

## טיפול פליאטיבי - לחיות עד המוות



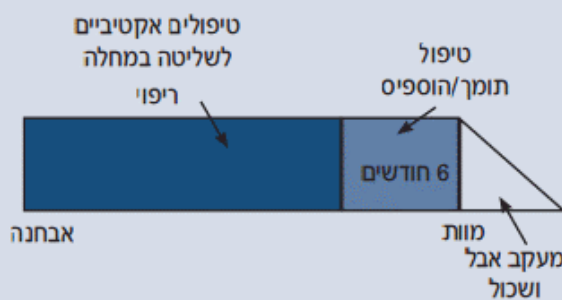
**ריאד פתחי**  
אבו-רקיייה  
RN, MPA

מומחה קליני בטיפול תומך, מרכז תחום מחלות כרוניות ואונקולוגיה, מכבי שירותי בריאות, מחוז מרכז; מרצה בפורום מרצים לטיפול תומך, אוניברסיטת בן גוריון בנגב, באר שבע

במקצועות הבריאות, כמו רפואה, סיעוד, עבודה סוציאלית ואחרים.

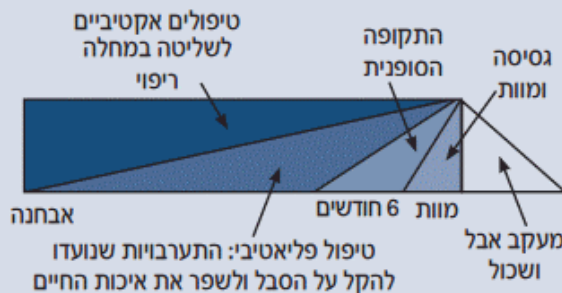
הטיפול התומך מוגדר "כגישה טיפולית המשפרת את איכות החיים של חולים ובני משפחותיהם, המתמודדים עם בעיות הקשורות למחלות המאיימות על החיים, דרך מניעה והקלה של הסבל ע"י גילוי מוקדם ואומדן מקצועי של כאב וסימפטומים נוספים, גופניים פסיכו-סוציאליים ורוחניים" (1).

### תמונה 1: המודל המסורתי לטיפול פליאטיבי: מודל התחלתי ושמרני



(Twycross R, 2003)

### תמונה 2: המודל החדש לטיפול פליאטיבי: מותאם להגדרה החדשה



(Twycross R, 2003)

### אני מאמין

הטיפול התומך הוא אחד התחומים המתפתחים בשנים האחרונות, והחשיפה לתחום זה היא דבר חשוב ביותר. רוב המטפלים כיום פוגשים חולים סופניים. לחולים אלה יש צרכים מיוחדים, והסבל שלהם מאתגר את המטפל.

במדור זה יוצגו הנושאים הבאים:

- מבוא לטיפול תומך
- איזון תסמינים, טיפול בכאב סרטני
- סוגיות אתיות בחולה הנוטה למות
- טיפול תומך במחלות לא אונקולוגיות
- תקשורת
- מחקרים וחדושים מהספרות

### מבוא

קיימות סיבות רבות שבעטיין מטופלים במחלות בשלבים המתקדמים של החולי אינם זוכים לטיפול המתייחס לצרכיהם הרגשיים, הרוחניים, הפסיכולוגיים והחברתיים. הסיבה העיקרית קשורה לשורשיה של פילוסופיית הרפואה המודרנית אשר לרוב ממוקדת בריפוי ובהארכת תוחלת החיים ולא בהכרח בשיפור איכות החיים ובמניעת סבל.

### המחשבה על מניעת סבל מגיעה לרוב לאחר מיצוי אפשרויות הטיפול הקורטיבי (Curative)

המחשבה על מניעת סבל מגיעה לרוב לאחר מיצוי אפשרויות הטיפול הקורטיבי (Curative). הספרות מתארת כי 64% מהמטופלים הסופניים סובלים מכאב בסוף החיים.

מוות בכאב, מוות שמלווה בטכנולוגיה מתקדמת ומוות בבדידות מחייבים אותנו כמטפלים לחשוב אחרת, ללמוד כיצד לספק למטופל איכות חיים לאורך תקופת החולי ועד המוות. הטיפול התומך בארץ כיום אינו חלק מתוכנית הלימודים הגנרית

אישי" הכולל תחושות בידוד וייאוש וסבל על ממדיו השונים (4).

## עקרונות הטיפול התומך (כפועל יוצא מממדי הטיפול)

- לתמוך בחיים ולהתייחס למוות כתהליך טבעי
  - להקל כאבים וסימפטומים אחרים
  - לשלב היבטים פסיכולוגיים ורוחניים
  - להציע תמיכה בחיים פעילים
  - לתמוך במשפחה בתקופת המחלה והאבל
  - אינו מקצר ואינו מאריך את טווח החיים (1)
- הגישה הפליאטיבית ניתנת ליישום בשלבים מתקדמים של המחלה (Advance Stage/End Stage of Illness) במצבים, כגון: אי ספיקת לב סופנית, אי ספיקת כליות סופנית ובמחלות נירולוגיות ניווניות.

אני מאמין כי לסייעוד חשיבות רבה בניהול הטיפול בחולה הנוטה למוות מבחינת איזון תסמינים, השגת נוחות, מניעת סבל, ליווי ותמיכה במטרה לאפשר לחולה לחיות את חייו עד המוות וכל זאת תוך מציאת משמעות.

בשנים האחרונות מתחוללת מהפיכה חברתית בתחום הטיפול הפליאטיבי - אנו עדים למספר התפתחויות ראויות לציון:

- חקיקת חוק "החולה הנוטה למוות" התשס"ו - 2005
  - חוזר מינהל הסייעוד, משרד הבריאות 79/09, 18-5-2009 - אחות מומחית בטיפול תומך
  - חוזר המנהל הכללי, משרד הבריאות 30/09, 12-7-2009 - הפעלת שירות פליאטיבי (הוספיס) בקהילה, בבית חולים כללי ובמוסד סיעודי
  - חוזר מינהל רפואה, משרד הבריאות 4/2010, 10.02.2010 - אמות מידה לרישוי ותפעול מחלקה גריאטרית "סיעוד מורכב"
- הטיפול הפליאטיבי הינו חלק אינטגרלי בקשר שבין האחות למטופל. למטופלים הזכות לחיות בכבוד ולמוות ללא סבל. למטפלים יש מחויבות מקצועית ומוסרית לאפשר להם זאת. 

תנועת ההוספיס המודרנית בשנות השישים של המאה העשרים החלה, כאשר אליזבט קובלר-רוס וד"ר סיסלי סונדרס הביאו לתודעת המטפלים השונים את הצורך בפיתוח ראייה הוליסטית המתייחסת לצרכים פיזיים, פסיכולוגיים, חברתיים ורוחניים של החולים המתמודדים עם מחלה שמאיימת על חייהם.

## מניעה והקלה של הסבל נעשות על ידי גילוי מוקדם ואומדן מקצועי של כאב וסימפטומים נוספים, גופניים פסיכו-סוציאליים ורוחניים" (1)

בעבר, הטיפול התומך ניתן באמצעות מודלים שמרניים ששילבו את הטיפול התומך בתקופה הסופנית שהוגדרה כשישה חודשים, אל מול מודל שפוגש את המטופל בשלבים המוקדמים של המחלה ומלווה אותו עד התקופה הסופנית והמוות (תמונות 1, 2).

יש לציין שעד כה הגישה הפליאטיבית אינה מיושמת במלואה ע"פ המודל האופטימלי, ושעדיין יש נטייה להעביר את המטופל לטיפול תומך בפאזה הסופנית, כאשר הצוותים נדרשים לבצע את ההבחנה בין הגישה הפליאטיבית הכוללת בתוכה את Terminal Care או את Hospice Care, שמשמעותו טיפול בחולה הנוטה למוות. חולה זה מוגדר בחוק "החולה הנוטה למוות" כמי שתוחלת חייו הצפויה כשישה חודשים (3).

## ממדי הטיפול התומך

- שליטה יעילה בכאב ובסימפטומים מציקים נוספים, כגון: בעיות נשימה, בלבול וכו'
- תקשורת פתוחה ויעילה בין החולים ומשפחותיהם לצוות באמצעות שיחות על שינוי במטרות הטיפול, על הגסיסה ועל המוות המתקרב
- פיתוח גישת טיפול בין-תחומית
- ניסיון להקל את המוות כך שיתרחש בכבוד עם תחושה של שמירת הערך העצמי והימנעות ממוות "בלתי

## References

1. [http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en\(2002\)](http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en(2002))
2. Twycross R. Introducing palliative care. Radcliffe Medical Press 2003, Fourth Edition. 2003;190:11-13
3. Waller A, Caroline NL. Handbook of Palliative Care in Cancer. Boston: Butterworth-Heinemann 1996;17-20
4. Fallon M, Blackwell GH. ABC of Palliative Care 2nd eds. English 2006;1-3