

אם מוחמד לא בא אל ההר...

מודל כוללני לטיפול בחולים חשוכי מרפא, בשלבים מתקדמים של מחלתם, המתגוררים רחוק ממרפאה קהילתית



דר' יהורם זינגר, בשמת רותם, ענת רומם, סעיד אל סאנע

האוכלוסיה הבדואית מהווה כרבע מאוכלוסיית הנגב ומונה כ-150 אלף תושבים. כחצי מאוכלוסיה זו מתגוררת בכפרים מוכרים והחצי הנותר גר "בפזורה", כלומר ביישובים שאינם מוכרים על ידי המדינה, בבתים זמניים ובאוהלים בכל רחבי הנגב. לרוב, ללא כל תשתיות (מים זורמים, ביוב וחשמל, לפעמים עם גנרטור מקומי קטן המופעל בשעות הערב). הגישה למגורים היא בדרך כלל בדרכי עפר לא סלולות. רוב האוכלוסיה המתגוררת במקומות אלה היא בעלת הכנסה נמוכה ומעמד כלכלי-חברתי נמוך ביותר. מטרת הפעלת הניידת הפליאטיבית, הן באוכלוסיה הבדואית והן באוכלוסיה היהודית בעיירות הפיתוח, היא לאפשר לחולי סרטן שמחלתם ממושטת ומתקדמת לקבל טיפול פליאטיבי נאות, ללא קשר לתנאי המגורים או המרחק מהמרפאה. באוכלוסיה הבדואית המתגוררת בפזורה, הבעיה העיקרית היא הנגישות הקשה למקום מגוריהם. בעיה זו הופכת משמעותית במיוחד כאשר מדובר באנשים חולים מאוד, שכל יציאה מהבית היא מסע מפרך עבורם. עקב כך, הקשר בין החולים

סבלו הרוחני והחברתי של האדם, צריכה להיות הבנה, רגישות וכבוד להיבטים התרבותיים השונים של המטופל.

מודל השירות

הניידת הפליאטיבית היא שירות הניתן על ידי שירותי בריאות כללית בשיתוף עם אוניברסיטת בן גוריון, האגודה למלחמה

לצוות המטפל הקבוע במרפאות הראשוניות הופך להיות בלתי רציף ולעתים אף מופסק לחלוטין.

העקרונות היסודיים בטיפול הפליאטיבי נשארים זהים, ללא הבדל דת או מין. קיימים הבדלים תרבותיים וביטויים ייחודיים הנובעים הן מאישיותו והן מתרבותו של האדם. כיוון שהטיפול הפליאטיבי הטוב ביותר מתמקד בהקלה על

בסרטן ואשל ובתמיכת הפדרציה היהודית בניו יורק. ליחידה רכב 4X4 וצוות הכולל נהג, אחות ורופא שעברו הכשרה ברפואה פליאטיבית. חולים המתאימים לטיפול ייחודי זה מופנים על ידי המכון האונקולוגי של המרכז הרפואי האוניברסיטאי ע"ש סורוקה, או על ידי הצוות הרפואי במרפאה הקהילתית. בתוך 48 שעות ממועד הפנייה, הצוות הפליאטיבי נוסע למקום מגוריו של החולה לביקור הערכה. במקרים רבים, אחות או רופא מהמרפאה הקהילתית מצטרפים לביקור זה. מטרת ביקור ההערכה היא לבדוק את הצרכים ולבנות תכנית טיפולית. החולים שמצבם יציב ימשיכו לקבל טיפול על ידי הצוות הרפואי במרפאה הקהילתית, תוך ליווי ותמיכה צמודים של הצוות הפליאטיבי. הזמינות של צוות הניידת לצוות הראשוני המטפל היא 24 שעות ביממה. חולים שמחלתם מתקדמת יותר ושמצבם משתנה במהירות, עוברים לטיפול אינטנסיבי של צוות הניידת המשפחה מקבלת את מספרי הטלפון הנייד של הנהג והאחות, הזמינים כאמור במשך 24 שעות ביממה, שבעה ימים בשבוע. לאחר כל ביקור של צוות הניידת, הצוות דואג לעדכון ותיאום עם הצוות הרפואי במרפאה הקהילתית. הקשר עם הצוות במרפאה נשמר לאורך כל הטיפול בחולה. בנוסף, הניידת משמשת כמקור תמיכה מקצועית גם למרפאות הקהילתיות של ערד, דימונה, ירוחם, מצפה רמון וגם כמובן למרפאות ביישובים הבדואיים המוכרים כמו שגב שלום, כסייפה, לקייה ועוד. בשנה האחרונה טיפלה הניידת בכ-25 חולים בו זמנית מכל הנגב הדרומי. כמה מהחולים היו זקוקים לביקור פעם בשבוע לאיזון סימפטומים ואחרים נזקקו לביקורים בתדירות נמוכה יותר. במקרים בהם החולה עמד לפני מותו וכאשר מצבו של החולה השתנה במהירות, נדרש לעתים ביקור יומי. הביקורים מתבצעים על ידי אחות הניידת בליווי הנהג המשמש גם כמתורגמן וכעוזר, בייחוד בנושאי הסברה ושכנוע הדורשים כישורים תקשורתיים עם רגישות והבנה תרבותית. במקרים היותר מורכבים, נערך ביקור רופא פעם בשבוע והוא גם מוזעק לפי הצורך לקריאות דחופות. כל אחת מהמרפאות הקהילתיות זוכות לביקור יזום פעם בארבעה חודשים, לצורך ניטור ובקרה של החולים האונקולוגים במרפאה. הדרכה ותמיכה של הצוות במרפאות הקהילתיות נעשה עד כה על פי דרישה. בתחילת השנה האזרחית הבאה מתוכננות פגישות יזומות עם הצוותים הרפואיים לצורך הדרכה מובנת בנושאים רלוונטיים

ברפואה פליאטיבית, כמו טיפול בכאב, טיפול בקשיי נשימה, טיפול בעצירות וכדומה. בשנת 2004 נעשו 260 ביקורי בית על ידי צוות הניידת הפליאטיבית. טופלו בסך הכל כ-80 חולים בשלבים שונים למחלתם, מהם נפטרו בבית 30 חולים ועשרה חולים נפטרו בבית החולים.

הייחוד שבשירות

ביקור בית הנעשה באוהל או בבקתה בדואית, על גבעה קטנה במרכז הנגב, שונה מביקור אצל משפחת גולדשטיין או משפחת עמר בדימונה. כאשר מתקשרים למשפחת גולדשטיין, שמואל מוסר את כתובתו בליווי הסברים: "נכנסים בכניסה הדרומית של דימונה, נוסעים ישר עד הכיכר השלישית, פונים ימינה, וברחוב השלישי שמאלה נמצא הבית. הוא גר בקומה שנייה. מגיעים לבית, דופקים בדלת, שמואל פותח את הדלת ומושיב אותנו על הספה בסלון. סימה מגיעה מחדר השינה ויושבת לידנו על כורסה.

כאשר מתקשרים לעלי נסרה, השיחה מקוטעת וההסבר נשמע כלקוח מספר דמינוני: נוסעים צומת אחד אחרי הכניסה לכסייפה, פונים לכיוון ערוער. כארבעה קילומטרים אחרי הצומת, מימין, יש מכולת. שם יש מעקה בטיחות על הכביש משמאל, לאחר המעקה יש דרך עפר, שם ימתין לנו חבר שלו, כי קשה לו להסביר איך להגיע משם. כאשר מגיעים למקום, אין אדם במקום. מתקשרים שוב ומתברר שהחבר בבאר שבע. ההסבר ממשיך: צריך לנסוע עד הוואדי, בערוץ הוואדי פונים ימינה, ליד העץ פונים שמאלה, אבל לא פנייה חדה. יוצאים מהוואדי, ואז, ליד קבוצת הפחונים, יש לשאול כיצד להמשיך. בסופו של דבר, מגיעים עם הרבה אבק בין השיניים. יוצאים מהמכונית וממתנינים.

הרי זה לא מנומס לגשת לבית מבלי שיזמינו אותנו. עלי מזמין אותנו פנימה. את הנעליים משאירים בכניסה לבית כי על המחצלות בחדר, עליהם אמנם יושבים במשך היום, צריך גם לישון בלילה.

בבית חדר אחד גדול, בו כל המשפחה ישנה בלילה על מזרנים. חדר נוסף משמש כמטבח עם ציוד בסיסי ביותר להכנת הארוחות. בחדר הגדול פרושים שטיחים ולאורך הקירות מונחים מזרנים עם כריות. אין כל ריהוט בבית. נורה, החולה, יושבת על מזרן. אנחנו מתיישבים לידה. לפחות שישה מבני המשפחה נמצאים בבית. כעבור פחות מדקה מגישים לנו תה חם.

בקרב רוב האוכלוסיה הבדואית קיימים חששות ופחדים רבים בכל הנוגע למחלת

הסרטן. עצם קיומה של מחלה במשפחה מהווה סיבה לבושה ופחד. רבים עדיין חוששים שמדובר במחלה מידבקת. יש רצון עז לשמור את עובדת החולי בסוד ויש משפחות שאינן מעוניינות שצוות הניידת יגיע לבית. פעמים רבות בני המשפחה יבקשו שלא לספר לחולה על מחלתו - תופעה נפוצה יותר בקרב הבדואים מאשר בקרב המשפחות היהודיות. מאידך, במהלך הליווי והטיפול, כאשר בסופו של דבר האמת יוצאת לאור, מידת ההשלמה עם הגורל המר גדולה בהרבה בקרב האוכלוסיה הבדואית - "כך אלוהים רוצה, אין מה לעשות". במקרים אחדים בהם נתקלנו בנשים צעירות לקראת סוף חייהן, הן עצמן מצאו לבעליהן אישה שנייה על מנת שתמשיך לטפל בילדים ותשמור על אחדות המשפחה לאחר מותן.

בקרב בני המשפחה הבדואית קיימים מנהגים ברורים לגבי הטיפול בחולה. אישה חולה תטופל על ידי בנותיה ו/או בעלה. אם אין לאישה בנות, היא תטופל על ידי המשפחה שלה ולא על ידי משפחת בעלה. נתקלנו במקרים בהם לבעל של האישה החולה יש אישה נוספת. במקרים אלה, כאמור, אחת מבנותיה של האישה מטפלת בה, אך במידה שאין לה בנות, אזי הבעל עצמו או אחת מבנותיה של אשתו השנייה תטפל בחולה. נדיר מאוד שחולה יועבר לטיפול במוסד סיעודי כלשהו.

בתרבויות מסורתיות קיימים חוקים ברורים מאוד לגבי צניעות ואינטראקציה בין גברים ונשים. הניסיון שלנו מלמד שכאשר מדובר בצוות רפואי המגיע לבית, גם בקרב האוכלוסיה היהודית וגם בקרב האוכלוסיה הבדואית, אין הסתייגויות מכך שרופא זכר יבדוק ויטפל באישה, או לחלופין, שאחות תטפל בגבר חולה.

למרות האמור לעיל, מתברר שהדמיון רב על ההבדלים בכל הנוגע לטיפול בחולה הנוטה למות בהיבט התרבותי השונות. קיימים כנראה מאפיינים אנושיים בסיסיים חוצי תרבויות אשר חשוב לציין אותם, כגון: עצב לנוכח אובדן של אדם קרוב, אובדן תפקוד, פחות פחד מהמוות ויותר פחד מהסבל בדרך אל המוות, הרצון העז לשמור על אוטונומיה וכך על כבוד עצמי, שכן הסבל הגופני הוא אוניברסלי, כולם כואבים, לכולם יש בחילה, דבר שאינו שונה מתרבות לתרבות.

דר' יהורם זינגר, בשמת רותם, ענת רומם, סעיד אל סאנע, היחידה לכאב וטיפול פליאטיבי, אוניברסיטת בן גוריון בנגב ושירותי בריאות כללית, מחוז דרום.