

פרופ' שמעון גליק

דיווח אמת לחולה

השאלה "האם לגלות לחולה את האמת על מחלה אנושה" היא עתיקת יומין. בדרך כלל הדיון מתמקד בעיקר בחולה סרטן, והשאלה לא עולה במלוא חריפותה במספר מחלות אחרות שתוחלת החיים בהן לעיתים קרובות פחותה מזו של מחלת הסרטן. הסיבה להבדל נעוצה בפסיכולוגיה של פחד. פחדים מכל הסוגים אינם קשורים באופן ישיר בסיכויים הסטטיסטיים של הסכנה אלא במשמעות הפסיכולוגית הסוביקטיבית של המצב. בחברה שלנו עדיין יש לסרטן משמעות נוראית. עצם המלה "סרטן" נחשבת כמעט כמלה גסה: ישנם חוגים נרחבים בהם לא מזכירים בכלל את המלה סרטן. במקום סרטן מדברים על "מחלה ממושכת", "יענע קרנק". היו תקופות שפחד דומה התלווה למחלות אחרות כמו שחפת, וגם נמנעו מלהזכיר את המלה הזו.

הפחד מסרטן נפוץ מאוד בכל שכבות האוכלוסייה והוא גם מלווה ביקורים רבים אצל רופאים שבמבט ראשוני אין להם ולסרטן שום קשר, כביכול ביקורים שיגרתיים או בגלל סיבות טריביאליות, לא מובנות. מאחורי ביקורים אלו לעיתים קרובות מסתתר פחד מסרטן — למשל בגלל מוות של קרוב במשפחה עם סרטן. חולה פונה לרופא באמתלה כלשהיא ולא מזכיר בכלל את פחדו מסרטן. אם הרופא לא מגלה את המקור האמיתי לתלונות החולה ושולח אותו לדרכו אחר הבדיקה, הוא עלול להיכשל בהפגת דאגת החולה. רק אם הרופא מתיחס במפורש לפחד הבלתי מוצהר ומבטא את המשפט הגואל "אין לך סרטן" ירפה המתח.

בארה"ב, אנגליה וארצות מערביות אחרות גברה בשנים האחרונות הנטייה לספר לחולה את "האמת". תוך פחות מעשרים שנה חל מהפך קיצוני בגישת הרופאים לנושא. בסקר אחד שנערך בשנת 1961 (1) התנגדו 90% מהרופאים לפתיחות בנידון, אבל בסקר אחר בשנת 1977 (2) התנגדו רק 2% לאמת. קיימות מספר סיבות לשנוי בגישה:

1. הפרוגנוזה השתנתה לטובה במספר סוגי סרטן, ובאופן אוביקטיבי סרטן אינו בהכרח גזר דין מוות. מצב זה ידוע כמובן לרופאים, ועל ידי תעמולה מוצלחת של האיגודים למלחמה בסרטן, הגישה הזאת חדרה גם לציבור הרחב והורידה קצת מהחרדה.
2. הוכנסו לשימוש תרופות נסיוניות רבות וטיפולים קשים ומסוכנים ששימושם מחייב שיתוף הפעולה של החולה.
3. ישנה עליה מתמדת בתביעות משפטיות והיו מספר לא מבוטל של תביעות של חולים כנגד רופאים, בטענה שהסתרת מידע מהם על ידי הרופא גרמה להם נזק כספי וסבל רב.
4. נתונים ונסיון במשך השנים הראו שחולים מתמודדים עם הידע על מחלתם בצורה הרבה יותר טובה ממה שציפו הרופאים.

5. באותה תקופה התפתחה והתחזקה מאוד התודעה המדגישה את זכויות החולה והאוטונומיה שלו.

בישראל המצב עדיין שונה בהרבה מזה בארצות המערב, וכנראה ברוב המקרים לא מספרים לחולה את "האמת". רק לפני כמה שנים התלונן פרופסור רובינזון ממכון אונקולוגי בחיפה (3) על היעדר אספקת מידע לחולי סרטן. הוא גילה שחולים שהופנו למכון האונקולוגי קיבלו מרופאיהם מיגוון של אבחנות כמו: כיב, דלקת, מוגלה, כתם, חוסר דם, שאת, תאים חשודים, ציסטה, מיומה ועוד ועוד, ולעיתים קרובות לא דווח לחולים על שום אבחנה. בויכוח שהתנהל באותה תקופה לפני סטודנטים בביה"ס לרפואה בבאר-שבע, הצהיר אחד האונקולוגים הדגולים בארץ שהוא אף פעם לא מגלה לחולה שיש לו סרטן, והוא טען בלהט רב שזאת היא הדרך הרצויה.

ישנם נימוקים טובים בעד דיווח אמת:

1. לאמת יש ערך מוסרי עצמאי ביחסים בין אנשים ובמיוחד בין רופא לחולה. יחס רופא-חולה מושחת על אימון מצד החולה ברופא. קיימת מוסכמה חברתית אפילו בלי חוזה מפורש, שבו החולה מצפה למידע מפורט ומהימן מהרופא.
2. אם חולה מבקש מידע מרופא על מצב בריאותו, זוהי זכותו האלמנטרית לדעת.
3. בעידן של טיפולים מסוכנים וממושכים, אי אפשר לצפות לשיתוף פעולה מהחולה בלי לפתח בפניו תמונה אמיתית על חומרת מצבו. קשה לספק לחולה מידע כוזב ולספר לו שהוא סובל ממחלה טריביאלית ובו זמנית להציע לו טיפול שכרוך בסכנת מוות ובסבל רב.
4. אמירת האמת משפרת את רמת התקשורת בין הרופא לחולה ובין חולה למשפחתו, ומונעת את התמרונים המאולצים וגישת "המחתרת" שמתחייבת על-ידי הסתרת מידע מהחולה.
5. פחד וחוסר וודאות לפעמים גרועים יותר מהאמת, אפילו מאמת קשה. כרופאים אנו נתקלים בתופעה שחולים נרגעים אחר קבלת מידע אפילו על אבחנות קשות ביותר.
6. בעולם הרפואי המודרני עם עשרות אנשי צוות מעורבים בטיפול של כל חולה, קשה ולפעמים בלתי אפשרי, להסתיר את האמת. העובדות מתגלות לעיתים בנסיבות שאינן אידיאליות והן מזיקות. אי לכך עדיף לשמוע אותן מהרופא בזמן ובמקום הנכונים ובצורה המתאימה.
7. ידיעת המצב לאמיתו נותנת אפשרות למי שמעוניין לתכנן את חייו וחיי משפחתו לעשות זאת *, לאדם המאמין זה נותן אפשרות גם לסדר את חייו הרוחניים, לחזרה בתשובה, לוידי ולחשבון נפש.
8. אם ידוע שמדיניות הרופאים היא לשקר, יורד האימון הכללי ברופאים, וגם החולה שאין לו מחלה אנושה לא יאמין לרופא.

* ראה מסכת גיטין ע. ; מסכת עבודה זרה יב: "האי מאן דבלע זיכורא... אפשר דחי פורתא עד דמיפקיד אביתיה".
— העורך

הנימוקים בעד מידע כוזב גם הם כבדי משקל:

1. אמת אינה ערך עליון מוחלט. כמו ששלום נחשב מבחינה הלכתית כערך שדוחה את האמת*, גם הורדת סבל של חולה וטובתו** צריכים לדחות את האמת.
 2. עצם בקשת החולה לא בהכרח מבטאת את רצונו האמיתי, לפעמים אנו ערים לכך שחולים הדורשים בלהט לדעת את האמת עושים הכל שבכוחם להתעלם ממנה.
 3. אי-אמירת אמת יכולה למנוע דיכאון ואפילו התאבדות. בהקשר להשפעה של בשורה רעה מסופר על פרופסור בכיר בביה"ס לרפואה שניהל דיון עם הסטודנטים בנושא דיווח אמת לחולה ודגל בהסתרת מידע. אחד הסטודנטים התווכח וטען שאסור לשקר. בתגובה כעס עליו הפרופסור והטיח בו: "אינך ראוי להיות רופא. צא מהכיתה, רד לדיקנט ותאמר להם שאני משעה אותך מלימודי. איני רוצה לראותך עוד בפקולטה". הסטודנט ניסה להתווכח ללא הועיל ובסוף קם וצעד לקראת היציאה. כשהוא היה על סף הדלת, קרא לו הפרופסור בחזרה "עכשיו שב. רק רציתי שתרגיש על בשרך משהוא מהרגשת החולה כשאומרים לו שדוא הולך למות".
 4. אי-אמירת האמת יכולה לחזק תקווה וזה כשלעצמו מסייע לריפוי.
 5. אי-אמירת אמת מקלה על הרופא על ידי קיצור שעות המגע בין רופא לחולה, ומניעת צורך מהרופא להתמודד עם נושא המוות.
- חשוב להדגיש שעמדת הרופא על מה לדווח לחולה סרטן לעיתים קרובות מבטאת גישה כללית של אותו רופא בקשר לתקשורת רופא-חולה בכלל, ומידת שיתוף חוליו (בכל מחלה שהיא), בהבנת מחלתם ובקביעת גורלם. זה לא מקרי שהנטייה בארץ היא לא לספר לחולה על מחלת סרטן, מכיון שגישה זאת בחלקה משקפת בעיה יותר נפוצה ואולי יותר כאובה ברמת התקשורת המקובלת בין רופא לחולה בכלל.

מה רוצה החולה — וחשוב לשאול את השאלה למרות שאפשר לענות בשאלה — האם רצון החולה צריך לקבוע את עמדתנו? אם נבדוק שוב את המצב בארה"ב, בשנים האחרונות גברה וגוברת תודעת הציבור וענינו בבריאות ובמחלות, אולי עד למימדים מוגזמים. שם גם קיים דגש על מה שנקרא אוטונומיה של החולה וזכות מעורבותו בכל היבטי טיפולו. באווירה כזאת כמובן שסקרי דעת קהל שם כיום יראו רוב עצום של בריאים וקצת פחות של חולים הדוגלים בגילוי את "האמת". אבל אל סקרים אלו אי אפשר להתיחס ב"כזה ראה וקדש" בגלל כמה סיבות:

1. יש הבדל בין הפסיכולוגיה של אדם בריא ושל זה שבאמת סובל ממחלת סרטן או אפילו מכל מחלה אחרת.
2. לא כל הצהרה של בן-אדם משקפת באמת את הרגשותיו העמוקים ואת מה שבאמת טוב לו.

3. האם ובאיזו מידה יש לרופא הזכות או אפילו החובה לפעול בניגוד לעמדה המוצהרת של החולה אם הרופא חושב שזה לטובת החולה? התשובה לשאלה זו,

* בכמות סה; ; ב"מ כ"ג: תוד"ה באושפיזא. — העורך.
 ** ראה כתובות ט יז. "לעולם תהא דעתו של אדם מעורבת עם הבריות" וברשי" שם: "לעשות לאיש ואיש כרצונו". — העורך.

שהיא העקרונית, תלויה בעימות הקלסי באתיקה הרפואית המודרנית בין Beneficence (טובת החולה) לבין Autonomy (זכות החולה לקבוע את גורלו).

בארה"ב בשנים האחרונות הוכרע העימות בדרך כלל לטובת אוטונומיה, אם כי כיום ישנם אלו המטילים ספק בגישה זו. מה המצב בישראל? לאור הויכוח שהתקיים בפקולטה שלנו על הנושא בקורס לאתיקה, ביצעו שני סטודנטים סקר קטן בין חולי סרטן (4). התברר מעבודתם שהרוב הגדול של החולים בטיפול אונקולוגי ידעו שיש להם סרטן, ורובם הגדול תמך בגילוי האבחנה לחולים. הסטודנטים גילו שהחולים ששמעו על האבחנה מפי רופאיהם היו יותר אופטימיים בקשר למצבם מאלו שלמדו על המחלה מגורמים אחרים, בלי קשר למצבם הבריאותי האובייקטיבי. לפעמים הרופאים לא היו מודעים לעובדה שחוליהם ידעו על אבחנתם וזה מעיד על ניכור ברור. גם פרופ' רובינזון מצא בסקר שלנו (3) כי המתח והחרדה בקרב החולים האונקולוגיים עלו ככל שגברה אי ההתאמה בין הרגשת החולה לבין מה שנאמר לו. החרדה גם גדלה על ידי מתן מידע סותר ולא אחיד, וזה עלול לקרות יותר אם מעבירים לחולה מידע כוזב.

כדאי לאלו שדוגלים בהסתרת האמת לתת את דעתם לדרכים ולנסיבות בהם לומדים החולים על מצבם מכיון שברור שחלק ניכר מהחולים מודעים לטיב מחלתם למרות שרופאיהם שיקרו להם. לפעמים פשוט ניתן לנחש מהתנהגות הרופא, הצוות ובני המשפחה. יש נטייה לרופאים ולצוות למעט לבקר את החולה האנוש, מוצאים סיבות לדלג על החדר, גם ההתנהגות על יד מיטת החולה נותנת רמזים, על ידי מבטים, על ידי מסרים בלתי מילוליים אחרים, ועל ידי ניהול דיונים של רופאים בביקור על ידי לחישות. לפעמים החולה שומע על מחלתו מסניטר שבא לקחת אותו לבדיקה, מסטודנט, מדיאטיקאית או מאחות שלא היו בסוד הענינים ומגלים את מהות המחלה בלי שום כוונה זדונית. וזה גם לא נדיר שחולה מעיף מבט לתוך התיק הרפואי שלו או בטופס בקשה לצילום בו מצויינת האבחנה. מוסדות רפואיים מודרניים הם בדרך כלל פרוצים מבחינה מודיעינית, וקשה מאוד לשמור ענינים בסוד. אם חולה עלול ללמוד על מחלתו למרות כל המאמצים של הסתרה – האם לא עדיף שיקבל את המידע בצורה מבוקרת, נכונה ואופטימית מרופא מוסמך ומנוסה המבין איך להציג את המידע בצורה מתאימה? מאמר מערכת שדן על העברת מידע על טרשת נפוצה התבטא (5): "זאת שערוריה מוסרית ואנושית לתת לחולים לקבל אחת הבשורות הכי קשות בחייהם באקראי בלי שום תמיכה מקצועית ובלי הסבר".

השאלה העיקרית איננה האם לומר את "האמת" או לא, אלא כיצד להעביר לחולה מידע בין שהוא אמת ובין שהוא כוזב, בצורה האנושית והמועילה ביותר. קיימת אולי התרכזות יתרה במושג הערטילאי של "אמת" כאילו ישנה אמת אבסולוטית במישור האנושי בכלל ובמישור הרפואי בפרט. ברוב מישורי חיינו לא דוברים תמיד אמת, כל האמת ורק האמת. מי שמספר את כל האמת ללא יפוי

למארכת, לחבר, לתלמיד, לקולגה, עלול לאבד במהירות מירבית את חבריו ויהיה אומלל. ברפואה במיוחד האמת לאמיתה יכולה להיות אכזרית מאוד במספר מצבים, למשל במצב היומיומי של תיאור של סיכוכים אפשריים לקראת ניתוחים או פרוצדורות, אי אפשר לתאר את כל האפשרויות בלי להפחיד את החולה בצורה חסרת תועלת ומזיקה. במקום להתמקד על עצם השאלה האם לומר את "האמת" רצוי לתת את הדעת על אופן העברת מידע לחולה על מצבו. חשוב לא לשכוח את המטרה, שהיא לעזור לחולה במאבקו; לפעמים זה נעשה בצורה הרצויה ביותר על ידי אמת צרופה, לרוב על ידי אמת חלקית ולפעמים על ידי שקר מוחלט. הדיון בנושאים רגישים אלו צריך להתקיים באווירה שקטה, עדיף בישיבה, עם מספיק זמן מוקצב לשיחה. המידע צריך להינתן לחולה בהדרגה, לפי הקצב המוכתב על ידי החולה, במנות שהוא מסוגל לעכל. המידע הכי קשה מוכרח להתלוות עם תקווה. אסור לתת לחולה תאריך סופי משוער של מותו ולא מומלץ להתבטא בפירוש שהחולה הולך למות. הפתח לתקווה צריך להיות מלווה בהבטחה עם גיבוי שהרופא וצוותו יעמדו על יד החולה בכל הנסיבות הבאות גם קשות ביותר. ברוב מיקבצי מידע המועברים לחולה ניתן למצוא שביבים של נתונים עם היבטים אופטימיים, ולעיתים קרובות אפשר להעביר בשורה קשה ביותר בנימה אופטימית על ידי שימת דגש על היבטים חיוביים ואופטימיים.

ב-15 השנים האחרונות התפתח בארה"ב שטח התענינות ומומחיות במוות (Thanatology). פסיכיאטרית בשם Kubler Ross הולידה את המקצוע (6) דווקא בארה"ב שהיא כחברה מנסה להכחיש את האפשרות של מוות כפי שזה בא לביטוי על ידי התעסקות – יתר בכריאות מצד חלק מהאוכלוסיה. פנו אליה קבוצה של תלמידי תאולוגיה בבקשה לעזרה בכתיבת מאמר על משברים בחיים, והיא הציעה להם לשוחח עם חולים הנוטים למות. כשפנתה לרופאים לאפשר לה לשוחח עם חולים אנושים נתקבלה הבקשה בהתנגדותם הנמרצת: לא הצליחו, כביכול, למצוא חולים כאלה. רק אחרי שעות רבות של שכנוע נפתחו בפניה שערי בית החולים. אחרי פריצת המחסום הראשונה, היא רכשה נסיון אדיר עם מאות חולים הנוטים למות ונהפכה ל"גורו" של הנושא. היא תיארה 5 שלבים בדרגה של החולה לקראת המוות:

1. הכחשה: "לא יכול לקרות לי, והאבחנה אינה נכונה". החולה לפעמים לא מציית להוראות רפואיות וכאילו מתעלם מקיום המחלה והמציאות.
2. כעס: במהלך תקופה זו של כעס על גורלו, החולה מפנה את כעסו גם אל הסובבים אותו – משפחה, צוות רפואי וכדומה. הוא עלול להיפך לקשה, תובעני וילדותי.
3. התמקחות: החולה מנסה להתמקח עם הבורא ועם הצוות בקבלה חלקית של גורו הדין אבל עם נסיון להמתיקו; כאשר זה לא מצליח הוא עובר לשלב הבא.
4. דיכאון: זה שלב קשה ומובן, אבל לעיתים קרובות החולה מתגבר גם על השלב הזה ומגיע לשלב האחרון.

5. השלמה: בשלב הזה החולה אינו מאושר, כי איך אפשר להיות מאושר בשלב הסופי של החיים, אבל החולה כרגע הוא שלוו בהשלמה עם המציאות.

השלבים האלו הפכו למעין עשרת הדיברות למומחים וגרמו על ידי הגזמה וקשיחות בשימושם לנזק מסוים. לא כל חולה עובר את השלבים צעד אחר צעד. יש חולים שלא יוצאים משלב א, יש שמדלגים על שלבים, או שנעים בין שלב לשלב. שלבים מתרחשים בערכוביה. אפילו בשלב ההשלמה החולה יכול להתנגד לעיתים בין ייאוש לבין תקווה לנס. אבל עם כל הביקורת על ההתרכזות המוגזמת במוות ובמרכיביו ובצמיחה של המקצוע והמקצוענים שלפעמים שוכחים את החולה בהתעסקות בתהליך, תרמה קובל-רוס רבות להבנת תגובת בן-האדם לתהליך מותו, ולהבנת תגובות הצוות לתהליך. היא גם נתנה גושפנקא חשובה לדיון פתוח בנושא והחופש הזה תרם לשיפור בהבנה ובגישה יותר בריאה לחולים. אין הכרח לאמץ את כל מסקנותיה, אבל יהיה זה משגה חמור להתעלם מהן, כי בעבודתה רכשה הרבה נסיון מעשי והיא עשתה תצפיות מקוריות וחשובות. חשוב גם להדגיש שגם היא, עם כל הפתיחות שלה למוות ועם כל החיטוט, אומרת בפירוש שהיא אף פעם לא אומרת לחולה "אתה הולך למות", אין צורך בזה ואסור להשתמש בלשון ישירה ובוטה כזו. היא למשל תאמר לחולה "יש לך מחלה קשה" ומחכה לתגובה של החולה. החולה עשוי לשאול: האם זה יכאב, כמה זמן יש לי, והיא ממשיכה בשיחה לפי רצון החולה ולפי הקצב שהוא מכתוב ולפי הבנתה את המצב.

בהחלטה הקשה הזאת על המדיניות בכלל ובחולה הספציפי בפרט, חשוב שהרופא יכיר את עצמו ואת מניעיו, בנוסף להכרתו את החולה. על הרופא לבדוק את עצמו, להבין למה הוא רוצה או איננו רוצה לספר את האמת. האם מניעיו הם רק לטובת החולה או האם מעורב בהחלטה מטען רגשי של הרופא? באיזו מידה משפיעות דיעות קדומות שלו, התרבות או הנוחיות שלו? ברור שנטינתו הטבעית היא לברוח מהחולה הנוטה למות בגלל מספר סיבות. כולנו שונאים כשלונות ורודפים אחרי הצלחות ומתגאים בהם אפילו אם אין אנו אחראים להם. אפילו הסגנון של הרפואה מבטא גישה זאת, את החיפוש ל"הצלחה". אם חולה מת או מצבו מידרדר, אומרים "החולה לא הגיב". משמעות הדברים: "אנחנו הרופאים בסדר, רק החולה אשם", והאחריות תמיד מוטלת על החולה. בגלל הצורך העצום מצד הרופא להצליח, יש נטיה טבעית להתחמק ככל האפשר מחולה הנוטה למות, לבלות פחות זמן במחיצתו. ואם הרופא משתף את החולה במצבו האמיתי, בדרך כלל הוא חייב להקדיש לו הרבה יותר זמן. הוא צריך לעסוק בעידוד, בשיחות, בדיונים איתו לכל אורך הדרך וזה קשה לרופא. הרבה יותר קל לו לומר לחולה שיש לו "כיב", ולהימנע מהצורך בדיונים המתישים מבחינה רגשית.

יש לרופאים עוד כמה בעיות באמירת האמת. להרבה רופאים אין מספיק נסיון בהתמודדות עם הנושא של מוות והרופא מפחד מהמפגש, איננו בטוח כיצד להודיע לחולה ואיך לענות על השאלות המביכות והקשות. אך לא השיקולים האנוכיים

האלו הם הצריכים להנחות את הרופא בהחלטתו. מצד שני אפשר לתאר רופא המעדיף לספר לחולה באופן פתוח ואפילו באכזריות משום שאישיותו מקשה עליו לשקר. אותו רופא אולי גם אומר למארכת שהמרק לא הצליח ומתגאה בזה. הוא גם לא רוצה ואולי לא מסוגל לארגן את מערכת השקרים עם כל הרופאים ובני המשפחה. בגלל זה הוא נוקט בצעד של התחמקות פשוטה – אומר לחולה את האמת בלי להתחשב עד הסוף בכל התוצאות. החולה, ובעיקר החולה, צריך לעמוד במרכז ההחלטה – מה מתאים לו, עם איזה מידע הוא יהיה מסוגל יותר לחיות בשלווה ובמינימום של סבל. ההחלטה היא איננה קלה, אין מתכון המתאים לכל חולה ולא תמיד צודקים בהחלטה. יש חולים שדורשים ומגיעה להם האמת לאמיתה, ויש שאסור לגלות להם את האמת. לרופא צריכה להיות התבונה להבחין בין סוגים אלו, כפי שהוא מסוגל לאבחן בין שתי מחלות עם סימנים דומים.

אכן יותר חשוב משאלת האם לומר את האמת היא הדרך איך לספר לחולה על מחלתו. אולם יותר חשוב אולי משניהם הוא הטיפול המתמשך עד סוף חייו של החולה (7), בין אם הוא מודע למצבו או לא, בין אם הרופאים הודיעו לו ובין אם לא עשו זאת. מדובר בחולה שמידרדר באופן מתמיד והדבר החשוב ביותר הוא דרך טיפולו.

העיקר בטיפול הוא הקדשת זמן לפי צרכי החולה ובני משפחתו, ולפעמים הצרכים הכמותיים הם אדירים. במגעיו עם החולה צריך הרופא לדאוג לא רק על תוכן וטון דבריו, אלא גם על מסרים בלתי מילוליים. הבעת פניו אומרת הרבה לחולה, והחולה האנוש קולט מסרים שאדם בריא בכלל לא שם לב להם. החולה כולו מרוכז ברופאו, בהבעת פניו ובתנועותיו, והוא מחפש רמזים ומסרים מכל מקור. אופטימיות היא הכרחית והיא צו השעה אך תוך גבולות סבירים. לומר לחולה שהכל בסדר ושאינן בעיות בו בזמן שיש לו צמרמורת, פצעים בפה, הקאה והידרדרות במצבו מיום ליום – לא עוזר לחולה ולא מעלה את רוחו. להיפך, גישה אופטימית מוגזמת מורידה את האמון ברופא ועלולה להזיק ליחסים בין הרופא לחולה. אסור להבטיח בלי כיסוי ובלי קיום הבטחות. ההבטחה שאפשר לעמוד מאחוריה ושהחולה מעריך מאוד היא שייעשה נסיון אמיתי לעזור ושנקווה שנוכל להקל על מצוקתו.

בין החרדות העיקריות של החולים הקשים היא זו מנטישה על ידי הרופאים והצוות, מפחדים שהצוות יתייאש, יתעייף. לחרדה זו יש לצערנו הרב על מה להתבסס. צריך להתמודד עם הפחד הזה על ידי תשומת לב מירבית לכל פרט "טריביאלי" ביותר. החולים, אפילו אלו היודעים על מצבם, חיים בכל זאת באופן פרדוקסלי בכמה מישורים בבת אחת. הם ידברו על המוות וכעבור דקה ידברו על הורדת יבלת שמפריעה להם, על טיפת בצקת או על הצורך למשקפיים חדשות, והרופא ימדד על ידי נכונותו והצלחתו בטיפול ב"פכים קטנים". רוב החולים לא מעוניינים לדון בפילוסופיה ובטח לא ב-Thanatology. הם רוצים עזרה במזרון

שיכון כאבים, מניעת הקאה, ועל ידי הטיפול בבעיותיהם היומיומיות בוחנים אותנו ואת מידת האיכפתיות שלנו. אין הצדקה לתת לחולה לסבול עינויים אפילו הם "קטנים" אם ניתן למנעם. שימת יד של הרופא על החולה לעידוד, נגיעה בו ושיבה על יד החולה והקשבה לו, אלו הם דברים פשוטים שעוזרים בהרבה.

עיקרון חשוב נוסף שרופאים לא מודעים אליו מספיק הוא לתת לחולה אפשרות של שליטה על מצבו. החולה האנוש מרגיש תלות מוחלטת וחסרת אונים. חשוב לתת לו את ההרגשה שאפילו כמוסד כמו ביה"ח הוא יכול לשלוט על משהו. אפילו אם זה רק על זמן אכילה, על זמן החלפת תחבושת ודברים קטנים ככיכול. נתינת שליטה מסוימת לחולה אנוש מסוגלת להרים את רוחו ולפעמים תורמת בצורה ניכרת לרווחתו. לצערנו בקשה לעצמאות כזאת מצד החולה לא תמיד מתקבלת ברוח נכונה על ידי הצוות הרפואי והפרה-רפואי אשר לפעמים מפרש תביעה כזאת כפגיעה במעמדו.

ולבסוף כמה מילים על מה שנראה לכאורה ניגוד בין גישתי לעמדת ההלכה כפי שהיא נראית במקורות. לפני כ-7 שנים הופיע מאמר מפורט באסיא מהרב שלמה אבינר (8) שסיכם את העמדה ההלכתית בקשר להעמדת חולה מסוכן על מצבו. העמדה הזאת מבוססת על המקורות ומושגת על עיקרון הורדת מידת הסבל והמשבר אצל החולה. בעידן המודרני בעולם המערבי ברור ממחקרים ומתצפיות מדעיות שלעיתים קרובות אמירת האמת היא שמורידה את הסבל ולא להיפך**. במצבים האלו נדמה לי שאנו חייבים לפעול בדרך שעוזרת לחולה (9). הבה נתפלל שרופא החולים ינחה אותנו בדרך הנכונה וימנע טעויות בשיקול זה כמו בשיקולים רפואיים אחרים.

** ראה עוד מה שכתב הגר"י זילברשטיין, עמק הלכה אסיא, ירושלים תשמ"ו עמ' 163.
— העורך

ביבליוגרפיה

1. Oden D., What to tell cancer patients: a study of medical attitudes. JAMA 1961, 175, 1120-8.
2. Novack DH, Freireich EJ., Vaisrubs changes in physicians' attitudes toward telling the cancer patient. JAMA 1979, 241, 897-900.
3. רובינון א., חפץ א. מה לומר לחולה סרטן. הרפואה, צ"ב, 669, 1977.
4. בנימין י., רוטשילד. גלוי האמת לחולי סרטן. תגובות חולים ורופאים בישראל. Personal communication.
5. Editorial. Telling patients with multiple sclerosis. Lancet ii, 6, 1985.
6. Kubler-Ross E., On death and Dying. New York, Macmillan Publishing Co., 1969.
7. Cassem NH., and Stewart RS., Management and care of the dying patient. International Journal of Psychiatry in Medicine 6, 293-304, 1975.
8. אבינר ש. העמדת חולה מסוכן על מצבו. אסיא י"ט, (כרך ה, חוברת ג) 39-43, תשל"ח. הודפס מחדש בספר אסיא ג' עמ' 336-340.
9. גליק ש. מכתב למערכת אסיא, שם כ' (ה, ד), 33-34, תשל"ח. (ספר אסיא ג', 497-498).

(מקור: אסיא מב-מג (יא, ב-ג), ניסן תשמ"ז, עמ' 8-15)