

יגון מורכב, תגובות רגשיות ועמדות בסוגיות סוף החיים של קרובי משפחה למטופלים במצב צמח או במצב הכרה מיקטי (מינימלי)

תקציר:

הקדמה: הגידול במספרם של חולים הלוקים בירידה ממושכת של ההכרה מציב אתגר רפואי ואתי. לאחרונה דווח על שכיחותו של יגון מורכב בקרב קרובי מטופלים במצב צמח או במצב הכרה מיקטי (מינימלי).

מטרות: להעריך את מצבם הנפשי של בני משפחה המטופלים בחולים כאלה ואת עמדותיהם לגבי סוגיות של סוף החיים.

שיטות מחקר: רואיינו 30 קרובי משפחה של 21 מטופלים מונשמים בבית החולים הרצוג בירושלים, השרויים במצבי צמח או הכרה מיקטי. יגון מורכב הוערך באמצעות ה־Inventory of Complicated Grief, דיכאון באמצעות Hamilton Depression Scale, ותחושת עומס באמצעות Caregiver Strain Index. עמדות המרואיינים ביחס להחייאה, לאשפוז בטיפול נמרץ, ולהנשמה במצבים היפותטיים של מחלה סופנית או חוסר הכרה ממושך הוערכו באמצעות End of Life Decision Scale. גיל המטופלים הממוצע בעת האירוע היה 69 ± 12 שנה, משך הנשמה ממוצע 28.9 ± 29.5 חודש (טווח 3–127).

תוצאות: שכיחות היגון המורכב בקרב הקרובים הייתה 60%; 25% מהנשאלים סבלו מדיכאון. רמת היגון נמצאה מתאם שלילי למשך הנשמה ($r = -0.393$, $p = 0.03$) ולרמת ההשכלה ובמתאם חיובי לרמת העומס ($r = 0.567$, $p = 0.001$), למספר ומשך הביקורים בחודש, ולמידת קרבת המגורים למטופל. לא נמצא מתאם בין רמת היגון לרמת הדתיות, לגיל המטופל בעת האירוע, או ליחס הקרבה למטופל. נמצא מתאם חיובי בין רמת הדתיות לרצון להתערבויות במחלה סופנית ($r = 0.488$, $p = 0.007$) ובמצב חוסר הכרה ($r = 0.62$, $p < 0.001$).

מסקנות וסיכום: קרובי משפחה של מטופלים במצבי חוסר הכרה ממושך חשים אבל על אובדן יקירם בעודו בחיים. רמת הדתיות משפיעה על הגישה להחלטות בסוף החיים. לנוכח הממצאים הללו, ראוי שהגישה הכוללת למטופלים אלו תכלול התייחסות ותמיכה לתהליך שחווים בני המשפחה. נדרש דיון ציבורי ודיון של קובעי המדיניות באשר להשלכות של טיפול ממושך בחולים עם הפרעה במצב הכרה על בני משפחתם בפרט ועל החברה בכלל.

איתי דיין¹
אסתר-לי מרקוס^{2,1}
אוריאל הרסקו-לוי^{3,1}

¹הפקולטה לרפואה של האוניברסיטה העברית והדסה, ירושלים
²האגף להנשמה כרונית, מרכז רפואי הרצוג, ירושלים
³האגף הפסיכיאטרי, מרכז רפואי הרצוג, ירושלים

מצב צמח; מצב הכרה מיקטי (מינימלי); יגון מורכב; דיכאון; החלטות סוף החיים.

Vegetative state; Minimally conscious state; Complicated grief disorder; Depression; End-of-life decision making

מילות מפתח:

KEY WORDS

אינם "חיים ראויים". עם זאת, מחקרים שבהם בוצעה תהודה מגנטית תפקודית (Functional MRI) ונמצאה עדות ל"איים" של פעילות קוגניטיבית בחולים שאובחנו כמצב צמח, ואף אפשרות לתקשורת חלופית עם מטופלים אלו, עוררו מחדש את הבעייתיות שבאבחנה קלינית של מצב ההכרה והסוגיות האתיות הכרוכות בהחלטות אלו [2].

מאפיינים סוציודמוגרפיים, דתיים, ותחיקתיים קשורים לעמדות שונות ביחס להתערבויות רפואיות ביחידות לטיפול נמרץ. במחקר ETHICAT, שבוצע ביחידות לטיפול נמרץ בישראל ובכמה מדינות באירופה, נמצא שרמת הדתיות משפיעה על החלטות להאריך חיים במצבים מסוימים, ובכלל זה ביחס לביצוע החייאה או להמתת חסד פעילה [3]. בישראל גדול יחסית מספרם של המטופלים עם ירידה ממושכת של מצב ההכרה, וזאת בשל סיבות תרבותיות, דתיות ותחיקתיות, בצד זמינות של טכנולוגיות משמרות חיים.

במחקרים ספורים נבדקו העמדות של בני משפחה המטופלים

הקדמה

בעשורים האחרונים גדל והולך מספרם של החולים הלוקים בירידה ממושכת של מצב ההכרה. אף שהפרוגנוזה של רבים מהחולים במצב של צמח או במצב הכרה מיקטי היא גרועה, הארכת החיים מתאפשרת הודות להתפתחות בטיפול הרפואי ובטכנולוגיה, כמו הנשמה מלאכותית, תרופות אנטיביוטיות רחבות טווח והזנה אנטרלית, ולזמינותן של מחלקות לטיפול ממושך בחולים אלו [1]. במצב זה מתעוררות דילמות אתיות, משפטיות ודתיות הנוגעות לקבלת החלטות במצבים אלו, שבהם לא ניתן לשאול את החולים לרצונם, ורובם לא השאירו הנחיות מקדימות [2].

האתיקה של הגישה לטיפול בחולים במצבי חוסר הכרה ממושך עם סיכוי אפסי או קלוש לשיפור משמעותי היא מורכבת, ויש הטוענים שבחולים אלו קיים בסיס אתי להפסקת טיפולים משמרי חיים, לרבות הזנה מלאכותית, בגישה שבמצב זה החיים

במחקר רואיינו 1-3 בני משפחה מדרגה ראשונה של 21 מטופלים, 11 נשים ו-10 גברים בני 18 שנים ומעלה. המטופלים אובחנו כמצב צמח או מצב הכרה מיקטי שלושה חודשים לפחות קודם לריאיון. מצב צמח (Vegetative state) מאופיין בנזק נרחב למוח שבגללו המטופל איבד את היכולת של מודעות לעצמו ולסביבה, למרות נוכחות של מעגלי ערות-שינה ובאופן כללי תפקוד שמור של ההיפותלמוס ושל גזע המוח. מצב הכרה מיקטי (Minimally conscious state) מאופיין בנזק מפוּשט למוח, אך חמור פחות, ובעדות לפרגמנטים של מודעות והתנהגות ברמה גבוהה יותר [2]. מכלל המטופלים, 15 (71.4%) סבלו מנזק למוח עקב חוסר חמצן, ארבעה (19.0%) היו לאחר אירוע מוח נרחב ו-2 (9.6%) עם קיהיון (דמנציה) סופני. הגיל הממוצע בעת האירוע היה 69±12 שנים (טווח 42-87 שנים), ומשך הנשמה ממוצע בעת הריאיון היה 28.9±29.5 חודשים (טווח 3-127 חודשים). בסך הכול רואיינו 30 קרובי משפחה בגיל ממוצע של 52.4±15.9 שנים. המאפיינים הסוציו-דמוגרפיים שלהם מובאים בטבלה 1. הקרובים ביקרו את יקירם בבית החולים 11.0±18.3 פעמים בחודש בממוצע, ומשך כל ביקור היה 2.1±2.8 שעות בממוצע.

במטופלים עם הפרעות במצב ההכרה. במחקר שנערך בבית החולים שערי צדק [4] נמצא, כי רוב הצאצאים של קשישים במצב סופני ביקשו טיפול תומך חיים, כגון נוזלים, הזנה ואנטיביוטיקה, בעוד שמקצתם רצו בהתערבויות חודרניות יותר, כגון החייאה, הנשמה מלאכותית ודיאליזה. גורמים מנבאים לרצון לטיפולים אלו היו רמת דתיות ומידת הקרבה למטופל. אף שכ-50% מהמוכללים במחקר האמינו שהם יודעים מה היה רצון הוריהם, רבים מהם לא נענו לרצון המשוער הזה. רובם חשבו שבני משפחה או הרופא המטפל צריכים להיות מעורבים בהחלטות סוף החיים. במחקר קודם שנערך ביחידה להנשמה כרונית (שבה נערך גם המחקר הנוכחי) [5], ראינו המחברים בני משפחה של מטופלים מונשמים כרונית, רבים מהם עם ירידה ממושכת במצב ההכרה, כדי להעריך את גישתם לטיפולים משמרי חיים. במחקר נמצא, כי שיעור הרצון להתערבויות שונות לאחרים היה גבוה בהרבה מאשר לעצמם. ההנחיות המקדימות חשובות אפוא כיוון שלבני המשפחה קשה לקבל בשביל אחרים את ההחלטה להימנע מטיפול. במחקר איכותני שנערך במרכז הרפואי הרצוג, תוארו העומס הרגשי והתנודות בין תקווה לייאוש בקרב בנות זוג של מטופלים במצבי חוסר הכרה [6].

כלי המחקר:

- **שאלון על המטופל:** מאפיינים דמוגרפיים וקליניים שנדלו מתיקי המטופלים.
- **שאלון לקרוב המשפחה:** גיל, מין, מצב משפחתי, הקרבה למטופל, רמת ההשכלה, רמת הדתיות, קרבת המגורים למטופל טרם האשפוז, תכיפות ומשך הביקורים אצל המטופל במהלך האשפוז.

בשנים האחרונות דווח בספרות המחקר כי יגון מורכב (Complicated grief disorder) או יגון ממושך (Prolonged grief disorder), שכיחים בקרב בני משפחה של מטופלים במצב צמח או במצב הכרה מיקטי [7-10]. לתסמונת זו אופייניים תסמינים כמו בלבול לגבי תפקידו של האדם בחיים, ירידה בתחושת העצמי, קושי לקבל את האובדן, הימנעות מדברים המזכירים את ממשות האובדן, חוסר יכולת לבטוח באחרים לאחר האובדן, מרירות, כעס, וקושי להמשיך בשגרת החיים [11]. ממחקרים עולה כי תסמונת היגון המורכב שונה במאפייניה מדיכאון רבא (Major depressive disorder) בקרב בני משפחה של מטופלים במצבי חוסר הכרה ממושך [7, 8]. יגון מורכב ופסיכופתולוגיות אחרות עלולים להשפיע באופן משמעותי על מצב הבריאות ועל יכולת התפקוד של בני המשפחה המטפלים ביקרם. בני המשפחה הנתונים ב"פרדוקס נפשי" הנובע מזה שמצד אחד יקירם לא מת, ומצד אחר נצפים במטופלים פקחת עיניים ותנועות לא רצונית - מה שמעורר אשליה שהמטופל ישוב ויתעורר ויחזור לתפקודו הקודם, והדבר פוגע בתהליך נורמלי של אבל על האובדן [10].

אומנם מחקרים רבים נערכו בנושא של אבל פתולוגי, אך ההשפעה של הסיטואציה על בני משפחה המטפלים בחולים עם מצבי חוסר הכרה ממושך טרם נחקרה דייה, ומכאן חשיבותו של המחקר הנוכחי. מחקר זה ומחקרים דומים יכולים לשמש בסיס לעיצוב תכניות התערבות לטווח קצר וממושך.

מטרות

להעריך את מצבם הנפשי של בני משפחה של חולים במצב צמח או במצב הכרה מיקטי ואת עמדותיהם לגבי סוגיות של סוף החיים, ולבדוק מתאם בין פרמטרים אלו למאפיינים סוציו-דמוגרפיים ודתיים.

שיטות מחקר

נערך מחקר חתך תיאורי-מתארי שהתבצע באגף להנשמה כרונית בבית החולים הרצוג בירושלים. המחקר אושר בוועדת האתיקה המוסדית (ועדת הלסינקי). המשתתפים חתמו על טופס הסכמה מדעת.

טבלה 1:

מאפיינים סוציו-דמוגרפיים של קרובי המשפחה (N=30)

מאפיין		N (%)
מין	גברים	12 (40)
	נשים	18 (60)
גיל	20-35	4 (13.3)
	36-50	9 (30.0)
	51-65	10 (33.3)
	65 ומעלה	7 (23.4)
מצב משפחתי	נשוי/נשואה	25 (83.3)
	רווק/רווקה	3 (10.0)
	גרש/גררשה	2 (6.7)
רמת השכלה	בית ספר יסודי	1 (3.3)
	תיכון	12 (40.0)
	השכלה על תיכונית - לא אקדמית	8 (26.7)
	תואר ראשון	4 (13.3)
רמת דתיות	תארים מתקדמים	5 (16.7)
	חילוני	11 (36.7)
	מסורתית	8 (26.7)
	דתי	7 (23.3)
	חרדי	4 (13.3)
	קרובה משפחתית למטופל	10 (33.3)
בן זוג	בן/בת	17 (56.7)
	אח/אחות	3 (10.0)

החלטות סוף החיים

נמצא מיתאם חיובי בין סולם EOL-TD וסולם EOL-LOC ($r=0.773, P<0.001$); נמצא מיתאם חיובי בין סולם EOL-TD ורמת הדתיות ($r=0.488, p=0.007$) ובין סולם EOL-LOC ורמת הדתיות ($r=0.62, p<0.001$); בניקוד EOL-LOC נמצאה בקרב בני משפחה גברים נטייה רבה לקבלת טיפול לעומת בנות משפחה נשים ($p=0.053$). נמצא מיתאם שלילי בין מידת ההסכמה להמתת חסד ובין דרגת הדתיות במצב של מחלה סופנית ($r=-0.438, p=0.018$) ובמצב של חוסר הכרה ($r=-0.458, p=0.012$); נמצא מיתאם חיובי בין מידת ההסכמה להמתת חסד במצב של חוסר ההכרה ובין גיל הנשאל ($r=0.414, p=0.025$); רק שניים (6.7%) מהנשאלים חתמו על מסמך המפרט את רצונם במצבי סוף החיים כהנחיה מקדימה.

דיון

למיטב ידיעתנו, המחקר הנוכחי הוא הראשון שבוצע בישראל לבדיקת מצבם הנפשי של בני משפחה המטפלים בחולים עם הפרעה ממושכת במצב ההכרה ועמדוניהם בסוגיות סוף החיים. המחקר הנוכחי מאשש ממצאי מחקרים קודמים בבני משפחה מטפלים בחולים עם הפרעות במצב ההכרה, שבהם אובחן יגון מורכב בשיעור שבין 15%–60% [7–10]. במחקר הנוכחי נמצא כי 18 מתוך 30 קרובי המשפחה (60%) היו בסיכון גבוה ליגון מורכב. מיתאם חיובי נמצא בין רמה גבוהה של יגון מורכב ובין קרבת מגורים למטופל טרם האירוע ותכיפות הביקורים למטופל ומשכם במהלך האשפוז. מיתאם שלילי נמצא בין משך ההנשמה לבין רמת היגון המורכב והעומס על המטופל, בדומה לממצא של Covelli וחב' [18] שדיווחו על ירידה ברמת העומס עם הזמן בקרב בני משפחה של חולים במצב צמח. בניגוד לכך, במחקר שעקב אחרי בני משפחה של חולים במצב צמח, נמצא כי רמת העומס על המטפלים עלתה לאורך זמן, בעוד שברמת היגון המורכב לא היה שינוי [10]. בניגוד למצופה, רמת הדתיות לא הגנה בפני התפתחות יגון מורכב או תחושת עומס בקרב קרובי המשפחה. אצל רבע מהנשאלים הייתה רמת דיכאון בינונית עד גבוהה.

המיתאם החיובי בין משך הביקורים ותכיפותם לבין רמת היגון המורכב והעומס על המטופל משקף את תגובתם של קרובי המשפחה למצב. אף שהצוות הרב-מקצועי המטפל בחולים ותומך בבני משפחותיהם מעודד את בני המשפחה להמשיך בשגרת חייהם ככל הניתן, נראה שרבים מבני המשפחה לא עשו זאת, אלא שינו את אורח חייהם באופן משמעותי. רבים מהם מבקרים את יקיריהם מחוסרי ההכרה פעמים רבות בשבוע במשך חודשים ושנים. במחקר איכותני קודם שבוצע בבית החולים הרצוג [6] התרשמו הסוקרים שרוב קרובי המשפחה לא היו אופטימיים לגבי המצב הרפואי וההכרתי של יקירם, אך הם חשו מחויבות פנימית להמשיך לבקר אותם.

אומנם המחקר הנוכחי אינו איכותני, אך אנו מוצאים מקום להביא כמה מהתגובות שרשמנו מפי הנשאלים. תגובות של בנות זוג של מטופלים: "קשה לי מאוד לראות אותו במצב הזה ולדעת שהוא האדם האחרון שהיה רוצה להיות במצב כזה". "בשבילי זה לא משנה, אני איתו מה שלא יהיה, אנחנו תמיד יחד". "הוא חייב להתעורר, ודאי שהוא יתעורר, זה לא יכול להיות שאלוקים ייתן לאדם כמוהו למות". ובתה של מטופלת: "בעבר היה קשה יותר, היו לי התקפי חרדה, וזה השפיע עמוקות על חיי היום יום שלנו. אבי (בעלה של המטופלת) בא לבקר לעיתים קרובות יותר. לי זה קשה יותר, אני לא מבינה למה".

סולם להחלטות סוף החיים: סולם זה נלקח מחלק מהשאלון להערכת הגישה לסוף החיים במחקר ETHICATT [12]. הוא מורכב משלוש שאלות על רצון הנשאל להתערבויות הבאות במצבים של מחלה סופנית או הפרעה ממושכת במצב הכרה: (1) אשפוז בטיפול נמרץ; (2) החייאת לב-ריאות; (3) חיבור למכונת הנשמה. התשובות דורגו בסולם ליקרט מ"בהחלט לא" עד "בהחלט כן"; הניקוד לשלוש השאלות חובר לציון סופי מ-1 עד 15. היו אפוא שני סולמות, האחד למצב מחלה סופנית (End Of Life-Terminal Disease, EOL-TD) והשני למצב של הפרעה בהכרה (End Of Life-Loss Of Consciousness, EOL-LOC). את השאלות האלה הכללנו בכלי, משום שהן נוגעות להתערבויות שונות של עלייה במדרגת הטיפול (Escalation of therapy) שבהן דנים בחולים במצבים קשים. בישראל, הפסקת הזנה או ניתוק ממנשם אינם חוקיים, ולכן לא שאלנו את המרואיינים לגביהם. המהימנות הפנימית (Cronbach's α). במחקר זה הייתה 0.935 לסולם EOL-TD ו-0.957 לסולם EOL-LOC. כמו כן נשאלו המרואיינים על מידת הסכמתם בסולם ליקרט מ-1–5 להמתת חסד במצבים אלו;

- סולם להערכת יגון מורכב** (The Inventory of Complicated Grief, ICG) [13], ובו 19 פריטים של תסמינים של יגון מורכב מדורגים בסולם ליקרט מ-0 עד 4 (אף-פעם-לא עד תמיד);
- סולם להערכת רמת העומס על המטפל** (Caregiver Strain Index, CSI) [14], ובו 13 פריטים, המעריך את רמת העומס הכרוכה בטיפול, לרבות השפעה על תעסוקה, מצב כלכלי, והתחומים של בריאות פיזית, יחסים חברתיים וזמן;
- סולם להערכת דיכאון** (The Hamilton Rating Scale for Depression, HAM-D) [15], ובו 21 פריטים;
- סולם להערכת חרדה** (The Hamilton Rating Scale for Anxiety, HAM-A) [16], ובו 14 פריטים.

הניתוח הסטטיסטי בוצע באמצעות תוכנת SPSS גרסה 19. תבחין T בוצע להשוואת שני משתנים קמותניים. חושב מקדם Spearman לבדיקת המיתאם בין המשתנים השונים. ערך $p < 0.05$ נחשב כמובהק סטטיסטי.

תוצאות

יגון מורכב ותגובות רגשיות

בהתאם לציון החתך על פי OLI [17] של 32 בסולם ICG, 18 (60%) מהנשאלים היו בסיכון גבוה ליגון מורכב; נמצא מיתאם חיובי בין הניקוד בסולם ICG לניקוד בסולם CSI ($r=0.567, p=0.001$). נמצא מיתאם שלילי בין סולם ICG ומשך ההנשמה ($r=-0.393, p=0.03$) לבין סולם CSI ומשך ההנשמה ($r=-0.511, p=0.004$); מידת קרבת המגורים למטופל לפני האשפוז נמצאה במיתאם עם ניקוד ICG ($r=0.375, p=0.041$) ועם ניקוד CSI ($r=0.362, p=0.05$); נמצא מיתאם חיובי בין מספר הביקורים אצל המטופל בחדש ובין ניקוד ICG ($r=0.423, p=0.02$); נמצא מיתאם חיובי בין משך הביקור ובין ניקוד ICG ($r=0.424, p=0.019$) וניקוד CSI ($r=0.392, p=0.032$); נמצא מתאם שלילי בין רמת ההשכלה לניקוד ICG ($r=-0.51, p=0.004$); לא נמצא מיתאם בין רמת הדתיות לניקוד ICG או לניקוד CSI. לא נמצא מיתאם בין גיל המטופל בעת האירוע לניקוד ICG או ל-CSI.

מצבם הנפשי של 24 מבני המשפחה הוערך על ידי HAM-D ו-HAM-A. הניקוד הממוצע היה 12.3 ± 8.0 ב-HAM-D ו- 9.6 ± 8.3 ב-HAM-A. לשישה מהנשאלים היה ניקוד של HAM-D מעל 20, שמצביע על רמת דיכאון בינונית עד גבוהה. רק לאחד מהנשאלים היה ניקוד HAM-A של 30, שמצביע על רמת חרדה גבוהה.

נבדקו בישראל מצבם הנפשי של בני משפחה המטפלים בחולים עם הפרעה ממושכת במצב ההכרה וגישתם לסוגיות סוף החיים; העובדה שהמראיין (א"ד) לא השתייך לצוות המטפל בחולה מעלה את מהימנותן של התשובות; ושהנשאלים על החלטות סוף החיים היו בני משפחה שחווים יומיום את המצוקה והתקווה לגבי יקירם. **מגבלות המחקר:** הוא נערך במרכז רפואי אחד בלבד, עם המאפיינים הייחודיים של האוכלוסייה בירושלים; המדגם קטן יחסית. יש מקום למחקרים נוספים ממרכזים רפואיים שונים ועם מדגם גדול יותר, וכן לכלול בני משפחה של מטופלים בקהילה. יש מקום לבדוק גם רמת תחלואה פיזית ותמותה בקרב בני המשפחה. כיווני מחקר מומלצים נוספים הם לחקור את רמת התקווה באוכלוסייה זו, ואת השפעתה על המצב הנפשי ועל החלטות סוף החיים.

לסיכום

בגישה הרב מקצועית למטופלים במצבי חוסר הכרה ממושך יש להתייחס למצוקתם של בני משפחה, להעריך את מצבם הנפשי, ולהציע התערבות מתאימה של קבוצות תמיכה או של טיפול פרטני. על המערכת הרפואית וקובעי המדיניות להביא בחשבון בגישתם לחלים אלה, הן את השונות הדתית והתרבותית בגישה להתערבויות בסוף החיים, והן את ההשלכה ארוכת הטווח של מצב זה על בני המשפחה. ●

מחבר מכותב: אסתר-לי מרקוס

האגף להנשמה כרונית
מרכז רפואי הרצוג, ת.ד. 3900, ירושלים 91035
טלפון: 02-5316854, פקס: 02-6536075
דוא"ר: elm@zahav.net.il

הטיפול המומלץ ביגון מורכב בקרב מטופלים שחוו פטירה של קרוב הוא טיפול קוגניטיבי התנהגותי (CBT) ממוקד ליגון מורכב, בין אם במפגש פנים אל פנים ובין אם באמצעות המרשתת [19]. במחקרים אקראיים מבוקרים נמצא כי שיטת טיפול זו יעילה להפחתת התסמינים. לא נעשו מחקרים על הטיפול ביגון מורכב בקרב בני משפחה של חולים עם הפרעות במצב ההכרה, ודווקא במקרים אלו נראה שהטיפול מורכב יותר בגלל חוסר הודאות לגבי העתיד והיעדר האפשרות להשלים עם האובדן בעוד המטופל חי. הגורם העיקרי שנמצא כמשפיע על החלטות סוף החיים, הן במצב של מחלה סופנית והן במצב של חוסר הכרה, הוא רמת הדתיות, ויש מיתאם בין רמת דתיות גבוהה לבין הרצון להאריך חיים בכל מצב. האוכלוסייה שנשאלה במחקר זה היא אוכלוסייה ייחודית – בני משפחה של חולים המונשמים כרונית ובלא יכולת לתקשר לגבי רצונם. במחקרים קודמים נמצא כי דת, רמת הדתיות, אזור גיאוגרפי ושונות כלכלית משפיעים על החלטות סוף החיים ביחידות לטיפול נמרץ [3, 12].

המחקר הנוכחי פותח צוהר לגישה להחלטות סוף החיים באוכלוסייה שחווה יום יום את התוצאות ואת ההשלכות של ההחלטות הקשורות ליקירם. במחקר הם נשאלו מה היו רוצים לעצמם במצבים היפותטיים שונים. במחקר שנערך קודם לכן במרכז זה, נמצא כי הנשאלים רוצים עבור עצמם פחות התערבויות משמרות חיים מכפי שהיו רוצים עבור אחרים באותם מצבים [5]. בישראל יש הבדל בתחיקה בין הימנעות מטיפול להפסקת טיפול, הנובע מגישה תרבותית ודתית המדגישה את קדושת החיים, והחוק אוסר על הפסקה יזומה של טיפול רציף (כגון הזנה או הנשמה מלאכותית) [20]. למרות הניסיון והקושי הרב של בני המשפחה המטפלים, רק שניים מהם חתמו על הנחיות מקדימות לגבי רצונם להתערבויות משמרי חיים במצבים דומים.

יש יתרונות במחקר זה: למיטב ידיעתנו, הוא הראשון שבו

ביבליוגרפיה

1. American Congress of Rehabilitation Medicine, Brain Injury-Interdisciplinary Special Interest Group, Disorders of Consciousness Task Force, Seel RT, Sherer M, Whyte J, et al. Assessment scales for disorders of consciousness: evidence-based recommendations for clinical practice and research. Arch Phys Med Rehabil, 2010; 91:1795-1813.
2. Racine E, Rodrigue C, Bernat JL & al, Observations on the ethical and social aspects of disorders of consciousness. Can J Neurol Sci, 2010; 37: 758-768.
3. Bulow HH, Sprung CL, Baras M & al, Are religion and religiosity important to end-of-life decisions and patient autonomy in the ICU? The Ethicatt study. Intensive Care Med, 2012; 38: 1126-1133.
4. Sonnenblick M, Friedlander Y & Steinberg A, Dissociation between the wishes of terminally ill parents and decisions by their offspring. J Am Geriatr Soc, 1993; 41: 599-604.
5. Sviri S, Garb Y, Stav I & al, Contradictions in end-of-life decisions for self and other, expressed by relatives of chronically ventilated patients. J Crit Care, 2009; 24: 293-301.
6. Hamama-Raz Y, Zabari Y & Buchbinder E, From hope to despair, and back: being the wife of a patient in a persistent vegetative state. Qual Health Res, 2013; 23: 231-240.
7. Guarnerio C, Prunas A, Della Fontana I & Chiambretto P, Prevalence and comorbidity of prolonged grief disorder in a sample of caregivers of patients in a vegetative state. Psychiatr Q, 2012; 83: 65-73.
8. Leonardi M, Giovannetti AM, Pagani M & al, Burden and needs of 487 caregivers of patients in vegetative state and in minimally conscious state: results from a national study. Brain Inj, 2012; 26:1201-1210.
9. Elvira de la Morena MJ, Cruzado JA. Caregivers of patients with disorders of consciousness: coping and prolonged grief. Acta Neurol Scand 2013; 127: 413-418.
10. Bastianelli A, Guis E & Cipolletta S, Changes over time in the quality of life, prolonged grief and family strain of family caregivers of patients in vegetative state: a pilot study. J Health Psychol, 2016; 21: 844-852.
11. Prigerson HG, Horowitz MJ, Jacobs SC & al, Prolonged grief disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. PLoS Med, 2009 Aug;6(8):e1000121.
12. Sprung CL, Carmel S, Sjkovist P & al, Attitudes of European physicians, nurses, patients and families regarding end-of-life decisions: the ETHICATT study. Intensive Care Med, 2007; 33: 104-110.
13. Prigerson HG, Maciejewski PK, Reynolds CF & al, Inventory of complicated grief: a scale to measure maladaptive symptoms of

- loss. Psychiatry Res 1995; 59: 65-79.
14. Robinson BC, Validation of a Caregiver Strain Index. J Gerontol, 1983; 38:344-348.
15. Hamilton M, A rating scale for depression. J Neurol Neurosurg Psychiatry, 1960; 23: 56-62.
16. Hamilton M, The assessment of anxiety states by rating. Br J Med Psychol, 1959; 32; 50-55.
17. Ott CH, The impact of complicated grief on mental and physical health at various points in the bereavement process. Death Stud, 2003; 27: 249-272.
18. Covelli V, Sattin D, Giovannetti AM & al, Caregiver's burden in disorders of consciousness: a longitudinal study. Acta Neurol Scand, 2016; 134: 352-359.
19. Doering BK & Eisma MC, Treatment for complicated grief: state of the science and ways forward. Curr Opin Psychiatry 2016;29:286-291.
20. Jotkowitz AB & Glick S, The Israeli Terminally ill patient law of 2005. J Palliat Care 2009; 25: 284-288.

כרוניקה

ברות (דיאטה) ים תיכונית עשויה להועיל ללוקים בדלדול העצם (אוסטיאופורוזיס)



בכל האתרים ולא נקשרה עם שינויים ברמות Pyridinoline או Free Deoxyypyridinoline. הרמה הממוצעת של ויטמין D עלתה משמעותית במהלך המעקב בקבוצת ההתערבות (4.5 ננוגרם/מ"ל), בהשוואה לשינוי קטן יחסית בקבוצת הבקרה (0.5 ננוגרם/מ"ל). בנוסף, רמות PTH ירדו משמעותית בקבוצת ההתערבות (1.4 פיקוגרם/מ"ל), בהשוואה לעליה בקבוצת הביקורת (3.9 פיקוגרם/מ"ל).

כאשר החוקרים התמקדו בתחילת המחקר רק בנכללים הלוקים בדלדול העצם, הם מצאו כי צפיפות העצם בצוואר הירך עלתה בקבוצת ההתערבות במהלך המעקב, אך ירדה בקבוצת הבקרה, בהבדל ממוצע של 0.9% (p=0.04). החוקרים לא זיהו השפעה משמעותית של הברות על צפיפות העצם בעמוד שידרה מותני או בכלל הגוף בקרב אלו שאובחנו כלוקים בדלדול העצם (Am J Clin Nutr Published online July 11, 2018).

איתן ישראלי

ה־NU-AGE הוא מחקר אקראי ומבוקר שכלל 1,294 חולים בין הגילים 65-79 שנים מצרפת, איטליה, הולנד, פולין ובריטניה, אשר גויסו בין השנים 2012-2014. הנכללים בקבוצת ההתערבות קיבלו ייעוץ תזונתי סטנדרטי שהותאם למיקומם, תשע פעמים בשנה, על בסיס דואר או דואר אלקטרוני, וכן מוצרי מזון זמינים, כדי לסייע להם להקפיד על הנחיות ברות ים תיכונית, כולל פסטה מחיטה מלאה ושמן זית. בנוסף, הם נטלו תוספי ויטמין D במינון נמוך, לצמצום ההבדלים ברמות ויטמין D בין אזורי המחקר, לנוכח הבדלי תזונה וחישיפה לשמש.

גיל הנכללים הממוצע עמד על 70.9 שנים. בסך הכול 1,142 נכללים השלימו את המחקר, מהם 555 חולים בקבוצת ההתערבות ו־562 בקבוצת הבקרה עם נתוני בדיקת DEXA בתחילת המחקר ובתום המעקב. הסריקות העידו כי 8% מהנכללים (54 חולים) לקו בדלדול העצם בתחילת המחקר. מהתוצאות עלה כי לאחר שנה אחת, לברות לא הייתה השפעה על צפיפות העצם

כרוניקה

הנחיות לביצוע סקרים לאיתור דלדול העצם (אוסטיאופורוזיס)



האוסטיאופורוזיס או קליניים, באלו שהשלימו את בדיקת הסקר תועדו פחות שבירי עצם הירך בהשוואה לאלו שלא השלימו את בדיקות הסקר (2.6% לעומת 3.5%, יחס סיכון של 0.72).

מניתוח נוסף של הנתונים עלה דיוק שונה בבדיקות להערכת העצם והערכות סיכון קליניות בזיהוי דלדול העצם; בעוד שההנחיות משנת 2011 תמכו בבדיקות סקר של נשים מתחת לגיל 65 שנים, המצויות בסיכון לפי מדד FRAX, הרי שההמלצות החדשות מרחיבות את ההצעה להכללת מדד (Simple) SCORE (Osteoporosis Risk Estimation Instrument) OSIRIS; (Risk Assessment Instrument) (of Risk) ומדד (Osteoporosis Self-assessment Tool) OST.

בדיון בנושא ההמלצות, המומחים הדגישו את הצורך בנתונים נוספים אודות השימוש בכלי הערכה בנשים מתחת לגיל 65 שנים והסבירו כי מדד FRAX תואר בעבר כדוגמה, אך בפועל אין נתונים מהמינים אודות הכלי הטוב ביותר להערכת הסיכון או מהו הסך המדויק (JAMA Published online June 26, 2018).

איתן ישראלי

מומחי ה־USPSTF (US Preventive Services Task Force) פירסמו את ההמלצות הסופיות שלהם בנושא בדיקות סקר של נשים לדלדול העצם (אוסטיאופורוזיס) למניעת שבירים. ההנחיות העדכניות כוללות המלצות בדרגה B לבדיקות סקר של נשים בגילאי 65 שנים ומעלה, כמו גם נשים צעירות יותר לאחר חדילת אורח (Menopause) ובסיכון מוגבר. ההמלצות הסופיות פורסמו במהלך חודש יוני בכתב העת JAMA ותקפות לנשים מבוגרות, ללא אגנדה של שבר קודם מדלדול העצם או מצב רפואי אחר המביא להיחלשות העצמות. המומחים מציינים כי העדויות אינן מספקות כדי לקבוע אם בגברים יש תועלת לבדיקות סקר לדלדול העצם למניעת שבירים. בעדכון הנחיות דומות משנת 2011, אנשי ה־USPSTF השלימו סקירת עדויות מ־168 מאמרים בנושא בדיקות סקר לדלדול העצם, שהיו באיכות סבירה או טובה.

המחקר הקליני והאקראי היחיד בסקירה היה מחקר SCOOP (Screening for Prevention of Fractures in Older Women). הוכללו בו 12,483 נשים בין הגילים 70-85 שנים. למרות שהמחקר לא השיג את התוצאה העיקרית של בדיקות סקר עם כלי FRAX (Fracture Risk Assessment Tool), עם ירידה משמעותית בהיארעות כל השבירים