

קבלת החלטות וסרטן השד

אילנה קדמון

הניתוחיות הללו. בהמשך, מחקרים רבים עסקו בבדיקת ההבדל הפסיכולוגי בין הניתוחים השונים מבחינת רמות חרדה ודיכאון, ובאופן כללי לא הראו יתרון רב לניתוח המשמר את השד, מלבד ההיבט של דימוי גוף. במשך כשני עשורים רוב המחקרים הפסיכו-אונקולוגיים עוסקים בתחום קבלת ההחלטות בהקשר הניתוחי. במאמר זה אסקור את הספרות במספר נושאים. תחילה תוסברנה התיאוריות השונות של קבלת החלטות, אשר רובן מקורן במדעי הניהול. לאחר מכן ינתן הסבר לגבי קבלת החלטות רפואיות, ובהמשך תיערך סקירה מעמיקה ונרחבת לגבי קבלת החלטות הקשורות לאבחנה של סרטן השד. לסיכום, יידון ההיבט הסיעודי של שיתוף המטופלת בקבלת ההחלטות בטיפול בסרטן השד.

האבחנה של סרטן השד מלווה היום, יותר מאי פעם, בתהליך קבלת החלטות מצד האישה והיקרים לה. החלטות כגון האם לבצע בדיקות גילוי מוקדם של המחלה, היכן לקבל טיפול, איזה ניתוח לעבור, האם לקחת טיפול משלים לסרטן השד ואיזה, כמו גם שאלות והחלטות לגבי האם וכיצד לספר לילדים קטנים, להורים מבוגרים וכיוצא באלה. אלה הן רק דוגמאות להחלטות שעל האישה לקבל בעולם הטיפול המודרני של סרטן השד. בשנות השמונים של המאה הקודמת פורסמו מחקרים, אשר הראו כי בסרטן שד ראשוני ניתן להחליף את כריתת השד המסורתית בניתוח משמר שד בליווי הקרנות מקומיות. זאת, מכיוון ששני הניתוחים הוכחו כיעילים באותה המידה. מאז, כירורגים רבים החלו לתת לנשים את האפשרות לבחור בין שתי האפשרויות

- מחשב מחדש את כל האלטרנטיבות וההשלכות החיוביות והשליליות, גם כאשר המידע תומך במשהו שונה מהמידע הראשוני.
- מחליט ומכין עצמו לפעול באופן מסוים, עם לקיחה בחשבון של הסיכונים וההשלכות לאותה הפעולה (Janis & Mann, 1979). שאלה נוספת שנבדקה בספרות הינה ההתנהגות השונה של אנשים בעת קבלת החלטות. Pierce (1993) מתארת שלושה דפוסי התנהגות בעת קבלת החלטות:
 - DEFERRERS – אנשים אשר מעדיפים להתייעץ עם מומחה ולהסתמך בהחלטה על המלצתו.
 - DELAYERS – אנשים שאין להם שום העדפה לגבי ההחלטה וכיצד לעשותה.
 - DELIBERATORS – אנשים שמעדיפים להחליט בשיתוף עם מומחים, ונעזרים בקבלת ההחלטה במידע טכני.
- במאמר תיאורטי בתחום Pierce and Hicks (2001) ממשיכים ומתארים את הדפוסים הנ"ל של קבלת החלטות רפואיות, ואת הבעיות המתודולוגיות העולות במחקר של קבלת החלטות. נושא נוסף הקשור להחלטות רפואיות, הוא הרצון וההעדפה של מטופלים לקחת חלק בתהליך קבלת ההחלטות.

תיאוריות של קבלת החלטות

- קבלת החלטות הינה מצב קוגניטיבי ורגשי מורכב, הדורשת שלבים מחשבתיים ממוקדים. תהליך זה מאופיין בריבוי אפשרויות, במורכבות ההחלטות, בחשיבות התוצאות, ובמידה מסוימת של חוסר וודאות לגבי התוצאה והעדפתו של מקבל ההחלטה (מתוך הרצאתה של Pierce בשנת 2006).
- Janis and Mann אשר פתחו תיאוריה בתחום, מתארים כבר בשנת 1979 את מקבל ההחלטות העירני (Vigilant Decision-Maker), אשר מאפייניו הם:
- בודק אלטרנטיבות ביסודיות.
 - מחשב את היתרונות והחסרונות של כל אלטרנטיבה וההשלכות הנלוות.
 - ממשיך לחפש ביסודיות כל מידע חדש בקשר לכל אלטרנטיבה.
 - בודק באופן נכון כל מידע נוסף אליו נחשף, גם כשהמידע לא תומך בהחלטה הראשונית.

אילנה קדמון, RN, PhD, אחות מומחית קלינית, בריאות השד, בית החולים הדסה עין-כרם, ירושלים.

מורה בבית הספר לסייעוד ע"ש הנריאטה סולד

של הדסה והאוניברסיטה העברית, ירושלים. ikadmon@hadassah.org.il

ביצוע בדיקות לגילוי מוקדם, ביצוע בדיקות גנטיות, בחירת סוג הניתוח, החלטה על שחזור השד (סוג ותזמון), החלטה לגבי טיפולים כימותרפיים משלימים וכדומה. מחקרים רבים בתחום קבלת החלטות התמקדו בנושאים הבאים:

מיפוי תהליך ההחלטה של החולים (Pierce, 1993; Wilson, 1988), אומדן מידת הרצון של החולות לקחת חלק בתהליך קבלת ההחלטות (Degner et al., 1997, 1993), הבנת הגורמים המשפיעים על ההחלטה, (Kraus, 1999) מציאת הבדלים בין תרבותיים בתהליך קבלת החלטות (Briley et al., 2000; Lam et al., 2003), תיאור הגורמים המסייעים בתהליך קבלת החלטות (Fallowfield, 1991), והבנת היתרון הפסיכולוגי של השתתפות בתהליך קבלת ההחלטות בקשר לאיכות חיים (Fallowfield, 1999; Anderson et al., 1995). כמו כן נבדק תהליך קבלת ההחלטות לגבי המבטח הרפואי, והרופאים אליהם האשה פונה לטיפול לאחר האבחנה (Wenzel and Shaha, 2008).

הרצון של מטופלות המאובחנות עם סרטן השד להיות שותפות לקבלת ההחלטות הטיפוליות העסיק מספר חוקרים. Beaver וחבריה (1996) בדקו את רצון של 150 נשים שאובחנו עם סרטן השד לקחת חלק בהחלטות לגבי הטיפול במחלתן, לעומת 200 נשים עם מחלת שד שפירה. הרצון להשתתף בקבלת ההחלטות נבדק מלקיחת תפקיד פעיל מאד בקבלת ההחלטות, ועד תפקיד פסיבי אשר מותיר את ההחלטה לרופא. החוקרים (Beaver et al., 1996) מצאו, שנשים שאובחנו עם סרטן השד תארו רצון פסיבי מאד של השתתפות בקבלת ההחלטות, לעומת נשים שאובחנו עם מחלה שפירה בשד, אשר תארו רצון פעיל בהשתתפות בקבלת ההחלטות. יתכן כי ניתן להסיק, שככל שהמחלה מאיימת יותר על חיי החולה, כך הוא נוטה להשאיר את ההחלטה בידי המומחים.

במחקרם של Hack ושותפיו (2006) נבדק הקשר בין הרצון להשתתף בקבלת החלטות באופן תיאורטי (ללא מצב של אבחנה), לבין ההשתתפות בפועל, סמוך לאבחנה ולהחלטות הטיפוליות. בנוסף נבדקה איכות החיים, והקשר שלה להשתתפות בקבלת ההחלטות שלוש שנים לאחר הבדיקה הראשונית. מאתיים וחמש נשים מלאו את השאלון, שבדק רצון להשתתף בקבלת החלטות סמוך לאבחנה ולאחר שלוש שנים, שאז מולא גם שאלון איכות חיים. נמצא שמספר משמעותי של נשים התחרטו לגבי ההחלטה, כאשר מרביתן היו רוצות לקחת חלק פעיל יותר בהחלטות הטיפוליות ממה שהוצע להן. נשים שבהתחלה היו מעורבות באופן פעיל בהחלטה הניתוחית, דווחו על איכות חיים טובה יותר שלוש שנים לאחר מכן, מאשר נשים שלא היו מעורבות בהחלטות הללו. מסקנת מחקרם היא שאיכות חיים לאורך זמן קשורה להשתתפות פעילה בתהליך קבלת ההחלטות הטיפוליות, אך לא למידת הרצון לקחת חלק בהחלטות, ולא להתאמה בין מידת הרצון ולהשתתפות בפועל (Hack et al., 2006).

Degner and Russell (1988), מתארים מצבים שונים בקשר לסוגיה זו:

- Provider-controlled decision-making
מצב בו נותן השרות שולט בהחלטה
- Patient controlled decision-making
מצב בו המטופל שולט בהחלטה
- Family controlled decision-making
מצב בו המשפחה שולטת בהחלטה
- Jointly controlled decision-making
מצב בו ההחלטה היא משותפת

במחקרם של Degner and Russell (1988), נמצא כי רוב המטופלים העדיפו מצב בו ההחלטה היא משותפת, וכי הם רצו לתת את השליטה בהחלטה למטפל יותר מאשר למשפחה. לדעת Pierce (2006) מטופלים רבים זקוקים לעזרה בקבלת החלטות מכיוונים רבים כאשר: צריך לבחור בין חלופות מתחרות והתוצאה אינה ידועה, הערכים והעדיפויות של המטופל הם חשובים, המחויבות לטיפול מסוים הינה בעייתית, ולטיפול מסוים ישנה השפעה על איכות החיים. קבלת החלטות רפואיות הינו כאמור נושא הקשור באופן ישיר לקשר בין המטופל לרופא. Schin (1980) תיארה שלושה מצבים של קשר בין רופא למטופל:

- אקטיביות-פסיביות- מצב בו הרופא הוא האקטיבי והמטופל הוא הפסיבי. מצב זה מאפיין רפואה מסורתית וכן מצבי חרום.
- הכוונה ושיתוף פעולה- מצב בו המטופל מקבל ייעוץ והכוונה מהרופא.
- קשר שוויוני של השתתפות באחריות- מצב שבו הרופא עוזר למטופל לעזור לעצמו.

קבלת החלטות וסרטן השד

קבלת ההחלטות בסרטן השד הושפעה רבות מהמחקר על מסטקטומיה ולמפקטומיה בשילוב קרינה (Fisher et al., 1985). מחקר זה הוכיח כי בסרטן שד ראשוני ניתן לבצע ניתוח משמר שד, לעומת כריתת שד מלאה שהייתה מקובלת עד אז. נשים רבות עמדו בפני ההחלטה הגורלית האם לבחור בהסרת כל השד, או בחלקו בלבד בשילוב קרינה. כמו כן באותה תקופה גבר קולן של הפמיניסטיות, נעשתה פעילות פוליטית בתחום סרטן השד, וקודם חוק זכויות החולה אשר רק קיבל מודעות באותו הזמן. כמו כן קבלת ההחלטות בנושא זה קשורה באופן ישיר למחקרים בנושא העברת מידע ולרצונם של המטופלים לקבל מידע, וכדי ליצור תהליך מושכל תוך שיתוף המטופלים בתהליך קבלת ההחלטות דרושה תמיכה מקצועית, הכוונה והבנה לגבי חשיבות הנושא. אחיות מומחיות החלו להכיר בעובדה, שחלק גדול מתפקידן הוא לתמוך ולעזור למטופלות בעת תהליך קבלת ההחלטות. בנוסף, יש להדגיש כי קבלת החלטות בסרטן השד מערבת תחומים רפואיים שונים, כגון

בקשר לקבלת החלטות, מתן תמיכה ועידוד בשלבי התהליך, תוך נקיטת עמדה נייטרלית. מן המחקר עלה מודל של עזרה בקבלת החלטות למטופלות המאובחנות עם סרטן השד, אשר מחולק לחמישה שלבים:

1. בניית הקשר
 2. אומדן
 3. מתן זמן לצמיחה והבנה
 4. חיזוק המטופלת לקראת קבלת ההחלטה
 5. קשר עם המנתח ו/או הצוות הרפואי (Carroll, 1998).
- במאמר משנת 2001, הסוקר את הספרות בתחום קבלת החלטות על-ידי מטופלים, Pierce and Hicks מציינים כי חלק חשוב ביותר במחקר על קבלת החלטות הוא להבין, כיצד נותני שירותי הבריאות יכולים לעזור למטופלים בעת קבלת ההחלטות. אחיות המתמקדות בטיפול הוליטי, בשמירה על האוטונומיה של המטופל ובהעצמת מטופלים, נמצאות במקום טוב לתמוך במטופלים בעת קבלת החלטות, בהתחשב ברצונם ובערכים שלהם.
- Denton (1991), אחת מאחיות השד הראשונות בעולם שהובילה את הנושא שנים רבות בבריטניה, מסכמת במאמרה כי התחומים בהם סיעוד סרטן השד צריך להתמקד באופן שוטף הם: הצגת אפשרויות טיפוליות תוך שימת דגש על תהליך קבלת ההחלטות, כדי לאפשר מתן הטיפול הטוב ביותר. עזרה בקבלת החלטות הוא אחד התחומים החשובים ביותר בהתמחות של אחיות בנושא סרטן השד.

סיכום

קבלת החלטות הינה נושא סבוך ומורכב, המערבת תהליכים קוגניטיביים ורגשיים מאד תובעניים. הטיפול בסרטן השד מהווה מודל רפואי של קבלת החלטות, אשר גם נחקר וגם מיושם בקליניקה. ישנן תיאוריות רבות לגבי התנהגות בעת קבלת החלטות בכלל, ובעת קבלת החלטות רפואיות בפרט. התיאוריות עוסקות בדפוסים שונים של קבלת החלטות ובהשלכות הפסיכולוגיות של השתתפות בתהליך קבלת החלטות, כמו גם על הקשר בין מטפל למטופל. בהתייחס לסרטן השד שנחקר רבות, נמצא שיש הבדל בין רצון המטופלות להשתתף בתהליך קבלת החלטות לבין ההשתתפות בפועל. מצד אחד נשים מדווחות כי לא ניתנה להן האפשרות המספקת להשתתף בקבלת החלטות הרפואיות, ומצד שני מחקרים מצאו שכאשר ישנה אבחנה מאיימת כמו סרטן השד, חלק ניכר מהנשים העדיפו לתת לרופא לקבל את ההחלטות עבורן. הנושא המרכזי שיש להתמקד בו, הוא כיצד ניתן לעזור למטופלות העומדות בפני החלטות שונות ומסובכות לאחר האבחנה של סרטן השד. את העזרה הזאת ניתן לסכם במספר נקודות:

1. מתן מידע לגבי החלופות השונות (למשל לגבי חלופות ניתוחיות או לגבי טיפולים משלימים).

במחקר נוסף נבדק הרצון להשתתף בקבלת החלטות ולהשתתפות פעילה. Vogel et al. (2008) בדקו מטופלות שרצו שהרופא יחליט בשבילן, כאלה שרצו להחליט בעצמן, וכאלה שרצו להחליט בשיתוף פעולה עם הרופא. מחקרם מצא כי שני דפוסי הרצון הראשונים זכו לכך שרצונן יתממש, יותר ממטופלות שרצו שההחלטה תהיה משותפת. מסקנתם היא, כי יש לחנך רופאים למצבים של שיתוף פעולה בין מטפל למטופל בקבלת החלטות טיפוליות.

מחקרים מעטים עסקו בנושא של עצם החוויה של השתתפות נשים בקבלת החלטות בטיפול בסרטן השד. במאמר של Halkett et al. (2005) מתוארים שני מודלים הקשורים בהשתתפות בקבלת החלטות. האחד מתאר את הגורמים המשפיעים על קבלת ההחלטה, כגון הקשר עם הרופא, מידע קודם לגבי סרטן השד, היבטים של דימוי גוף ותמיכה חברתית. השני מתאר את ההשפעה של קבלת החלטות על חייהן של הנשים, כדוגמת מערכות יחסים וערכים רגשיים. הבנת המודלים הללו חשובה, על מנת לעזור לנשים בעת קבלת ההחלטות.

לקבלת ההחלטה לגבי המבטח הרפואי והמקום אליו האישה מחליטה לפנות לטיפול לאחר האבחנה של סרטן השד, ישנה חשיבות רבה לגבי המשך הטיפול. מחקר בנושא זה נערך לאחרונה על-ידי Wenzel and Shana (2008), אשר ראינו 14 נשים מבוטחות בביטוח מסוים. מטרם היתה להבין את תהליך קבלת החלטות של הנשים לגבי מקום הטיפול במחלתן. נשים אלה תארו את ההחלטה הזאת כמורכבת וחשובה ביותר. הן בחרו במבטח (managed care organization) בהתאם לרופא אליו הן רצו לפנות לטיפול. ברגע שהתקבלה ההחלטה הן השאירו את ההחלטות הרפואיות בידי הרופא שבו האמינו, והעדיפו לקחת חלק פסיבי לגבי ההשתתפות בהחלטות אלה. מסתבר שברפואה של היום, המבוססת על שוק תחרותי של היצע וביקוש, בחירת מקום הטיפול והמטפלים הינה אחת מההחלטות העיקריות איתן נשים צריכות להתמודד.

תפקיד האחות המומחית הקלינית

איכות הטיפול ברפואה המודרנית כוללת צרכנות לבריאות, שוק תחרותי של מטפלים, וצורך משמעותי בקבלת החלטות מצד המטופלים. מצבים אלה החליפו את המודל הפטרנליסטי הקודם, בו המטפל על-פי רב קיבל את החלטות ללא שיתוף עם המטופל. אחיות נמצאות בעמדת מפתח לשמר את איכות הטיפול, הכולל את תהליך קבלת החלטות, בגלל ענייני האמיתי במטופל ובשילוב השפעתן בנושאים של מדיניות בריאות (Avis, 1992).

במאמרה על תפקיד האחות המומחית הקלינית בנושא סרטן השד, מתארת Carroll (1998), את התפקיד כמעודד ועוזר לנשים בעת תהליך קבלת החלטות טיפוליות. במחקרה האיכותי היא ראינה, ערכה תצפיות ונתנה שאלון דמוגרפי לאחות בכירה אחת העוסקת בתחום. מהמידע שנאסף נמצא כי כ-40% מזמנה של המומחית הקלינית עוסק בעזרה למטופלות

- Fallowfield, L. (1995). Assessment of quality of life in breast cancer. *Acta Oncologica*, 34(5), 689-694.
- Fisher, B., Bauer, M., & Margolese, R., et al. (1985). Five year results of a randomized clinical trial comparing mastectomy and segmental mastectomy with or without radiation in the treatment of breast cancer. *The New England Journal of Medicine*, 312(11), 665-673.
- Hack, T., Dener, L., Watson, P., & Sinha, L. (2006). Do patients benefit from participating in medical decision-making? Longitudinal follow-up of women with breast cancer. *Psychooncology*, 15, 9-19.
- Halkett, G., Arbon, P., Scutter, S., & Blore, M. (2005). The experience of making treatment decisions for women with early stage breast cancer: a diagrammatic representation. *European Journal of Cancer Care*, 14, 249-255.
- Janis, I., & Mann, L. (1977). *Decision Making*, The Free Press, New-York.
- Kraus, P. (1999) Body image, decision-making and breast cancer treatment. *Cancer Nursing*, 22(6), 421-427.
- Lam, W., Fielding, R., Chan, M., Chow, L., & Ho, E. (2003). Participation and satisfaction with surgical treatment decision-making in breast cancer among Chinese women. *Breast Cancer Research and Treatment*, 80, 171-180.
- Pierce, P. (1993). Deciding on breast cancer treatment: a description of decision behavior. *Nursing Research*, 42(1), 22-28.
- Pierce, P., & Hicks F. (2001). Patient Decision-Making Behavior: an emerging paradigm for nursing science. *Nursing Research*, 50(5), 107-174.
- Pierce, P. (2006) A lecture given at the Hebrew University and the Hadassah School of Nursing. "A program for research for advanced clinical practice", May, 2006.
- Schain, W. (1980). Patients right in decision making. *Cancer*, 46, 1035-1041.
- Siegel, B. (1988). *Love, Medicine and Miracles*, Arrow Books, London.
- Vogel, B., Helmes, A., & Hasenbarg A. (2008). Concordance between patients' desired and actual decision-making in breast cancer care. *Psychooncology*, 17, 182-189.
- Wenzel, J., & Shaha, M. (2008). Experiencing cancer treatment decision making in managed care. *Psychooncology*, accepted for publication 1st May 2008.
- Wilson, R., Hart, H., & Dawes, P. (1988). Mastectomy or conservation: the patient's choice, *British Medical Journal*, 297, 1167-1169.
2. בירור העמדות והגישה של המטופלת לגבי החלופות השונות.
3. בירור העמדות והגישה של המטופלת לגבי השתתפות בקבלת ההחלטות.
4. העצמת המטופלת וסיוע מול נותני השירות בתחנות הטיפול השונות.
5. ליווי המטופלת ותמיכה בכל השלבים של קבלת ההחלטות.
6. עזרה בקבלת ההחלטה הסופית, כולל תמיכה באשר להשלכות ההחלטה (למשל לגבי כריתת שד מלאה). לסיכום, ניתן להשתמש במילותיו של ברני סיגל, מתוך ספרו "אהבה, רפואה וניסים": "מאחר שבדרך כלל אופיינית לחולי סרטן ההרגשה ששליטתם בחייהם היא מזערית, עד כי אפילו התאים שבגופם מתמרדים, עצם ההחלטה לבחור עשויה להוות נקודת מפנה בחייהם" (Siegel, 1988, p. 129).

מקורות

- Andersen, R., & Urban, N. (1999). Involvement in decision-making and breast cancer survivor quality of life. *Annals of Behavioral Medicine*, 21(3), 201-209.
- Avis, M. (1992). Patient's choice. *Nursing Times*, 88(30), 29-30.
- Beaver, K., Luker, K., Owens, G., Leinster, S., & Degner, L. (1996). Treatment decision-making in women newly diagnosed with breast cancer. *Cancer Nursing*, 19(1), 8-19.
- Briley, D., Morris, M., & Simonson, I. (2000). Reasons as carriers of culture: dynamic versus dispositional models of cultural influence on decision-making. *Journal of Consumer Research*, 27, 157-178.
- Carroll, S. (1998). Role of the breast care Clinical Nurse Specialist in facilitating decision-making for treatment choice: a practice profile. *European Journal of Oncology Nursing*, 2 (1), 34-42.
- Degner, L., & Russell, C. (1988) Preference for treatment control among adults with cancer. *Research in Nursing and Health*, 11(6), 367-374.
- Degner, L., Kristjanson L., Bowman, D., Sloan, J., Carriere K., OwNeil, J., Billodeau, B., Watson, P., & Mueller B. (1997). Information needs and decisional preferences in women with breast cancer. *Journal of American Medical Association*, 277(18), 1485-1491.
- Denton, S. (1991). A commitment to quality care. *Nursing Standard*, 6(10), 50.
- Fallowfield, L. (1991). Counselling and communication in oncology. Guest Editorial. *British Journal of Cancer*, 63, 481-482.