



حوالي ١٠٠ مليون شخص في العالم بحاجة الى العناية اللطيفة فيما لا يحصل عليها سوى ٨٪ منهم

في مواجهة اي قرارات طبية بل تتم مساعدته في تأمين نوعية ممكنة من الحياة رغم تفاقم الشدّة عليه.

ان العناية هي حق من حقوق الانسان وتوفيرها هو من مسؤولية الطبيب. وان واجب احترام وحماية كرامة كل شخص يشارف على الموت ينبثق من شمولية كرامة الانسان في جميع مراحل الحياة.

وقد اثبتت الدراسات ان العناية اللطيفة تخفّض نسبة الاكتئاب فضلاً عن اطالة عمر المريض اذا ما بوشر العمل بها واعتمادها باكراً بعد التشخيص . وبالتكامل والتنسيق مع الخدمات العلاجية الاخرى.

كما ان احالة المريض المبكرة الى العناية اللطيفة من شأنها تخفيض كلفة الرعاية للمرضى في اواخر حياتهم. والاهم انه يمكن تقديم الكثير من الرعاية اللطيفة والحصول عليها داخل بيئة المنزل وليس فقط داخل المستشفيات.

ولبنان لم يبق بمنأى عن هذا الاختصاص الجديد من العناية الذي بدأ يدرّس في كليات الطب والتمريض لاعداد الفريق المتخصص والمؤهل في القطاع الصحي على مواكبة المرضى الذين يشكون من آلام مزمنة متوسطة او حادة بسبب مرض سرطاني او غيره...

كما وانه لدعم وتطوير العناية اللطيفة صدر قرار في ٤ آيار ٢٠١١ تم بموجبه تأليف لجنة وطنية تعنى بوضع اسس للعناية اللطيفة وعلاج الالم لمرضى السرطان وبعض الامراض المزمنة.



رولى راشد

لطالما كان الطب يركّز على الشفاء من الامراض التي تطال الانسان وتلازمه لفترة زمنية محدودة او طويلة. وبعض هذه الامراض يلاقي حاملها حتفه بعد تحدي كل اساليب العلاج المقدمة والمتوفرة.

ولان التعايش مع المرض ولاسيما الخطير منها يقرب في معظم الاحيان مفاهيم الحياة ويترد كل حلم لدى المريض. ويقتل كل رجاء وعزيمة فيه، وكون الالم هو مصدر قلق رئيسي للمرضى الذين يعانون من اوضاع صحية حرجة وللاطباء على السواء أدخل الى قاموس الرعاية الصحية معنى جديداً اطلق عليه اسم العناية اللطيفة او العلاج التلطيفي كما يسميه البعض.

والغاية من العناية اللطيفة التركيز على الشخص وليس فقط على المرض. والتواصل مع المريض امر ضروري لتدارك العوارض الناجمة عن المرض وتأمين اكبر قدر ممكن من الراحة له. فضلاً عن مواكبة حاجاته المتزايدة الجسدية. العملية. الاجتماعية. النفسية. العاطفية والروحية فلا يبقى وحيداً

وحددت مهام اللجنة على عدة صعد تثقيفية. تعليمية. الممارسة. الابحاث والسياسات.

وفي المعلومات انه اليوم هناك حوالي ١٠٠ مليون شخص في العالم هم بحاجة الى العناية اللطيفة فيما لا يحصل عليها سوى ٨٪ منهم. وهناك حوالي ٤.٨ ملايين انسان يشكون من آلام مزمنة.

وفي غضون ذلك هناك فقط ٢٠ دولة تستهلك اكثر من ٨٦٪ من كمية المورفين في العالم لتخفيف حدّة الآلام التي يعاني منها المرضى. وفي لبنان هناك ما بين ١٢ الف و١٥ الف مريض بحاجة الى عقار المورفين وهؤلاء يواجهون صعوبة في الحصول عليها.

ما هي الخدمات المتوفرة في العناية اللطيفة؟ ماهي الابحاث التي أجريت في هذا المجال في ضوء الوضع الحالي والخطط المستقبلية الموضوع؟

ماذا عن التعليم والاختصاص الموجود؟ كيف هي تجربة العناية اللطيفة مع مرضى السرطان؟

مواضيع تناولها اهل الاختصاص في « الصحة والانسان» فنقلوا تجربتهم حول هذا النوع من الرعاية التي تعتمد بشكل رئيسي على عامل الانسانية وسعة الخبرة في التواصل مع من هم بحاجة الى العناية اللطيفة مشددين على ضرورة ان تلقى الاهتمام والدعم اللازمين من المسؤولين عن الشأن الصحي .

الرعاية في أواخر العمر

«الرعاية قد تشفي أحياناً، أو تخفف من وطأة المرض أحياناً أخرى،
إنما تريح دائماً وأبداً»



أعداد الدكتور نبيل قرنفل والدكتورة عبلة السباعي
أنتج بدعم من UNFPA في لبنان.

الرعاية في أواخر العمر

يعتبر التقدم في مجالات الرعاية الصحية مسؤولاً عن أهم سنين العمر المكتسبة في حياة الإنسان. لكن كثيراً ما تكون هذه السنوات الأخيرة مصحوبة بأمراض مستعصية ومعضلات باتت معالجتها والسيطرة عليها أصعب. وقليلة هي الدول التي تعترف بالرعاية في السنوات الأخيرة من العمر أو تشملها ضمن سياساتها الطبية وبرامجها التعليمية. يسلط هذا الموجز، وإستناداً إلى التجارب ونتائج البحوث في لبنان الضوء على التحديات الأخلاقية، والقانونية، والصحية، وعلى الأعباء المادية التي تواجه أنظمة الرعاية الصحية، والأطباء، كما المرضى وأسرهم في مرحلة أواخر العمر.

مقدمة

إن توقعاتنا من أمور الحياة والموت تختلف في القرن الواحد

والعشرين عما كانت عليه في القرن الماضي (Rao et al, 2002). إذ أن مع التعمروالشيخوخة، تكثر الأمراض التنكسية كالخرف والسكتة الدماغية والوهن العام. إن التعمّر بما صاحبه من أمراض خطيرة، يعني أن نسبة كبار السن الذين لا يشكون من مشاكل صحية أخذة في التضائل. ولذلك، وبالنظر إلى التحديات الجمة التي يواجهها كبار السن، نجد من الغرابة أن المعلومات والدراسات حول الظروف المحيطة بكبار السن في سنوات أواخر العمر في المنطقة العربية هي شبه معدومة، وتبقى البحوث حولها نادرة في العالم أجمع.

رغم أن تحسين «نوعية الحياة» قد أضحي مفهوماً أساسياً لدعم وتخفيف وصياغة السياسات العامة، الصحية وغيرالصحية منها، فإن تحسين «نوعية الموت» هو أمر آخر (EIU, 2010). فعندما تتضاءل فرص الشفاء ويقترّب أجل الحياة، تتحوّل الرعاية نحو تحسين نوعية الموت والتخفيف من المعاناة والألم ما أمكن. هذه الجهود أصبحت ركيزة ما يسمّى بـ«العناية الملطفة» (Palliative care)، وببساطة يعتبر هذا النوع من الرعاية، في كثير من الأحيان غير متوفر؛ فوفقاً إلى «التحالف الدولي للرعاية الملطفة»، حيث أنّ أكثر من مائة مليون شخص في العالم هم بحاجة إلى هذا النوع من الرعاية. لا يحصل عليها سوى نسبة أقل من 8%. قليلة هي الدول التي تدرج استراتيجيات العناية الملطفة ضمن سياساتها الصحية، كما أن التدريب على هذا النوع من العناية قلما يتواجد في مناهج تعليم وتدريب القوى البشرية الصحية، ضف إلى ذلك، فإنّ الأدوية التي تخفف من الألم غير متوفرة بسهولة في معظم أنحاء العالم، وغالباً ما تكون المؤسسات والمرافق المتخصصة في تقديم هذا النوع من الخدمات في المراحل الأخيرة من العمر خارج الأنظمة الوطنية للرعاية الصحية (EIU, 2010). كل ذلك يؤدي إلى المزيد من

المعاناة، ليس للمرضى فحسب بل أيضاً لأسرهم. إن خيارات نهاية العمر أمراً صعباً، وتتأثر بعوامل عدة منها الخصائص الثقافية للبلاد، موقف الأسرة، خبرة الأطباء وخلفيتهم، طبيعة النظام الصحي، والجوانب القانونية المحيطة بهذا الأمر.

ومع ذلك، إكتسبت مؤخراً القضايا المتعلقة بأواخرالعمر بعض الإهتمام لدى العاملين في مجال الصحة وبدأت تسترعي إنتباههم، إذ وضعت الجمعية الطبية الأمريكية والمعهد الطبي الأمريكي أهدافاً محدّدة لتحسين الرعاية في أواخر العمر، كما رصدت مؤسسة «روبرت وود جونسون» الملايين من الدولارات لتثقيف المجتمع حول هذه القضايا. وأيضاً، ضمّ «المشروع التوافقي الوطني للعناية الملطفة» في الولايات المتحدة عدة مؤسسات ومنظمات ذات صلة لوضع مبادئ ومعايير محددة لتأمين جودة الممارسات السريرية، تتوجه إلى الممارسين وصانعي القرار ومستهلكي هذه الخدمات. وقد نشرت مؤخراً المجلة الطبية اللبنانية عدداً خاصاً عام 2008 حول «تخفيف المعاناة والعناية الملطفة في لبنان»، تدعو فيه إلى تعزيز جودة هذه الخدمات في البلاد (العدد 56). كما قامت «وحدة المعلومات في مجلة الإيكونومست» بمسح حول خدمات العناية الملطفة في العديد من الدول وتمّ تصنيفها وفقاً لمعايير محدّدة مبتكرة مؤشراً جديداً تمّ تسميته بـ«نوعية الموت» ومثيرة لقضايا عديدة ذات الصلة بالرعاية في أواخر العمر (EIU, 2010). نسلط في هذا الموجز الضوء على هذه القضايا في سياق مداولات ومناقشات الندوة التي أقيمت في لبنان حول «الرعاية في أواخر العمر» في شهر تشرين الأول (أكتوبر) 2010.

العناية الملطفة: هي نهج شمولي يهدف إلى تحسين نوعية الحياة للمرضى وأسرهم عندما يواجهون الصعوبات المرتبطة بالأمراض التي تهدد الحياة من خلال الوقاية والتخفيف من المعاناة، وذلك عن طريق الكشف المبكر، التقييم الجيد، ومعالجة الألم وغيره من المشكلات، أكانت جسدية، نفسية، إجتماعية، أو روحية.

العناية في دور الرحمة: تشير إلى العناية التي توفرها مرافق متخصصة، بعد أن يكون قد تقرر إيقاف محاولات

الشفاء والعلاج. وفي أمريكا الشمالية، تمّ فهم هذا النوع من العناية عموماً بأنها العناية في نهاية العمر وقد تشمل الرعاية داخل المنزل.

الرعاية في أواخر العمر: هو المصطلح المستخدم لوصف الدعم والخدمات الطبية التي تُوفّر للتخفيف من الآلام والأوجاع قدر المستطاع خلال الفترة المحيطة بالموت. تعني هذه الرعاية العناية الملطفة وتتجاوزها لتشمل أمور إجتماعية، قانونية، وروحية ذات صلة.

المسائل الثقافية والروحية المتعلقة بالرعاية في أواخر العمر

حدّد المبادئ الدينية والمعتقدات والقيم الإجتماعية والثقافية الكثير من الفوارق بين المناطق حول موضوع العامة ووعيهم إجاه القضايا المتعلقة بالموت والرعاية في نهاية الحياة (EIU, 2010). فعلى سبيل المثال، هنالك محرّمات قوية لجهة التحدّث حول الموت في دول مثل اليابان أوالصين أوالهند. ما يحول دون التواصل مع المريض حول برنامج العلاج المناسب. أما في الولايات المتحدة، فإن الرعاية في نهاية الحياة غالباً ما تكون مرتبطة بمنهجية «العلاج بأي ثمن». كما تلعب المعتقدات الشخصية للأطباء دوراً مهيمناً في تحديد الممارسات العلاجية. فالأطباء الذين يصفون أنفسهم بأنهم غير ملتزمين دينياً، هم أكثر توجهاً من غيرهم على وصف المسكنات القوية للألم والتخدير العميق. وعلى مناقشة هذه القرارات مع مرضاهم وأسرهم (Seale, 2010). أما في لبنان، فقد أفادت مقابلات مع عينة من الأطباء حول الأسباب التي حوّلت دون إشراك المرضى في القرارات التي تعينهم في رعاية نهاية الحياة، بأن الإعتقاد السائد هو أن مثل هذه المناقشات قد يشكل صدمة نفسية للمريض أم أنها تحترم وتماشى مع قرار الأسرة التي غالباً ما ترفض إشراك مريضها في هذه المداولات (Pochard, 2005). يبدي العديد من الأطباء اللبنانيين الذين تدربوا في أمريكا الشمالية إستعداداً أكبر لأخذ القرارات بأنفسهم من دون الشروع بمناقشتها مع الأهل.

وفي بلد مثل لبنان. حيث تتواجد فيه أكثر من ١٥ مجموعة دينية. فإن الرعاية في نهاية الحياة تتطلب أطباء ذات دراية وحساسية ثقافية لتقديم رعاية متخصصة لشريحة كبيرة من المرضى والعائلات ذات خلفيات ثقافية متنوعة (Gebara and Tashjian, ٢٠٠٦).

القوانين، والأخلاقيات واتخاذ القرار بإنهاء الحياة

إن طبيعة النظام الصحي والهيكلية القانونية في البلاد لها تأثير على القرارات المتعلقة بإنهاء الحياة. وما زال القتل الرحيم (حيث يقوم فريق بوضع حد لحياة المريض بناءً على طلب الأخير) والمساعدة على الإنتحار (حيث يقوم فريق بتوفير الوسائل للمرضى لوضع حد لحياتهم بأنفسهم) موضع نقاش منذ سنوات عديدة (EIU, ٢٠١٠). ففي دول عديدة، تصدر الدعوة لشرعنة قرارات إنهاء الحياة، إلى حد كبير، من قبل المعنيين من العامة بدلاً من الفريق الطبي (Pratchett, ٢٠١٠). ومع أن وصية المريض أو رغبته بعدم الإنعاش لها بعد قانوني ملزم، فإن الصعوبة تكمن في تلبية الأطباء لوثيقة قانونية تكون قد صدقت منذ سنوات عديدة عندما كان المريض في وضع صحي ونفسي مختلف (EIU, ٢٠١٠).

«... يجب ألا يكون الموت الرحيم أو عملية تسهيل الإنتحار بمساعدة الطبيب من ضمن خدمات العناية الملطفة. كما ينبغي التمييز بين التخدير من أجل تخفيف الألم وبين وصف وإعطاء الأدوية القوية المهدئة للمرضى بهدف إنهاء حياتهم».

Ethics Task Force of the European Association for Palliative Care ٢٠٠٣

تختلف الإعتبارات الأخلاقية الكامنة وراء ممارسات وضع حد للحياة وإشراك المريض أو أسرته أو الفريق الطبي في القرارات الطبية المصيرية وذلك بحسب تنوع وإختلاف الثقافات والحضارات والقوانين السائدة في البلاد. فبينما قد يعتبر الأطباء في بلدان منطقة الشرق الأوسط بما فيها لبنان، ضمن الأطر القانونية، بأن «سحب» و«حجب» الوسائل

العلاجية التي تمدد الحياة يتساويان من الناحية الأخلاقية. بالتالي هم يترددون في سحب العلاج من المرضى ذوي الحالات الحرجة. نجد أن هذا التباين بين سحب أو حجب وسائل العلاج غير موجود في معظم البلدان الأوروبية وبلدان أميركا الشمالية. رغم ذلك، تشير التقارير إلى أن الأطباء الأوروبيين يمارسون سحب العلاج بنسب أقل من عملية حجب (٧٧٪ مقابل ٩٣٪) (Vincent, ٢٠٠١). وقد لوحظ مثل هذا التباين كذلك في لبنان بين مرضى قسم العناية المركزة، ولو بنسب أقل بكثير (٧٪ مقابل ٣٨٪) (Yazigi et al, ٢٠٠٥). أما بالنسبة للقرارات التي تتعلق بوضع حد للحياة، فهي تتخذ في لبنان بشكل أحادي من قبل الفريق الطبي ومن دون إشراك طاقم التمريض في أكثر من ربع الحالات، أو إشراك الأسرة في خمس الحالات، أو المريض في نسبة ٢,٣٪ من الحالات ليس إلا. كما أنه تبين بأن هذه القرارات تبقى غير مدونة وغير موثقة في سجلات المرضى بنسبة ٢٣٪ (Yazigi et al, ٢٠٠٥). إن عدم وجود المعايير الواضحة والرسمية من قبل الهيئات اللبنانية القانونية والعلمية يفسر جزئياً العضلات الأخلاقية الكامنة وراء اتخاذ القرارات بهذا الشأن في البلاد.

لبنان: إعتبارات قانونية

صدر في لبنان في شهر فبراير (شباط) ٢٠٠٤، قانون رقم ٥٧٤ يتضمّن «حقوق المريض والموافقة المستنيرة». يركّز هذا القانون على حق المريض وأسرته بالحصول على المعلومات، وضرورة تأمين الموافقة المستنيرة المسبقة للأعمال الطبية، وإحترام خصوصية وسريّة المعلومات الخاصة بالمريض. وبالرغم من أنّ هذا القانون قد شكّل إنجازاً هاماً وحقّق إختراقاً في أدبيات الممارسات الطبية في لبنان، إلا أن البنود المتعلقة بقرارات إنهاء الحياة بقيت أحياناً متضاربة (ليس للطبيب الحق في التسبب بموت متعمّد للمريض، ولكن من المستحسن الإمتناع عن اللجوء للوسائل التقنية والإستخدام المفرط للأدوية لإطالة أمد الإحتضار، وبشكل يحافظ على كرامة المريض؛ الفصل الثاني، البند ٢٧).

إن قانون العقوبات اللبناني (البند ٥٥٢) ينص على أنه «يعاقب بالسجن لمدة تصل إلى عشرة سنوات كل من قام شعوراً بالرحمة، بوضع حد لحياة شخص ما بشكل متعمد، ولو كان ذلك بناءً على رغبته وطلبه». رغم ذلك، تشير دراسة أجراها الدكتور أديب وزملاؤه (٢٠٠٣) حول

أسباب عديدة لهذه الفجوة الكبيرة بين عدد الذين يحتاجون إلى العلاج وبين ما هو متوفر من الأدوية. وأحد الأسباب يكمن في الضوابط المعقدة لوصف المواد المخدرة والتي تحّد من إمكانية الحصول على المورفين. وعلاوة على ذلك، فإن نفقات الدعاوى القضائية الطبية الناجمة عن الوصف المفرط لهذه الأدوية تشكّل عبئاً مالياً باهظاً للأطباء وبالتالي تؤثر على الممارسات الطبية المتعلقة بعلاج الألم.

إن العناية الملطفة هي حق من حقوق الإنسان وتوفيرها هي مسؤولية كل طبيب:

«إن واجب الإحترام وضرورة حماية كرامة كل شخص يشارف على الموت، لهو منبثق من شمولية كرامة الإنسان في جميع مراحل الحياة. إن هذا الاحترام وهذه الحماية تحّد تعبيرها من خلال توفير بيئة ملائمة تتيح لكل شخص الموت بكرامة».

Council of Europe ١٩٩٩

تمويل الرعاية في أواخر العمر

تشكل الرعاية في أواخر العمر عبئاً مالياً كبيراً على الفرد كما على المجتمع. ونادراً ما تكون الدولة المصدر الرئيسي لتمويل هذه الرعاية، ويعود هذا بصورة جزئية إلى عدم الإعتراف بالرعاية في أواخر العمر ضمن سياسات النظام الصحي. ولهذا السبب، فقد اعتمدت الرعاية في نهاية العمر في تمويلها على التبرعات والنشاطات الخيرية. بالإضافة إلى اضطرار المرضى وأسرهم لتسديد معظم هذه النفقات بأنفسهم. وفي الولايات المتحدة، تقدّر كلفة الرعاية في السنة الأخيرة قبل الوفاة بحوالي ٣٠٪ من ميزانية برنامج الـ Medicare (Lubitz & Riley, ١٩٩٣). ومن المتوقع أن تزداد هذه النسبة بشكل كبير في المستقبل القريب. نظراً لاستعمال التقنيات الحديثة والتدخلات العلاجية المكثفة خاصة لشريحة كبار السن. وقد أكدت دراسات عدة ضمن مرافق متعددة، بأن العناية الملطفة، خاصة إذا كانت في المنزل، هي أقل كلفة من العلاج الطبي التقليدي ويمكن أن تُخفّض التكاليف المرتبطة بالعلاج في المستشفيات أو في أقسام الطوارئ (EIU, ٢٠١٠; Liu et al, ٢٠٠٦).

آراء القضاة بشأن القضايا المتعلقة بنهاية الحياة بأن ٥٦٪ منهم كان لهم رأياً مخالفاً لما ورد في البند ٥٥٢ من القانون. فهم يعتقدون أن القانون ينبغي أن يجيز للأطباء بمساعدة المرضى الميئوس من شفائهم لوضع حد لحياتهم. إن أعرب المريض عن رغبة في ذلك، وخلصت الدراسة هذه إلى إستنتاج مفاده بأن رغم زيادة نسبة الأطباء والعاملين الصحيين الذين تم تدريبهم خارج لبنان، لاسيّما في الولايات المتحدة والدول الأوروبية، إضافة إلى وضع القانون رقم ٥٧٤ موضع التنفيذ، ورغم مساهمة كل ذلك في رفع مستويات الرعاية في أواخر العمر في لبنان، لا زالت هناك حاجة كبيرة لإذكاء وعي العامة من الشعب للأمور المتعلقة بنهاية العمر وتطوير وصياغة سياسات صحية مناسبة لهذه المسائل الشائكة.

توفر الرعاية في أواخر العمر والحصول عليها: السياسات ذات الصلة

توفر وإستخدام الأدوية المسيطرة على الألم

إنّ الألم هو مصدر قلق رئيسي للمرضى الذين يعانون من وضع صحي حرج و للأطباء على السواء (Steinhauser, ٢٠٠٠). ومع هذا، لا يزال هنالك نقص في الإبلاغ عن الألم عند كبار السن، وخاصة لمن يعانون من الخرف، أو الذين هم في دور الرعاية، ولتسليط الضوء على ضرورة رصد ومعالجة حالات الألم بشكل كافٍ، تأسست عام ١٩٩٩ في لبنان الجمعية اللبنانية لدراسة الألم كفرع من الجمعية الدولية لدراسة الألم (IASP). كما تم تشكيل عام ٢٠١٠ فريق عمل للتخفيف من الألم والعناية الملطفة تحت رعاية جمعية السرطان اللبنانية (Daher et al, ٢٠٠٨).

تختلف فرص وإمكانية الحصول على الأدوية التي تخفف من الألم بين أقطار العالم، وتستهلك ٢٠ دولة فقط أكثر من ٨٦٪ من كمية المورفين المستهلكة عالمياً. تشير التقديرات في لبنان إلى أن ما بين ١٢،٠٠٠ إلى ١٥،٠٠٠ مريض هم بحاجة لعقار المورفين، ويواجه معظم هؤلاء صعوبة في الحصول عليه (Huijjer and Daher, ٢٠٠٥; Daher et al, ٢٠٠٨). هنالك

التعليم والتدريب

إن الحصول على الرعاية الملطفة في أواخر الحياة يعتمد بشكل رئيسي على توافر أطباء ومرضى مدربين وكفؤين، وعلى متطوعين وعاملين إجتماعيين مجهزين لتقديم مثل هذه الرعاية (EIU, 2010). إنما، وحتى في البلدان المتقدمة، لا يزال التدريب في هذا المجال غير كاف. ووفقاً لجمعية كليات الطب الأمريكية، فإن أقل من ٤٠٪ من الكليات الطبية قد أدخلت هذه المادة كمساق إختياري في برامجها التعليمية، ونسبة أقل جعلت من هذا المساق إلزامياً. كما أن مناهج كليات التمريض مكتظة من الأساس، مما يجعل اعتماد مادة تدريس إضافية تحدياً لها. وقد أفادت دراستان في لبنان (Khoury, 2008; Naccache and colleagues, 2008) أنه في حين تلحظ كليات التمريض بعضاً من مفاهيم الرعاية الملطفة والألم في مناهجها الجامعية، لا تلحظ سوى واحدة من كليات الطب مادة دراسية ولمدة ثماني ساعات فقط في مناهجها الطبي. حالياً، تشكل مجموعة من تسعة أطباء وممرضات، من الذين تلقوا دورة تدريبية لفترة يومين ونصف في الولايات المتحدة في عام 2001، الأرضية الوحيدة في البلاد لتدريب الآخرين في مفاهيم الرعاية الملطفة. وقد نادى بعض الزملاء كناقش وغيرهم إلى استحداث «المعهد اللبناني الوطني للعناية الملطفة» يشمل كافة مستويات التدريب لجميع أعضاء الفريق الطبي في البلاد من تعليم أساسي، وزمالة وتعليم مستمر.

بناء القدرات للرعاية المنزلية

غالباً ما يُعتقد بأن العناية الملطفة لا تتوفر سوى داخل المؤسسات ودورالرحمة، كما كان الوضع في السنوات الأولى من هذا التوجه في بريطانيا. وهكذا هو الوضع في لبنان حالياً، حيث أن معظم الوفيات لا يزال يحصل في المستشفيات رغم رغبة المرضى بالموت ضمن منازلهم، ويعود سبب ذلك إلى سياسات الجهات الضامنة التي لا تغطي كلفة الرعاية المنزلية (Huijjer and Daher, 2005). ويمكن تحقيق الكثير من الإذخار في كلفة الفاتورة الصحية في حال اعتماد نظام متكامل ومتناسق للرعاية المنزلية (Daher et al, 2008). كما يمكن الاستفادة من التقنيات الحديثة كالهاتف النقال والتحدث المرئي عبر الإنترنت لتحقيق التواصل بين الفريق

الطبي من جهة وبين المرضى وأسرهم في المنزل من جهة أخرى.

السير قدماً في هذه المجالات

إن الرعاية في نهاية العمر في لبنان لا تزال في مراحلها الأولى، كما هنالك نقص في الدراسات والأبحاث ذات الصلة. وقد يوفر التنوع الثقافي والديني في المجتمع اللبناني مساحة مفيدة ويفتح المجال بشكل مثمر لدراسات تتعلق بالاعتبارات السياقية والأخلاقية حول قرارات نهاية الحياة. نورد هنا التوصيات التي انبثقت من نقاش ومدخلات تقدم بها عدد من الزملاء والعلماء في جلسة نقاش نظمها مركز الدراسات لكبار السن في لبنان مؤخراً في بيروت خلال شهر أكتوبر (تشرين الأول)، 2010.

• السيطرة على الألم وتوفير الأدوية المخدرة كالمورفين: إن الأدوية المخدرة في لبنان لا يمكن وصفها سوى من قبل الأطباء المتخصصين في علاج السرطان، ولإفادة مرضى السرطان فقط، مما يجعلها بعيدة عن متناول المرضى الذين يعانون من الألم لأسباب أخرى. كما أنه من الأهمية بمكان أن نذكر بأن الفريق الطبي لا تتوافر لديه المواد المخدرة ذات التأثير الفوري والتي يمكن تناولها عن طريق الفم، وهذا يجعل من الصعوبة تحديد العيار الصحيح لهذه المواد بطريقة سريعة وملائمة.

• التخطيط المسبق للرعاية: إن الحواجز الثقافية، والدينية، والقانونية تحّد من إمكانية تكييف الرعاية لتلبية الحاجات الفردية للمرضى. ولذلك، فإن ندوات النقاش والحوارات ووسائل الإعلام تلعب كلها دوراً هاماً في تغيير مواقف العامة من الناس وتعمل كمحفّز لتغيير المفاهيم السائدة حول الرعاية في نهاية الحياة ولجعل عملية إتخاذ القرارات موضوع نقاش ومشاركة وتواصل لتتلاءم مع قيم المرضى وأسرهم ورغباتهم.

• دعم وتعزيز إختصاص العناية الملطفة والإعتراف به رسمياً كأحد الإختصاصات الطبية: هذه خطوة هامة من شأنها أن تحفّز الجهات الضامنة وشركات التأمين على تمويل كلفة خدمات الرعاية الملطفة، وبالتالي، تشجّع الأطباء للحصول على الشهادات والتدريب في هذا الإختصاص.

كما أننا نحثنا على اعتماد مساقات العناية الملطفة ضمن مناهج كليات الطب والتمريض في المستقبل. وتُشكّل نظم الإعتماد آلية واضحة لتعزيز جودة العناية الطبية في هذا المجال.

• إدماج الرعاية الملطفة مع الخدمات العلاجية الرئيسية: تشير البيانات الى أن الرعاية الملطفة تخفض نسبة الإكتئاب، وتحسّن نوعية الحياة وتطيل العمر إذا ما بوشر العمل بها واعتمادها باكراً بعد التشخيص وبالتكامل والتنسيق مع الخدمات العلاجية الأخرى. كما أنّ إحالة المريض المبكرة للعناية الملطفة من شأنها أن تخفض كلفة الرعاية للمرضى في أواخر حياتهم.

• الرعاية الملطفة لا تعني بالضرورة رعاية ضمن المؤسسات والمرافق الصحية: يمكن تقديم الكثير من الرعاية الملطفة والحصول عليها داخل بيئة المنزل. الرعاية المنزلية تخفض من كلفة العلاج لاسيما التكاليف المرتبطة بالإستخدام غير المجدي للتقنيات الطبية، كما تخفض من فترة الإقامة في المستشفيات وزيارات أقسام الطوارئ؛ إنما هذا الأمر يتطلب بناء قدرات بشرية على مستوى عال من التدريب لتوفير الرعاية المنزلية بشكل مناسب.

• الدعم الرسمي: إنّ إدماج الرعاية الملطفة ضمن النظام الصحي والإعتراف والدعم الرسمي من قبل المسؤولين وصانعي القرار يبقى الأساس. لا بدّ من سياسة وطنية واضحة في هذا المجال، وهذا لا يسهل ويشجّع حق المريض في الحصول على الرعاية فحسب، بل أيضاً في الوصول إلى المقومات الأساسية للتدريب وتوفير الأدوية ورصد الإعتمادات.

أنتج هذا الملخص التوجيهي بدعم من UNFPA في لبنان.

References

- Abu-Saad Huijjer H and Daher M (2005). The view from Lebanon. Palliative care is a fairly new development in Lebanon. *European Journal of Palliative care*, 12 (6): 257-260
- Adib SM, Kawas SH, Hajjar TA (2003). End-of-life issues as perceived by Lebanese judges. *Developing World Bioethics*, 3 (1): 10-26.
- Council of Europe (1999). Protection of the human rights and dignity of the terminally ill and the dying. *Recommendation 1418* of the Council

of Europe <http://assembly.coe.int/main.asp?link=/Documents/AdoptedText/ta99/EREC1418.htm>

Daher M, Estephan E, Abu-Saad Huijjer H, Naja Z (2008). Implementation of palliative care in Lebanon : Past, present, and future. *Lebanese Medical Journal*, 56 (2): 70-76.

Economic intelligence unit (EIU) (2010). The quality of death: Ranking end-of-life care across the world. Commissioned by the Lien Foundation (Singapore), 2010.

Gebara J and Tashjian H (2006). End-of-Life Practices at a Lebanese Hospital: Courage or Knowledge? *Journal of Transcultural Nursing*, 17 (4): 381-388.

Liu K, Weiner JM, Niefeld MR (2006). End-of-life Medicare and Medicaid expenditures for dually eligible beneficiaries. *Health Care Financing Review*, 27 (4): 95-110.

Lubitz JD and Riley GF (1993). Trends in Medicare payments in the last year of life. *The New England Journal of Medicine*, 328 (15): 1092-96.

Naccache N, Abou Zeid H, Nasser Ayoub E, Antakly MC (2008). Undergraduate medical education in palliative medicine: The first step in promoting palliative care in Lebanon. *Lebanese Medical Journal*, 56 (2): 77-82.

Khoury NM (2008). Palliative care education in Lebanon: Past endeavors and future outlook. *Lebanese Medical Journal*, 56 (2): 83-85.

Pochard F and Abroug F (2005). End-of-life decisions in ICU and cultural specificities. *Intensive Care Medicine*, 31 (4): 506-507.

Pratchett T (2010). Terry Pratchett: my case for a euthanasia tribunal. *The guardian* Feb 2nd, 2010.

Rao JK, Anderson LA, Smith SM (2002). End of Life Is a Public Health Issue. *American Journal of Preventive Medicine*, 23 (3): 215-220.

Seale C (2010). The role of doctors' religious faith and ethnicity in taking controversial decisions during end-of-life care. *Journal of Medical Ethics*, published online on 25 August 2010. DOI:10.1136/jme.2010.036194.

Steinhauser KE, Christakis NA, Clipp EC, McNeilly M, McIntyre L, Tulsky JA (2000). Factors considered important at the end of life by patients, family, physicians, and other care providers. *The Journal of the American Medical Association*, 284 (19): 2476-2482.

Vincent JL (2001). Cultural differences in end-of-life care. *Critical Care Medicine*, 29 (2) Supplement: N52-N55.

World Health Organization (WHO). WHO Definition of Palliative Care, 2006. <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

Yazigi A, Riachi M, Dabbar G (2005). Withholding and withdrawal of life-sustaining treatment in a Lebanese intensive care unit: a prospective observational study. *Intensive Care Medicine*, 31 (4): 562-567.

الأبحاث في العناية الملمطة في لبنان: الوضع الحالي والخطط المستقبلية

لسوء الحظ ان العناية الملمطة لا يتم تأمينها لعدد كبير من المرضى الذين يعانون من مرض عضال متطور حيث يتم تحويل بعض هؤلاء المرضى خلال فترة مرضهم لكي يستفيدوا من العلاج. ان أسباب هذا الموضوع تعود للطبيب. المريض. أو الأوضاع الاجتماعية:

- يوجد نقص لدى الأطباء في مهارات التواصل التي تتعلق بأمر الاحتضار أو قرب انتهاء الحياة. ان الأطباء أحياناً لا يقتنعون أو يعون أهمية العناية الملمطة وأنهم قد يشعروا بفقدانهم السيطرة على زمام الأمور كما أنه من الممكن أن يسيطر عليهم الخوف من الحسائر المادية المترتبة من جراء ذلك. بالإضافة الى ذلك فان هناك نقص على صعيد المؤسسات في وجود معايير تتعلق بأمر العناية الملمطة.

- عدم تصديق وتقبل المرضى للتشخيص الحقيقي واقتناعهم بأن التشخيص أفضل من الذي تم تبليغهم به: أي انه يوجد لديهم توقعات خيالية غير واقعية تتعلق بالمرض. من الممكن أيضاً أن يكون هناك اختلاف بالرأي بين المريض وأفراد عائلته في ما يتعلق بخيارات العلاج. كما أن عدم وجود التخطيط المتعلق بالعناية المتقدمة للمرضى ممكن أن يكون سبباً مساهماً.

- عدد من الأمور الاجتماعية والقانونية يلعب دوراً مهماً أيضاً مثل عدم وجود توعية لعامة الناس. الكلفة الباهظة للأدوية والعلاجات. عدم استيفاء الرسم المالي للأطباء مقابل الخدمات الملمطة. والقوانين المرعية الاجراء التي تمنع وخذ من استعمال الأدوية المسكنة القوية الأفيونية.

خدمات العناية الملمطة

ان من مسؤولية كل دولة أن تشجع وتقوم بانشاء نظام العناية الملمطة الخاص بها آخذة بعين الاعتبار تجارب وخبرات الدول التي سبقتها في هذا المضمار مولية اهتماماً خاصاً لتجنب نقل هذه الأنظمة كما هي. ان التخطيط لأي خدمات



د. هدى أبو سعد هاير، RN, PhD, FEANS, FAAN
استاذة في علوم التمريض
في الجامعة الأميركية في بيروت
ومديرة كلية رفيق الحريري للتمريض

مقدمة

العناية الملمطة هي العناية التي تحسن من نوعية الحياة للمرضى وأهلهم الذين يواجهون المواقف التي تتعلق بالأمراض التي تهدد الحياة. ان تأمين هذه العناية يتم من خلال تجنب حصول المعاناة والتخفيف منها عن طريق التشخيص المبكر التقييم المتميز ومعالجة الألم والمشاكل الفيزيولوجية. النفسية. الاجتماعية. والروحانية الأخرى. منظمة الصحة العالمية (٢٠٠٦).

ان مقررات منظمة الصحة العالمية (١٩٩٠) ومؤتمر برشلونة (١٩٩٦) نصت على أن تكون العناية الملمطة جزءاً لا يتجزأ من الخدمات الصحية في مختلف أرجاء العالم. كما نصت على التالي:

- العناية الملمطة حق لكل مريض يعاني من مرض حاد يتطور ومن الممكن أن يصل الى مراحل نهائية أو مرض عضال.
- ان من مسؤوليات كل من الجهاز الطبي والجهاز التمريضي الذي يهتم بهذه الفئة من المرضى تأمين العناية الملمطة لهم.
- ان نجاح العناية الملمطة يعتمد على تعاون فريق من مختلف الاختصاصات التي تتضمن: الأطباء. الممرضين. المعالجين الاجتماعيين. المعالجين الفيزيائيين. المعالجين المهنيين. علماء النفس. علماء الدين والمتطوعين.

١٥ فرعاً في أستراليا
٦٠ فرعاً في لبنان
٣ فروع في أوروبا
٣ فروع في سلطنة عمان
٥ مكاتب تمثيلية

نذهب بعيداً لنوفر لكم أفضل الخدمات المصرفية، نتحدى المسافات لنكون بجانبكم، حيثما كنتم. اليوم، بنك بيروت يذهب معكم إلى أبعد حدود ويفتح ١٥ فرعاً جديداً في أستراليا.



تلطيفية يتطلب إجراء دراسة تقييم احتياجات. يتضمن هذا التقييم احتياجات المرضى وأولوياتهم، نظم الرعاية الموجودة، العلاقات مع المؤسسات. آراء الأشخاص المعنية بالتخطيط الاستراتيجي ومؤمني الخدمات الأخرى. العاملين في القطاع الصحي المحلي، المجتمع، المستشفيات المحلية والمراكز التي تقوم بتأمين العناية التلطيفية في حال وجودها.

ان وجود الأبحاث في هذا النطاق هو أساسي لمساعدة كل دولة على انشاء نظام العناية الملطفة الخاص بها والذي يفي بمتطلبات واحتياجات المجتمع وخصائص سكانه المميزة.

التوعية والتعليم بخصوص العناية الملطفة

ان المعلومات التي ترد من العاملين في قطاع الخدمات الملطفة تدل على أن السياسيين، الاعلاميين، الصحافيين، والزملاء في القطاع الصحي وحتى عامة الشعب ليسوا على دراية وعلم موسع بخصوص العناية الملطفة. ان السياسيين بحاجة الى معرفة أن الخدمات الملطفة تؤثر على الأشخاص الذين يقوم هؤلاء السياسيين بتمثيلهم. أن هذه الخدمات هي جزء مهم لا يتجزأ من العناية بالصحة. ان الأمور التي تتعلق بوجود الأدوية المسكنة القوية الأفيونية هي مهمة جداً في دول العالم الثالث. على الاعلاميين أيضاً أن يكونوا على معرفة ودراية بمواضيع العناية التلطيفية لأنهم من الممكن أن يكونوا اصدقاء لهذا النوع من العناية. حيث أن الصحافيين بإمكانهم المساعدة في توعية عامة الشعب وجمع المساعدات كما أنه بإمكانهم تهيئة الأرضية للتعامل مع الأمور الاساسية التي تتعلق بالعناية الملطفة كترصد الموارد ووجود الأدوية الأفيونية. ان الأشخاص الذين يعملون في القطاع الصحي يوجد لديهم مفاهيم خاطئة تتعلق بالعناية الملطفة حيث أنهم ينظرون للموضوع كالعناية بكبار السن أو المرضى الذي يوجد لديهم مرض يهدد حياتهم أو العناية بمرضى الحالات المستعصية وكأن هذه العناية هي فقط للمرضى الذين يعانون من الأمراض السرطانية. يربط عامة الشعب مفهوم العناية الملطفة بالعناية بالمرضى الذين ينازعون والذين هم على فراش الموت. يجب أن يكونوا على معرفة ودراسة ماهية العناية الملطفة و كيف يعمل الفريق المتخصص بهذا النوع من العناية في المستشفيات العامة و المتخصصة.

ان وجود الأبحاث وعمليات التدقيق من الممكن أن تساعد في معرفة الوضع الحالي في لبنان وتعمل على تحديد احتياجات التوعية وتطويرها على مختلف الأصعدة المتعلقة بأمور العناية الملطفة.

مارسات العناية الملطفة

ان ممارسة العناية الملطفة موجهة بناء على الأسس الأخلاقية والتي تتمحور حول مبادئ العمل لمصلحة المريض. عدم حصول أذى المريض، الاستقلالية والعدالة. ان النواحي الأخلاقية المختلفة تظهر كصراعات خلال ممارسة العناية الملطفة وخاصة في الأمور التي تتعلق بأمور الانعاش القلبي الرئوي، إيقاف التغذية، والابلاغ عن الحقيقة.

ان الوجد أو الألم هو أكثر الشكاوى شيوعاً خلال تأمين العناية الملطفة. ان الهدف من العناية الملطفة هو إبقاء المرضى دون ألم ولكي يتم ضبط الألم بهذا الشكل يعني ذلك أن لا يتدخل وجود الألم بقدرة الأشخاص على العمل أو يؤثر على نوعية حياتهم. يتطلب معالجة الألم في العناية الملطفة أن تكون جزء من توجه متكامل من مختلف الاختصاصات الصحية التي تعني بالمريض. ان الألم من الممكن أن يتسبب أو يعمل على زيادة المشاكل التي تتعلق بأسباب أخرى للمعاناة كما أنه يجب السيطرة وضبط الألم قبل التوجه ومعالجة أي أمور أخرى تتعلق بالمريض. اذ أنه من غير الممكن بل من المستحيل أن يكون هناك نقاشات مجدية حول الأمور التي تتعلق بالأمور النفسية والاجتماعية عندما يكون المريض يتألم وبحالة وجع.

ان الخوف الزائد من مسكنات الألم الأفيونية والتي من الممكن أن تصل الى حد الفوبيا عند الأشخاص الذين يعملون في القطاع الصحي هو السبب الرئيسي لعدم وصف هذه الأدوية من قبل الأطباء للمرضى الذين يعانون من أوجاع جراء أمراض سرطانية في مراحلها الحادة أو الزمنية. ان السبب للعدد المنخفض لوصفات الأدوية الأفيونية من قبل الأطباء والعدد المنخفض لاعطاء هذه الأدوية من قبل الجهاز التمريضي هي التالية: (١) الايمان بأن الأفيون يسرع من الموت. (٢) الخوف من حصول تدهور في الجهاز التنفسي، (٣) «ان دواء الأفيون غير فعال»، (٤) ان الأفيون يتسبب بمضاعفات جانبية غير محبذة.

(٥) التخوف من الادمان الفيزيولوجي و / أو النفسي. ان الخوف الزائد من مسكنات الألم الأفيونية و التي من الممكن أن تصل الى حد الفوبيا هي أيضاً موجودة بكثرة بين المرضى وأهلهم وهي تتعلق بالخوف من الادمان أو تسرع من حصول الموت.

ان الأبحاث في هذا المضمار هي أساسية من أجل انشاء اجراءات عملانية تتعلق بالعناية الملطفة مرتكزة على ممارسات مبنية على التجارب والتي بدورها تعمل على توجيه العاملين في القطاع الصحي لتأمين أفضل فعالية للعناية.

الأبحاث الموجودة حالياً في لبنان

ان الأبحاث المتعلقة بأمور العناية الملطفة هي في بداياتها وبحاجة الى أن تتطور في لبنان. ان عدة دراسات تم إجراؤها في لبنان ونتائج هذه الدراسات تم نشرها في مجلات عدة على الصعيدين الوطني والعالمي وهي تتلخص بالآتي:

خلال سنة ٢٠٠٧ تم إجراء دراسة احتياجات من قبل د. ابي سعد هاير و زملائها (٢٠٠٧، ٢٠٠٨ و ٢٠٠٩) تضمنت المعرفة، التوجهات، والممارسات من قبل الجهازين الطبي والتمريضي والتي تتعلق بالعناية الملطفة في لبنان. شارك في هذه الدراسة ١٥ مستشفى في لبنان موزعة على المناطق الجغرافية كافة حيث تضمنت هذه الدراسة ٣٧٥٧ شخصاً من مرضات وأطباء. أظهرت نتائج هذه الدراسة أن الجهازين الطبي والتمريضي عبّرا عن أهمية وجود خدمات العناية الملطفة ووجود برامج التعليم المستمر في لبنان. معظم أفراد الجهازين التمريضي والطبي كان رأيهم أن المرضى وأهلهم يجب أن يكونوا على دراية بتشخيص المريض واحتمالات شفائه، رغم أنه حوالي ١٩٪ من الأطباء يبلغون بشكل روتيني المرضى عن تشخيص حالتهم المرضية. معظم المشاركين في الدراسة وافق على أن تتضمن العناية الملطفة خدمات استشارية، أقسام في المستشفى وبرامج رعاية، كما أنها من الممكن أن تتضمن خدمات للمنازل من خلال عيادات خدمات نقالة، ومؤسسات تؤدي خدمات للمنازل. أظهرت هذه الدراسة أن أكثر الاقتراحات كان تأمين خدمات العناية الملطفة للمرضى « من خلال انشاء وحدة متخصصة في المستشفى تتضمن فريق متخصص بالعناية الملطفة». في المرتبة الثانية كان اقتراح وجود أماكن رعاية خاصة، أما الاقتراح الثالث فكان العناية في المنزل.

في ما يختص بموضوع المصارحة والحقيقة فقد قام حمادة وأديب (١٩٩٨) بدراسة أظهرت نتائجها أن ٤٧٪ من الأطباء الذين يعملون في بيروت يصارحون مرضى الحالات السرطانية بحالاتهم الطبية. أما نتائج دراسة أخرى فأظهرت أن ٤١٪ من عامة الشعب يفضل عدم تبليغه في حال وجود أمراض مزمنة (اديب وحمادة، ١٩٩٩) في حين أن معظم التلامذة الذين يتابعون دراسة الطب في الجامعة الأميركية يؤمنون بأنه يجب أن يتم تبليغ المرضى بحقيقة مرضهم (حمادة و أديب، ٢٠٠١). يازجي وزملائه وفي دراسة أجراها في سنة ٢٠٠٥ تتعلق بإيقاف العلاجات التي تتعلق بدعم الحياة في أحد العنايات الفائقة في لبنان أظهرت أنه في ٢٦٪ من القرارات لا يتم أخذ رأي الجهاز التمريضي وفي ٢١٪ لا يتم أخذ رأي الأهل بالقرار. كما أن نسبة عالية من التمريض (١٧،٨٪) والأطباء (٨،٦٪) تؤمن أنه لا يحق للمريض أن يأخذ قرارا «بإيقاف الانعاش القلبي الرئوي». في دراسة أخرى تتعلق بالتواصل و تبليغ الحقيقة بين مرضى الحالات السرطانية قامت بها الباحثة ضومط وهابر (٢٠٠٨) أظهرت خلالها الحاجة الى التحرك للانتقال من نظام الديكتاتورية والتفرد بأخذ القرار الى العناية المركزة حول المريض و التي تهدف الى تشجيع حرية المريض. المرضى في هذه الدراسة أبرزوا بوضوح حقوقهم من خلال مطالبتهم بتبليغهم الحقيقة فيما يتعلق بوضعهم الصحي.

وفي دراسة حديثة قامت بها هاير وزملائها (٢٠٠١، ٢٠١٢) حول نوعية الحياة ومعالجة العوارض بين مرضى الأمراض السرطانية في لبنان. أظهرت نتائجها أن المرضى الذين يعانون من أمراض سرطانية ذكروا أنهم يعيشون نوعية حياة اجتماعية ذات أداء متوسط مع وجود نسبة عالية من العوارض الفيزيولوجية والنفسية. العوارض التي تتم معالجتها هي الغثيان والوجع بالدرجة الأولى. أما العوارض الأخرى التي يشكو منها المرضى هي الاحساس بالتوتر، الحزن، بالضعف والوجع، وأن علاج هذه العوارض هو غير كاف. الارتفاع في حدة الأعراض النفسية والفيزيولوجية كان مرتبطاً بانخفاض بالمستوى الصحي العام، بنوعية الحياة، والعمل أو الأداء. بناء على هذه النتائج فإن من أهم التوصيات كان العمل على تأمين الدعم الاجتماعي ومعالجة جميع العوارض لدى مرضى الأمراض السرطانية في لبنان. في دراسة ماثلة قد شارفت على انتهائها تناول الأطفال الذين يعانون من الأمراض السرطانية. بصورة مشابهة للدراسة الأولى أظهرت نتائج دراسة قام بها غصن وزملائه (٢٠١١) تناول تجارب المرضى بخصوص العناية الملطفة الذين يعانون

من الأمراض السرطانية في مراحلها النهائية. أن ٣٤٪ من المرضى قد تم تبليغهم عن حدة مرضهم. أما ٧٦٪ من المرضى عانوا من وجع حاد مؤلم. أما بالنسبة لحالات التوتر والكآبة فقد كانت شائعة بين المرضى الذين تناولتهم الدراسة.

في دراسة أخرى قامت بها سعد. ابي سعد هاير وزملائهما (٢٠١١) تناولت جودة الخدمات الملطفة التي يتم تأمينها للمرضى الأطفال الذين يعانون من أمراض سرطانية في لبنان من منظار الأهل الذين فقدوا أطفالهم أظهرت نتائجها أن التعب وفقدان الشهية والوجع كانت العوارض الأكثر شيوعاً أما التورم فكان الأكثر ازعاجاً. التواصل مع الفريق الصحي وجودة الخدمات كما عبر عنها الأهل فكانت تتراوح من «جيدة جداً» الى «متأزمة». أما احد الاقتراحات الذي قدمها الأهل فكان تحسين تنظيم العناية والخدمات. التواصل والعمل على تأمين جميع الموارد البشرية والمادية.

الدراسات التي تناولت تجربة المرضى في ما يتعلق بالخدمات الملطفة (ضومط وزميلاتها. ٢٠٠٧) قد شددت على انزعاج المرضى من اعتمادهم على غيرهم. الشفقة عليهم. الأمور التي تتعلق بعائلاتهم. استيائهم من المكوث في المستشفى. احتياجاتهم لكي يكونوا منتجين. خوفهم من الوجع. وحاجتهم للتواصل. نتائج دراسة أخرى قامت بها خوري وزميلاتها (٢٠١١) تناولت تجربة أهل الأطفال بالعناية الملطفة أظهرت أن أكثر الأمور ازعاجاً كانت التعامل مع صدمة التشخيص وعدم اليقين. التغيير في نوعية الحياة العائلية. تنافس الأشقاء والتغيير في العلاقات بين الزوج والزوجة.

أخيراً وفي دراسة جماعية قام بها طلاب كلية الطب. السنة الرابعة. الجامعة الأميركية في بيروت (AUB) تناولت موضوع الناحية الاقتصادية للوجع في المراحل النهائية للمرض أظهرت ثلاثة أمور: ١. نقص في التوزيع الجغرافي للمراكز الصحية في لبنان وصعوبة في الوصول إليها في المناطق الريفية. ٢. النظام البيروقراطي والمتعب للحصول على الأدوية الأفيونية. ٣. الكمية المحدودة للأدوية الأفيونية في السوق اللبنانية.

أولوية الأبحاث في لبنان

من أجل تحديد أولويات الأبحاث التي تتعلق بالعناية الملطفة في لبنان تم تعيين لجنة وطنية من مختلف الاختصاصات

تهتم بأمور الحد والتخفيف من الألم والأمور التي تتعلق بالعناية الملطفة (مراجعة أهداف اللجنة وأعضائها: (Box) من أجل مناقشة التوصيات ورفعها الى الجهات المختصة. بعد تفقد دقيق للوضع الحالي في لبنان. وبعد مقارنة هذا الوضع بالبلدان الأخرى قامت اللجنة المختصة بالأبحاث باقتراح عدد من الأبحاث التي تعتبر أولوية للبنان. ان هذه الأولويات وبشكل عام تتماشى مع أولويات الأبحاث في عدد من البلدان التي تقوم باجراء الأبحاث المتعلقة بالعناية التلطيفية. ان الأولويات تتعلق بالدرجة الأولى بالمعرفة. التوجهات. وممارسات الأشخاص الذين يعملون في النطاق الصحي وعامة الشعب. كما وأيضاً بالتعلق بمواضيع السياسات العامة. التعليم. والأمور التطبيقية التي تتعلق بالممارسة في العمل. ان عمل هذه اللجنة الوطنية ما يزال قائماً ومن الممكن جداً أن تنتج عنه تعديلات بخصوص الأولويات المقترحة التالية. ان الأولويات المقترحة تندرج تحت ثلاثة عناوين رئيسية: السياسة العامة. التعليم والممارسة.

١- السياسات العامة وتنظيم الخدمات:

• تحليل المواقف والعمل على تحديد احتياجات خدمات العناية الملطفة في لبنان.

• توجهات عامة الشعب بخصوص العناية بالمرضى في مراحل حياته النهائية. التحويل المبكر. والتوعية.

• سياسة عامة تتعلق بخيارات المريض المسبقة و تنظيم العناية المتقدمة .

• دراسة موضوع قانون يتعلق بايقاف الأجهزة التي تدعم الحياة.

• نظم خدمات العناية الملطفة.

٢- التعليم:

• دراسة موضوع البرامج التعليمية التي تتعلق بالخدمات الملطفة في لبنان.

• التثقيف والتعليم بخصوص العناية الملطفة لمتخلف الاختصاصات.

• ادخال موضوع تفقد الألم. التعامل معه. والحد منه كموضوع أساسي في مختلف مناهج التعليم الجامعي على مستوى الاجازة الجامعية.

٣- الممارسة:

• التعامل مع الوجع والحد منه لدى المرضى الذين يعانون من الأمراض السرطانية. المرضى الكبار في السن. والمرضى الذين يعانون من خلل في التفكير الذهني والتحليل.

• الافصاح عن الحقيقة وعلاقتها بالمبادئ والقيم التي تؤمن به عائلات المرضى.

• التوجهات بخصوص وجود واستعمال الأدوية الأفيونية.

• الوجع المزمن: وجوده والتعامل معه.

• العناية الملطفة بخصوص احتياجات المرضى الذين يعانون من الأمراض السرطانية.

أهداف وعضوية اللجنة المختصة بالعناية الملطفة في لبنان

أهداف لجنة الأبحاث:

١. العمل على وضع أولويات الأبحاث على صعيد لبنان في ما يتعلق بالحد من الأوجاع. والعناية الملطفة التي تتوجه لسد الثغرات المتعلقة بالنواحي العلاجية. التعليمية. والقانونية.

٢. رفع التوصيات بخصوص الأبحاث التي تهدف الى تلبية الاحتياجات بخصوص المعلومات التي تتعلق بالحد من الوجع والخدمات الملطفة في لبنان.

العضوية:

د. هدى أبي سعد هاير: رئيسة اللجنة

د. جورج كرم. د. جوزيف معراوي. د. صلاح زين الدين

د. حسام غصن. د. ماري ديب

الخاتمة

ان الابحاث في مجالات العناية الملطفة في لبنان هي في طور النمو. لكنها تبقى في مراحلها الأولى. ان الممارسة التطبيقية بشكل عام ما تزال مبنية على الخبرات وهي بحاجة لأن تصبح مبنية على التجربة العلمية مما يعمل على التخفيف من أهمية الأبحاث في هذا المجال. ان الأمور التي تتعلق بالنواحي الأخلاقية والعمالية هي شائعة جداً وبحاجة لأن تؤخذ في الاعتبار في مراحل التخطيط للأبحاث. والعمل على تحسين نوعية الحياة للمرضى يجب أن يبقى الهدف الأساسي لأي دراسات في مجال العناية الملطفة.

ان الأبحاث التي تتعلق بالعناية الملطفة تتطلب تمويلاً مالياً لذلك فمن المهم جداً وجود برامج تعمل على دعم الأبحاث على صعيد الدولة. وجود الأبحاث التي تتعلق بالعناية الملطفة يتطلب وجود لجان من مختلف الاختصاصات يتم منحها المسؤولية والتشجيع اللازم من أجل القيام بالأبحاث

بتعاون الجميع في لبنان. ان وجود هذه اللجنة يتطلب تدريب عدد كاف من الباحثين في مواضيع العناية الملطفة في لبنان من أجل دعمهم للعمل بشكل جماعي.

References

- Abu-SaadHuijjer, H., Abboud, S. Doumit, M. (2011). Symptom Prevalence and Management of Cancer Patients in Lebanon Journal of Pain and Symptom Management, In Press.
- Abu-SaadHuijjer, H. Doumit, M., Abboud, S. Dimassi, H. (2012). Quality of Palliative Care; Perspectives of Lebanese Patients with cancer, Lebanese Medical Journal, 60 (2): 2012.
- Abu-SaadHuijjer, H., Abboud, S. (2011). Health-Related Quality of Life among Breast Cancer Patients in Lebanon.European Journal of Oncology Nursing.doi:10.1016/j.ejon.2011.11.003
- Abu-SaadHuijjer, H. 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, 1-9.
- Abu-SaadHuijjer, H. Abboud, S. Dimassi, H. (2009). Palliative care in Lebanon: knowledge, attitudes, and practices of nurses. International Journal of Palliative Nursing, 15 (7): 346-353.
- Abu-SaadHuijjer, H.,Dimassi, H., Abboud, S. (2008). Perspectives on palliative care in Lebanon. Journal of Palliative Medicine, 11(9): 1184-1185.
- Abu-SaadHuijjer, H. Abboud, S., and Dimassi, H. (2008). Practices in pediatric palliative care in Lebanon. European Journal of Palliative Care, 15 (4): 190-192.
- Abu-SaadHuijjer, H. &Dimassi, H. (2007). Palliative Care in Lebanon; knowledge, attitudes, and practices of physicians and nurses. J Med Liban, 55(3):121-128.
- Adib, S.M., Hamadeh, G.N., (1999). Attitudes of the Lebanese public regarding disclosure of serious illness. Journal of Medical Ethics, 25:399-403.
- Attallah, M., El-Kazzi, E., Baroud, J., Degheili, J., El-Khoury, K., El-Rae, J., El Zein, M., &Faddoul, R. (2011). A Therapeutic Economy of Terminal Pain in Lebanon. American University of Beirut, project.
- Bejjani-Gebara, J, Tahshjian, H, Abu-SaadHuijjer, H. (2008). End-of-Life care for Muslims and Christians in Lebanon. European Journal of Palliative Care, 15(1); 38-43.
- Ghosn, M., Boutros, C., Geara, S., Kattan, J., Nasr, F.&Chahine, G. (2011). Experience with palliative care in patients with advanced cancer at a tertiary care hospital in a developing country. Support Care Cancer, 19:573-575.
- Doumit, M, Abu-SaadHuijjer, H,& Kelley, J, Nassar, N. (2008). The lived experience of Lebanese family caregivers of cancer patients. Cancer Nursing,31(4): 36-42.
- Doumit, M., &Abu-SaadHuijjer, H. (2008). Communication and Truth Telling Preferences. Contemporary Nurse. 28:1-2.
- Doumit, MA, Abu-SaadHuijjer, H, Kelley, JH. (2007). The lived experience of Lebanese oncology patients receiving palliative care.European, Journal of Oncology Nursing, 11: 309-319. Available online http://www.science-direct.com/science
- Hamadeh, G.N., Adib, S.M., (2001). Changes in attitudes regarding cancer disclosure among medical students at the American University of Beirut. Letters. Journal of Medical Ethics, 27:354-355.
- Hamadeh, G.N., Adib, S.M., (1998). Cancer truth disclosure by Lebanese Doctors. Soc. Sci. Med. 47 (9): 1289±1294.
- Saad, R. Abu-SaadHuijjer, H. Noureddine, S. Muwakkit, S. Saab, R. Abboud, MR. (2011). Bereaved Parents' Evaluation of the Quality of a Palliative Care Program in Lebanon. Pediatric Blood & Cancer. DOI 10.1002/pbc.23082
- Yazigi A, Riachi M, Dabbar G. (2005). Withholding and withdrawal of life-sustaining treatment in a Lebanese intensive care unit: a prospective study. Intensive Care Medicine,31: 562-567.

العناية الملائمة - إختصاص جديد في لبنان؟

العالمية. (WHO ٢٠٠٥) بأن حوالي ٤.٨ ملايين إنسان يشكون من آلام مزمنة متوسطة أو حادة ناجمة عن مرض سرطاني لا تحظى بالعناية اللازمة.

وهنا. يسرنا إبلاغ المجتمع اللبناني بأنه ومنذ عدة سنوات إزداد الإهتمام في توفير هذه العناية الملائمة في لبنان من خلال مجموعة من العاملين في الحقل الصحي ومن كافة الإختصاصات. وقد عملت هذه المجموعة (Pain Relief & Palliative Care Group) تحت رعاية الإتحاد اللبناني ضد السرطان وهو جمعية علمية إجتماعية ثقافية لا تبغي الربح مهمتها مكافحة السرطان من كافة جوانبه من إرشاد. وتثقيف. ووقاية. واكتشاف مبكر. معالجة. وعناية ملائمة.

قد شاركت هذه المجموعة خلال هذه المدة وبجهد أعضائها. بنشر مفهوم العناية الملائمة وعلاج الألم من خلال إعطاء محاضرات عديدة ضمن المؤتمرات الصحية وفي مختلف المستشفيات والمؤسسات والجمعيات الصحية والخيرية. ومن ثم. فقد نظّم الإتحاد اللبناني ضد السرطان وبالإشتراك مع هذه المجموعة المتخصصة بتنظيم العديد من الدورات وورشات عمل للأطباء. والمرضى. والصيادلة. وغيرهم حول أسس العناية الملائمة وعلاج الألم. هناك آلاف المرضى في لبنان الذين لديهم ظروف صحية صعبة. ومن هنا جاءت الحاجة إلى تقديم برامج وورشات عمل للأطباء والقطاع الصحي بهدف تحسين نوعية حياة المرضى. والإجابة على الأسئلة والمتطلبات التي يسعون إليها.

وتتويجاً لعمل هذه المجموعة فقد صدر عدد خاص في المجلة الطبية اللبنانية حول موضوع العناية الملائمة. حيث طرح ماضي وحاضر هذا الإختصاص. مع نظرة مستقبلية لتطور هذه العناية في لبنان: يمكن الحصول على هذه المنشورات مجاناً من صفحة الأترنت للمجلة الطبية اللبنانية

Journal Medical Libanais Vol ٥٦, (٢) - ٢٠٠٨; p ٦٩-١٣٢



الدكتور هدى أبوسعد هابر
استاذة في علوم التمريض
في الجامعة الأميركية
في بيروت
ومديرة كلية رفيق الحريري
للتمريض



الدكتور ميشال الضاهر
رئيس الجمعية اللبنانية
للسرطان
استاذ في طب الجراحة
جامعة البلمند -
ومستشفى القديس جاورجيوس
للتمريض

هدف العلاج الصحيّ تأمين الشفاء من الأمراض وإطالة الحياة. أو تحسين نوعية الحياة بعد إكتشاف المرض. أما العناية الملائمة فيقصد بها بحسب تعريف منظمة الصحة العالمية (WHO/OMS): «مجموعة الجهود الصحية المقدمة من فريق متعدد الخبرات للمرضى الذين يواجهون أمراضاً مزمنة. بهدف تحسين نوعية الحياة ورفع المعاناة عنهم وعن عائلاتهم. مع الأخذ في الإعتبار الحاجات البدنية والنفسية والإجتماعية والروحانية». أي بالتحصر تخفيف العذاب والألم وتحسين نوعية الحياة للمريض وعائلته.

وقد شهدت الأوساط الصحية في الغرب إهتماماً بالغاً بهذا التخصص. فالرعاية الملائمة بمفهومها الشامل تدرّس الآن في كليات الطب والتمريض. كما أنها الآن ضمن البرنامج المعتمد في برنامج تخصص الأطباء للأمراض الباطنية وغيرها. وقد اعتمدت كفصل مستقل في الكثير من الكتب الصحية المعروفة.

وقد دلت بعض المعطيات المنشورة من قبل منظمة الصحة



At the Beirut General Hospital, we take pride in giving our patients the personal care & attention they deserve. Our 70-bed facility, opened in 1973, has since undergone several upgrades in diagnostic & therapeutic equipment. The new Intensive and Cardiac Care units, opened in 2001, together with the fully remodeled operating rooms & emergency department, put the hospital at the forefront of medical care in Lebanon.



على العنوان : www.lebanesemedicaljournal.org

ولعل الحدث الأهم في تاريخ نشأة العناية الملطفة في لبنان هو القرار رقم ٤٨٦ / الصادر عن معالي وزير الصحة بتاريخ ٤ أيار ٢٠١١، والذي تمّ بموجبه تأليف لجنة وطنية تعنى بوضع أسس للعناية الملطفة وعلاج الألم لمرضى السرطان وبعض الأمراض المزمنة، وتتألف هذه اللجنة من:

رئيس: الدكتور وليد عمار - مدير عام وزارة الصحة.
نائب رئيس: الدكتور ميشال الضاهر والدكتورة هدى هاير.
الأعضاء الأطباء: غسان قناز، ماري كلير إنطاكلي، ميغل

عبود، هبة عثمان، ميرنا ضومط، نبيل قرنفل، عرفات طفيلي، رمزي الحجار، رشا حمرة.
والسيدات: كلير زبليط، آن فرجية، هيلين سماحة.

وقد حدّدت مهام هذه اللجنة بالعمل على موضوع العناية الملطفة وعلاج الألم من كامل جوانبه:

(١) على صعيد التثقيف الصحي والتعليم

- إقتراح أسس لمنهج دراسي يُستخدم في تدريب العاملين الصحيين مع التركيز على تنمية وتطور السلوك والمعرفة والمهارات في هذا المجال.

- تشجيع التخصّص في هذا المجال عند الأطباء والمرضات والممرضين وتعزيز التعليم المستمر.

- وضع آليات عملية لتوعية المواطنين عن هذا الموضوع.

(٢) على صعيد الممارسة

- وضع معايير وطنية وتطوير الكفاءات لعلاج الألم والعناية الملطفة.

- وضع إستراتيجيات للعمل المشترك بين المعنيين من مختلف التخصصات في عملية العناية الملطفة.

- وضع نماذج لكيفية تقديم الخدمات مثل الرعاية المنزلية وعمل فرق العناية الملطفة في المستشفيات.

- وضع آلية لتمكين العائلة والمريض على حد سواء المشاركة الفعالة في عملية الرعاية الملطفة.

(٣) على صعيد الأبحاث

- وضع أولويات للأبحاث على الصعيد الوطني واستخلاص التوصيات في مجال علاج الألم والعناية الملطفة التي تركز على كيفية سد الثغرات في العلاج، والتعليم والتثقيف المستمر، والخيارات على النطاق الرسمي.

(٤) على صعيد وضع السياسات

- وضع استراتيجية من شأنها ضمان قانونية الوصفات الطبية للأدوية المخدرة وتوافرها وسهولة الحصول عليها من قبل كل الذين بحاجة لها.

- وضع توصيات لإعتماد مشاركة فرق عمل متعددة التخصصات في عملية العناية الملطفة.

- وضع توصيات بخصوص التشريعات المناسبة لتنظيم علاج الألم والعناية الملطفة للبالغين والأطفال في لبنان.

- وضع توصيات حول كيفية تسديد تكاليف الخدمات المتعلقة بعلاج الألم والعناية الملطفة.

وقد باشرت اللجنة واللجان الفرعية بوضع تصوّر للوضع الحالي واقترح الخطوات العملية المستقبلية لتنفيذ بنود هذه المهام.

• هذا بحثنا على طرح السؤال: ما هو مستقبل العناية الملطفة في لبنان؟ وما الذي يمكن إجازه نظراً للإمكانيات المحدودة المتوفرة؟

أولاً: يجب النظر بصورة شاملة إلى هذا الإختصاص مع وضع برنامج متكامل للتعليم الطبي وخلق الكفاءات في هذا الحقل وتغيير نظرة العاملين في الحقل الصحي تجاه المريض بداء غير قابل للشفاء.

هذا البرنامج المستحدث يدخل في كليات الطب والصحة والتمريض ومن ثمّ يستكمل للعاملين في الحقل الصحي ضمن برنامج التثقيف الصحي المستمر.

ثانياً: من ناحية الممارسة الطبية - بالرغم من عدم وجود إختصاصيين في العناية الملطفة في الوقت الحاضر - باستحداث مجموعة من عدة إختصاصيين يمكن تنظيم ممارسة العناية الملطفة ضمن المستشفى أو في المنزل بانتظار تخرّج أطباء وممرضات إختصاصيين في هذا الحقل ونحن على علم بأن هذا على الطريق الصحيح.

ثالثاً: يجب توفير الأدوية المسكنة لمعالجة الألم وخاصة المورفين ومشتقاتها وتسهيل وصفها والإستحصال عليها من جانب المرضى الذين يحتاجونها، وفي نفس الوقت حت الأطباء على

التثقيف الصحي بما يتعلّق بعلاج الألم والتكيّف مع الطرق الحديثة والمتوفرة لمعالجته.

رابعاً: تشجيع معالجة المرضى، وخاصة في المراحل الأخيرة من حياتهم، للبقاء في المنزل وتأمين مستلزمات هذا الوجود من حضور الأطباء، والممرضين الإختصاصيين، الذين يواكبون هذه المرحلة، ويوفرون على المريض وعائلته مشقة الإنتقال إلى المستشفى، والتكاليف الباهظة المترتبة، دون تأمين نوعية حياة أفضل.

خامساً: علينا الاعتراف، بأنه ورغم بعض الإجازات في استحداث العناية الملطفة في لبنان، فإن الطريق مازال طويلاً للوصول إلى تأمين حياة كريمة للمرضى المصابين بأمراض سرطانية متقدمة وأمراض مزمنة.

سادساً: من المستحسن أن تصبح الرعاية الملطفة جزءاً لا يتجزأ من خدمات الرعاية الصحية في لبنان بدعم من مقدمي الرعاية الصحية وصانعي السياسات.

سابعاً: ينصح بشدة بإنشاء لجان الرعاية الملطفة، وفي مرحلة ووقت لاحق فرق الرعاية الملطفة في المستشفيات. يمكن أن تشرف على تطوير وتنفيذ خدمات الرعاية الملطفة استناداً إلى المبادئ التوجيهية الدولية المعمول بها.

ثامناً: التعليم وتمكين الممرضات المتخصصة في مجال الرعاية الملطفة أمر ضروري من أجل توفير جودة في الرعاية الملطفة في المستشفيات، وبرامج التوعية، والرعاية المنزلية.

أملنا أن اللجنة الوطنية للعناية الملطفة ومعالجة الألم تنكّب على تطبيق المهام الموكلة إليها، بالتعاون والتضافر مع الجامعات، ووزارة الصحة العامة، والجمعيات الأهلية، للتنسيق على تأمين العناية الملطفة لكل مريض معذب وبحاجة لهذه العناية.

الرعاية اللطيفة والتعليم في لبنان: نظرة محدثة

والعاملين الصحيين وعامة الناس. ووضع خطة لكيفية تنفيذ كل البرامج الوطنية للرعاية اللطيفة تمثيلاً مع هذه الإستراتيجية. - وضمن هذه الإستراتيجية قامت وزارة الصحة اللبنانية مؤخراً بإنشاء لجنة وطنية برئاسة مدير عام وزارة الصحة الدكتور وليد عمار. تعنى بوضع أسس للعناية اللطيفة وعلاج الألم لمرضى السرطان وبعض الأمراض المزمنة.

وكانت حصيلة الاجتماعات الأولية للجنة الوطنية تشكيل 4 لجان فرعية تعنى بإجراء تحليل للوضع الحالي في لبنان واقتراح إستراتيجية وطنية للتعليم والتدريب. والممارسات وإجراء البحوث ووضع السياسات الصحية المتعلقة بعلاج الألم والرعاية اللطيفة.

ولقد قامت اللجنة الفرعية المكلفة بموضوع التدريب والتعليم في مجال الرعاية اللطيفة بإجراء تحليل للوضع الحالي. وتم وضع اقتراح إستراتيجية للتعليم في مجال علاج الألم والعناية اللطيفة ليتم اعتمادها وإدخالها في مناهج كليات الطب والتمريض في لبنان.

ولقد أجرى التقييم فيما يتعلق بتوافر مفاهيم علاج الألم والرعاية اللطيفة في مناهج التعليم والتدريب للاختصاصيين في الرعاية الصحية في الجامعات الكبرى في لبنان وعددها 11 جامعة وهي: الجامعة الأميركية في بيروت- الجامعة اللبنانية الأميركية - جامعة القديس يوسف - الجامعة اللبنانية - جامعة البلمند - جامعة بيروت العربية - جامعة الكسليك - جامعة الحكمة - الجامعة الأنطونية - وجامعة سيدة اللويزة وكلية المقاصد.

وأظهرت النتائج إن المناهج الدراسية في عشرة من الجامعات تم فيها دمج مفاهيم علاج الألم والعناية اللطيفة في مناهج التعليم للممرضات ضمن شهادة البكالوريوس الجامعية في التمريض.

بينما الجامعة الأنطونية فقط لديها صف مخصص لمفاهيم علاج الألم والرعاية اللطيفة يعطى لتلاميذ السنة الثالثة تمريض.

- على مستوى شهادة بكالوريوس التمريض في السنة الأولى. وفي سياق برنامج التمريض الأساسي يتم إدخال مفاهيم علاج الألم ونهاية الحياة وكيفية التعامل مع الحزن وخسارة مريض. ويناقش هذا البرنامج جميع أنواع التقييم والتشخيص والعلاج.

أما في السنة الثانية فيتم التركيز على مفاهيم العناية اللطيفة ضمن المنهاج المتعلق بالمرض العضال وتسهيل مرض السرطان. الابدز وأمراض



مي نايفة خوري
استاذة مساعدة
في كلية رفيق الحريري للتمريض
الجامعة الأميركية في بيروت

في إطار التعليم الطبي والتمريضي ما زال الاهتمام الرسمي بالرعاية اللطيفة في مجال التعليم الطبي والتمريضي في لبنان ضعيفاً. ويتم تجاهله من قبل معظم برامج التدريب.

وتعرّف الرعاية اللطيفة وفقاً لمنظمة الصحة العالمية (WHO) «كنهج يحسن من نوعية حياة المرضى وعائلاتهم الذين يواجهون المشاكل التي تقترن بالأمراض والتي تهدد الحياة. وذلك من خلال منع وتخفيف المعاناة عن طريق الآتي:

- تقييم وتحديد علاج الأم اللازم في وقت مبكر. بالإضافة إلى تقييم المشاكل الأخرى الجسدية والنفسية والروحية منها. ويتم ذلك عند تشخيص المرض. ويستمر التقييم بغض النظر عن ما إذا كان المريض يتلقى أي علاج.

إن الهدف من الرعاية اللطيفة هو تحقيق أفضل نوعية حياة المرضى وعائلاتهم من خلال السيطرة على الألم جنباً إلى جنب مع معالجة المشاكل النفسية والاجتماعية والروحية. وهذا أمر بالغ الأهمية.

في لبنان ما زال مجال الرعاية اللطيفة جديداً في حقل الرعاية الصحية. ولا يعرف سوى القليل عن إعداد وتعليم الممرضات لتقديم خدمات الرعاية اللطيفة للمرضى الذين بحاجة إلى ذلك.

لذلك هناك ضرورة لاستكمال الجهود الحالية في لبنان ووضع توصية للنموذج الواجب إتباعه ليتماشى مع النظرة المستقبلية للرعاية اللطيفة. واقتراح وضع منهج دراسي تأسيسي عن الرعاية اللطيفة. ورعاية المرضى في نهاية الحياة.

- في العام 2007. كانت منظمة الصحة العالمية (WHO) الرائدة في دمج خدمات الرعاية اللطيفة ضمن إستراتيجية الصحة العامة. ونظام الرعاية الصحية للبلدان. وذلك من خلال التعليم ووضع السياسات.



يصنّف المستشفى الإسلامي بطرابلس ضمن المؤسسات الاستشفائية الأولى في محافظة الشمال ان لحجم عمله أو لتشعب اختصاصاته وهذا ما يجعله مصب لعدد كبير من المرضى الذين يؤمنونه من كافة المناطق.

حافظ المستشفى الإسلامي بطرابلس على تصنيفه كفاءة أولى على مدار سنوات وذلك بفضل القيمتين عليه من ادارة عامة وادارة طبيّة، بفضل أطبائه الذين تميّزوا بكفاءتهم وخبرتهم وبفضل العاملين فيه من ممرضين وتقنيين.

يستقبل المستشفى ما يزيد عن خمسة آلاف مريض سنوياً، تميّز بتنوّع خدماته الطبيّة وبطاقته على استقبال ومتابعة الحالات الحادة، من أهم أقسامه:

- المختبر الذي توسّع بأجهزته وبنوعيّة خدماته الطبيّة ليغطّي حاجة المنطقة وعلى مدار الـ 24 ساعة.
- مركز غسل الكلى الذي يستقبل ما يزيد عن 130 مريض شهرياً إضافة الى الحالات الطارئة التي تأتي خارج برنامج العمل.
- قسم الانعاش وانعاش حديثي الولادة بادارة أطباء عرفوا بمهارتهم المهنيّة.
- قسم زرع الكلى.
- قسم عمليّات التّجميل.
- قسم تعقيم النّفائيات الطبيّة المزوّد بجهاز يعمل على تنقية النّفائيات الطبيّة من الجراثيم قبل رميها في المستوعبات.

تسعى الادارة الحالية متعاونّة الى إعادة تأهيل وتحديث عدد من الأقسام أهمّها قسم الأشعة، وهي الداعم الأول لمكتب التّدريب المستمر الذي يعمل جاهداً الى تقديم محاضرات علمية بمستوى عال وكان آخرها المؤتمر الطّبي تحت عنوان «DIABETES MELLITUS» الذي أشرف على تحضيره عدد من الأطباء وقد تكلّل بنجاح لافت.

بدك تدخن بالأماكن العامة المغلقة!

قفّل عالموضوع



التدخين في الأماكن العامة المغلقة التالية* يعرضك لغرامة مالية.

المستشفيات والعيادات، والمرافق الصحية العامة والخاصة.



مبنى المطار، الطائرات، وسائل النقل للموظفين.



المراكز التجارية، مراكز التسوق، السوبر ماركت والمتاجر.



المدارس والجامعات، والمؤسسات التربوية العامة والخاصة.



سيارات الاجرة، الباصات، الحافلات، وكافة وسائل النقل الجماعية.



المكاتب وغيرها من أماكن العمل المغلقة والملحقات التابعة لها.



* الأماكن المذكورة أعلاه على سبيل المثال لا الحصر.

نقص المناعة الأخرى. والأمراض المزمنة لدى كل من البالغين والأطفال. ويتم مناقشة موضوع علاج الألم مع مواضيع رعاية الطفل والأسرة.

أما في السنة النهائية. فتتم مناقشة مفاهيم العناية اللطيفة ضمن مناهج العناية المركزة والطب النفسي وأمراض الصحة العقلية وصحة المجتمع. والأخذ في الاعتبار حاجات المريض واسرة المريض كوحدة بحد ذاتها والتركيز على الحاجات العاطفية والنفسية.

فدور الممرض هو تعزيز نوعية الحياة لهؤلاء المرضى وأسرتهم وتقديم الدعم اللازم من خلال مساعدتهم على التكيف مع المرض والاستفادة من جميع الخدمات الصحية المقدمة.

بالإضافة إلى المنهج التعليمي. يتم إدراج مفاهيم العناية اللطيفة في التدريب العملي من خلال التفاعل مع مرضى حقيقيين يعانون من ألم حاد مستمر لا يمكن السيطرة عليه وإيقافه.

الجزء الأول: لمحة عامة عن العناية اللطيفة ورعاية آخر الحياة وتشمل:

- مقدمة للدورة عن العناية اللطيفة ورعاية آخر الحياة
- تاريخ وتطور العناية اللطيفة ورعاية آخر الحياة
- مبادئ الرعاية اللطيفة
- عناصر ونماذج عن رعاية آخر الحياة
- ثغرات في رعاية آخر الحياة
- الرعاية اللطيفة في لبنان.

الجزء الثاني: تقييم المريض الشامل

الجزء الثالث: التواصل ونقل الأخبار السيئة

الجزء الرابع: أهداف العناية وتشمل:

- مقارنة أهداف العناية مع أولويات العلاج

- تخطيط تقديم الرعاية المتقدمة

الجزء الخامس: المعالجة والسيطرة على الأعراض

- علاج الألم

- الاكتئاب والقلق

- الأعراض الشائعة الأخرى

الجزء السادس: القضايا الأخلاقية والقانونية

- الأمراض الخطيرة المفاجئة

- عجز الطبيب

- القتل الرحيم

- إيقاف استمرار العلاج الذي يطيل الحياة

- المسائل القانونية الأخرى

الجزء السابع: رعاية المرضى في الساعات الأخيرة من الحياة وعائلاتهم

- معالجة التغييرات الجسدية والأعراض

- توقع الوفاة

- الحسارة. الحزن. والحداد

الجزء الثامن: الخطوات التالية:

- تعداد وإدراج المواضيع الرئيسية في الرعاية اللطيفة

- تحديد العوائق التي تحول دون الحصول على رعاية جيدة لآخر الحياة

- تطوير الحلول الممكنة.

(شكر للآنسة رشما حمرا على التحرير)

فإن الجامعات التالية تقدم ما يلي في مجال العناية اللطيفة:

- جامعة القديس يوسف تقدم دورة لمدة ٣٠ ساعة عن مبادئ الرعاية اللطيفة وعلاج الألم ضمن مجال التخصص في معالجة الأورام والعناية اللطيفة.

- الجامعة اللبنانية تقدم دورة لمدة ٣٠ ساعة عن الرعاية اللطيفة ورعاية آخر الحياة.

- الجامعة الأميركية في بيروت أدرجت مؤخراً في منهج التمريض للصحة العقلية والنفسية مفاهيم الرعاية اللطيفة وعلاج الألم وتحديد تقييماً

الحاجات النفسية والعلاجية للمرضى.

- أما الجامعة العربية فلديها وحدة تعنى بعلاج الألم تعطى ضمن منهج التمريض الطبي والجراحي والعناية الفائقة.

ويرى كبار المهتمين والعاملين وأساتذة التمريض على الصعيد الوطني والعالمي أن هناك وعي جماعي وحاجة إلى وجود جهود مجتمعة لوضع وإدخال مفاهيم الرعاية اللطيفة ورعاية آخر الحياة في منهج التعليم المهني للممرضات. وأهمية إعدادهم للتعامل مع احتمال موت المرضى الذين هم تحت رعايتهم كإحدى النتائج المحتملة.

فالممرضات وضمن دورهم كمواطنين في المجتمع وأعضاء في القطاع الصحي لديهم دور أساسي ليقوموا به على المستوى الوطني والمحلي في التأثير على وضع السياسات الصحية والخطط.

ومن دور التمريض كمهنة. المطالبة بنظام يؤمن رعاية ملطيفة ورعاية آخر حياة جيدة للمرضى الذين هم بحاجة إلى هكذا نوع من الرعاية لتلبي توقعاتهم. فنظرنا المستقبلية يجب أن تركز على الجهود الواجب بذلها لمواصلة تضمين مفاهيم الرعاية اللطيفة ورعاية آخر الحياة في المناهج المهنية للتمريض بطريقة منهجية من خلال وضع وإدراج منهج تأسيسي منفصل عن الرعاية اللطيفة ورعاية آخر الحياة.

فالنهج التأسيسي في مجال الرعاية اللطيفة يجب أن يكون على الشكل التالي:



العلاج التلطيفي ومرضى السرطان في لبنان

في مرضهم. فإنهم واثقون بأن الله عظيم، رحيم، وعطوف. ولكن لا يستطيعون تفهم أو قبول حالتهم مع أنهم يقولون أنهم يقبلون كل شيء يأتي من الله.

٥- مرضى السرطان اللبنانيون يكرهون الإقامة في المستشفى لأنهم يشعرون بأنهم علقوا في الزمان والمكان والمرض مع أن أغلبيتهم يفضلون تلقي العلاج في المستشفى.

٦- مرضى السرطان اللبنانيون يكرهون حالة اللآ إنتاج التي يعيشونها بسبب المرض.

٧- مرضى السرطان اللبنانيون يخافون من الوجع والعذاب بسبب المرض وينفون الخوف من الموت لأنه بنظرهم حق على كل إنسان.

٨- مرضى السرطان اللبنانيون يريدون معرفة حقيقة حالتهم منذ اللحظة الأولى ويريدون التكلم عنها.

بالخلاصة إن نتائج هذا البحث الذي جرى تأكيده على عدد غير قليل من مرضى السرطان اللبنانيين في مختلف المناطق اللبنانية وعلى مر الأعوام يؤكد الحاجة الماسة للبدء بتطبيق العلاج التلطيفي لأنه يمكن المريض وعائلته من التطرق ومعالجة مختلف جوانب معاناة مرضى السرطان في لبنان. والجدير بالذكر أن العلاج التلطيفي لا يقتصر على مرض السرطان بل يطال كل الأمراض المزمنة التي يمكن أن تشكل خطراً على حياة الإنسان وعلاقته مع عائلته.

من المهم جداً البدء بتطبيق العلاج التلطيفي في مختلف المستشفيات، العيادات، والمراكز العلاجية لأنه يساهم في تأمين نوعية حياة جيدة للمريض وعائلته.

References

1- World Health Organization. Cancer pain relief and palliative care. Report of a WHO Expert committee(WHO technical Report Series, No. 804). Geneva: World Health Organization, 1990.

2- Doumit, M. Lebanon: Making a start in palliative care. Hospice Information Bulletin 2011: 8 (2),10.

3- Doumit, M., Abu- Saad Huijer, H., & Kelley, J. The lived experience of Lebanese oncology patients receiving palliative care. European Journal of Oncology Nursing 2007;11, 309-319.

الدكتورة ميرنا ابي عبدالله ضومط
مساعدة عميد واستاذة في التمريض
في الجامعة اللبنانية الاميركية
في بيروت



ما هو العلاج التلطيفي؟

العلاج التلطيفي كما وصّفته منظمة الصحة العالمية (1990) هو العلاج الذي يهتم بالناحية الجسدية، النفسية، والروحانية للمريض وعائلته. وهو علاج يجب البدء به عند لحظة تشخيص أي مرض يمكن أن يشكل خطراً على حياة المريض.

من المهم الذكر أن العلاج التلطيفي لم يطبق حتى الآن في المستشفيات اللبنانية رغم عدة مؤتمرات عقدت بهذا الصدد في لبنان منذ سنة 1995.

أعدت كل من الدكتوراة ميرنا ضومط، هدى هاير، وجاين كيلبي (2007) بحثاً عن كيفية معايشة مرضى السرطان اللبنانيين لحالتهم، وللقيام بهذه الدراسة اجرت الباحثات عدة مقابلات معمّقة مع عشرة مرضى (1) نساء و٤ رجال) واثت النتائج كما يلي:

١- مرضى السرطان اللبنانيون متضايقون من حالة التبعية للآخرين من جراء المرض؛ فإنهم يعيشون حالة من فقدان السيطرة على حياتهم وهذا ما يذكرهم دائماً بالمرض كما إنهم يشعرون أنهم يشكلون عبئاً على الآخرين.

٢- مرضى السرطان اللبنانيون يكرهون الشفقة وكلمة «يا حرام» التي هي جزء من حديث اللبنانيين اليومي وهذه الحالة تشكل تهديداً حقيقياً لنظرتهم الى أنفسهم.

٣- مرضى السرطان اللبنانيون يعيشون حالة خوف دائمة على عائلاتهم، وحالة خوف من خوف عائلاتهم عليهم لذلك يلجأون إلى تغطية وجعهم وأفكارهم عن أفراد العائلة ما يشكل عبئاً إضافياً عليهم.

٤- مرضى السرطان اللبنانيون يتكلمون على الله وعلى العناية الإلهية



٣. تنظيم مواعيد إعطاء عقاقير مضادة للألم.
٤. ضرورة وجود مخزون كافٍ من الأدوية للإستخدام في الحالات الطارئة داخل الوحدة.
٥. كيفية استخدام أدوية PRN.
٦. تثقيف الأهل عن الألم، أسبابه، عوارضه وطرق معالجته.
٧. توثيق الألم في الملف الطبي للمريض والعلاج الموصوف ومراجعات الطبيب له.

خامساً: التغذية السليمة:

١. متابعة النظام الغذائي للمريض وفقدان الوزن مع إختصاصية التغذية.
 ٢. توفير الغذاء المطلوب حسب رغبة المريض أو الطبيب.
 ٣. الإهتمام بأنبوب الإطعام في حال وجوده.
 ٤. الإهتمام ومراقبة عوارض الجفاف في حال وجودها.
- سادساً: الإهتمام الروحي والنفسي والاجتماعي:
١. توفير الدعم النفسي للمريض والأسرة.
 ٢. تعليم الموظفين كيفية التواصل مع الأهل والمريض.



السياسات والإجراءات الواجب مراجعتها (Policy Review) :
 إن وحدة العناية الملطفة كباقي وحدات العناية الفائقة في المستشفيات لديها سياسات وإجراءات خاصة ومحددة يخضع لها الفريق الطبي والتمريضي العامل فيها.
 من هذه السياسات:
 أولاً: أهداف خطة الرعاية:
 ١. مراجعة السياسات والإجراءات المعتمدة وتطويرها.
 ٢. تقييم وإعادة تقييم أداء خطة الرعاية .

ثانياً: التوجيهات المتقدمة:

١. توثيق أي قرار أو صلاحية مفوضة لتكون فعالة عند ممارسة العمل.
٢. التأكد من الإمتثال إلى التعليمات السابقة.
٢. مراجعة سياسة الإنعاش القلبي الرئوي (CPR) من خلال إجراء دورات تأهيلية للممرضين.

ثالثاً: خطة العناية واتخاذ القرار في وحدة العناية الملطفة في حال:

١. رفض المريض العناية.
٢. التغيير على الجروح أو القروح.
٣. إعطاء العلاج.
٤. سياسة إستخدام القيود، القسطرة وغيرها من التجهيزات.
٥. سياسة الوقاية من حوادث السقوط والإجراءات المتبعة في حال حصولها.
٦. دور الطبيب المعالج والمدير الطبي.

رابعاً: إدارة الألم:

١. تثقيف وتعليم الفريق التمريضي عن سياسة إدارة الألم.
٢. إجراء تقييم مستمر للألم .



سابعاً: وضع خطة للعناية الصحية:

١. كيفية التوثيق في السجلات الطبية.
٢. إستخدام العلاجات المناسبة لحالة المريض.

ثامناً: وجود حالة الموت الوشيك:

١. تعليم و تثقيف الموظفين عن هذه الحالة.
٢. التواصل الدائم والدعم للأسرة.

وحدة العناية الملطفة في مستشفى دار العجزة الاسلامية: رعاية كاملة ورؤية غير محدودة وشاملة

b. الممرض المساعد: هو ممرض حاصل على شهادة BP أو BT في العلوم التمريضية مع إجازة في حق مزاولة المهنة صادرة عن وزارة الصحة.
 ٣. المعالج الرئوي: هو ممرض مجاز تلقى علوما في الإنعاش الرئوي ويخضع بإستمرار لدورات تدريبية أيضاً مثلاً:
 DAM (Difficult Airway Management) - ALS (Advanced Life Support)

ولقد تم تأهيل وتدريب الفريق التمريضي قبل البدء بالعمل بالوحدة في دورة تدريبية شملت الأعمال التطبيقية في مستشفى بيروت الحكومي ودورة تدريبية شملت التعليم المهني في معهد مستشفى المقاصد الخيرية الإسلامية.

إن دور مهنة التمريض مهم ومتعدد الأوجه وأهم ما فيه الدور التثقيفي الوقائي من خلال تعليم المريض مثلاً كيفية أخذ العلاج، كما وأن المراقبة مهمة جداً من أجل تطبيق الأوامر الطبية. ويتم ذلك من خلال الدورات التدريبية ومتابعة التطورات الطبية والتمريضية.
 كما يخضع هذا الفريق لدورات تدريبية حُدد من قبل الإدارة التمريضية مثلاً BLS (Basic Life Support) وحضور مؤتمرات وندوات.



مرضة مجازة في وحدة العناية الملطفة
اعداد خديجة قره علي



إن وحدة العناية الملطفة مهمتها رعاية المرضى الذين يعانون حالات الغيبوبة والحالات الصحية المتأخرة وبحاجة إلى المواكبة الطبية التمريضية الرعايائية الملطفة حتى في لحظاتهم الأخيرة بكرامة وبمستوى إنساني لائق. هدف العناية العناية الملطفة هو تخفيف الألم عند المريض وإغناء نوعية الحياة ونهايتها.

اما رؤية وحدة العناية الملطفة فتكمن في:

- تأمين الرعاية والخدمات الطبية والتمريضية وكذلك الدعم للمريض وللأهل.

- تخفيف العبء المادي عن الأهل وذلك لأن كلفة رعاية المريض في وحدة العناية الملطفة أقل بكثير من الكلفة في العناية الفائقة في أي مستشفى آخر.

وتعتبر الرؤية لوحدة العناية غير محدودة لأننا لا يمكننا القول أنها حققت كل أهدافها مثل زيادة عدد الأسرة، توسيع مساحة الوحدة والتعاقد مع الضمان الاجتماعي وشركات تأمين.

عند القيام بتجهيز الوحدة من معدات طبية وهندسية كان لا بد من إختيار فريق عمل متخصص كالآتي:

١. الفريق الطبي: برئاسة طبيب ومسؤول للقسم من الناحية الطبية وهو إختصاصي أمراض صدرية بالإضافة إلى عدد كبير من الإستشاريين الطبيين. وإلى حضور دوري لرئيس قسم الأمراض المعدية والجرثومية.
 ٢. الفريق التمريضي: ويتألف من ممرض مجاز، معالج رئوي وممرض مساعد.

a. الممرض المجاز: هو ممرض حاصل على شهادة TS,LT أو BS في العلوم التمريضية مع إجازة في حق مزاولة المهنة صادرة عن وزارة الصحة.

التغذية السليمة في قسم العناية الملتفة



29/05/2012 13:55

- يُنصح بتناول الأطعمة المفضلة لديه
- يُفضل الاكثار بتناول الوجبات الخفيفة أي «السانك» كالعصير. جلو.
- مهلبية، كعك بالحليب، أنواع الشوربات، ...
- ينصح المريض بتناول الطعام كلما رغب بذلك

• الاساليب التي نبتعها لتغذية المريض:

١. عن طريق الفم:

- أعط المريض وجباته المفضلة
- قدم له الطعام بطريقة مغرية
- دع المريض يأكل مع الأشخاص الذين يحبهم

٢. المكملات الغذائية:

نستعمل هذه الطريقة عندما لا يحصل المريض على احتياجاته الغذائية اليومية عن طريق الفم فيتم دعمه بالمكملات الغذائية كحليب ال Ensure الغني بالوحدات الحرارية والغني بالفيتامينات والمعادن.

٣. التغذية المعوية: (Enteral Nutrition)

أي التغذية بواسطة الأنبوب: نستعمل هذه الطريقة للمرضى الذين يعانون من صعوبة في البلع، الذين لا يستطيعون المضغ، والذين يعانون من فقدان شهية حاد، وذلك نتيجة أمراض مختلفة كأعراض السرطان، حالات الغيبوبة، وحالات صحية متأخرة حيث يكون المريض غير مدرك لذا فالطريقة الأمثل لتغذيته هي بواسطة الأنبوب.

اعداد داليا قصاص
مراقبة التغذية



اضحت التغذية السليمة ضرورة في حياتنا اليومية وفي كل المراحل سيما وانها تساعد في درء بعض الامراض. في الوقاية منها فضلاً عن مساهمتها في بعض اساليب العلاج . انها نظام بحد ذاته بحاجة اليه كل فرد لتحسين نوعية حياته. اما في قسم العناية الملتفة فليس الهدف منها فقط مساعدة هؤلاء المرضى للحصول على كامل احتياجاتهم الغذائية. بل الأهم من ذلك هو تشجيعهم على تناول الطعام، بما يساعدهم على توقيف خسارة الوزن التي قد يعانون منها.

- بعض النصائح التي تساعد على تحسين شهية وتغذية المريض:
- يُنصح بتناول الطعام مع الأشخاص الذين يحبهم
- ينصح بتكرار تناول وجبات صغيرة على تناول وجبات كبيرة



Precision Operation Gowns

+ MEDICAL TEXTILE

Operation Gowns

Precision OP-Gown is offering a stress free and safe working conditions for surgeons. The gown is antistatic due to the carbon yarn used in manufacturing process. Three layer sandwich lamination with a highly breathable and heat resistant polyurethane membrane the gown is permanently and totally liquid proof. Highly breathable PU membrane does not allow perspiration. Precision Medical Gown is designed to withstand heavy industrial washing cycles and therefore can be used many times.

FABRIC QUALITY: 100 % Microfiber-Silver Filament Fiber

MEMBRANCE: Polyurethane

FABRIC COMPOSTION: 95% Microfiber 5% Silver

COLOURS: Green, and Blue

WASHING INSTRUCTIONS:

95



Easy Wipe Bi-Elastic PU Mattress Protector

%100 Waterproof and Breathable

- Stretchable in both directions
- Reacts to the movement of the person
- Eliminates the risks of micro wrinkles
- Wipe down cleanable products
- Complete barrier for blood, and urine
- Sanitized with silver protect, Antistatic
- Antibacterial, anti fungi, and dust mite
- Flame retardant (BS 7175)
- Breathable and vapor permeable
- Washable 95°C, autoclavable, tumble dryable

Mattress protector

All of mattress protectors are designed to help you with two main and very important issues specifically: incontinence and dust mite allergy. Our special coated and laminated breathable and water proof mattress protectors will keep your mattresses dry and mite proof while you enjoy a comfortable and healthy sleep.

SOLE AGENT: HALBAWI INDUSTRY & TRADE. BEIRUT 05-470370



بِجِرْفَتِهَا أَنْعَمَ



دار العجزة الإسلامية



تُحضّر هذه الخلطات في قسم المطبخ الخاص بمستشفى دار العجزة الإسلامية تحت إشراف إختصاصية التغذية. وتختلف هذه الخلطات بين مريض وآخر بحسب حالته المرضية و بحسب عدد الوحدات الحرارية اللازمة له.

٤. إضافة الماء:

إضافة الماء على غذاء المريض تزيد من راحته للتخفيف من العطش:

- يجب إبقاء الفم رطباً.
- يجب الإهتمام بصحة الفم.
- يجب تناول رشفات من السوائل.
- يجب تناول رقائق الماء المثلجة.

بعض العوائق التي قد تحول دون الحصول على التغذية الصحيحة:

- صعوبة في المضغ والبلع: - نعالجه بتقديم الأكل الطري أو المطحون
- الغثيان والقيء: - نعالجه بزيادة النشويات والسوائل الباردة
- فقدان الشهية: - نعالجه بإعطاء المريض وجبات صغيرة متكررة
- جفاف الفم: - نعالجه بإضافة المرققة أي ال Sauce إلى الطعام
- التقرحات السريرية: - نتجنب حصولها بزيادة البروتينات، السوائل والوحدات الحرارية.

متفرقات

حالات الخرف سترتفع بنسبة ثلاثة أضعاف بحلول عام ٢٠٥٠

في البلدان المرتفعة الدخل لا يتم الكشف، بصورة روتينية، سوى عن خمس إلى نصف حالات الخرف. وعندما تُشخص الحالة فإن ذلك يتم في مرحلة متقدمة نسبياً من مراحل تطوّر المرض.

والخرف متلازمة تتخذ، عادة، طابعاً مزمنياً وتحدث بسبب مجموعة مختلفة من الأمراض الدماغية التي تطلال الذاكرة والتفكير والسلوك والقدرة على القيام بالأنشطة اليومية. ويمثّل مرض ألزهايمر أشيع أسباب الخرف. ومن المحتمل أنه يسبب في حدوث نحو ٧٠٪ من الحالات. وعلى الرغم من أنّ الخرف يصيب الناس في جميع البلدان، فإن أكثر من نصف المصابين به (٥٨٪) يعيشون في البلدان المنخفضة الدخل والبلدان المتوسطة الدخل. ومن المحتمل أن ترتفع تلك النسبة لتتجاوز ٧٠٪ بحلول عام ٢٠٥٠.

ومنظمة الصحة العالمية هي السلطة التوجيهية والتنسيقية ضمن منظومة الأمم المتحدة فيما يخص المجال الصحي. وهي مسؤولة عن تادية دور قيادي في معالجة المسائل الصحية العالمية وتصميم برنامج البحوث الصحية ووضع القواعد والمعايير وتوضيح الخيارات السياسية المسندة بالبيّنات وتوفير الدعم التقني إلى البلدان ورصد الاتجاهات الصحية وتقييمها.

هناك نحو ٣٥,٦ مليون نسمة ممن يتعايشون مع الخرف في جميع أنحاء العالم. ومن المتوقع أن يرتفع هذا العدد بنسبة الضعف بحلول عام ٢٠٣٠ (٦٥,٧ مليون) وبنسبة تفوق ثلاثة أضعاف بحلول عام ٢٠٥٠ (١١٥,٤ مليون). ويصيب الخرف الناس في جميع البلدان، علماً بأن أكثر من نصف المصابين به (٥٨٪) يعيشون في البلدان المنخفضة الدخل والبلدان المتوسطة الدخل. ومن المحتمل أن ترتفع تلك النسبة لتتجاوز ٧٠٪ بحلول عام ٢٠٥٠.

والجدير بالذكر أنّ علاج المصابين بالخرف ورعايتهم يكلف العالم، حالياً، أكثر من ٦٠٤ مليارات دولار أميركي سنوياً. ويشمل ذلك المبلغ التكاليف المرتبطة بتوفير خدمات الرعاية الصحية والاجتماعية وكذلك انخفاض أو ضياع دخل المصابين بهذا المرض والقائمين على رعايتهم. ولا تملك إلا ثمانية بلدان في جميع أنحاء العالم، حالياً، برامج وطنية تمكّن من التصدي للخرف. ويوصي تقرير جديد بعنوان «الخرف: إحدى الأولويات الصحية العمومية»، نشرته منظمة الصحة العالمية والمنظمة الدولية لمرض ألزهايمر، بأن تركز البرامج على تحسين التشخيص المبكر؛ وإذكاء الوعي العام بالمرض والحد من الوصم المرتبط به؛ وتوفير رعاية أفضل ومزيد من الدعم للقائمين على رعاية المرضى. ويمثّل انعدام التشخيص إحدى المشكلات الرئيسية المطروحة. وحتى

وحدة العناية اللطيفة في مستشفى دار العجزة الاسلامية

اعد مدير مستشفى العجزة الاسلامية السيد عزام حوري دراسة احصائية حول وحدة العناية اللطيفة في المستشفى تناولت مصدر التغطية الصحية، مدة الإقامة، اعمار المرضى، المحافظة، الجنس، المذهب وطريقة مغادرة المريض لهذا القسم فضلاً عن المستشفى الذي انتقل منه. وتغطي الاحصاءات التالية الفترة الممتدة من افتتاح الوحدة في المستشفى في آذار، ٢٠٠٨ ولغاية ٣١ آيار ٢٠١٢.



اعداد السيد عزام حوري
مدير مستشفى دار العجزة الاسلامية

بحسب المستشفى القادم منه		
المستشفى	عدد	%
بيروت الحكومي	٣٨	٣١,٤٠
دار العجزة الإسلامية	٣٢	٢٦,٤٥
المقاصد	٩	٧,٤٤
الجامعة الأمريكية	٧	٥,٧٩
المنزل	٧	٥,٧٩
كليمنسو	٣	٢,٤٨
الرسول الأعظم	٢	١,٦٥
الزهراء	٢	١,٦٥
أوتيل ديو	٢	١,٦٥
سيده المعونات	٢	١,٦٥
قلب يسوع	٢	١,٦٥
الجعيتاوي	١	٠,٨٣
الحياة	١	٠,٨٣
الساحل	١	٠,٨٣
الشرق الأوسط بصاليم	١	٠,٨٣
المشرق	١	٠,٨٣
الميداني المصري	١	٠,٨٣
النجدة الشعبية النبطية	١	٠,٨٣
الهيكلية	١	٠,٨٣
جبل لبنان	١	٠,٨٣
رزق	١	٠,٨٣
سان شارل	١	٠,٨٣
صيدا الحكومي	١	٠,٨٣
عين وزين	١	٠,٨٣
هارون	١	٠,٨٣
هيكل	١	٠,٨٣
المجموع	١٢١	

بحسب الجنس		
الجنس	عدد	%
ذكر	٦٢	٥١,٢٤
أنثى	٥٩	٤٨,٧٦
المجموع	١٢١	

بحسب المذاهب		
المذهب	عدد	%
سني	٧٨	٦٤,٤٦
شيعي	٢٣	١٩,٠١
ماروني	١٠	٨,٢٦
روم أورثوذكس	٥	٤,١٣
درزي	٢	١,٦٥
سريان أورثوذكس	١	٠,٨٣
كاثوليك	١	٠,٨٣
مجهول	١	٠,٨٣
المجموع	١٢١	

طريقة المغادرة		
طريقة المغادرة	عدد	%
وفاة	٨٩	٧٣,٥٥
مغادرة إلى المنزل	١٤	١١,٥٧
تحويل إلى مستشفى آخر	٧	٥,٧٩
تحويل إلى مستشفانا	٣	٢,٤٨
المجموع	١١٣	
موجود	٨	٦,٦١
المجموع	١٢١	

بحسب مدة الإقامة (أيام)		
شرائح الإقامة (أيام)	عدد	%
٢٩-١	٤٠	٣٣,٠٦
٦٠-٣١	٣٠	٢٤,٧٩
٨٥-٦١	١٢	٩,٩٢
١٢٠-٩١	٩	٧,٤٤
١٤٩-١٢٢	١٠	٨,٢٦
١٧٧-١٥٢	٥	٤,١٣
٢٦٩-١٨٦	٦	٤,٩٦
٤٨٩-٣١١	٤	٣,٣١
٥٦٨-٥٢٢	٤	٣,٣١
٩٢٤	١	٠,٨٣
المجموع	١٢١	

التغطية		
التغطية	عدد	%
وزارة ٨٥%	٦٤	٥٢,٨٩
١٠٠% وزارة كتاب وزير	٢٧	٢٢,٣١
١٠٠% بطاقة معوق	٢٧	٢٢,٣١
خصوصي	٣	٢,٤٨
المجموع	١٢١	

بحسب المحافظة		
المحافظة	عدد	%
بيروت	٦٢	٥١,٢٤
جبل لبنان	١٩	١٥,٧٠
الشمال	٦	٤,٩٦
الجنوب	١٨	١٤,٨٨
محافظة البقاع	١٠	٨,٢٦
النبطية	٥	٤,١٣
غير ذلك	١	٠,٨٣
المجموع	١٢١	

بحسب الأعمار		
شرائح الأعمار	عدد	%
٢٥-١٦	٧	٥,٧٨
٥٠-٣٨	١٥	١٢,٤٠
٦٠-٥١	١٥	١٢,٤٠
٧٠-٦١	٢١	١٧,٣٦
٨٠-٧١	٢٩	٢٣,٩٧
٨٩-٨١	٣٠	٢٤,٧٩
٩٧-٩١	٤	٣,٣١
المجموع	١٢١	

مجمع الرحمة الطبي - طرابلس : حاجة ملحة في مجال التأهيل التخصصي

يهدف مجمع الرحمة الطبي إلى تقديم أفضل الخدمات الصحية والطبية، في شتى مجالات التأهيل الحركي والذهني، عن طريق تأمين مختلف الموارد البشرية والتقنية والبنى التحتية، لتوفير مناخ ملائم مع هذا النوع الخاص من الخدمات. وقد عكفت إدارة مجمع الرحمة الطبي، على تطوير عدة جوانب من العملية التأهيلية الطبية والصحية، من خلال تأمين نوعين مختلفين منها:

- الإدارة، إيماناً منها بضرورة مواكبة عجلة التطور على صعيد التنمية البشرية المستدامة، عبر تأليف لجان متعددة: لجنة مكافحة العدوى، ولجنة تطبيق نظام الجودة، واللجنة الطبية من جهة، والتكنولوجيا التقنية والتأهيلية، فيما يتعلق بالتجهيزات الطبية وغيرها من جهة أخرى.
- وتعمل إدارة المجمع على الأخذ في الاعتبار القيم والمبادئ الآتية:
- الامتياز والمهنية
- العمل ضمن القيم الأخلاقية والاجتماعية
- الاحترام والرعاية الكاملة
- الإدارة المتقنة
- التسامح والتعاطف في إطار من تقدير

قسم الغيبوبة:

في العام ٢٠٠٩، أنشأت إدارة مجمع الرحمة الطبي « قسم الغيبوبة والعناية اللطيفة ». الذي يعد من الأقسام المتميزة والقليلة، في مجال التأهيل لمرضى الغيبوبة، الذين لا يستطيعون البقاء في المستشفيات التي تقدم الرعاية الأولية. يحتوي القسم على عشر غرف مجهزة بكل الاحتياجات الضرورية للمرضى، مع تأمين جميع وسائل الحماية والأمان.



أولاً، التأهيل الفيزيائي: الذي يهتم بمرضى الشلل والحوادث والكسور، ومختلف أنواع الإصابات الفيزيائية، وقد خصصت لهذه الغاية قطاعات مهمة في العلاج الفيزيائي والانشغالي والنفسي الحركي، للأطفال والكبار ومختلف الفئات العمرية، تندرج جميعها بالإضافة إلى العناية التمريضية وأقسام الإقامة المؤقتة وشبه الدائمة، تحت مستشفى التأهيل التخصصي.

ثانياً، تأهيل الأطفال المعوقين: والذي يهتم بفئات مختلفة من الأشخاص المعوقين جسدياً وذهنياً، في جو مثمر من الرعاية والتعليم والترفيه والحضانة، تساعد على إحاطة الشخص المعوق بيئة منتجة وفعالة، وقد خصص لهذه الغاية معهد لتأهيل المعوقين، ملحق بأقسام الإقامة الدائمة التي تتمتع بأعلى المعايير الإنشائية والتقنية، يشرف عليها طاقم بشري، يضم متخصصين في العلوم النفسية التربوية، ومشرفين يتعاون المعوق في نشاطاته وحاجته ويوميته.

ومنذ التأسيس عام ١٩٩٧، مرّ المجمع بعمليات تطوير متلاحقة قامت بها

يشرف على القسم مجموعة من الأطباء المتخصصين، في الطب العام والجهاز التنفسي والعناية المشددة، ومن المرضين والمعالجين المؤهلين للاهتمام بهذا النوع من المرضى.

ويخضع المرضى والعاملون في هذا القسم، لدورات تأهيلية في إطار برنامج التحصيل العلمي المستمر، لتطوير قدراتهم، بحيث يتألف الفريق التمريضي من مرضين حائزين على شهادة الماستر، ومن مرضين مجازين، ومن مختلف الشهادات التقنية والفنية.

مرضى قسم الغيبوبة:



- مرضى الجهاز العصبي والشلل بأنواعه كافة (النصفي، الكلي) في المراحل المتقدمة والحرجة.
- المرضى الذين يحتاجون إلى التنفس الاصطناعي.
- حالات كسور الجمجمة، التي تؤدي إلى الغيبوبة من الدرجة الأولى والثانية والثالثة والرابعة.
- حالات الموت الدماغي.
- التهابات الجهاز العصبي والتعقيدات المرافقة.

أهمية قسم الغيبوبة:

نادراً ما نجد قسماً للغيبوبة في المراكز التأهيلية التخصصية، وقد أنشئ هذا القسم وصمم بأحدث وأعلى درجات الإتقان والجودة، إذ إن الهدف من إنشائه هو تخفيف العبء عن المستشفيات العامة، لا سيما أن مرضى الغيبوبة، قد تطول مدة إقامتهم، وهم لا يزالون في حاجة إلى الرعاية الطبية، والتنفس الاصطناعي، والعلاج الفيزيائي، وغالباً ما تتراوح مدة إقامة المرضى من ٣ إلى ٩ أشهر.

أما الخصوصية التي يتميز بها هذا القسم، فهي وجوده ضمن صرح تأهيلي متكامل، بحيث يتم نقل المريض من قسم الغيبوبة إلى قسم التأهيل الوظيفي، فور استقرار حالته الصحية واستعادة وعيه وإدراكه الحسي.

وقد استقبل قسم الغيبوبة، في مجمع الرحمة الطبي عام ٢٠١١، حوالي الأربعين مريضاً.

متفرقات

اضطرابات الصحة العقلية قد تبدأ من الأمعاء وليس من الدماغ

يقول الباحثون من جامعة McMaster University أن اضطرابات الصحة العقلية قد تبدأ من الأمعاء وليس من الدماغ، فقد وجد أن الإختلال بميكروبات القناة الهضمية العادية يغير كيمياء الدماغ.

ويقول الباحثون أنهم لديهم الآن أدلة تبين أن البكتيريا في الأمعاء يمكن أن تغير سلوك وكيمياء الدماغ، ويحتمل أن تعالج اضطرابات الصحة العقلية مع البروبيوتيكس.

ووجد العلماء أن سلوك كيمياء الدماغ يتغير في الفئران عندما تم التلاعب ببكتيريا الأمعاء بالمضادات الحيوية، فعند تغيير بكتيريا القناة الهضمية زاد عامل (neurotrophic factor BDNF) بالدماغ والذي يرتبط مع الاكتئاب والقلق. ولاحظ العلماء أن بعض فئران التجارب بدون البكتيريا العادية بالقناة الهضمية كانوا أكثر سلبية، بينما الفئران

مع البكتيريا الأكثر فعالية يصبح سلوكهم أكثر جرأة واستكشافية، وعندما غيّر الباحثون البكتيريا القناة الهضمية في الفئران النشطة أصبحت أكثر سلبية .

وتشير النتائج الى أن التغييرات في ميكروبات القناة الهضمية تسبب تغييرات في السلوك والأمراض السلوكية لارتباط اضطرابات الصحة العقلية بالبكتيريا المعوية .

فمرض القولون العصبي وغيره من الاضطرابات المعوية كثيرا ما تقترن بالقلق والاكتئاب، لأن تعطيل ميكروبات القناة الهضمية قد يغير كيمياء الدماغ ويمكن أن تؤدي إلى اضطرابات الصحة العقلية، وعندما تعود البكتيريا في الأمعاء إلى وضعها الطبيعي يتغير السلوك ويعود لجراه الطبيعي.