



## דוח מחקר

# ידע ועמדות של רופאים בקהילה ושל הציבור הרחב כלפי טיפול במצבי סוף החיים וטיפול פליאטיבי

נטע בנטור ✦ ג'ניפר שולדינר ✦ שירלי רזניצקי ✦ שלי שטרנברג  
לאה אהרוני ✦ אבינעם פירוגובסקי ✦ בן קורן

המחקר מומן בסיוע מענק מחקר מהמכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות

# ידע ועמדות של רופאים בקהילה ושל הציבור הרחב כלפי טיפול במצבי סוף החיים וטיפול פליאטיבי

נטע בנטור      ג'ניפר שולדינר      שירלי רזניצקי      שלי שטרנברג<sup>1</sup>  
לאה אהרוני<sup>2</sup>      אבינעם פירוגובסקי<sup>2</sup>      בן קורן<sup>3</sup>

המחקר מומן בסיוע מענק מחקר מהמכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות

<sup>1</sup>מכבי שירותי בריאות  
<sup>2</sup>שירותי בריאות כללית  
<sup>3</sup>המרכז הרפואי תל אביב ע"ש סוראסקי, איכילוב

עריכה: ענת ברבריאן  
תרגום לאנגלית (תמצית מחקר והודעת פרסום): אולין איבל  
הפקה והבאה לדפוס: לסלי קליינמן

**מאירס-ג'וינט-ברוקדייל**

ת"ד 3886

ירושלים 9103702

טלפון: 02-6557400

פקס: 02-5612391

כתובת באינטרנט: <http://brookdaleheb.jdc.org.il>

דואר אלקטרוני: [brook@jdc.org.il](mailto:brook@jdc.org.il)

## פרסומים נוספים של המכון בנושאים קשורים

בנטור, נ'; שטרנברג, ש'; שולדינר, ג'. 2015. איכות הטיפול בסוף החיים בזקנים עם דמנציה מתקדמת בקהילה. דמ-652-15

בנטור, נ'; לרון, מ'; אזולאי, ד'; אוברמן, א'; אזולאי, ד'. שירותים פליאטיביים בבתי חולים כלליים ובבתי חולים גריאטריים בישראל. דמ-704-15

בנטור, נ'; שטרנברג, ש'; ספלט, ט'; למברגר, י'; שרון, א'. 2011. מרפאות להערכה גריאטרית כוללנית בישראל. דמ-568-11

בנטור, נ'; רזניצקי, ש'. 2009. תמיכה רוחנית בישראל: הערכת התכניות שמומנו על-ידי הפדרציה היהודית של ניו-יורק. דמ-530-09

בנטור, נ'; צ'חמיר, ס'. 2007. תכנית ארצית להכשרה פליאטיבית בישראל: מחקר הערכה. דמ-498-05

בנטור, נ'; רזניצקי, ש'; שנור, י'. 2005. שירותים פליאטיביים ושירותי הוספיס בישראל. דמ-456-05

בנטור, נ'; רזניצקי, ש'. 2002. טיפול בית רפואי במערכת הבריאות בישראל. דמ-393-02

Bentur, N.; Resnizky S.; Eilat-Tsanani, S.; Balicer R. 2013. Use of Healthcare Services, Quality and Cost of Care of Terminal Cancer Patients. RR-647-13

להזמנת הפרסומים ניתן לפנות למאירס-ג'וינט-ברוקדייל, ת"ד 3886, ירושלים 9103702

טל': 02-6557400, פקס: 02-5612391, דואר אלקטרוני: [brook@jdc.org.il](mailto:brook@jdc.org.il)

ניתן למצוא את הפרסומים גם באתר המכון: <http://brookdaleheb.jdc.org.il>

## תמצית מחקר

### 1. מבוא, מטרות המחקר ומערך המחקר

הטיפול הפליאטיבי מקל על חולים במחלות קשות שאינן ניתנות לריפוי ומשפר את איכות חייהם. זהו הטיפול המתאים ביותר לחולים הסובלים זמן ממושך ממחלות קשות ומתסמינים פיזיים ונפשיים המתעצמים לקראת סוף חייהם אך עדיין הוא זמין בהיקף מצומצם בקהילה בישראל. ביולי 2009 פרסם משרד הבריאות חוזר מנכ"ל המחייב את קופות החולים, את בתי החולים ואת המוסדות הסיעודיים לספק טיפול פליאטיבי ולהכשיר כוח אדם בתחום הזה. אלא שאין די בכך כדי ליצור יש מאין את השינוי הדרוש. כשלב ראשון והכרחי לפיתוח השירותים הפליאטיביים, להרחבתם וליצירת שינוי בנושא כה משמעותי, הקשור לחיים ולמוות, יש צורך במידע על הידע ועל העמדות כלפי השירותים האלה.

#### א. מטרות המחקר

המחקר הנוכחי נועד לבחון ידע ועמדות בקרב רופאים בקהילה ובקרב הציבור הרחב כלפי השירותים הפליאטיביים ולזהות את החסמים והאתגרים הפרוכים בהספקתם ובהרחבתם. מטרת המחקר הספציפיות מפורטות להלן:

#### בקרב הרופאים

- ◆ לבחון את היקף הידע, ההכשרה והמיומנות של רופאים בקהילה בנוגע לטיפול הפליאטיבי ואת מעורבותם בפועל בטיפול בחולים במצבי סוף החיים
- ◆ לבחון את עמדות הרופאים כלפי השירותים הפליאטיביים וחשיבותם
- ◆ לזהות את חסמי השימוש שלהם בשירותים האלה

#### בקרב הציבור

- ◆ לבחון מהו הידע של הציבור הרחב בנוגע לטיפול הפליאטיבי
- ◆ לבחון את עמדות הציבור כלפי טיפול באנשים במצבי סוף החיים וכלפי הנחיות מקדימות
- ◆ להשוות בין ידע ועמדות של אנשים שבן משפחתם או חבר קרוב שלהם נפטרו ממחלה חשוכת-מרפא לבין הידע והעמדות של האחרים

#### ב. מערך המחקר

נערכו שני סקרים: 1. בקרב 227 רופאי משפחה. הם רואיינו בשאלון מובנה סגור למילוי עצמי; 2. בקרב 721 בני 50 ומעלה מהציבור הרחב. הם רואיינו טלפונית באמצעות שאלון מובנה סגור.

## 2. ממצאים

#### א. סקר בקרב רופאי משפחה

- ◆ מאפייני הרופאים. גילם הממוצע 52 (טווח 34-77 שנים), 52% נשים, 39% נולדו בישראל, 24% בברית המועצות לשעבר והשאר במקומות אחרים. כ-80% יהודים, 62% הגדירו עצמם כחילוניים. הם עובדים כרופאים 25 שנים בממוצע, 46% מומחים ברפואת משפחה, 32% בפנימיית ו-22% ללא התמחות.

- ◆ **ידע על עקרונות הטיפול הפליאטיבי.** 29% העריכו את הידע שלהם על הטיפול הפליאטיבי כטוב, 46% כבינוני, ול-25% אין ידע בנושא. בעוד של-85% יש ידע בטיפול בכאבים ובנושאים אחרים, 34% סברו שהטיפול הזה מונע אפשרויות לקבל טיפול מרפא או מאריך חיים ו-24% לא ידעו שניתן להתחיל בטיפול פליאטיבי בכל שלבי מחלה חשוכת מרפא.
- ◆ **הכשרה בטיפול הפליאטיבי.** כ-55% סברו שקיבלו הכשרה טובה או טובה מאוד לטיפול בכאבים עזים ובסימפטומים פיזיים ובמתן בשורות קשות, ו-47% סברו שקיבלו הכשרה טובה או טובה מאוד לקיום שיחה פתוחה ולבירור העדפות הטיפול. מלבד זאת, 76% מהרופאים היו מעוניינים לקבל הכשרה נוספת בנושא של הטיפול הפליאטיבי.
- ◆ **מיומנות וביטחון בטיפול הפליאטיבי.** 60%-70% אמרו שיש להם מיומנות וביטחון בניהול כאבים וסימפטומים פיזיים אחרים, במתן בשורות קשות ובבירור העדפות החולים, אך בפועל רק 34% נתנו בשורות קשות ורק 24% ביררו את העדפות החולים. הרבה יותר רופאים שדיווחו שקיבלו הכשרה טובה מאוד או טובה נותנים תרופות אופיאטיות לשיפוך כאבים מאשר רופאים שדיווחו על הכשרה לא טובה או על העדרה.
- ◆ **מעורבות בטיפול.** כ-46% מהרופאים מעוניינים להיות מעורבים בטיפול הפליאטיבי של רוב החולים שלהם כאשר אלה מגיעים למצבי סוף החיים, 37% בטיפול בחלקם, ו-17% בטיפול במעטים מהחולים שלהם. לרופאים שרוצים להיות מעורבים בטיפול ברוב החולים שלהם במצבי סוף החיים יש ידע, הכשרה ומיומנות טובים יותר בטיפול פליאטיבי מאשר למי שמעוניינים להיות מעורבים בטיפול בחלק מהחולים או במיעוטם.
- ◆ **הפניה לטיפול מומחה.** כ-75% מהרופאים הפנו בחצי השנה האחרונה חולים קשים, רובם עם סרטן מפושט, ליחידות לטיפול בית, 53% ליחידת הוספיס בית ו-36% להוספיס אשפוזי. רופאים בעלי יותר הכשרה הפנו יותר חולים להוספיס בית מאשר רופאים חסרי הכשרה.
- ◆ **כתיבת הנחיות מקדימות.** אף על פי ש-67% מהרופאים סבורים שיש לדון בהנחיות מקדימות עם החולים, רק 22% היו מעורבים בכתיבת הנחיות מקדימות - רובם בסיוע לחולים שלהם ומיעוטם כתבו גם לעצמם ולבני משפחתם. עם זאת, 61% מהרופאים מעוניינים במידע או במידע נוסף על כתיבת הנחיות מקדימות, 20% מעוניינים במידה מועטה, ו-19% לא מעוניינים כלל במידע בנושא.
- ◆ **עמדות כלפי מצבי סוף החיים.** הרופאים הציגו תמונה מורכבת בהתייחסותם לנושא. יותר מ-90% סבורים כי צריכה להיות לחולה זכות להחליט האם לקבל טיפול מאריך חיים, כי על הרופא להסביר לחולה ולבני משפחתו מהי הפרוגנוזה ולנהל עמם שיחה פתוחה על מטרות הטיפול, וכי עליו לבדוק מהן העדפות החולה לגבי הטיפול שירצה לקבל בסוף החיים. עם זאת, רק 71% מהרופאים סבורים שצריך להציע לכל חולה במצב סוף חיים למלא מסמך הנחיות מקדימות, 51% אמרו שברוב המקרים ימליצו לחולה לקבל טיפול או תרופה ניסויית שעשויים להאריך את חייהם ו-34% סבורים כי יש לחתור להציל את חיי מטופליהם בכל מצב. עם זאת, 60% מהרופאים סבורים כי חולים במצבי סוף חיים מקבלים יותר מדי התערבויות שלא לצורך, ו-73% סבורים כי מציעים לחולים טיפולים יקרים שאינם בסל בלי להתחשב ביכולתם הכלכלית.

◆ **מכשולים בהפניית חולים לטיפול פליאטיבי.** המכשולים העיקריים הם מחסור בשירותים פליאטיביים (לדברי 65% מרופאים), העדר הנחיות ברורות לגבי התזמון המתאים להפניה לטיפול פליאטיבי (57%), העובדה שהשירותים האלה משרתים רק חולי סרטן ולא חולים במחלות אחרות (56%), חולים ומשפחותיהם חושבים שטיפול פליאטיבי הוא מוות (45%), החשיבות שמייחסים לערך 'קדושת החיים' (41%). כמו כן, בעוד שרוב הרופאים מייחסים חשיבות רבה מאוד לשירותים הפליאטיביים, רק מחציתם סבורים שגם קופות החולים שבהן הם עובדים וקובעי מדיניות במשרד הבריאות מייחסים לשירותים האלה חשיבות רבה.

### **ב. סקר בקרב הציבור הרחב**

◆ **מאפייני האוכלוסייה.** הגיל הממוצע 62, ונע בין 50 לבין 90; 49% נשים; 47% בעלי השכלה על-תיכונית; 46% נולדו בישראל, 20% בברית המועצות לשעבר ו-22% במדינות אחרות; כולם יהודים. כ-80% דיווחו על מצב בריאות מצוין, טוב מאוד או טוב, וכי לא חל שינוי במצב בריאותם בשנה האחרונה.

◆ **ידע על שירותים לטיפול פליאטיבי.** לדברי 16% יש להם ידע טוב מהו טיפול פליאטיבי, ל-40% ידע מועט ו-44% מעולם לא שמעו על הטיפול הזה.

◆ **עמדות כלפי טיפול באנשים עם מחלות חשוכות מרפא במצבי סוף החיים.** מהתייחסות המרואיינים לזכות לקבל החלטות לגבי סוף החיים, לזכות לאיכות סוף החיים ולערך קדושת החיים התקבלה תמונה מורכבת ולא תמיד עקבית. לפיה, מצד אחד רבים מעוניינים להיות מעורבים בקבלת ההחלטות במצבים קשים ומייחסים חשיבות לאיכות סוף החיים יותר מאשר למשכם, אך מצד אחר רבים אינם מתעניינים בהנחיות מקדימות ורבים אף סבורים שעל הרופא להציל חיים בכל מצב.

◆ **תפיסת התמודדות מערכת הבריאות עם הטיפול בחולים במחלות חשוכות מרפא.** כ-77% סבורים שלפעמים מציעים לחולים טיפולים יקרים שאינם בסל הבריאות מבלי להתחשב ביכולתם הכלכלית וכי שירותי הבריאות לא מספיק מתייחסים לפחדים לחרדות ולסימפטומים נפשיים של חולים במחלות חשוכות מרפא. כמו כן, מעניין להיווכח ש-81% רוצים לסיים את חייהם בבית ולא בבית חולים, אך רק 42% סבורים שטיפול רפואי שניתן בבית יכול להיות טוב באותה מידה כמו בבית-החולים.

◆ **עמדות ביחס להנחיות מקדימות ולהתמודדות עם הנושא.** רק 25 איש (4%) כתבו מסמך הנחיות מקדימות, ו-40% נוספים אמרו שהיו רוצים לכתוב מסמך כזה. זאת ועוד, ל-5% היה יפוי כוח רפואי המעניק זכות לקבל החלטות רפואיות עבורם, אם לא יוכלו לקבלן לבד. רק 7 איש (1%) אמרו שמישהו מהמערכת הרפואית דיבר אתם על ההעדפות שלהם בסוף החיים, אך 38% אמרו שהיו רוצים לקיים שיחה כזו.

### **3. מסקנות והשלכות למדיניות**

ממצאי המחקר מלמדים על החשיבות שלמספר כיווני פעולה שעשויים לסייע בשיפור הטיפול הפליאטיבי בקהילה:

- ◆ שיעור גבוה מהרופאים דיווחו אמנם שהם קיבלו הכשרה בעקרונות טיפול פליאטיבי וכי יש להם מיומנות וביטחון טובים בנושא, אך נראה שבפועלהדבר מתבטא בעיקר בטיפול בכאב ובסימפטומים פיזיים אחרים, והרבה פחות בתחומים לא פחות חשובים, כמו מתן בשורות קשות, תיאום ציפיות ובירור העדפות של חולים קשים לגבי הטיפול שיקבלו בסוף החיים. לפיכך, קיימת חשיבות להרחיב את הידע של רופאי המשפחה באמצעות הכשרות וימי עיון, בנושאים כגון מתן בשורות קשות, בירור העדפות החולה ותקשורת פתוחה. כמו כן, חשוב לעדכן אותם בגישה השגורה כיום ולפיה אפשר ורצוי להתחיל להתייחס לחולה בהתאם לעקרונות פליאטיביים בסמוך לקבלת אבחנה של מחלה חשוכת מרפא, וכי יש להגביר את הטיפול הפליאטיבי והטיפול בסימפטומים בהתאם להתקדמות המחלה ולהחמרתה. זאת ועוד, חשוב להנחיל בקרבם את ההבנה כי מתן הטיפול הזה אינו מונע אפשרות להמשיך ולקבל טיפול מרפא ומאריך חיים.
- ◆ העובדה שפחות ממחצית מרופאי המשפחה מעוניינים להיות מעורבים בטיפול של רוב החולים שלהם המגיעים למצבי סוף החיים, מעמידה בפני השירותים בקהילה אתגר של ממש. זאת ועוד, הממצא שלפיו קיים קשר בין הרצון למעורבות בטיפול בחולים בסוף החיים, לבין תפיסת ידע, הכשרה ומיומנות גבוהים יותר, מדגיש את הצורך להרחיב את הידע ולהפעיל תכניות הכשרה, כדי להגביר את נכונותם של רופאי המשפחה לטפל בחולים שלהם עד סוף חייהם.
- ◆ לאור מספרם המועט של הרופאים שמעורבים בכתיבת הנחיות מקדימות מצד אחד, והמספר הגבוה שגילו בכך התעניינות ורצון להרחיב את הידע שלהם מצד אחר, חשוב לתת להם הדרכה והשתלמות בנושא, כדי שתהיה להם מוטיבציה ויחושו ביטחון לשוחח עם המטופלים שלהם בנושא ויוכלו לסייע להם למלא מסמכים של הנחיות מקדימות. לכך יש חשיבות מיוחדת לאור העובדה ששיעור גבוה של הציבור הרחב סבורים שעל הרופאים להציע להם להכין הנחיות מוקדמות.
- ◆ רבים מהרופאים הצביעו על מכשולים בהפניית מטופלים לשירותים פליאטיביים, ובעיקר על המחסור בשירותים פליאטיביים. נראה שיהיה קשה להתמודד עם כל המכשולים האלה בטווח זמן קצר, אך כתיבת הנחיות ברורות לגבי תזמון ההפניה לטיפול פליאטיבי ובכלל זה הגברת הנגישות למי שאינו חולה סרטן הם מכשולים שניתן להתמודד עמם בתוך זמן קצר.
- ◆ רוב הרופאים מייחסים חשיבות רבה מאוד לשירותים הפליאטיביים, אך רק כמחציתם סבורים שגם קופות החולים שבהן הם עובדים וקובעי מדיניות במשרד הבריאות מייחסים לכך חשיבות רבה. לאור מיעוט השירותים הפליאטיביים בארץ, נראה שרופאים מתקשים להפנות אליהם מטופלים. לפיכך, נראה כי יש צורך להרחיב את השירותים האלה בקהילה, אם באמצעות ייעוץ פליאטיבי מומחה ביחידות לטיפול בית שכמעט לא קיים כיום, ואם באמצעות הרחבה ניכרת של יחידות הוספיס הבית הפועלות כיום בישראל.
- ◆ רוב הציבור כמעט שאינו מכיר את השירותים הפליאטיביים המיועדים להקלת הסבל במצבים קשים ובסוף החיים. זאת ועוד, מצד אחד אנשים רבים מייחסים חשיבות לאיכות סוף החיים יותר מאשר למשכם, מצד אחר, רבים אינם מתעניינים בהנחיות מקדימות ורבים אף סבורים שעל הרופא להציל חיים בכל מצב. הסתירה, כביכול, בין הדברים, עשויה להיות קשורה לקושי האנושי להתמודד עם נושא קשה כמו המוות. אנו רוצים שיקירנו יקבל את הטיפול הטוב ביותר, ומאמינים שיש לעשות הכול כדי להציל את חייו משום שאיננו רוצים להיפרד ממנו. עם זאת, איננו רוצים שהוא יסבול ולכן



מייחסים חשיבות רבה לאיכות סוף החיים. לאור זאת, יש לתכנן ולערוך פעולות הסברה רבות ואיכותיות כדי להרחיב את הידע ואת ההבנה של הציבור הרחב על מטרות הטיפול הפליאטיבי ועל עקרונותיו, כדי להפחית חששות מטיפולים שעלולים לקצר את משך החיים ולעורר ביטחון ואמון בהם. פעולות כאלה צריכות להיות מבוצעות בידי קופות החולים וגם שירותי הרווחה עשויים להיות שותפים לכך.

◆ במקביל קיים צורך בפעולות יידוע, הדרכה והכשרה רחבות – בקרב הקהילה הרפואית ובקרב הציבור רחב - כדי להגדיל את הידע והמודעות להנחיות טיפול מוקדמות, להפחית פחדים וחרדות ולשפר עמדות בנושא, כדי להרחיב במידה רבה את מספר האנשים שכותבים אותם.

ממצאי המחקר מוצגים בפני מנהלים בקופות החולים ובמשרד הבריאות. במקביל, הממצאים משמשים כיום בתהליך בניית "התכנית הלאומית לטיפול באנשים במצבי סוף החיים ולטיפול פליאטיבי" שהיא שיתוף פעולה בין משרד הבריאות, אשל ומאיירס-ג'וינט-ברוקדייל.

## תודות

במהלך המחקר הסתייענו באנשים רבים, ואנו מכירים להם תודה על כך. אנו מכירים תודה לגיק חביב על הערותיו והארותיו המועילות לטיטת הדוח, ולכל חברינו במכון ברוקדייל אשר סייעו במהלך העבודה בעצות ובהערות. תודה לאנשי הצוות ביחידת עבודת השדה על הסיוע והעזרה בעבודה המאומצת והתובענית הכרוכה בביצוע הראיונות. תודה לענת ברבריאן ולגיני רוזנפלד שערכו את הדוח וללסלי קליינמן שהביאה לדפוס.

## תוכן עניינים

1	1. מבוא
1	2. סקירת ספרות
3	3. מטרות המחקר
4	4. מערך המחקר
5	<b>ממצאים</b>
5	5. סקר בקרב רופאי המשפחה
5	5.1 מאפייני הרופאים
6	5.2 ידע על עקרונות הטיפול הפליאטיבי
7	5.3 הכשרה בטיפול פליאטיבי
8	5.4 מיומנות הטיפול לפי עקרונות הטיפול הפליאטיבי
9	5.5 מעורבות הרופאים בטיפול לפי עקרונות פליאטיביים (פרקטיקה)
11	5.6 הפניה לשירותים פליאטיביים
12	5.7 נכונות לטפל בחולים במצבי סוף החיים
12	5.8 עמדות כלפי אוטונומיה וזכויות של חולים קשים
13	5.9 עמדות כלפי היקף הטיפול בחולים קשים בסוף החיים
13	5.10 מכשולים בהפניית חולים לטיפול פליאטיבי
14	5.11 תפיסת החשיבות של השירותים הפליאטיביים
15	5.12 קשר בין מאפייני הרופאים לבין ידע, הכשרה ומיומנות בטיפול פליאטיבי ועמדות חיוביות להתמודדות במצבי סוף החיים
15	6. סקר בקרב הציבור הרחב (גילאי 50 ומעלה)
15	6.1 מאפייני האוכלוסייה
17	6.2 התמודדות עם מוות של בן משפחה או של חבר קרוב שלקה במחלה חשוכת מרפא
17	6.3 ידע על שירותים לטיפול פליאטיבי
18	6.4 עמדות כלפי טיפול באנשים במצבי סוף החיים
20	6.5 עמדות כלפי הנחיות טיפול מקדימות
21	6.6 תפיסת התמודדות מערכת הבריאות עם הטיפול בחולים במחלות חשוכות מרפא
22	7. השוואה בין עמדות הציבור הרחב לבין עמדות הרופאים בנוגע לטיפול בסוף החיים
23	8. סיכום והשלכות המחקר
25	ביבליוגרפיה
29	נספח

## רשימת לוחות

- 6 לוח 1 : מאפייני רופאי המשפחה במחקר
- 12 לוח 2 : עמדות הרופאים כלפי אוטונומיה וזכויות של חולים קשים
- 13 לוח 3 : עמדות הרופאים כלפי היקף טיפול בסוף החיים
- 14 לוח 4 : היקף המכשולים המשפיעים על הפניה לשירותים פליאטיביים
- 15 לוח 5 : תפיסת הרופאים את חשיבות השירותים הפליאטיביים לגורמים שונים
- 16 לוח 6 : מאפייני אוכלוסיית המחקר לעומת האוכלוסייה הכללית
- 18 לוח 7 : עמדות כלפי טיפול בחולים במחלות חשוכות מרפא
- 19 לוח 8 : ציון ממוצע, חציון וטווח של ארבעת ממדי עמדות כלפי טיפול בסוף החיים
- 20 לוח 9 : ניתוח רב-משתני ברגרסיה לינארית של עמדות כלפי טיפול באנשים עם מחלות חשוכות מרפא

## רשימת תרשימים

- 4 תרשים 1 : אוכלוסיית הרופאים במחקר
- 7 תרשים 2 : רופאים בעלי ידע בעקרונות הטיפול הפליאטיבי
- 8 תרשים 3 : קבלת הכשרה בעקרונות הטיפול הפליאטיבי על פי דיווח רופאים בקהילה
- 9 תרשים 4 : מיומנות בעקרונות הטיפול הפליאטיבי על פי דיווח הרופאים
- 10 תרשים 5 : מעורבות הרופאים בטיפול לפי עקרונות פליאטיביים
- 11 תרשים 6 : מתן מרשמים לתרופות אופיאטיות, לפי הכשרת הרופא
- 21 תרשים 7 : תפיסת הציבור על התמודדות מערכת הבריאות עם הטיפול בחולים במחלות חשוכות מרפא
- 23 תרשים 8 : עמדות הרופאים והציבור כלפי טיפול בסוף החיים

## רשימת לוחות בנספח

- 29 לוח א1 : ידע של הרופאים על עקרונות הטיפול הפליאטיבי
- 29 לוח א2 : הכשרה שקיבלו הרופאים על הטיפול הפליאטיבי במהלך חייהם המקצועיים
- 29 לוח א3 : מיומנות הרופאים בטיפול פליאטיבי
- 30 לוח א4 : מעורבות הרופאים בטיפול פליאטיבי ("בחצי השנה האחרונה" לפני הסקר)

## 1. מבוא

טיפול פליאטיבי מקל על חולים במחלות קשות שאינן ניתנות לריפוי ומשפר את איכות חייהם. אף על פי שזה הטיפול המתאים ביותר לחולים הסובלים ממחלות קשות ומתסמינים פיזיים ונפשיים המתעצמים לקראת סוף החיים, היקף הטיפול הפליאטיבי בקהילה קטן, ורק חולים מעטים זוכים לקבלו. אף על פי שרובנו מאחלים לעצמנו ולבני משפחתנו 'רק לא לסבול', רוב האוכלוסייה, אנשי מקצוע והציבור הרחב כאחד, אינם יודעים שיש טיפול שעשוי להקל את הסבל ולשפר את איכות החיים.

ביולי 2009 פרסם משרד הבריאות חוזר מנכ"ל (חוזר 30/09) המחייב את קופות החולים, את בתי החולים ואת המוסדות הסיעודיים לספק טיפול פליאטיבי ולהכשיר כוח אדם בתחום הזה. אלא שאין די בכך כדי ליצור את השינוי הדרוש יש מאין. כשלב ראשון והכרחי לפיתוח השירותים הפליאטיביים, להרחבתם וליצירת שינוי בנושא כה משמעותי, הקשור לחיים ולמוות, יש צורך במידע על הידע ועל העמדות כלפי השירותים האלה.

בדוח זה אנו מציגים ממצאים מסקר שבתן את הידע ואת העמדות של הרופאים בקהילה ושל הציבור הרחב כלפי שירותים פליאטיביים ואת המחסומים והאתגרים הכרוכים בהספקתם ובהרחבתם.

## 2. סקירת ספרות

על פי ארגון הבריאות העולמי, "הטיפול הפליאטיבי משפר את איכות חייהם של חולים במצבי סוף החיים ושל בני משפחתם, תוך כדי הקלת סבלם ומניעתו, באמצעות זיהוי מוקדם, הערכה וטיפול בכאב ובתסמינים פסיכולוגיים, חברתיים ורוחניים. זאת באמצעות חיזוק משמעות החיים והתייחסות אל המוות כאל תהליך טבעי, מבלי לזרז או להאריך את תהליך המיתה. כמו כן הוא מציע תמיכה לבני המשפחה, כדי להקל על התמודדותם עם הטיפול בחולה במהלך מחלתו ולנחם אותם לאחר מותו" (WHO, 2002). למרות היתרונות הגלומים בטיפול הפליאטיבי בהתאם להגדרה הזאת, הוא מסופק כיום בכל העולם, ובכלל זה גם בישראל, במידה תת-מרבית ותת-מיטבית שאינה הולמת את הצרכים (Bentur, 2009; Shugarman et al., 2005).

אחד המכשולים העיקריים לפיתוחם של השירותים הפליאטיביים ולהספקתם הוא, כאמור, תפיסות שגויות וחוסר מודעות, הן בקרב אנשי המקצועות הרפואיים והן בקרב הציבור הרחב, בנוגע ליתרונותיו של הטיפול הפליאטיבי. נמצא כי לעתים קרובות נוטים לבלבל בין המתת חסד לפעולות אסורות אחרות (Emanuel, 1996). מחקרים גם לימדו על תפיסות שגויות בנוגע לתרופות אופיאטיות לטיפול בכאב עז, בשל חשש מהתמכרות (Morita et al., 2006; Mount, 1996). לעתים קרובות טיפול פליאטיבי נחשב לטיפול ב'מקום שאליו מעבירים את החולה כדי למות' (Lynn, 2001).

ממחקרים שבחנו ידע ועמדות של הרופאים המטפלים בחולים הנוטים למות עלה שהיו אמנם רופאים שהבינו את מהותו של הטיפול הזה (Hanratty et al., 2006), אך חלקם חשבו שיש להשאיר את החולים בחיים, בכל מצב (Miccinesi et al., 2005); חלקם סברו שהטיפול צריך להינתן בידי אחיות ולא בידי רופאים, המעיטו בנחיצותו של רופא מומחה בטיפול פליאטיבי והטילו ספק ביתרונן של הטיפול לחולים שאינם לוקים בסרטן ממושט (Rodeigues & Barnato, 2007; Hanratty et al., 2006; Huijter et al., 2009). נוסף על כך, לעומת מומחים

אחרים, אונקולוגים ורופאים בטיפול נמרץ המעיטו מחשיבותו של הטיפול פליאטיבי, אף על פי שהם אלה שמטפלים בהכי הרבה חולים במצב סופני (Huijter et al., 2009). עם זאת, עמדותיהם של רופאים ושל אחיות שקיבלו הכשרה בטיפול פליאטיבי כלפי טיפול זה היו חיוביות יותר לעומת עמדותיהם של מי שלא קיבלו הכשרה. מכשול אחר להספקת הטיפול הפליאטיבי הוא העובדה שרבים מאנשי מקצועות הבריאות מתקשים לקיים עם חולים ועם בני משפחתם שיחה כנה ופתוחה על הפרוגנוזה של החולה, על אפשרויות הטיפול ועל כלים להתמודד עם סבל, ולעתים דוחים שיחה כזו ככל האפשר ( SUPPORT, 1995; Huskamp et al., 2009; Virnig, 2002; et al., 2009). לעתים קרובות הרופאים גם מתקשים להתמודד עם ההיבטים הרגשיים והפסיכולוגיים הקשורים למצבים קשים ולמוות ולעסוק בכך, והמיומנויות הנדרשות לשם כך אינן נלמדות במהלך הכשרתם (זמישליני ונחשוני, 2009; Moumjid et al., 2007; Casarett et al., 2004). הבעיה קשה במיוחד במקרה של חולים במחלות חשוכות-מרפא שאינן ממאירות (Lynn et al., 2000; Shah et al., 2006).

נוסף על כך, לעתים הרופאים מעריכים הערכת-יתר את סיכוייו של החולה לחיות (Lynn et al., 2000), ולעתים קל להם יותר לדון עם חולה ועם בני משפחתו על העדפותיהם ביחס למתן הוראה שלא להחיות בעת הפסקת נשימה (DNR-Do Not Resuscitate) מאשר להציע טיפול פליאטיבי (Malin et al., 2006). לפיכך, רק בשלב מאוחר מאוד של מחלתם רבים מהחולים מקבלים מידע על קיומו של טיפול פליאטיבי או מופנים אליו, אף על פי שכבר בשלב מוקדם הרבה יותר, היו יכולים להפיק ממנו תועלת (Miler et al., 2003; Teno et al., 2007). לעתים קרובות מוצע לחולים טיפול פליאטיבי רק לאחר שהרופאים אשר עשו כל מה שאפשר כדי להציל את חייהם או להאריכם, 'הרימו ידיים' (Hagerty et al., 2005; Lamont & Christakis, 2001; Casarett, Crowley & Hirschman, 2004; Meier et al., 2001).

במקומות שונים בעולם נערכים קורסים, השתלמויות וסדנאות לרופאים בנושא הטיפול הפליאטיבי; הם הוכיחו את יעילותם (Shunkwiler et al., 2005; Shvartzman et al., 2011), אלא שהיקפם מצומצם ואינו מספק (Gorman et al., 2005; Sullivan et al., 2003). גם בישראל יש מזה כעשור תכנית להכשרה פליאטיבית, המופעלת בידי אוניברסיטת בן גוריון. בתכנית משתתפים רופאים, אחיות ואנשי מקצועות הבריאות יחד, בהיקף של 43 שעות לימוד. ההוראה ניתנה בידי אנשי מקצוע מומחים בתחומים שונים של הטיפול הפליאטיבי, אשר השתתפו בקורס הכשרה לקראת ההוראה בתכנית. במהלך השנים השתתפו בה למעלה מ-4000 איש, והיא מופעלת בכל רחבי הארץ, בידי קופות החולים ובתי חולים. ממצאי מחקר שנערך כשלוש שנים לאחר הפעלת התכנית לימדו על תרומתה העצומה להפצת הידע הפליאטיבי במערכת הבריאות בישראל (בנטור וצ'חמיר, 2007).

חוסר הידע וחוסר ההבנה בקרב הציבור הרחב בנוגע ליתרונותיו ולתרומתו של הטיפול הפליאטיבי לחולים עמוקים עוד יותר. העמדות השליליות כלפיו (Catt et al., 2005; Morita et al., 2006) מעכבות את השימוש בו ומונעות את שיפור איכות הטיפול בחולים במצבי סוף החיים (Morita et al., 2006; Casarett & Quill, 2007). אף על פי שמחקרים רבים מלמדים שאנשים מעדיפים לסיים את חייהם בביתם (בנטור ואחרים, 2011; Iecovich et al., 2009; et al., 2009; בכנר ואחרים, 2005; Tang & McCorkle, 2001; Gallo, Baker & Bradley, 2001; Hays et al., 2001), אנשים נרתעים מטיפול פליאטיבי ומשירותי הוספיס בית (Teno et al., 2001; Singer et al., 1999). כדי להתמודד עם גישות שגויות בקרב הציבור פיתחו ביפן תכניות להעלאת הידע על מהות הטיפול הפליאטיבי באמצעות הרצאות למבקרים במרכזי תרבות ובמועדונים (Miyashita et al., 2008; Sato et al., 2009).

עם זאת, חשוב לתת את הדעת לכך, שחוסר ידע ותפיסות שגויות אינם המכשול היחיד להספקת שירותים פליאטיביים. מכשול משמעותי נוסף הוא היקפם המצומצם ברוב המדינות. שירותים פליאטיביים התחילו להתפתח בבריטניה בסוף שנות השישים של המאה העשרים (Sounders et al., 1983). גם כיום היקפם בבריטניה הוא הגבוה ביותר בעולם, ומגיע לכדי שירות אחד ל-43,000 נפש. במדינות מערב אירופה אחרות יש שיעור גבוה של שירותים פליאטיביים (באיסלנד 1:49,000 ובאירלנד ל-83,000:1) וכן גם באוסטרליה ובניו זילנד (אחד לפחות ממאה אלף נפש). שיעור השירותים הפליאטיביים בישראל הרבה יותר נמוך, ועומד על 1:611,000 (Bingley & Clark, 2008). בישראל אין אמנם אומדן מדויק של שיעור החולים שהיו יכולים להפיק תועלת מטיפול פליאטיבי ולא זכו לקבלו, אך בעבודות שונות מוערך כי רק 10%-20% מכלל החולים הקשים מקבלים כיום טיפול פליאטיבי בסוף חייהם (בנטור, 2005; שוורצמן, 2005).

### 3. מטרת המחקר

לאור יתרונותיו של הטיפול הפליאטיבי מצד אחד ולאור תת-השימוש בשירותים הפליאטיביים מצד אחר, ולאור עדויות ממקומות אחרים בעולם על חוסר ידע ועל תפיסות שגויות לגבי בקרב רופאים והציבור הרחב, המחקר הנוכחי נועד לבחון מהו הידע ומהן העמדות כלפי טיפול פליאטיבי. מטרת המחקר הספציפית:

#### א. בקרב הרופאים

- ◆ לבחון את היקף הידע, ההכשרה והמיומנות של רופאים בקהילה בנוגע לטיפול הפליאטיבי ואת מעורבותם בפועל בטיפול בחולים במצבי סוף החיים
- ◆ לבחון את מעורבותם של רופאים בקהילה בטיפול בחולים במצבי סוף החיים על פי עקרונות הטיפול הפליאטיבי
- ◆ לבחון את עמדותיהם כלפי השירותים הפליאטיביים וחשיבותם
- ◆ לזהות חסמים בקרבם לשימוש בשירותים האלה.

#### ב. בקרב הציבור הרחב – בני 50 ומעלה

- ◆ לבחון מהו הידע של הציבור הרחב בנוגע לטיפול הפליאטיבי
- ◆ לבחון את עמדות הציבור כלפי טיפול באנשים במצבי סוף החיים וכלפי הנחיות מקדימות
- ◆ להשוות בין ידע ועמדות של אנשים שבן משפחתם או חבר קרוב שלהם נפטרו ממחלה חשוכת-מרפא לבין הידע והעמדות של האחרים.

### 4. מערך המחקר

כדי לבחון את שאלות המחקר נערכו שני סקרים חתכיים (Cross-sectional surveys) – האחד בקרב רופאים בקהילה והשני בקרב הציבור הרחב.

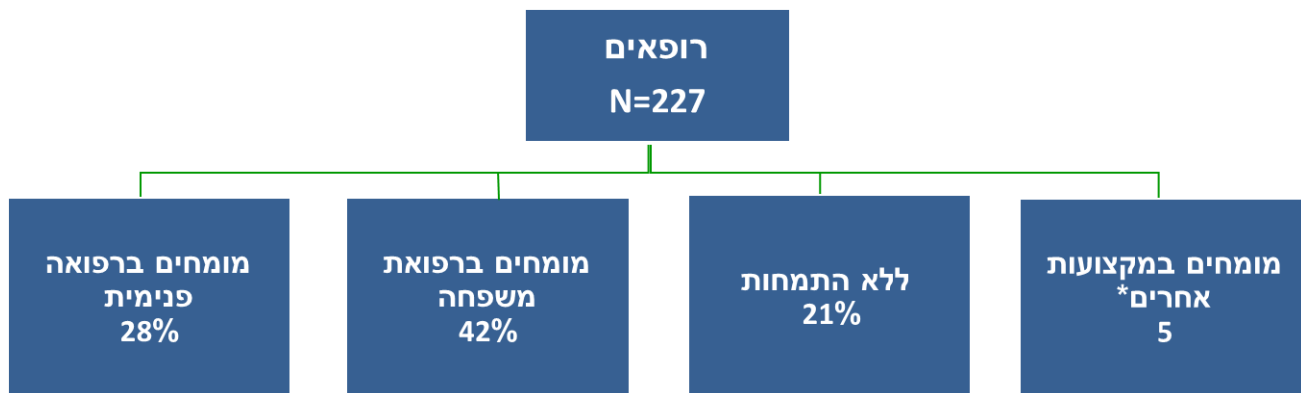
## א. סקר בקרב רופאי משפחה

♦ **האוכלוסייה.** מתוך ספר הטלפונים המסווג של בזק (דפי זהב) נשלפו אקראית שמות וכתובות של כאלף רופאים שעובדים בארבע קופות החולים כרופאי משפחה, כ-250 מכל קופה. אל הרופאים נשלח שאלון למילוי עצמי ומעטפה לדואר חוזר. משך מילוי השאלון כרבע שעה. לאחר שלוש תזכורות לפחות לרופא, התקבלו בחזרה 227 שאלונים. כ-42% מהם היו מומחים ברפואת משפחה, 28% מומחים בפנימית ו-5% מומחים במקצועות אחרים. כ-21% היו רופאים כלליים ללא מומחיות (תרשים 1). כ-31% מהרופאים עובדים בקופת חולים לאומית, 29% במכבי, 22% בכללית ו-18% במאוחדת. מאחר שרבים מרופאי המשפחה עובדים בכמה קופות בו-זמנית, לא ניתן להעריך עד כמה הם מייצגים את ארבע קופות החולים.

♦ **כלי המחקר.** השאלון נבנה על בסיס סקירת ספרות ומחקרים קודמים בנושא. בתחילת השאלון הובהרו מטרות הסקר וחשיבותו והובטח חיסיון מלא למשיבים. תוקף תוכן השאלון נבדק בהתייעצות עם מומחים בתחום ובדיונים בין חברי צוות המחקר. השאלון כלל את הנושאים הבאים: ידע, מיומנות ומעורבות בטיפול בהתאם לעקרונות פליאטיביים, עמדות הרופאים כלפי אוטונומיה וזכויות של חולים קשים, היקף הטיפול הרצוי לדעתם בחולים בסוף החיים ומכשולים במתן טיפול פליאטיבי בקהילה.

♦ **שיטת המחקר.** נערך מחקר מקדים בקרב 15 רופאים כדי לבחון את בהירות השאלות ואת התפלגות התשובות. מאחר שכל אחד מהנושאים כלל מספר שאלות שונה, בנייתו הנתונים נורמל כל אחד מהנושאים לטווח שנע בין 1 לבין 10, באמצעות סיכום התשובות וחלוקה למספר השאלות, ולאחר מכן חושב הציון הממוצע של הנושא.

### תרשים 1: אוכלוסיית הרופאים במחקר



\* גריאטריה, אונקולוגיה, בריאות הציבור, אורתופדיה, עור

## ב. סקר בקרב הציבור הרחב

♦ **האוכלוסייה.** מתוך ספר הטלפונים הממוחשב של בזק נשלפו באופן אקראי 1,650 מספרי טלפון של בני 50 ומעלה. מתוכם רואיינו 721 איש, המהווים 44% מאוכלוסיית היעד למחקר. הסיבות לאי ריאיון



היו סירוב מוחלט להתראיין (35%), דחיות חוזרות ונשנות של הראייון (18%), אי ידיעת עברית או קשיי תקשורת אחרים (5%).

◆ **כלי המחקר.** שאלון המחקר נבנה על בסיס סקירת ספרות רלוונטית ומחקרים קודמים בנושא, התייעצות עם מומחים בתחום ודיונים בין חברי צוות המחקר. טיוטת השאלון נבדקה מבחינת בהירות, ישימות, ופיזור התשובות, באמצעות מחקר מקדים שכלל ראיונות עם 20 איש באוכלוסייה הכללית. על בסיס ממצאי המחקר המקדים תוקן השאלון, ובמיוחד פושט ניסוח השאלות.

◆ **שיטת המחקר.** נערך ריאיון טלפוני באמצעות התוכנה הממוחשבת CATI המאפשרת קידוד ישיר של שאלות סגורות וקבלת התפלגויות באופן שוטף, כמו גם הקלדת טקסט חופשי לכתיבת תשובות המרואיינים והערותיהם. הראיונות נערכו בידי מראיינים מיומנים. הם הוכשרו להשתמש בתוכנה הממוחשבת וקיבלו הסבר מפורט על המחקר, על מטרותיו ועל תכניו. הם היו במעקב צמוד של צוות המחקר. מדי מספר ימים נבדקו התפלגויות התשובות, כדי לבדוק את איכות הראיונות, ובעקבות זאת ניתנו הערות והדרכה נוספת למראיינים לפי הצורך. הראייון ארך כ-15-30 דקות.

## ממצאים

### 5. סקר בקרב רופאי משפחה

#### 5.1 מאפייני הרופאים

רואיינו 227 רופאים. גילם הממוצע 52 וטווח הגילים הוא 34-77 שנים; 52% מהם נשים; 39% נולדו בישראל, 24% בברית המועצות לשעבר והשאר במקומות אחרים בעולם. 80% יהודים ו-62% הגדירו עצמם כחילוניים. הוותק הממוצע במקצוע הוא 25 שנים בממוצע וטווח הוותק הוא 6-53. 46% מהרופאים היו בעלי התמחות ברפואת משפחה, 25% ברפואה פנימית, 22% ללא התמחות כלל ו-7% מומחים במקצועות אחרים (קרדיולוגיה, עור וכד'); (ר' לוח 1). שיעור המומחים ברפואת משפחה במחקר קצת גבוה יותר מהשיעור בישראל, העומד על כ-33% מהם (שמש ואחרים, 2012).

לוח 1: מאפייני רופאי המשפחה במחקר (N=227); (%)

52	אישה	מין
48	גבר	
39	ישראל	ארץ לידה
24	ברית המועצות לשעבר	
34	אירופה/אוסטרליה/אמריקה	
3	אסיה/מזרח התיכון	
76	יהודי	דת
10	מוסלמי	
5	נוצרי	
9	אחר	דתיות
4	חרדי/דתי מאוד	
17	דתי	
19	מסורתי	
60	חילוני	
38	ישראל	המדינה שבה נרכש התואר
26	ברית המועצות לשעבר	
36	מדינה אחרת	
46	משפחה/ילדים	ההתמחות
25	פנימי	
22	כללי	
7	אחר	

## 5.2 ידע על עקרונות הטיפול הפליאטיבי

בתשובה לשאלה כיצד הרופאים מעריכים את הידע שלהם על הטיפול הפליאטיבי, 29% השיבו שיש להם ידע טוב, 46% שיש להם ידע בינוני, ו-25% ענו שיש להם ידע מועט.

כדי לעמוד על מידת הידע שלהם, הם נשאלו על היכרותם (כן/לא) עם שישה עקרונות טיפול פליאטיבי:

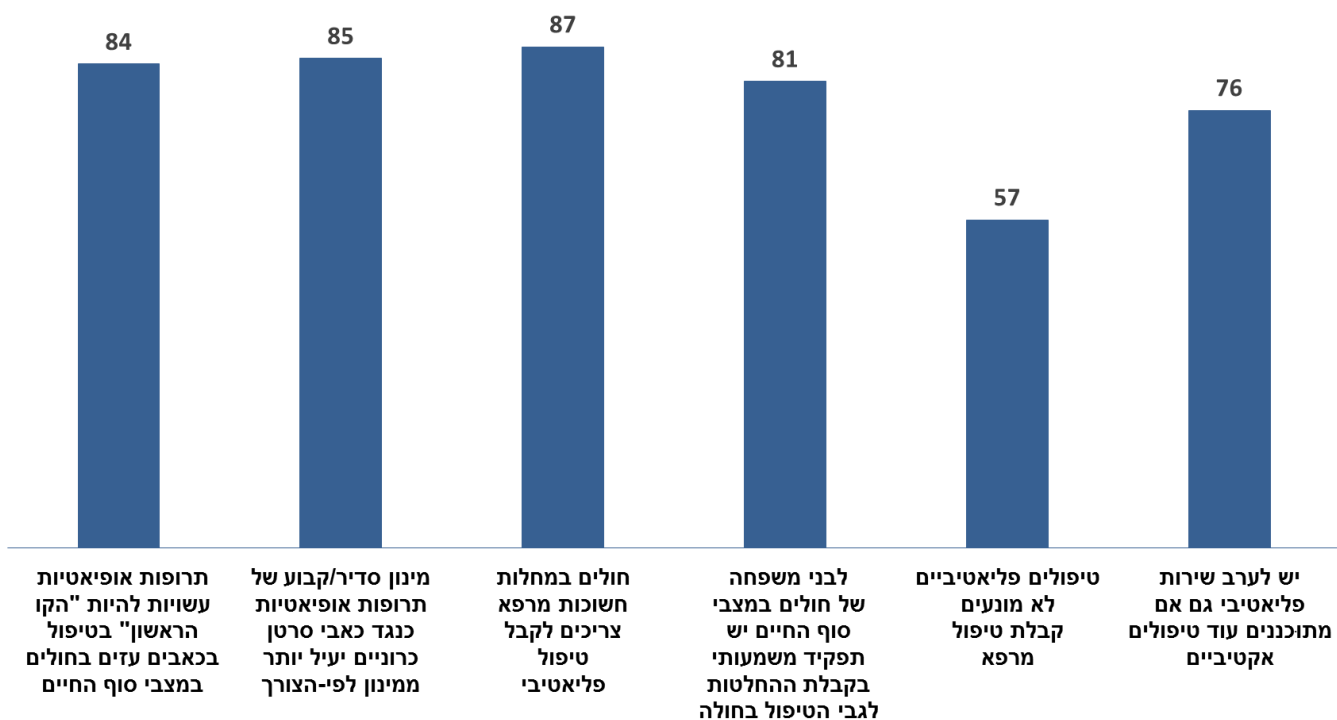
- ◆ טיפול בתרופות אופיאטיות עשויות להיות "הקו הראשון" בטיפול בכאבים עזים בקרב חולים במצבי סוף החיים.
- ◆ מינון סדיר/קבוע של תרופות אופיאטיות כנגד כאבי סרטן כרוניים יעיל יותר ממינון לפי-הצורך.
- ◆ חולים במחלות כרוניות קשות במצב מתקדם (כמו MS, דמנצייה, COPD) צריכים לקבל טיפול פליאטיבי.
- ◆ לבני משפחה של חולים במצבי סוף החיים יש תפקיד משמעותי בקבלת ההחלטות לגבי הטיפול בחולה.
- ◆ טיפולים פליאטיביים לא מונעים אפשרויות לקבל טיפול מרפא או מאריך חיים.
- ◆ יש לערב שירות פליאטיבי גם אם מתוכננים עוד טיפולים אקטיביים.

נמצא כי 38% מהרופאים הכירו את כל ששת העקרונות, 35% חמישה עקרונות, 16% ארבעה, והשאר (11%) שלושה עקרונות או פחות (לוח א1 בנספח)

הסתכלות מפורטת בתרשים 2 מעלה כי:

- ◆ 84% מהרופאים הכירו עקרונות הקשורים לטיפול בכאבים.
- ◆ 87% ידעו שחולים במחלות כרוניות קשות במצב מתקדם (כמו MS, דמנציה, COPD) צריכים לקבל טיפול פליאטיבי.
- ◆ 81% ידעו שלבני משפחה יש תפקיד חשוב בקבלת ההחלטות לגבי הטיפול בחולה.
- ◆ 76% ידעו שיש לערב טיפול פליאטיבי גם אם מתוכננים עוד טיפולים מרפאים וגם בשלבים מוקדמים של מחלה חשוכת מרפא המסכנת את החיים, אולם יש לתת את הדעת לכך ש-24% מהרופאים לא הכירו את העיקרון החשוב הזה. זאת ועוד, רק 57% ידעו שטיפול פליאטיבי אינו מונע את האפשרויות לקבל טיפול מרפא או טיפול מאריך חיים; דהיינו כמעט מחציתם אינם יודעים שאפשר להתחיל לתת טיפול פליאטיבי בכל שלב של מחלה חשוכת מרפא, וכי הטיפול הזה אינו מונע אפשרות לקבל טיפול מרפא.
- ◆ הציון הממוצע של מדד הידע, שכלל את ששת ההיגדים עמד על 7.0, והטווח 3.8-9.6 (ציון גבוה יותר מלמד על יותר ידע). בבחינת הקשר בין ידע על טיפול פליאטיבי לבין מאפייני הרופאים בניתוח דו-משתני נמצא, שלרופאות לעומת רופאים; למי שלמדו בישראל, ולרופאי משפחה מומחים יש יותר ידע בעקרונות הטיפול הפליאטיבי. לא נמצא קשר בין גיל, מקום לידה, דת, מידת דתיות, קופה, משך שנים שעובד כרופא.

### תרשים 2: רופאים בעלי ידע בעקרונות הטיפול הפליאטיבי (באחוזים)



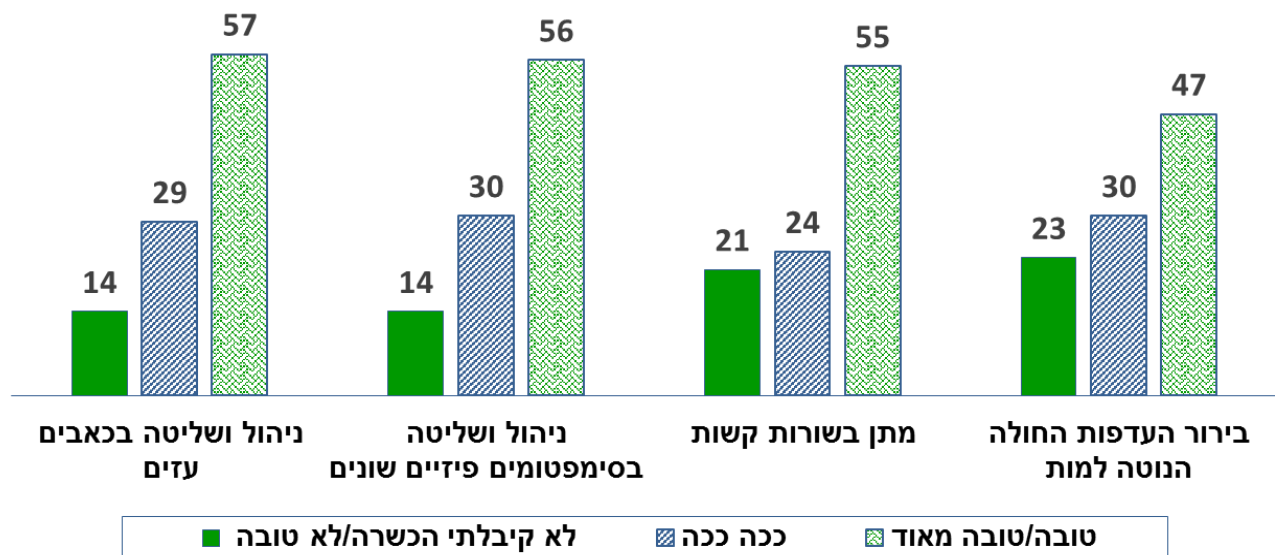
### 5.3 הכשרה בטיפול פליאטיבי

הרופאים נשאלו על איכות ההכשרה הפליאטיבית שקיבלו בנוגע לארבעה עקרונות טיפול, במהלך חייהם המקצועיים – בבית הספר לרפואה ובקורסים והשתלמויות שעברו לאחר מכן: ניהול ושליטה בכאבים,

ניהול ושליטה בסימפטומים פיזיים אחרים, מתן בשורות קשות ובירור העדפות החולה לגבי הטיפול בו. מתרשים 3 עולה כי:

- ◆ כמחצית מהרופאים (47%-55%) אמרו שקיבלו הכשרה טובה או טובה מאוד בכל אחד מארבעת התחומים.
- ◆ רק 4%-6% אמרו שלא קיבלו הכשרה לגבי ניהול כאבים וסימפטומים פיזיים, אך 12%-13% לא קיבלו הכשרה לגבי מתן בשורות קשות ובירור העדפות הטיפול. (לוח א2, נספח)
- ◆ 76% מהרופאים מעוניינים לקבל הכשרה נוספת בנושא הטיפול הפליאטיבי. (לוח א2, נספח).
- ◆ הציון הממוצע במדד הכשרה שנבנה מארבעת ההיגדים עמד על 6.7 והטווח 2-10. מניתוח דו-משתני עולה שרופאים בעלי פחות שנות ותק קיבלו ציון ממוצע גבוה יותר מרופאים ותיקים יותר, אך לא נמצא קשר למאפיינים אחרים (גיל, מגדר, דת, דתיות, ארץ שבה למדו רפואה, קופה והתמחות).
- ◆ רופאים שדיווחו שקיבלו הכשרה גם דיווחו שיש להם ידע רב יותר בעקרונות הטיפול הפליאטיבי.

### תרשים 3: קבלת הכשרה בעקרונות הטיפול הפליאטיבי על פי דיווח רופאים בקהילה (באחוזים)

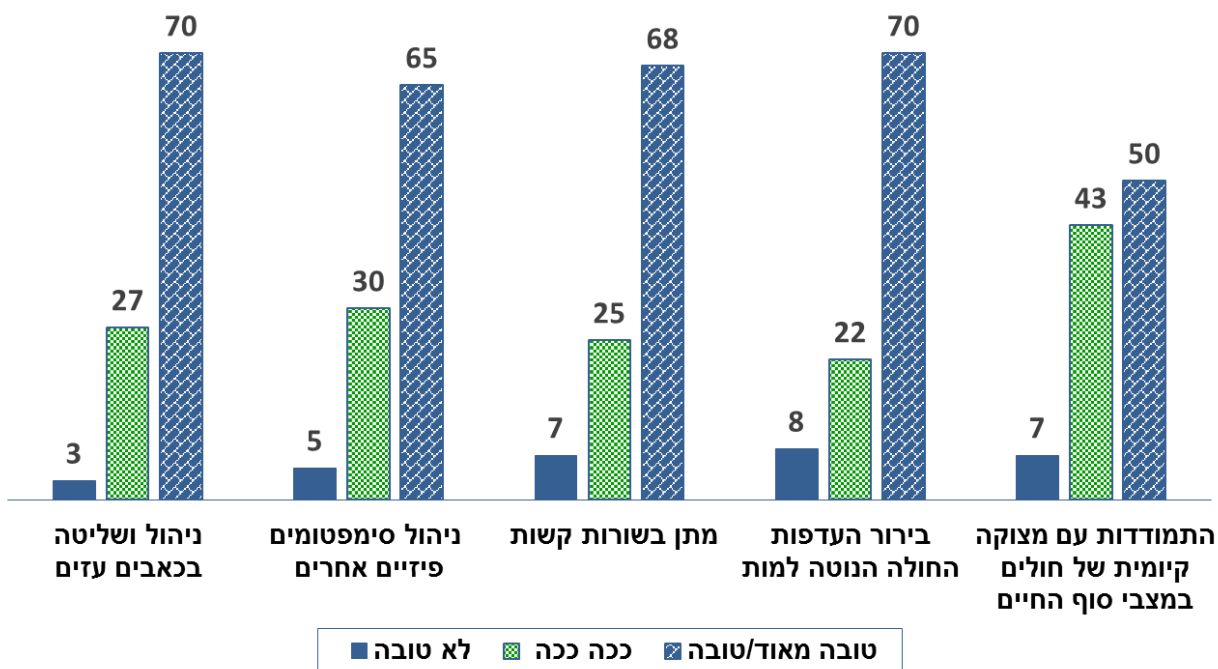


### 5.4 מיומנות הטיפול לפי עקרונות הטיפול הפליאטיבי

הרופאים נשאלו מהי מידת המיומנות והביטחון שלהם בטיפול בחולים לפי חמשת העקרונות הפליאטיביים האלה: טיפול בכאבים וטיפול בסימפטומים פיזיים אחרים, מתן בשורות קשות, בירור העדפות, דיון והבנת העדפות החולה לגבי הטיפולים שהוא רוצה לקבל בסוף החיים (כמו, למשל, החיאה, הזנה, אם לא יוכל לאכול, וכד') והתמודדות עם מצוקה קיומית של החולה. מתרשים 4 עולה כי:

- ◆ 65%-70% מהרופאים דירגו את מידת המיומנות והביטחון שלהם כטובים או טובים מאוד בארבעת הרכיבים הראשונים, ו-50% אמרו שרמת המיומנות שלהם בהתמודדות עם מצוקה קיומית של חולים במצבי סוף החיים היא טובה או טובה מאוד (ר' גם לוח א3, נספח).
- ◆ הציון הממוצע של מדד המיומנות שנבנה מחמשת ההיגדים עמד על 6.8 והטווח על 2.5-10. בניתוח דו-משתני נמצא שנשים, רופאים שנולדו בישראל ורופאים עם פחות ותק הם בעלי ציון ממוצע גבוה יותר. לא נמצא קשר למאפיינים אחרים (גיל, דת, דתיות, ארץ שבה למדו רפואה והתמחות).

#### תרשים 4: מיומנות בעקרונות הטיפול הפליאטיבי על פי דיווח הרופאים (באחוזים)



#### 5.5 מעורבות הרופאים בטיפול לפי עקרונות פליאטיביים (פרקטיקה)

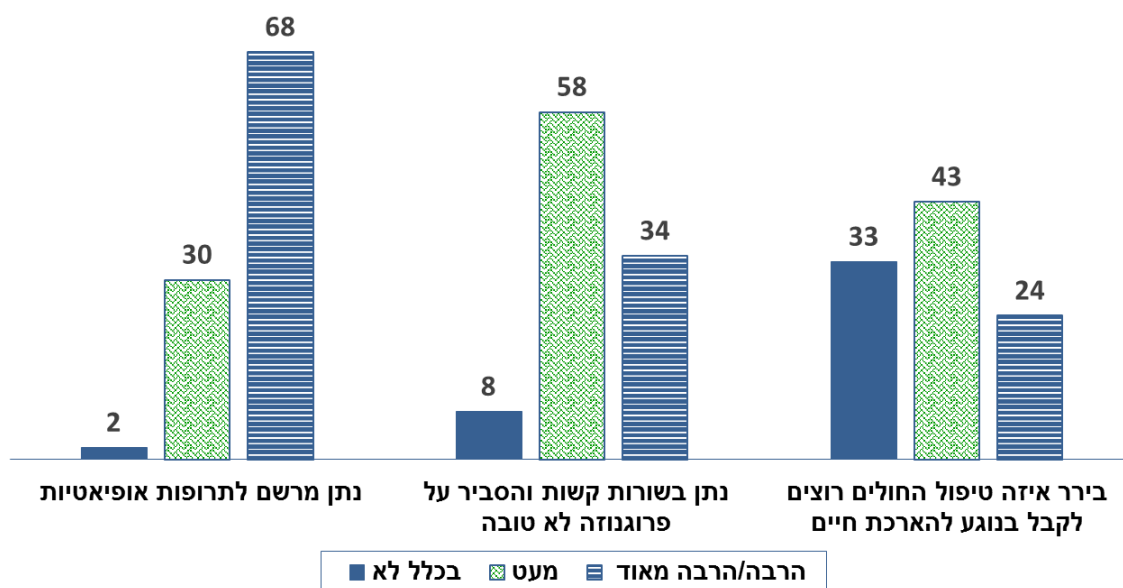
כדי ללמוד על מעורבותם של הרופאים בטיפול פליאטיבי בחולים שלהם, הם נשאלו על התדירות שבה הם נתנו בחצי השנה האחרונה לפני הסקר מרשם לתרופות אופיאטיות לחולים שסבלו כאבים עזים; בישרו בשורות קשות והסבירו על פרוגנוזה לא טובה; ביררו איזה טיפול החולים רוצים לקבל בנוגע להארכת חיים. מלוח א4 בנספח ומתרשימים 5 ו-6 עולה כי:

- ◆ 68% מהרופאים נתנו תרופות אופיאטיות בתדירות גבוהה או גבוהה מאוד, אך 32% נתנו מעט תרופות כאלה או לא נתנו כלל.
- ◆ כדי לבחון האם יש קשר בין ההכשרה של הרופאים לבין מעורבות בטיפול בחולים קשים, בדקנו את הקשר עם מתן תרופות אופיאטיות, שהיא אחת הפעולות הבסיסיות והחשובות בטיפול בחולים קשים במצבי סוף החיים. נמצא שרופאים שדיווחו שקיבלו הכשרה טובה מאוד או טובה והם בעלי מיומנות מקצועית בשליטה על כאבים עזים ובניהול סימפטומים אחרים, נותנים הרבה יותר תרופות

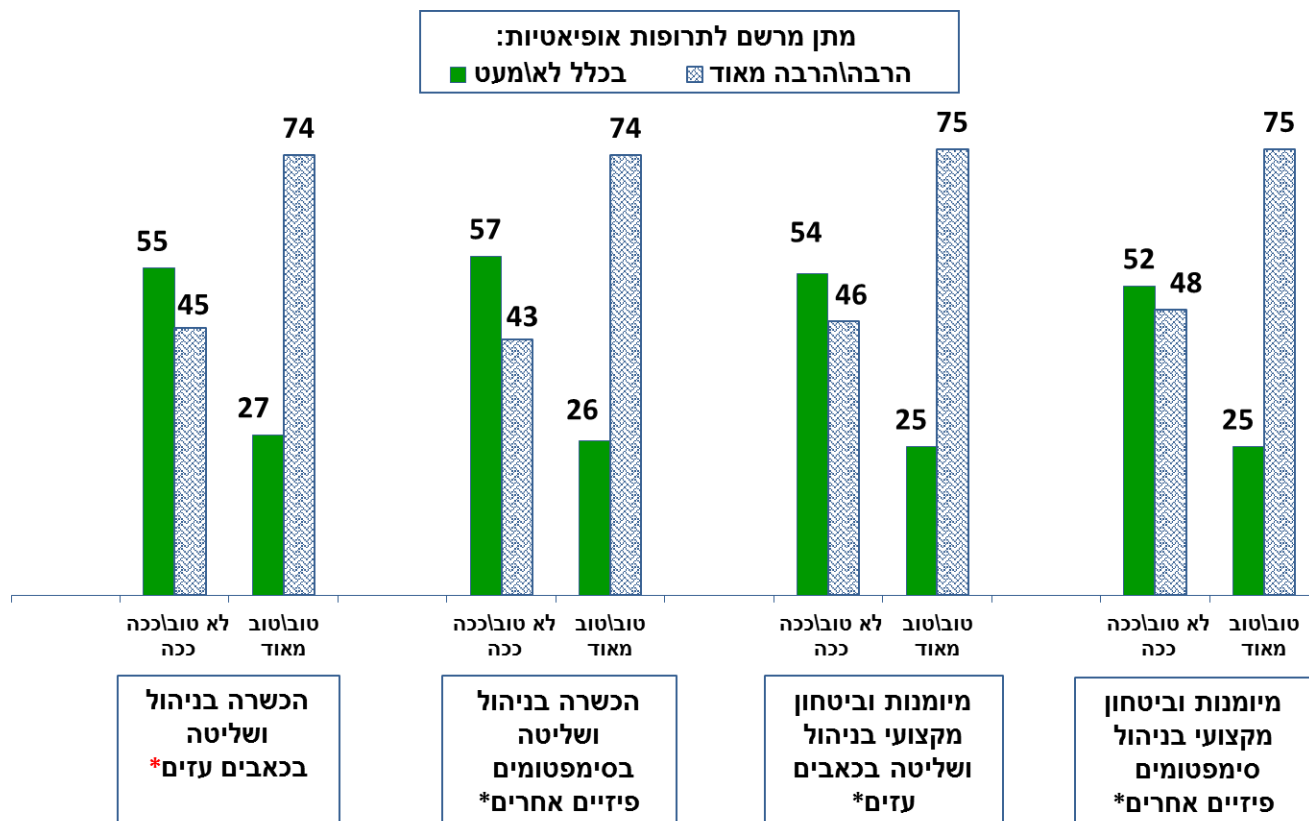
אופיאטיות מרופאים שדיווחו שקיבלו הכשרה לא טובה או שלא קיבלו הכשרה ושהמיומנות והביטחון שלהם פחות טובים. (תרשים 6)

- ◆ רק 34% מהרופאים אמרו שבישרו לחולים בשורות קשות ורק 24% ביררו את העדפות החולים. זאת, לעומת 68%-70% שאמרו שיש להם מיומנות בנושא. כלומר, שיעור הרופאים שעושים את הפעולות אלה בפועל הרבה יותר נמוך משיעור הטוענים שיש להם מיומנות לכך.
- ◆ נבנה מדד פרקטיקה שכלל את שלוש הפעולות; הציון הממוצע בו עמד על 5.9, טווח 2.5-10, ציון שהוא נמוך מהציונים שבמדד ידע ובמדד מיומנות.
- ◆ בניתוח דו-משתני לא נמצא קשר בין מעורבות בטיפול הפליאטיבי לבין מאפייני הרופאים.
- ◆ במענה לשאלה "האם כאשר חולה שלך נפטר יש לך מספיק זמן לשבת עם בני המשפחה?" השיבו 49% מהרופאים בחיוב ו-51% בשלילה. בקרב המשיבים בחיוב יש שיעור גבוה יותר של רופאים דתיים ושל רופאים שלא נולדו בישראל או בברית המועצות לשעבר.
- ◆ רק 22% מהרופאים היו מעורבים בכתיבת הנחיות מקדימות, 11% רופאים סייעו לחולים שלהם לכתוב הנחיות ומיעוטם כתבו גם לעצמם ולבני משפחתם.
- ◆ 61% מכלל הרופאים מעוניינים רבה ורבה מאוד במידע או במידע נוסף על כתיבת הנחיות מקדימות, אך 20% מעוניינים בכך רק במידה מעטה, ו-19% לא היו מעוניינים כלל במידע בנושא. לא נמצא קשר עם מאפייני הרופאים.

תרשים 5: מעורבות הרופאים בטיפול לפי עקרונות פליאטיביים



תרשים 6: מתן מרשמים לתרופות אופיאטיות, לפי הכשרת הרופא (באחוזים)



\*p<0.05

### 5.6 הפניה לשירותים פליאטיביים

מהתשובות לשאלה לאילו שירותים הרופאים הפנו חולים במצב סופני בחצי השנה האחרונה לפני הסקר (ניתן היה לציין יותר משירות אחד) עולה כי:

- ◆ 75% הפנו ליחידות לטיפול בית רגילות.
- ◆ 53% הפנו ליחידות לטיפול בית שיש בהם מומחים לטיפול פליאטיבי.
- ◆ 53% ליחידת הוספיס בית.
- ◆ 67% ליועץ לטיפול בכאב.
- ◆ 36% להוספיס אשפוזי.

בבחינת אבחנות החולים, 77% מהמופנים ליחידות מיוחדות לוקים בסרטן ממושט, 23% במחלות ריאות כרונית או מחלת לב כרונית, 19% לוקים במחלות נירולוגיות ו-18% לוקים בדמנצייה.

## 5.7 נכונות לטפל בחולים במצבי סוף החיים

הרופאים נשאלו באיזו מידה הם מעוניינים להיות מעורבים בטיפול בחולים שלהם כאשר אלה מגיעים למצבי סוף החיים. נמצא כי:

- ◆ 46% מעוניינים להיות מעורבים בטיפול ברוב החולים, 37% בטיפול בחלקם, ו-17% בטיפול במיעוטם.
- ◆ הציון הממוצע במדד ההכשרה של הרופאים שמעוניינים להיות מעורבים בטיפול בכל החולים שלהם או ברובם עמד על 7.1 לעומת 5.5 בקרב רופאים שלא רוצים להיות מעורבים (הבדל מובהק).
- ◆ הציון הממוצע במדד מיומנות של רופאים שרוצים להיות מעורבים בטיפול בכל החולים שלהם או ברובם עמד על 7.4 לעומת 5.6 בקרב רופאים שלא רוצים להיות מעורבים (הבדל מובהק).
- ◆ כלומר, יש קשר ישר בין הרצון של רופאים למעורבות בטיפול בחולים שלהם בסוף החיים, לבין ההכשרה שהם קיבלו והמיומנות שהם חשים בנושא.

## 5.8 עמדות כלפי אוטונומיה וזכויות של חולים קשים

כדי ללמוד על עמדותיהם של הרופאים הן כלפי זכויותיהם של חולים קשים לקבל החלטות בנוגע לחייהם והן כלפי מידת האוטונומיה שלהם, הוצגו להם ארבעה היגדי עמדה (ר' לוח 2). מהלוח עולה תמונה מורכבת.

- ◆ 96% מהרופאים סבורים כי צריכה להיות לחולה הזכות להחליט האם לקבל או שלא לקבל טיפול מאריך חיים.
- ◆ 92% סבורים שעל הרופא להסביר לחולה ולבני משפחתו מהי הפרוגנוזה ולנהל עמם שיחה פתוחה וכנה על מטרות הטיפול.
- ◆ 91% סבורים שעל הרופא לבדוק מהן העדפות החולה לגבי הטיפול שהוא רוצה לקבל בסוף החיים.
- ◆ רק 71% מהרופאים סבורים שצריך להציע לכל חולה במצב סוף חיים למלא מסמך הנחיות מקדימות.
- ◆ הציון הממוצע של ארבעת ההיגדים עמד על 8.4. הציון היה גבוה יותר בקרב רופאים שנולדו בישראל לעומת ארצות אחרות, רופאים יהודים לעומת לא יהודים, רופאים שלמדו רפואה בארץ לעומת אלו שלמדו במדינות אחרות, רופאים בעלי פחות שנות ותק ורופאי משפחה מומחים לעומת רופאים ללא התמחות.

### לוח 2: עמדות הרופאים כלפי אוטונומיה וזכויות של חולים קשים (באחוזים)

מסכים בהחלט	מסכים	לא מסכים	
56	40	4	לחולה צריכה להיות הזכות להחליט האם לקבל או שלא לקבל טיפול מאריך חיים
26	45	29	צריך להציע לכל חולה במצב סוף חיים למלא מסמך הנחיות מקדימות
49	43	8	על הרופא המטפל להסביר לחולה במצב סופני ולבני משפחתו מהי הפרוגנוזה ולנהל עמם שיחה פתוחה וכנה על מטרות הטיפול
60	31	9	הרופא המטפל צריך לבדוק מהן העדפות החולה לגבי הטיפול שהוא רוצה לקבל בסוף החיים, כמו למשל החיאה, הזנה אם לא יוכל לאכול וכד'



## 5.9 עמדות כלפי היקף הטיפול בחולים קשים בסוף החיים

מלוח 3 עולה תמונה מורכבת ולפיה :

- ◆ 34% מהרופאים סבורים כי יש לחתור להציל את חיי מטופליהם בכל מצב.
- ◆ 51% ימליצו לחולה ברוב המקרים לקבל טיפול או תרופה ניסויית שעשויים להאריך את חייהם.
- ◆ עם זאת, 60% סבורים כי חולים במצבי סוף החיים מקבלים יותר מדי התערבויות שלא לצורך, ו-73% סבורים כי לעתים קרובות מציעים לחולים טיפולים יקרים שאינם בסל, בלי להתחשב ביכולתם הכלכלית.
- ◆ הציון הממוצע של המדד עמד על 6.8 והיה גבוה יותר בקרב ילידי ישראל ומדינות אחרות לעומת הציון בקרב ילידי ברית המועצות לשעבר, רופאים יהודים לעומת לא יהודים; מי שלמדו רפואה בישראל לעומת מי שלמדו במדינות אחרות; פחות שנות ותק ומומחים ברפואת משפחה.

### לוח 3: עמדות הרופאים כלפי היקף טיפול בסוף החיים (%)

מסכים בהחלט	מסכים	לא מסכים	
7	27	66	על הרופאים לחתור להציל את חיי מטופליהם בכל מצב ובכל הנסיבות ברוב המקרים אמליץ לחולה שלי לקבל טיפול או תרופה ניסויים (קו רביעי) שעשויים להאריך את חייו לאחר מיצוי הטיפולים המוכרים בישראל, חולים במצבי סוף החיים מקבלים יותר מדי התערבויות שלא צורך כמו זונדה, החיאה וכד'
10	41	49	לעתים קרובות מציעים לחולים טיפולים יקרים שאינם בסל מבלי להתחשב ביכולתם הכלכלית"
16	44	40	
21	52	27	

## 5.10 מכשולים בהפניית חולים לטיפול פליאטיבי

- לרופאים הוצגה רשימת מכשולים אפשריים להפניית חולים לטיפול פליאטיבי ולגבי כל אחד הם נשאלו עד כמה הוא גדול לדעתם. מלוח 4 משתקפת התמונה שלהלן :
- ◆ 61% אמרו שהמחסור בשירותים פליאטיביים הוא מכשול גדול מאוד או די גדול.
  - ◆ 57% אמרו שהעדר הנחיות ברורות לגבי התזמון המתאים להפניה לטיפול פליאטיבי הוא מכשול גדול מאוד או די גדול.
  - ◆ 56% אמרו כי העובדה שהשירותים הפליאטיביים משרתים רק חולי סרטן ולא חולים במחלות אחרות היא מכשול.
  - ◆ 45% אמרו שחולים ומשפחותיהם חושבים שטיפול פליאטיבי "הוא מוות",
  - ◆ 41% ייחסו את המכשולים לחשיבות ערך 'קדושת החיים'.
  - ◆ רק 20% מהרופאים ייחסו את המכשולים לתפקודם: חשש מרגשות אשם וחשש ממתן תרופות אופיאטיות.

מהאמור לעיל עולה, כי לדעת הרופאים המכשולים הגדולים ביותר נעוצים בשירותים, ולאחר מכן בתגובות האוכלוסייה; רק מיעוט סבורים שתפקודם מהווה מכשול לטיפול פליאטיבי טוב.

#### לוח 4: היקף המכשולים המשפיעים על הפניה לשירותים פליאטיביים (%)

מכשול				
לא מכשול	קטן	די גדול	גדול מאוד	
13	25	39	22	מחסור בשירותים פליאטיביים
12	31	41	16	אין הנחיות ברורות לגבי התזמון המתאים להפניה לטיפול פליאטיבי
24	22	36	18	השירותים הפליאטיביים משרתים רק חולי סרטן ולא חולים במחלות אחרות
14	37	42	7	הערכה שגויה (לרוב הערכת חסר) עד כמה החולה קרוב למותו
15	42	29	14	חולים ומשפחותיהם חושבים שטיפול פליאטיבי = מוות
22	37	30	11	אמונות דתיות של חולים ובני משפחה (ביהדות למשל ערך "קדושת החיים")
46	34	17	3	לרופאים יש רגשי אשם כאשר הם מפנים לטיפול פליאטיבי
45	35	13	7	חשש של רופאים מתרופות אופיאטיות

#### 5.11 תפיסת החשיבות של השירותים הפליאטיביים

כדי לבחון את עמדותיהם של הרופאים כלפי השירותים הפליאטיביים מזווית אחרת הם נשאלו עד כמה השירותים האלה חשובים להם עצמם, לממונים עליהם, להנהלות הקופות, למשרד הבריאות ולציבור הרחב. מלוח 5 עולה התמונה שלהלן:

- ◆ 82% מהרופאים אמרו כי השירותים הפליאטיביים חשובים להם במידה רבה מאוד או במידה רבה.
- ◆ 66% מהרופאים סברו שהשירותים האלה חשובים מאוד או חשובים לציבור הרחב.
- ◆ רק 55% סברו שהשירותים חשובים מאוד או חשובים לממונים עליהם, 41% סבורים שהשירותים חשובים לקופות ולבתי החולים שבהם הם עובדים, ו-43% סברו שהשירותים האלה חשובים מאוד או חשובים לקובעי מדיניות במשרד הבריאות.
- ◆ שיעור גבוה יותר של רופאים ילידי ישראל (לעומת מי שנולדו בחו"ל) ושל מומחים ברפואת משפחה (לעומת ללא מומחיות ומומחים ברפואה פנימית) אמרו כי השירותים הפליאטיביים חשובים להם במידה רבה או במידה רבה מאוד. כמו כן, שיעור גבוה יותר של רופאים גברים לעומת נשים, יותר צעירים, דתיים לעומת חילונים ומומחים ברפואת משפחה אמרו שהשירותים האלה חשובים במידה רבה או במידה רבה מאוד לציבור הרחב. לא נמצא קשר בין מאפייני הרופאים ובין תפיסת חשיבות השירותים לגורמים אחרים.

## לוח 5: תפיסת הרופאים את חשיבות השירותים הפליאטיביים לגורמים שונים (%)

עד כמה השירותים האלה חשובים ל:	בכלל לא	במידה מועטה	במידה בינונית	במידה רבה	במידה רבה מאוד
לך עצמך	2	2	11	47	35
הציבור הרחב	5	13	20	33	29
הממונים הישירים שלך במקום העבודה שלך	6	11	28	43	12
הנהלת המחוז בקופה/בית חולים שבה אתה עובד	4	13	31	39	13
ההנהלה המרכזית של הקופה/בית חולים שבה אתה עובד	6	16	29	35	15
מנהלים וקובעי מדיניות במשרד הבריאות	6	18	34	25	16

## 5.12 קשר בין מאפייני הרופאים לבין ידע, הכשרה ומיומנות בטיפול פליאטיבי ועמדות חיוביות להתמודדות במצבי סוף החיים

התמונה המתקבלת בבחינת מאפייני הרופאים לבין הנושאים שנסקרו מורכבת, בין השאר בגלל ריבונם. עם זאת, בניתוח דו-משטני ניתן לזהות, עם כל הזהירות המתחייבת, פרופיל של רופאים בעלי עמדה חיובית יותר כלפי הטיפול הפליאטיבי. נמצא כי רופאים ילידי ישראל, לעומת ילידי מדינות אחרות, רופאים שלמדו רפואה בישראל, לעומת אלה שלמדו במדינות אחרות, בעלי מומחיות ברפואת המשפחה, לעומת חסרי מומחיות או מומחים בתחומים אחרים, ומי שעובדים כרופאים עד 10 שנים, לעומת מי שעובדים יותר שנים, הם בעלי ידע (או היו בעלי יותר ידע), הכשרה ומיומנות בטיפול פליאטיבי מאחרים, והיו מוכנים להיות מעורבים בטיפול בחולים שלהם בסוף חייהם. כמו כן יותר נשים לעומת גברים דיווחו על ידע ועל הכשרה בטיפול פליאטיבי.

## 6. סקר בקרב הציבור הרחב (גילאי 50 ומעלה)

מלבד בחינת הידע והעמדות של הרופאים בקהילה, בחן הסקר את הידע והעמדות של גילאי 50 ומעלה מקרב הציבור הרחב בנושא ובדק האם יש הבדל בין מי שבן משפחתם או חבר קרוב שלהם נפטרו ממחלה חשוכת-מרפא לבין הידע והעמדות של האחרים.

### 6.1 מאפייני האוכלוסייה

אוכלוסיית היעד כללה אנשים בני 50 ומעלה. הגיל הממוצע היה 62 ונע בין 50 לבין 90. כ-49% היו נשים, 80% נשואים, 47% בעלי השכלה על-תיכונית. כ-46% נולדו בישראל, 20% בברית המועצות לשעבר, 22% באסיה-אפריקה והשאר במדינות אחרות. כל המרואיניים היו יהודים, 51% חילונים, 31% מסורתיים, ו-18% דתיים או חרדים. כ-53% היו מבוטחים בשירותי בריאות כללית, 25% במכבי שירותי בריאות, 11% בקופת חולים מאוחדת ו-11% בקופת חולים לאומית (ר' לוח 6).

לוח 6: מאפייני אוכלוסיית המחקר (N=721) לעומת האוכלוסייה הכללית (%)

האוכלוסייה הכללית	אוכלוסיית המחקר		
50	49	גבר	מין
12	10	ירושלים	מחוז
17	8	צפון	
12	15	חיפה	
17	23	תל-אביב	
24	31	מרכז	
7	2	יהודה ושומרון	
14	12	דרום	
40	42	59-50	
30	37	69-60	
30	20	+70	
46	51	חילונים	דתיות
40	31	מסורתיים	
16	18	דתיים או חרדים	
33	46	ישראל	ארץ לידה
18	11	דרום/צפון אמריקה אירופה	
22	21	ברית המועצות	
27	22	אפריקה/אסיה/	
67	81	נשוי	מצב משפחתי
56	53	עד 12 שנות לימוד	השכלה
44	47	13 ומעלה שנות לימוד	
-	36	מצוין/טוב מאוד	מצב בריאות
-	44	טוב	
-	20	לא כל כך טוב/רע/רע מאוד	
-	6	יותר טוב	מצב הבריאות כיום בהשוואה למצב לפני שנה
-	70	אותו הדבר	
-	24	פחות טובה	
58 (מגיל +55)	53	כללית	קופה
24	25	מכבי	
10	11	מאוחדת	
8	11	לאומית	

השוואה בין מאפייני אוכלוסיית המחקר לבין האוכלוסייה הכללית בישראל בגיל 50 ומעלה מלמדת כי אוכלוסיית המחקר דומה בבחינת מגדר, השכלה וחברות בקופות החולים. עם זאת, רק 10% מהמרוואיינים במחקר היו בני 75 ומעלה לעומת 20% באוכלוסייה הכללית בני 50 ומעלה. הסיבות לכך עשויות להיות אלו: שיעור גבוה של בני 75 ומעלה לא היו מסוגלים להתראיין עקב ירידה קוגניטיבית, אי ידיעת עברית, והעובדה שאינם גרים בבית אלא במוסד סיעודי. בהתאמה לגיל, גם שיעור המרוואיינים הנשואים היה 87% לעומת 67% באוכלוסייה הכללית.

בבחינת מצב בריאות, 36% דיווחו כי מצב בריאותם מצוין או טוב מאוד, 44% דיווחו שמצב בריאותם טוב, ו-20% דיווחו שמצב בריאותם לא כל כך טוב, לא טוב או גרוע. לשאלה בנוגע למצב הבריאות כיום לעומת המצב שנה קודם לכן ("לפני שנה") השיבו 70% כי לא חל שינוי במצב בריאותם, אך 24% אמרו שמצבם פחות טוב. 96% היו עצמאיים בהליכה מחוץ לביתם ובתוכו. (אין בלוח)

## 6.2 התמודדות עם מוות של בן משפחה או של חבר קרוב שלקה במחלה חשוכת מרפא

התמודדות עם אבדן של בן משפחה, או של חבר קרוב שנפטר בגלל מחלה קשה שאינה ניתנת לריפוי, עשויה להשפיע הן על היכרות הפרט עם שירותים לאנשים במצבי סוף החיים והן על עמדותיו בנוגע לאופן שבו הוא עצמו היה רוצה לסיים את חייו ולטיפול שהיה רוצה לקבל אם יחלה חלילה במחלה חשוכת מרפא. הממצאים מלמדים כי 56% דיווחו שבן משפחה מדרגה ראשונה או חבר קרוב נפטר בשנים האחרונות; 41% בשנה האחרונה (39% לפני עד חמש שנים, ו-20% לפני יותר מחמש שנים). מתוכם:

- ◆ 72% אמרו שיקירם סבל ממחלה קשה חשוכת מרפא: 68% מסרטן, והשאר ממחלות קרדיו-וסקולריות וממחלות נירולוגיות.
- ◆ 72% אמרו שיקיריהם סבלו מכאבים בתקופה האחרונה לחייהם ו-64% סבלו מסימפטומים פיזיים אחרים או נפשיים בתקופה האחרונה לחייהם.
- ◆ 26% דיווחו שאיכות הטיפול של המערכת הרפואית בבן המשפחה או בחבר שנפטר הייתה טובה מאוד, 40% טובה, 26% בינונית ו-8% גרועה ללא הבדל לפי סוג המחלה ומאפייני המרואיינים.

## 6.3 ידע על שירותים לטיפול פליאטיבי

כדי לבחון האם הציבור הרחב מכיר את השירותים לטיפול פליאטיבי נשאלו המרואיינים האם הם יודעים שיש שירותים רפואיים שמיועדים לשיפור איכות חייהם של חולים במחלות חשוכות מרפא.

- ◆ 16% מהציבור דיווחו שהם מכירים היטב את השירותים הפליאטיביים; ל-40% היה ידע מועט ו-44% לא שמעו על כך.
- ◆ יותר אנשים בעלי השכלה מעל 13 שנות לימוד, שמצב בריאותם טוב יותר, ושהיה להם בן משפחה שנפטר ממחלה קשה אמרו שיש להם ידע טוב או מועט על טיפול לשיפור איכות החיים לעומת מי שמעולם לא שמעו על כך.
- ◆ מקורות המידע על השירותים הפליאטיביים הם: 51% מחבר או קרוב משפחה שקיבל טיפול פליאטיבי, 43% מאמצעי התקשורת, 11% עוסקים בתחום הבריאות ומקורות אחרים במערכת הבריאות.
- ◆ למרואיינים שאמרו שיש להם ידע טוב או מועט על השירותים הוצגה רשימה של חמש מטרות טיפול פליאטיבי והם נשאלו האם הם מכירים אותן. 14% ידעו שהטיפול נועד להקל סימפטומים כמו כאב, בחילות עצירות וסימנים פיזיים אחרים, ו-17% ידעו שהטיפול נועד לטפל במצבים רגשיים כמו פחד, חרדה ודיכאון. רק 7% ידעו שהטיפול נועד גם לבני משפחת החולה.

## 6.4 עמדות כלפי טיפול באנשים במצבי סוף החיים

במטרה לבחון את עמדות הציבור הרחב כלפי טיפול באנשים במצבי סוף החיים התבקשו המרואיינים לציין עד כמה הם מסכימים (בכלל לא מסכים, לא מסכים, מסכים, מסכים בהחלט) עם 12 היגדים. רוב ההיגדים נאמרו בגוף ראשון (אם אהיה חולה, אני לא צריך, לפי הדת שלי) משום שעל פי הספרות, אנשים נוטים להשיב ביתר פתיחות לשאלות בנושאים הקשורים לתפיסת עולמם ובהתייחסות לחייהם (ר' לוח 7).

### לוח 7: עמדות כלפי טיפול בחולים במחלות חשוכות מרפא (%)

ההיגדים	בכלל לא מסכים / לא מסכים	מסכים	מסכים בהחלט
כל אדם צלול שחולה במחלה חשוכת מרפא צריך למלא מסמך הנחיות מקדימות	14	58	28
אם החולה צלול, רק לו עצמו יש זכות להחליט איזה טיפול יקבל	22	52	26
אם אהיה חלילה חולה חשוך מרפא, אני רוצה לבחור איזה טיפול אני מעדיף ושיתחשבו ברצונות שלי	10	50	40
אם יש מסמך הנחיות מקדימות הרופאים צריכים למלא את ההוראות שכתובות בו	13	59	28
אם אהיה חלילה חולה חשוך מרפא, אני רוצה לקבל רק טיפול שיקל על הסבל הפיזי והנפשי שלי מבלי להאריך את חיי	21	49	30
אם אהיה חלילה חולה חשוך מרפא, איכות חיי תהיה יותר חשובה לי מאשר כמה זמן הם ימשכו	9	55	36
על הרופאים לחתור להציל את חיי מטופליהם בכל מצב ובכל הנסיבות	24	55	21
לפי הדת שלי צריך לעשות הכול כדי להציל חיים	27	39	34
אם אהיה חלילה חולה חשוך מרפא, אני רוצה שיעשו הכול כדי להציל את חיי	42	35	23
אני לא צריך לכתוב מסמך הנחיות מקדימות כי בני משפחתי מכירים את כל רצוני	51	40	9
אנשים בריאים לא צריכים לחשוב על מסמך הנחיות מקדימות	53	37	10
הכנת מסמך הנחיות מקדימות מדכאת יותר מדי	39	46	15

מלוח 7 עולה תמונה מורכבת ולפיה:

- ◆ 91% הסכימו בהחלט או הסכימו שאיכות החיים חשובה יותר ממשכם.
- ◆ 91% רוצים לבחור איזה טיפול יעדיפו לקבל ומעדיפים שיתחשבו ברצונותיהם.
- ◆ 78% הסכימו שאם יחלו במחלה חשוכת מרפא, ירצו לקבל רק טיפול שיקל על הסבל הפיזי והנפשי שלהם מבלי להאריך את חייהם.
- ◆ עם זאת, 77% סברו כי על הרופאים לחתור להציל את חיי מטופליהם בכל מצב ובכל הנסיבות.
- ◆ 60% ציינו שאם יחלו במחלה חשוכת מרפא ירצו שיעשו הכול כדי להציל את חייהם.
- ◆ 50% סברו שאינם צריכים לכתוב הנחיות מקדימות משום שבני משפחתם מכירים את כל רצונותיהם ו-61% אמרו שהכנת מסמך כזה מדכאת יותר מדי.

במטרה להעמיק את הבנתה של התמונה המורכבת שהתקבלה, נערך ניתוח גורמים והוא הניב ארבעה ממדים :

- ◆ לאנשים יש זכות לקבל החלטות לגבי סוף החיים
- ◆ לאנשים יש זכות לאיכות חיים בסוף החיים
- ◆ יש חשיבות לערך קדושת החיים
- ◆ הכחשת הצורך בתכנון טיפול מוקדם.

מלוח 8 עולה כי הציון הממוצע של ההיגדים על הזכות לקבל החלטות לגבי סוף החיים ולאיכות סוף החיים היה גבוה יותר (3.2 ו-3.1 בהתאמה) מהציון הממוצע של ההיגדים על מתן חשיבות לערך קדושת החיים ושל ההיגדים בנושא הכחשת הצורך בתכנון טיפול מוקדם (2.9 ו-2.6 בהתאמה).

#### לוח 8 : ציון ממוצע, הציון וטווח של ארבעת ממדי עמדות כלפי טיפול בסוף החיים

ממד	ממוצע ±	סטיית תקן	טווח	הציון
לאנשים יש זכות לקבל החלטות לגבי סוף החיים	3.1	0.5	4-1	3
לאנשים יש זכות לאיכות חיים בסוף החיים	3.2	0.6	4-1	3
יש חשיבות לערך קדושת החיים	2.9	0.7	4-1	3
הכחשת הצורך בתכנון טיפול מוקדם	2.6	0.6	4-1	2.7

כדי להגדיל את מודעות הציבור הרחב לעקרונות הטיפול הפליאטיבי, חשוב למקד את פעילות החינוך וההסברה לפלח האוכלוסייה הרלוונטי. כדי לבחון את המאפיינים המשפיעים על עמדותיהן של קבוצות בקרב הציבור הרחב נערך ניתוח רב-משתני מסוג רגרסיה לינארית עם כל אחד מארבעת הממדים. מלוח 9 עולה התמונה שלהלן :

- ◆ התפיסה שלפיה אנשים זכאים לקבל החלטות לגבי סוף החיים נמצאה קשורה עם : נשים, בעלי השכלה של 13 שנות לימוד או יותר (לעומת השכלה נמוכה יותר), חילונים (לעומת דתיים או חרדים), ילידי הארץ ואנשים שבו משפחה או חבר קרוב נפטר ממחלה קשה. יצוין שבניתוח דו-משתני נמצא קשר מובהק גם עם מצב בריאות פחות טוב והיותו של המרואיין צעיר יותר.
- ◆ התפיסה שלפיה אנשים זכאים לאיכות חיים טובה בסוף החיים נמצאה קשורה עם : נשים לעומת גברים וחילונים ומסורתיים לעומת דתיים וחרדים, ילידי הארץ ואנשים בן משפחה או חבר קרוב נפטר ממחלה קשה. בניתוח דו-משתני נמצא קשר גם למצב בריאות יותר טוב.
- ◆ מתן חשיבות לערך קדושת החיים נמצא קשור עם : גברים לעומת נשים, בעלי השכלה נמוכה יותר ובקרוב חרדים ודתיים לעומת חילונים ומי שנולד בחו"ל לעומת ישראל. בניתוח דו-משתני נמצא קשר מובהק גם אנשים שלא היו להם בני משפחה או חברים שנפטרו ממחלה חשוכת מרפא.
- ◆ הכחשת הצורך בתכנון טיפול מוקדם נמצאה קשורה עם : גברים לעומת נשים, בעלי השכלה נמוכה מ-12 שנות לימוד, חרדיים ודתיים לעומת מסורתי, מי שנולד בחו"ל לעומת בישראל וחילוני ומי שהיה להם בן משפחה שנפטר ממחלה קשה.

**לוח 9: ניתוח רב-משתני ברגרסיה לינארית של עמדות כלפי טיפול באנשים עם מחלות חשוכות מרפא (מקדם B)**

משתנים תלויים				
הכחשת הצורך בתכנון טיפול מוקדם	מתן חשיבות לקדושת החיים	יש זכות לאיכות בסוף החיים	יש זכות לקבל החלטות לגבי סוף החיים	
*-.096	*-.131	*.206	*0.76	מין : נשים (לעומת גברים)
*-.212	*-.130	.006	.050	השכלה : עד 12 שנות לימוד (לעומת +13)
*-.121	*-.309	*.125	*0.91	דתיות : חילונית ומסורתית (לעומת דתית או חרדית)
*-.111	*-.020	*.121	*.176	ארץ לידה : ישראל
*.128	.138	*-.107	-.026	בן משפחה או חבר קרוב נפטר ממחלה קשה

P>0.05

למרות התמונה המורכבת המתקבלת בנוגע לעמדות כלפי הטיפול בסוף החיים, ניתן לזהות קבוצות אוכלוסייה בעלות התייחסות שונה לעקרונות הטיפול הפליאטיבי :

- ♦ יותר נשים מגברים, יותר בעלי השכלה גבוהה מ-12 שנות לימוד ויותר חילונית, תומכים בזכות לקבל החלטות בסוף החיים, בחשיבות של תכנון טיפול ובזכות לאיכות חיים בסוף החיים ופחות תומכים בערך קדושת החיים.
- ♦ אנשים עם פחות השכלה ואנשים חרדיים או דתיים תומכים יותר בערך קדושת החיים, ופחות תומכים בתכנון טיפול מוקדם, בזכות לקבל החלטות ובזכות לאיכות חיים בסוף החיים.

### 6.5 עמדות כלפי הנחיות טיפול מקדימות

תכנון טיפול ומתן הנחיות מקדימות מאפשר לחולים, כבר בשלב המוקדם של המחלה, לשתף אנשים אחרים, בעיקר את בני המשפחה המטפלים בהם, ברצונותיהם לגבי הטיפול בהם בשלב שבו לא יוכלו לבטא את עצמם ולהביע את רצונם. הממצאים מלמדים כי :

- ♦ רק 25 מרואיינים (4%) מילאו מסמך הנחיות מקדימות. מאפייניהם : 18 בעלי השכלה על-תיכונית לעומת 8 בעלי השכלה נמוכה ; 3 (מתוך 25) דתיים או חרדים ; ל-13 היו בני משפחה שנפטרו ממחלה חשוכת מרפא. לא נמצאו הבדלים מבחינת מין, גיל ומצב בריאות.
- ♦ כ-40% מהמרואיינים אמרו שהיו רוצים למלא מסמך כזה. היו בקרבם יותר נשים (50%) מגברים (38%), יותר בעלי השכלה על תיכונית לעומת נמוכה יותר (50%-ו-39% בהתאמה), יותר חילונית לעומת דתיים או חרדים (54%-ו-34% בהתאמה) ויותר אנשים שהיו להם בני משפחה שנפטרו ממחלה חשוכת מרפא (44% לעומת 36%). לא נמצא קשר למין, לגיל ולמצב בריאות.
- ♦ ל-5% היה ייפוי כוח רפואי שבו כתוב מי יקבל החלטות רפואיות בשבילם אם לא יוכלו לקבל החלטות לבד (ללא חפיפה בין אלו שמילאו מסמך הנחיות מקדימות לבין אלו שיש להם ייפוי כוח רפואי). רובם היו חילונית (30 איש לעומת 4 דתיים או חרדיים), ולא נמצא קשר למאפיינים אחרים (מין, גיל, השכלה ומצב בריאות).



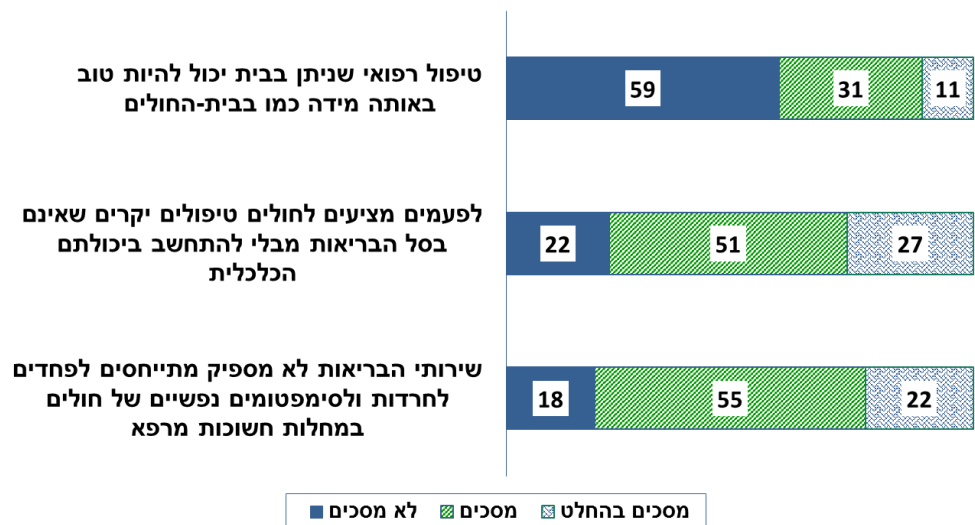
- ◆ רק 7 מרואיינים (1%) דיווחו שמישהו מהמערכת הרפואית דיבר אתם על העדפותיהם בסוף החיים, אך 38% אמרו שהם היו רוצים לקיים שיחה כזו.
- ◆ כ-51% מכלל המרואיינים אמרו שקשה להם מאוד או שקשה להם לדבר על מחלות חשוכות מרפא ועל נושאים הקשורים לסוף החיים. שיעורם גבוה יותר בקרב נשים, בקרב אנשים שנולדו בחו"ל לעומת מי שנולדו בארץ; בקרב דתיים וחרדים לעומת חילוניים; בקרב בעלי השכלה נמוכה לעומת בעלי השכלה על-תיכונית ובקרב בעלי בריאות פחות טובה או לא טובה לעומת בעלי בריאות טובה. לא נמצא קשר לגיל ולבן משפחה או לחברים שנפטרו עקב מחלה חשוכת מרפא.
- ◆ כ-43% מהמרואיינים חשבו שאמצעי התקשורת בישראל מדברים על נושאים הקשורים למחלות חשוכות מרפא פחות מדי, 13% חשבו שמדברים על כך יותר מדי ו-44% חשבו שמדברים על כך במידה הנכונה. בבחינת מאפייניהם, שיעורם גבוה יותר בקרב בעלי השכלה על-תיכונית ומעלה לעומת שיעורם בקרב בעלי השכלה נמוכה יותר, בקרב צעירים יותר, חילונים או מסורתיים לעומת חרדיים או דתיים. לא נמצא קשר למין, למצב בריאות ולבן משפחה או לחברים שנפטרו עקב מחלה חשוכת מרפא.
- ◆ 83% מכלל האוכלוסייה חשבו שסל הבריאות צריך לכלול שירותים לשיפור איכות חייהם של חולים במחלות חשוכות מרפא.

## 6.6 תפיסת התמודדות מערכת הבריאות עם הטיפול בחולים במחלות חשוכות מרפא

כדי ללמוד כיצד הציבור הרחב תופס את הטיפול של שירותי הבריאות בחולים במחלות חשוכות מרפא נשאלו המרואיינים עד כמה הם מסכימים (בכלל לא מסכים, לא מסכים, מסכים, מסכים בהחלט) עם ארבעה היגדים. מתרשים 7 עולה התמונה שלהלן:

- ◆ 77% סבורים ששירותי הבריאות לא די מתייחסים לפחדים לחרדות ולסימפטומים נפשיים של חולים במחלות חשוכות מרפא.
- ◆ 78% סבורים שלפעמים מציעים לחולים טיפולים יקרים שאינם בסל הבריאות מבלי להתחשב ביכולתם הכלכלית. יותר אנשים בני 70 ומעלה הסכימו לכך מאשר צעירים.

**תרשים 7: תפיסת הציבור על התמודדות מערכת הבריאות עם הטיפול בחולים במחלות חשוכות מרפא (%)**



## 7. השוואה בין עמדות הציבור הרחב לבין עמדות הרופאים בנוגע לטיפול בסוף החיים

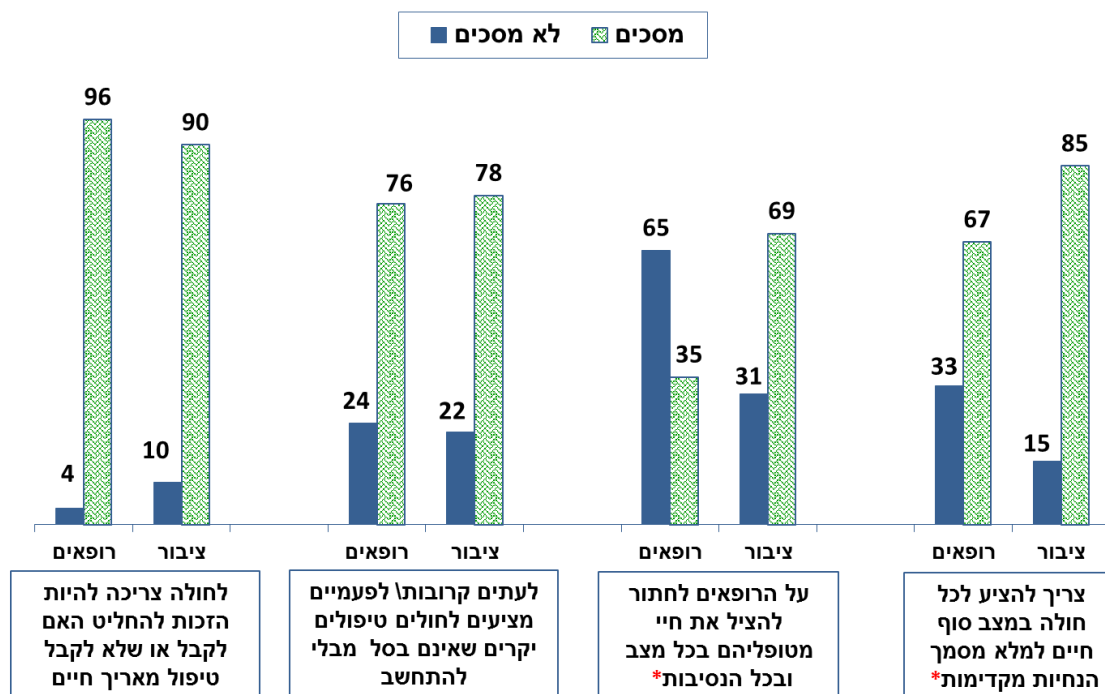
מחקרים מלמדים על הבדלים רבים בין עמדות הציבור הרחב לבין עמדות הרופאים כלפי טיפול שהיו רוצים לתת ולקבל אם יחלו במחלות חשוכות מרפא ובמצבי סוף החיים. כדי לבחן זאת בחרנו ארבעה היגדים המייצגים עמדות כלפי טיפול פליאטיבי:

- ◆ הזכות לקבל החלטות
- ◆ קבלת טיפול בכל מצב
- ◆ קבלת טיפול בכל מחיר
- ◆ הצורך לכתוב הנחיות מוקדמות

מתרשים 8 עולה תמונה מורכבת לפיה:

- ◆ יותר מ-90% מהרופאים ומהציבור הרחב תומכים במתן אוטונומיה לחולה בהחלטתו האם לקבל טיפול מאריך חיים ובזכות שיש להם להיות מעורבים בהחלטה על המחיר הכלכלי הכרוך בכך, ללא הבדל ביניהם. כלומר, נראה שהן הציבור הרחב והן הרופאים תומכים בעקרון האוטונומיה של חולים קשים בקבלת ההחלטות על הטיפול.
- ◆ לעומת זאת, הרופאים והציבור חלוקים בנוגע לחובת הרופאים לחתור להציל את חיי החולה בכל מצב ובכל הנסיבות. 69% מהמרואיינים בציבור הרחב תמכו בעמדה זו, לעומת 31% מהרופאים. כמו כן, שיעור גבוה יותר מקרב הציבור הרחב חשבו שיש להציע לחולה קשה למלא מסמך הנחיות מוקדמות, לעומת שיעור הרופאים שסברו כך (85%-ו-67% בהתאמה).

## תרשים 8: עמדות הרופאים והציבור כלפי טיפול בסוף החיים (%)



\* $p < 0.05$  בהשוואה בין רופאים לציבור הרחב

## 8. סיכום והשלכות המחקר

ממצאי המחקר מלמדים על מספר כיווני פעולה שעשויים לסייע בשיפור הטיפול הפליאטיבי בקהילה. להלן הפירוט:

- אף על פי ששיעור גבוה מהרופאים דיווחו שקיבלו הכשרה בעקרונות טיפול פליאטיבי וכי יש להם מיומנות וביטחון טובים בנושא, נראה שבפועל זה מתבטא בעיקר בטיפול בכאב וסימפטומים פיזיים אחרים, והרבה פחות בתחומים חשובים לא פחות, כמו מתן בשורות קשות, תיאום ציפיות ובירור העדפות חולים קשים לגבי הטיפול שיקבלו בסוף החיים. לפיכך, חשוב להרחיב את הידע של רופאי המשפחה בנושאים אלה באמצעות הכשרות, סימולציות וימי עיון. כמו כן, חשוב לעדכן אותם בגישה השגורה כיום, שלפיה רצוי להתחיל להציע לחולה טיפול פליאטיבי בסמוך לקבלת אבחנה של מחלה חשוכת מרפא, ולהגביר את הטיפול הזה בהתאם להתקדמות המחלה ולהחמרתה. זאת ועוד, חשוב להנחיל להם את ההבנה כי מתן הטיפול הזה אינו מונע אפשרות להמשיך ולקבל טיפול מרפא ומאריך חיים.
- העובדה שפחות ממצצית מרופאי המשפחה מעוניינים לטפל ברוב החולים שלהם בסוף החיים מעמידה בפני השירותים בקהילה אתגר של ממש. זאת ועוד, הממצא שלפניו יש קשר בין הרצון למעורבות בטיפול בחולים בסוף החיים, לבין תפיסת ידע, ההכשרה ומיומנות גבוהים יותר, מדגישה

את הצורך להרחיב את הידע ולהפעיל תכניות הכשרה, כדי להגביר את נכונותם של רופאי המשפחה לטפל בחולים שלהם עד סוף חייהם.

◆ רוב הרופאים מייחסים חשיבות רבה מאוד לשירותים הפליאטיביים, אך רק כמחציתם סבורים שגם קופות החולים שבהם הם עובדים וקובעי מדיניות במשרד הבריאות מייחסים לכך חשיבות רבה. לאור מיעוט השירותים הפליאטיביים בארץ, נראה שרופאים מתמודדים עם קשיים משמעותיים להפנות אליהם מטופלים. לפיכך, נראה כי יש צורך להרחיב את השירותים האלה בקהילה, אם באמצעות ייעוץ פליאטיבי של מומחה ביחידות לטיפול בית, שכמעט לא קיים כיום, ואם באמצעות הרחבה ניכרת של יחידות הוספיס הבית הפועלות כיום בישראל.

◆ רבים מהרופאים הצביעו על מכשולים בהפניית מטופלים לשירותים פליאטיביים, ובעיקר המחסור גדול בשירותים פליאטיביים. נראה שיהיה קשה להתמודד עם כל המכשולים האלה בטווח זמן קצר, אך עם מכשולים כמו כתיבת הנחיות ברורות לגבי תזמון ההפניה לטיפול פליאטיבי, ובכלל זה הגברת הנגישות למי שאינו חולה סרטן, ניתן להתמודד בתוך זמן קצר.

◆ רוב הציבור אינו מכיר או כמעט שאינו מכיר את השירותים הפליאטיביים שנועדו להקל על הסבל במצבים קשים ובסוף החיים. זאת ועוד, מצד אחד, רבים מעוניינים להיות מעורבים בקבלת ההחלטות במצבים קשים ומייחסים חשיבות רבה יותר לאיכות סוף החיים מאשר למשכס. אך מצד אחר רבים גם סבורים שעל הרופא לנסות ולהציל חיים בכל מצב ובכל הנסיבות. הסתירה, כביכול, בין הדברים, עשויה להיות קשורה לקושי האנושי להתמודד עם נושא קשה כמו המוות. אנו רוצים שאהובנו יקבל את הטיפול הטוב ביותר, ושיש לעשות כל פעולה שעשויה להציל את חייו משום שאיננו רוצים להפרד ממנו. אך יחד עם זאת איננו רוצים שיקירנו יסבול ולכן מייחסים חשיבות רבה לאיכות סוף החיים. כך, רבים מהאנשים יכולים להחזיק בעת ובעונה בשתי דעות שעל פניו נתפסות כמנוגדות. לאור זאת, יש לתכנן ולערוך פעולות הסברה רבות ואיכותיות כדי להרחיב את הידע ואת ההבנה של הציבור הרחב על מטרות הטיפול הפליאטיבי ועל עקרונותיו, כדי להפיג את החששות ולעורר ביטחון. פעולות אלה צריכות להיות מבוצעות בידי קופות החולים, וגם שירותי הרווחה עשויים להיות שותפים לכך.

◆ במקביל קיים צורך בפעולות יידוע, הדרכה והכשרה רחבות – בקרב הקהילה הרפואית ובקרב הציבור רחב – כדי להגדיל את הידע והמודעות להנחיות טיפול מוקדמות, להפחית פחדים וחרדות ולשפר העמדות בנושא, כדי להגדיל את מספר האנשים שכותבים אותם.

◆ לאור מספרם המועט של הרופאים שמעורבים בכתיבת הנחיות מקדימות מצד אחד, ולאור מספרם הגבוה של אלו שגילו בכך התעניינות ורצון להרחיב את הידע שלהם מצד אחד, חשוב לתת להם הדרכה והשתלמות בנושא, כדי שתהיה להם מוטיבציה ויוכלו לחוש ביטחון לשוחח עם המטופלים ולסייע להם למלא מסמכים של הנחיות מקדימות. לכך יש חשיבות לאור העובדה ששיעור גבוה מהציבור הרחב מעוניינים למלא הנחיות מקדימות וסבורים שעל הרופאים להציע סיוע.

ממצאי המחקר מוצגים למנהלים בקופות החולים ובמשרד הבריאות. במקביל, הממצאים משמשים כיום בתהליך בניית "התכנית הלאומית באנשים במצבי סוף החיים ולטיפול פליאטיבי" שהיא שיתוף פעולה בין משרד הבריאות, אשל ומאיירס-ג'וינט-ברוקדייל.

- בכנר, י'; כרמל, ש'; זינגר, י'. 2005. "למות בבית - מזווית ראייה של המשפחה המטפלת בישראל". **גרונטולוגיה ל"ב** (1): 107-122.
- בנטור, נ'; רזניצקי, ש'; שנור, י'. 2005. שירותים פליאטיביים ושירותי הוספיס בישראל. דמ-459-05. מאירס-גיוינט-מכון ברוקדייל, ירושלים.
- בנטור, נ'; צ'חמיר, ס'. 2007. תכנית ארצית להכשרה פליאטיבית בישראל: מחקר הערכה. דמ-498-05. מאירס-גיוינט-מכון ברוקדייל, ירושלים.
- זמישלני, צ'; נחשוני, א'. 2009. "התמודדות עם החולה הנוטה למות". **הרפואה** 148(1): 34-35.
- פלג, ג'; ליכטנטריט, ר'. 2010. "עמדות כלפי מוות: השוואה בין אחיות לעובדות סוציאליות". **בטאון הסייעוד האונקולוגי בישראל** י"ט (1): 14-22.
- שוורצמן פ'. 2005. המלצות הוועדה לקביעת קווים מנחים לטיפול פליאטיבי בישראל, המועצות הלאומיות לבריאות הקהילה, אונקולוגיה, גריאטרייה, בריאות הילד משרד הבריאות. הוגש למשרד הבריאות.
- Bentur, N. 2009. "The Palliative Care Services in the Israeli Health Care System". In: Rosen B. and Merkur, S. Israel: Health System Review. Health Care Systems in Transition. **The European Observatory on Health Care Systems** 11(2):142-144.
- Bentur, N. 2008. "The Attitudes of Physicians Toward the New 'Dying Patient Act' Enacted in Israel. **American Journal of Hospice and Palliative Medicine** 25: 361-365.
- Bingley, A.; Clark, D. 2008. **A Comparative Review of Palliative Care Development in Six Countries Represented by the Middle East Cancer Consortium (MECC)**. Mapping Levels of Palliative Care Development: A Global View.
- Casarett, D.J.; Quill, T.E. 2007. "'I'm Not Ready for Hospice': Strategies for Timely and Effective Hospice Discussions". **Annals of Internal Medicine** 146 (6): 443-449
- Casarett, D.J.; Crowley, R.L.; Hirschman, K.B. 2004. "How Should Clinicians Describe Hospice to Patients and Families?" **J Am Geriatr Soc** 52(11):1923-1928.
- Catt, S.; Blanchard, M.; Addington-Hall, J.; Zis, M.; Blizard, R.; King, M. 2005. "Older Adults' Attitudes to Death, Palliative Treatment and Hospice Care". **Palliat Med** 19(5):402-10.
- Emanuel, E.J.; Fairclough, D.L.; Daniels, E.R.; Clarridge, B.R. 1996. "Euthanasia and Physician Assisted Suicide: Attitudes and Experience of Oncology Patients, Oncologists and the Public". **Lancet** 347:1805-1810.

- Gallo, W.T.; Baker, M.J.; Bradley, E.H. 2001. "Factors Associated with Home Versus Institutional Death Among Cancer Patients in Connecticut". **Journal of American Geriatric Society** 49(6):771-777.
- Gorman, T.E.; Ahern, S.P.; Wiseman, J.; Skorbik, Y. 2005. "Residents' End of Life Decision Making with Adults Hospitalized Patients: a Review of the Literature". **Acad Med** 80:622-633.
- Hagerty, R.G.; Butow, P.N.; Ellis, P.M.; Dimitry, S.; Tattersall, M.H.N. 2005. "Communicating Prognosis in Cancer Care: a Systematic Review". **Ann Oncol** 16(7):1005-1053.
- Hanratty, B.; Hibbert, D.; Mair, F.; May, C.; Ward, C. 2006. "Doctors' Understanding of Palliative Care". **Palliative Medicine**, 20, 493–497.
- Hays, J.C.; Calanos, A.N.; Palmer, T.A.; McQuoid, D.R.; Flint, E.P. 2001. "Preference for Place of Death in a Continuing Care Retirement Community". **Gerontologist** 41(1):123-128.
- Huijjer, H.A.; Dimassi, H.; Abboud, S. 2009. "Perspectives on Palliative Care in Lebanon: Knowledge, Attitudes, and Practices of Medical and Nursing Specialties". **Palliative and Supportive Care** 7:339-347.
- Huskamp, H.A.; Keating, N.L.; Malin, J.L.; Zaslavsky, A.M.; Weeks, J.C.; Earle, C.C.; Teno, J.M. 2009. "Discussions With Physicians About Hospice Among Patients With Metastatic Lung Cancer". **Arch Intern med** 25;169(10):954-62.
- Iecovich, E; Carmel, S.; Bachner, Y.G. 2009. "Where They Want to Die: Correlates of Elderly Persons' Preferences for Death Site". **Social Work in Public Health** 24:527-542.
- Lamont, E.B.; Christakis, N.A. 2001. "Prognostic Disclosure to Patients with Cancer Near the End of Life". **Ann Intern Med** 134(12):1096-1105.
- Lynn, J.; Ely, E.W.; Zhong, Z.; McNiff, K.L.; Dawson, N.V.; Connors, A.; Desbiens, N.A.; Claessens, M.; McCarthy, E.P. 2000. "Living and Dying with Chronic Obstructive Pulmonary Disease". **J Am Geriatr Soc** 48: S91-S100.
- Lynn, J. 2001. "Serving Patients who May Die Soon and Their Families: The Role of Hospice and Other Services". **JAMA** 285:925-32.
- Malin, JL, Ko C, Ayanian LZ. 2006. "Understanding Cancer Patients' Experience and Outcomes: Development and Pilot Study of the Cancer Outcomes Research and Surveillance patient survey". **Support Care Cancer** 14(8):837-848.
- Marshall, P.A. 1995. "The SUPPORT Study Who's Talking?". **Hastings Center Report** 25(6): S9-S11.
- Miccinesi, G.; Fischer, S.; Paci, E.; Onwuteaka-Philipsen B.D.; Cartwright, C.; EURELD consortium. 2005. "Physicians' Attitudes Towards End-of-Life Decisions: A Comparison Between Seven Countries". **Social Science and Medicine** 60, 1961–1974.

Meier, D.E.; Back A.L.; Morrison R.S. 2001. "The Inner Life of Physicians and Care of the Seriously Ill". **JAMA** 286(23):3007-3014.

Miller, S.C; Mor, V.; Teno, J. 2003. "Hospice Enrollment and Pain Assessment and Management in Nursing Homes". **J Pain Symptom Manage** 26:791-9

Miyashita, K.S.; Morita, T .; Suzuki, M. 2008. "Effect of a Population-Based Educational Intervention Focusing on End of Life Care, Life Prolonging Treatment and Knowledge About Palliative Care". **Palliative Medicine** 22:376-382.

Morita, T; Miyashita, M.; Shibagaki, M.; Hirai, K.; Ashiya, T.; Ishihara, T.; Matsubara, T.; Miyoshi, I.; Nakaho, T.; Nakashima, N.; Onishi, H.; Ozawa, T.; Suenaga, K.; Tajima, T.; Akechi, T.; Uchitomi, Y. 2006. "Knowledge and Beliefs About End of Life Care and the Effects of Specialized Palliative Care: a Population Based Survey in Japan". **J Pain Symptom Manage** 31(4):306-16.

Mount, B. 1996. "Morphine Drips, Terminal Sedation, and Slow Euthanasia: Definitions and Facts, not Anecdotes". **J Palliat Care** 12(4): 31-37.

Moumjid, N.; Gafni, A.; Brémond, A.; Carrère, M.O. 2007. "Shared Decision Making in the Medical Encounter: Are We All Talking about the Same Thing?". **Med Decis Making**, 27; 539-546.

Rodeigues, K.; Barnato, A. 2007. "Perceptions and Utilization of Palliative Care Services in Acute Care Hospitals". **Journal of Palliative Medicine** 2007;1:99-110.

Sato, K.; Miyashita, M.; Morita, T.; Suzuki, M. 2009. "The Long Term Effect of a Population Based Educational Intervention Focusing on End of Life Care, Life Prolonging Treatment and Knowledge about Palliative Care". **Journal of Palliative Care** 25(3)206-212.

Saunders, C.; Summers, D.; Teller, N. 1983. **Hospice: The Living Idea**. Edward Arnold, London.

Singer, Y.; Carmel, S. 2009. "Teaching End of Life care to Family Medicine Residents. What do They Learn". **Medical Teacher** 31:e47-e50.

Shugarman, L.R.; Lorenz, K.; Lynn, J. 2005. "End of Life Care: An Agenda for Policy Improvement". **Clinic in Geriatric Medicine** 21: 255-272.

Shvartzman, P.; Singer, Y.; Bentur, N.; Kabilo, Y.; Auberman, A.; Cohen, R.; Tandeter, H. 2011. "Constructing a Post-graduate Palliative Care Curriculum: The Israeli National Palliative Care Training (INPACT) Experience". **Journal of Palliative Care** 27(3):238-243.

Shunkwiler, S.M.; Broderick, A.; Stansfield, R.B.; Rosenbaum, M. 2005. "Pilot of a Hospice-Based Elective to Learn Comfort with Dying Patients in Undergraduate Medical Education." **J Palliat Med** 8(2):344-53.

Stjernswärd, J.; Foley, K.M.; Ferris, F.D. 2007. "The Public Health Strategy for Palliative Care." **Journal of Pain and Symptom Management** 33.5 (2007): 486-493.

Sullivan, A.M.; Lakoma, M.D.; Block, S.D. 2003. The Status of Medical Education in End of Life Care: a National Report. **J Gen Intern Med** 18:770-781.

Tang, S.T.; McCorkle, R. 2001. "Determinants of Place of Death for Terminal Cancer Patients". **Cancer Investigations** 19:165-251.

Teno, J.M.; Casey, V.A.; Welch, L.; Edgman-Levitan, S. 2001. "Patient-Focused, Family-Centered End-of-Life Medical Care: Views of the Guidelines and Bereaved Family Members". **J Pain Symptom Manage** 22:738-751.

Teno, J.M.; Shu, J.E.; Casarett, D.; Spence, C.; Rhodes, R.; Connor, S. 2007. "Timing of Referral to Hospice and Quality of Care: Length of Stay and Bereaved Family Members' Perceptions of the Timing of Hospice Referral". **J Pain Symptom Manage** 34(2):120-125.

Virnig, B.A.; Marshall, McBean, A.; Kind, S.; Dholakia R. 2002. "Hospice Use Before Death: Variability Across Cancer Diagnoses". **Med Care** 40(1):73-78.



**לוח א1: ידע של הרופאים על עקרונות הטיפול הפליאטיבי (%)**

מסכים בהחלט	מסכים	לא כל כך מסכים	בכלל לא מסכים
53	31	12	3
54	31	11	3
45	42	11	2
33	48	17	2
20	37	11	2
22	54	19	5

**לוח א2: הכשרה שקיבלו הרופאים על הטיפול הפליאטיבי במהלך חייהם המקצועיים (%)**

טובה מאוד	טובה	קיבל הכשרה בינונית	קיבל הכשרה לא טובה	לא קיבל הכשרה
11	46	29	8	6
11	45	30	10	4
13	42	24	9	12
11	36	30	10	13

**לוח א3: מיומנות הרופאים בטיפול פליאטיבי (%)**

טובה מאוד	טובה	ככה ככה	לא טובה
9	61	27	3
9	56	30	5
13	55	25	7
16	54	22	8
9	41	43	7

לוח א4: מעורבות הרופאים בטיפול פליאטיבי ("בחצי השנה האחרונה" לפני הסקר) (%)

הרבה מאוד	הרבה	מעט	בכלל לא	
18	50	30	2	נתן מרשם לתרופות אופיאטיות לחולה שסובל מכאבים חזקים
8	26	58	8	נתן בשורות קשות והסביר על פרוגנוזה לא טובה
3	21	43	33	בירר איזה טיפול החולים רוצים לקבל בנוגע להארכת חיים