



יספר"א האגודה הישראלית לשיקום פסיכיאטרי (ע"ר)
ISPRA Israel Psychiatric Rehabilitation Association (R.A)

ispraisrael.org.il

סיכום מאמר

יספר"א- האגודה הישראלית
לשיקום פסיכיאטרי (ע"ר)
רחוב משה הס 12
ירושלים 9418513

Ispraisrael.org.il

02-6249204

החלמה ומעורבות בקבלת החלטות בקרב מתמודדים משש מדינות: מחקר תצפיתי פרוספקטיבי

לוס, קלארק, ג'ורדן ושות'

גרמניה, בריטניה, איטליה, הונגריה, דנמרק ושווייץ, 2017

Loos, Clarke, Jordan et al. (2017). Recovery and decision-making involvement in people with severe mental illness from six countries: A prospective observational study. *BMC Psychiatry*, 17:38

DOI: 10.1186/s12888-017-1207-4

כל הזכויות שמורות © Copyright
יספר"א האגודה הישראלית לשיקום
פסיכיאטרי (ע"ר)

סוכם על-ידי אילה פרידלנדר כץ

בהמלצת פרופ' מקס לכמן

קריאת הסיכום אינה מהווה
תחליף לקריאת המאמר המלא

רקע

ברחבי העולם רווחת הסכמה רחבה בנוגע למדיניות התומכת באוריינטציה של החלמה במערכות בריאות הנפש. יישום הרטוריקה הזו בתוך הפרקטיקה הקלינית הוכח כמאתגר, בחלקו בגלל שהמדיניות עדיין לא נתמכה בראיות מחקריות חזקות. סינתזות מחקריות מתייחסות לקונספט של החלמה אישית והקשר שלה לתוצאות כגון איכות חיים, התערבויות ספציפיות לקידום החלמה כמו תמיכת עמיתים, והשלכות על מתן שירותים. מכל מקום, נראים הבדלים רבים בפרקטיקה המתקיימת במערכות בריאות הנפש במדינות ואזורים שונים. הבדלים בפרשנויות השונות מדגישים את האתגרים בזיהוי הפרקטיקות הטובות ביותר לתמיכה בהחלמה. הראיות הזמינות הטובות ביותר מצביעות על חמישה תהליכי מפתח שמעורבים בהחלמה: חיבור לאחרים ("שילוב קהילתי" בצפון אמריקה, "הכלה חברתית" באירופה ואוסטרליה), תקווה ואופטימיות ביחס לעתיד, זהות חיובית לא-סטיגמטית, משמעות בחיים, והעצמה. אלה תוארו תחת מסגרת העבודה CHIME: Empowerment, Meaning, Identity, Hope, Connectedness. אף שמסגרת זו קיבלה תוקף במחקרים בינלאומיים ובקרב צרכנים, וחמשת התהליכים הללו מהווים תוצאת יעד פוטנציאלית עבור שירותים, כיום בסיס הראיות והפרקטיקה אינם תומכים באוריינטציה זו. כדי להמחיש נקודה זו, בבריטניה מפיץ מכון NICE (המכון למצוינות בתחום הבריאות והקליני) הנחיות קליניות למגוון של הפרעות נפשיות. בהנחיות אלה לא צוטטו כל ראיות מניסויים קליניים שבהם תהליכי CHIME מהווים יעד קליני עיקרי. נחוצות ראיות לגבי הקשר בין הפרקטיקה הקלינית לבין תמיכה בהחלמה. אבני הבניין המדעיות הדרושות לכך נעשות זמינות: פותחו מדדי החלמה ומתפרסמים ניסויים שבהם תוצאות החלמה הן יעד קליני עיקרי. עם זאת, נותר פער בראיות בנוגע לקשר בין תהליכים קליניים לבין החלמה. בפרט, חסרות ראיות אמפיריות לגבי החלמה וקבלת החלטות קליניות – התהליך החשוב של תכנון הטיפול במשותף בין המטפל למטופל.

קבלת החלטות קליניות היא הכלי העיקרי של מתן שירות בבריאות הנפש. תוארו שלוש רמות של מעורבות המטופל בקבלת החלטות: א. קבלת החלטות מיוזמת/פעילה (Informed/active), מתרחשת כאשר המטופל מקבל את ההחלטה לאחר שקיבל מידע מהמטפל. ב. קבלת החלטות משותפת, נעשית תוך שיתוף פעולה, עם שיתוף במידע ובמומחיות מצד שני המשתתפים. ג. קבלת החלטות פאסיבית, המתרחשת כאשר המטפל מקבל החלטה עבור המטופל. קבלת החלטות משותפת בבריאות הנפש זכתה להמלצות רבות, על אף שלא נחקרה דיה. סקירה עדכנית זיהתה רק שני ניסויים רנדומליים מבוקרים הבוחנים קבלת החלטות משותפת, ונטען כי דרושים בחיפוש מחקרים נוספים. למרות הבסיס המחקרי המוגבל, נטען כי יש לתמוך בגישה של קבלת החלטות משותפת בשירותי בריאות הנפש למבוגרים.

במחקר הנוכחי נחקרו הגורמים הקובעים את שלב ההחלמה, עם מיקוד ספציפי על החוויה של מעורבות בקבלת החלטות קליניות. מטרת המחקר לזהות (1) מהלך של שינוי בשלב ההחלמה, (2) גורמי חתך-רוחב המנבאים את שלב ההחלמה ו- (3) גורמים המנבאים שינוי בשלב ההחלמה על-פני שנה אחת.

שיטה

מחקר CEDAR האירופאי הוא מערך מחקרי תצפיתי נטורליסטי פרוספקטיבי ארוך-טווח עם הערכות אחת לחודשיים לאורך שנה. המטרה הכוללת של מחקר CEDAR היא להעריך את הטווח והאיכות של החלטות קליניות בטיפול באנשים עם מחלות נפש, ואת השפעת קבלת ההחלטות בטיפול השגרתי על תוצאות המטופל.

בסה"כ נכללו 588 משתתפים מקרב אנשים המטופלים בקהילה (מרפאות ושירותים קהילתיים בבריאות הנפש) בשישה מרכזים באירופה: דנמרק, הונגריה, אנגליה, איטליה, גרמניה ושווייץ. נכללו משתתפים בגילאי 18-60; עם הפרעה נפשית כלשהי כאבחנה עיקרית; נוכחות של הפרעה נפשית חמורה (כהגדרתה לפי סולם TAG עם משך של שנתיים לפחות); ומגע צפוי עם שירותי בריאות

הנפש (לא כולל אשפוז) בתקופת המחקר. בשלב הראשון מינו המטופלים מטפל שמעורב מקרוב בטיפול שלהם, ושניהם מילאו את כל המדדים. במעקב לאחר שנה, מטופלים ואנשי צוות מילאו שוב את כל המדדים. אחת לחודשיים נשאלו מטופלים ואנשי צוות בנפרד לגבי הקונטקסט, התוכן והיישום של קבלת החלטות קליניות. הם כתבו מהי ההחלטה החשובה ביותר שקיבלו בפגישתם האחרונה. הוצגה למשתתפים רשימה של נושאים שהוגדרו מראש עם שלוש תשובות אפשריות: "לא נדון", "נדון", לא התקבלה החלטה", ו-"נדון, התקבלה החלטה", על-מנת להצביע על מה דנו באופן כללי בפגישה הנבחרת. לעתים קרובות מטופלים דיווחו כי דנו על "תרופות", בעוד שאנשי צוות דיווחו כי "סימפטומים" היו הנושא השכיח ביותר. הנושא השלישי בשכיחותו היה "משפחה" בשתי הקבוצות.

מדדים

הערכת אבחנה בוצעה לפי DSM-IV. ניתנו שלושה מדדים לדירוג על-ידי המטופל: 1. מדד להערכת שלבי החלמה (STORI) – במקורו מאפיין 5 שלבי החלמה, אך מחקרים נוספים תמכו באפיון שלושה שלבים עיקריים: א. מורטוריום (Moratorium) – נסיגה המאופיינת בתחושה עמוקה של אובדן וחוסר תקווה. ב. התעוררות/הכנה (Awakening/Preparation) – הופעת תקווה ולקחת צעדים ראשונים לעבודה על מיומנויות החלמה). ג. בניה מחדש/צמיחה (Rebuilding/Growth) – מעבודה אקטיבית לעבר זהות חיובית ומטרות, לחיים מלאים ומשמעותיים. 2. שאלון להערכת תוצאות תפקודיות בתחומים שונים (OQ-45); 3. סולם להערכת איכות חיים (MANSA).

ניתנו שלושה מדדים לדירוג הצוות: 1) סולם להערכת תפקודית (GAF) המודד סימפטומטולוגיה ותפקוד חברתי; 2) סולם להערכת מוגבלות חברתית (HoNOS); 3) מדד להערכת חומרה של מחלת נפש (TAG, המתייחס לבטיחות, סיכון, וצרכים/מגבלות). ארבעה מדדים דורגו על ידי אנשי צוות ומטופלים: 1) מדד להערכת מעורבות בקבלת החלטות קליניות ושביעות רצון – המתייחס לחוויה של מעורבות ושביעות רצון בנוגע להחלטה ספציפית, עם גרסה לדירוג של מקבל השירות וגרסה לדירוג הצוות. 2) סולם לדירוג סגנון קבלת החלטות קליניות, המודד העדפות בקבלת החלטות, בגרסאות למטפל ולמטופל; 3) סולם להערכת הברית הטיפולית, בגרסאות למטפל ולמטופל. 4) סולם להערכת צרכים מסופקים ובלתי מסופקים ב-22 תחומים עם גרסאות למטפל ולמטופל.

ממצאים

בסה"כ 581 משתתפים דירגו את שלב ההחלמה בתחילת המחקר: 115 (19.8%) בשלב מורטוריום, 145 (25%) בשלב מודעות והכנה, 321 (55.2%) בשלב של בניה מחדש וצמיחה. במעקב לאחר שנה 512 (88.1%) דירגו שלבי החלמה: 50 (9.8%), 153 (29.9%), ו-309 (60.4%) בהתאמה.

שלבי החלמה

תשובות המשתתפים תאמו למודל שלושת השלבים של החלמה. גורמי חתך-רוחב המנבאים שלבי החלמה: שלב גבוה של החלמה נקשר לאנשים ממין זכר, נשואים, גרים לבד/עם ההורים (לעומת עם אחרים), שאינם מהאתר האיטלקי (לעומת אלה מהאתר השווייצרי), ובעלי דירוג טוב יותר של הברית הטיפולית ופחות סימפטומים.

במעקב לאחר שנה 80 משתתפים (15.8%) הידרדרו (חלה ירידה בדירוג שלב ההחלמה שלהם), אצל 296 (58.5%) לא חל שינוי, ו-130 (25.7%) השתפרו (חלה עליה בדירוג שלב ההחלמה). רק השאלון למטופלים לגבי מעורבות בקבלת החלטות נמצא קשור באופן מובהק לשינוי בשלב ההחלמה על פני שנה. מצאנו סיכוי מוגבר לירידה בשלב ההחלמה (תוצאה גרועה יותר בתום שנה)

עבור אנשים עם מעורבות פעילה בהשוואה לאנשים עם מעורבות משותפת או פאסיבית. למטופלים שחוו מעורבות אקטיבית היה סיכון מוגבר לתוצאות גרועות יותר. לא נמצא קשר מובהק בין הזמן לבין סוג המעורבות.

דין

למחקר הרב-לאומי על שלבים, גורמים מנבאים ושינוי בשלבי החלמה ישנם שלושה ממצאים: ראשית, נתונים אמפיריים מבחינים בין שלושה שלבי החלמה, שניתן לתייגם כמורטוריום (המתייחס להתנתקות מבחינת קוגניציה, רצון, והתנהגות), מודעות/הכנה (המתייחס למעורבות סובייקטיבית חלקית), ובניה מחדש/צמיחה (המתייחס למעורבות התנהגותית מלאה). המחקר הנוכחי תואם לשלושה מחקרים קודמים שזיהו שלושה שלבים מובחנים. הדבר מצביע על צורך לפתח פרוטוקולים לטיפול שמאורגנים באמצעות שלבים אלה של החלמה.

שנית, משתנים קליניים, סוציו-דמוגרפיים וגיאוגרפיים ספציפיים נקשרים לשלב ההחלמה. הדבר מוסיף בהירות לבסיס ראיות מקיף ורב-שכבתי של החלמה אישית. בהשוואה למחקרים על החלמה קלינית – ההבנה המסורתית של החלמה, הקשורה לשיפור מתמשך בסימפטומים ושיקום תפקודי – נראית כיום התפתחות של ראיות מקיפות הכוללות מחקרי שכיחות אפידמיולוגית גלובאליים וראיות ממחקרי ניסוי רנדומאליים של התערבויות ביולוגיות, פסיכולוגיות וסוציאליות.

שלישית, מטופלים שמדרגים מעורבות פעילה (בהשוואה למעורבות פאסיבית או שותפות בקבלת החלטות) במדידה הראשונית היו בעלי סיכויים גבוהים יותר להשתנות כעבור שנה לשלב החלמה נמוך יותר. במבט ראשון ממצא זה מנוגד לאינטואיציה. חווייתם של מתמודדים עם מעורבות פעילה מושפעת מציפיות התפקיד, מההקשר הטיפולי, ממידע והתנהגות קלינית. מחקר קודם הראה כי קבלת החלטות פעילה יותר (אפילו יותר מכפי שהעדיף המטופל מלכתחילה) נקשרה ליותר שביעות רצון ויישום של החלטות, ובמחקר אחר קבלת החלטות פעילה נקשרה לפחות מעורבות ופחות שביעות רצון מהחלטות הנוגעות לטיפול, בהשוואה להחלטות חברתיות וכלכליות. זאת ועוד, העדפתם של מטופלים למעורבות פעילה על פני מעורבות משותפת או פאסיבית של המטופל בקבלת החלטות נקשרה לפחות צרכים בלתי מסופקים בדירוג המטופל כעבור שנה במחקר האירופאי (CEDAR). הסבר אפשרי אחד הוא טווח-הזמן הקצר שבו מעורבות פעילה נחוות כחיובית ומעצימה, בעוד שבטווח הארוך (כמו במחקר הנוכחי) מעורבות פעילה מהווה סמן של יחסי מטפל-מטופל שאינם מבוססי-שותפות באופן מספיק. מכל מקום, המדד להערכת הברית הטיפולית לא היווה גורם מנבא משמעותי של שינוי בשלב ההחלמה, ועם זאת הברית הטיפולית כן נמצאה כגורם של חתך-רוחב המנבא החלמה, בהלימה למחקרים אמפיריים שהראו כי ברית העבודה המשותפת מהווה גורם מתווך להחלמה.

מסקנות

מחקר זה מצביע על כך שהקשר בין מעורבות בקבלת החלטות לבין החלמה הוא מורכב. המחקר מראה כי מעורבות בקבלת החלטות והחלמה אמנם קשורות זו לזו, ודרוש מחקר אורך עם שימוש בהערכות מתוקננות על מנת להבין את הכיוון של קשרים סיבתיים. מתקבל על הדעת כי הרמה האופטימאלית של מעורבות משתנה יחד עם שינויים בשלב ההחלמה. לפיכך, מבחינה קלינית עולה צורך להתאים את מעורבות המטופל לשינויים בתהליך ההחלמה ובהעדפות שלו.