-ALL בילדים שהוריהם נחשפו לחומרי הדברה (OR= 2.35, 95% CI: 1.10-5.0).

1. רקע

בריאות וסביבה הינו תחום הכולל היבטים של בריאות המושפעים על-ידי גורמים סביבתיים, ובהם גורמים פיזיים, כימיים, ביולוגיים וחברתיים. השפעת החשיפה למזהמים סביבתיים על בריאות האדם תלויה, מחד גיסא בגורמים הקשורים באדם - כגון גיל, מין, גנטיקה, ומצב בריאותו; ומאידך גיסא בגורם החשיפה, המינון, משך החשיפה, והאינטראקציה עם מזהמים אחרים. כך, בריאותו של האדם מושפעת מזיהום אוויר, זיהום מים, קרינה, חשיפה לחומרי הדברה, רעש ועוד. קבוצות הסיכון העיקריות לתחלואה עקב זיהום סביבתי הן ילדים, קשישים ואנשים הסובלים ממחלות כרוניות.

מצבי בריאות אשר נמצאו קשורים לזיהום סביבתי כוללים מחלות סרטן, מחלות לב-ריאה, אסתמה, אלרגיות ומחלות נוספות בדרכי הנשימה, מחלות קיבה ומעיים, מומים מולדים והתפתחותיים והרעלות שונות. על פי אומדנים, כ-25%-33% מהתחלואה העולמית מיוחסים לגורמי סיכון סביבתיים⁽¹⁾. בפרק זה יוצגו נתונים על החשיפה למזהמים שונים, פעילויות המשרדים הממשלתיים השונים בתחום הפיקוח והניטור, וממצאים ממחקרים שבוצעו בישראל בנושא זה.

2. איכות האוויר בישראל

בעשורים האחרונים, נפגעה איכות האוויר בישראל עקב תהליכים שונים וביניהם התפתחות טכנולוגית מואצת, עלייה ברמת החיים, וריבוי האוכלוסייה וצפיפות באזורים מסוימים. המקורות העיקריים לזיהום הם תחנות הכוח והתעשייה הצורכות דלק, בתי זיקוק לדלק, כלי רכב, מפעלי תעשייה וחימום ביתי. ישנם גם מקורות טבעיים היוצרים זיהום אוויר, כגון סופות אבק ושריפות יער, כאשר מאות סוגי מזהמים נפלטים לאוויר מידי יום. רוב זיהום אוויר הפנים (indoor air pollution) בארצות מפותחות מקורו בעישון ובחשיפה לעשן סיגריות ("עישון פסיבי"), הקשור לתחלואה בדרכי הנשימה, תחלואה קרדיוסקולרית, מומים מולדים ומחלות סרטן שונות.

2.1 מזהמים באוויר והשפעותיהם על הבריאות

בטבלה 1 מוצגים מספר מזהמי אוויר, מקורם, והנזקים הבריאותיים הקשורים לחשיפה להם.

טבלה 1: מזהמי האוויר העיקריים, מקורותיהם והשפעותיהם על בריאות האדם

המזהם	מקורות הזיהום	נזקים בריאותיים
תחמוצות חנקן (NO ₂)	שריפת דלקים בתחבורה ובתחנות כוח ובמפעלים.	מחלות דרכי הנשימה.
גופרית דו-חמצנית (SO ₂)	שריפת דלקים עתירי גופרית, עיבוד תעשייתי של מתכות.	הפרעות נשימה: גירוי דרכי הנשימה העליונות, שיעול, תגובות דלקתיות מקומיות, החמרת אסתמה ומחלות ריאתיות כרוניות.
אוזון (O ₃)	תוצר ריאקציה פוטוכימית בין תחמוצות חנקן לבין פחמימנים.	החמרת מחלות נשימה דוגמת אסתמה, קשיי נשימה, גירויים בגרון ובעיניים, והקאות. השפעה על מחלות קרדיווסקולריות והתפתחות גידולי סרטן.
פחמן חד חמצני (CO)	שריפת דלקים, תעשייה ועשן סיגריות.	פגיעה בתפקוד ההמוגלובין ובהספקת החמצן לרקמות האברים השונים בגוף; בתפקוד הלב; במערכת העצבים; ובהתפתחות עוברים.
חלקיקים עדינים וגסים באטמוספירה (PM _{2.5} , PM ₁₀)	פליטה מתהליכי שריפת דלקים בתעשייה ובתחבורה, ומסופות אבק.	יתר לחץ דם, מחלות לב, הפרעות נשימה ופגיעה בתפקודי הריאות.
מתכות כבדות	פליטה מכלי רכב ותעשייה כבדה.	פגיעה במערכת העצבים, במערכת הרבייה, בייצור תאי דם, ובתפקוד הכבד והכליות.
תרכובות כימיות הבנויות ממימן ופחמן	כלי רכב, בתי זיקוק, תחנות דלק, והתעשייה.	מוטציות גנטיות והתפתחות סרטן.

2.2 הקשר בין זיהום אוויר ומחלות בדרכי הנשימה: מחקרים בישראל

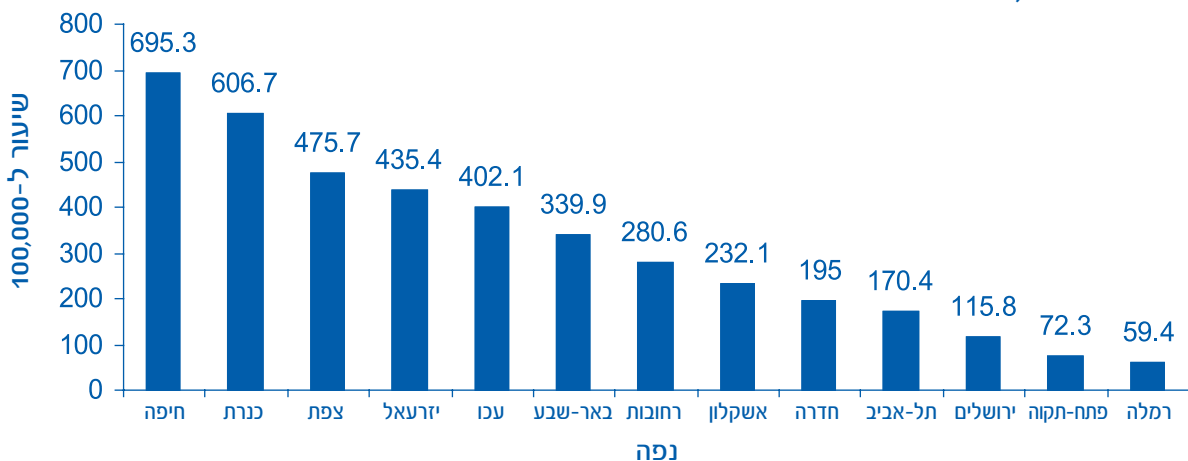
ממצאי הסקרים משנות ה-80 וה-90^(3,2) הצביעו על שכיחות גבוהה של תסמינים ומחלות של דרכי הנשימה אצל ילדים המתגוררים באזורים עם רמות זיהום אוויר גבוהות. ילדים הגרים באשדוד (רמת זיהום גבוהה) היו בסיכון גבוה פי 2.6 ופי 1.5 לחלות באסתמה ושיעול, בהתאמה, לעומת ילדים הגרים בחדרה (רמת זיהום נמוכה בשנות ה-80)⁽²⁾. בסקר שנערך בשנת 1995 בקרב ילדים המתגוררים באזור כפרי (אזור בית שמש) נמצאו שיעורי תחלואה גבוהים יותר בילדים הגרים בישוב החשוף לזיהום מאבק מרחף שמקורו במפעל ובמחצבה באזור, מאשר בילדים הגרים בישוב ללא זיהום ממקורות אלו⁽³⁾. בסקר אחר, נבדק הקשר בין תפקודי ריאות בילדים, לבין מגורים בקרבת תחנת הכוח בחדרה. תפקודי ריאות נבדקו ב-1,492 ילדים בשנת 1996 ושוב בשנת 1999. בין השנים האלו נצפתה ירידה של 4.3% בתפקודי ריאות בילדים המתגוררים באזורים בעלי רמות זיהום ממוצעת, וירידה של 10.2% בילדים המתגוררים באזורים בעלי רמות זיהום גבוהה⁽⁴⁾.

בדוח שפורסם בשנת 2003 כפרויקט משותף של ישראל וארצות הברית שמטרתו לאמוד סיכונים בריאותיים הקשורים בזיהום אוויר (NO_2 , SO_2 , O_3 , PM) בתל אביב ובאשדוד, כ-2% מכלל האשפוזים עקב תחלואה נשימתית באזור תל אביב בשנת 1997 (כ-370 אשפוזים) וכ-6% מכלל האשפוזים עקב תחלואה נשימתית בבני 65 ומעלה (כ-800 אשפוזים) יוחסו ל- $\text{PM}_{2.5}$ ⁽⁵⁾.

על פי דוח הקואליציה לבריאות הסביבה משנת 2008, הנתונים על אשפוזים בילדים בגילאי 0-4 שנים בגלל אסתמה וזיהומים חדים בדרכי הנשימה בשנים 2004-2006 מצביעים על הבדלים משמעותיים לפי מחוז ונפה, כאשר השיעורים הגבוהים ביותר דווחו בצפון, ובעיקר בנפת חיפה⁽⁶⁾. נתוני אשפוז בגלל אסתמה בשנת 2008 בגילאי 5-14 שנים מראים תמונה דומה (תרשימים 1, 2)⁽⁷⁾.

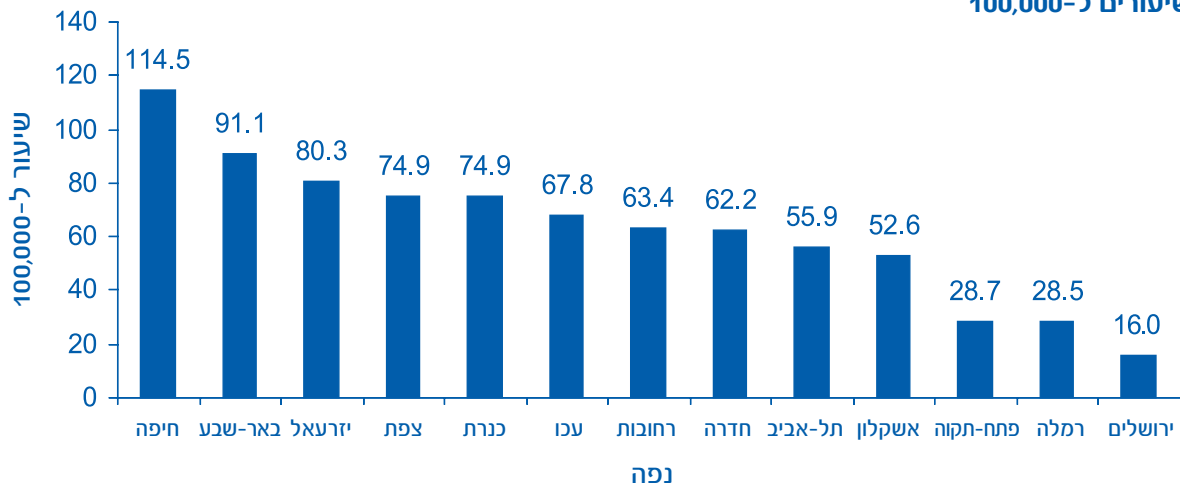
תרשים 1: אשפוזים של ילדים בני 0-4 שנים בגלל אסתמה במספר נפות בישראל, 2008⁽⁷⁾:

שיעורים ל-100,000



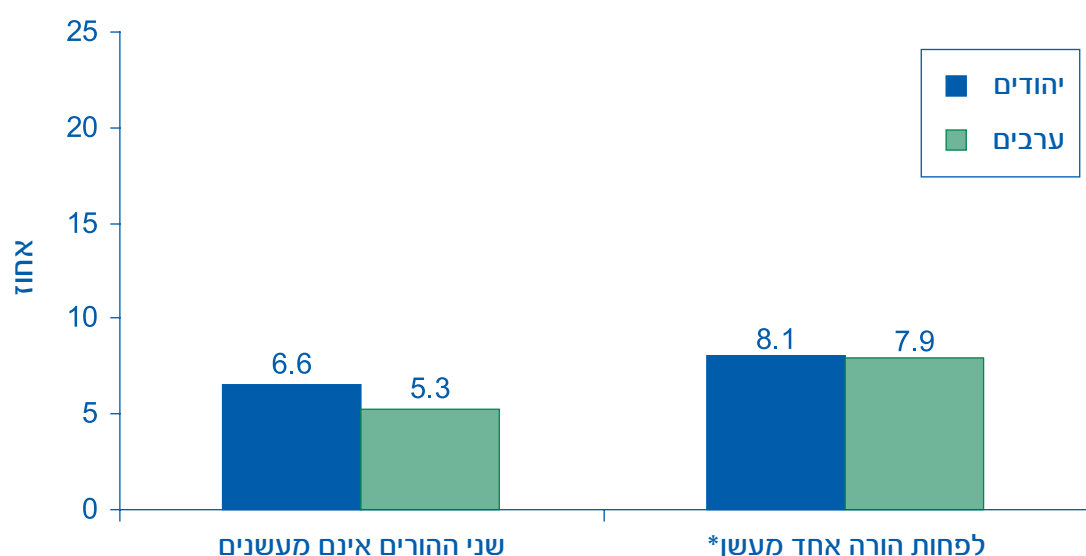
תרשים 2: אשפוזים של ילדים בני 5-14 שנים בגלל אסתמה במספר נפות בישראל, 2008⁽⁷⁾:

שיעורים ל-100,000



הקשר בין אסתמה בבני נוער לבין עישון ההורים נבדק במספר סקרים על ידי המרכז הלאומי לבקרת מחלות. הסקרים נעשו בקרב ילדים בני 13-14, תלמידי כיתה ח', יהודים וערבים, במדגם מייצג. נמצא כי שיעורי האסתמה (על פי דיווח עצמי של התלמיד) היו גבוהים יותר, הן ביהודים והן בערבים, בתלמידים אשר לפחות אחד מההורים שלהם עישן (תרשים 3)⁽⁸⁾ (ראה גם: פרק אסתמה).

תרשים 3: הימצאות אסתמה בקרב תלמידי כיתות ח' לפי סטטוס עישון של ההורים ולפי קבוצת אוכלוסייה, 2008⁽⁸⁾: אחוזים



* "לפחות הורה אחד מעשן" - אם, אב או שניהם.

2.3 הקשר בין זיהום אוויר לתמותה ותחלואה בדרום

בעשור האחרון נערכו מספר מחקרים במחוז הדרום כדי לבדוק את ההשפעות הבריאותיות של מגורים בקרבת פארק תעשייתי הכולל 17 מפעלים כימיים ואתר ארצי לסילוק פסולת תעשייתית רעילה. במחקר שנערך על כל הלידות באזור בשנים 1995-2000 (כ-30,000 לידות) נמצא קשר בין היארעות מוגברת של מומים מולדים חמורים (Major congenital malformations) לקרבת המגורים בקרב בדואים (אך לא בקרב יהודים).

באוכלוסיית הבדואים, שיעורי המומים היו 5.6% ו-4.8%, בקרב המתגוררים במרחק של עד 20 קמ' מהפארק התעשייתי ואלה הגרים במרחק של מעל 20 קמ' מהפארק, בהתאמה (טבלה 2)⁽⁹⁾. במחקר אקולוגי נוסף, נמצאו שיעורי תמותה מכלל הסיבות (למעט סיבות חיצוניות) גבוהים פי 1.3 בגברים (95%CI: 1.15-1.52) ופי 1.2 בנשים (95%CI: 1.06-1.44), בקרב בדואים הגרים בקרבה לפארק (פחות מ-20 קמ'), לעומת כאלה הגרים רחוק יותר⁽¹⁰⁾. במחקר נוסף נמצא כי שיעורי התמותה הפרינטלית היו גבוהים פי 1.5 (95%CI: 1.22-1.72) בתושבים בדואים הגרים בקרבה (פחות מ-20 קמ') לפארק התעשייתי לעומת אלה הגרים רחוק יותר⁽¹¹⁾. היות ומחקרים אלה אקולוגיים, קשה לייחס בוודאות את הממצאים לזיהום האוויר, והנושא דורש בדיקה בשיטות מחקר אחרות.

טבלה 2: מומים מולדים חמורים לפי מרחק מהפארק התעשייתי, נפת באר שבע, 1995–2000⁽⁹⁾: מספרים מוחלטים, שיעורים (%) ויחס שיעורים

אוכלוסייה	מרחק מהפארק	מספר לידות	מספר מומים	שיעור (%)	יחס שיעורים (CI 95%)
כלל אוכלוסיית נפת באר שבע	עד 20 קמ'	30,192	1,376	4.6	1.00 (0.93–1.08)
	מעל 20 קמ'	31,853	1,451	4.6	
כלל האוכלוסייה הבדואית כלל האוכלוסייה היהודית		28,524	1,423	5.0	1.22 (1.10–1.30)
		35,326	1,458	4.1	
האוכלוסייה הבדואית	עד 20 קמ'	9,567	538	5.6	1.17 (1.04–1.29)
	מעל 20 קמ'	17,152	831	4.8	
האוכלוסייה היהודית	עד 20 קמ'	20,625	838	4.1	0.96 (0.87–1.07)
	מעל 20 קמ'	14,701	620	4.2	

2.4 הקשר בין זיהום אוויר ומחלות קרדיווסקולריות

בשנים האחרונות התווספה עדות לקשר בין זיהום אוויר ותחלואה קרדיווסקולרית⁽¹²⁾. נמצאו קשרים בין זיהום סביבתי על-ידי רמות גבוהות של CO , NO_x , SO_2 , אוזון, עופרת וחלקיקי חומר (Particulate Matter, PM) באוויר, לעלייה באשפוזים ובתמותה ממחלות קרדיווסקולריות^(13,14,15).

2.4.1 חשיפה לזיהום אוויר ותחלואה ותמותה קרדיווסקולרית: מחקרים בישראל

המחקר בתחום זה בישראל נמצא בשלביו המוקדמים. בעבר, בוצעו מספר מחקרים אקולוגיים, המצביעים על קשרים אפשריים. כך, לדוגמה, דווח על שיעורי תמותה גבוהים יותר ממחלות לב וכלי דם בחיפה מאשר בתל אביב וירושלים, בשנים שבין 1987–1994⁽¹⁶⁾.

בדוח שפורסם בשנת 2003 כפרויקט משותף של ישראל וארצות הברית ובו הוערכו סיכונים בריאותיים הקשורים בזיהום אוויר (על ידי PM_{10} , SO_2 , O_3 , NO_2) בתל אביב ובאשדוד, עקב תחלואה קרדיווסקולרית בבני 65 ומעלה באזור תל אביב בשנת 1997 יוחסו לזיהום על ידי PM_{10} כ-3% מכלל האשפוזים (כ-1,220 אשפוזים)⁽⁵⁾. מחקר אקולוגי נוסף שנערך באשקלון בשנים 2000–2004 מצא קשר בין תקופות של רמות גבוהות של זיהום מסוג NO_x לבין תקופות של פניות מרובות לחדרי מיון עקב תחלואה קרדיווסקולרית, בנוסף לקשר עם פניות עקב תחלואה נשימתית⁽¹⁷⁾.

לאחרונה דווח על ביצוע סקר מעקב שיבדוק את הקשרים בין חשיפה ארוכת טווח לזיהום אוויר לבין אוטם חוזר, אי-ספיקת לב, שבץ מוחי ותמותה⁽¹⁸⁾. הסקר יתבסס על מאגר נתונים של 1,521 חולים שאושפזו בשנים 1993–1994 עקב אוטם ראשון בשריר הלב, ב-8 בתי חולים בישראל.

2.5 ניטור גורמים מזוהמים באוויר

החל משנת 1997 פועל בישראל מערך ניטור אוויר ארצי שמטרתו לאפיין בצורה מקיפה וכוללת את מצב איכות האוויר בארץ. המידע על איכות האוויר מתקבל מתחנות הניטור של המשרד להגנת הסביבה אשר מודדות את המזהמים העיקריים הידועים כגורמי נזק בריאותי. המזהמים הניתנים לניטור באופן רציף הינם: SO₂, O₃, CO, NO₂, NO, כלל החומר החלקיקי (TSP), חומר חלקיקי נשים (RSP), חומרים אורגניים נדיפים (VOC), וחומרים אנאורגניים נדיפים. נתונים מטאורולוגיים, כגון כיוון הרוח ועוצמתה, טמפרטורה, לחץ אטמוספרי ולחות, נבדקים אף הם בתחנות הניטור.

מערך ניטור האוויר הארצי כולל עשרות תחנות קבועות ותחנת ניטור ניידת המוצבת באתרים נבחרים. אל מערך זה חוברו רשתות ניטור נוספות, כדוגמת רשת הניטור של חברת החשמל ושל איגודי הערים לאיכות הסביבה. המרכז מהווה ארכיון לאומי של נתוני ניטור אוויר מכל התחנות בארץ, ומקור לנתונים לצורך תכנון סביבתי, מחקר ואכיפה.

ממערך הניטור, עולה כי זיהום אוויר גבוה נרשם בעיקר באזור המרכז ובאזורים בעלי צפיפות אוכלוסין רבה, כאשר גוש דן ומטרופולין ירושלים הם האזורים העיקריים הסובלים מזיהום אוויר תחבורתי. בשנים 2007-2008 נמצאו בכל האזורים ערכים חריגים של חלקיקי אבק⁽¹⁹⁾.

להלן ממצאים נבחרים מדוח ניטור איכות האוויר משנת 2008⁽²⁰⁾:

- בגוש דן נרשמו 30 ימים בהם נצפה זיהום אוויר גבוה שמקורו מתחבורה, לעומת 33 ימים בשנת 2007.
- בירושלים נרשמו 20 ימים בהם זיהום האוויר שמקורו מתחבורה היה גבוה, לעומת 21 ימים כאלה בשנת 2007.
- חריגה שנתית נרשמה בכל תחנות הניטור בארץ, שבהן נמדדו חלקיקים נשימים עדינים (חלקיקים הקטנים מ-2.5 מיקרומטר).
- נרשמה עלייה בריכוזי האוזון בגליל המערבי, בעפולה, במודיעין, בירושלים וב-"אתר השמן" ברמת חובב, וירידה בתחנות באזור חיפה (נווה שאנן, נשר, קריית שפרינצק וקריית אתא).
- חריגות שנתיות של חנקן דו-חמצני נרשמו בכל התחנות התחבורתיות בארץ.

2.6 זיהום אוויר מכלי תחבורה

התחבורה הינה הגורם העיקרי לזיהום האוויר במרכזי הערים ובמרכזי האוכלוסין. כ-94% מפליטות פחמן חד-חמצני וכ-28% מפליטות תחמוצות חנקן שמקורן משריפת דלקים, הינם מכלי רכב. בסוף שנת 2009 מספר כלי הרכב המנועיים בישראל הגיע ל-2,459,000 - עלייה ב-2.9% לעומת סוף שנת 2008. זאת, לאחר גידול ב-4.7% בשנת 2008. רמת המינוע בישראל בשנת 2009 הייתה 326 כלי רכב לכל 1,000 תושבים. למרות הגידול שנרשם בצי הרכב, רמת המינוע בישראל - מספר כלי הרכב ל-1,000 תושבים - נשאר נמוך משמעותית מאשר במדינות מערב אירופה. הממוצע במרבית מדינות אירופה הוא כ-500 עד 600 כלי רכב ל-1,000 תושבים, ובארה"ב מדד זה מתקרב ל-800 כלי רכב ל-1,000 תושבים^(22,21).

2.6.1 מגורים בקרבה לכבישים ראשיים ותחלואה ב-Non-Hodgkin Lymphoma

במסגרת מחקר⁽²³⁾ שנערך באזור מפרץ חיפה נבדק הקשר בין מגורים בקרבה לכבישים ראשיים לבין תחלואה ב-Non-Hodgkin Lymphoma (NHL). זאת לאור העלייה החדה בהיארעות המחלה הזו בעשור האחרון. על פי מיפוי הכתובות של 1,436 חולים המתגוררים בעיר חיפה (94.5% מכלל המקרים בשנים 1995-2004) באמצעות שיטות GIS, נמצא כי כ-50% מכלל המקרים מתגוררים במרחק קטן מ-50 מטר מכביש ראשי. נצפתה ירידה עקבית בהיקף החולים ככל שמרחק מגוריהם מהכביש הראשי עלה ($p < 0.01$)⁽²³⁾.

3. איכות מי השתייה

3.1 רקע

זיהום מי השתייה מקורו בעיקר מחדירת שפכים למקורות המים, כאשר הימצאות חיידקי קולי מהווה סמן לחדירת מזהמים למים.

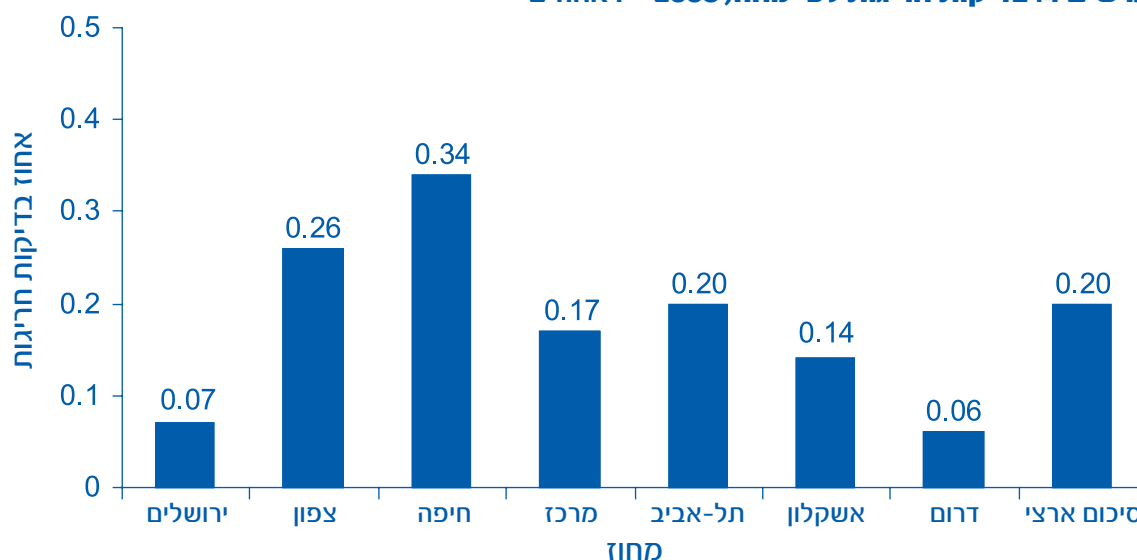
בארצות שונות יש תקנים שונים המגדירים מים כמזהמים או תקינים לשימוש האדם. בדיקות המים בישראל כוללות זיהוי של חיידקים ומזהמים אורגנים ואחרים, וכן מתכות, בהתבסס על תקני איכות מים של ארגון הבריאות העולמי (ה-WHO), האיחוד האירופי (EU) והסוכנות האמריקנית להגנת הסביבה (ה-EPA). איכות מי השתייה בארץ עומדת בתקנים הבין-לאומיים.

נכון לסוף שנת 2008 מסופקים בישראל מי שתייה מ-1,033 מקורות מים המתחלקים ל-988 מקורות מי תהום, 26 מעיינות ו-19 מקורות מים עיליים. 650 מקורות מים הינם באחריות חברת "מקורות" ו-383 באחריות "פרטית" – רשויות מקומיות, תאגידים ואגודות מים⁽²⁴⁾.

3.2 ניטור גורמים מזהמים במי-השתייה

במהלך שנת 2008 נערכו כ-87,000 בדיקות לזיהוי מזהמים חיידקיים במי-השתייה. כאשר התקבלה תוצאה חריגה, נעשתה בדיקה חוזרת כדי לוודא את הערך שהתקבל. מתוך 934 בדיקות חריגות בשנת 2008, התקבלו כ-170 תוצאות חריגות בבדיקה חוזרת. כלומר, בכ-0.2% מכלל הבדיקות שבוצעו היו חריגות. במחוז חיפה נמצא אחוז החריגות הגבוה ביותר (0.34%), ובמחוזות הדרום וירושלים נמצאו אחוזי החריגות הנמוכים ביותר (0.06% ו-0.07%, בהתאמה) (תרשים 4).

תרשים 4: בדיקות חריגות לפי מחוז, 2008⁽²⁴⁾: אחוזים



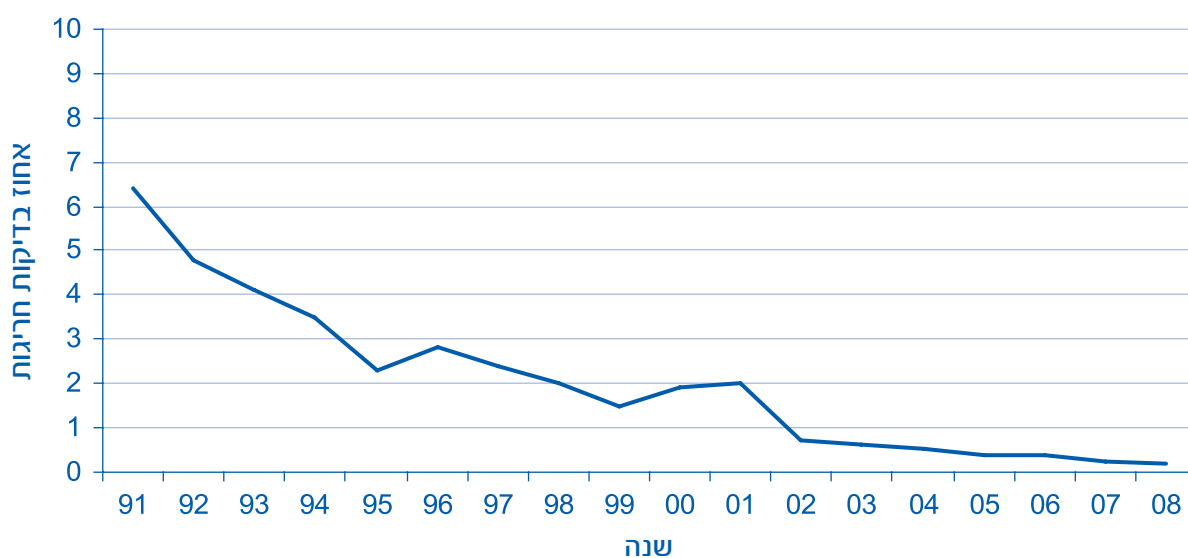
3.3 מגמות בגורמים מזהמים במי-השתייה

משנת 1991 ועד שנת 2008, נצפתה ירידה ניכרת בשיעור בדיקות המים החריגות בכל המחוזות בארץ (טבלה 3), כאשר נצפתה ירידה של 96.9% בכלל הבדיקות החריגות בתקופת זמן זו: מ-6.4% בדיקות חריגות בשנת 1991 ל-0.2% בשנת 2008 (טבלה 3, תרשים 5)⁽²⁴⁾.

טבלה 3: חריגות בבדיקות בקטריאליות למי-השתייה לפי מחוז, 1991-2008⁽²⁴⁾: אחוזים

שנה	ירושלים	צפון	חיפה	מרכז	תל-אביב	אשקלון	דרום	סיכום ארצי
1991	2.0	12.0	4.0	7.0	4.0	5.0	2.0	6.4
1992	1.0	8.0	3.0	6.0	5.0	4.0	1.0	4.8
1993	1.0	7.0	3.0	4.0	3.0	5.0	2.0	4.1
1994	1.0	5.0	2.0	4.0	2.0	6.0	1.0	3.5
1995	0.5	4.0	2.0	2.0	1.0	3.0	0.5	2.3
1996	0.5	5.0	2.0	3.0	2.0	4.0	0.5	2.8
1997	0.2	4.3	1.5	2.1	1.2	3.8	0.3	2.4
1998	0.4	4.3	1.2	1.3	0.9	2.7	0.2	2.0
1999	0.4	3.2	0.9	0.9	0.9	1.7	0.5	1.5
2000	0.4	2.7	2.6	1.7	1.4	2.2	1.0	1.9
2001	0.3	3.2	2.9	1.5	1.7	2.3	0.8	2.0
2002	0.0	1.3	0.7	0.5	1.2	0.2	0.2	0.7
2003	0.0	1.1	1.2	0.6	0.2	0.0	0.1	0.6
2004	0.2	0.8	0.7	0.6	0.1	0.5	0.1	0.5
2005	0.1	0.6	0.6	0.4	0.3	0.3	0.1	0.4
2006	0.2	0.4	1.2	0.2	0.3	0.1	0.2	0.4
2007	0.3	0.3	0.5	0.2	0.1	0.2	0.0	0.3
2008	0.1	0.3	0.3	0.2	0.2	0.1	0.1	0.2

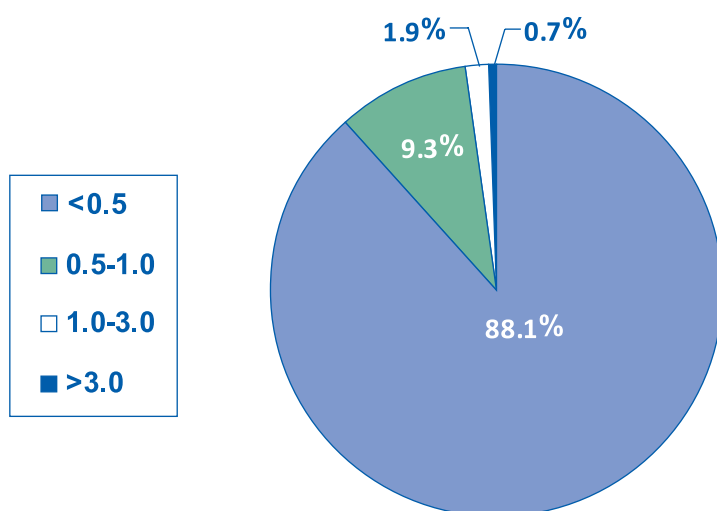
תרשים 5: מגמות בבדיקות חריגות בכלל הארץ, 1991-2008⁽²⁴⁾: אחוזים



3.4 עכירות מי-השתייה

בנוסף לבדיקות של מזהמים שונים, נבדקת באופן שגרתי גם רמת העכירות של המים. בשנת 2008 בוצעו 4,960 בדיקות להערכת עכירות מי השתייה (רובן במחוז ירושלים). ברוב הבדיקות (88%), רמת העכירות הייתה נמוכה (תרשים 6).

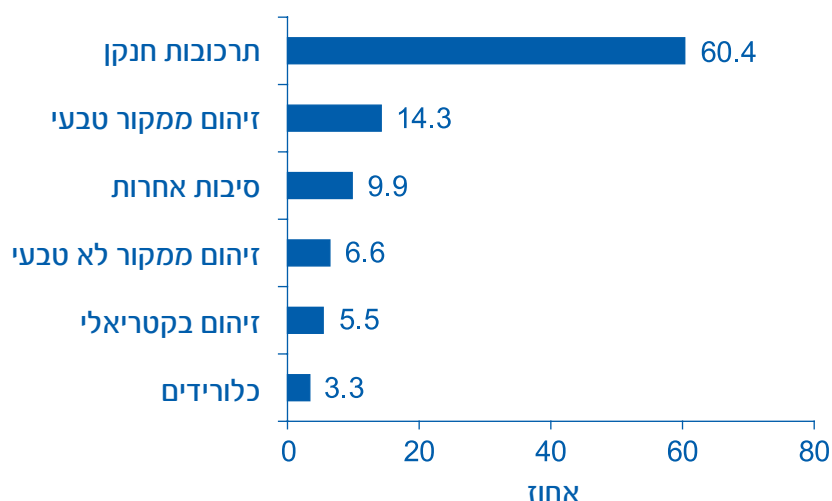
תרשים 6: רמת עכירות במי-השתייה בכלל הארץ, 2008⁽²⁴⁾: אחוז



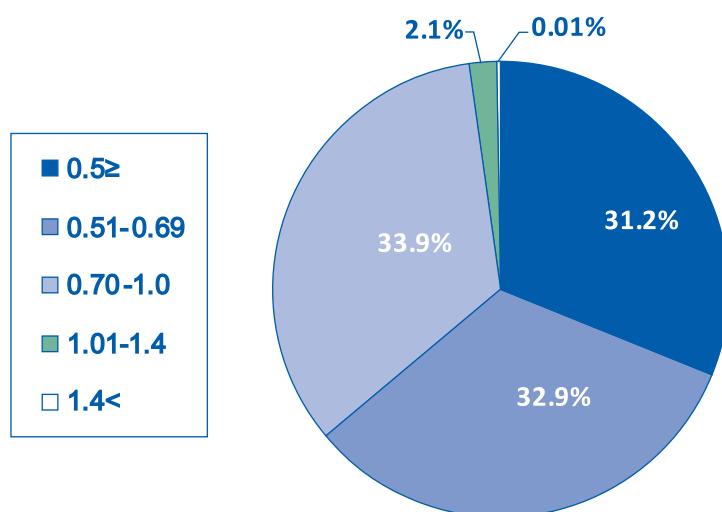
3.5 פסילת מקורות מים

במידה ובמקורות המים נמצאים מזהמים (מסוגים שונים) ברמות גבוהות, מקורות המים נפסלים לשימוש. בתרשים 7, מוצגת התפלגות הסיבות שבגינן נפסלו מקורות מים במהלך השנים 2006-2007. הסיבה המובילה לפסילת מקור מים הינה המצאות תרכובות חנקן במים (60.4% מהפסילות), לאחר מכן זיהום ממקור טבעי (14.3%) וסיבות אחרות (9.9%). לזיהום ממקור שאינו טבעי מיוחסות 6.6% מהפסילות, לזיהום בקטריאלי, 5.5% ולכלורידים, 3.3% (תרשים 7)⁽²⁴⁾.

תרשים 7: התפלגות סיבות פסילת מקורות מים, 2006-2007⁽²⁴⁾: אחוז



תרשים 8: התפלגות היישובים לפי ריכוז פלואוריד ממוצע במים, סיכום ארצי, 2008⁽²³⁾: אחוז



5. חומרים מסרטנים

עד היום הוכחו 101 חומרים כמסרטנים בבני אדם, ביניהם: אסבסט, קדמיום, כרום, ניקל, אתילן אוקסיד, ויניל כלוריד, רדון, ועוד. הסוכנות הבין-לאומית לחקר הסרטן (IARC) מעדכנת מעת לעת את רשימות החומרים הקרצינוגניים בהתאם למחקרים חדשים ולמידע המצטבר בתחום⁽²⁶⁾.

תכניות למניעת החשיפה לגורמים מסרטנים ולטיפול בהם מחייבות עבודה משותפת בין-משרדית ובין-ארגונית של אנשי סביבה, בריאות הציבור, כלכלה, חברה, חקלאות, תכנון פיזי וחברתי, ועוד. ארגון הבריאות העולמי מנהיג גם את תוכנית ה-HIA (Health Impact Assessment) שמטרתה כוללות שיפור הידע על ההשפעה הפוטנציאלית הבריאותית של מדיניות, תכנית או פרויקט, יידוע מקבלי ההחלטות, ועידוד ההתאמה של המדיניות המוצעת, על מנת לצמצם את הנזקים האפשריים⁽²⁷⁾. מאז שנת 2007 פועל הפורום הישראלי ל-HIA במטרה לקדם שיטת הערכה זו ככלי לקבלת החלטות. יעדי הפורום הם להגביר את המודעות לגבי HIA בקרב מקבלי ההחלטות בישראל ולקדם את החקיקה והאכיפה בנושא⁽²⁸⁾.

6. חומרי הדברה

חומרי הדברה מורכבים לרוב מתערובת חומרים כימיים (או חומר כימי בודד) שנועדו לקטול "מזיקים". חומר הדברה יכול להיות גם סוכן ביולוגי (כמו נגיף או חיידק), חומר אנטימיקרוביאלי, חומר חיסוי או מתקן שנועד להגן מפני מזיקים. ה"מזיקים" כוללים מגוון גדול של יצורים - חרקים, גורמי מחלות בקרב צמחים (חיידקים, פטריות ונגיפים), עשבים "שוטים", רכיכות, ציפורים ויונקים, אשר מתחרים עם בני האדם על מקורות מזון ובכך פוגעים בחקלאות ובמבנים, מפיצים מחלות, או גורמים למטרד או למפגע אסתטי. שימוש בתכשירים להגנת הצומח ומכירתם מותנה ברישוי ורישום מוקדם.

היתרון המרכזי של שימוש בחומרי הדברה הינו היכולת לגדל כמות גדולה של מזון באופן זול מבחינת מחירי שוק. עם זאת, חומרי הדברה חוזרים למזונם של בני האדם, גורמים לעיתים להרעלות שונות, לזיהום מים ולבעיות סביבה. בקרב אנשים שנחשפו לרמות גבוהות של חומרי הדברה, כגון חקלאים, מדברים, טייסי מטוסי ריסוס ויצרנים, נתגלתה שכיחות גבוהה של סרטן במערכות הדם והלימפה, סרטן השפתיים, הקיבה, הריאה, המוח והערמונית, וכן מלנומה וסוגים נוספים של סרטן העור^(31,30,29). במחקר מקרה-ביקורת בישראל שבדק את הקשר בין חשיפה תעסוקתית של ההורים לחומרי הדברה לבין תחלואה ב-ALL (acute lymphoblastic leukemia) בילדים, נמצא סיכון גבוה יותר ל-ALL בילדים שהוריהם נחשפו לחומרי הדברה (OR= 2.35, 95%CI: 1.22-1.72)⁽³²⁾.

בשנים האחרונות נרשמת ירידה בשימוש בחומרי הדברה, בכל סוגי הירקות והפירות הנבדקים. ממצאי בדיקות הסקר השנתי של השירותים להגנת הצומח ולביקורת במשרד החקלאות, מורים על המשך מגמת הירידה. בשנת 2009 נבדקו כ-800 דוגמאות תוצרת טרייה, בהם נמצאו ב-5.9% חריגות בשימוש בחומרי הדברה; זאת לעומת 10.6% דגימות חריגות בשנת 2005 ו-14.5% דגימות חריגות בשנת 2004⁽³³⁾.

7. קרינה

7.1 קרינה מייננת

קרינה מייננת היא קרינה הגורמת ליינון אטומים, כלומר לפליטה של אלקטרונים לסביבה על ידי רדיונוקליאידים טבעיים⁽³⁴⁾. המשרד להגנת הסביבה מנטר באופן רציף קרינה מייננת סביבתית באמצעות 10 תחנות ברחבי הארץ, המאפשרות קבלת התראה בעת אירוע גרעיני או תקלה רדיולוגית מקומית. תחנת יבנה היא תחנה נידת ומשמשת גם תחנת ניטור במצבי חירום. נידות המערכת מאפשרת קבלת דיווח שוטף מאזור האירוע. הניטור כולל גם דגימות קרקע, צמחייה ומים מסביבות המרכזים הגרעיניים, ו"סל מזון" משלושה אזורים במדינה.

7.2 קרינה בלתי מייננת

קרינה בלתי מייננת היא קרינה אלקטרומגנטית באורכי גל ארוכים מאורך גל על-סגול (UV). גלים אלה אינם אנרגטיים מספיק בכדי ליינון אטומים. מקורות הקרינה הם בעיקר מקורות בתחום התדירות הנמוכה מאוד אשר בו פועלים רשת החשמל ומתקנים חשמליים כמו כבלי חשמל, קרינת מיקרוגל, מכשירי רדיו, טלוויזיה, טלפונים סלולריים, אור נראה, קרינת אינפרה אדום ועוד.

קרינת רדיו עלולה לגרום להשפעות בריאותיות על ידי חימום הגוף. השפעות אלה ידועות בשם אפקטים תרמיים. העיקרון הבסיסי המנחה את אגף הקרינה במשרד להגנת הסביבה בישראל הינו "עקרון הזהירות המונעת". על פי עקרון זה יש להגיע לרמות הקרינה המינימליות האפשריות, בטכנולוגיה הקיימת ובעלות סבירה.

הסף הבריאותי לחשיפה לקרינה בלתי מייננת, הוא סף המגדיר מהי החשיפה (קצרת מועד) המזערית המבטיחה שלא יגרם נזק בריאותי, והוא נקבע תוך התייחסות לתופעות השליליות הידועות והתייחסות לאוכלוסיות הרגישות ביותר כמו ילדים, חולים וקשישים.

הסף הסביבתי לחשיפה לקרינה בלתי מייננת, נועד לאזן בין הצורך בהפעלת מקורות קרינה לרווחת הציבור והדרישה שלא לפגוע (בריאותית או כלכלית) במתגוררים בסמיכות למקורות קרינה או נמצאים בסמוך להם. הסף נקבע על ידי המשרד להגנת הסביבה בהתייחס לסף הבריאותי, לרמת הסבירות לקיום סיכונים אחרים מאלה שנלקחו בחשבון בקביעת הסף הבריאותי, לציפיות החברה להגנה מפני סיכונים אלה, וליכולת החברה לממן נקיטת אמצעים להפחתת הסיכונים. הסף הסביבתי מתייחס לחשיפה רצופה וממושכת⁽³⁴⁾.

7.3 קרינה בטלפונים סלולריים

משתמשים בטלפונים סלולריים חשופים לקרינה אלקטרומגנטית. נזקי הבריאות האפשריים, כולל סיכון לחלות בסוגי סרטן שונים, נחקרים בישראל ובעולם^(37,36,35).

הקשר בין שימוש בטלפונים סלולריים וגידולים סרטניים: מחקר בישראל

בישראל נערך מחקר מקרה-ביקורת⁽³⁸⁾, כחלק מסדרת המחקרים הבין-לאומית INTERPHONE, כדי לבדוק את הקשר בין שימוש בטלפון סלולרי והתפתחות גידולים בבלוטת הרוק (Parotid gland tumors - PGT). במחקר השתתפו 460 מקרים ו-1,266 ביקורות, והחשיפה נמדדה באופן פרטני. בקרב משתמשים קבועים נמצא כי הסיכון לחלות בסרטן בלוטת הרוק, קשור לשימוש ממושך בטלפון סלולרי (שהתחיל לפני 5 שנים או יותר) ולמספר שיחות מצטבר ושעות שימוש מצטברות שמעל החציון. ה-OR למשתמשים קבועים

שדיווחו על מספר השיחות הגבוה ביותר היה 1.51 (95%CI: 1.05-2.17); וה-OR למשתמשים קבועים עם שעות השיחה המצטברות הרבות ביותר, היה 1.50 (95%CI: 1.04-2.16)⁽³⁸⁾. נמצא סיכון מוגבר לשימוש איפסילטרלי (בצד הזהה לצד הגידול), במשתמשים בקטגוריה הגבוהה ביותר של מספר שיחות מצטבר (OR=1.58; 95% CI: 1.11-2.24) ובקטגוריה הגבוהה ביותר של שעות שיחה מצטברות (OR=1.49; 95%CI: 1.05-2.13). לשימוש קונטרלטרי (שלא בצד הגידול) לא נמצא קשר מובהק סטטיסטית⁽³⁸⁾. יש לציין כי עד כה לא נמצאו עדויות מוצקות התומכות בקשר שנמצא בין השימוש בטלפונים סלולריים וגידולים סרטניים. במחקר INTERPHONE הבין-לאומי שכלל נתונים מ-13 מדינות, לא נמצא קשר סיבתי בין השימוש בטלפונים סלולריים לעודף סיכון לתחלואה בגליזמה ומנונגיומה⁽³⁵⁾. חשוב להמשיך את המעקב בנושא ולבחון לאורך זמן הן את הקשרים האפשריים והן את הסוגיות המתודולוגיות העולות ממחקרים מסוג זה.

8. ביבליוגרפיה

1. Smith KR, Corvalán CF, Kjellström T. How much global ill health is attributable to environmental factors? *Epidemiology* 1999;10(5):573-584.
2. Goren A, Hellmann S. Prevalence of respiratory symptoms and diseases in schoolchildren living in a polluted and in a low polluted area in Israel. *Environ Res* 1988;45(1):28-37.
3. Goren A, Hellmann S, Gabbay Y, Brenner S. Respiratory problems associated with exposure to airborne particles in the community. *Arch Environ Health* 1999 May-Jun;54(3):165-71.
4. Dubnov J, Barchana M, Rishpon S, Leventhal A, Segal I, Careland R, Portnov BA. Estimating the effect of air pollution from a coal-fired power station on the development of children's pulmonary function. *Environ Res* 2007;103(1):87-98. Epub 2006 Apr 17.
5. A Comparative Assessment of Air Pollution Public Health Risks In Two Israeli Metropolitan Areas, 1995-1999. Israel Ministry of the Environment, Israel Union for Environmental Defense (Adam Teva v'Din), Tel Aviv Municipality, Ashdod-Yavne Regional Association of Towns for Environmental Protection, and United States Environmental Protection Agency (USEPA). January, 2003.
6. הקואליציה לבריאות הציבור להפחתת התחלואה מזיהום סביבתי. "לראות את הנולד: מה ידוע על זיהום אוויר ותחלואת ילדים?" אוקטובר, 2009.
7. נתונים באדיבות גב' ציונה חקלאי, מנהלת תחום מידע, האגף לשירותי מידע ומחשוב, משרד הבריאות.
8. סקר הימצאות אסתמה בתלמידי כיתות ח' בישראל. המרכז הלאומי לבקרת מחלות, פרסום 328, יוני 2010.
9. Bentov Y, Kordysh E, HersHKovitz R, Belmaker I, Polyakov M, Bilenko N, Sarov B. Major congenital malformations and residential proximity to a regional industrial park including a national toxic waste site: an ecological study. *Environ Health* 2006;5:8.
10. Karakis I, Bolotin A, Kordysh E, Belmaker I, Sarov B. Mortality in the Bedouin population and proximity to a regional industrial complex. *Environmental Health Insights* 2008;1:21-29.
11. Sarov B, Bentov Y, Kordysh E, Karakis I, Bolotin A, HersHKovitz R, Belmaker I. Perinatal mortality and residential proximity to an industrial park. *Arch Environ Occup Health* 2008;63(1):17-25.

12. Brook RD, Rajagopalan S, Pope CA III et al. Particulate matter air pollution and cardiovascular disease: an update to the scientific statement from the American Heart Association. *Circulation* 2010;121:2331–2378.the American Heart Association. *Circulation* 2010;121:2331–2378.
13. Poloniecki JD, Atkinson RW, Ponce de Leon A, Anderson HR. Daily time series for cardiovascular hospital admissions and previous day's air pollution in London, UK. *Occupational and Environmental Medicine* 1997;54:535-540.
14. Pope CA, Burnett RT, Thun MJ, Calle EE, Krewski D, Ito K, Thurston GD. Lung cancer, cardiopulmonary mortality, and long-term exposure to fine particulate air pollution. *JAMA* 2002;287:1132-1141.
15. Pope CA, Burnett RT, Thurston GD, Thun MJ, Calle EE, Krewski D, Godleski JJ. Cardiovascular mortality and long-term exposure to particulate air pollution. *Circulation* 2004;109:71-77.
16. Ginsberg GM, Tulchinsky TH, Salahov E, Clayman M. Standardized mortality ratios by region of residence, Israel, 1987–1994: a tool for public health policy. *Public Health Rev* 2003; 31(2):111–131.
17. Huerta M, Broday D, Bibi H, Scharf S, Gdalevich M. Measuring the effects of air pollution on the morbidity, mortality and health care consumption of the population in the Southern region of Israel. *Epidemiology* 2006;17(6):S497-S498.
18. Gerber Y, Myers V, Broday DM, Koton S, Steinberg DM, Drory Y. Cumulative exposure to air pollution and long term outcomes after first acute myocardial infarction: a population-based cohort study. Objectives and methodology. *BMC Public Health* 2010;10:369.
19. המשרד להגנת הסביבה: נושאים סביבתיים: מערך ניטור אוויר ארצי - מנ"א.
http://www.sviva.gov.il/bin/en.jsp?enPage=BlankPage&enDisplay=view&enDispWhat=Zone&enDispWho=mana_air&enZone=mana_air (הורד ב-2.2.2011)
20. דוח ניטור איכות אוויר בישראל לשנת 2008, המשרד להגנת הסביבה, אגף איכות אוויר - מרכז ניטור אוויר ארצי (מנ"א).
21. הנתונים באדיבות מר אמיר זלצברג, המשרד להגנת הסביבה, האגף לאיכות אוויר ושינוי אקלים.
22. הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. שנתון סטטיסטי לישראל 2009, פרסום 60, ירושלים, 2009.
23. Paz S, Linn S, Portnov BA, Lazimi A, Futerman B, Barchana M. Non-Hodgkin Lymphoma (NHL) linkage with residence near heavy roads--a case study from Haifa Bay, Israel. *Health Place* 2009;15(2):636-41.
24. איכותם התברואית של מי שתייה במקורות המים בישראל, דו"ח בדיקות מיקרוביאליות וכימיות לשנת 2008, המחלקה לבריאות הסביבה, משרד הבריאות.
25. משרד הבריאות. עובדות על הפלרת מי שתייה.
<http://www.health.gov.il/Download/pages/aflaraWater.pdf> (הורד ב-1.2.2011)

26. The International Agency for Research on Cancer (IARC) - Last update: 30 Aug 2010. <http://monographs.iarc.fr/ENG/Classification/index.php>.
27. World Health Organization. Health Impact Assessment Program. <http://www.who.int/hia/en/> accessed 1/2/2011.
28. Grotto I, Davidovitch N. Environment and Health: Health Impact Assessment as a Planning Tool. Presented at: The International Symposium on Stochastic Models in Reliability Engineering, Life Sciences and Operations Management. February 8-11, 2010, Beer Sheva, Israel.
29. Kaminski N, Kaplan BA, Holsapple MP. Toxic responses of the immune system. In: Casarett & Doull's Toxicology: The Basic Science of Poisons, 7th edition, 2008. C Klaassen, Amdur MO and Doull J (eds). McGraw-Hill Health Professions Division: New York, NY. pp. 485-555.
30. Environmental Protection Agency. About Pesticides: What Is a Pesticide? Available at: <http://www.epa.gov/pesticides/about/index.htm>. Accessed July 14, 2009.
31. Pesticide Action Network North America. Pesticide regulation in the U.S. Available at: <http://www.panna.org/node/835>. Accessed January 3, 2010.
32. Abadi-Korek I, Stark B, Zaizov R, Shaham J. Parental occupational exposure and the risk of acute lymphoblastic leukemia in offspring in Israel. J Occup Environ Med 2006;48:165-174.
33. הסקר השנתי על שאריות חומרי הדברה של השירותים להגנת הצומח ולביקורת במשרד החקלאות ופיתוח הכפר, 2009
34. המשרד להגנת הסביבה. נושאים סביבתיים: קרינה/http://www.sviva.gov.il/bin/en.jsp?enPage=BlankPage&enDisplay=view&enDispWhat=Zone&enDispWho=btichut_krina&enZone=btichut_krina (הורד ב-1.2.2011)
35. The INTERPHONE Study Group. Brain tumour risk in relation to mobile telephone use: Results of the INTERPHONE international case-control study. Int J Epidemiol 2010;39(3):675-94.
36. Christensen HC, Schüz J, Kosteljanetz M, et al. Cellular telephones and risk for brain tumors. Neurology 2005;64:1189-95.
37. Schuz J, Bohler E, Berg G, et al. Cellular phones, cordless phones, and the risks of glioma and meningioma (Interphone Study Group, Germany). Am J Epidemiol 2006;163:512-20.
38. Sadetzki S, Chetrit A, Jarus-Hakak A, et al. Cellular phone use and risk of benign and malignant parotid gland tumors - a nationwide case-control study. American Journal of Epidemiology 2008; 167(4):457-467.

9 שימוש בשירותי בריאות

נקודות עיקריות

ממצאים מסקר בריאות לאומי 2007-2008 INHIS-2

ביטוח בריאות משלים

- 61.8% מהמשיבים דיווחו כי הם מבטחים בביטוח משלים של קופות החולים, 19.8% מבטחים הן בביטוח משלים של קופת חולים והן בביטוח משלים פרטי, ו-2.6% מבטחים בביטוח משלים פרטי בלבד.
- 41.3% מהמשיבים באוכלוסייה הערבית דיווחו כי הם אינם מבטחים בביטוח משלים, לעומת 10.8% באוכלוסייה היהודית.
- 23.1% מהמשיבים באוכלוסייה היהודית דיווחו כי הם מבטחים הן בביטוח משלים של קופות החולים והן בביטוח משלים פרטי, זאת לעומת 3.2% באוכלוסייה הערבית.

אשפוזים

- 13.1% מהמשיבים דיווחו כי אושפזו למשך לילה אחד לפחות בשנה האחרונה: 12.1% בגברים ו-14.1% בנשים.
- שיעור המאושפזים למשך לילה אחד לפחות בשנה האחרונה היה 14.5% בערבים ו-12.7% ביהודים.

4. רופא משפחה ורופא מומחה

- 90% מהמשיבים דיווחו שיש להם רופא משפחה קבוע: 94% באוכלוסייה הערבית ו-89% באוכלוסייה היהודית.
- 39.2% מהמשיבים דיווחו כי ביקרו אצל רופא משפחה לפחות פעם אחת בחודש האחרון: 38.3% בגברים ו-40% בנשים.
- ביקורים תכופים (שניים או יותר בחודש האחרון) דווחו באוכלוסייה הערבית יותר מאשר באוכלוסייה היהודית, הן בגברים והן בנשים.
- 22.3% מהמשיבים דיווחו כי ביקרו אצל רופא מומחה פעם אחת בחודש האחרון.
- שיעור הביקורים אצל רופא מומחה היה גבוה יותר בנשים (24.7%) מאשר בגברים (19.5%).
- שיעור הביקורים אצל רופא מומחה היה גבוה יותר ביהודים (23.7%) מאשר בערבים (15.2%).

רופא שיניים

- 15% מהמשיבים דיווחו כי ביקרו אצל רופא שיניים לפחות פעם אחת בחודש האחרון.
- שיעור הביקורים הגבוה ביותר אצל רופא שיניים היה בבני 45-54 שנים (18.8%) והשיעור הנמוך ביותר היה בבני 65 שנים ומעלה (12%).

רפואה משלימה

- 7.7% מהמשיבים דיווחו כי ביקרו אצל מטפלים ברפואה המשלימה בשנה האחרונה.
- שיעור הביקורים היה 8.6% ביהודים ו-3.4% בערבים.

ממצאים מסקר בריאות לאומי 2009 (למ"ס)

ביקורים אצל רופא בקהילה

- מספר הביקורים הממוצע אצל רופא בקהילה היה 6.2 לנפש לשנה: 6.9 בנשים ו-5.5 בגברים.
- מספר הביקורים הגבוה ביותר היה בבני 75 שנים ומעלה, והנמוך ביותר, בבני 25-34 שנים.

1. מקורות מידע

הנתונים המוצגים בפרק זה מבוססים ברובם על ממצאי סקר בריאות לאומי INHIS-2⁽¹⁾ שנערך בישראל בשנים 2007-2008. הסקר נערך על ידי המרכז הלאומי לבקרת מחלות, משרד הבריאות, לראשונה בשנים 2003-2004, והוא עתיד להיערך אחת לשלוש שנים. הסקר התבצע באמצעות ראיונות טלפוניים במדגם מייצג של האוכלוסייה הבוגרת בישראל: כ-10,000 מרואיינים בני 21 ומעלה, יהודים וערבים. הסקר מחולק לארבעה מודולים: בריאות נשים, בריאות נפש, מניעה, ושימוש בשירותי בריאות. בפרק הנוכחי מוצגים ממצאים ממודול שימוש בשירותי בריאות הכולל כ-2,100 מרואיינים⁽¹⁾.

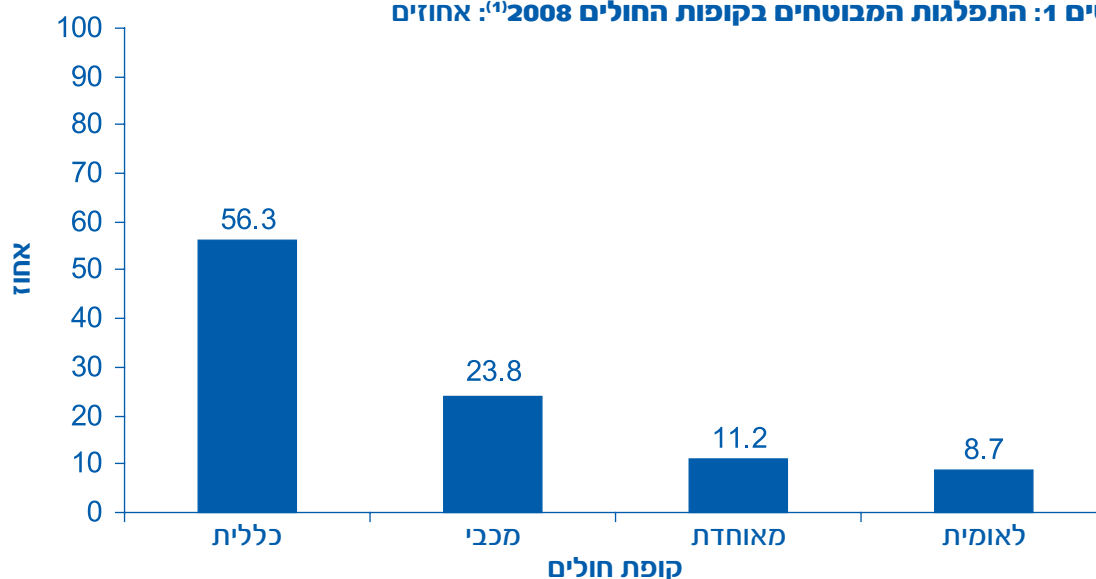
מקור נוסף הינו סקר בריאות ארצי⁽²⁾ שנערך בשנת 2009 על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (למ"ס) במדגם מייצג של כ-9,000 משקי בית, הכולל כ-29,000 נפשות. הסקר התבסס על מדגם של משקי בית, והדיווח היה על ידי בן משפחה אחד שדיווח עבור עצמו וכן עבור כל דיירי הבית האחרים ("proxy")⁽²⁾. נתונים מקיפים ומפורטים אודות שימוש בשירותי בריאות מופיעים בפרסום: "בריאות בישראל 2010" שהוצא לאור על ידי האגף לשירותי מידע ומחשוב, תחום מידע, משרד הבריאות⁽³⁾.

2. ממצאים מסקר INHIS-2 2007-2008

2.1 חברות בקופת חולים

98.8% מהמרואיינים בסקר דיווחו כי הם מבוטחים באחת מקופות החולים: כללית, מכבי, מאוחדת ולאומית. מעל מחצית מהמרואיינים דיווחו כי הם מבוטחים במכבי שירותי בריאות כללית (56.3%). כרבע דיווחו כי הם מבוטחים במכבי שירותי בריאות (23.8%), כעשירית דיווחו כי הם מבוטחים בקופ"ח מאוחדת (11.2%), ופחות מעשירית דיווחו כי הם מבוטחים בקופ"ח לאומית (תרשים 1)⁽¹⁾. יש לציין כי התפלגות המרואיינים לפי קופות החולים כפי שעלו מהסקר תואמת במידה רבה את הנתונים הרשמיים לשנת 2009, שברשות המוסד לביטוח הלאומי, קרי: שירותי בריאות כללית: 52.4%; מכבי שירותי בריאות: 24.8%; קופת חולים מאוחדת: 13.5%; וקופת חולים לאומית: 9.2%⁽³⁾.

תרשים 1: התפלגות המבוטחים בקופות החולים 2008⁽¹⁾: אחוזים



שימוש בשירותי בריאות

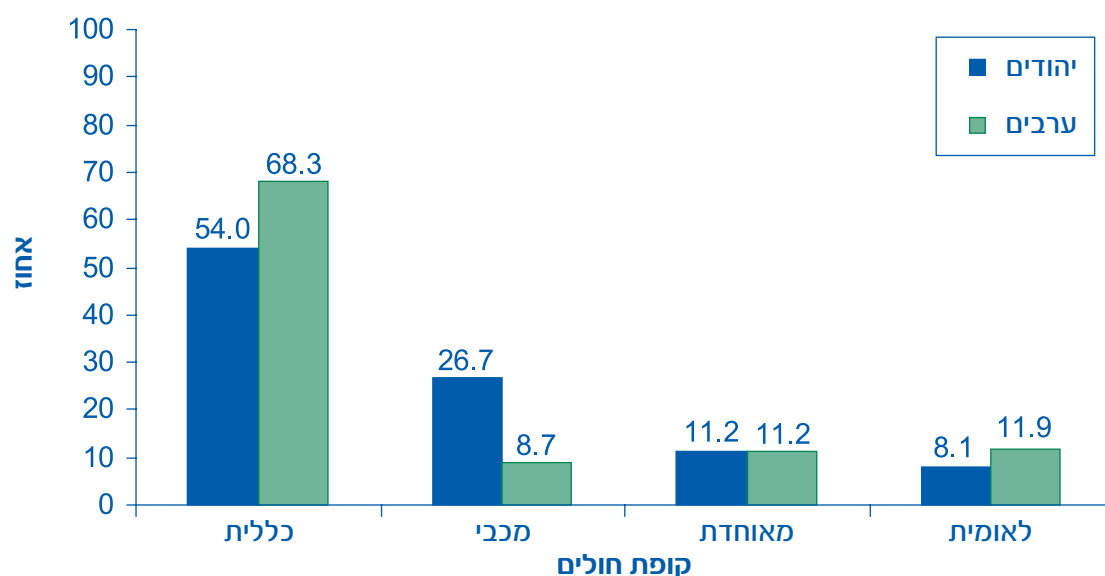
2.1.1 חברות בקופת חולים לפי מין וקבוצת אוכלוסייה

בשירותי בריאות כללית אחוז המבוטחים הערבים (68.3%) היה גדול פי 1.3 מאחוז המבוטחים היהודים (54.0%). לעומת זאת, בשירותי בריאות מכבי אחוז המבוטחים היהודים (26.7%) היה גדול פי 3.2 מאחוז הערבים (8.7%). לא נמצא הבדל משמעותי בין המינים בהתפלגות בין קופות החולים (טבלה 1, תרשים 2)⁽¹⁾.

טבלה 1: התפלגות המבוטחים בקופות החולים לפי קבוצת אוכלוסייה ומין, 2008⁽¹⁾: אחוזים

	אוכלוסייה יהודית			אוכלוסייה ערבית			כלל האוכלוסייה		
	גברים	נשים	סה"כ	גברים	נשים	סה"כ	גברים	נשים	סה"כ
כללית	54.6	53.5	54.0	68.1	68.5	68.3	56.8	55.8	56.3
מכבי	26.2	27.1	26.7	8.5	8.8	8.7	23.3	24.2	23.8
מאוחדת	11.0	11.3	11.2	10.4	11.9	11.2	11.0	11.5	11.2
לאומית	8.2	8.0	8.1	12.9	10.9	11.9	9.0	8.5	8.7

תרשים 2: התפלגות המבוטחים בקופות החולים לפי קבוצת אוכלוסייה, 2008⁽¹⁾: אחוזים



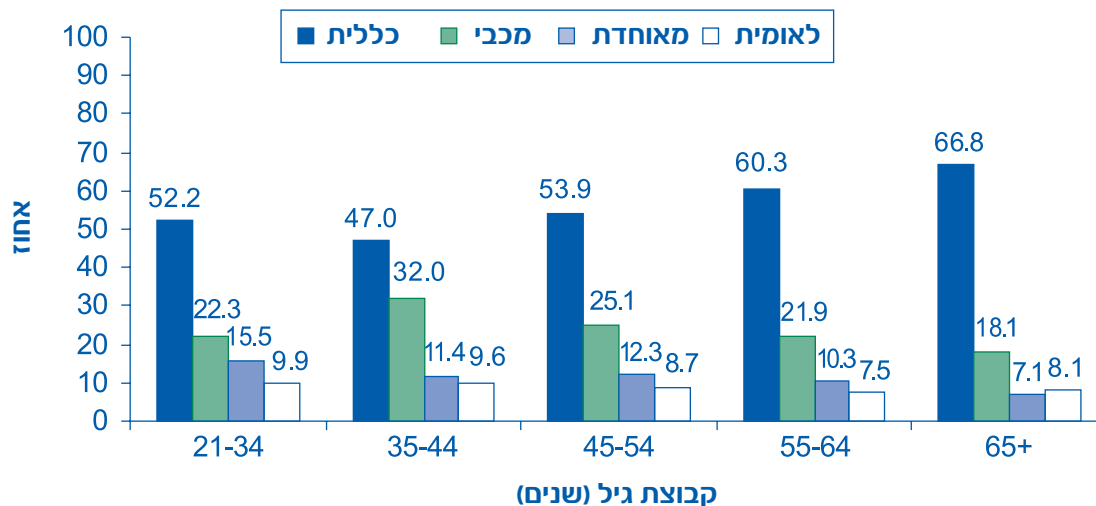
2.1.2 חברות בקופת חולים לפי גיל

אחוז המרואיינים החברים בשירותי בריאות כללית היה הגבוה ביותר בקרב בני 65 שנים ומעלה (66.8%) מהמרואיינים בגיל זה) והנמוך ביותר בבני 35-44 שנים (47%). אחוז המבוטחים במכבי שירותי בריאות היה הגבוה ביותר בבני 35-44 שנים (32%) והנמוך ביותר בבני 65 שנים ומעלה (18.1%) (טבלה 2, תרשים 3)⁽¹⁾.

טבלה 2: התפלגות המבוטחים בקופות החולים לפי גיל, 2008⁽¹⁾: אחוזים

קבוצת גיל (שנים)					
65+	55-64	45-54	35-44	21-34	
66.8	60.3	53.9	47.0	52.2	כללית
18.1	21.9	25.1	32.0	22.3	מכבי
7.1	10.3	12.3	11.4	15.5	מאחדת
8.1	7.5	8.7	9.6	9.9	לאומית

תרשים 3: התפלגות המבוטחים בקופות החולים לפי גיל, 2008⁽¹⁾: אחוזים



2.2 ביטוח בריאות משלים

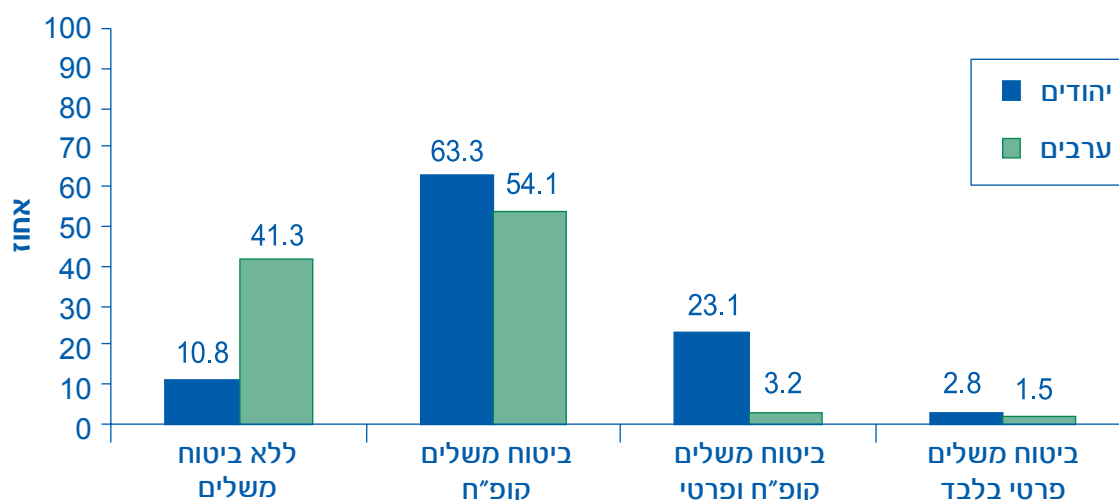
84.2% מהמשיבים דיווחו כי הם מבוטחים בביטוח רפואי משלים כלשהו. 61.8% דיווחו כי הם מבוטחים בביטוח משלים של קופות החולים, 19.8% דיווחו כי הם מבוטחים הן בביטוח משלים של קופת חולים והן בביטוח משלים פרטי, ו-2.6% דיווחו כי הם מבוטחים בביטוח משלים פרטי בלבד. 15.9% מהמשיבים דיווחו כי הם אינם מבוטחים בביטוח משלים כלל⁽¹⁾.

אחוז הגברים שדיווחו כי הם אינם מבוטחים בביטוח משלים (18.2%) גבוה פי 1.3 מאחוז הנשים (13.8%). אחוז הערבים שדיווחו כי הם אינם מבוטחים בביטוח משלים (41.3%) גבוה פי 3.8 מאחוז היהודים (10.8%). אחוז היהודים שמבוטחים הן בביטוח משלים של קופות החולים והן בביטוח משלים פרטי (23.1%) גבוה פי 7.2 מאחוז הערבים (3.2%) (טבלה 3, תרשים 4)⁽¹⁾.

טבלה 3: ביטוח רפואי משלים לפי מין וקבוצת אוכלוסייה, 2008⁽¹⁾: אחוזים

כלל האוכלוסייה			אוכלוסייה ערבית			אוכלוסייה יהודית			
סה"כ	נשים	גברים	סה"כ	נשים	גברים	סה"כ	נשים	גברים	
15.9	13.8	18.2	41.3	39.9	42.7	10.8	8.8	13.1	ללא ביטוח משלים
61.8	64.4	58.8	54.1	57.1	50.9	63.3	65.8	60.4	ביטוח משלים קופ"ח
19.8	19.9	19.8	3.2	2.1	4.3	23.1	23.3	22.9	ביטוח משלים קופ"ח ופרטי
2.6	1.9	3.3	1.5	0.9	2.1	2.8	2.1	3.5	ביטוח משלים פרטי

תרשים 4: ביטוח רפואי משלים לפי קבוצת אוכלוסייה, 2008⁽¹⁾: אחוזים



2.3 אשפוזים ללילה אחד או יותר

2.3.1 מאושפדים לפי מין וקבוצת אוכלוסייה

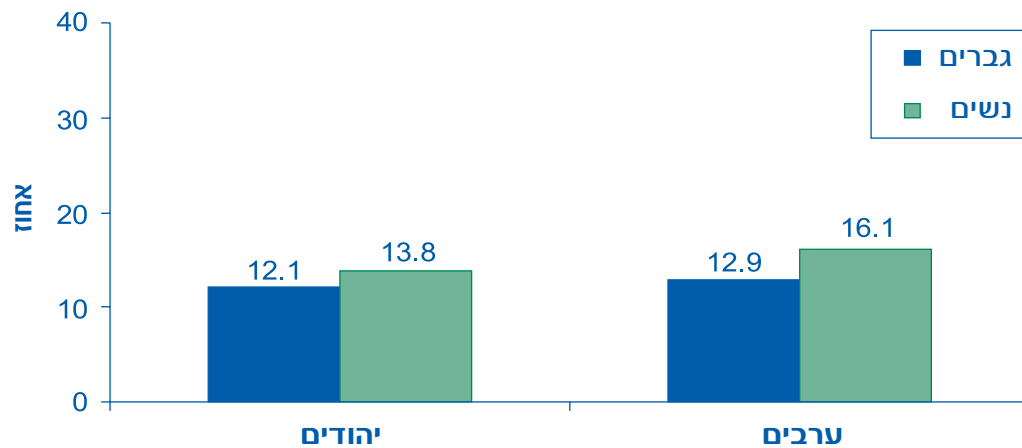
13.1% מהמשיבים דיווחו כי אושפדו למשך לילה אחד לפחות בשנה האחרונה. שיעור המאושפדים למשך לילה אחד לפחות גבוה היה 14.1% בנשים ו-12.1% בגברים. שיעור המאושפדים היה מעט גבוה יותר בערבים (14.6%) מאשר ביהודים (13.0%), (טבלה 4, תרשים 5)⁽¹⁾.

טבלה 4: אשפוז ללילה אחד או יותר לפי מין וקבוצת אוכלוסייה, 2008⁽¹⁾: אחוזים

כלל האוכלוסייה			אוכלוסייה ערבית			אוכלוסייה יהודית			
סה"כ	נשים	גברים	סה"כ	נשים	גברים	סה"כ	נשים	גברים	
86.8	85.9	87.8	85.5	83.9	87.1	87.0	86.2	87.9	לא אושפדו
2.6	2.4	2.9	1.9	1.0	2.8	2.8	2.7	3.0	אשפוז ללילה אחד
10.5	11.7	9.2	12.7	15.1	10.1	10.2	11.1	9.1	אשפוז לשני לילות או יותר

שימוש בשירותי בריאות

תרשים 5: אשפוז ללילה אחד או יותר לפי מין וקבוצת אוכלוסייה, 2008⁽¹⁾: אחוזים



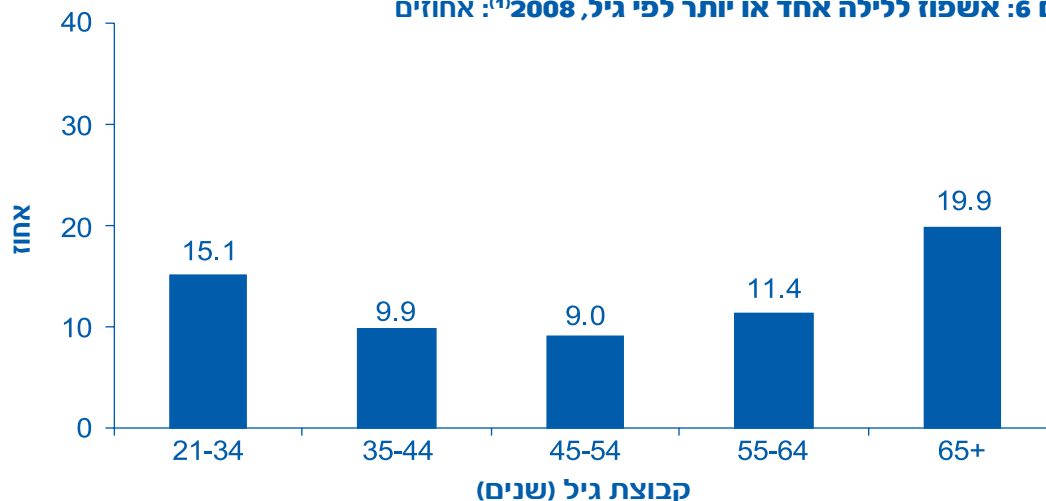
2.3.2 מאושפדים לפי גיל

שיעור המאושפדים ללילה אחד לפחות היה גבוה יחסית בגילאי 21-34 שנים (15.1%). בקבוצת הגיל המבוגרת יותר ירד השיעור עד 9% בבני 45-54 שנים, ולאחר מכן עלה השיעור שוב עד לשיא בבני 65 שנים ומעלה (19.9%) (טבלה 5, תרשים 6)⁽¹⁾.

טבלה 5: אשפוז ללילה אחד או יותר לפי גיל, 2008⁽¹⁾: אחוזים

קבוצת גיל (שנים)					
65+	55-64	45-54	35-44	21-34	
80.1	88.6	91.0	90.0	85.0	לא אושפדו
3.6	2.5	2.1	2.3	2.6	אשפוז ללילה אחד
16.3	8.9	6.9	7.6	12.5	אשפוז לשני לילות או יותר

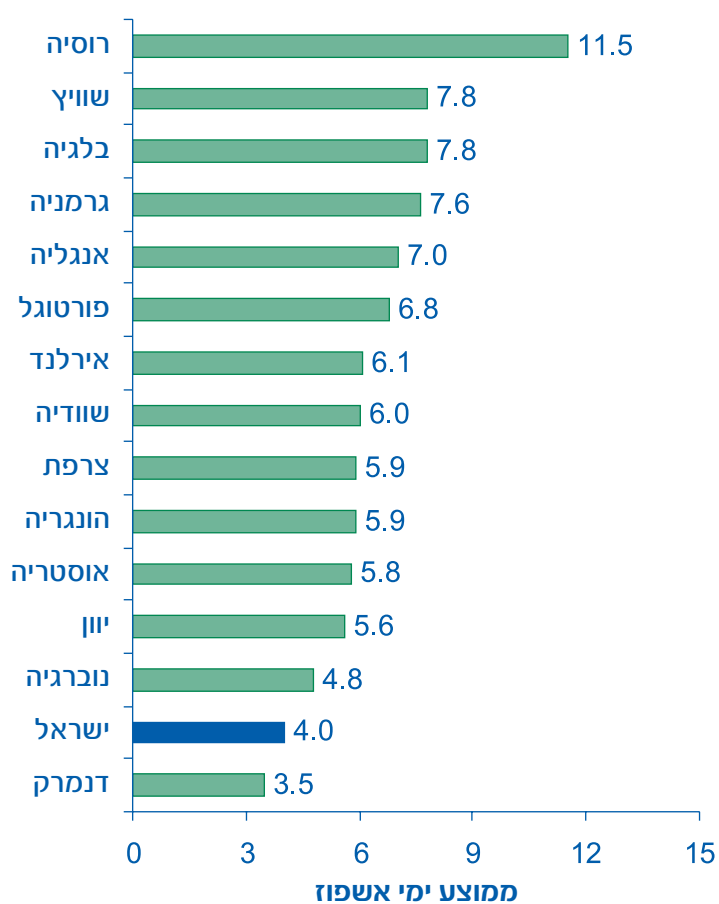
תרשים 6: אשפוז ללילה אחד או יותר לפי גיל, 2008⁽¹⁾: אחוזים



השוואה בין-לאומית: משך אשפוז ממוצע

על פי מאגר המידע המרכזי של אשפוזים, הכולל מידע על מרבית השחרורים באשפוז כללי, משך האשפוז הממוצע בבתי חולים כלליים בישראל בשנת 2009 היה 4 ימים⁽³⁾. בהשוואה עם רוב מדינות אירופה, משך האשפוז בישראל נמוך יותר^(4,3) (תרשים 7).

תרשים 7: משך האשפוז הממוצע בבתי חולים כלליים בישראל ובמדינות אירופה נבחרות, 2010^(4,3): ימים



2.4 רופא משפחה ורופא מומחה

2.4.1 רופא משפחה קבוע

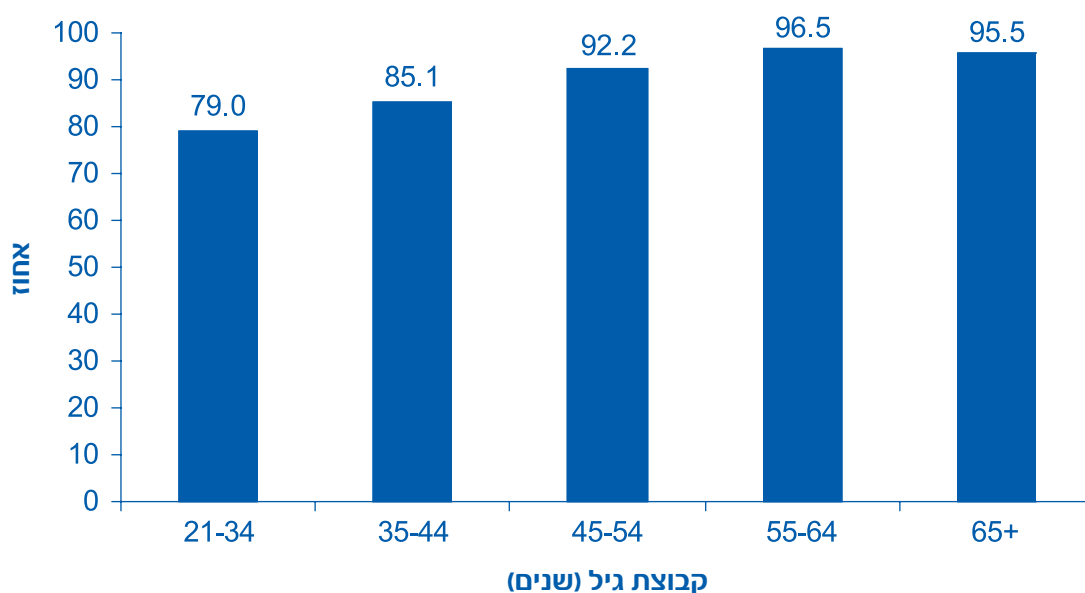
90% מהמשיבים דיווחו שיש להם רופא משפחה קבוע. האחוז גבוה יותר באוכלוסייה הערבית (94%) מאשר באוכלוסייה היהודית (89%). נשים דיווחו מעט יותר מגברים על רופא משפחה קבוע, הן באוכלוסייה היהודית והן באוכלוסייה הערבית (טבלה 6)⁽¹⁾.

טבלה 6: רופא משפחה קבוע לפי מין וקבוצת אוכלוסייה, 2008⁽¹⁾: אחוזים

סה"כ	נשים	גברים	
89.0	90.0	87.9	אוכלוסייה יהודית
94.0	94.7	93.1	אוכלוסייה ערבית
90.0	90.9	88.9	כלל האוכלוסייה

אחוז המשיבים שדיווחו על רופא משפחה קבוע היה הנמוך ביותר בבני 21-34 שנים (79%), והגבוה ביותר בבני 55-64 שנים (96.5%), ובבני 65 שנים ומעלה (95.5%) (תרשים 8)⁽¹⁾.

תרשים 8: רופא משפחה קבוע לפי גיל, 2008⁽¹⁾: אחוזים



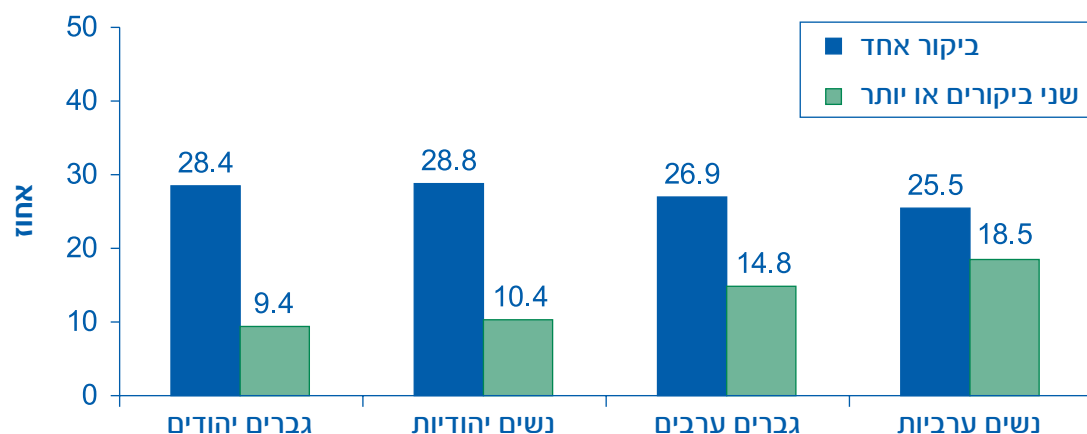
2.4.2 ביקורים אצל רופא משפחה

39.2% מהמשיבים דיווחו כי ביקרו אצל רופא משפחה לפחות פעם אחת בחודש האחרון. שיעור הביקורים היה מעט גבוה יותר בנשים (40%) מאשר בגברים (38.3%), וגבוה יותר באוכלוסייה הערבית (42.9%) מאשר באוכלוסייה היהודית (38.5%) (טבלה 7⁽¹⁾). ביקורים תכופים יותר אצל רופא משפחה (שניים או יותר בחודש האחרון) דווחו באוכלוסייה הערבית יותר מאשר באוכלוסייה היהודית, הן בגברים והן בנשים. השיעור הגבוה ביותר נמצא בנשים ערביות (18.5%) והנמוך ביותר בגברים יהודים (9.4%) (תרשים 9⁽¹⁾).

טבלה 7: ביקורים אצל רופא משפחה בחודש האחרון לפי מין וקבוצת אוכלוסייה, 2008⁽¹⁾: אחוזים

	אוכלוסייה יהודית			אוכלוסייה ערבית			כלל האוכלוסייה		
	גברים	נשים	סה"כ	גברים	נשים	סה"כ	גברים	נשים	סה"כ
לא ביקרו	62.3	60.8	61.5	58.4	56.0	57.1	61.7	60.1	60.8
ביקור אחד	28.4	28.8	28.6	26.9	25.5	26.2	28.0	28.3	28.2
שני ביקורים או יותר	9.4	10.4	9.9	14.8	18.5	16.7	10.3	11.7	11.0

תרשים 9: ביקור אחד או יותר אצל רופא משפחה בחודש האחרון לפי מין וקבוצת אוכלוסייה, 2008⁽¹⁾: אחוזים



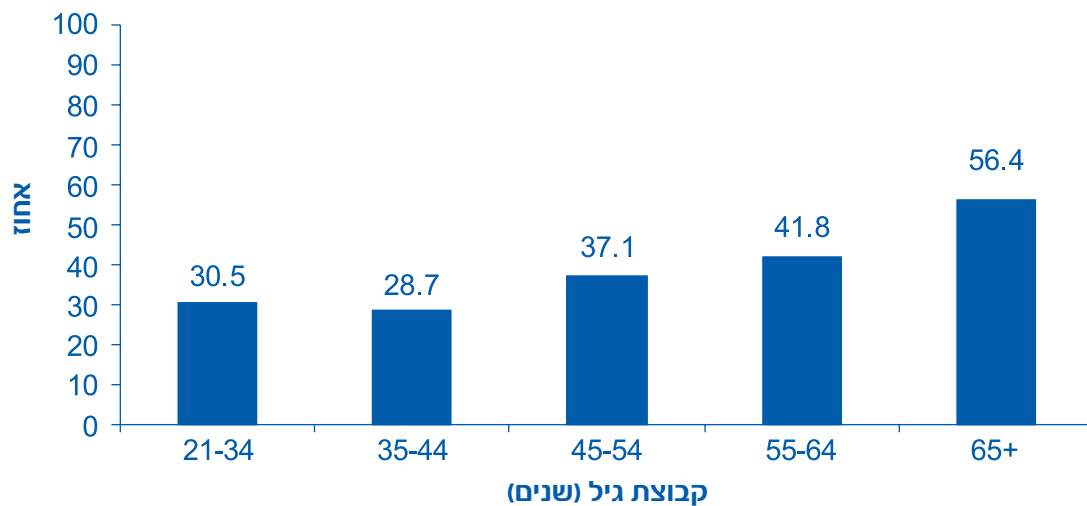
שיעורי הביקורים אצל רופא משפחה בקבוצות הגיל המבוגרות גבוהים מהשיעורים בקבוצות הגיל הצעירות. השיעור בבני 65 שנים ומעלה (56.4%) גבוה פי 1.9 מהשיעור בבני 21-34 (30.5%) (טבלה 8, תרשים 10⁽¹⁾).

שימוש בשירותי בריאות

טבלה 8: ביקורים אצל רופא משפחה בחודש האחרון לפי גיל, 2008⁽¹⁾: אחוזים

קבוצת גיל (שנים)					
65+	55-64	45-54	35-44	21-34	
43.7	58.3	62.9	71.4	69.6	לא ביקרו
41.0	30.5	25.6	20.9	21.7	ביקור אחד
15.4	11.3	11.5	7.8	8.8	שני ביקורים או יותר

תרשים 10: ביקורים אצל רופא משפחה בחודש האחרון לפי גיל, 2008⁽¹⁾: אחוזים



2.4.3 ביקורים אצל רופא מומחה

22.3% מהמשיבים דיווחו כי ביקרו אצל רופא מומחה פעם אחת לפחות בחודש האחרון. שיעור הביקורים היה גבוה יותר בנשים (24.7%) מאשר בגברים (19.5%), וביהודים (23.7%) יותר מאשר בערבים (15.2%) (טבלה 9⁽¹⁾).

טבלה 9: ביקורים אצל רופא מומחה בחודש האחרון לפי מין וקבוצת אוכלוסייה, 2008⁽¹⁾: אחוזים

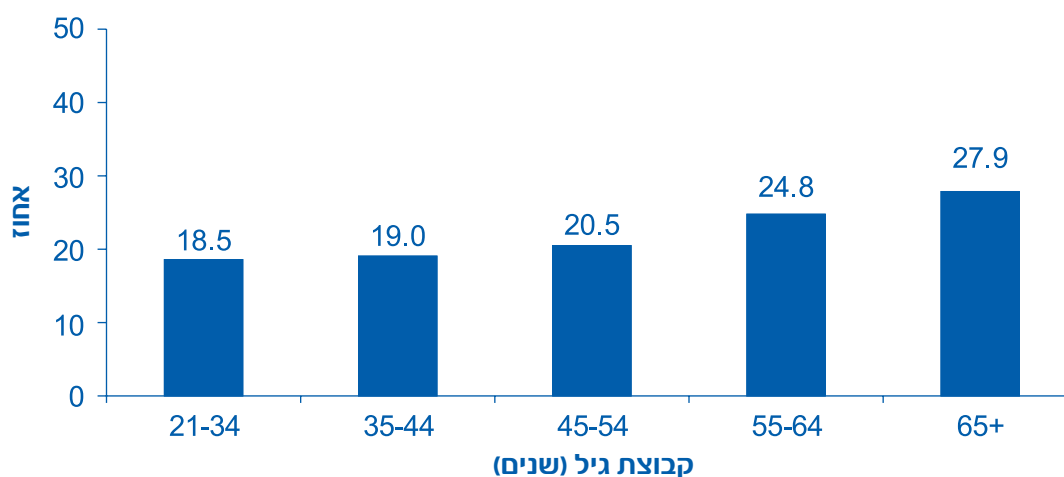
כלל האוכלוסייה			אוכלוסייה ערבית			אוכלוסייה יהודית			
סה"כ	נשים	גברים	סה"כ	נשים	גברים	סה"כ	נשים	גברים	
77.8	75.3	80.5	84.8	83.7	86.0	76.3	73.7	79.3	לא ביקרו
17.1	19.1	14.8	11.8	13.5	10.0	18.2	20.2	15.8	ביקור אחד
5.2	5.6	4.7	3.4	2.8	4.0	5.5	6.1	4.9	שני ביקורים או יותר

שיעורי הביקורים אצל רופא מומחה גבוהים בקבוצות הגיל המבוגרות מאשר בקבוצות הגיל הצעירות. השיעור בבני 65 שנים ומעלה (27.9%) גבוה פי 1.5 מהשיעור בבני 21-34 שנים (18.5%) (טבלה 10, תרשים 11⁽¹⁾). כמו כן, ביקורים תכופים יותר (שניים או יותר בחודש האחרון) דווחו יותר בקבוצות הגיל המבוגרות, בני 64-55 שנים ובני 65 שנים ומעלה (6.1%-6.9%, בהתאמה) מאשר בקבוצות הצעירות, בני פחות מ-55 שנים (4%-4.3%) (טבלה 10⁽¹⁾).

טבלה 10: ביקורים אצל רופא מומחה בחודש האחרון לפי גיל, 2008⁽¹⁾: אחוזים

קבוצת גיל (שנים)					
65+	55-64	45-54	35-44	21-34	
72.1	75.2	79.5	81.0	81.5	לא ביקרו
21.0	18.7	16.5	14.7	14.2	ביקור אחד
6.9	6.1	4.0	4.3	4.3	שני ביקורים או יותר

תרשים 11: ביקורים אצל רופא מומחה בחודש האחרון לפי גיל, 2008⁽¹⁾: אחוזים



2.4.4 ביקורים אצל רופא שיניים

15% מהמשיבים דיווחו כי ביקרו אצל רופא שיניים לפחות פעם אחת בחודש האחרון. שיעור הביקורים אצל רופא שיניים היה מעט גבוה יותר בנשים (15.8%) מאשר בגברים (14.1%). השיעור ביהודים היה 15.2% ובערבים, 14.3% (טבלה 11)⁽¹⁾.

טבלה 11: ביקורים אצל רופא שיניים בחודש האחרון לפי מין וקבוצת אוכלוסייה, 2008⁽¹⁾: אחוזים

כלל האוכלוסייה			אוכלוסייה ערבית			אוכלוסייה יהודית			
סה"כ	נשים	גברים	סה"כ	נשים	גברים	סה"כ	נשים	גברים	
85.0	84.2	85.9	85.7	84.3	87.3	84.8	84.2	85.6	לא ביקרו
9.2	9.5	8.9	7.3	8.6	5.9	9.8	9.8	9.7	ביקור אחד
5.8	6.3	5.2	7.0	7.1	6.8	5.4	6.1	4.7	שני ביקורים או יותר

שיעור הביקורים הגבוה ביותר אצל רופא שיניים היה בבני 45-54 שנים (18.8%) והשיעור הנמוך ביותר בבני 65 שנים ומעלה (12%) (טבלה 12)⁽¹⁾.

טבלה 12: ביקורים אצל רופא שניים בחודש האחרון לפי גיל 2008⁽¹⁾: אחוזים

קבוצת גיל (שנים)					
+65	64-55	54-45	44-35	34-21	
87.9	83.1	81.3	85.7	86.7	לא ביקרו
7.6	11.0	11.8	7.9	8.1	ביקור אחד
4.4	5.9	7.0	6.4	5.2	שני ביקורים או יותר

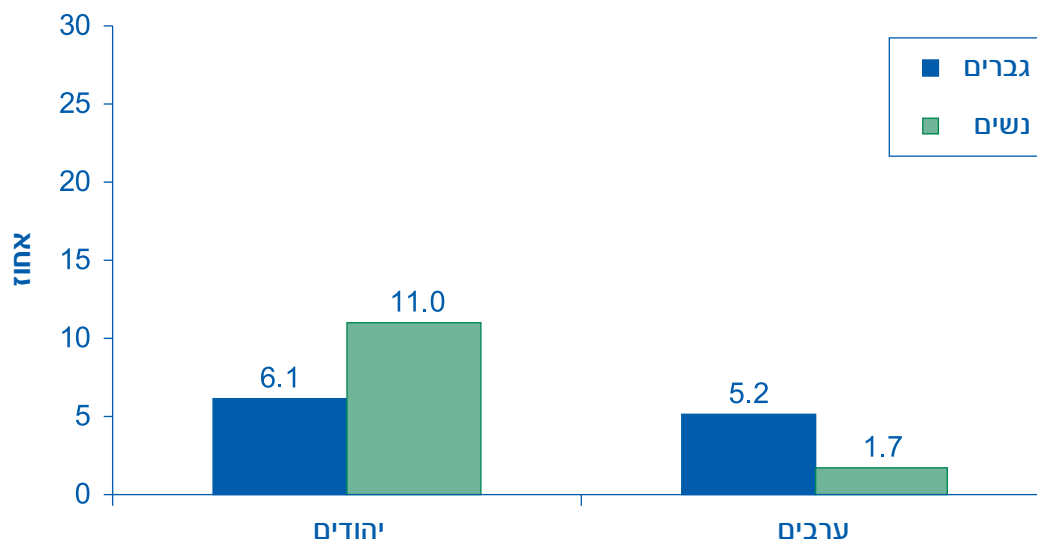
2.4.5 ביקורים אצל מטפלים ברפואה משלימה

7.7% מהמשיבים דיווחו כי ביקרו אצל מטפל ברפואה המשלימה (לדוגמא: הומיאופת, רפלקסולוג, נטורופת) בשנה האחרונה. שיעור הביקורים היה גבוה יותר ביהודים (8.6%) מאשר בערבים (3.4%). ביהודים, שיעור הביקורים היה גבוה יותר בנשים (11%) מאשר בגברים (6.1%). בערבים, שיעור הביקורים היה גבוה בגברים (5.2%) מאשר בנשים (1.7%) (טבלה 13, תרשים 12).

טבלה 13: ביקורים אצל מטפלים ברפואה משלימה בשנה האחרונה לפי מין וקבוצת אוכלוסייה, 2008⁽¹⁾: אחוזים

סה"כ	נשים	גברים	
8.6	11.0	6.1	אוכלוסייה יהודית
3.4	1.7	5.2	אוכלוסייה ערבית
7.7	9.7	5.9	כלל האוכלוסייה

תרשים 12: ביקורים אצל מטפלים ברפואה משלימה בשנה באחרונה לפי מין וקבוצת אוכלוסייה, 2008⁽¹⁾: אחוזים



שיעור הביקורים אצל מטפל ברפואה משלימה היה גבוה יותר בבני 65 שנים ומעלה (9.9%) מאשר בשאר קבוצות הגיל (7%-7.8%) (טבלה 14)⁽¹⁾.

טבלה 14: ביקורים אצל מטפלים ברפואה משלימה בשנה האחרונה לפי גיל, 2008⁽¹⁾: אחוזים

קבוצת גיל (שנים)					
65+	55-64	45-54	35-44	21-34	
9.9	7.7	7.8	7.0	7.4	ביקורים בשנה האחרונה

3. ממצאים מסקר בריאות לאומי 2009 (למ"ס)

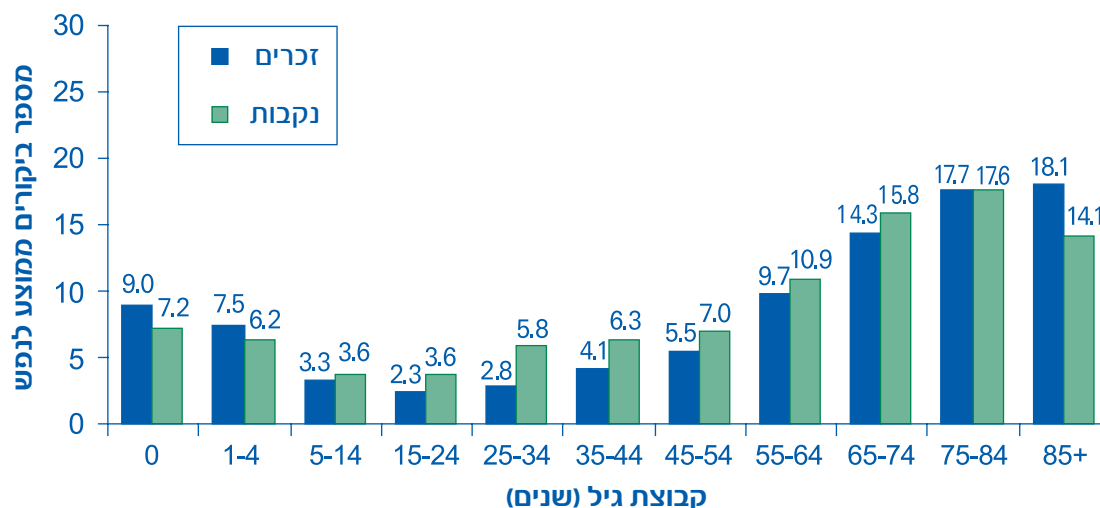
3.1 ביקורים אצל רופא משפחה

על פי סקר הבריאות של הלמ"ס ומשרד הבריאות שנערך בשנת 2009⁽²⁾, מספר הביקורים הממוצע אצל רופא בקהילה (כולל רופאי משפחה ורופא מומחה) היה 6.2 לנפש לשנה. המספר היה גבוה יותר בנשים (6.9) מאשר בגברים (5.5)⁽²⁾.

3.2 ביקורים אצל רופא לפי מין וגיל

מספר הביקורים אצל רופא הינו גבוה בנקבות מאשר זכרים, למעט בקבוצות הגיל הצעירות ביותר (0-14 שנים) וקבוצת הגיל המבוגרת ביותר (85 שנים ומעלה), בהן מספר הביקורים גבוה יותר בזכרים. מספר הביקורים הינו גבוה יחסית בילדים צעירים ונמוך בקרב נערים ובוגרים צעירים. מגיל 25 שנים לערך עולה מספר הביקורים באופן עקבי עם הגיל ומגיע לערכים המרביים בגילאים המבוגרים (בגברים, בני 85 שנים ומעלה ובנשים, בנות 75-84 שנים) (תרשים 13)⁽²⁾.

תרשים 13: ביקורים אצל רופא בשנה האחרונה לפי גיל ומין, 2009⁽²⁾: מספר ביקורים ממוצע לנפש לשנה



4. ביבליוגרפיה

1. סקר בריאות לאומי בישראל INHIS-2 2007-2008. המרכז הלאומי לבקרת מחלות, פרסום 331 (טרם פורסם).
2. נתונים באדיבות הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2010. מתוך סקר בריאות לאומי 2009, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.
3. שירותי מידע ומחשוב, תחום מידע. בריאות בישראל: נתונים נבחרים 2010. ירושלים, 2010.
4. European Health for All Database (HFA-DB). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010.

תחלואה ותמותה ממחלות סרטן נבחרות

המלצות תת-הוועדה בנושא הפחתת השימוש במוצרי טבק

תחלואה ותמותה ממחלות סרטן נבחרות

רקע

בנספח זה יוצגו שיעורי תחלואה ותמותה משלוש מחלות סרטן נבחרות: סרטן כיס השתן, לימפומה שאינה הודג'קין, וסרטן גוף הרחם.

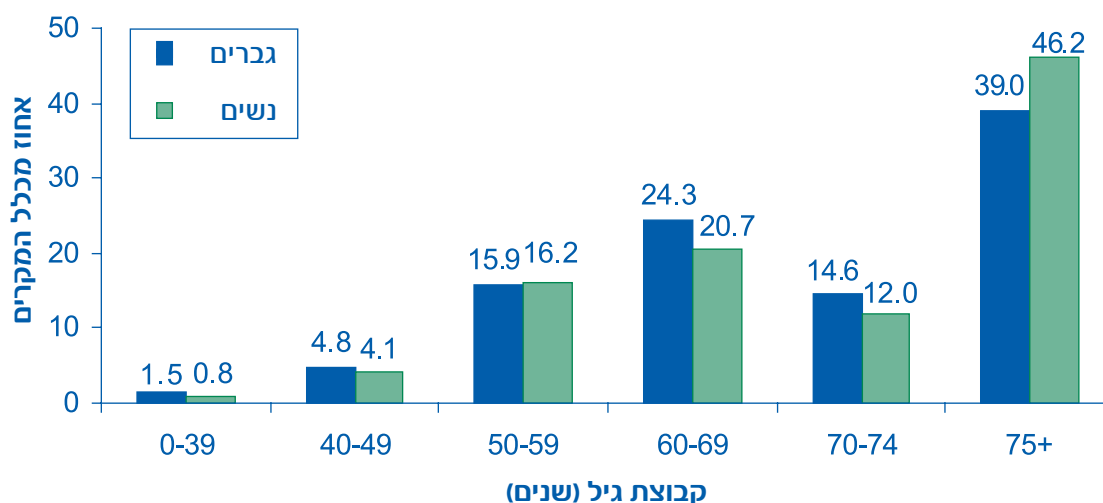
1. סרטן כיס השתן

סרטן כיס השתן הוא הסרטן החמישי בשכיחותו בכלל האוכלוסייה (5.8% מכלל הגידולים באוכלוסייה), והרביעי בשכיחותו בגברים (9.4% מכלל הגידולים הסרטניים בגברים). בנשים, מחלה זו מופיעה בשכיחות נמוכה ולא נכללת בעשר מחלות הסרטן המובילות (מקום 13, 2.2% ממחלות הסרטן בנשים). בשנת 2006 אובחנו 1,398 מקרים חדשים של סרטן כיס השתן: 1,132 בגברים ו-266 בנשים⁽¹⁾.

1.2 תחלואה בסרטן כיס השתן לפי קבוצת גיל ומין

בהשוואה בין גברים לנשים ניתן לראות כי התפלגות התחלואה בסרטן כיס השתן דומה, עם האחוזים הגבוהים ביותר בבני 75 שנים ומעלה: 39% בגברים ו-46.2% בנשים (תרשים 1)⁽¹⁾.

תרשים 1: תחלואה בסרטן כיס השתן לפי גיל ומין, 2006⁽¹⁾: אחוז מכלל המקרים החדשים



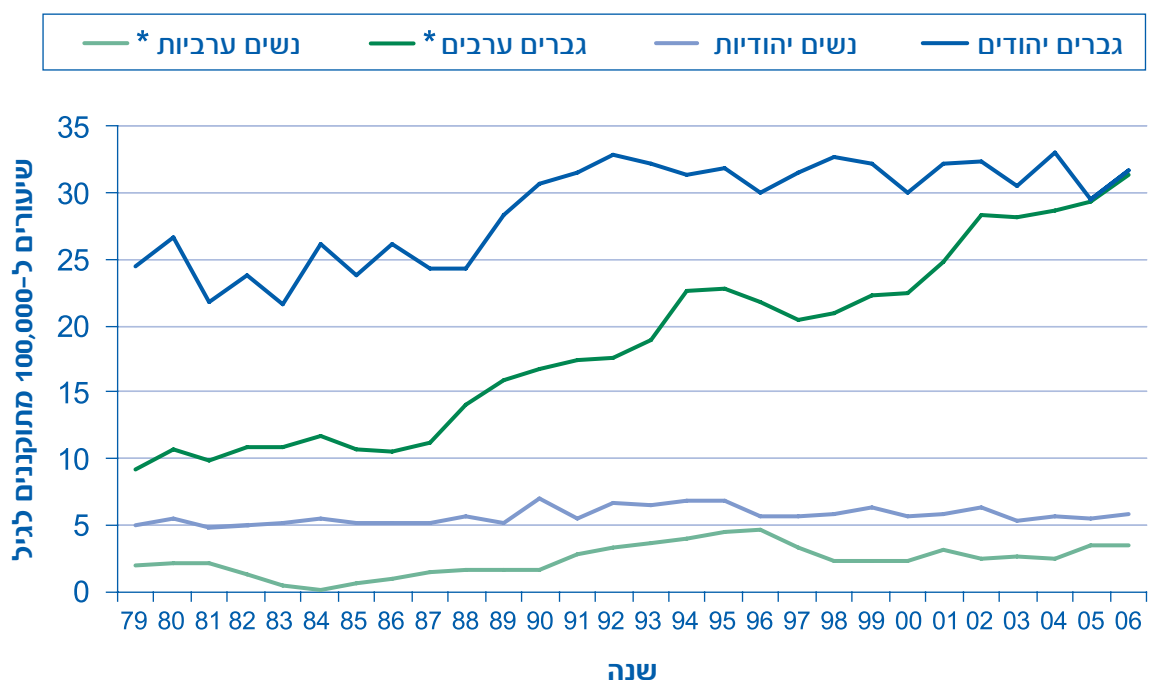
1.3 מגמות בהיארעות סרטן כיס השתן לפי מין וקבוצת אוכלוסייה

בתרשים 2 מוצגת היארעות סרטן כיס השתן ב-27 השנים האחרונות, לפי מין וקבוצת אוכלוסייה⁽¹⁾. בשתי קבוצות האוכלוסייה, שיעורי ההיארעות בגברים גבוהים יותר באופן משמעותי מהשיעורים הנצפים בנשים (תרשים 2)⁽²⁾. בגברים, שיעורי ההיארעות באוכלוסייה הערבית, שמשנת 1979 נמצאו בעלייה מתמדת, השתוו בשנת 2005 לשיעורים באוכלוסייה היהודית (תרשים 2)⁽¹⁾. בנשים, שיעורי ההיארעות נשארו קבועים באוכלוסייה היהודית והיו במגמת עלייה באוכלוסייה הערבית, אם כי מדובר בשיעורים נמוכים מאוד. בקרב גברים (במיוחד ערבים) נצפתה עלייה ניכרת בשיעורי ההיארעות⁽¹⁾. בגברים ערבים, שיעור ההיארעות של סרטן כיס השתן בשנת 2006 (33.1 מקרים ל-100,000) היה גבוה פי 3.2 מהשיעור בשנת 1979 (10.4 מקרים ל-100,000). בגברים יהודים, שיעור ההיארעות של סרטן כיס השתן בשנת 2006 (31.7 מקרים ל-100,000) היה גבוה פי 1.3 מהשיעור בשנת 1979 (24.4 מקרים ל-100,000), עלייה של 29.9% (תרשים 2)⁽¹⁾.

תחלואה ותמותה ממחלות סרטן נבחרות

בנשים יהודיות, שיעורי ההיארעות נשמרו קבועים למדי לאורך השנים, ונעו סביב שיעור ממוצע של 5.8 ל-100,000. בנשים ערביות נצפתה עלייה בשיעורי ההיארעות, מ-0.8 ל-100,000 בשנת 1979 ל-3.8 ל-100,000 ב-2006. עם זאת, יש לציין שנתונים אלו מבוססים על מספר קטן של מקרים (תרשים 2)⁽¹⁾.

תרשים 2: מגמות בהיארעות סרטן כיס השתן לפי מין וקבוצת אוכלוסייה, 1979-2006⁽¹⁾: שיעורים ל-100,000 מתוקננים לגיל



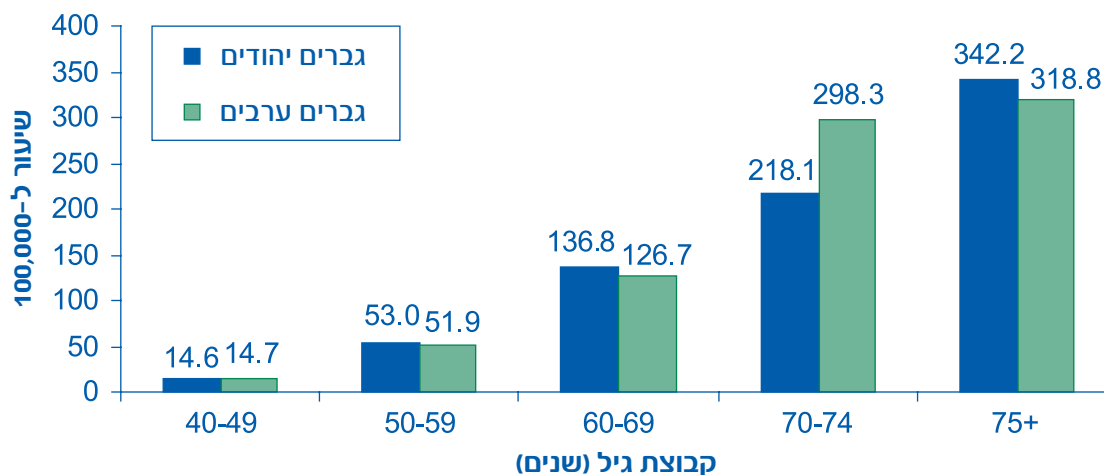
* ממוצע נע לשלוש שנים.

1.4 היארעות סרטן כיס השתן לפי מין, גיל וקבוצת אוכלוסייה

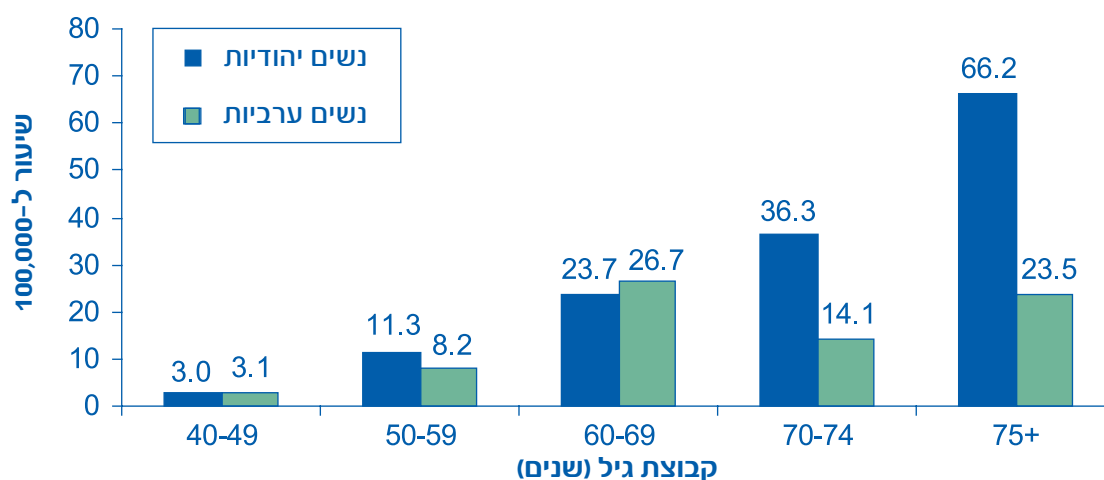
בתרשים 3 מוצגים שיעורי ההיארעות של סרטן כיס השתן לפי מין, גיל וקבוצת אוכלוסייה⁽¹⁾. בגברים עלתה ההיארעות באופן עקבי עם העלייה בגיל. בשתי קבוצות האוכלוסייה, השיעור הגבוה ביותר נמצא בבני 75 שנים ומעלה: 342.2 ל-100,000 בגברים יהודים, ו-318.8 ל-100,000 בגברים ערבים. בשאר קבוצות הגיל שיעורי ההיארעות בגברים יהודים ובגברים ערבים היו דומים, כאשר בקבוצות הגיל 60-69 ו-75 שנים ומעלה שיעורי ההיארעות היו גבוהים במעט ביהודים בהשוואה לערבים; ובקבוצת הגיל 70-74 שיעורי ההיארעות היו גבוהים בערבים בהשוואה ליהודים (תרשים 3)⁽¹⁾. גם בנשים יהודיות, שיעורי ההיארעות של סרטן כיס השתן עלו עם הגיל, עד הגעה לערך מרבי של 66.2 מקרים ל-100,000 בקבוצת הגיל של 75 שנים ומעלה. בנשים הערביות לא נצפתה מגמה ברורה עם הגיל בשל מיעוט המקרים בתת-קבוצות הגיל (תרשים 3)⁽¹⁾.

תחלואה ותמותה ממחלות סרטן נבחרות

תרשים 3: היארעות סרטן כיש השתן לפי מין, גיל וקבוצת אוכלוסייה, 2006⁽¹⁾: שיעורים ל-100,000 גברים



נשים



1.5 מגמות בתמותה מסרטן כיש השתן לפי מין וקבוצת אוכלוסייה

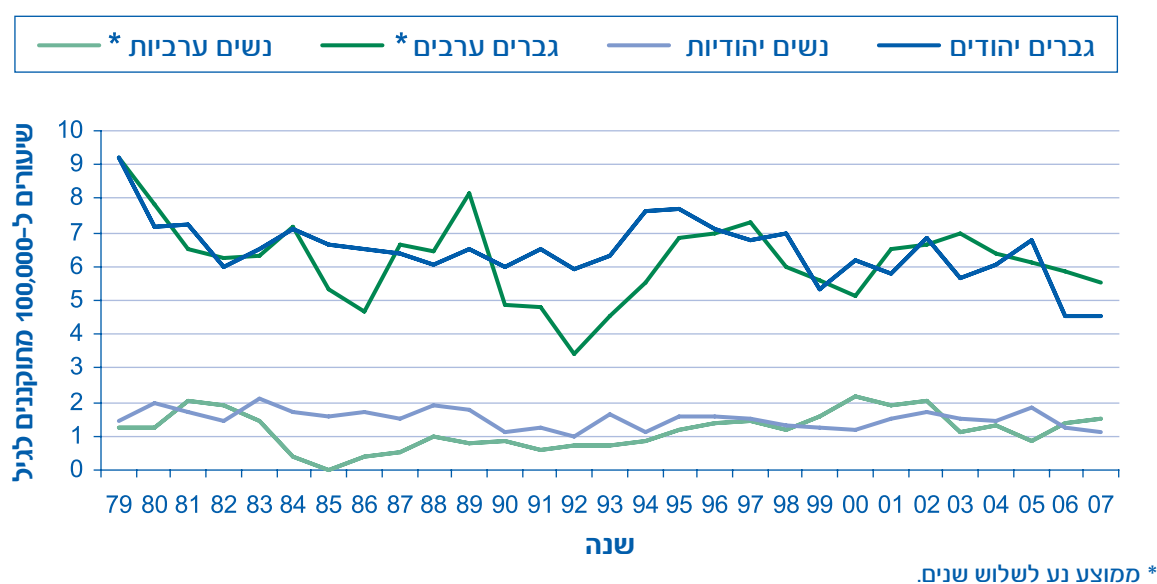
בנשים, שיעורי התמותה מסרטן כיש השתן נשמרים די קבועים לאורך השנים. לעומת זאת, בגברים נצפית מגמת ירידה בתמותה. בשתי קבוצות האוכלוסייה, שיעורי התמותה מסרטן כיש השתן היו גבוהים בהרבה בגברים משיעורי התמותה בנשים (תרשים 4)⁽²⁾.

בגברים יהודים, שיעור התמותה מסרטן כיש השתן ירד ב-50%, משיעור של 9.2 פטירות ל-100,000 בשנת 1979 ל-4.6 פטירות ל-100,000 בשנת 2007. בגברים ערבים נצפתה ירידה מתונה יותר, של 23.5%, משיעור של 8.1 פטירות ל-100,000 בשנת 1979 לשיעור של 6.2 פטירות ל-100,000 בשנת 2007, כאשר בשנים 2006-2007, שיעורי התמותה מסרטן כיש השתן בגברים ערבים היו לרוב גבוהים יותר מאלו שנצפו בגברים יהודים (תרשים 4)⁽²⁾.

תחלואה ותמותה ממחלות סרטן נבחרות

שיעורי התמותה מסרטן כיס השתן בקרב נשים יהודיות ונשים ערביות היו דומים ושפרו על ערך קבוע למדי לאורך השנים: בין 1979 ל-2007 היה שיעור התמותה מסרטן כיס השתן בנשים יהודיות כ-1.5 פטירות ל-100,000; השיעור הממוצע בנשים ערביות באותה תקופה היה כ-1.2 פטירות ל-100,000 (מבוסס על מספר קטן של מקרים) (תרשים 4)⁽²⁾.

תרשים 4: מגמות בתמותה מסרטן כיס השתן לפי מין וקבוצת אוכלוסייה, 1979-2007⁽²⁾: שיעורים ל-100,000 מתוקננים לגיל

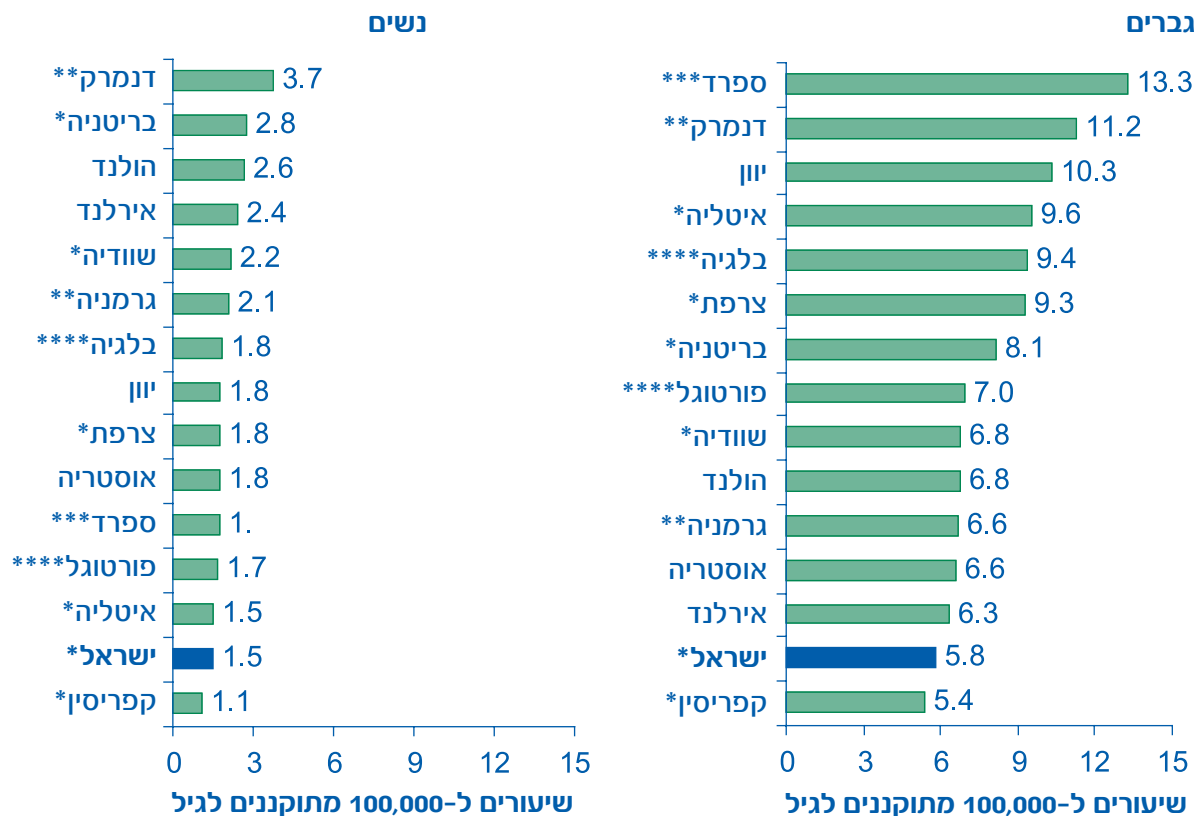


1.6 תמותה מסרטן כיס השתן: השוואה בינלאומית

התמותה מסרטן כיס השתן בישראל ובמדינות אירופה, גבוהה באופן ניכר בגברים בהשוואה לנשים. כמו כן, שיעורי התמותה בגברים ונשים בישראל נמוכים בהשוואה לשיעורים בגברים ובנשים בשאר מדינות אירופה⁽³⁾. בגברים, ספרד נמצאת במקום הראשון, עם שיעור של 13.3 פטירות ל-100,000; במקום השני נמצאת דנמרק עם שיעור של 11.2 ל-100,000; ובמקום השלישי, יוון, עם שיעור של 10.3 ל-100,000. גברים בישראל ממוקמים במקום ה-14 עם שיעור של 5.8 פטירות ל-100,000 (תרשים 5)⁽³⁾. בנשים, דנמרק נמצאת במקום הראשון, עם שיעור של 3.7 פטירות ל-100,000, ולאחריה בריטניה והולנד עם שיעורים של 2.8 ו-2.6 פטירות ל-100,000, בהתאמה. נשים בישראל ממוקמות במקום ה-14 עם שיעור של 1.5 פטירות ל-100,000 (תרשים 5)⁽³⁾.

תחלואה ותמותה ממחלות סרטן נבחרות

תרשים 5: תמותה מסרטן כיס השתן בישראל ובמדינות נבחרות מהאיחוד האירופי, 2008⁽³⁾: שיעורים ל-100,000 מתוקננים לגיל*



שיעורים מתוקננים לאוכלוסיית אירופה.

* נתונים משנת 2007, השנה העדכנית ביותר בה היו נתונים עבור מדינה זו.

** נתונים משנת 2006, השנה העדכנית ביותר בה היו נתונים עבור מדינה זו.

*** נתונים משנת 2005, השנה העדכנית ביותר בה היו נתונים עבור מדינה זו.

**** נתונים משנת 2004, השנה העדכנית ביותר בה היו נתונים עבור מדינה זו.

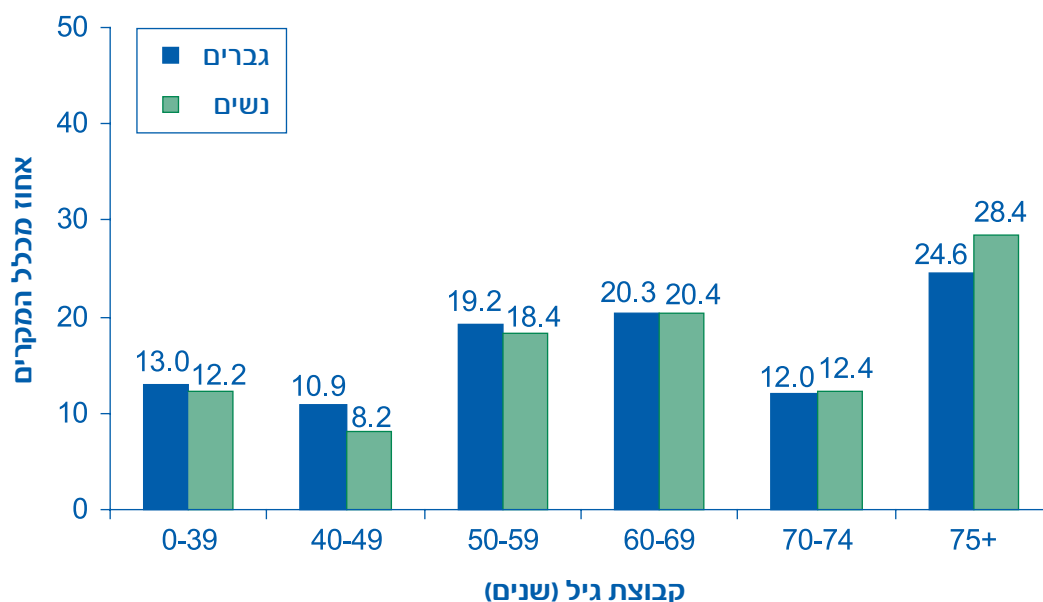
תחלואה ותמותה ממחלות סרטן נבחרות

2. לימפומה שאינה הודג'קין

2.1 תחלואה בלימפומה שאינה הודג'קין לפי גיל ומין

לימפומה שאינה הודג'קין הינה הסרטן השישי בשכיחותו בכלל האוכלוסייה, לו מיוחסים 5.6% ממקרי התחלואה בסרטן⁽¹⁾. מחלה זו הינה חמישית בשכיחותה בקרב גברים (5.8% מכלל הגידולים הסרטניים בגברים) ושלישית בשכיחותה בקרב נשים (5.4% מכלל הגידולים הסרטניים בנשים). בשנת 2006 אוכחנו 1,346 מקרים חדשים של לימפומה שאינה הודג'קין: 699 בגברים ו-647 בנשים⁽¹⁾. התפלגות התחלואה בלימפומה שאינה הודג'קין דומה בגברים ובנשים, כאשר בשני המינים קיימת תחלואה ניכרת במחלה בכל קבוצות הגיל (תרשים 6)⁽¹⁾.

תרשים 6: תחלואה בלימפומה שאינה הודג'קין לפי גיל ומין, 2006⁽¹⁾: אחוז מכלל המקרים החדשים



2.2 מגמות בהיארעות לימפומה שאינה הודג'קין לפי מין וקבוצת אוכלוסייה

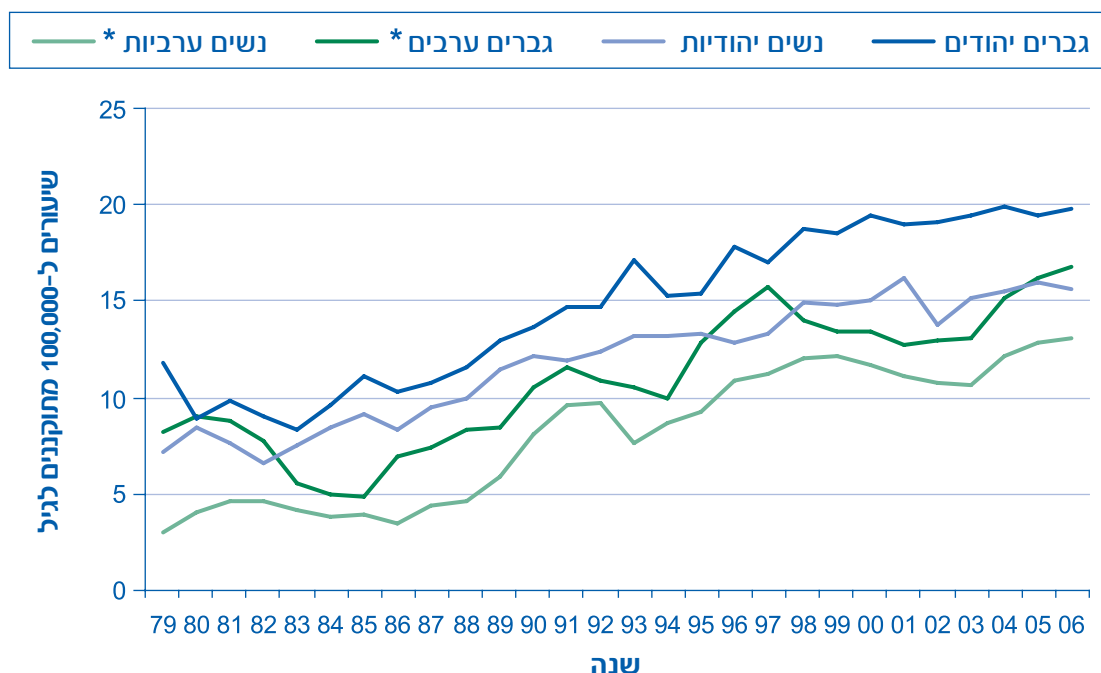
בתרשים 7 מוצגות המגמות בהיארעות לימפומה שאינה הודג'קין ב-27 השנים האחרונות, לפי מין וקבוצת אוכלוסייה⁽¹⁾. בשתי קבוצות האוכלוסייה, נצפית עלייה ניכרת בשיעורי ההיארעות לאורך השנים, עם שיעורי היארעות גבוהים יותר בגברים בהשוואה לנשים (תרשים 7)⁽¹⁾.

בנשים יהודיות, שיעור ההיארעות של לימפומה שאינה הודג'קין בשנת 2006 (15.7 מקרים ל-100,000) היה גבוה פי 2.2 מהשיעור בשנת 1979 (7.2 מקרים ל-100,000); ובנשים ערביות היה שיעור ההיארעות ב-2006 (12.2 מקרים ל-100,000) גבוה פי 5.3 מהשיעור בשנת 1979 (2.3 מקרים ל-100,000). בקרב גברים יהודים, שיעור ההיארעות בשנת 2006 (19.8 מקרים ל-100,000) היה גבוה פי 1.7 מהשיעור בשנת 1979 (11.8 מקרים ל-100,000); ובערבים, שיעור ההיארעות ב-2006 (16.9 מקרים ל-100,000) היה גבוה פי 2.8 מהשיעור בשנת 1979 (6.1 מקרים ל-100,000) (תרשים 7)⁽¹⁾.

תחלואה ותמותה ממחלות סרטן נבחרות

תרשים 7: מגמות בהיארעות לימפומה שאינה הודג'קין לפי מין וקבוצת אוכלוסייה, 1979-2006⁽¹⁾:

שיעורים ל-100,000 מתוקננים לגיל



* ממוצע נע לשלוש שנים.

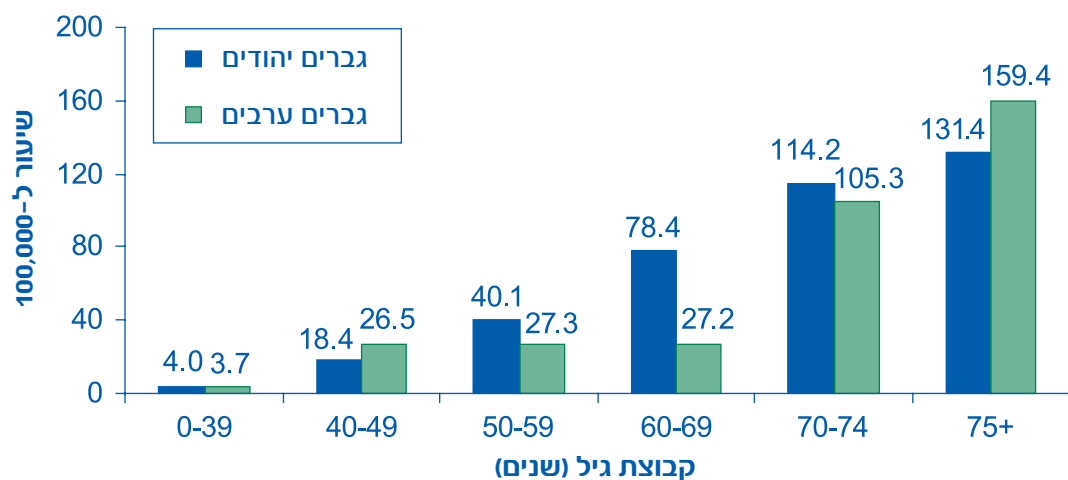
2.3 היארעות לימפומה שאינה הודג'קין לפי מין, גיל וקבוצת אוכלוסייה

בתרשים 8 מוצגים שיעורי ההיארעות של לימפומה שאינה הודג'קין לפי מין, גיל וקבוצת אוכלוסייה⁽¹⁾. גם בגברים וגם בנשים, ההיארעות עולה באופן עקבי עם העלייה בגיל. בשתי קבוצות האוכלוסייה השיעור הגבוה ביותר נמצא בבני 75 שנים ומעלה (תרשים 8)⁽¹⁾. בגברים יהודים נצפתה עלייה הדרגתית עם הגיל. בגברים ערבים, השיעורים היו יציבים סביב 27 מקרים ל-100,000 בקבוצות הגיל הצעירות מ-70 שנים, ובבני 70 שנים ומעלה נצפתה עלייה בשיעורים, שהגיעו בקבוצת הגיל 75 שנים ומעלה לערך הגבוה מזה שביהודים בני אותו גיל (תרשים 8)⁽¹⁾.

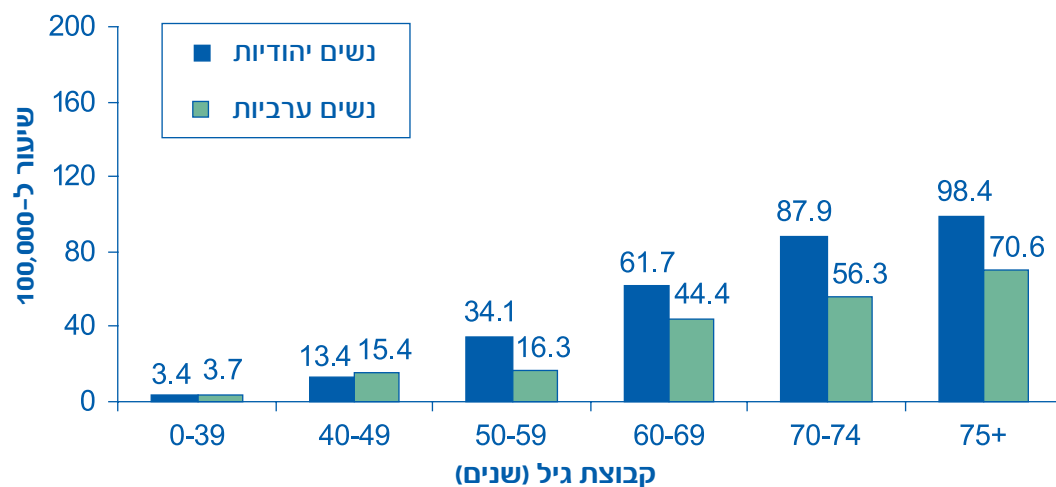
בנשים, שיעורי ההיארעות עלו באופן הדרגתי עם הגיל כאשר מגיל 50 שנים ואילך השיעורים היו גבוהים ביהודיות מאשר בערביות (תרשים 8)⁽¹⁾.

תחלואה ותמותה ממחלות סרטן נבחרות

תרשים 8: היארעות לימפומה שאינה הודג'קין לפי מין, גיל וקבוצת אוכלוסייה, 2006⁽¹⁾: שיעורים ל-100,000 גברים



נשים



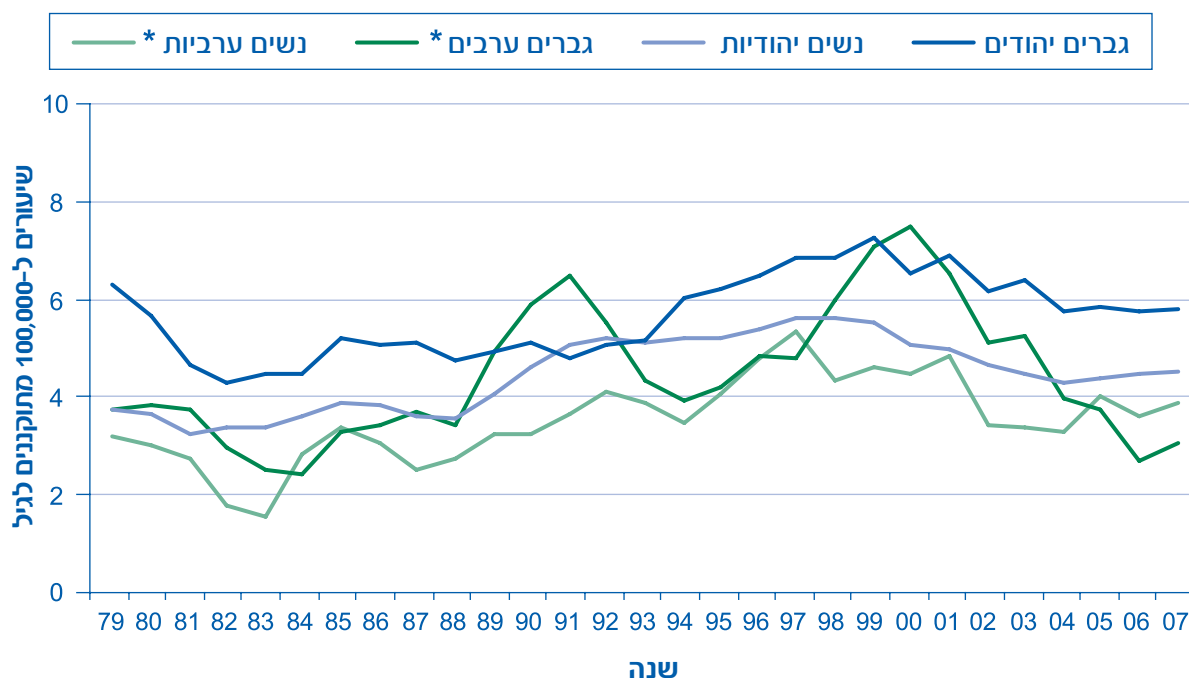
2.4 מגמות בתמותה מלימפומה שאינה הודג'קין לפי מין וקבוצת אוכלוסייה

שיעורי התמותה מלימפומה שאינה הודג'קין בין השנים 1979 ל-2007 מוצגים בתרשים 9⁽²⁾. שיעורי התמותה גבוהים בדרך כלל באוכלוסייה היהודית בהשוואה לאוכלוסייה הערבית. לרוב, שיעורי התמותה מלימפומה שאינה הודג'קין גבוהים יותר בגברים מאשר בנשים, בשתי קבוצות האוכלוסייה. בשנת 2007, באוכלוסייה היהודית, שיעור התמותה מלימפומה שאינה הודג'קין בקרב גברים (5.8 פטירות ל-100,000) היה גבוה ב-23.4% מהשיעור בנשים (4.7 פטירות ל-100,000). באוכלוסייה הערבית באותה שנה, שיעור התמותה בקרב נשים (3.9 פטירות ל-100,000) היה גבוה ב-25.8% מהשיעור בגברים (3.1 פטירות ל-100,000) (תרשים 9)⁽²⁾. בגברים יהודים נצפתה עלייה בשיעורי התמותה בין השנים 1980 ל-2000 ולאחר מכן חלה ירידה מתונה; בנשים יהודיות נצפתה עלייה מתונה של 25% לאורך התקופה שבין 1979 (3.6 פטירות ל-100,000) ל-2007 (4.5 פטירות ל-100,000) (תרשים 9)⁽²⁾.

תחלואה ותמותה ממחלות סרטן נבחרות

בגברים ערבים נצפתה מגמת עלייה עד לשנת 2000 ולאחר מכן ירידה ניכרת של 52.3% בין השנים 2001 (6.5 פטירות ל-100,000) ל-2007 (3.1 פטירות ל-100,000). בקרב נשים ערביות נצפתה מגמה של עלייה מתונה בשיעורים לאורך כל התקופה (כ-21.2% (תרשים 9)⁽²⁾.

תרשים 9: מגמות בתמותה מלימפומה שאינה הודג'קין לפי מין וקבוצת אוכלוסייה, 1979-2007⁽²⁾:
שיעורים ל-100,000 מתוקננים לגיל



* ממוצע נע לשלוש שנים.

תחלואה ותמותה ממחלות סרטן נבחרות

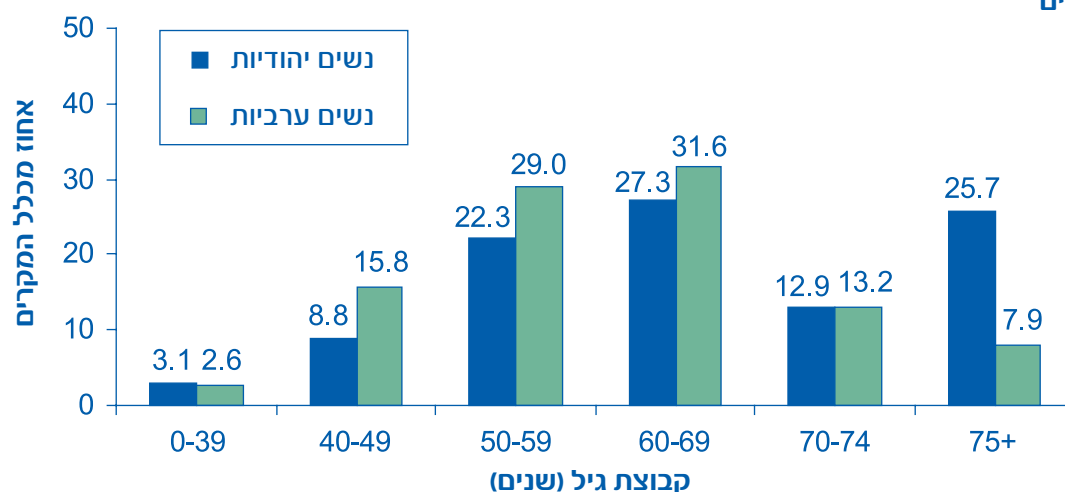
3. סרטן גוף הרחם

סרטן גוף הרחם הוא הסרטן החמישי בשכיחותו בנשים, ומהווה כ-5.3% מכלל הגידולים הסרטניים בנשים. בשנת 2006 אובחנו 595 מקרים חדשים של סרטן גוף הרחם: 557 מקרים בנשים יהודיות ו-38 בנשים ערביות⁽¹⁾.

3.1 תחלואה בסרטן גוף הרחם לפי גיל וקבוצת אוכלוסייה

בהשוואה בין האוכלוסייה היהודית לאוכלוסייה הערבית, ניתן לראות כי בנשים יהודיות, 38.6% מהמקרים החדשים אובחנו בנשים בנות 70 ומעלה, ובנשים ערביות 21.1% מהמקרים אובחנו בנכות 70 ומעלה, ועיקר התחלואה בערביות אובחנה בנשים צעירות יותר, בנות פחות מ-70 (78.9% מכלל המקרים החדשים) (תרשים 10)⁽¹⁾.

תרשים 10: תחלואה בסרטן גוף הרחם לפי גיל וקבוצת אוכלוסייה, 2006⁽¹⁾: אחוז מכלל המקרים החדשים

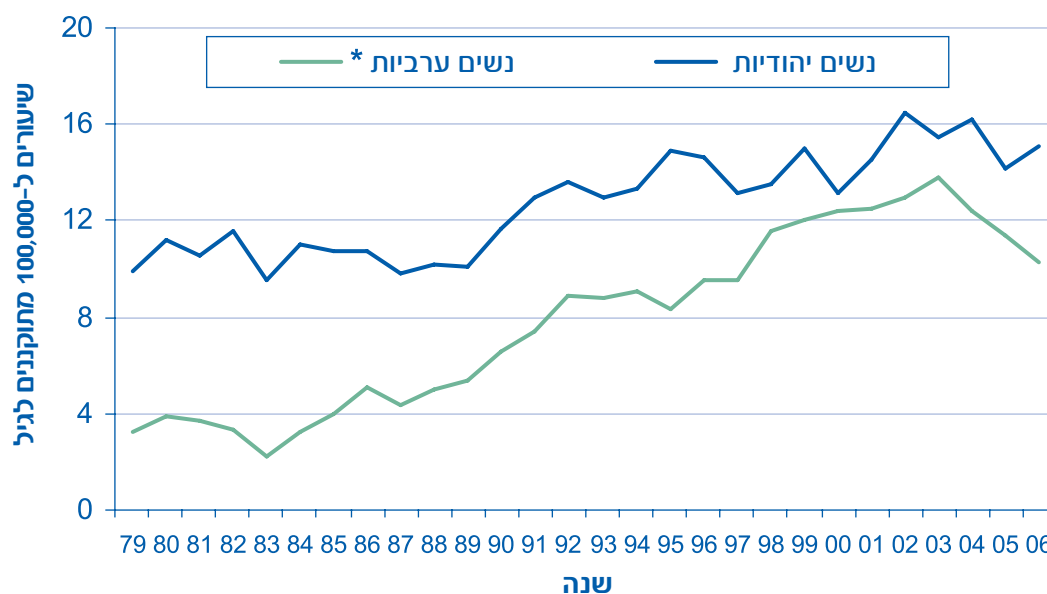


3.2 מגמות בהיארעות סרטן גוף הרחם לפי קבוצת אוכלוסייה

ב-27 השנים האחרונות ניכרת עלייה מתמדת בשיעורי ההיארעות של סרטן גוף הרחם, גם בנשים יהודיות וגם בנשים ערביות⁽¹⁾, כאשר העלייה בהיארעות בנשים ערביות תלולה יותר: בערביות, שיעור ההיארעות של סרטן גוף הרחם בשנת 2006 (10.6 מקרים ל-100,000) היה גבוה פי 3.3 מהשיעור בשנת 1979 (3.2 מקרים ל-100,000); ביהודיות, שיעור ההיארעות של סרטן גוף הרחם בשנת 2006 (15.1 מקרים ל-100,000) היה גבוה פי 1.5 מהשיעור בשנת 1979 (9.9 מקרים ל-100,000). הפער בין נשים יהודיות וערביות הלך והצטמצם עם השנים. עם זאת יש לציין כי בשנים 2006-2005 נצפתה ירידה מסוימת בהיארעות בנשים ערביות (תרשים 11)⁽¹⁾.

תחלואה ותמותה ממחלות סרטן נבחרות

תרשים 11: מגמות בהיארעות סרטן גוף הרחם לפי קבוצת אוכלוסייה, 1979-2006⁽¹⁾: שיעורים ל-100,000 מתוקננים לגיל

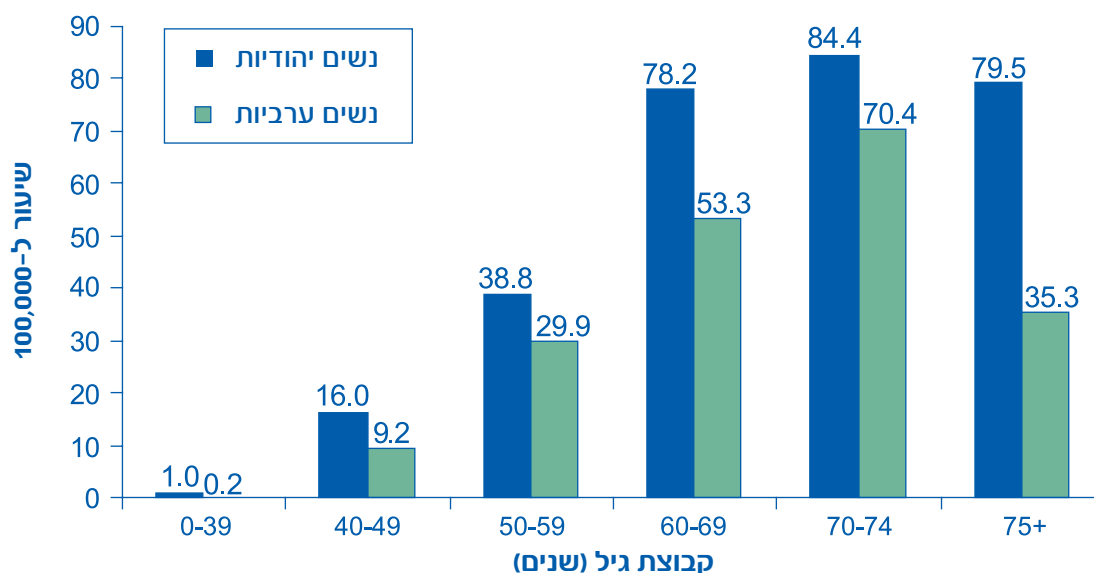


3.3 היארעות סרטן גוף הרחם לפי גיל וקבוצת אוכלוסייה

בתרשים 12 מוצגים שיעורי ההיארעות של סרטן גוף הרחם לפי גיל ולפי קבוצת אוכלוסייה⁽¹⁾. בכל קבוצות הגיל, שיעורי ההיארעות של סרטן גוף הרחם גבוהים יותר בקרב נשים יהודיות בהשוואה לנשים ערביות, כאשר המגמות בהיארעות דומות בשתי קבוצות האוכלוסייה. גם בנשים יהודיות וגם בנשים ערביות, שיעורי ההיארעות הנמוכים ביותר נצפו בבנות 0-39 שנים (1.0 ו-0.2 מקרים ל-100,000, בהתאמה). לאחר מכן, ניכרת עלייה מתמדת של שיעורי ההיארעות עם הגיל, עד לשיעורי היארעות מרביים בקבוצת הגיל 70-74 שנים (84.4 ל-100,000 ביהודיות, ו-70.4 בערביות). בקבוצת הגיל המבוגרת ביותר, 75 שנים ומעלה, נצפית ירידה בהיארעות בנשים יהודיות ובנשים ערביות כאחד: 79.5 מקרים ל-100,000 בנשים יהודיות ו-35.3 מקרים ל-100,000 בנשים ערביות. בקבוצה זו, השיעור היה גבוה פי 2.3 ביהודיות בהשוואה לערביות (תרשים 12)⁽¹⁾.

תחלואה ותמותה ממחלות סרטן נבחרות

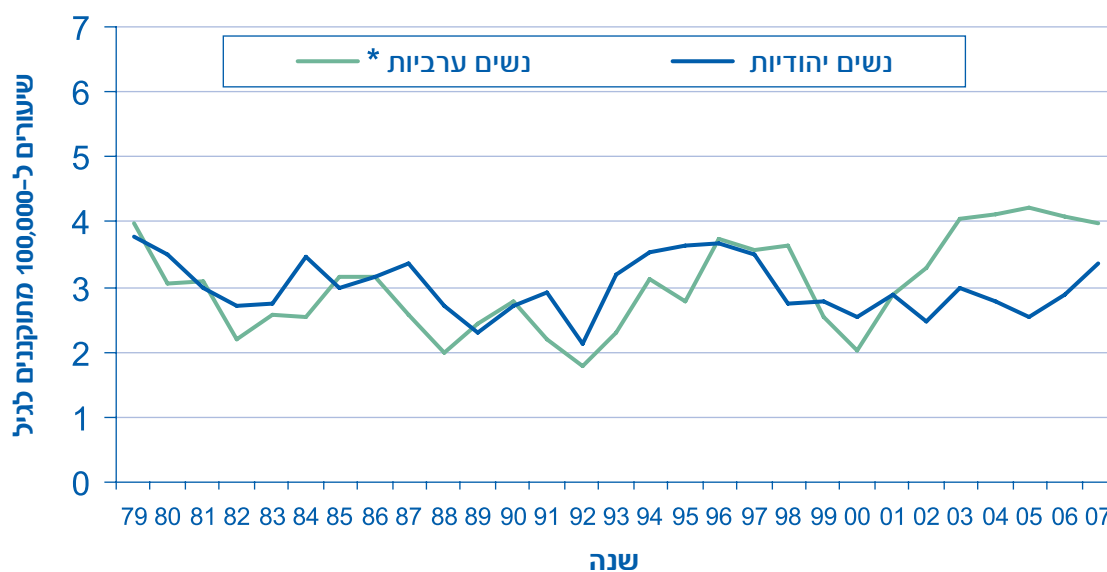
תרשים 12: היארעות סרטן גוף הרחם לפי גיל וקבוצת אוכלוסייה, 2006⁽¹⁾: שיעורים ל-100,000



3.4 מגמות בתמותה מסרטן גוף הרחם לפי קבוצת אוכלוסייה

שיעורי התמותה מסרטן גוף הרחם בנשים יהודיות ובנשים ערביות היו דומים ונעו סביב ערך ממוצע של 3.0 ל-100,000 עד לתחילת שנות ה-2000⁽¹⁾. משנת 2000 ואילך נצפתה עלייה מסוימת בקרב נשים ערביות ושיעורי התמותה הינם גבוהים במעט בהשוואה לשיעורים בנשים יהודיות (תרשים 13)⁽²⁾.

תרשים 13: מגמות בתמותה מסרטן גוף הרחם לפי קבוצת אוכלוסייה, 1979-2007⁽²⁾: שיעורים ל-100,000 מתוקננים לגיל



* ממוצע נע לשלוש שנים.

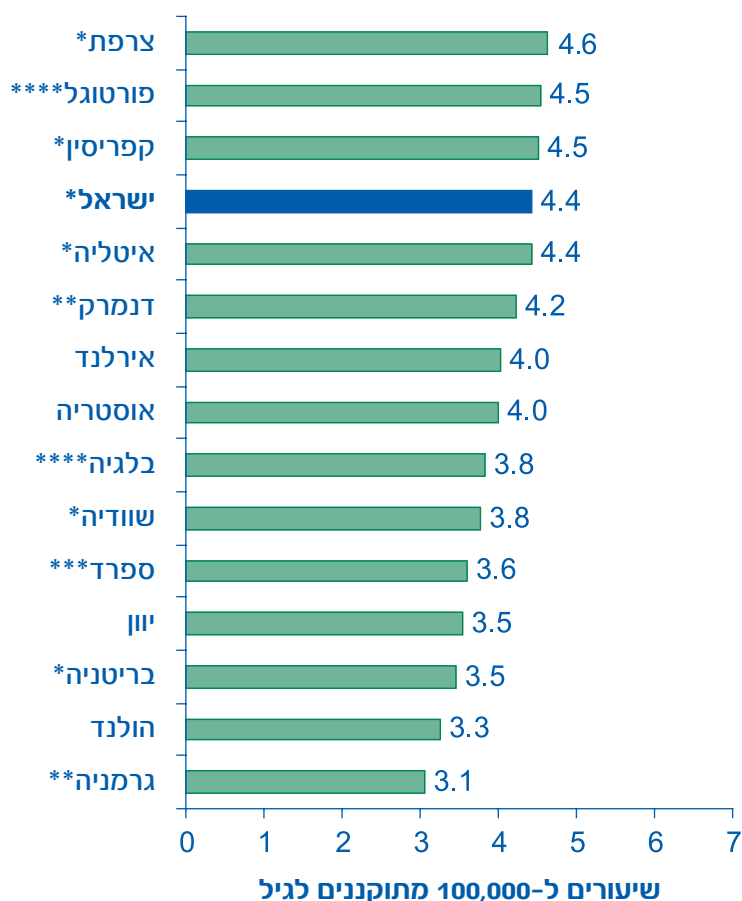
תחלואה ותמותה ממחלות סרטן נבחרות

3.5 תמותה מסרטן גוף הרחם: השוואה בין-לאומית

בתרשים 14 מוצגים שיעורי התמותה מסרטן גוף הרחם בישראל ובמדינות נבחרות מהאיחוד האירופי, בשנים העדכניות ביותר עבורן היו נתונים⁽³⁾. בהשוואה למדינות אירופה, שיעור התמותה מסרטן גוף הרחם בישראל הינו גבוה יחסית. במקום הראשון, עם שיעור התמותה הגבוה ביותר (4.6 פטירות ל-100,000) נמצאת צרפת, ולאחריה פורטוגל וקפריסין (4.5 פטירות ל-100,000, כל אחת). במקום השלישי נמצאת ישראל (יחד עם איטליה), עם שיעור של 4.4 פטירות ל-100,000 (תרשים 14)⁽³⁾.

תרשים 14: תמותה מסרטן גוף הרחם בישראל ובמדינות נבחרות מהאיחוד האירופי, 2008⁽³⁾: שיעורים

ל-100,000 מתוקננים לגיל*



שיעורים ל-100,000 מתוקננים לגיל

שיעורים מתוקננים לאוכלוסיית אירופה.

* נתונים משנת 2007, השנה העדכנית ביותר בה היו נתונים עבור מדינה זו.

** נתונים משנת 2006, השנה העדכנית ביותר בה היו נתונים עבור מדינה זו.

*** נתונים משנת 2005, השנה העדכנית ביותר בה היו נתונים עבור מדינה זו.

**** נתונים משנת 2004, השנה העדכנית ביותר בה היו נתונים עבור מדינה זו.

תחלואה ותמותה ממחלות סרטן נבחרות

4. ביבליוגרפיה

1. רישום הסרטן הלאומי, 2006, משרד הבריאות.
2. הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. קובץ סיבות המוות, 2007.
3. European Health for All database (HFA-DB). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, (2010) (<http://data.euro.who.int/hfadb/>).

המלצות תת-הוועדה בנושא הפחתת השימוש במוצרי טבק

רקע

בנספח זה יוצגו עיקרי ההמלצות של תת-הוועדה בנושא הפחתת השימוש בעישון במוצרי טבק, שפועלת כחלק מהיוזמה הלאומית "לעתיד בריא 2020", המונהגת ע"י משרד הבריאות.

1. מיסוי של מוצרי טבק ושימוש באמצעים כלכליים

העלאת המיסוי על כל מוצרי הטבק למיניהם (ייבוא ותוצרת הארץ).

2. חקיקה

- איסור מוחלט על עישון במקומות ציבוריים, כולל כל מקומות העבודה.
- סימון אריזות מוצרי טבק עם אזהרות גרפיות גדולות והוספת מידע על גמילה.
- איסור על פרסומת למוצרי טבק ומתן חסויות, כולל איסור על הצגת מוצרי הטבק בנקודות המכירה, יחד עם חובת הצגת כרזה צבעונית להסברת נזקי העישון (ראה גם בסעיף שימוש באמצעי תקשורת המוניים).
- חובת גילוי מלא של מרכיבים וחומרים שנוצרים בעת הבעירה של מוצרי טבק ומתן מידע לגבי השפעות רעילות.
- חובת בדיקה של מוצרי טבק על ידי הרשויות, במימון היצרן, לאחר גיבוש המלצות במסגרת האמנה.
- איסור על ארגונים אקדמיים לקבל חסויות ומענקי מחקר מחברות טבק.

3. הגבלת מכירת מוצרי טבק

- איסור מכירת מוצרי טבק ממכונות אוטומטיות.
- איסור מכירת מוצרי טבק באמצעות האינטרנט ובחנויות הפטורות ממס, ובכל דרך אחרת שאינה מותנית בתשלום מס מלא.

4. מניעת החשיפה לעשן הטבק

- איסור עישון בכלי רכב כאשר נוסעים בהם קטינים.
- איסור עישון במקומות פתוחים מיוחדים כגון בריכות שחיה, תחנות אוטובוס ורכבת, וחופי רחצה.

5. אכיפה

אכיפה יעילה של כל חקיקה הקשורה לעישון ולמוצרי טבק (כגון: מניעת עישון סביבתי, איסור מכירה לקטינים הגבלות על פרסומת, סימון אזהרות, ומניעת סחר בלתי חוקי).

המלצות תת-הוועדה בנושא הפחתת השימוש במוצרי טבק

6. עידוד וסיוע לגמילה מעישון

- הכנסת טיפולים תרופתיים ולא תרופתיים המוכחים כיעילים בגמילה מעישון לסל הבריאות.
- בדיקת סטטוס העישון של כל המטופלים על ידי הרופא או אנשי צוות בריאות נוספים, ורישום בתיק הרפואי.
- ייעוץ קצר על ידי הרופא או האחות המטפלים או על ידי אנשי הצוות הרפואי.
- מתן טיפול תרופתי ליעול הגמילה בעזרת הרופא ועם מרשם, ו/או תחליפי ניקוטין (NRT) ללא מרשם.
- קו ייעוץ טלפוני לתמיכה בתהליך הגמילה מעישון.
- סדנאות קבוצתיות לגמילה מעישון.
- ייעוץ אישי לגמילה על ידי איש מקצוע בעל הכשרה בנושא מדעי ההתנהגות.
- פיתוח והפצת חומרים ומידע לעזרה עצמית.
- ייעוץ לגמילה מעישון עבור נשים הרות.
- התערבויות לגמילה מעישון עבור הפרט במקום העבודה (התערבויות אלה נמצאו יעילות כבמקומות אחרים כאשר כווננו לרמת הפרט אך לא כאשר כווננו לכלל העובדים).
- הכשרת צוותים רפואיים בנושא התערבות קצרה לגמילה מעישון.
- הקמת מערכת מידע וייעוץ לגמילה מעישון באינטרנט.
- תוכניות בית ספריות לגמילה מעישון.

7. שימוש באמצעי תקשורת המוניים

- שילוב אמצעי תקשורת המוניים בהתערבויות כוללניות.
- הפחתת הצגת אנשים מעשנים (בעיקר סיגריות) בסרטים, בטלוויזיה ובתיאטרון.
- צמצום פרסום תמונות של ידוענים (למשל זמרים/שחקנים/פוליטיקאים וכו') מעשנים.
- שינוי התדמית התקשורתית של המעשן.
- הגברת הבנתו של הציבור על תפקיד אמצעי התקשורת ההמוניים בעיצוב דמות המעשן.

8. התערבויות בקהילה

- תוכניות אינטנסיביות להורים ומורים להגן על הילדים מחשיפה לעישון סביבתי.
- יישום מדיניות "בתי ספר נקיים מעישון".
- תוכניות בית ספריות למניעת עישון.
- יישום מדיניות צה"ל "צבא נקי מעישון", תוכניות למניעת העישון בקרב חיילים.

המלצות תת-הוועדה בנושא הפחתת השימוש במוצרי טבק

9. ניטור

- הימצאות השימוש במוצרי טבק באוכלוסייה.
- ידע עמדות וגישות כלפי השימוש במוצרי טבק, כפי שמומלץ על ידי ארגון הבריאות העולמי.
- החשיפה לעשן סביל (על ידי דיווח עצמי).
- החשיפה לעשן (בעזרת בדיקות ביוכימיות).
- תהליך קביעת המדיניות הממשלתית למיגור נגע העישון, יישומה ותוצאותיה.
- ההכנסות הממשלתיות ממכירת מוצרי טבק.
- ההכנסות הממשלתיות וההוצאות הממשלתיות ושל קופות החולים כתוצאה מהשימוש בטבק.
- פעולות חברות הטבק לקידום מכירות מוצריהם.
- אפיון מוצרי טבק (כמות הניקוטין ומרכיבים אחרים).

10. מחקר

- איתור התערבויות מוצלחות למניעת השימוש במוצרי טבק, לגמילת המשתמשים בהם, ולמניעת החשיפה לעישון סביל (יש להדגיש מחקר במקומות העבודה ושימוש בשיטות שיווק חברתי).
- ההשפעה הבריאותית של השימוש במוצרי טבק וחשיפה לעישון.
- חקר ההשפעות הכלכליות של השימוש בטבק.

11. המלצה מערכתית למימוש התוכנית

הקמת גוף מרכזי בעל סמכויות ומשאבים הולמים לפעולתו.

12. ביבליוגרפיה

יעדים, אסטרטגיות והתערבויות לאומיים להפחתת השימוש במוצרי טבק והחשיפה לעישון סביל. דוח של תת-הוועדה בנושא הפחתת השימוש במוצרי טבק, מארס 2009.

המרכז הלאומי לבקרת מחלות (ICDC)
בניין מכון גרטנר, המרכז הרפואי ע"ש שיבא, תל-השומר 52621
טל. 03-7371500, פקס. 03-5349881
דוא"ל: icdc@icdc.health.gov.il
אתר אינטרנט: www.health.gov.il/icdc

