

# תקווה בקשישים חולי סרטן: השוואה בין קשישים בקהילה לקשישים במוסדות גריאטריים

רונית ר. גולד, יבגניה יזראיטל, מוריה ריזה, ויקטוריה סוקולינסקי, שושנה כהן

יותר מאשר בקרב השוהים במרכזים גריאטריים ( $p < 0.01$ ); רמת התקווה הייתה גבוהה יותר בקרב חולים שמחלתם הייתה בשלב מוקדם ( $p < 0.01$ ); תפיסת הבריאות הסובייקטיבית של הקשישים נמצאה כמנבאת את רמת התקווה ( $p < 0.01$ ), ומערכת התמיכה של הקשיש אף היא גורם מסביר משמעותי של רמת התקווה.

**מסקנות:** מכיוון שרמת התקווה גבוהה יותר בקרב קשישים הגרים בקהילה בהשוואה לקשישים שגרים במוסדות, מומלץ ליזום מצב בו רב הקשישים ימשיכו לגור בקהילה. יחד עם זאת, חשוב לטפח תקווה בקרב קשישים חולי סרטן הן בקהילה והן במוסדות גריאטריים. כמו כן על האחיות למסד התערבויות סיעודיות להעלאת רמת התקווה. התערבויות אלה צריכות להתמקד בלמידה כיצד לחיות עם מחלת הסרטן, וכיצד לרכוש מיומנויות התמודדות מתאימות.

התקווה מתוארת כתחושה רב-מימדית, ומושפעת מגורמים פסיכולוגיים, רוחניים, פיזיים וחברתיים. כמו כן מזוהה התקווה כגורם חשוב באיכות החיים, ובהסתגלות של חולה הסרטן למצבו. התקווה נחקרה מהיבטים רבים, אך לא מהיבט מקום המגורים, משמע סביבת המחיה אפשר כי תשפיע על רמת התקווה. **מטרות המחקר:** לבדוק את רמת התקווה בקרב קשישים חולי סרטן, תוך השוואה בין הגרים בקהילה לשוהים במוסדות גריאטריים. בנוסף, למצוא קשר בין רמת התקווה ובין המצב הבריאותי והתפקודי של החולה הקשיש, משתנים סוציו-דמוגרפיים, תמיכה חברתית ומשפחתית, ותפיסת הבריאות הסובייקטיבית. **שיטה:** הנתונים נאספו ממרכז רפואי כללי, שלושה מרכזים גריאטריים ומסניף קופ"ח ברחבי הארץ, לכל 301 המשתתפים מחלת סרטן פעילה. התקווה נמדדה באמצעות שאלון HHI (Herth Hope Index).

**תוצאות:** רמת התקווה בקרב קשישים בקהילה גבוהה

## סרטן ותקווה

התקווה נוכחת בכל היבטי החיים ובכל הגילאים, ומשתנה במהלך החיים בהתאם למצבים בהם נמצא האדם (Nowotny, 1989). התקווה מתוארת כרב-מימדית, ומושפעת מגורמים פסיכולוגיים, רוחניים, פיזיים וחברתיים. היכולת לשמר תקווה מאפשרת לאדם להאמין שמצב נוכחי יכול להשתפר, וישנה דרך להתגבר על קושי וסבל ולדמיין עתיד טוב יותר מההווה. התקווה מזוהה כגורם חשוב באיכות החיים של חולי סרטן, וחשובה להסתגלות האדם המאובחן במיוחד בשלב אבחון המחלה (Herth, 1993; Rustoen, Wiklund, Saleh, & Brockopp, 2001). אצל חולה עם מחלת סרטן רמת התקווה עשויה להיות מושפעת מהידע שלו על המחלה וממשך זמן המחלה (Gelling, 1999).

Lin ועמיתיה (2003) מצאו כי חולי סרטן שידעו את אבחנתם

## מבוא

מחלת הסרטן עולה בשכיחותה עם העלייה בגיל, והינה גורם המוות השני במבוגרים מעל גיל 65 (Penson, Daniels, & Lynch, 2004). עם העלייה בתוחלת החיים, יותר קשישים עלולים לפתח ממאירויות (Colussi et al., 2001). לפי האתר לרישום סרטן בישראל (2002) כחמישים וחמישה אחוזים ממקרי הסרטן בישראל, מתרחשים בקרב אוכלוסיית הקשישים.

רונית ר. גולד, RN, MPA, רכזת הדרכה, אשפוז יום אונקולוגי, מרכז רפואי ת"א ע"ש סוראסקי ronit.danny@gmail.com

יבגניה יזראיטל, RN, MPA,

טיפול נמרץ כללי מרכז רפואי רבין, קמפוס "גולדה-שרון"

מוריה ריזה, RN, MPA, מחלקה תת חריפה,

בי"ח גריאטרי עמל הוד-אדומים

ויקטוריה סוקולינסקי, RN, MPA, חדר התאוששות, בי"ח קפלן

שושנה כהן, RN, MPA, סגנית אחות ראשית, מרכז גריאטרי בית רבקה

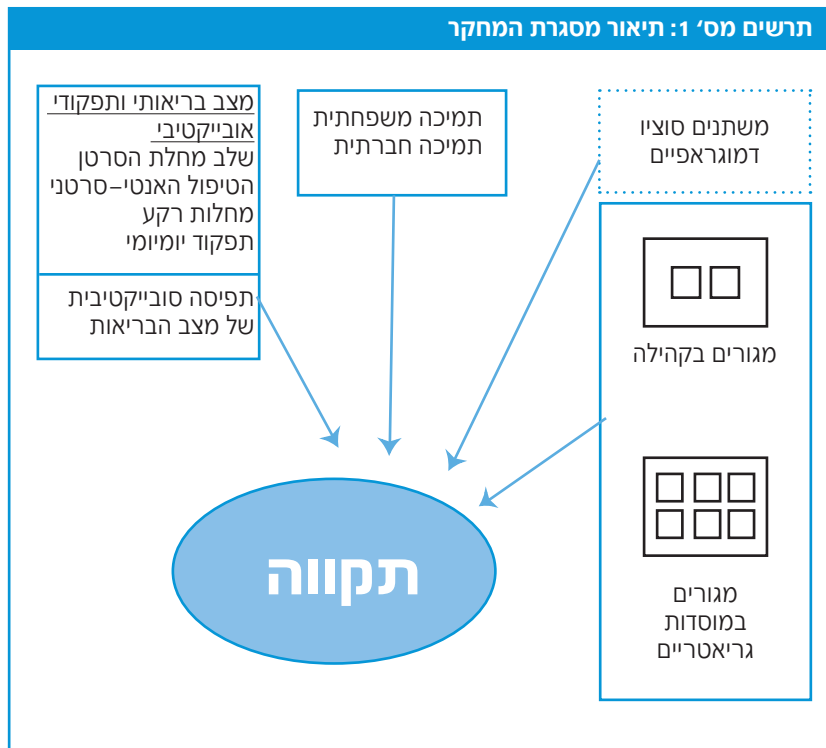
מעל גיל 65, המהווים 10% מהאוכלוסייה. 92.8% בקהילה, 3% בדירוג מוגן, 2.3% בבתי חולים גריאטריים ו-1.9% מתגוררים במוסדות סיעודיים (ברודסקי, שנור ובר, 2005). התקווה לא נחקרה מן ההיבט של מקום המגורים של הקשיש חולה הסרטן, והמחקרים האחרונים שעסקו במקום המגורים התייחסו לאיכות החיים בלבד (Tseng & Borowiak & Kostka, 2004; Wang, 2001). בחרנו לבדוק את התקווה בקשיש חולה הסרטן עם דגש על מקום המגורים, במטרה לעמוד על ההשפעה של מקום המגורים על רמת התקווה, במיוחד לנוכח העובדה שהתקווה מזוהה כגורם חשוב באיכות החיים ובהסתגלות של חולה הסרטן למצבו.

### מטרות המחקר

לבדוק את רמת התקווה בקרב קשישים חולי סרטן, ולמצוא קשרים בין רמת התקווה הסובייקטיבית לבין המצב הרפואי והתפקודי האובייקטיביים, משתנים סוציו-דמוגרפיים, תמיכה חברתית ומשפחתית, ומקום המגורים של הקשיש חולה הסרטן.

המחקר מתבסס על הספרות שנסקרה ועל הגדרת התקווה כרב-מימדית ודינאמית (Herth, 1993), ועל הקשר שנמצא בין תקווה לבין איכות חיים ותפקוד פסי וחיברתי (Ebright & Lyon, 2002).

להלן תרשים המתאר את מסגרת המחקר (תרשים מס' 1):



מעט אבחון המחלה, הראו רמות גבוהות יותר של תקווה בהשוואה לחולים שלא ידעו (Lin, Tsai, et al., 2003). במחקרה של Herth (1993) נמצא שאצל חולי סרטן מעל שנה היו רמות נמוכות יותר של תקווה, בהשוואה לחולים שמשך מחלתם היתה פחות מ-12 חודשים (Herth, 1993). אולם, במחקרם של Ballard ועמיתיה (1997) לא נמצא הבדל משמעותי ברמת התקווה בין חולים שזה עתה אובחנו לבין חולים עם חזרה של מחלה. כמו כן לא נמצא קשר בין רמת התקווה לבין הזמן שעבר מאז האבחנה, או בשאלה האם התקווה משתנה בהתאם לשלב המחלה. אולם מצאו, כי אצל חולים נשואים וחולים ממין זכר היו רמות גבוהות יותר של תקווה (Ballard, Green, McCaa, & Logsdon, 1997). גם ממצאי מחקרה של Felder (2004) הראו שלא נמצאו הבדלים ברמות התקווה לפי סוגי הסרטן, וכן שרמות התקווה היו יחסית גבוהות יותר כאשר החולים ידעו שהמחלה בשלב מתקדם (Felder, 2004). התקווה אף נבחנה ביחס לכאב בקרב חולי סרטן. Lin ועמיתיה (2003) מצאו כי הכאב הפריע למהלך החיים שלהם, ונמצא קשר משמעותי לכאב עם ירידה ברמת התפקוד, במצב הרוח וברמת התקווה (Lin, Lai, & Ward, 2003).

Chen (2003) בדקה את רמת הקוגניציה בקרב חולי סרטן הסובלים מכאב, ומצאה כי שלב המחלה לא השפיע על רמת התקווה, אולם תפיסת החולה את השפעת הטיפול היא זו שהשפיעה על רמת התקווה (Chen, 2003). Ebright & Lyon (2002) מצאו כי המשתנים שהשפיעו על רמת

התקווה בקרב חולות סרטן שד, היו הערכה עצמית, התקווה שנוסכת האמונה הדתית ותמיכה חברתית (Ebright & Lyon, 2002). אם נתמקד במצב התפקודי של קשישים חולי סרטן, מספר מחקרים מצאו כי הידרדרות בבריאות הפיזית וקשיים בתפקוד היומיומי, עלולים להוות איום על רמות התקווה ולהוביל לירידה באיכות החיים (Esbensen, Osterlind, Roer, & Hallberg, 2004; McGill & Paul, 1993; Tseng & Wang, 2001). למרות הנאמר לעיל Saleh & Brockopp (2001) מצאו כי לא שכיח למצוא חולי סרטן מחוסרי תקווה, מכיוון שתמיד יש משהו טוב יותר לשאוף אליו. התקווה נתנה לכל חולה סיבה לחיות ולהשקיע אנרגיה. חלקם קיוו לריפוי, כאשר אחרים קיוו להארכת זמן ההשרדות ולהגשמת תוכניות ושאיפות (Saleh & Brockopp, 2001).

בישראל ישנם כ-670,000 מבוגרים

## השערות המחקר

1. הנתונים הסוציו-דמוגרפיים של הקשיש חולה הסרטן ישפיעו על רמת התקווה. 2. רמת התקווה בקרב קשישים חולי סרטן הגרים בקהילה תהיה גבוהה יותר, מאשר אלה שבמוסדות גריאטריים. 3. ככל שהמצב התפקודי והבריאותי של הקשיש טוב יותר, כן תגבר רמת התקווה שלו. 4. ימצא קשר חיובי בין רמת התמיכה לבין רמת התקווה (ההשערה נבדקה ע"י תמיכת בני משפחה ותמיכת חברים). 5. ככל שתפיסת הבריאות הסובייקטיבית גבוהה יותר, כך תגבר רמת התקווה.

## שיטה

### מדגם

עפ"י האתר לרישום סרטן בשנת 2002 היו 12,068 קשישים חולי סרטן בישראל, שהיוו 54.8% מכלל 21,991 חולי הסרטן

בישראל. במחקר נבדקו 301 קשישים חולי סרטן מהמרכז הרפואי ת"א, משלושה מוסדות גריאטריים ומסניף של קופת חולים מאוחדת.

קריטריונים להכללה במדגם: נשים וגברים מעל גיל 65 החיים בקהילה (כולל דיור מוגן) או שמתגוררים במוסדות גריאטריים, ולהם מחלת סרטן פעילה ללא גרורות במוח, בעלי יכולת לענות על שאלון, המוכנים להשתתף במחקר ולחתום על טופס הסכמה. המדגם כלל 121 גברים ו-179 נשים מגיל 65 ויותר. גיל ממוצע (SD 7.51, הטווח : 65-98 שנים). 152 התגוררו בקהילה ו/או דיור מוגן, ו-148 משתתפים התגוררו במוסדות גריאטריים. לכולם מחלת סרטן פעילה. רוב המשתתפים (90%) לא עבדו ול-84.3% מהם הייתה הכנסה ממקור שאינו משכורת. בטבלה מספר 1 מסוכמים הפרטים הדמוגרפיים של המשתתפים במחקר.

טבלה 1: משתנים דמוגרפיים: שכיחות ואחוזים			
משתנה	רמות	שכיחות	אחוזים
מין	זכר	121	40
	נקבה	179	60
ארץ לידה	ישראל	63	21
	ארצות אשכנז <sup>1</sup>	62	21
מצב משפחתי	ארצות ספרד <sup>2</sup>	175	58
	נשוי	155	52
השכלה	אינו נשוי	145	48
	יסודית	49	17
	תיכונית	53	18
	מקצועית	63	22
מקצוע	אקדמית	123	43
	"צווארון כחול"	90	33
עבודה נוכחית	"צווארון לבן"	163	59
	אחר	22	8
	אינו עובד	271	90
מקור הכנסה	עובד	29	10
	משכורת	47	17
רמת הכנסה	אחר	253	84
	מעל הממוצע	50	16
	ממוצעת	44	15
מקום מגורים	מתחת לממוצע	205	69
	קהילה	148	42
זיקה לדת	מוסד גריאטרי	152	51
	חילוני	182	61
	מסורתי	69	23
	דתי	43	14
משתנה	חרדי	5	2
	ממוצע	SD	מינימום
גיל	75.01	7.51	65
שנות ארוחות בישראל	39.28	22.32	1
מספר ילדים	2.53	2.24	0

<sup>1</sup> כולל קשישים שנולדו באירופה, אמריקה ואוסטרליה. <sup>2</sup> כולל קשישים שנולדו באסיה, אפריקה וארצות ערב

משתני הבריאות של הקשישים מורכבים ממספר משתנים ומרכזים בטבלאות מספר 3-2. מתוך המדגם 83% דיווחו שסבלו ממחלה כרונית כלשהי, 87% נטלו תרופות באופן קבוע, ו-82% עברו ניתוח הקשור לסרטן.

טבלה 2: שכיחות ואחוזים של משתני הבריאות			
משתנה	רמה	שכיחות	אחוזים
סוג הסרטן	מעג גס	63	21
	שד	46	15
	ריאות	36	12
	ערמונית	18	6
	אחר	137	46
שלב המחלה	מקומית	28	9
	אזורית	105	35
	גרורתית	167	56
הטיפול האנטי סרטני	ללא טיפול	61	20
	טיפול מסוג אחד	196	65
	יותר מסוג אחד	43	15
טיפול אנטי סרטני בעבר	ללא טיפול	114	38
	טיפול מסוג אחד	102	34
	יותר מסוג אחד	84	28
כאב	לא	145	48
	כן	154	52
מחלות נלוות	ללא	47	16
	מחלה אחת	111	37
	יותר ממחלה אחת	142	47

טבלה מס' 3 : תפיסת הבריאות, רמת כאב, משך זמן המחלה וגיל אבחנת הסרטן				
משתנים	ממוצע	סטיית תקן	מקסימום	מינימום
תפיסת הבריאות הסובייקטיבית	3.08	0.93	1	5
רמת כאב*	3.39	0.91	1	5
משך זמן הסרטן (בחודשים)	32.42	42.52	1	286
גיל אבחנת הסרטן	72.30	8.58	65	94

\*מתייחס למשתתפים שדיווחו על תחושת כאב (N=154)

(Benzein & Berg, 2003; Chen, 2003; Herth, 1993; Wall,) 2000). רמת המהימנות הפנימית במחקר זה היתה 0.89 לפי אלפא קרונברך. בנוסף נאספו נתונים דמוגרפיים, מצב פיסי, מידע רפואי אודות הסרטן ומחלות רקע, תפקוד יומיומי, מידת התמיכה של חברים ומשפחה, באמצעות כלי שפותח לצורכי המחקר הנוכחי.

### הליך המחקר

המחקר אושר על ידי ועדת הלסינקי מוסדית במרכז הרפואי ת"א. במרכזים האחרים נתקבל אישור רשמי מהנהלה לערוך את המחקר. נערך מפגש עם כל חולה סרטן, שקיבל הסבר על מטרת המחקר, חתם על הסכמה מדעת וענה על השאלון, בנוכחות האחיות שאספו את הנתונים.

### כלי המחקר

רמת התקווה נבדקה באמצעות שאלון HHI (Herth Hope Index) שפותח לשימוש קליני (Herth, 1992) השאלון כולל 12 שאלות הבודקות תקווה בשלושה מרכיבים: תחושה עצמית של זמניות ועתיד (לדוגמא: אני חושש לגבי העתיד, אני מאמין שלכל יום יש פוטנציאל), מוכנות וציפייה פנימית (לדוגמא: אני יכול להיזכר בזמנים שמחים, יש לי תחושת כיוון), מחוברות פנימית לעצמי ולאחרים (לדוגמא: אני מרגיש בודד, יש לי כח פנימי). הניקוד בכל שאלה מסוכם לציון, והציון הסופי נמצא קשור באופן ישיר לרמת התקווה (Herth, 1992). הנבדקים התבקשו לסמן על פי סולם ליקרט בן ארבע דרגות, ולהתייחס לרמת התקווה שלהם בעת מילוי השאלון. HHI נמצא מהימן ותוקף במחקרים אחרים

**תוצאות**

כדי לבחון את השערות המחקר בוצעו שני נתוחי רגרסיות. מטרת הניתוח הייתה לאשר את ההשערות ולבדוק את הקשרים בין קבוצות המשתנים. רגרסיה מרובה בוצעה כדי לבחון את היחסים בין כל המשתנים הבלתי תלויים מול רמת התקווה - המשתנה התלוי (טבלה מס' 4). בשלב שני בוצעה רגרסיה היררכית מרובה כדי לקבוע את התרומה הנוספת של כל קבוצה של משתנים לשונות את התקווה. התוצאות הראו שכל המשתנים הבלתי תלויים הסבירו באופן משמעותי 46% מהשונות של רמת התקווה ( $F(30,207) = 5.8; p < 0.01$ ). התרומה המובהקת הייתה של

המשתנים הבאים: תמיכה משפחתית, מקום המגורים, תמיכת חברים, טיפול אנטי-סרטני בעבר, שלב מחלת הסרטן, ותפיסת הבריאות הסובייקטיבית. בבוחנו את מקדם בטא (beta coefficient) נראה כי למשתנים: תמיכת משפחה ו/או חברים, טיפול אנטי-סרטני בעבר ותפיסת הבריאות הסובייקטיבית - יש קשר חיובי עם רמת התקווה. בנוסף, למגורים בקהילה יש קשר חיובי עם רמת התקווה, ולשלב המחלה יש קשר שלילי עם רמת התקווה. בנוסף בוצעה רגרסיה היררכית כדי לבדוק את היחסים בין המשתנים הנבחרים, כאשר רמת התקווה היא המשתנה התלוי. בניתוח זה יצרנו "שביל" המדגים את התפתחות הרב-מימדיות

**טבלה מס' 4: רגרסיה מרובה של משתני המחקר**

משתנים	B	β	t	Sig.
מין	1.05	.07	.99	.32
מקום לידה	ארצות ספרד	.25	.21	.84
	ארצות אשכנז	.23	.14	.89
מצב משפחתי	-0.27	-0.02	.26	.80
השכלה	.20	.02	.30	.77
מקצוע בעבר	1.66	.10	1.49	.14
עבודה נוכחית	1.42	.06	.91	.37
מקור הכנסה	1.14	.06	.98	.33
רמת הכנסה	-0.68	-0.04	.69	.49
זיקה לדת	1.14	.07	1.06	.29
גיל	.12	.11	.72	.47
מספר ילדים	.25	.06	.91	.36
מקום מגורים	-3.48	-0.22	-2.66	.01**
סוג סרטן	מעיי גס	-0.28	.22	.83
	שד	-2.23	-0.10	1.44
	ריאות	-0.33	-0.01	.23
	ערמונית	-1.05	-0.03	.56
שלב הסרטן	-1.95	-0.16	2.71	.01**
טיפול נוכחי	.62	.04	.67	.50
טיפול אנטי-סרטני בעבר	1.69	.17	2.43	.02*
כאב	.65	.04	.67	.52
מחלות נלוות	-0.34	-0.03	.52	.61
גיל אבחנת הסרטן	-0.03	-0.03	.21	.84
תפקוד בבית	-0.84	-0.08	.99	.32
פעילות מחוץ לבית	.04	.01	.05	.96
יחסי מין	2.39	.11	1.80	.07
פעילות גופנית	.79	.04	.68	.50
תמיכת משפחה	2.46	.33	5.30	.00**
תמיכת חברים	1.99	.20	2.45	.02*
תפיסת הבריאות הסובייקטיבית	1.51	.16	2.49	.01**

\*p<0.05; \*\*p<0.01

שמתגוררים בדיר מוגן ( $\beta = -.22; p < 0.01$ ). השערה מס' 3 - ההשערה אוששה באופן חלקי. מצב הבריאותי והתפקודי הוסיף 33% לשונות רמת התקווה. נמצא קשר שלילי בין שלב המחלה לרמת התקווה, המצביע על כך שרמת התקווה הייתה גבוהה יותר בקרב קשישים שלהם סרטן בשלבים ראשוניים, בהשוואה לקשישים בשלבים מתקדמים של המחלה ( $\beta = -.16; p < 0.01$ ). בנוסף, נמצא קשר חיובי בין טיפול אנטי-סרטני קודם לבין רמת התקווה, המצביע על כך שרמת התקווה גבוהה יותר אם קיבל טיפול כימי בעבר ( $\beta = .17; p < 0.05$ ). קשר קרוב למשמעותי נמצא בין פעילות מינית לרמת תקווה, המצביע על כך שתהינה רמות תקווה גבוהות יותר בקרב חולים בעלי חיי מין פעילים בהשוואה לאלה שאינם פעילים מינית ( $\beta = .11; p < 0.07$ ).

השערה מס' 4 - ההשערה אוששה. משתני התמיכה החברתית הוסיפו באופן משמעותי 11% לשונות של התקווה. נמצא קשר חיובי בין משתני התמיכה לבין רמת התקווה, המצביע על כך, שככל שתמיכת המשפחה גבוהה יותר ( $\beta = .33; p < 0.01$ ) ו/או תמיכת החברים ( $\beta = .20; p < 0.05$ ) רמת התקווה הייתה גבוהה יותר.

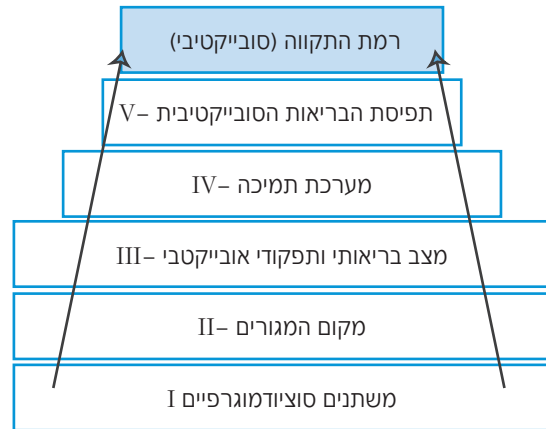
השערה מס' 5 - ההשערה אוששה. תפיסת הבריאות הסוביקטיבית הוסיפה 2% לשונות של התקווה. נמצא קשר חיובי בין תפיסת הבריאות הסוביקטיבית לרמת התקווה ( $\beta = .16; p < 0.01$ ).

### דין

הציון הממוצע של רמת התקווה במחקר זה היה גבוה בקרב קשישים חולי סרטן בקהילה (49 מתוך 60 נקודות) לעומת השוהים במוסדות (43 מתוך 60). הסיבה העיקרית לשהותו של קשיש במוסד הינה הידרדרות פיסית ותפקודית, וכאשר בנוסף לכך קיימת מחלת הסרטן, רמת התקווה עלולה עוד לרדת. ברם, למרות שרמת התקווה גבוהה באופן משמעותי בקרב הקשישים בקהילה, ניתן להבחין כי ציון התקווה בקרב הקשישים במוסדות אינו נמוך במיוחד. הממצאים מאשרים את המסקנה כי ניתן למצוא חולי סרטן בעלי תקווה, מכיוון שתמיד יש משהו לקוות אליו, אם לריפוי ואם להאריך את זמן ההישרדות ולהגשים תוכניות ושאיפות (Saleh & Brockopp, 2001). באופן כללי ממצאי המחקר מדגישים את התרומה שיש למצב התפקודי-בריאותי, מקום המגורים ומערכת התמיכה של הקשיש על רמת התקווה שלו. פרט לנתון אחד (מקום המגורים), אף משתנה סוציו-דמוגרפי לא תורם לשונות ברמת התקווה. זאת בשונה ממחקר שמצא שרמת התקווה מושפעת מהזיקה של האדם לדת (Sahlberg-Blom, 2001). הממצאים תמכו באופן חלקי בהשערת המחקר השלישית, שהמצב הבריאותי-תפקודי ישפיע על רמת התקווה. במחקרים קודמים לא נמצאו הבדלים משמעותיים בשאלה האם רמת התקווה משתנה ביחס לסוגי סרטן שונים ולשלב המחלה (Ballard et al., 1997; Chen, 2003;).

של התקווה (Herth, 1993), דרך הגורמים המשפיעים על השונות שהמטופל מביא לסיטואציה (Gelling, 1999). המשתנים הוכנסו למודל על פי הרציונל כי האדם מגיע לסיטואציה של התמודדות עם סרטן, תחילה כאדם בעל נתונים דמוגרפיים, על כך נוסף מצבו הרפואי והתפקודי, מערכת התמיכה שלו ולבסוף כיצד תופס את מצבו (איור מס' 2).

### איור מס' 2: מודל רגרסיה היררכית מרובה



התוצאות מראות שלאחר צעד I - התוספת של משתנים דמוגרפיים - הכמות המוסברת של השונות הייתה 18%. לאחר צעד II - התוספת של מקום המגורים העלתה באופן משמעותי את השונות המוסברת 22%. צעד III - התוספת של משתנים בריאותיים ותפקודיים הגבירו את השונות באופן משמעותי 33%. צעד IV - מערכת התמיכה של הקשיש הגבירה את השונות ל 44%. צעד V - התוספת של תפיסת הבריאות הסוביקטיבית הוכנסה למודל אחרונה, כי הנחנו שהתפיסה תהיה מושפעת מירידה במצב התפקודי והבריאותי. תוספת זו הגבירה באופן משמעותי את השונות ל- 46%.

בבוחנו את התוצאות נראה, כי בכל שלב ישנן תרומות ייחודיות על-ידי המשתנים הבאים: המשתנה הדמוגרפי היחיד שהייתה לו השפעה על רמת התקווה היה מקום המגורים. בקרב משתני הבריאות והתפקוד - תרומה מיוחדת היתה לשלב המחלה ולטיפול אנטי-סרטני בעבר. בנוסף, כל משתני התמיכה ותפיסת הבריאות הסוביקטיבית תרמו תרומה ייחודית למשתנה התלוי. תוצאות אלה תואמות את תוצאות הרגרסיה הקודמת. בתיאום עם הרגרסיות שבוצעו הוסקו מסקנות הקשורות להשערות המחקר:

השערה מס' 1 - ההשערה נדחתה. אף לא משתנה סוציו-דמוגרפי אחד תרם לשונות של רמת התקווה.

השערה מס' 2 - ההשערה אוששה. מיקום המגורים תרם באופן משמעותי לרמת התקווה, דבר המצביע על כך שרמת התקווה גבוהה יותר בקרב קשישים החיים בקהילה בהשוואה לקשישים

## מסקנות ויישומים לצוות הסייעודי

מכיוון שרמת התקווה גבוהה יותר בקרב קשישים הגרים בקהילה בהשוואה לקשישים שגרים במוסדות, מומלץ לזיזם מצב בו רב הקשישים ימשיכו לגור בקהילה. על הממשלה והחברה ליצור מערכת תמיכה וטיפול המעודדים ותומכים בכל ההיבטים האופרטיביים והכלכליים בהשגרת הקשישים בקהילה. יחד עם זאת, חשוב לטפח תקווה בקרב קשישים חולי סרטן השהים במוסדות גריאטריים, שם תמיכת משפחה וחברים יכולה להיות נמוכה ואף נעדרת. על האחיות לשים לב לקשישים שמחלתם מתקדמת, משום שרמת התקווה אצלם עשויה להיות נמוכה. יתרה מכך, הצוות הרפואי והסייעודי נוטה לשים דגש על הטיפול בצד הפיסי ופחות בצד הפסיכולוגי-רוחני של הקשיש (Tseung & Wang, 2001), וכפי שהוצג במחקר זה למערכת התמיכה יש השפעה משמעותית על רמת התקווה של המטופל. לפיכך, מומלץ כי אחיות ידאגו לפיתוח מערכות התמיכה של קשישים חולי סרטן על-ידי עידוד מעורבות משפחתיהם וחבריהם של המטופלים, חיזוקה של רשת תמיכה חברתית (Ebright & Lyon, 2002) וע"י היותן מקור תמיכה בעצמן עבור הקשישים. מאחר שתמיכת המשפחה והחברים חשובה ביותר לרמת התקווה, מומלץ ליצור רשת למציאת בן/בת זוג ו/או חברים במצב דומה, בשעה שמעודדים את הסביבה התומכת להעלות התמיכה ההדדית.

למרות שלא נמצא במחקר שכאב הוא גורם משמעותי לחיזוי רמת התקווה, תוצאות המחקר הראו כי 51% מהחולים דיווחו על תחושת כאב. הכאב בקשישים הינו שכיח ואינו מטופל בשל מספר מחסומים, כולל ביטויים לא שכיחים לכאב, חוסר יכולת ו/או חוסר רצון לבטא תלונות של כאב. מחובתנו של הצוות הרפואי לאתר כאב ולספק משככי כאבים בהתאם (Balducci, 2003).

מאחר שתפיסת הבריאות הסובייקטיבית נמצאה כמשתנה מסביר משמעותי של רמת התקווה, מומלץ למצוא דרכים להשפיע על תפיסת הבריאות של הקשיש, זאת באמצעות טכניקות פסיכולוגיות-רוחניות כגון: ארגון קבוצות תמיכה, דמיון מודרך, מדיטציה וכדומה.

תוצאות המחקר מספקות יישומים חשובים לאחיות למסד התערבויות סיעודיות להעלאת רמת התקווה. התערבויות אלה צריכות להתמקד בלמידה כיצד לחיות עם מחלת הסרטן, וכיצד לרכוש מיומנויות התמודדות מתאימות (Herth, 2000; Rustoen et al., 1998). יתכן ולאחר התערבות שכזאת תפיסת הבריאות הסובייקטיבית תשתנה בצורה חיובית ותעלה את רמת התקווה.

המלצות למחקר עתידי: לחקור השפעה של התערבויות סיעודיות שונות על רמת התקווה בקרב קשישים חולי סרטן השהים במוסדות גריאטריים.

(Felder, 2004) במחקר זה לא נמצא הבדל משמעותי ברמת התקווה בסוגי סרטן שונים, אולם בניגוד למחקרן של (Chen, 2003; Felder, 2004) שלב המחלה נמצא כנתון משמעותי לחיזוי רמת התקווה, שהייתה נמוכה יותר כשהמחלה מתקדמת. נציין כי 56% מהמשתתפים היו בשלב מתקדם של המחלה.

בנוסף, נמצא מתאם חיובי בין קבלת טיפול אנטי-סרטני בעבר ובין רמת התקווה. כלומר רמת התקווה הייתה גבוהה בקרב אלה שטופלו בעבר. ניתן להניח שהטיפול בעבר הביא אותם לרמיסה, וכעת עם חזרת המחלה הם מקווים לתוצאות דומות. ממצא זה נמצא בהלימה עם מחקרה של (Gelling, 1999) המתייחס לאוריינטציה עתידית, הגורסת כי חלק חשוב בתקווה מבוסס על מטרות וציפיות המעוגנות במציאות. מספר מחקרים מצאו כי אין הבדל משמעותי ברמת התקווה בין מטופלים שמחלת הסרטן אצלם רק אובחנה לאלה עם מחלה חוזרת (Ballard et al., 1997), או לזמן שחלף מאז האבחנה (Ballard et al., 1997; Herth, 1993). תוצאות מחקרנו מאשרים את הממצאים שצוינו. במספר מחקרים שנעשו בקרב קשישים חולים נמצא כי הידרדרות בריאותית ותפקודית מהווים איום על רמת התקווה ומובילים לירידה באיכות החיים (Esbensen et al., 2004; McGill & Paul, 1993; Tseung & Wang, 2001). אולם תוצאות מחקרנו לא הראו קשר משמעותי בין משתני התפקוד והתקווה, לאחר שמנטרלים משתני בריאות אחרים ומשתנים דמוגרפיים. נמצא קשר קרוב למשמעותי בין פעילות מינית ותקווה, כך שקשישים הפעילים מינית הראו רמות תקווה גבוהות מאשר אלה שאינם פעילים מינית.

חמישים ואחד אחוז מהנבדקים דיווחו על תחושת כאב. כאב ומידת התכיפות שלו נמצאו בקשר ישיר עם רמת התקווה, אולם כאשר בוחנים את משתני התקווה לאחר נטרול משתנים אחרים (כגון: משתני בריאות ותפקוד, משתנים דמוגרפיים ותמיכה) הכאב לא נמצא כמשתנה משמעותי שהסביר ירידה בתקווה. בתוצאות של מחקר שנעשה בטייוואן, הכאב נמצא כקשור באופן משמעותי לרמות התקווה בחולי סרטן, אולם לא נמצא מתאם בין תכיפות הכאב ורמת התקווה לאחר נטרול משתני פעילות מינית ושלב מחלה (Lin, Lai et al., 2003). מחקרנו מאשש את השערת המחקר הרביעית, לפיה למערכת התמיכה של הקשיש יש מתאם חיובי משמעותי לרמת התקווה. שני מחקרים קודמים הדגימו ממצאים דומים (Ballard et al., 1997; Ebright & Lyon, 2002). תוצאות עבור השערת המחקר החמישית הראו מתאם חיובי בין תפיסת הבריאות הסובייקטיבית לרמת התקווה, כלומר ככל שתפיסת הפרט את רמת בריאותו היתה גבוהה יותר, רמת התקווה שלו היתה גבוהה. תוצאות מחקרנו מדגישות את המורכבות של המושג תקווה, את הרב-מימדיות, הדינאמיות והאוריינטציה כלפי העתיד, שכל אדם מביא עמו להתמודדות עם מחלת הסרטן (Gelling, 1999; Herth, 1993).

## מקורות

- ברודסקי, ג., שנור, י., באר, ש. (עורכים). (2005). קשישים בישראל שנתון סטטיסטי 2004. ירושלים: מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל.
- משרד הבריאות: האתר לרישום סרטן (2002). <http://www.health.gov.il/icr>
- Balducci, L. (2003). New paradigms for treating elderly patient with cancer: The comprehensive geriatric assessment and guidelines for supportive care. *The Journal of Supportive Oncology*, 1 (2), 30-36.
- Ballard, A., Green, T., McCaa, A., & Logsdon, M. C. (1997). A comparison of the level of hope in patients with newly diagnosed and recurrent cancer. *Oncology Nursing Forum*, 24 (5), 899-904.
- Benzein, E., & Berg, A. (2003). The Swedish version of Herth Hope Index – an instrument for palliative care. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 17, 409-415.
- Borowiak, E., & Kosta, T. (2004). Predictors of quality of life in older people living at home and in institution. *Aging and clinical experimental research*, 16 (3), 212-220.
- Chen, M.L. (2003). Pain & hope in patients with cancer: a role of cognition. *Cancer Nursing*, 26 (1), 61-67.
- Colossi, A. M., Mazzer, L., Candotto, D., De Biasi, M., De Lorenzi, L., Pin, I., Pusiol, N., Romanin, C., & Zamattio, V. (2001). The elderly cancer patient: a nursing perspective. *Critical Review of Oncology & Hematology*, 39 (3), 235-245.
- Ebright, P. R., & Lyon, B. (2002). Understanding hope and factors that enhance hope in women with breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, 29 (3), 561-568.
- Esbensen, B.A., Osterlind, K., Roer, O., & Hallberg, I. R. (2004). Quality of life of elderly persons with newly diagnosed cancer. *European Journal of Cancer Care*, 13 (5), 443-453.
- Felder, B. E. (2004). Hope and coping in patients with cancer diagnoses. *Cancer Nursing*, 27 (4), 320-324.
- Gelling, L. (1999). The role of hope for relatives of critically ill patients: a review of the literature. *Nursing Standard*, 14(1), 33-38.
- Herth, K. (1992). Abbreviated instrument to measure hope: development and psychometric evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 1251-1259.
- Herth, K. (1993). Hope in the family caregiver of terminally ill people. *Journal of Advanced Nursing*, 18 (4), 538-548.
- Herth, K. (2000). Enhancing hope in people with a first recurrence of cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 32(6), 1431-1441.
- Lin, C. C., Lai, Y. L., & Ward, S. E. (2003). Effect on cancer pain on performance status, mood states and level of hope among Taiwanese cancer patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 25 (1), 29- 37.
- Lin, C. C., Tsai, H. F., Chiou, J. F., Lai, Y. H., Kao, C. C., & Tsou, T. S. (2003). Changes in levels of hope after diagnostic disclosure among Taiwanese patients with cancer. *Cancer Nursing*, 26 (2), 155-160.
- McGill, J. S. & Paul, P.B. (1993). Functional status and hope in elderly people with and without cancer. *Oncology Nursing Forum*, 20 (8), 1207-1213.
- Nowotny, M. L. (1989). Assessment of hope in patients with cancer: Development of an instrument. *Oncology Nursing Forum*, 16 (1), 57-61.
- Penson, R. T., Daniels, K. J., & Lynch, T. J. (2004). Too old to care?. *The Oncologist*, 9, 343- 352.
- Rustøen, T., Wiklund, I., Berit, R., & Moum, T. (1998). Nursing intervention to increase hope and quality of life in newly diagnosed cancer patients. *Cancer Nursing*, 21 (4), 235-245.
- Sahlberg-Blom, E., Ternestdt, B. M., & Johansson, J. E. (2001). Is good 'quality of life' is good at the end of life? An explorative study of the experiences of group cancer patients in two different care cultures. *Journal of Clinical Nursing*, 10, 550-562.
- Saleh, U. , & Brockopp, D. (2001). Hope among patients with cancer hospitalized for bone marrow transplantation. *Cancer Nursing*, 24 (4), 308-314.
- Tseng, S. Z., & Wang, R. H. (2001). Quality of life and related factors among elderly nursing home residents in southern Taiwan. *Public Health Nursing*, 18 (5), 304-311.
- Wall, L. M. (2000). Changes in hope and power in lung cancer patients who exercise. *Nursing Science Quarterly*, 13 (3), 234-242.