

האם הגיע הזמן להרשות נוכחות בני משפחה בהחייאה?

תקציר:

בשנים האחרונות עלה לדיון בעולם נושא נוכחות בני משפחה בזמן החייאה ובזמן ביצוע פעולות חודרניות. באופן מסורתי, בני משפחה לא הורשו להיות נוכחים בזמן החייאה. ההיגיון שעמד במשך השנים מאחורי הפרדת בני משפחה מקרוביהם בזמן החייאה היה, כי צפייה בן משפחה בזמן החייאה – תהליך הכרוך בביצוע פעולות חודרניות – היא חוויה קשה ומיותרת עבור בני המשפחה, וכי בני משפחה הצופים בהחייאה יעברו חוויה טראומטית ויפריעו לצוות המטפל. אולם בשנים האחרונות חל שינוי במגמה, וקיימת פתיחות לאפשרות של הכנסת בני משפחה בעת החייאה. שינוי מגמה זה חל לנוכח שינוי גישה רחב יותר כלפי החולה ובני משפחתו, בעקבות ראייה של המשפחה כחלק חשוב מרשת התמיכה בחולה מחד גיסא, ובעקבות התפתחות הצרכנות הרפואית מאידך גיסא. בעקבות זאת אף נערכו מספר מחקרים בנושא ונכתבו הנחיות לשיתוף בני משפחה במהלך החייאה.

משרד הבריאות הישראלי לא פרסם עד היום הנחיות בנושא נוכחות משפחה בזמן החייאה, ולפיכך נותרת נוכחות המשפחה בזמן החייאה לשיקולה של הנהלת המוסד הרפואי או של הצוות הרפואי המטפל.

נוכחות בני משפחה בזמן החייאה עולה בשנים האחרונות כנושא חשוב לדיון וכחלק מתפיסת טיפול מבוסס חולה. יש לדעת מחברי מאמר זה לקדם דיון ומחקר בנושא זה גם במערכת הבריאות בישראל, לבדוק מדוע נוכחות בני משפחה בזמן החייאה אינה אפשרות קיימת בישראל, ואם קיימים מאפיינים ייחודיים במערכת הבריאות בישראל המונעים שינוי זה. כמו כן קיים הצורך לבחון עמדות של הצוות הרפואי, חולים ובני משפחותיהם, ומהן המשמעויות החברתיות, הלוגיסטיות, האתיות והמשפטיות של שיתוף בני משפחה בעת החייאה.

אורן וקט'¹
יורם שניר²
נדב דוידוביץ'

¹ המחלקה לניהול מערכות בריאות, אוניברסיטת בן גוריון בנגב, באר שבע
² המחלקה לרפואה דחופה, מרכז רפואי סורוקה, באר שבע

מילות מפתח:
:KEY WORDS

נוכחות משפחה; החייאה; טיפול מרוכז חולה; מערכות בריאות; צרכנות רפואית.
.Family presence; Resuscitation; Patient centered care; Health systems; medical consumerism

הקדמה

בשנים האחרונות מתקיים בעולם דיון בנושא נוכחות בני משפחה בזמן החייאה ובזמן ביצוע פעולות חודרניות. לפני כעשרים שנה לא היה מקובל שבני משפחה ישהו בסמוך למיטת החולה ברגעים אלו. אולם כיום הפך הדבר מקובל יותר, וקיימים אף מספר בתי חולים בארה"ב ובמדינות נוספות, עם פרוטוקול המאפשר נוכחות בני משפחה בזמן גורלי זה. הנושא נחקר ונידון רבות בספרות המקצועית, ואף אומץ על ידי ה־American Heart Association (AHA) וארגונים אחרים. בעוד שהמסד הרפואי בישראל מאמץ בדרך כלל את הנחיות ה־AHA, הרי שההנחיות בדבר נוכחות משפחה לא נדונו בישראל עד היום.

באופן מסורתי, בני משפחה לא הורשו להיות נוכחים בזמן החייאה או בזמן ביצוע פעולות חודרניות. ההיגיון שעמד במשך השנים מאחורי הפרדת בני משפחה מקרוביהם היה, כי צפייה בן משפחה בזמן החייאה או בזמן ביצוע פעולה חודרנית היא חוויה קשה ומיותרת עבור בני המשפחה, וכי בני משפחה הצופים בהליכים אלו עוברים חוויה טראומטית ויפריעו לצוות המטפל¹. אולם בשנים האחרונות חל שינוי גישה רחב יותר כלפי החולה ובני משפחתו, והמשפחה נתפסת כחלק חשוב מרשת התמיכה בחולה. בנוסף, עקב שינויים משמעותיים במערכת הבריאות וביחסי רופא חולה, מצוי כיום בידי החולים והמשפחות כוח רב יותר לחולל שינויים. באופן המאפשר את מערכת היחסים המסורתית בין חולים ורופאים. יחסי רופא-חולה מוגדרים היום יותר כמפגש (Encounter) מאשר מערכת יחסים אישית. למעשה, מערכת המושגים המוכרת לנו של רופא-חולה מוחלפת במערכת מושגים חדשה: ספק שירות-צרכן. שינוי זה משקף במידה רבה את התמסחרות הרפואה המודרנית².

באופן היסטורי, תדמית הרופאים בקרב הציבור הרחב מושרשת בתפיסות תרבותיות שמקורן במאה התשע-עשרה ובמאה העשרים. תדמית אידיאלית זו מאופיינת באמון של החולה ברופא ובנגישות של הרופא לחולה. מערכת היחסים מאופיינת בטווח זמן ארוך, ובהיכרות של הרופא עם החולה ומשפחתו כחלק מהקהילה. זוהי מערכת יחסים בעלת עומק והיסטוריה משותפת³.

בשנים האחרונות התחזק מעמדו של החולה, ואתו ביקורת על מערכת היחסים הקיימת בין רופאים לחולים. אחת הסיבות לשינויים הללו היא האופי המשתנה של מחלות. אם בעבר מחלות כרוניות היוו שיעור נמוך מסך הסיבות לפנייה לטיפול רפואי, הרי שהיום חלק גדול מהפניות לרופאים הן עקב מחלות כרוניות, צורך בהשגחה והחמרה הדרגתית במצב הבריאותי. בעוד שטיפול במחלות כרוניות מצריך מערכת יחסים ארוכת טווח בין רופא לחולה, הרי שבמצאות, מערכת היחסים בין רופא לחולה היא לעיתים קרובות זמנית, ומושפעת מגורמים חיצוניים כגון חברות ביטוח וחברות תרופות, הפוגעות בטיב מערכת היחסים הזאת.

כיום, בעקבות השינויים האלו, עם התפתחות הטכנולוגיה והחינוך, ועם המהפכה הצרכנית, חל שינוי משמעותי במערכת היחסים רופא-חולה. חולים דורשים היום לדעת יותר, להיות מעורבים בטיפול, ופעמים רבות מגיעים לרופא עם ידע מוקדם שרכשו באמצעים כגון האינטרנט והטלוויזיה⁴. ציבור חולים שבעבר היה אסיר תודה, ורגיל היה לקבל ללא תנאי את דברי הרופא, תובע יותר ומתלונן יותר. השיטות הרפואיות "הקלאסיות" והאישיות של אנאמנזה, בדיקה גופנית ואינטואיציה, מפנות את מקומם לטכנולוגיות רפואיות יקרות ולא אישיות. למעשה, הבעיה הניצבת כיום מול חלק גדול מהחולים היא לא מחסור בידע רפואי, אלא בעיה בסינון מקורות המידע האיכותיים.

שבעבר היה מלווה בבני המשפחה קרובים ובסביבה מוכרת, הופרד מסביבה זו והתרחש בתנאים מבוקרים בבית חולים, כאשר פעמים רבות המשפחה אינה ליד החולה בעת פטירתו. בעשרים-וחמש השנים האחרונות חל שינוי במגמה זו, וחולים רבים במצב סופני מקבלים טיפול פליאטיבי בביתם או בהוספיס¹⁰. החייה בבית חולים יכולה להתבצע בעקבות מחלה סופנית, מחלה כרונית קשה או מוות פתאומי (Sudden death). כאשר אדם המאושפז בבית חולים מאבד את הכרתו והמשפחה נמצאת לצדו, היא בדרך כלל מופרדת ממנו. אם החולה נמצא בחדר המיון בטרם החל הליך ההחייאה, הוא מועבר לרוב לחדר הטראומה לצורך ביצוע ההחייאה. אם ההחייאה מתבצעת במחלקות האשפוז, הנוהג המקובל הוא לסגור את דלת חדרו של החולה, כאשר המשפחה נשארת מחוץ לחדר. אפשרות נוספת היא של חולה במצב קשה שהטיפול בו החל טרם בית החולים על ידי מגן דוד אדום ובנוכחות המשפחה. משפחתו של החולה, שבדרך כלל מלווה אותו בזמן הטיפול ובזמן הפינוי באמבולנס, נאלצת להיפרד ממנו בכניסה לחדר הטראומה של בית החולים.

בהתאם למדיניות הנהוגה כיום במוסדות רפואיים, פעמים רבות, למשפחתו של חולה העובר החייה ניתנת אפשרות להיפרד ממנו רק לאחר שהוא נפטר או לאחר

שמצבו מתייצב. אם החולה נפטר במהלך ההחייאה, הצוות הרפואי מסיר מהגופה את כל האמצעים הפולשניים שחוברו במהלך ההחייאה ולמשפחה ניתנת אפשרות להיפרד, כאשר הסביבה שבה מבוצעת פרידה זו מהווה ניגוד מוחלט לסביבה שבה התרחשו ההחייאה ואירוע הפטירה. בדומה, משפחתו של חולה הנמצא בטיפול נמרץ ועומד לעבור טיפול פולשני מתבקשת על פי רוב לצאת מהחדר בזמן הטיפול. במשך שנים נחשב נוהג זה למיטיב עם המשפחה ועם הצוות הרפואי. עם זאת, בשנים האחרונות יותר בני משפחה מעוניינים להיות נוכחים בזמן החייה ובזמן הטיפול בחולה, ונוצר צורך לקיים דיון ומחקר בנושא.

בשנת 2000 פרסמה אגודת הלב האמריקאית (American Heart Association) ("AHA") לראשונה הנחיות התומכות בנוכחות בני משפחה בזמן החייה¹¹. עוד קודם לכן, בשנת 1995, פרסם ארגון האחות לרפואה דחופה (Emergency Nurses Association) הנחיות בנושא. בהנחיות אלו, כפי שעודכנו לאחרונה בשנת 2005¹², מומלץ לחדרי מיון לתמוך בתוכנית המאפשרת לבני משפחה להיות נוכחים בזמן החייה. הנחיות דומות פורסמו בשנים האחרונות על ידי גופים נוספים, כגון המועצה האירופאית להחייאה (European Resuscitation Council)¹³.

למרות תוצאות המחקרים השונים, אשר מראות כי נוכחות בני משפחה בזמן החייה ובזמן ביצוע פעולות חודרניות מיטיבה עם בני המשפחה, אין עדיין הסכמה רחבה בנושא. ברוב בתי החולים בארה"ב, שבהם נערכו רוב המחקרים, אין עדיין הנחיות ברורות לצוות או פרטוקול המאפשר נוכחות בני משפחה¹⁴. לרוב, למשפחות המעוניינות להיות נוכחות בזמן החייה לא ניתנת אפשרות לעשות זאת. בנוסף לבעייתיות של הנחית אנשי הצוות, על בית חולים המעוניין לאפשר נוכחות של בני משפחה בזמן החייה לספק מספר אמצעים, כגון איש צוות מיוחד שיהיה לצד המשפחה ומקום למשפחה להיות בו בזמן ההחייאה.

נוכחות בני משפחה מעלה שאלות רבות הכוללות את המשמעויות הרפואיות, הלוגיסטיות, החוקיות והאתיות של הנושא. המשמעויות הרפואיות כוללות את ההשפעה על איכות הטיפול הרפואי, יכולת הצוות לתפקד בנוכחות המשפחה, והארכת ניסיונות החייה עקב נוכחות המשפחה. מבחינה אתית, יש להביא בחשבון את זכויות החולה ורצונותיו, הטראומה העלולה להיגרם למשפחה וחשיפה חוזרת של הצוות לשחיקה נפשית מוגברת. מבחינה חוקית, אחת הדאגות העיקריות היא עלייה בתביעות נגד הצוות ובית החולים. בנוסף, נוכחות משפחה מצריכה היערכות לוגיסטית מצד בית החולים הכוללת כוח אדם ואמצעים נוספים, שאינם זמינים היום. לא לכל השאלות הללו קיימות תשובות בספרות המחקר הרפואית. במאמר זה נסקרים ההיבטים המרכזיים הנדונים בנושא זה בשנים האחרונות.

רקע

החייה מתייחסת לקשת רחבה של מצבים. החייה יכולה מחד גיסא להתייחס להחייאת לב ריאות מלאה (Cardiopulmonary resuscitation) לאחר הפסקה מוחלטת של פעילות הלב הכוללת עיסויים, הנשמות ומתן תרופות. מאידך גיסא, החייה יכולה להיות פעולה רציפה ביחידה לטיפול נמרץ, הכוללת הנשמה, ומתן תרופות ונוזלים לחולה, עם פעילות לב שמורה ברמה מסוימת. המשותף לקשת ההגדרות הרחבה הזאת היא חולה המצוי במצב קשה או מחוסר הכרה, הזקוק לעיתים קרובות לטיפול אינטנסיבי ופולשני. החייה היא אחד התחומים המורכבים ברפואה. האפשרות "להחיות" אדם שלכאורה כבר נפטר הופכת את הנושא למסקרן, מסתורי והרואי. ההתפתחות המשמעותית בתחום ההחייאה החלה רק בשנות החמישים של המאה הקודמת. אז החלה התפתחות הידע והטכנולוגיה הרפואית, וחלו שינויים בהרגלי החיים והתזונה שגרמו לעלייה בשכיחות אירועי אוטם שריר הלב⁵. החל מתקופה זאת ואילך פותחו ושוכללו שיטות המיושמות עד היום, כגון עיסוי לב חיצוני, הנשמות, דה-פברילציה, קיצוב ומתן תרופות החייה שונות. כיום, הגוף העיקרי בעולם האחראי על מדיניות בנושא החייה הוא ה-AHA האמריקני. ה-AHA מפרסם הנחיות קליניות לביצוע החייה⁶, אלה מעודכנות מעת לעת, ובהתאם לאותן הנחיות פועלים כיום רוב שירותי רפואת החירום בבית החולים ובקהילה בעולם.

החייה לב-ריאות היא הליך רפואי מורכב, ושיעורי ההצלחה נמוכים יחסית, 16%-18%, כאשר ההחייאה מבוצעת בכותלי בית החולים⁷. לנוכח שיעורי ההצלחה הנמוכים של החייה זו, והואיל והתוצאה של אי הצלחה כזו היא תמותה, יש להביא בחשבון במהלך הליך ההחייאה גורמים נוספים מלבד הטיפול הרפואי בחולה עצמו, לרבות אופן הטיפול במשפחת החולה הנותנים להתמודד עם "תוצאות" ההחייאה. חלק מהתמודדות זו מוכתב גם על פי מערכת הציפיות של הציבור מתוצאותיה האפשריות של פעולת ההחייאה. אחד ממקורות הידע העיקריים של צרכני הבריאות הוא סדרות טלוויזיה רפואיות. מחקרים שונים העלו, כי שיעור ההחייאות המוצלחות בסדרות אלו גבוה בצורה משמעותית מאשר במציאות⁸. מחקרים נוספים שנערכו בקרב חולים לאחר אשפוזם בבית חולים העלו, כי לרובם המוחלט של החולים ציפיות לא מציאותיות לגבי הצלחת ההחייאות⁹. ציפיות מופרזות אלו יכולות ליצור לעיתים מתח בין המשפחה לבין הצוות המטפל בחולה.

נוכחות משפחה ליד מיטת החולה

בתקופות קדומות היה המוות חלק מתהליך טבעי שבו אדם חולה נפטר בביתו, בסביבה המוכרת לו. עם התקדמות הרפואה במאה העשרים, שיעור גבוה יותר של בני אדם נפטרו בבתי חולים. המוות,

■ **נוכחות בני משפחה בזמן החייה עולה בשנים האחרונות במדינות שונות כנושא חשוב.**

■ **באף בית חולים בישראל אין מדיניות רשמית בנושא נוכחות בני משפחה בזמן החייה.**

■ **דרושים מחקר ובדיקה נוספים בישראל בנושא נוכחות בני משפחה בזמן החייה, כולל המשמעויות הרפואיות, החברתיות, הלוגיסטיות, החוקיות והאתיות של הנושא.**

טבלה 1:

שיעונים בספרות הרפואית בעד ונגד שיתוף משפחה בזמן החייאה

טיעון המתנגד לנוכחות משפחה	הטיעון התומך בנוכחות משפחה
בני המשפחה יפריעו לצוות המטפל לבצע החייאה ²⁵	בני משפחה יתמודדו טוב יותר עם מוות של חולה אם יהיו נוכחים בזמן החייאה ³¹
הפסקת החייאה תהייה קשה יותר ^{24,23}	נוכחות בני משפחה תחזק התנהגות מקצועית מצד הצוות המטפל ²⁰
פגיעה פסיכולוגית במשפחה ¹⁴	נוכחות המשפחה תפחית פחד וחרדה בקרב בני המשפחה ³¹
עלייה במספר התביעות נגד צוותים רפואיים ¹⁴	הפחתת תביעות מצד משפחות ²⁶
פגיעה בפרטיות החולה ובסודיות רפואית ³²	נוכחות המשפחה תעזור לצוות להכיר באנושיות של המטופל ²⁰
מתח וחרדת ביצוע בקרב הצוות יגברו ¹⁴	רוב בני המשפחה מעוניינים להיות נוכחים ²⁰
המחקרים בתחום לא היו מספיק נרחבים ¹⁹	הנוכחות עוזרת למשפחה לקחת חלק בטיפול בחולה ²⁰
דרוש איש צוות נוסף – אינו תמיד זמין ³⁴	נוכחות משפחה בזמן טיפול בילדים היא מנהג הקיים מספר שנים ועובד בדרך כלל בצורה טובה ³³

כי המשפחה לא הורשתה להיות נוכחת ליד החולה באופן מסורתי, ובהמשך, לנוכח שינוי גישה כלפי החולה ולחץ של המשפחות, חל שינוי בגישה הממסד הרפואי.

בדוגמה היסטורית זאת ניתן לראות, כי התנגדות ראשונית של רופאים לא הצליחה בסופו של דבר למנוע את השינוי שנבע מדרישות החולים ובני משפחותיהם. למרות שהטיעונים שהועלו נגד נוכחות הבעל בלידה היו כבדי משקל, בסופו של דבר הראתה המציאות, כי נוכחות הבעל לא רק שלא פגעה בטיפול באישה, אלא סיפקה לאישה תמיכה רבה בהליך הלידה¹⁸.

מחקרים בנושא נוכחות משפחה בזמן החייאה

כבר באמצע שנות השמונים החל בארה"ב מחקר בנושא נוכחות בני משפחה במהלך החייאה – ה-FPDR (Family Presence During Resuscitation). מאז נערכו מספר מחקרים נוספים בנושא זה, ברובם התמקדו החוקרים בחקר אנשי הצוות הרפואי ובעמדותיהם. בחלק קטן מהמחקרים נבדקה עמדתם של בני משפחה שנכחו בהחייאה, ובמחקרים ספורים נבדקה עמדתם של בני אדם ששרדו את הליך החייאה¹⁹. לא נערכו מחקרים לבדיקת התוצאה הקלינית של נוכחות משפחה בזמן החייאה. המגבלות של מרבית המחקרים אשר נעשו עד היום הן מספר קטן של נחקרים, מדגמי נוחות והטיית בחירה. בדיקת עמדותיהם של אנשים אשר שרדו החייאה היא בעייתית, במיוחד עקב שיעורי ההצלחה הנמוכים של פעולה זו.

בשנת 1982, בבית חולים פוט בג'קסון מישיון (Foot Hospital, Jackson Michigan), לאחר מספר מקרים שבהם בני משפחה ביקשו להיות נוכחים בזמן החייאה, החליט צוות בית החולים לבדוק מחדש את מדיניות שיתוף המשפחה בזמן החייאה. תחילה, כחלק מסקר שנשלח לבני משפחה של חולים שנפטרו בבית החולים, הוסיף הצוות שאלה אשר נועדה לבדוק האם בני המשפחה היו מעוניינים להיות נוכחים בהחייאה. שלושה עשר מתוך 18 (72%) מהנשאלים ענו בחיוב לשאלה זו. תוצאות אלו גרמו לצוות בית החולים לבנות תוכנית ניסיונית המאפשרת לבני משפחה המעוניינים בכך להיות נוכחים בזמן החייאה²⁰.

בשנת 1985 החל בית החולים ליישם את התוכנית. בזמן החייאה, אחות מצוות המיון או כומר הסבירו בקצרה למשפחה מה מתרחש ומהם הצעדים שנעשו, הן בשטח (בטרם ההגעה לבית החולים, שלב שבו החלו רוב ההחייאות) והן בבית החולים עצמו. ברוב המקרים, עד למועד שבו אפשרו למשפחה להיכנס לחדר שבו בוצעה ההחייאה, חוברו לחולה האמצעים החדרניים, כגון צינור תוך קני וצנתר לתוך הווריד. צנעת הפרט של החולה נשמרה ככל האפשר, ואם הצוות נדרש

החייאה היא, כאמור, אירוע מורכב ודרמטי, המערב בתוכו רגשות רבים של בני המשפחה. רוב אנשי הצוות הרפואי חסרי הכשרה, ידע ולעיתים אף רצון להתמודד עם רגשותיהם של בני משפחה של החולה המצוי בטיפולם. התמודדות עם בני משפחה דורשת מהצוות הרפואי מאמץ נוסף מעבר למאמץ ההחייאה או הטיפול עצמו. כמו כן, נוכחות בני משפחה של חולה במצב זה מחייבת מהצוות להכיר מנהגי אבולונוניים, להכיר באנושיות של החולה ובמכאוביו, ולהבין כי לחולה יש משפחה וחברים יקרים לו. פעמים רבות מתמודד הצוות המבצע את הפעולה עם מצבם הקשה של החולים ועם שיעורי ההצלחה הנמוכים של ההחייאה על ידי התייחסות לחולה בצורה שאינה אישית.

לעיתים מתמודד הצוות הרפואי עם מצב זה בהומור שחור ובציניות¹⁵. נוכחות בני משפחה בהליכים אלו תמנע מהצוות הרפואי את היכולת להתעלם מאנושיותו של החולה, ותקשה על הצוות הרפואי בהתמודדות הרגשית היומיומית עם עבודתו. הדיון אודות נוכחות בני משפחה בעת החייאה ובעת ביצוע פעולות חודרניות אינו הראשון מסוגו. דוגמה לדיון סוער בהקשר של נוכחות משפחה בזמן טיפול רפואי ניתן למצוא בהיסטוריה של המאה העשרים בנושא לידות. בעוד שלידות ומוות הם במהותם מושגים מנוגדים, הרי ששני הקצוות של החיים היו באופן היסטורי אירועים משפחתיים בבסיסם¹⁶. בתחילת המאה העשרים, רק 5% מהלידות התרחשו בבתי חולים. בתוך תקופה קצרה לאחר מכן חל שינוי מהותי, וכבר בשנות החמישים של המאה הקודמת רוב מוחלט של הלידות בוצעו בבית החולים¹⁷. למעט ממספר מקרים יוצאי דופן, באותה תקופה בני זוג הופרדו עם הגיעם לבית החולים. בעוד האישה הוכנסה לחדר הלידה, נשאר הגבר בחדר המתנה עד לסיום הלידה.

החל מראשית שנות השבעים ואילך, יותר ויותר אבות דרשו להיות נוכחים בזמן לידת ילדיהם. מנגד, רופאים רבים התנגדו בצורה נחרצת לרצון זה של האבות והיולדות. בהחלטת בית משפט בארה"ב משנת 1975 אף ניתנה לבתי חולים האפשרות למנוע מבן הזוג להיכנס לחדר לידה בהתאם להחלטת הצוות המטפל. בין הנימוקים שהועלו על ידי הרופאים לצורך מניעת נוכחות האב בזמן הלידה היו חשש, כי מקצועיות הרופא והטיפול הרפואי באישה ייפגעו מנוכחות הבעל, חשש מפגיעה בדיונים מקצועיים בין רופאים וסטודנטים, חשש מטראומה נפשית לגבר הנוכח בלידה, וחשש מהתגברות תביעות משפטיות כנגד הצוות הרפואי¹⁶. מגמה זו של שינוי הגיע לשיאה לקראת סוף שנות השבעים של המאה הקודמת; מאותה תקופה איפשרו רוב בתי החולים נוכחות בני זוג בלידה. כיום, נוכחות הבעל בלידה ואף בזמן ניתוח לחיתוך הדופן ("ניתוח קיסרי") הפכה לנורמה.

לידה והחייאה הן שני תהליכים שונים: הן מבחינת המשמעות של האירוע למשפחה, הן מבחינת הפתאומיות של האירוע, והן מבחינת ההשלכות שלו לעתיד. המשותף בין שני התהליכים הוא העובדה

הרפואי. אין ספק כי נושא זה הוא בעל השפעה מכרעת בקבלת או בדחיית מדיניות המאפשרת נוכחות משפחה בזמן החייה²².

בהקשר לנושא האם זמן ההחייאה יתארך או יתקצר בעקבות נוכחות המשפחה, מעניין להזכיר את המושג "הקוד האיטי" (The slow code) – החייה שמבוצעת שלא על מנת להחזיר את החולה לחיים בצורה מודעת. מדובר בניסיון החייה חלקי ואיטי המבוצע בדרך כלל בחולה במצב סופני, בחולה עם שיטיון (Dementia) או בחולה עם מחלות רקע בעלות פרוגנוזה גרועה. לא ברור איזה שיעור יש לסוג החייה זה מכלל ההחייאות המבוצעות, אך ברור כי זהו נוהג קיים. לניסיון החייה מסוג זה אין הצדקה רפואית טהורה, והוא מבוצע מסיבות אחרות. אחת הסיבות היא חולה או בני משפחה שביקשו מראש ש"כול דבר" יעשה למען החולה. במצב כזה, הצוות מבצע "החייה למען המשפחה"²³. במחקרים שנערכו עד היום בנושא התארכות ניסיון ההחייאה, הדעות חלוקות. בחלק מהמחקרים הצוותים הביעו חשש כי ההחייאה תתארך מעבר לצורך רפואי בגלל נוכחות משפחה²⁴. לעומת זאת, במחקרים אחרים סברו הצוותים כי ניתן יהיה להפסיק החייה בזמן, בין השאר מכיוון שהמשפחה תראה את המאמצים שנעשו למען הצלת החולה²⁵. על מנת לאמץ מדיניות נוכחות משפחה, תרצה כל מערכת בריאות להבטיח כי הדבר לא יגרום לעלייה במספר התביעות הצפויות מצד החולים ומשפחותיהם. החשש מפני תביעות נגד הצוות המבצע החייה ונגד המוסד שבו התבצעה החייה או הפעולה הפולשנית, נובע מהתפיסה, כי הציבור הרחב עלול שלא להבין את הפעולות המתבצעות או לפרש לא נכונה פעולות שהתבצעו בזמן הטיפול בחולה. בנוסף, ניסיון לבצע פעולה כלשהי ללא הצלחה מיידית (כמו ניסיון צנור) עלול להתפרש כחוסר מקצועיות או אף כרשלנות מצד הצוות. מנגד, יש הטוענים כי משפחה הרואה את המאמץ האמיתי המתבצע כדי להציל את החולה ומקבלת הסבר בזמן אמת על משמעות הפעולה, תתבע פחות את הצוות או המוסד הרפואי, מכיוון שהיא תעריך נכונה את מאמצי הצוות ומקצועיותו²⁶.

מבחינה אתית, ניתן לבחון את הנושא מכמה היבטים. ראשית, יש לשאול האם לחולה יש זכות אם הוא מביע רצון מראש לדרוש שמשפחתו תהיה אתו ברגעי האחרונים. בשנים האחרונות נוהג מקובל הוא, שלחולה מתלווה בזמן בדיקה רפואית קרוב משפחה או מלווה אחר, והדבר אף מגובה בישראל בחוזר משרד הבריאות. נקודת המחלוקת היא הרחבתו של נוהג זה למצב של חוסר הכרה. לחולה בהכרה ניתנת הזכות להיות מלווה על ידי בן משפחה או כל אדם שיחפוץ בכך. לעומת זאת, לחולה מחוסר הכרה – מצב שבו אין לחולה אפשרות להביע את רצונותיו ודעתו – לא ניתנת האפשרות לקרוב משפחה לשמור על הרצונות והאינטרסים שלו.

הדיון בנוכחות בני משפחה במהלך החייה צריך להתקיים גם מתוך תפישה של "חולה במרכז הטיפול" (Patient centered care). למרות שמטרת מערכת הבריאות היא טיפול בחולים, עם התפתחות הרפואה ומערכות הבריאות, גרמו שיקולים שונים ולחצים כלכליים למערכת הבריאות להיות מרוכזת יותר ויותר בשיקולים מערכתיים ופחות במטופל.

בשנים האחרונות תופסת גישת "חולה במרכז הטיפול" (Patient centered care) מקום נרחב יותר בעולם הרפואה. בשנת 2001 פרסם המכון לרפואה האמריקאי (Institute of Medicine) הנחיות הממליצות להפוך את הטיפול בחולים מטיפול מבוסס מחלות או מבוסס החלטה קלינית לטיפול מבוסס חולה או לטיפול שבו החולה במרכז²⁷. במספר מחקרים אף הוכח, כי התוצאות הקליניות של טיפול מבוסס חולה משופרות מטיפול מבוסס מחלות או מבוסס החלטה קלינית²⁸.

לאורך ההיסטוריה, אי הסימטריות בין הידע המצוי ברשות הרופא לידע המצוי ברשות החולה גרמה לרופאים לקבל החלטות הקשורות להליך הרפואי בשם המטופלים. החלטות אלו נעשו לעיתים קרובות ללא

לבצע פעולות חודרניות נוספות, נתבקשו בני המשפחה לצאת בזמן זה מהחדר. לרשות בני המשפחה נמצא במקום כיסא במרחק נגיעה מבן המשפחה המצוי בהליך ההחייאה. הצוות עודד את בני המשפחה לגעת בחולה ולדבר אתו בזמן זה. אם הצוות החליט לסיים את ההחייאה, בחלק מהמקרים התבקשו בני המשפחה לצאת, ובחלקם שיתף אותם הצוות הרפואי בהחלטה במקום. אם ההחייאה הופסקה ונקבע מותו של החולה, עומעמו האורות במקום, הוצאו המאמצים הפולשניים, והצוות עודד את בני המשפחה להישאר ולהיפרד מיקרים.

לאחר יישום מדיניות חדשה זו, נשלח סקר לשבעים בני משפחה של חולים שעברו החייה בחצי הראשון של שנת 1985. חלק מהסקרים נשלחו לבני משפחה שונים של אותו חולה (בסך הכול ענו על הסקר קרובי משפחה של 30 חולים שונים). כל החולים נפטרו בזמן ההחייאה או בבית חולים עוד לפני ששוחררו. בהתאם לתוצאות הסקר, 94% מהנכללים ציינו כי היו נוכחים שוב בהחייאת בן משפחה אם הייתה ניתנת להם ההזדמנות לכך; 79% נגעו בבן המשפחה בזמן ההחייאה ר-61% דיברו אתו. כל הנכללים בסקר סברו כי הצוות הרפואי עשה כל שביכולתו; 5 נכללים ענו כי ההחייאה הייתה ארוכה מדי לדעתם; 76% סברו כי תהליך האבל היה קל יותר עקב נוכחותם בזמן החייאת בן המשפחה.

שאלון נוסף נשלח ל-21 אנשי צוות רפואי – רופאים ואחיות. שלושים אחוזים (30%) מהנשאלים ענו כי הטיפול שלהם בחולה נפגע עקב נוכחות המשפחה, ו-71% תמכו בהמשך תוכנית נוכחות המשפחה. כל אירועי ההחייאה נבדקו על ידי ועדה, אשר מצאה כי לא היה הבדל בטיפול הרפואי בין מקרי החייה שבהם נכחה המשפחה לבין מקרי החייה שבהם המשפחה לא נכחה.

מחקר זה של Doyle וחב²⁹ היווה פריצת דרך בנושא נוכחות משפחה בזמן החייה, ובעקבותיו הנושא עלה לדיון ומחקר בארה"ב ובשאר העולם. מאז המחקר של Doyle וחב²⁹ נערכו מספר מחקרים בתחום. במחקרים שנערכו נבדקו עמדות הצוות ובני המשפחה, ובמקרים ספורים אף עמדות החולים ששרדו החייה.

עד היום לא נערך מחקר שנבדק בו שיעורי הצלחת ההחייאה או התועלת של נוכחות משפחה במושגי הישרדות החולים. המחקרים הקיימים מתמקדים בהיבט אחר של התופעה, והוא ההשפעה הפסיכולוגית של נוכחות משפחה בהחייאה. הנחת מחברי מאמר זה היא, כי הסוגייה לא נבדקה מכמה סיבות. העיקרית שבהן היא, כי לא צפוי שינוי בשיעורי הצלחת ההחייאה עקב נוכחות משפחה. במצבים קיצוניים שבהם המשפחה מפריעה לצוות באופן פעיל, היא אינה מורשית להיכנס או להישאר בחדר ההחייאה, ולכן ההשפעה העיקרית היא פסיכולוגית ורגשית על הצוות, על בני המשפחה ובמידה מועטה על החולה עצמו, אם שרד.

אחד החששות העיקריים שאנשי צוות מעלים הוא הפגיעה בבני המשפחה. במספר מחקרים נבדקה ההשפעה של החייה על בני המשפחה הנוכחים. לדוגמה, במחקר אחד שנערך באנגליה נבדקה ההשפעה של נוכחות משפחה במספר נקודות זמן כמה חודשים לאחר ההחייאה. בני המשפחה נבדקו באמצעות מבחני הערכה פסיכולוגיים שונים, על מנת לבדוק בתר טראומה (פוסט טראומה), דיכאון ומדדים נוספים. נמצא, כי כל בני המשפחה שבחרו להישאר בזמן ההחייאה לא סבלו סבל רב יותר. נהפוך הוא, שלושה חודשים לאחר ההחייאה נמצא, כי בני משפחה שנכחו בה סבלו פחות מהשלכות האבל, מהימנעות כתוצאה מבתר טראומה ועוד²¹.

דאגה נוספת היא המתח הנוסף הצפוי לצוות הרפואי עקב נוכחות משפחה. המתח הנוסף הצפוי יכול להיות מפחד מביקורת, תביעות, פחד מתקיפה מילולית וגופנית, ומחוסר יכולת לנקוט ב"הומור שחור" בנוכחות המשפחה. בשאלון אנונימי שנועד לבדוק בצורה רטרוספקטיבית את המתח המדווח על ידי אנשי הצוות, הודגם כי נוכחות בני משפחה אינה מגדילה את המתח בקרב אנשי הצוות

בשני מקרים:

החייאת ילדים – נוהג שבשנים האחרונות הפך מקובל יותר. מקרה בודד – על פי שיקול דעתו של הצוות הרפואי. בישראל לא נערך עד היום מחקר שנועד לבדוק את עמדת אנשי הצוות בנושא. בימים אלו מתנהל בבית החולים "סורוקה" מחקר שנועד לבדוק את עמדת אנשי הצוות לנוכחות משפחה בזמן החייאה. בישראל לא קיים בית חולים הנוקט בפרוטוקול המאפשר נוכחות משפחה בזמן החייאה. אם נוכחות משפחה מתאפשרת, הרי שאלו הם אירועים נקודתיים, על פי שיקול דעתו של הצוות המטפל. משרד הבריאות בישראל לא פרסם עד היום הנחיות בנושא נוכחות משפחה בזמן החייאה. לפיכך, נוכחות המשפחה בזמן החייאה נשארת לשיקולו של הצוות הרפואי המטפל. גם אם תתקבל החלטה לשקול נוכחות משפחה בעת החייאה, לא ברור האם ובאיזו מידה האמצעים לכך זמינים כיום בבתי החולים בישראל. נושא נוכחות משפחה בזמן החייאה לא עלה לדיון משמעותי בישראל עד היום. בעוד שגישות כמו טיפול מבוסס חולה הופכות מרכזיות יותר במערכת הבריאות בישראל, הרי שנוכחות משפחה בזמן החייאה היא עדיין רעיון שלא בא לידי מימוש. לאחרונה נערך מחקר בבית החולים "מאיר". תוצאות המחקר העלו, כי הצוות הרפואי, החולים וקרובי המשפחה תומכים בנוכחות משפחה בזמן סבב רופאים במחלקה. תמיכת הצוות גברה לאחר שהתנסו בכך.³⁰

לסיכום

למרות בסיס ראייתי נרחב, ולמרות ששיתוף המשפחה בזמן החייאה מקובל במקומות רבים בעולם, בישראל נושא זה לא בא לידי ביטוי. בדומה לדוגמה ההיסטורית של נוכחות הבעל בלידה, בסופו של דבר, נוכחות משפחה בזמן החייאה ובזמן פעולות חודרניות, תהפוך לנוהג מקובל גם בישראל. לנוכח זאת, כדאי למערכת הבריאות ולעובדים בה להתכונן למצב זה בהדרגה על ידי מחקר ובחינת פרוטוקולים שונים שהתפרסמו בעולם במוסדות המאפשרים נוכחות משפחה בזמן החייאה. אנו קוראים לקיום דיון ציבורי ומקצועי שיסייע להבין מדוע נוכחות משפחה בזמן החייאה אינה חלופה קיימת בישראל, והאם קיימים מאפיינים מיוחדים במערכת הבריאות בישראל המונעים שינוי זה. כחלק מהתהליך, יש לבחון עמדות של הצוות הרפואי, חולים ובני משפחותיהם בנושא וכן מה המשמעויות החברתיות, הלוגיסטיות, האתיות והמשפטיות של שיתוף בני משפחה בעת החייאה. ●

מחבר מכותב: נדב דוידוביץ

המחלקה לניהול מערכות בריאות

אוניברסיטת בן גוריון בנגב

באר שבע 84105

טלפון: 08-6477421

דוא"ל: nadavd@bgu.ac.il

הסבר לחולים על הטיפול הצפוי בהם או על השלכותיו²⁹. מערכת היחסים בין החולה לרופא הייתה לעיתים קרובות לא אישית ומרוחקת. לנוכח הביקורת הרבה בעשורים האחרונים על גישה זו הן מתוך עולם הרפואה והן מדיסציפלינות ממדעי הרוח והחברה – גישה השמה את החולה במרכז – הופכת לגישה המקובלת יותר ויותר. בנוסף, חולים רבים מגיעים לקבלת טיפול עם ידע רב על מצבם לאחר שקראו מידע באינטרנט.

כיום בישראל, כמו במדינות רבות אחרות, בולטת עדיין אי הסימטריות בין הידע של הצוות הרפואי והחולה. אי סימטריות באה לידי ביטוי גם בחוסר שיתוף המשפחה בזמן החייאה. חוזר משרד הבריאות מאפשר לאדם נוסף להיות נוכח בזמן בדיקה רפואית, והעניק בכך לחולה זכות אשר לא הוקנתה לחולים כדבר שבשגרה לפי מספר שנים לא רב. אכן, נוכחות בני משפחה הפכה לחלק מתהליך הלידה, אך בזמן החייאה ולמרות קיומן של מחקרים המוכיחים כי בני משפחה היו רוצים להיות נוכחים בעת החייאה, עדיין במרבית המקרים לא ניתנת לבני המשפחה אפשרות לעשות כן. עיקר הבעיה היא, שנושא זה עדיין לא הגיע לדיון מעמיק הן בתוך המקצוע הרפואי והן בקרב הציבור הרחב.

המצב כיום בעולם

למרות תוצאות מחקרים רבים, שהראו כי נוכחות בני משפחה בתהליך ההחייאה היא נוהג המיטיב עם המשפחה, ברוב בתי החולים בארה"ב אין עדיין פרוטוקול המאפשר להוציא לפועל הנחיה זאת. מחקר שנערך בשנת 2003 בקרב 984 אחיות החברות בארגון "אחיות טיפול נמרץ" (Association of Critical Care Nurses) העלה, כי רק 5% מהאחיות עבדו במקומות שבהם היה נוהל המאפשר נוכחות משפחה בזמן החייאה. ארבעים וחמישה אחוזים מהאחיות ענו, כי הדבר מתאפשר במקום עבודתם ללא נוהל כתוב. מחקרים נוספים מאששים נתונים אלו. בעוד ברוב בתי החולים אין נוהל כתוב, הרי שפעמים רבות הצוות הרפואי מאפשר למשפחה להיות נוכחת¹⁴. על המרכז הרפואי המעוניין לאפשר נוכחות משפחה בזמן החייאה לאמץ מספר עקרונות בסיסיים. מספר גופים פרסמו רשימת הנחיות כאלו^{13,12,6}. בהתבסס על הנחיות אלו, ניתן לפתח פרוטוקול המבטיח את שיתוף המשפחה, תוך שמירה על מסגרת טיפולית ברורה.

המצב בישראל כיום

מחקר יחיד נערך עד היום בנושא זה בישראל, על ידי **עירית דלל**, במסגרת לימודי תואר שני בסייעות באוניברסיטת תל אביב. במסגרת המחקר האמור בוצע מדגם נוחות, שכל 77 נשאלים מקרב האוכלוסייה הכללית. המסקנה מהמחקר הייתה, כי הנשאלים קיבלו באופן חיובי נוכחות בני משפחה במחלקה לרפואה דחופה (מלר"ד) יותר מאשר הם משערים שהצוות המטפל מעוניין בכך³⁰. נוכחות משפחה בזמן החייאה היא אפשרות קיימת בישראל

ביבליוגרפיה

- Schilling RJ, Should relatives watch resuscitation? No room for spectators. BMJ, 1994;309:406.
- McKinlay JB & Marceau LD, The end of the golden age of doctoring. Int J Health Serv, 2002;32:379-416.
- Emanuel EJ & Dubler NN, Preserving the physician-patient relationship in the era of managed care. JAM, 1995;273:323-9.
- Neuberger J, The educated patient: new challenges for the medical profession. J Intern Med, 2000;247:6-10.
- Fox CS, Evans JC, Larson MG & al, Temporal trends in coronary heart disease mortality and sudden cardiac death from 1950 to 1999: the Framingham Heart Study. Circulation, 2004;110:522-7. Epub 2004 Jul 19.
- American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Circulation, 2005;112 (24

- Suppl):IV1-203. Epub 2005 Nov 28.
- 7 Schneider AP, 2nd, Nelson DJ & Brown DD, In-hospital cardiopulmonary resuscitation: a 30-year review. *J Am Board Fam Pract*, 1993;6:91-101.
 - 8 Diem SJ, Lantos JD & Tulskey JA, Cardiopulmonary resuscitation on television. Miracles and misinformation. *N Engl J Med*, 1996;334:1578-82.
 - 9 Adams DH & Snedden DP, How misconceptions among elderly patients regarding survival outcomes of inpatient cardiopulmonary resuscitation affect do-not-resuscitate orders. *J Am Osteopath Assoc*, 2006;106:402-4.
 - 10 Higginson IJ, Who needs palliative care? *J R Soc Med*, 1998;91:563-4.
 - 11 Cummins RO & Hazinski MF, The most important changes in the international ECC and CPR guidelines 2000. *Resuscitation*, 2000;46:431-7.
 - 12 Association EN, Position statement: family presence at the bedside during invasive procedures and cardiopulmonary resuscitation, 2005.
 - 13 Baskett PJF, Steen PA & Bossaert L, European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2005 Section 8. The ethics of resuscitation and end-of-life decisions. *Resuscitation*, 2005;67:171-80.
 - 14 Maclean SL, Guzzetta CE, White C & al, Family presence during cardiopulmonary resuscitation and invasive procedures: practices of critical care and emergency nurses. *J Emerg Nurs*, 2003;29:208-21.
 - 15 Moran C & Massam M, An evaluation of humour in emergency work. *Austral J Disaster & Trauma Studies*, 1997;3:1-11.
 - 16 Kopelman MB, Ubel PA & Engel KG, Changing times, changing opinions: history informing the family presence debate. *Acad Emerg Med*, 2005;12:999-1002.
 - 17 Leavitt JW, What do men have to do with it? Fathers and mid-twentieth-century childbirth. *Bull Hist Med*, 2003;77:235-62.
 - 18 Gungor I & Beji NK, Effects of fathers' attendance to labor and delivery on the experience of childbirth in Turkey. *West J Nurs Res*, 2007;29:213-31.
 - 19 Halm MA, Family presence during resuscitation: a critical review of the literature. *Am J Crit Care*, 2005;14:494-511.
 - 20 Doyle CJ, Post H, Burney RE & al, Family participation during resuscitation: an option. *Ann Emerg Med*, 1987;16:673-5.
 - 21 Robinson SM, Mackenzie-Ross S, Campbell Hewson GL & al, Psychological effect of witnessed resuscitation on bereaved relatives. *Lancet*, 1998;352:614-7.
 - 22 Boyd R & White S, Does witnessed cardiopulmonary resuscitation alter perceived stress in accident and emergency staff? *Eur J Emerg Med*, 2000;7:51-3.
 - 23 Gazelle G, The slow code -- should anyone rush to its defense? *N Engl J Med*, 1998;338:467-9.
 - 24 Yanturali S, Ersoy G, Yuruktumen A & al, A national survey of Turkish emergency physicians perspectives regarding family witnessed cardiopulmonary resuscitation. *Int J Clin Pract*, 2005;59:441-6.
 - 25 Helmer SD, Smith RS, Dort JM & al, Family presence during trauma resuscitation: a survey of AAST and ENA members. American Association for the Surgery of Trauma. Emergency Nurses Association. *J Trauma*, 2000;48:1015-22; discussion 23-4.
 - 26 Brown JR, Letting the family in during a code. Legally, it makes good sense. *Nursing*, 1989;19:46.
 - 27 Richardson WC, Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington, DC: Institute of Medicine. 2001.
 - 28 Bergeson SC & Dean JD, A systems approach to patient-centered care. *JAMA*, 2006;296:2848-51.
 - 29 Kaba R & Sooriakumaran P, The evolution of the doctor-patient relationship. *Int J Surg*, 2007;5:57-65. Epub 2006 Mar 3.
 - 30 דלל ע', נוכחות בני משפחה בחדר ההחייאה במחלקה לרפואה דחופה. עבודת תזה במסגרת תואר שני בסייעוד, אוניברסיטת תל-אביב. 2006
 - 31 Hanson C & Strawser D, Family presence during cardiopulmonary resuscitation: Foote Hospital emergency department's nine-year perspective. *J Emerg Nurs*, 1992;18:104-6.
 - 32 Chalk A, Should relatives be present in the resuscitation room? *Accid Emerg Nurs*, 1995;3:58-61.
 - 33 O'Connell KJ, Farah MM, Spandorfer P & Zorc JJ, Family presence during pediatric trauma team activation: an assessment of a structured program. *Pediatrics*, 2007;120:e565-74.
 - 34 Redley B, Botti M & Duke M, Family member presence during resuscitation in the emergency department: an Australian perspective. *Emerg Med Australas*, 2004;16: 295-308.