

## הנחיות מניעתיות: גיל 20-39

### הקדמה

קבוצת גיל זו מתאפיינת בישראל במעבר ממסגרות מחייבות כגון השירות הצבאי למסגרות אחרות המעצבות את המשך החיים, כולל נישואין, לימודים ועבודה. נדיר יחסית בפרק זה בחיים לחלות במחלות כרוניות כמו יתר לחץ דם, סוכרת, מחלות לב ומרבית סוגי הסרטן (פרט למלנומה ולוקמיה). לעומת זאת, תאונות דרכים, דכאון והתאבדויות, אלימות בין בני הזוג, נדודי שינה ומתח ושחיקה בעבודה שכיחים יחסית.

זה הגיל לסגל אורחות חיים בריאים כמו תזונה מאוזנת ופעילות גופנית תדירה. יחד, הם יסייעו למנוע השמנה ופגיעה במערכות גוף חיוניות רבות. קביעה זו נכונה במיוחד עבור אלו העוברים שינויי החיים כגון נישואין והריון, הטומנים בחובם סכנה להשמנה וליושבנות. רצוי להפסיק הרגלים מזיקים כמו עישון ושתייה מופרזת של משקאות אלכוהוליים השכיחים יחסית בתקופה זו. חשוב להגן על העור מפני חשיפה ממושכת לקרני השמש כדי למנוע סרטן ונגעי עור אחרים בעתיד. כדי למנוע תאונות דרכים, נדרשת משנה זהירות וחדות חושים בנהיגה, בעת ביצוע העבודה ואף בפעילות פנאי. הואיל והמחויבויות בבית ובעבודה עלולות לקפח שעות שינה העלולות לפגוע בערנות הנדרשת, חשוב הקפיד על שנת לילה טובה, המטיבה עם הבריאות, הבטיחות, התפקוד בעבודה והחיונית ליחסים בין-אישיים תקינים. מתגבשות התערבויות ממוקדות למתח ושחיקה בעבודה כגון קשיבות (mindfulness), אך אלו טרם הבשילו או נחקרו דיין כדי להמליץ עליהם כיום.

### הנחיות

#### **שימור משקל גוף תקין**

**רקע:** חשוב לנקוט גישה רב-גורמית (multi-factorial) כדי לשמר את משקל הגוף.  
**א. אכילה בריאה:**

1. **ידיעת הרכב המזון:** כדי להתאים את צריכת המזון להוצאה האנרגטית, חשוב לקרוא את התוויות שעל אריזות המזון ולבחור את המזון עם מספר הקלוריות למנה המתאים לצרכים שלכם.
2. **בחירת סוג המזון:** כדי למנוע עליה במשקל, חשוב לווסת את קצב שחרור הסוכר מהמזון וכן לאכול מזון היוצר שובע, מבלי שתידרש אכילה של כמות רבה של קלוריות. אי לכך, התפתחו מספר משטרי אכילה שכל אחד מאופיין בחוזקה אחרת: אכילת פחמימות מורכבות (כגון פסטה או לחם מקמח מלא) ומזון בעל מדד גליקמי נמוך (כגון מרבית הירקות ואגוזים) הם פתרונות טובים<sup>i</sup>, אך יש אנשים שמתקשים לשמור על משקל הגוף כשאחוז ניכר מהתפריט שלהם הוא פחמימתי. לכן יש אנשים שיעדיפו דיאטות עתירות חלבון או שומן (כמו דיאטת Atkins<sup>ii</sup>). ראה פרטים נוספים על הרכב התזונה בסעיף 3 להלן.
3. **בחירת שתייה דלת-קלוריות:** רצוי לשתות מים או סודה.

4. **אכילה בקצב נינוח** : מערכת המשוב אכילה-שביעה, דורשת זמן עד שחלה תחושת שביעה מהאכילה. אי לכך, חשוב להאט את קצב האכילה<sup>iii</sup>.
5. **אכילה קשובה** : אכילה המלווה פעולה אחרת (למשל, צפייה בטלוויזיה או משחק ספורט) או אכילה מסיבות פרט לרעב (למשל, כדי לעודד את מצב הרוח) היא מתכון לצריכת קלוריות מעל לרצוי. חשוב להיות מודע/קשוב לפעולת האכילה.
6. **אכילת מנות בגודל סביר** : לאור התפיחה של גודל מנות המזון הנמכרות בעשורים האחרונים, והטבע האנושי לרוקן את צלחתנו, רצוי להקפיד על נטילת מנות בגודל סביר ולהצטייד בכלים עם נפח/שטח מצומצם יחסית. להלן דוגמאות לגדלי מנה טיפוסיים : דגן בוקר : כאגרופ, פסטה או אורז ; כחצי כדור טניס ומנת בשר בקר או עוף : בגודל חפיסת קלפים.
7. **צמצום התיאבון** : כדי למנוע אכילת כמות קלוריות מעבר לרצוי בארוחה, רצוי לפתוח ארוחות בשתייה לא ממותקת, מרק צח וסלטי ירקות טריים שימלאו את הבטן באוכל לפני הארוחה.
8. **הקטנת הגירוי לאכול** : בבית, רצוי לאמץ גישת "רחוק מן העין-רחוק מהלב". חשוב לאחסן מזון עתיר-קלוריות מחוץ לטווח הראיה (למשל, לא להשאיר עוגה מחוץ למקרר (או מקום אחסון מתאים אחר)). כשיוצאים לאכול במסעדה, רצוי לאמץ מספר עצות מניעתיות : לאכול כמות מסוימת של מזון דל-קלורי בבית לפני היציאה כדי להקחות את התיאבון ; להימנע משתיית משקאות אלכוהוליים לפני הארוחה כדי לא להגביר את התיאבון ; לעיין בתפריט ולבחור את המנות שתמצו להזמין לפני ההגעה למסעדה כשאינכם רעבים ולחוצים בזמן ; לשקול היטב אם הנכם באמת רוצים להזמין מנה אחרונה, ואם כן, להעדיף מנה על בסיס פירות או להתחלק במנה המוזמנת עם אחרים.
- ב. **ביצוע פעילות גופנית** : אין די בשמירת הרגלי אכילה נבונים כדי לשמר משקל גוף תקין. נדרשת גם ביצוע פעילות גופנית אירובית וכן פעילות בונה כוח באופן תדיר. זו האחרונה מסייעת בבניית המסה השרירית הנדרשת כדי לשרוף די קלוריות גם כשהגוף אינו פעיל (למשל, בשינה או במנוחה) או בעת פעילות קלה בלבד (למשל, בעת עבודה משרדית).
- ג. **שינה מספקת** : כשאיננו ישנים מספיק מתערערים מספר מנגנונים החשובים לשמירה על משקל הגוף : הורמון התיאבון (ghrelin) גובר יחסית על הורמון השובע (leptin), כוח הרצון פוחת כשישנוניים ולכן אוכלים מזון "מפתה"/פחות. כמו כן, איננו מצליחים להתגבר על ה"תנע" (inertia) וליזום פעילות גופנית.
- ד. **יצירת מודעות למשקל הגוף האמיתי** : משקל הגוף משתנה לאורך השבוע בהתאם לתזונה, רמת הפעילות הגופנית וגורמים נוספים. עם זאת, הגוף כן ניחן ביכולת לשמור על משקל קבוע, כל עוד איננו משנים את התנהגותנו בצורה ניכרת, למשל, ע"י צריכת קלורית ניכרת מבלי להוציא כמות מקבילה במסגרת הפעילות שלנו. אלא שאירועי החיים הכוללים שמחות, יציאות למסעדות ואכילה מוגברת מסיבות אחרות, עלולים ליצור מגמת עליה במשקל שהיא בעייתית, אם לא תיעצר מבעוד מועד. כדי למנוע או

לפחות למזער תופעות אלו, חשוב לנטר את משקל הגוף בצורה קבועה. רצוי להישקל מדי שבוע ביום קבוע באמצע השבוע ובשעה קבועה. כדי למנוע התפתחות השמנה מרכזית והתסמונת המטבולית בעקבותיה, רצוי למדוד את היקף הבטן במטופלים עם משקל-יתר (25-29.9). היקף בטן  $\leq 94$  ס"מ בגברים או  $\leq 80$  ס"מ בנשים נחשב כמוגבר<sup>viv</sup>. הנחיות למדידת היקף הבטן מצויים בקישור הבא:

<https://www.cdc.gov/healthyweight/assessing/index.html>

### התמודדות עם היקף בטן מוגבר/משקל-יתר/השמנת-יתר

**רקע:** כל ההמלצות שצוינו בסעיף הקודם כמועילים לשמר משקל גוף תקין הן בוודאי תקפים גם כשרוצים לרדת במשקל, אך חשוב שהצוות הרפואי ינקוט גם במספר פעולות נוספות כדי לסייע למטופלים להצליח במשימה המורכבת של ירידה במשקל, ועוד יותר, בשימור ההישגים הללו:

- א. גישה: רצוי לבחון את המוכנות המטופל לרדת במשקל ולהיעזר בשיטת הריאיון ההניעתי (motivational interviewing) כדי לגבש, יחד עם המטופל, את ההחלטה על ביצוע שינוי באורח החיים. בהתאם לזמן הפנוי, אפשר להסתפק בייעוץ קצר ולהפנות את המטופל להמשך ייעוץ ממושך כפי שמתואר להלן. אפשר לייעץ/להדריך באופן יחידני, בקבוצות, בשילוב שתי הגישות וכן באמצעים טכנולוגיים כמו טלפון חכם או אתר מרשתת ייעודי.
- ב. יעד: בשלב ראשון, רצוי לכוון ליעד צנוע, בר-השגה ומשמעותי מבחינה בריאותית: הפחתת משקל בהיקף 5-10% ממשקל הגוף. אם מדובר במטופל עם עליה ניכרת במשקל הגוף, ולבטח אם השמנת-היתר המלווה במחלות כרוניות כמו סוכרת או יתר לחץ דם, רצוי לשאוף לירידה גדולה יותר במשקל הגוף בהמשך.
- ג. עצימות הייעוץ: התערבויות מוצלחות אופיינו בעיקר בייעוץ נמרץ (intensive counseling)<sup>vi</sup>. הכוונה ל-12 מפגשי ייעוץ אישיים או יותר עם גורם מקצועי כמו תזונאי לאורך שנה. כללו גם ניטור אישי של משקל הגוף וכן מתן כלים כדי לעודד ירידה או שמירה על משקל הגוף. ייעוץ קבוצתי או אישי-קבוצתי, בדרך כלל, היה כרוך במספר גדול יותר של מפגשים לאורך שנה. ככלל, הרופא הראשוני העביר ייעוץ התנהגותי קצר ונעזר בעיקר באנשי מקצוע אחרים<sup>vii</sup>.
- ד. שיטות:

1. ברריות (דיאטות):

- a. אספקת תחליפי ארוחות עם תמיכה מקצועית (meal replacement with support)<sup>viii</sup>
  - b. שילוב יעד קלורי/צמצום קלוריות מוגדר, התערבות קבוצתית, תמיכה התנהגותית מלווה בתכנית לפעילות גופנית<sup>ix</sup> ושינה בריאה<sup>x</sup>. מלבד לפעילות הגופנית, המרכיבים הללו מאפיינים תכניות כמו "שומרי משקל" (Weight Watchers)<sup>xi</sup>.
2. טיפול תרופתי: ארבע תרופות הרזייה רשומות בישראל: שלוש לנטילה בפה- Orlistat (קסניקל), Phentermine (רזין) ואחת בהזרקה- Liraglutide (סאקסנדה).

תרופות נוספות אושרו בחו"ל (כדוגמת ה-Contrave (Naloxone-Bupropion), או Qsymia (שילוב ה-Phentermine יחד עם Topiramate. שילוב תרופות הרזייה יחד עם התערבויות התנהגותיות אמנם הצליח לתרום להפחתה נוספת של משקל המטופלים לאורך 12-18 חודשים, אך פערים בבסיס הראיות של ההתערבות התרופתית, מקשים על היכולת להמליץ על שימושם<sup>xiii</sup>.

3. שמירה על קשר פנים-אל-פנים עם גורם מקצועי לפחות פעם בחודש<sup>xiii</sup>
- ה. שמירת ההישגים: קשה למנוע עליה מחדש של הקילוגרמים שהושלו באמצעים הנ"ל. ככלל, כ-20% מיורדי המשקל מצליחים לשמר את ההישגים. העצות הבאות אפיינו את אלו שהצליחו במשימה:
  1. צריכת ברות דלת-קלוריות
  2. ניטור קבוע של המשקל
  3. ביצוע לפחות 60 דקות של פעילות גופנית ביממה
  4. שמירה על דפוס אכילה קבוע לאורך כל השבוע<sup>xiv</sup>

#### הרכב התזונה

- א. סוג חלבון: יש להעדיף חלבון בהתאם לעקרונות הברות הים-תיכונית. יש להתבסס על צריכה יומית של חלבון מהצומח כגון קטניות ודגנים מלאים, יחד עם צריכה של דגים לפחות פעמיים בשבוע (ובמיוחד דגי-ים שמנים כגון טונה, אילתית (סלמון), הרינג וכדו') וכשתי מנות בשבוע של בשר עוף או הודו, בצים או מוצרי חלב דל-שומן. כמות מוגבלת של אגוזים גם מומלצת. רצוי להמעיט בצריכת בשר אדום (כגון בשר בקר או כבש). במיוחד יש להמעיט בבשר מעובד כגון נקניק, נקניקיות, שניצלונים מעובדים וכדו'.
- ב. פירות וירקות: הכמות היומית המומלצת של ירקות ופירות גבוה יותר בגברים לעומת נשים. היא גם תלויה בגיל וברמת הפעילות הגופנית היומית. ככלל, רצוי לצרוך לפחות שלוש מנות ירק ושתי מנות פירות ביום. הטבלה הבאה מפרטת בנושא:

גברים			
ירקות	פירות	גיל	רמת פ"ג יומית
3	2	20-39	> 30 דקות
3.5	2	20-30	30-60 דקות
3	2	31-39	
4	2.5	20-30	+60 דקות
3.5	2.5	31-39	

נשים			
רמת פ"ג יומית	גיל	פירות	ירקות
30 > דקות	20-30	2	2.5
	31-39	1.5	2.5
30-60 דקות	20-39	2	2.5
60+ דקות	20-39	2	3

- ג. סיבים תזונתיים: אלו מצויים במיוחד בירקות, קטניות ודגנים מלאים. הצריכה היומית המומלצת לגברים היא 38 גרם/יום, ולנשים, 25 גרם ליום.
- ד. ויטמינים ומינרלים: אין המלצה לצרוך ויטמינים לכשעצמן (פרט לנשים בהיריון, כפי שיפורט בהמשך), אלא לאכול תפריט מגוון, העשיר בחומרים הללו.
- ה. הכנת מזון: יש להעדיף הכנת מזון באמצעות אידוי, אפייה ובישול (לעומת טיגון וצלייה).
- ו. סוכר: רצוי להמעיט בשתייה ובמזון ממותקים.
- ז. קפאין: יש יתרונות בריאותיים מסוימים לצריכה מתונה של קפה. אין לצרוך מעל 400 מ"ג קפאין ליום. לנשים הרות מומלץ עד 200 מ"ג ליום, לכל היותר<sup>xv</sup>.

### פעילות גופנית

- א. היקף מומלץ
- a. פעילות אירובית: יש לשאוף לבצע 150 דקות פעילות גופנית בעצימות בינונית (כזו המעלה את הדופק והגורמת להזעה כגון הליכה מהירה, עבודת גינות או ריקוד), 75 דקות של פעילות בעצימות גבוהה (כזו זו המעלה את הדופק וכן את קצב הנשימה באופן בולט כגון ריצה, שחיה מהירה או התעמלות אירובית), או שילוב ביניהן. אפשר להגיע למשכים המומלצים על ידי צירוף מספר רצפים של פעילות במהלך השבוע. אם היעד הוא הפחתת משקל, מומלץ להיות פעילים במשך לפחות כ-300 דקות בשבוע<sup>xvi</sup>.
- b. פעילות בונה כוח: יש לשאוף לבצע לפחות שני משכים של פעילות מדי שבוע. בכל אחד מהמשכים, מומלץ לבצע לפחות מערכה (set) אחת (ואם אפשר, 2-3 מערכות) המפעילה את קבוצות השרירים המרכזיות בגוף. רצוי לבצע 8-12 חזרות על כל תרגיל בכל מערכה<sup>xv</sup>.
- ב. ייעוץ לעידוד ביצוע הפעילות: התועלת בייעוץ לביצוע פעילות גופנית היא קטנה ונתונה לשיקול הדעת של הרופא. עם זאת, כן מומלץ לעודד אנשים עם גורמי סיכון הלבביים הבאים לבצע פעילות: בעלי BMI  $\geq 25$  עם לפחות גורם סיכון אחד נוסף (כגון יתר לחץ דם, רמה מוגברת של סוכר בצום או התסמונת המטבולית). רצוי להקדיש בין 16-5 מפגשים לאורך 12-9 חודשים<sup>xviii,xvii</sup>.

### שינה

- א. התנהגות מומלצת: רצוי לישון בין 7-8 שעות בלילה, ובכל מקרה, לא להפחית מ-6 שעות מדי לילה. אם המטופל ישנוני, רצוי שייזום תנומה של עד 20 דקות כדי להתרענן במהלך היום (אך לא בשעות הקרובות לשעת השינה, כדי לא לקפח את שנת הלילה). אם לא מצליחים להירדם תוך כ-15 דקות, רצוי לקום מהמיטה ולעסוק בפעילות כלשהו המרגיעה או הגורמת לישנוניות לפני שחוזרים למיטה. פרטים נוספים מצויים בנספח הייעודי בנושא בהמשך חוברת זו.

ב. בדיקות סיקור וייעוץ: אין מקום לתשאל כל מטופל לגבי היקף ואיכות השינה, ישנוניות ופגיעה בתפקוד, אך חשוב לגלות חשד קליני במטופלים העובדים בתחומים בהם בעיות אלה עלולות לייצר סיכון בטיחותי כמו הנהגים בתחבורה הציבורית, מובילי חומרים מסוכנים או עובדי משמרות. לאור המועדות לסבול מדום נשימה בשינה, השלכותיה הבריאותיות, והאפשרות למנוע/למזער השלכותיה הבריאותיות, גם ראוי לתשאל מטופלים בעלי השמנת-יתר או צוואר בעל היקף מעל 43 ס"מ בגברים או 40 ס"מ בנשים לגבי תסמינים של תסמונת זו בשנתם.

## עישון

רקע: כ-30% מהמעשנים בישראל החלו לעשן מגיל 20 ומעלה<sup>xix</sup>. הוא נפוץ מאד בקרב גברים ערביים: אחוז המעשנים גבוה בכ-50% יותר מגברים יהודים. בקרב הנשים המצב הפוך: אחוז המעשנות בקרב הנשים היהודיות גבוה בכ-50% מזה שבנשים הערביות (אך בהיקפים נמוכים מהגברים)<sup>xx</sup>.

בדיקות סיקור וייעוץ: על הרופא לתשאל את המטופל אם הוא מעשן, ואם כן, אם הוא מעוניין להיגמל מעישון. יש לחזור על התשאל כל ביקור ולהציע למעשן סיוע בגמילה וכן כיצד להימנע מעישון כפוי. למעשנים מומלץ להעביר אפילו ייעוץ קצר (פחות מ-3 דקות) תוך שימוש בשיטת חמשת ה-A's או ה"ה"יים (ראו פרטים בנספח בנושא יישום ברמת המרפאה הראשונית בהמשך חוברת זו). אפשר להציע טיפול תרופתי עם מגוון תרופות גמילה (varenicline, bupropion, nicotine replacement therapy (NRT)) וכן להזמין להשתתף בסדנאות ייעוץ התנהגותי הממומנים בסל התרופות. שילוב שני ערוצי הטיפול מומלץ, אך אינו הכרחי. חלק מהקופות מפעיל קו ייעוץ טלפוני, ומשרד הבריאות הינו לקראת הפעלת קו משלו. ייעוץ נמרץ יותר (יותר מפגשים או משך ייעוץ ממושך יותר (עד גבול של 90 דקות) מועיל יותר לגמילה. גם מומלץ לתת מידע כתוב/מקוון ה"תפור" לצרכי המטופל.

## אלכוהול

א. התנהגות מומלצת: שתיית של יותר ממשקה אחד ביום בנשים או שני משקאות ביום בגברים מוגדר כשתייה מרובה. שתיית ארבע או יותר משקאות באירוע אחד ע"י נשים או חמישה ויותר ע"י גברים מוגדרת כשתיית בולמוס.

ב. בדיקות סיקור וייעוץ: לאור השכיחות היחסית נמוכה של שתייה מסוכנת בישראל, אין הנחייה לתשאל את כלל המטופלים. אך לאור החשיבות למנוע הפרעות על קשת תסמונת האלכוהול העוברית (Fetal Alcohol Spectrum Disorder), חשוב לתשאל נשים המתכננות הריון/הרות לגבי הרגלי שתיית אלכוהול שלהן. מוצע להיעזר באחד משני השאלונים הבאים:

1. Single Alcohol Screening Question (SASQ): שאלון הכולל שאלה בודדת על שתיית בולמוס: כמה פעמים בשנה החולפת שתית באותו יום 5 משקאות (גברים) או 4

משקאות (נשים). מופיע כשאלה הראשונה בקישור הבא :

<https://www.healthit.gov/isa/uscdi-data/single-item-alcohol-screening-question>

2. שאלון ה-AUDIT-C . כולל את השאלה הנ"ל על שתיית בולמוס וכן שתי שאלות לגבי תדירות וכמות השתייה. מילוי השאלון אורך 1-2 דקות. ראה שאלות 1-3 בשאלון בקישור הנ"ל. אם אכן עולה חשד לשימוש מופרז באלכוהול, מומלץ להעביר שאלון AUDIT המלא בן 10 השאלות כדי לאפיין טוב יותר את הרגלי השתייה. באמצעותו גם אפשר לברר אם קיימת התמכרות ופגיעה תפקודית המשויכת לשימוש מופרז באלכוהול. השאלון מופיע בקישור דלעיל. תרגום לעברית מופיע בקישור הבא :

<https://auditscreen.org/cmsb/uploads/audit-hebrew.pdf>

יש לייעץ קצרות לשינוי התנהגותי (Short Behavioral Intervention). בין השיטות המומלצות בספרות, מוזכרת שיקוף למטופל כיצד התנהגותו חורגת מהנורמה (personalized normative feedback). תכנית ASSIST של ארגון הבריאות העולמי, המבוססת על עקרונות הריאיון ההניעתי (Motivational Interviewing) ושפותחה עבור רופאים ראשוניים, גם כן עשויה לתת כלים לאבחון וייעוץ שתייה מרובה, שימוש לרעה באלכוהול וכן ההתמכרות אליו.

[https://www.who.int/substance\\_abuse/activities/assist/en/](https://www.who.int/substance_abuse/activities/assist/en/)

אפשר גם לכוון את המטופל בעזרת מידע/ייעוץ מקוון, ככל חומרים אלו מצויים בארגונכם. אם מהשאלונים הנ"ל עולה חשש לתלות באלכוהול, יש להפנות את המטופל לטיפול גמילה.<sup>xxi</sup>

## הריון/זוגיות

### מניעת מומים מולדים והדבקת יילודים

- א. התנהגות מומלצת : הימנעות משתיית משקאות אלכוהוליים ומנטילת תרופת שאינן מורשות בהריון.
- ב. בדיקות סיקור וייעוץ : ביצוע בדיקות גנטיות למחלות שכיחות וחמורות כפי שמפורסם באתר המחלקה לגנטיקה קהילתית במשרד הבריאות. מומלץ לבצעם בעת תכנון ההריון.
- ג. חיסונים ותרופות מניעתיות :
  1. חיסונים : יש לברר את המצב החיסוני כנגד חצבת-חזרת-אדמת ואבעבועות רוח לפני הכניסה להריון. אם אין תיעוד קבלת שתי מנות חיסון כנגד חצבת-חזרת-אדמת וחיסון כנגד אבעבועות רוח, מומלץ להתחסן לפני הכניסה להריון. יש להתחסן כנגד צפדת-קרמת-שעלת (Tdap) בין השבועות 27-36. אפשר גם להתחסן לאחר השבוע ה-36, ובמקרים מיוחדים גם לפני השבוע ה-27.

## 2. תרופות :

- a. נשים בסיכון רגיל: נטילת 0.4 מ"ג/יום של חומצה פולית בגיל הפוריות לאלו המעוניינות להרות או המקיימות יחסי מין, אך אינן משתמשות באופן קבוע באמצעי מניעה יעילים. חשוב להדגיש חשיבות נטילת הוויטמין כ-2-3 חודשים לפני תחילת הניסיון להרות ולמשך שלשת החודשים הראשונים של ההיריון.
- b. נשים בסיכון גבוה\*: נטילת 0.4 מ"ג/יום של חומצה פולית מדי יום בגיל הפוריות. הדגיש חשיבות צריכת 5 מ"ג/יום החל מכ-2-3 חודשים לפני תחילת הניסיון להרות ולמשך שלושת החודשים הראשונים של ההיריון. נטילת 2 מק"ג/יום וויטמין B12 או ביצוע בדיקת הרמה שלו בדם.

הערה\*: הכוונה לנשים שילדו או הרו תינוק עם מום פתוח התעלה העצבית או שאירע כך לבני זוגם. גורמי סיכון נוספים כוללים השמנת-יתר, סוכרת (כולל טרום-הריונית), מחלות דלקתיות של המעיים (הפוגעות בספיגת חומצה פולית מהמעיים), שימוש מזיק באלכוהול, קבלת טיפול תרופתי נגד פרוכוסים, בליתיום או methotrexate.

### **מניעת אנמיה**

- א. התנהגות מומלצת: צריכת מזון העשיר בברזל מהחי ומהצומח יחד עם מזון העשיר בוויטמין C כמו פרי הדר, קיווי, עגבנייה, פלפל, מלון וכרוב כדי לסייע בספיגה של הברזל.
- ב. בדיקות סיקור וייעוץ: בדיקת רמת ההמוגלובין בדם במהלך ההיריון<sup>xxii</sup> ומיד לאחריו\*.
- ג. חיסונים ותרופות מניעתיות: נטילת תוסף ברזל של 30 מ"ג/יום החל מהחודש הרביעי של ההיריון ועד לסוף השבוע השישי שלאחר הלידה<sup>xxiii</sup>.
- הערה\*: בניגוד להמלצת כוח המשימה האמריקאי למניעה קלינית שהעניקו רק ציון "I" (ראיות בלתי מספיקות כדי להכריע) לגבי בדיקת רמת ההמוגלובין וכן לגבי מתן תוסף ברזל, הוחלט להמליץ על כך בישראל לאור העובדות הבאות המבדילות בין נשים בגיל הפוריות בישראל לעמיתיהן במדינות מערביות אחרות: שיעור פרייה גבוה, מרווח קצר יותר בין הריונות, היעדר העשרה של דגנים בברזל, היות בשר כשר עני יותר בברזל, ושיעור אנמיה מחוסר ברזל גבוה יותר בנשים צעירות בישראל מאשר בחו"ל.

### **מניעת סוכרת**

- א. התנהגות מומלצת: שמירה על עליה מתונה במשקל הגוף במהלך ההיריון (מותנה במשקל לפני ההיריון): BMI נמוך ( $\geq 18.4$ ): 12.5-18 ק"ג, BMI תקין (9.24-18.5): 11.5-16, משקל-יתר (9.25-29): 7-11.5 ק"ג, השמנת-יתר (30 ומעלה): 5-9 ק"ג<sup>xxiv</sup>.
- ב. בדיקות סיקור וייעוץ: יש לבצע בדיקת העמסת סוכר בין השבועות 24-28.



## **מניעת דיכאון בהריון ובתקופה הבתר-הריונית**

א. התנהגות מומלצת: פעילות גופנית שהיא לפחות בעצימות בינונית במשך 150 דקות בשבוע, מקטינה את הסיכון לפיתוח דיכאון בהריון (אך טרם הוכחה יעילותו בתקופה הבתר-הריונית)<sup>xxv</sup>. אמנם טרם בוצעו התערבויות לשפר/להוסיף לשעות השינה בתקופה הבתר-הריונית, אך הואיל ושינה מעורערת הינה כגורם סיכון מוכח לדיכאון בתר הריונית<sup>xxvi</sup>, יש מקום להמליץ על מקסום שעות השינה נטולת הפרעות כגורם מגן אפשרי.

ב. בדיקות סיקור וייעוץ: לנשים בהריון או בתקופה הבתר-הריונית שהן בעלות אחת או יותר מגורמי הסיכון הבאים, מומלץ להעניק ייעוץ מתחום תרפיה קוגניטיבית-התנהגותית (CBT) או בין-אישי (IPT): עבר של דיכאון, תסמיני דיכאון שאינם מספיקים לקבוע אבחנה של דיכאון, גורמי סיכון כלכליים חברתיים כמו הכנסה נמוכה או חד-הוריות, אלימות לאחרונה מבן הזוג או תסמיני חרדה או עבר של אירועי חיים קשים. ייעוץ מועיל כולל שמונה מפגשים במשך לפחות ארבעה שבועות. צוות הייעוץ עשוי לכלול פסיכולוגים, אחיות, מיילדות או אנשי מקצוע אחרים מתחום בריאות הנפש<sup>xxvii</sup>.

### **מניעת אלימות מבן הזוג**

בדיקות סיקור וייעוץ: מומלץ שהצוות הבריאותי יראיין נשים בגיל הפוריות החיות עם בן-זוג אודות חשיפתן לאלימות מצד בני זוגן. חוזר מנכ"ל משה"ב מפרט בנושא<sup>xxviii</sup>.

### **גילוי מוקדם של דיכאון**

בדיקות סיקור וייעוץ: תשובה חיובית לאחת משתי השאלות הבאות\* מה-PHQ-2 (Public Health Questionnaire), היא עילה להמשך בירור וטיפול:

1. האם במהלך החודש האחרון הרגשת לעתים קרובות דיכאון, ייאוש או חוסר תקווה?
2. האם במהלך החודש האחרון הרגשת לעתים קרובות חוסר עניין או חוסר הנאה או חוסר רצון לעשות דברים?<sup>xxix</sup>

הערות:

- a. שאלונים מתוקפים אחרים כמו ה-EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) עבור נשים לאחר לידה או ה-HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) קבילים גם כן, אלא שהם ארוכים יותר מהשאלות לעיל.
- b. ההמלצה תקפה גם לנשים בהריון ולנשים בתקופה הבתר-הריונית<sup>xxx</sup>.

### **מניעת תחלואה לבבית**

#### **מניעת יתר לחץ דם**

א. התנהגות מומלצת: תזונה דלת מלח: אין לצרוך מעל 2300 מ"ג נתרן ליום, שהם ככפית מלאה של מלח (קרוב ל-6 גרם) ליום. יש לעיין בתווית המזון כדי להגביל

צריכת המלח, ולפי הצורך, להתייעץ בתזונאית כדי לבנות תפריט מתאים. בנוסף, מומלץ לשמור על משקל גוף תקין, לבצע פעילות גופנית תדירה ולאמץ עקרונות שינה בריאה<sup>xxxii</sup>.

ב. בדיקות סיקור וייעוץ: מדידת לחץ הדם מדי שנה<sup>xxxii</sup>.

הערה: לאור הצורך בטיפול כרוני בתרופות להפחתת כולסטרול בדם, לא החשבנו אותן כטיפול מניעתי (כפי שהחשבנו חומצה פולית ואף תרופות גמילה לעישון) ולכן אינן מפורטות במנחה.

### **מניעת סוכרת**

א. התנהגות מומלצת: תזונה מאוזנת כדי למנוע עליה במשקל הגוף, יחד עם ביצוע פעילות גופנית אירובית ופעילות בונה כוח מונעים סוכרת במטופלים בסיכון גבוה (עם קדם-סוכרת). לפרטים, ראה את ההמלצות בפרקים על תזונה בריאה ופעילות גופנית לעיל<sup>xxxiii</sup>. שינה בריאה גם כן עשויה למנוע סוכרת<sup>xxxiv</sup>.

ב. בדיקות סיקור וייעוץ: אין המלצה לבדוק סוכר בצום (ומקביליו) באוכלוסייה זו.

### **מניעת יתר-שומנים בדם**

א. התנהגות מומלצת: הקפדה על תזונה הדלה בשומן רווי ושומן טראנס. הקפדה על כללי התזונה הבריאה שפורטו לעיל.

ב. בדיקות סיקור וייעוץ: אין המלצה לבדוק את רמת הכולסטרול בדם באוכלוסייה זו<sup>xxxv</sup>. אפשר לשקול ביצוע חד פעמי של בדיקת ליפופרוטאין a החל מגיל 35.

### **מניעת סרטן**

#### **סרטן מעי הגס**

התנהגות מומלצת: ביצוע פעילות גופנית<sup>xxxvi</sup>, שמירה על BMI תקין, הימנעות משתייה מופרזת של משקאות אלכוהוליים<sup>xxxvii</sup> ואכילת תפריט ים-תיכונית<sup>xxxviii</sup>.

#### **סרטן השד**

התנהגות מומלצת: ההתנהגויות הבאות עשויות לסייע במניעת התפתחות סרטן השד:

1. ביצוע פעילות גופנית על פי ההמלצות<sup>xxxix</sup> (ראה פרק ייעודי לעיל)
2. לנשים לפני גיל הפסקת הווסת: צריכת ברות (דיאטה) בריא (העשיר בפירות, ירקות, דגים, דגנים מלאים ומוצרי חלב דלי-שומן)<sup>xl</sup>
3. מניעת שתייה מופרזת של אלכוהול<sup>xli</sup>
4. שמירה על משקל גוף תקין<sup>xlii</sup>
5. הימנעות מחשיפה לקרינה מייננת: כדי להמחיש, חשיפת מבוגרים צעירים (מתחת לגיל 23) לשתי הדמיות CT לחזה או ללב, הכפילה את הסיכון לפתח סרטן השד בעבור 10 שנים<sup>xliii</sup>.

## סרטן העור

- א. התנהגות מומלצת: הפחתת השהיה בשמש בשעות אמצע היום, חבישת כובע רחב שוליים, לבישת ביגוד עם שרוולים ארוכים וכיסוי לרגליים, ומריחה של משחה בעלת מקדם הגנה (SPF) של 30 לפחות על העור החשוף. חזרה על המריחה בהתאם למידת ההזעה והחשיפה למים.
- ב. בדיקות סיקור וייעוץ:
1. סיקור: אין ראיות התומכות בסקירה עצמאית של העור על ידי המטופל, בסקירת רופא של העור של כלל האוכלוסייה או בסקירת רופא של אנשים בעלי סיכון מוגבר לפתח נגעי מלנומה (בהירי עור, בהירי שיער ועיניים, נמושות, עור שנצרב בקלות בשמש בעלי שומות יוצאי דופן (atypical moles), ריבוי שומות (< 100), או סיפור משפחתי של סרטן עור מלנוטי)<sup>xliv</sup>. עם זאת, רצוי לעודד בעלי סיכון מוגבר להגביר את ערנותם להתפתחות נגעים בעורם בדגש על נגעים המתוארים על ידי ראשי התיבות ABCDE: אסימטריה (Asymmetry), גבול לא סדיר (Border irregularity), צבע לא אחיד (Color that is not uniform), קוטר מעל 6 מ"מ (Diameter > 6 mm), דינמיות בצבע, צורה או גודל (Evolving size, shape, or color)<sup>xlv</sup>.
  2. ייעוץ: מומלץ לייעץ לצעירים בעלי סיכון מוגבר לפתח מלנומה שהם בגיל עד 24, כולל, כיצד למזער חשיפה/נזקים מקרינה על-סגולה, כפי שמתואר לעיל בסעיף "התנהגות מומלצת". לבני 25 ומעלה הדעות חלוקות לגבי מועילות הייעוץ ולכן יש להפעיל שיקול קליני מותאם למטופל.

## סרטן צוואר הרחם

- א. התנהגות מומלצת: הימנעות מעישון, קיום יחסי מין מוגנים בלבד והגבלת מספר השותפים המיניים<sup>xlvi</sup>.
- ב. בדיקות סיקור וייעוץ: מומלץ לבצע ציטולוגיה (תבחין Pap) או hrHPV מגיל 25 וכן מדי 3 שנים עד גיל 65. יש לציין שהבדיקה מכוסה בסל התרופות בין הגילים 54-30 בלבד.
- הערה: כוח המשימה האמריקאי למניעה קלינית ממליץ לבצע בדיקות סינון ציטולוגיות מדי שלוש שנים בין הגילים 29-21 ומגיל 35-30 הוא מאפשר להמשיך בבדיקה הציטולוגית בתדירות התלת-שנתית או לעבור ל-hrHPV או שילוב hrHPV וציטולוגיה מדי חמש שנים. האיגוד הישראלי לגניקולוגיה ומיילדות ממליץ לבצע רק hrHPV החל מגיל 25 כל 3-5 שנים.
- ג. חיסונים ותרופות מניעתיות: מומלץ לחסן כל אישה עד גיל 26 שטרם התחסנה בשלוש חיסוני HPV. כך גם לגברים בקבוצות סיכון עד גיל זה.

## סרטן הערמונית

- התנהגות מומלצת: מחקרים אפידמיולוגיים מקשרים בין גורמי הסיכון ההתנהגותיים הבאים לבין התפתחות סרטן הערמונית: שתיה מופרזת של אלכוהול<sup>xlviii</sup> ויתכן ברות מערבית<sup>xlviii</sup>.

יתכן והצריכה הכוללת של מוצרי סויה, על ה-isoflavones שלהם (genistein , daidzein), מגינה כנגד סרטן זה<sup>xlix</sup>. יתכן שפעילות גופנית גם כן מגינה<sup>l</sup>.

## איתור מחלות זיהומיות/מתן חיסונים

### לכלל האוכלוסייה

- א. שפעת: יש להתחסן מדי שנה בסתיו.
- ב. צפדת-קרמת-שעלת (Tdap/Td): יש להתחסן מדי 10 שנים. על החיסון הראשון לכלול שלושת החיסונים (צפדת/קרמת/שעלת). מחיסון הדחף השני, כעבור 10 שנים, מחסנים רק בזוג החיסונים צפדת/קרמת (Td).
- ג. נגיף פפילומה אנושי (HPV): מומלץ לנשים שטרם חוסנו (ולגברים בסיכון גבוה) לקבל סדרה של שלשה חיסונים עד גיל 26.

### לקבוצות סיכון

- א. חצבת-חזרת-אדמת: על כל עובד בריאות, אף בתפקיד מנהלתי, להתחסן באמצעות שני חיסונים במרווח של לפחות 4 שבועות, אלא אם אחד מהתנאים הבאים מתקיים: יש תיעוד שחוסן בשתי מנות כיאות, יש עדות מעבדתית שהינו מחוסן, או שיש תיעוד רפואי ומעבדתי שחלה בשלושת המחלות.
- ב. דלקת כבד נגיפית (HAV, HBV, HCV): לאנשים בקבוצות הסיכון השונות לדלקת HAV או HBV מומלץ להתחסן כנגדם ב-2 או 3 חיסונים, בהתאם לסוג החיסון. אם מדובר בשני חיסונים יש להמתין לפחות 4 שבועות בין החיסון הראשון לשני. אם מדובר בשלושה חיסונים, יש להמתין חודש וחמישה חודשים בין מנת החיסון הראשונה לשנייה ובין השנייה לשלישית, בהתאמה. מומלץ שאנשים בקבוצת סיכון ל-HCV ייבדקו\*.
- ג. פנוימוקוקוס: לבעלי סיכון גבוה במיוחד<sup>\*\*\*</sup> שלא חוסנו כנגד החידק בעבר, מומלץ להתחסן במנת חיסון PCV-13, כעבור שמונה שבועות במנת חיסון PPV-23, וכעבור 5 שנים שוב להתחסן במנת חיסון PPV-23 (הערה: אם חוסנו קודם, יש לעיין בטבלת החיסונים מטעם האגף לאפידמיולוגיה של משרד הבריאות כדי לדעת כיצד לפעול). לבעלי סיכון גבוה<sup>\*\*\*</sup> מומלץ להתחסן במנת חיסון אחת בלבד של תרכיב PPV-23.
- ד. מנינגוקוקוס: לאנשים בקבוצות הסיכון המוגבר<sup>\*\*\*</sup> מומלץ להתחסן בשני חיסונים; חיסון אחד הוא נגד זנים ACWY. עליהם לקבל שתי מנות החיסון בהפרש 8-12 שבועות זו מזו. כל עוד שהסיכון נמשך, יש לקבל חיסון דחף מדי 5 שנים. בנוסף (פרט לנוסעים לארצות אנדמיות או אפידמיות שיכולים להסתפק בחיסון כנגד זנים ACWY), על אנשים אלו בסיכון המוגבר להתחסן גם כנגד זן B. שתי מנות החיסון הללו ניתנות במרווח של חודש זו מזו. לא נדרש לקבל חיסון דחף לזן B כעבור תקופה.

- ה. הימופולוס אינפלוואנזה B (HiB): לאנשים בקבוצות סיכון <sup>א</sup> מומלץ להתחסן במנת חיסון אחת (פרט למושתלי מח עצם, שלגבם מומלץ שיתחסנו בשלוש מנות חיסון).
- ו. שיתוק ילדים (פוליו): על הנוסעים לארצות בעלות סיכון להעברת המחלה, עובדי מעבדה העוסקים ישירות בדגימות ביולוגיות העלולות להכיל נגיפי פוליו, עובדי בריאות ועובדי ביוב להתחסן בשלוש מנות חיסון במרווחים של לפחות חודש וחמישה חודשים בין החיסונים, בהתאמה, אלא אם יש בידם תיעוד שחוסנו או שהם מצהירים שחוסנו כיאות וגם קבלו חיסון דחף לאחר גיל 18.
- ז. אבעבועות רוח: על נשים בגיל הפוריות שאינן בהריון, בני בית של חולים הסובלים מליקוי במערכת החיסון, עובדי בריאות ותלמידי מקצועות הבריאות להתחסן בשתי מנות חיסון במרווח של לפחות 4 שבועות בין החיסונים, אם לא חלו בעבר באבעבועות או בשלבקת חוגרת ולא חוסנו כנגדה בעבר.
- ח. HIV

א. בדיקות סקירה וייעוץ

1. נשים בהריון: על נשים המשתייכות לאחת מחמשת קבוצות הסיכון הבאות להיבדק מוקדם ככל שאפשר בהריון:
- (a) המקיימות יחסי מין מזדמנים ללא הגנה;
- (b) המשתמשות בסמים בהזרקה;
- (c) המקיימות יחסי מין שאינם מוגנים עם מי שמוגדר בסיכון גבוה להידבק בנגיף ה-HIV;
- (d) עולות מארצות אנדמיות ל-AIDS/HIV (כלומר, שאחוז הנשאים  $\leq 1\%$ );
- (e) המשתמשות במין למטרות רווח.
2. בעלי סיכון מובהק: על הקבוצות הבאות לעבור בדיקת סקירה שנתית ל-HIV:
- (a) גברים המקיימים יחסי מין עם גברים (MSM);
- (b) אנשים המזריקים סמים דרך הוריד;
- (c) אנשים המקיימים יחסי מין למטרות רווח<sup>ii</sup>.
3. בעלי סיכון מוגבר: יש לנצל הזדמנויות מניעתית (case-finding) לגבי מטופלים מהקבוצות הבאות:
- (a) אנשים (שאינם נשים בהריון) הבאים ממדינות אנדמיות ל-AIDS/HIV.
- (b) בני זוג של אנשים שנדבקו בנגיף ה-HIV, כאשר העומס הנגיפי של בן הזוג הוא מעל לסף הגילוי של הנגיף. יש להציע לזוג לקבל ייעוץ ממומחה במרפאת איידס.
- (c) אנשים המקיימים יחסי מין שאינם מוגנים עם אחרים המוגדרים בסיכון גבוה להידבק בנגיף ה-HIV.
- ב. תרופות מניעתיות (PrEP - Preexposure prophylaxis)
- הערה: הטיפול ב-PrEP טרם נכנס לסל התרופות.
- מדובר בטיפול מתמשך ב-tenofovir /disoproxil fumarate במשולב עם emtricitabine

(אמטריביר). מומלץ לאנשים העונים על התנאים המנויים בשני הסעיפים הבאים (1 + 2) גם יחד :

1. (a) בן/בת זוג לנשא HIV שאינו נוטל טיפול נוגד נגיפי-רטרו (ART) בהתאם להנחיות; א;  
(b) גברים המקיימים יחסי מין עם גברים (MSM);  
יחד עם אחד (או יותר) מהתנאים הבאים :
2. (a) שימוש לא עקבי בכובעון (קונדום) בעת קיום יחסי מין מזדמנים לאחרונה;  
(b) אבחנה מתועדת של מחלת מין אחת או יותר לאחרונה;  
(c) שימוש במין למטרות רווח;  
(d) שימוש בסמים או באלכוהול לפני או במהלך קיום יחסי מין ללא כובעון לאחרונה (chemsex);  
(e) קיום יחסי מין עם בן/בת זוג שסטטוס הנשאות שלו/ה אינו ידוע ועונה על אחד התנאים הנ"ל;  
לפני תחילת טיפול מונע ב-PrEP, יש לבצע את הבדיקות הבאות:

- שלילת זיהום בנגיף ה-HIV;
- שלילת זיהום במחלת מין אחרת;
- בדיקת התפקוד הכלייתי;
- שלילת זיהום בנגיפי HBV ו-HCV;
- בדיקת היריון (בהתאם לנסיבות)

רמות מגינות בכל האיברים המיניים ובדם מושגות כעבור טיפול רצוף של לפחות 20 ימים<sup>iii</sup>.

### הערות

\* בעלי סיכון מוגבר לחלות בדלקת כבד מסוג A כוללים את הבאים: אנשים הנוסעים לארצות הים-אנדמיות לדלקת כבד נגיפית A, אנשים בעלי סיכון מוגבר על רקע הרגליהם: משתמשים בסמים, גברים המקיימים יחסי מין עם גברים אחרים, אנשים הסובלים ממחלת כבד ממושכת (לרבות המודבקים בדלקת כבד C), אלו הנוטלים תרופות הפטוטוקסיות, המטופלים בגורמי קרישה הניתנים בהזרקה, בעלי חסר G6PD, עובדי מעבדה הבודקים נגיף דלקת כבד A, עובדים (לרבות עובדי מעבדה) המטפלים בקופים (non-human primates).

בעלי סיכון מוגבר לחלות בדלקת כבד מסוג B כוללים את הבאים: הנוסעים לארצות בעלות שיעור הימצאות גבוה של נשאי HBsAg ואלו שמטרת נסיעתם כרוכה בסיכון כגון הנוסעים לקבל טיפול רפואי (כולל טיפול שיניים), חשיפה לדם, המקיימים יחסי מין מזדמנים, היוצאים לעיר מֶכָה, ובעלי סיכון מוגבר עקב הרגליהם: המשתמשים בסמים בהזרקה וגברים המקיימים יחסי מין עם גברים אחרים, אנשים הסובלים ממחלת מין, (לרבות נשאי HIV), אלו שקיימו יחסי מין עם יותר משותף אחד במהלך ששת החודשים האחרונים, מגעים מיניים

ומשפחתיים המצויים במשק בית משותף עם אנשים הנושאים HBsAg, נפגעי פיגוע המוני, עצירים ואסירים, נפגעי תקיפה מינית, החולים במחלת כבד ממושכת (לרבות אלו שנדבקו בדלקת כבד C), הפונים למסגרות רפואיות המטפלות באנשים בסיכון גבוה להיות נשאי HBsAg כגון מרכזי AIDS, מרפאות מין, מרכזי גמילה, מרכזי Methadone וכדו', חולי כליה המטופלים בדיאליזה, חולים המקבלים עירויי דם ומוצרי דם לעתים קרובות כגון חולי המופיליה ותלסמיה, עובדים העלולים לבוא במגע פיזי עם חומר ביולוגי המזוהם ב-HBsAg: עובדי מערכת הבריאות העלולים לבוא במגע פיזי עם חולים או הפרשותיהם, עובדי חברה קדישא המטפלים בנפטרים, סוהרים, שוטרים במחלקות מסוימות כגון מחלקת סמים, צוות ומטופלים במוסדות למפגרים ובמוסדות לחולי נפש, כולל בתי ספר לחינוך מיוחד וכדו'.

בעלי סיכון מוגבר לחלות בדלקת כבד מסוג C כוללים את הבאים: מזריקי סמים בהווה או בעבר, אנשים שקבלו עירוי דם לפני שנת 1992 וילידי ברית המועצות לשעבר.

<sup>\*\*</sup> בעלי סיכון גבוה במיוחד לחלות בדלקת מחיידק הפנוימוקוקוס כוללים את הבאים: אנשים לאחר כריתת הטחול, אנשים עם היעדר טחול מולד (congenital asplenia), או אנשים עם היעדר טחול בפועל, כגון חולי מחלת אנמיה חרמשית. כמו כן, יש לכלול אנשים הסובלים מליקויים במערכת החיסון מהסיבות הבאות: מחלה ממאירה במח העצם או במערכת הלימפטית, העוברים טיפול מדכא-חיסון, נשאי HIV, מושטלי אברים ומח עצם, חולים בתסמונת הנפרוטית או אי-ספיקת כליות ממושכת וחולים המטופלים על ידי דיאליזה, בעלי דליפת נוזל חוט שידרה (CSF leaks) עם סיכון לדלקת עוצבה חוזרת וכן המושטלים בשתל שבלולי (cochlear implant).

<sup>\*\*</sup> בעלי סיכון גבוה לחלות בדלקת מחיידק הפנוימוקוקוס כוללים את הבאים: אנשים החולים במחלות כרוניות של הלב וכלי הדם, החולים במחלת הריאות ודרכי הנשימה (כגון, דלקת סמפונות ממושכת, לייפת כיסית (cystic fibrosis), שחפת, מחלה חסימתית ממושכת (COPD) ונפחת (emphysema), חולי סוכרת ומחלות מטבוליות ממושכות אחרות, חולי שחמת הכבד והמכורים לאלכוהול.

<sup>\*\*</sup> בעלי סיכון מוגבר לחלות בדלקת מחיידק המנינגוקוקוס כוללים את הבאים: אנשים לאחר כריתת הטחול, אלו עם היעדר טחול מולד (congenital asplenia), או אלו עם היעדר טחול בפועל, כגון חולי מחלת אנמיה חרמשית, בעלי הפרעה בתפקוד הטחול, בעלי ליקוי חיסוני כגון חסר במרכיבי המשלים, חסר ראשוני של נוגדנים או נשאי HIV, הנוסעים לאיזורים אנדמיים או לאיזורים עם התפרצות המחלה או עם סבירות גבוהה להתפרצות, ועולים חדשים ומהגרים אחרים בהתאם למצב האפידמיולוגי בארץ המוצא.

<sup>^</sup> בעלי סיכון מוגבר לחלות בהימופולוס אינפלואנזה B כוללים את הבאים: אנשים לאחר כריתת הטחול, אלו עם היעדר טחול מולד (congenital asplenia), או אלו

עם היעדר טחול בפועל כגון חולי מחלת אנמיה חרמשית, בעלי הפרעה בתפקוד הטחול, חולי מחלות ממאירות, נשאי HIV ומושתלי מח עצם.

- 
- <sup>i</sup> Ojo O, Ojo OO, Adebowale F, Wang XH. The Effect of Dietary Glycemic Index on Glycemia in Patients with Type 2 Diabetes: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Nutrients*. 2018;10. pii: E373. doi: 10.3390/nu10030373.
- <sup>ii</sup> Anton SD, Hida A, Heekin K, Sowalsky K, Karabetian C, Mutchie C et al. Effects of Popular Diets without Specific Calorie Targets on Weight Loss Outcomes: Systematic Review of Findings from Clinical Trials. *Nutrients*. 2017;9. pii: E822. doi: 10.3390/nu9080822.
- <sup>iii</sup> Andrade AM, Greene GW, Melanson KJ. Eating slowly led to decreases in energy intake within meals in healthy women. *J Am Diet Assoc*. 2008;108:1186-91.
- <sup>iv</sup> <https://www.hsph.harvard.edu/obesity-prevention-source/waist-circumference-guidelines-for-different-ethnic-groups/>
- <sup>v</sup> US Preventive Services Task Force. Behavioral Weight Loss Interventions to Prevent Obesity-Related Morbidity and Mortality in Adults US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*. 2018;320:1163-1171.
- <sup>vi</sup> Patnode CD, Evans CV, Senger CA, Redmond N, Lin JS. Behavioral Counseling to Promote a Healthful Diet and Physical Activity for Cardiovascular Disease Prevention in Adults Without Known Cardiovascular Disease Risk Factors: Updated Systematic Review for the U.S. Preventive Services Task Force [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2017.
- <sup>vii</sup> Final Recommendation Statement: Weight Loss to Prevent Obesity-Related Morbidity and Mortality in Adults: Behavioral Interventions. U.S. Preventive Services Task Force. July 2019. <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/RecommendationStatementFinal/obesity-in-adults-interventions>
- <sup>viii</sup> Astbury NM, Piernas C, Hartmann-Boyce J, Lapworth S, Aveyard P, Jebb SA. A systematic review and meta-analysis of the effectiveness of meal replacements for weight loss. *Obes Rev*. 2019;20:569-587.
- <sup>ix</sup> Avenell A, Robertson C, Skea Z, Jacobsen E, Boyers D, Cooper D et al. Bariatric surgery, lifestyle interventions and orlistat for severe obesity: the REBALANCE mixed-methods systematic review and economic evaluation. *Health Technol Assess*. 2018;22:1-246.
- <sup>x</sup> Kline CE, Chasens ER, Bizhanova Z, et al. The association between sleep health and weight change during a 12-month behavioral weight loss intervention. *Int J Obes (Lond)*. 2021;45:639-649.
- <sup>xi</sup> Gudzone K. Dietary and Behavioral Approaches in the Management of Obesity. *Gastroenterol Clin North Am*. 2016;45:653-661.
- <sup>xii</sup> Final Recommendation Statement: Weight Loss to Prevent Obesity-Related Morbidity and Mortality in Adults: Behavioral Interventions. U.S. Preventive Services Task Force. July 2019.
- <sup>xiii</sup> Wing RR, Tate DF, Gorin AA, Raynor HA, Fava JL. A self-regulation program for maintenance of weight loss. *N Engl J Med* 2006;355:1563-71.
- <sup>xiv</sup> Wing RR, Phelan S. Long-term weight loss maintenance. *Am J Clin Nutr* 2005;82:222S-5S.
- <sup>xv</sup> Temple JL, Bernard C, Lipshultz SE, Czachor JD, Westphal JA, Mestre MA. The Safety of Ingested Caffeine: A Comprehensive Review. *Front Psychiatry*. 2017 May 26;8:80.



<sup>xvi</sup> U.S. Department of Health and Human Services. Physical Activity Guidelines for Americans, 2nd edition. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services; 2018. Accessed on November 16, 2019 at [https://health.gov/paguidelines/second-edition/pdf/Physical\\_Activity\\_Guidelines\\_2nd\\_edition.pdf](https://health.gov/paguidelines/second-edition/pdf/Physical_Activity_Guidelines_2nd_edition.pdf)

<sup>xvii</sup> Final Recommendation Statement: Healthful Diet and Physical Activity for Cardiovascular Disease Prevention in Adults Without Known Risk Factors: Behavioral Counseling. U.S. Preventive Services Task Force. July 2017.

<https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/RecommendationStatementFinal/healthful-diet-and-physical-activity-for-cardiovascular-disease-prevention-in-adults-without-known-risk-factors-behavioral-counseling>

<sup>xviii</sup> U.S. Preventive Services Task Force. Final Recommendation Statement: Healthy Diet and Physical Activity: Counseling Adults with High Risk of CVD. October 2014.

<https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/healthy-diet-and-physical-activity-counseling-adults-with-high-risk-of-cvd>

<sup>xix</sup> עישון וחשיפה לעישון, נתונים מתוך הסקר החברתי 2017. הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. נקרא בקישור הבא בתאריך ה-20.11.19:

[https://www.cbs.gov.il/he/mediarelease/DocLib/2018/343/19\\_18\\_343b.pdf](https://www.cbs.gov.il/he/mediarelease/DocLib/2018/343/19_18_343b.pdf)

<sup>xx</sup> דו"ח שר הבריאות על העישון בישראל 2018. נקרא מהקישור הבא בתאריך ה-20.11.19:

[https://www.health.gov.il/PublicationsFiles/smoking\\_2018.pdf](https://www.health.gov.il/PublicationsFiles/smoking_2018.pdf)

<sup>xxi</sup> Final Recommendation Statement: Unhealthy Alcohol Use in Adolescents and Adults: Screening and Behavioral Counseling Interventions. U.S. Preventive Services Task Force. July 2019.

<https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/RecommendationStatementFinal/unhealthy-alcohol-use-in-adolescents-and-adults-screening-and-behavioral-counseling-interventions>

<sup>xxii</sup> מעקב הריון ובדיקות רפואיות בהריון, המחלקה לאם וילד, משרד הבריאות. נצפה בתאריך ה-20.11.19 באתר:

<https://www.health.gov.il/Subjects/pregnancy/during/examination/Pages/permanent.aspx>

<sup>xxiii</sup> תזונה בריאה בהריון, משרד הבריאות. נצפה בתאריך ה-20.11.19 באתר הבא:

[https://www.health.gov.il/Subjects/pregnancy/during/Pages/proper\\_nutrition\\_during\\_pregnancy.aspx](https://www.health.gov.il/Subjects/pregnancy/during/Pages/proper_nutrition_during_pregnancy.aspx)

<sup>xxiv</sup> Weight gain during pregnancy. American College of Obstetrics and Gynecology. Committee opinion (reaffirming IOM guidelines). No. 548, Jan 2013 (reaffirmed 2018).

<sup>xxv</sup> Davenport MH, McCurdy AP, Mottola MF, Skow RJ, Meah VL, Poitras VJ et al. Impact of prenatal exercise on both prenatal and postnatal anxiety and depressive symptoms: a systematic review and meta-analysis. *Br J Sports Med.* 2018;52:1376-1385.

<sup>xxvi</sup> Zhao XH, Zhang ZH. Risk factors for postpartum depression: An evidence-based systematic review of systematic reviews and meta-analyses. *Asian J Psychiatr.* 2020 Oct;53:102353. doi: 10.1016/j.ajp.2020.102353. Epub 2020 Aug 30. PMID: 32927309.

<sup>xxvii</sup> Final Recommendation Statement: Perinatal Depression: Preventive Interventions. U.S. Preventive Services Task Force. July 2019.

<https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/RecommendationStatementFinal/perinatal-depression-preventive-interventions>

<sup>xxviii</sup> משרד הבריאות, חוזר המנהל הכללי, איתור וטיפול נשים נפגעות אלימות במשפחה על ידי מטפלים במסגרות הבריאות-באשפוז בקהילה, מס' 23.03, כ"ד חשוון תשס"ד, 19.11.03, נצפה ב: 3.11.19. זמן

[http://www.health.gov/hozer/mk23\\_2003.pdf](http://www.health.gov/hozer/mk23_2003.pdf) ב:

<sup>xxix</sup> Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The Patient Health Questionnaire-2: validity of a two-item depression screener. *Med Care.* 2003;41:1284-92.

<sup>xxx</sup> Final Recommendation Statement: Depression in Adults: Screening. U.S. Preventive Services Task Force. May 2019.

<https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/RecommendationStatementFinal/depression-in-adults-screening>

<sup>xxxi</sup> Valenzuela PL, Carrera-Bastos P, Gálvez BG, Ruiz-Hurtado G, Ordovas JM, Ruilope LM, Lucia A. Lifestyle interventions for the prevention and treatment of hypertension. *Nat Rev Cardiol.* 2021 Apr;18(4):251-275.

- 
- <sup>xxxii</sup> *Final Recommendation Statement: High Blood Pressure in Adults: Screening*. U.S. Preventive Services Task Force. October 2015.  
<https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/RecommendationStatementFinal/high-blood-pressure-in-adults-screening>
- <sup>xxxiii</sup> Glechner A, Keuchel L, Affengruber L, Titscher V, Sommer I, Matyas N et al. Effects of lifestyle changes on adults with prediabetes: A systematic review and meta-analysis. *Prim Care Diabetes*. 2018;12:393-408.
- <sup>xxxiv</sup> Shan Z, Ma H, Xie M, Yan P, Guo Y, Bao W, Rong Y, Jackson CL, Hu FB, Liu L. Sleep duration and risk of type 2 diabetes: a meta-analysis of prospective studies. *Diabetes Care*. 2015;38:529-37.
- <sup>xxxv</sup> Chou R, Dana T, Blazina I, Daeges M, Bougatsos C, Jeanne TL. Screening for Dyslipidemia in Younger Adults: A Systematic Review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 2016;165:560-564.
- <sup>xxxvi</sup> Wang J, Huang L, Gao Y, Wang Y, Chen S, Huang J. Physically active individuals have a 23% lower risk of any colorectal neoplasia and a 27% lower risk of advanced colorectal neoplasia than their non-active counterparts: systematic review and meta-analysis of observational studies. *Br J Sports Med*. 2019. pii: bjsports-2018-100350.
- <sup>xxxvii</sup> Brenner H, Chen C. The colorectal cancer epidemic: challenges and opportunities for primary, secondary and tertiary prevention. *Br J Cancer*. 2018;119:785-792.
- <sup>xxxviii</sup> Bloomfield HE, Koeller E, Greer N, MacDonald R, Kane R, Wilt TJ. Effects on Health Outcomes of a Mediterranean Diet With No Restriction on Fat Intake: A Systematic Review and Meta-analysis. *Ann Intern Med*. 2016;165:491-500.
- <sup>xxxix</sup> Wu Y, Zhang D, Kang S. Physical activity and risk of breast cancer: a meta-analysis of prospective studies. *Breast Cancer Res Treat*. 2013;137:869-82.
- <sup>xl</sup> Yunjun Xiao, Junjie Xia, Liping Li, Yuebin Ke, Jinquan Cheng, Yaojie Xie, et al. Associations between dietary patterns and the risk of breast cancer: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Breast Cancer Res*. 2019; 21:16.
- <sup>xli</sup> Nelson DE, Jarman DW, Rehm J, et al. Alcohol-attributable cancer deaths and years of potential life lost in the United States. *Am J Public Health*. 2013;103:641-648.
- <sup>xlii</sup> Sauter ER. Breast Cancer Prevention: Current Approaches and Future Directions. *Eur J Breast Health* 2018; 14: 64-71.
- <sup>xliiii</sup> Merry G, Miglioretti D, Lee C, Johnson E, Smith-Bindman R: Breast cancer risks from medical imaging including computed tomography (CT) and nuclear medicine among females enrolled in a large integrated health care system. *RSNA Abstracts 2012, LL-HPS-TU3A*.
- <sup>xliiv</sup> Ersser SJ, Effah A, Dyson J, Kellar I, Thomas S, McNichol E et al. Effectiveness of interventions to support the early detection of skin cancer through skin self-examination: a systematic review and meta-analysis. *Br J Dermatol*. 2019;180:1339-1347.
- <sup>xli v</sup> What are the symptoms of skin cancer? Skin cancer, Centers for Disease Control and Prevention, June 2019.
- <sup>xli vi</sup> Harper DM, Demars LR. Primary strategies for HPV infection and cervical cancer prevention. *Clin Obstet Gynecol*. 2014;57:256-78.
- <sup>xli vii</sup> Zhao J, Stockwell T, Roemer A, Chikritzhs T. Is alcohol consumption a risk factor for prostate cancer? A systematic review and meta-analysis. *BMC Cancer*. 2016;16:845.

---

<sup>xlviii</sup> Fabiani R, Minelli L, Bertarelli G, Bacci S. A Western Dietary Pattern Increases Prostate Cancer Risk: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Nutrients*. 2016;8. pii: E626.

<sup>xlix</sup> Applegate CC, Rowles JL, Ranard KM, Jeon S, Erdman JW. Soy Consumption and the Risk of Prostate Cancer: An Updated Systematic Review and Meta-Analysis. *Nutrients*. 2018 Jan 4;10(1).

<sup>l</sup> Brookman-May SD, Campi R, Henríquez JDS, Klatte T, Langenhuijsen JF, Brausi M et al. Latest Evidence on the Impact of Smoking, Sports, and Sexual Activity as Modifiable Lifestyle Risk Factors for Prostate Cancer Incidence, Recurrence, and Progression: A Systematic Review of the Literature by the European Association of Urology Section of Oncological Urology (ESOU). *Eur Urol Focus*. 2019;5:756-787.

<sup>li</sup> Final Recommendation Statement: Human Immunodeficiency Virus (HIV) Infection: Screening. U.S. Preventive Services Task Force. July 2019.  
<https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/human-immunodeficiency-virus-hiv-infection-screening>

<sup>lii</sup> Final Recommendation Statement: Prevention of Human Immunodeficiency Virus (HIV) Infection: Preexposure Prophylaxis. U.S. Preventive Services Task Force. July 2019.  
<https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/RecommendationStatementFinal/prevention-of-human-immunodeficiency-virus-hiv-infection-pre-exposure-prophylaxis>