

מיניות בצל מחלת הסרטן:

בחינת ההתאמה בתפיסות הבין-אישיות של חולה הסרטן והאחות, והשפעתה על סיפוק צרכי המידע של החולה בנושא המיניות

אירנה בסקין, פרופ' יורם בר-טל

רמב"ם ו-70 מטופלים, מחציתם גברים ומחציתם נשים, הסובלים ממחלת הסרטן על סוגיה ומטופלים במכון האונקולוגי שבמרכז רפואי זה.

תוצאות: נמצאו הבדלים מובהקים בין תפיסות האחות והחולה את רצון המטופל/ת, בקבלת מידע בנוגע להשלכות של מחלתו והטיפול שהוא מקבל על המיניות, כאשר צרכי המידע של המטופל/ת היו גבוהים באופן מובהק ($t=2.23$; $p<.05$) מתפיסת האחות. כמו כן, ברמת הידע של האחות בנושאים הקשורים להשלכות של מחלת הסרטן והטיפולים בה על מיניות, כאשר תפיסת המטופל אודות הידע של האחות בתחום המיניות הינה נמוכה באופן מובהק ($t=2.07$; $p<.05$) מתפיסת האחות את הידע שלה בתחום זה. בנוסף, לא נמצא קשר בין המאפיינים הדמוגרפיים של האחות, לבין מידת המענה שלהן על צרכיו/ה של המטופל/ת בתחום המיניות. לעומת זאת, בקרב המטופלים, ככל שגיל המטופל (זכר) ורמת ההשכלה של המטופלת (נקבה) היו גבוהים יותר, כך מידת המענה על צרכיהם בתחום המיניות היה נמוך יותר.

מסקנות: ממצאי המחקר עשויים להעלות את המודעות בקרב אחיות לצרכים האמיתיים של חולי הסרטן, בנושאים הקשורים להשלכות של המחלה והטיפולים על בריאותם המינית, ולחזק את התפיסות הקיימות בנוגע להתערבות סיעודית בתחום זה, כחלק בלתי נפרד מתפקידה של האחות.

מחלת הסרטן וטיפולים הקשורים בה, עלולים לפגוע בבריאות המינית של המטופל. ההתייחסות של האחות לביטוי המיניות של המטופל מהווה חלק בלתי נפרד מהראיה ההוליסטית, אולם ממחקרים שנעשו בתחום, מצטיירת תמונה של התייחסות זניחה או של חוסר התייחסות לנושא זה מצד האחיות. חלק מהקשיים העומדים בפני הצוות הסיעודי, מקורם בתפיסות מוטעות לגבי המטופלים וצרכיהם, מחסור בידע והעדר הכשרה מתאימה.

מטרת המחקר: לבדוק האם כוונת האחות לספק או להימנע ממתן מידע למטופל, בנוגע להשלכות מחלתו והטיפול שהוא מקבל על מיניותו, אכן תלויה בצרכיו של המטופל. בכדי לענות על השאלה, המחקר הנוכחי בחן את מידת ההתאמה בתפיסות הבין-אישיות של האחות והחולה, בנוגע לצרכי המידע של החולה בנושא המיניות, תפקיד האחות במתן הדרכה מינית, וההשפעה שלהן על סיפוק צרכי המידע של החולה בנושא זה. בנוסף, התמקד המחקר במספר שאלות, העוסקות בתפיסות של החולים והאחיות לגבי הידע שיש להם בנושא זה, וההשפעה של משתנים דמוגרפיים של האחות והחולה על מתן מענה על הצרכים של החולה בתחום המיני.

שיטה: במחקר השתתפו 105 נבדקים, מתוכם 35 אחים ואחיות העובדים במכון ההמטו-אונקולוגי במרכז הרפואי

סקירת ספרות

ההשפעות של מחלת הסרטן והטיפול בה על מיניות החולה האונקולוגי

מיניות היא מימד חשוב באישיותו של האדם, הכוללת היבטים רבים הנכללים בחוויות הזהות הגברית והנשית (ברונר, 2001). מחלת הסרטן והטיפולים הקשורים בה יכולים לפגוע במיניות בדרך ישירה, עקיפה או משולבת (Burke, 1997).

אירנה בסקין, RN, MA, מדריכה קלינית, מחלקת כימותרפיה, מרכז רפואי רמב"ם. מתאמת היחידה ללימודים קליניים, החוג לסיעוד, המכללה האקדמית עמק יזרעאל. irabaskin@yahoo.com

פרופ' יורם בר-טל, PhD, החוג לסיעוד, אוניברסיטת תל-אביב. מאמר זה מתייחס למספר נושאים מתוך עבודת מחקר לתואר שני, בחוג לסיעוד באוניברסיטת תל-אביב.

ההשפעה הישירה באה לידי ביטוי כאשר הגידול מערב את איברי המין או את מערכת הרבייה, והוא מצריך התערבות כירורגית, טיפולים כימיים או הקרנות, הפוגעים באופן ישיר בתפקוד איברי המין. כך לדוגמה, התערבות כירורגית באגן בנשים עם גידולים גינקולוגיים, עלולה להשפיע על התפקוד המיני עקב פגיעה באספקת הדם או בעצבוב של איברי המין, וכן בעקבות שינויים ברמות ההורמונים (Bruner & Iwamoto, 1996). בקרב הגברים בעיית זקפה היא תופעת הלוואי השכיחה ביותר לטווח הארוך, בעקבות הטיפולים נגד סרטן הערמונית (Bokhour, Clark, Inui, Siliman, & Talcott, 2001).

השפעה עקיפה יכולה להתרחש משנית לאבחנה ולטיפולים, והיא קשורה לרוב לתגובה פסיכולוגית, שמתבטאת בסימפטומים כמו

ומקצועיות שאחיות מתקשות לעמוד מולן (Earle, 2001). נמצא, כי התפיסות של אנשי הבריאות אודות מיניות המטופל יכולות להיות מכשול בבואם לבצע הדרכה מינית (Butler, Bunfield, & Sveinson, 1998; Fisher & Levin, 1983).

במחקר של Stead et al. (2003), הסיבות לחוסר הענות הצוות המטפל לגעת בנושא המיניות כללו: גיל מתקדם של החולות בסרטן השחלות, מבוכה, חוסר ידע, ניסיון ומיומנות לדון על נושאים אלה.

א. האחיות ראו את המטופלים חולים מדי ומודאגים מדי, מכדי לדון עמם על נושא המיניות. (Kautz, Dickey & Stevens, 1990) במחקרם על היענות האחיות לביטויי החשש של המטופלים בנושא המיניות, ציינו מספר סיבות לחוסר התייחסות לנושא זה:

- א. האחיות ראו את המטופלים חולים מדי ומודאגים מדי, מכדי לדון עמם על נושא המיניות.
- ב. האחיות תפסו את הבעיות בתחום המיניות כבעלות חשיבות נמוכה מבחינה קלינית, והתייחסו אליהן בעדיפות נמוכה.
- ג. האחיות שיערו, כי שיחה על נושא המיניות תגרום למבוכה אצל המטופל.
- ד. האחיות לא ראו את עמיתיהן לעבודה מטפלות בבעיות הקשורות לתחום המיני.

בשני המחקרים שהוזכרו לעיל, האחיות חשבו שהיזמה לשיחה צריכה לבוא מצד החולה.

מאפייני החולים, כמו גיל ומין, גם הם עלולים להשפיע על תפיסות המטופלים בנוגע לצורך בהדרכה מינית (Hordern & Currow, 2003). אנשי הבריאות עלולים להניח, כי אנשים מבוגרים אינם פעילים יותר מבחינה מינית, ולכן אינם מתעניינים בנושאים הקשורים למיניות ואינטימיות (Shell & Smith, 1994). אולם, מחקרים אחרים מראים, כי המאפיינים האישיים של המטופלים, הם אלו שעשויים להשפיע על כוונתם לבצע הדרכה מינית. על-פי ממצאי המחקר של Haboubi & Lincoln (2003) נמצא, כי סגל בריאות (רופאים, אחיות, פיזיותרפיסטים ומרפאים בעיסוק) מבוגרים יותר, היו מושפעים פחות מגיל החולה וממבוכה, כשדברו עמם על נושאים הקשורים למיניות, בהשוואה לאנשי מקצוע צעירים. בנוסף, מטופלים גברים חשו נוחות רבה יותר ממטופלים נשים, לשוחח וליזום שיחה על מיניות עם המטופל.

תפיסות האחיות לגבי תפקידן במתן המידע בתחום המיני

רוב המחקרים שנעשו בתחום המיניות עד כה, מדווחים כי האחיות אינה רואה את הייעוץ בתחום המיני כחלק מתפקידה, למרות החשיבות שהיא מייחסת לנושא זה. במחקר של Novack & Mitchell (1988), 45% מאחיות השיקום לא ראו בייעוץ מיני חלק מתחום אחריותן. 90% מהן ייחסו את חוסר מעורבותן לרצונן שאחריהם יעסקו בייעוץ המיני, ו-28% ראו זאת גם כתוצאה מחוסר ידע בתחום. Cort, Attenborough & Watson (2001) ציינו, כי רק מחצית מהאחיות הפסיכיאטריות (52%) שהשתתפו במחקר, הסכימו כי לקיחת אנמנזה בנושא הבריאות המינית מהווה חלק שגרתי בביצוע האומדן הסיעודי. גם במחקרם של Kautz et al. (1990) עולה, כי אחד הגורמים לאי מתן ייעוץ בתחום המיניות

חרדה ודיכאון בקרב החולים ואף בקרב בני זוגם. מחקרים מצביעים על כך, שדיכאון שכיח יותר בשיעור של 15%-25% בקרב חולי הסרטן בהשוואה לשאר האוכלוסייה (Massie & Popkin, 1998).

חלק מכלל חולי הסרטן סובלים מדיכאון קליני המאופיין בעצב עמוק, חוסר תקווה, קשיי שינה, שינויים בתיאבון, עייפות קיצונית, קשיי זיכרון ומחשבות אובדניות. לתחושות הללו מתלווים איבוד העניין במין וירידה בתחושת הסיפוק ממין (Ganz, Litwin, & Meyerowitz, 2001). לבסוף, ההשפעה המשולבת יכולה להיות קשורה לסימפטומים של המחלה ו/או לטיפולים שקשורים בה כמו כאב, חולשה, בחילות והקאות, שינויים בדימוי הגוף בעקבות ניתוח, כימותרפיה או טיפול קרינתי (Burke, 1997). בספרות קיימים מחקרים המצביעים על ירידה בחשק ובתפקוד המיני, בקרב חולים שסובלים מסרטן מתקדם המלווה בסימפטומים, כמו חולשה קיצונית וכאב בלתי נשלט. במחקר אשר בחן את ההשלכות של חולשה על איכות החיים בקרב אלפיים נשים שהחלימו מסרטן השד נמצא, כי חולשה הייתה קשורה באופן מובהק לירידה בתפקוד המיני (Bower, Ganz, Desmond, Rowland, & Meyerowitz, 2000).

התייחסות האחיות למידע המיניות

מיניות היא חלק אינטגרלי של החוויה האנושית. ההתייחסות למיניות בעשייה הסיעודית הינה בעלת חשיבות רבה בזמנים של בריאות וחולי (Wilson, 1987). אחיות צריכות לקבל ולשלב את המיניות כחלק מהטיפול הסיעודי, מכיוון שהן מעורבות בממדים התרבותיים, הגופניים והפסיכו-סוציאליים של הבריאות (Payne, 1976). תרומתה הייחודית של האחיות בתחום זה, יכולה לנבוע מכך שהיא נגישה למטופל, ופעולותיה כוללות טיפול היגיני ואישי לצד הטיפול הרגשי (Gamel, Hengeveld, Davis, & Van der Tweel, 1995).

למרות שמיניות מוגדרת כחלק מהטיפול ההוליסטי בחולה, צרכי המטופל בתחום זה נשארים, לרוב, ללא מענה (Hordern, 2000). ממצאי מחקרים רבים שנעשו בתחום המיניות מצביעים על כך, שרוב האחיות מכל התחומים עדיין אינן נותנות מידע וייעוץ בנושא זה (Gamel, Davis, & Hengeveld, 1993). על-פי מחקרים שבדקו את התייחסות האחיות האונקולוגיות לנושא המיניות, נראה כי המצב דומה. Wilson & Williams (1988) גילו, כי 90% מאחיות הציעו ייעוץ מיני לפחות מעשרה מטופלים, בששת החודשים שקדמו למחקר. עשרים וחמישה אחוזים מהנחקרים במחקר זה, לא הציעו מעולם ייעוץ מיני למטופלים או לאנשים משמעותיים אחרים.

Stead, Brown, Falowfield & Selby (2003) הציגו נתונים לגבי מתן מידע בנושא מיניות לחולות בסרטן השחלות, על ידי הרופאים ואחיות. לפי הנתונים עולה, כי למרות ש-98% מהנבדקים חשבו שצריך לתת מידע בתחום המיני, רק 21% נתנו מידע מסוג זה בפועל.

תפיסות האחיות בנוגע למתן מידע וצרכי המידע של המטופלים בתחום המיניות

מתן מידע בנושא המיניות מעלה דילמות חוקיות, אתיות, אישיות

הוא, שאחיות אחרות אינן דנות בנושאים אלו עם מטופליהן. מגמה דומה נצפתה במחקרים שעסקו בתפיסות של אחיות אונקולוגיות, בנוגע להתייחסותן למימד המיניות של המטופלים (Williams, Wilson, Hongladarom, & McDonell, 1986).

צרכי המידע של המטופלים בנושאים הקשורים למיניות

מחקרים רבים מראים, כי חולים מעוניינים לקבל מידע על השפעת המחלה והטיפול על מיניותם (Ananth, Jones, King, & Tookman, 2003; Katz, 2005; Stead et al., 2003). נערך במספר מדינות במקביל (ארה"ב, Watson & Newling (1998) בקרב 401 חולים בסרטן הערמונית. על-פי ממצאי המחקר 23% מהנבדקים קיבלו מידע כתוב בנוגע למיניות, אך 46% מהחולים דיווחו על כך, שיעוץ בנושאים הקשורים למיניות היה יכול לסייע להם יותר. (Corney, Crowther, Everett, Howells & Shepherd (1993) חקרו קבוצת נשים, אשר עברה ניתוח באגן עקב סרטן צוואר הרחם וסרטן הפות. 26% מהנבדקות הביעו רצון לקבל מידע נוסף, בנוגע להשלכות הניתוח על מימד המיניות. כמו כן, במחקר אשר בדק את צרכיהן של 73 נשים עם גידול במערכת המין נמצא, כי מחצית מהנבדקות לא קיבלו כלל או קיבלו מידע מועט בנוגע להשלכות מחלתן על המיניות, בזמן ש-60% מהנשים רצו יותר מידע בנושא זה (Bourgeois-Law, Lotocki, & (1999). בנוסף, החולים הדגישו כי היוזמה לתקשורת ולמתן מידע בתחום המיניות צריכה לבוא מצדו של המטפל (Stead et al., 2003).

תפיסות המטופלים לגבי תפקיד האחות במתן הדרכה מינית

תפיסותיהם של חולי סרטן, לגבי תפקיד האחות בסיפוק מידע שקשור למיניות, טרם נבדקו מחקרית על פי הספרות. יחד עם זאת, נמצאו מספר מחקרים המתארים את תפיסותיהם של חולים ואנשי צוות, כלפי התייחסות האחות למימד המיניות. במחקר של Rubin (2005), חולים בטרשת נפוצה דיווחו על הצורך לדון על בעיות הקשורות למימד המיניות. בנוסף, הן המטופלים והן החולים ראו את האחות כדמות שיכולה להתמודד בצורה הטובה ביותר, עם נושא ההדרכה המינית. במחקרם של Waterhouse & Metcalfe (1991) נחשפו תפיסותיהם של אנשים בריאים, כלפי תפקיד האחות בהדרכה מינית עבור המטופלים. לפי הממצאים 92% מהנבדקים חשבו, שאחות צריכה לכלול את נושא המיניות במידע שהיא נותנת למטופליה.

מסגרת תיאורטית

רמת התקשורת בין האחות והחולה יכולה להיות מושפעת מתפיסותיהם הבין-אישיות, בקשר לממדים שונים של מתן מידע הקשור לבריאות המינית. ניתן לבחון את מידת ההתאמה בין תפיסות אלה, באמצעות מודל Social Relations Model (SRM) של Kenny (1994). SRM נוצר מתוך הצורך להבין כיצד האנשים נתפסים על-ידי אחרים ומתנהגים עמם, ומה משפיע על התפיסות וההתנהגויות הללו. מודל זה דן בתפיסות הבין-אישיות ובהשפעה

היחסית של הפרט, כאשר הוא נמצא באינטראקציה עם האחרים. Kenny טוען, כי במצב של אינטראקציה בין שני אנשים או יותר, קיימים תפיסות והתנהגויות אשר יכולים להיות מוסברים על-ידי שלוש השפעות עיקריות: השפעת השחקן, השפעת בן הזוג, והשפעת יחסי הגומלין.

1. **השפעת השחקן** – זהו אפקט המתייחס לדרך בה הפרט (השחקן), תופס או מתנהג עם אנשים אחרים שבאים איתו באינטראקציה.

2. **השפעת בן הזוג** – השפעה זו מתייחסת לגישה מצבית, המתארת את האופן בו הפרט (בן זוג), נתפס על-ידי אנשים אחרים בדרך כלל, או מתנהג באינטראקציה עם האחרים.

3. **השפעת יחסי הגומלין** מתייחסת לגישה האינטראקציה, אשר מתארת את התפיסה או ההתנהגות הייחודית של הפרט עם בן הזוג הספציפי, אשר נמצא איתו באינטראקציה. השפעה זו הינה זוגית, ומתקבלת כשמסירים את ההשפעה האינדיבידואלית של השחקן ושל בן הזוג (Kenny, Mohr, & Levesque, 2001; Kenny, 1994).

לפי המודל קיימת הנחה, כי ישנה הדדיות זוגית בנוגע לתפיסות הבין-אישיות. הדדיות זו מייצגת את הקשר בין ההשפעות של יחסי הגומלין. כך, ככל שאפקט ההדדיות הזוגית חזק יותר, מידת הדיוק בין התפיסות של האנשים תהיה גבוהה יותר.

לצורך בדיקת התפיסות הבין-אישיות, הן האחות והן החולה יכולים לשמש בתפקיד השחקן ובן הזוג, כאשר השפעת יחסי הגומלין תיבדק בקשר לאינטראקציה המיוחדת, אשר תתרחש ביניהם. כך, "השפעת השחקן" של האחות תייצג את תפיסתה לגבי צרכי המידע של כלל חולי הסרטן בנוגע למיניות, או את תפקידה כנותנת מידע הקשור למיניות לחולים אלה.

"השפעת השחקן" של החולה תייצג את תפיסתו, לגבי תפקיד האחות בסיפוק צרכי המידע בנושא המיניות. "השפעת בן הזוג" תייצג את התפיסה של כלל חולי הסרטן, לגבי סיפוק מידע בנושא הנדון על-ידי האחות. "השפעת יחסי הגומלין" תייצג את התפיסות הייחודיות של האחות, לגבי החולה הספציפי ולהיפך, בקשר לאינטראקציה שתתרחש ביניהם.

בהתבסס על הנחות המודל, המחקר הנוכחי יתמקד ב"השפעת יחסי הגומלין", אשר מתרחשת בזמן אינטראקציה (ביצוע אנמנזה לחולה לקראת הטיפול האונקולוגי) בין האחות והחולה הספציפי, ולהיפך. כשמדברים על אינטראקציה מסוג זה, ניתן להניח, כי מתן מידע בתחום המיני יהיה מושפע מתפיסות הדדיות של האחות והחולה, כאשר ככל שאפקט ההדדיות הזוגית יהיה חזק יותר, רמת הדיוק בין התפיסות תהיה גבוהה יותר.

המודל ליחסים חברתיים (SRM) שימש חוקרים רבים לבדיקת התפיסות של האנשים, והשפעתן על האינטראקציה שמתרחשת ביניהם (Cook, 2001; Greguras, Robie, & Born, 2001).

ההתאמה בתפיסות הבין-אישיות של חולי הסרטן ובני זוגם, בנוגע לצרכי המידע שלהם הקשורים למחלה, וההשפעה על כוונתם

3. טווח הגילאים 20-60
 4. דוברי עברית ברמה טובה
 5. מחציתם של הנבדקים היו גברים ומחציתם נשים.
- הנבדקים לא הוגבלו מבחינת מצב משפחתי, השכלה, דת, ארץ מוצא ומספר הביקורים במכון.

קריטריונים לאי הכללה של המטופלים הנבדקים במחקר היו:

1. חולים במצב סופני של מחלתם
2. חולים המתקבלים למכון ההמטו-אונקולוגי באופן דחוף מהמיון בשל סיבוכי המחלה, הטיפול ו/או בשל הידרדרות כללית במצבם.

ב. כלים:

נתוני המחקר נאספו באמצעות שני שאלונים, שחוברו על-ידי עורכת המחקר לצורך מחקר זה: האחד עבור המטופל/ת והשני עבור האח/ות. שני השאלונים נבנו בהתאמה מוחלטת מבחינת המבנה והתוכן, על מנת לאפשר השוואה בין תפיסות החולה והאחות בנושאים השונים, אשר מופיעים בשאלון. תוקף פנימי של שני השאלונים נבדק בעזרת קבוצת מומחים: אחות אחראית מחלקת כימותרפיה, מנהלת הסיעוד במכון ההמטו-אונקולוגי ברמב"ם, ומומחית לייעוץ מיני לחולים אונקולוגיים מטעם האגודה למלחמה בסרטן. המומחים התבקשו לבדוק האם השאלון מייצג את הנושאים, אותם אמורה האחות לכלול במידע שהיא נותנת למטופל והאם השאלון בהיר מבחינת הניסוח.

השאלון למטופל/ת מורכב משני חלקים. החלק הראשון מתייחס לנתונים דמוגרפיים ומאפיינים קליניים של המטופל. החלק השני של השאלון בוחן שישה תחומים, הקשורים למידע שקיבל מהאחות. בכל תחום ישנן תשע שאלות המציגות שתי קטגוריות:

1. נושאים כלליים, הקשורים להתמודדות החולה עם מחלתו והטיפול אותו מקבל.
2. נושאים הקשורים להתמודדות החולה עם השפעות מחלתו והטיפול בה, על המיניות.
- ששת התחומים הם:
 1. מידת ההתייחסות של האחות, לנושאים הקשורים להתמודדות של המטופל עם מחלתו וטיפולו.
 2. תחושת המטופל ביחס לכמות הידע שיש לו, בכל אחד מאותם הנושאים.
 3. רצון המטופל לקבל מידע נוסף ביחס לכל אחד מהנושאים.
 4. המידה בה ענתה ההתייחסות של האחות, על צרכיו של המטופל בנושאים אלה.
 5. תחושת המטופל לגבי הידע שיש לאחות באותם הנושאים.
 6. תפיסת המטופל לגבי תפקיד האחות, בסיפוק מידע שקשור לנושאים אלה.

הנושאים הכלליים כוללים ארבע שאלות, המתייחסות להתמודדות החולה עם מחלתו וטיפולו, לדוגמא: "השלכות הטיפול על התפקוד היומיומי שלי; אפשרויות הטיפול בתופעות הלוואי". הנושאים שקשורים למיניות כוללים חמש שאלות, לדוגמא: "השלכות של מחלתי על התפקוד המיני שלי; השלכות של הטיפול

למסור מידע לבן זוגם החולה. המודל הנוכחי מאפשר להניח, כי המענה על צרכי החולים האונקולוגיים יכול לבוא לידי ביטוי בתקשורת, המבוססת על הבנה והתאמה בתפיסות הבין-אישיות של החולה והאחות.

השערות המחקר

1. צרכי המידע של החולה בנוגע להשלכות מחלתו והטיפול שהוא מקבל בנושא המיניות, יהיו גבוהים מתפיסת האחות את הצרכים הללו.
 2. יימצא הבדל בין תפיסת האחות את תפקידה לבין תפיסת החולה את תפקיד האחות, בסיפוק מידע הקשור להשלכות מחלתו והטיפול שהוא מקבל, על המיניות.
- לצד ההשערות, המחקר הנוכחי התמקד בשאלות הבאות:

שאלות המחקר

1. מה הרמה הנתפסת של הידע של האחות, בתחום הקשור להשלכות מחלת הסרטן והטיפולים בה על המיניות?
2. מה הרמה הנתפסת של הידע של החולה, בתחום הקשור להשלכות מחלתו והטיפולים שהוא מקבל על המיניות?
3. מה השפעתם של המשתנים הדמוגרפיים, כמו גיל, מין, השכלה ורמה דתית של החולה והאחות, על מתן מענה לצרכי החולה בנושאים הקשורים למיניות?

השיטה

א. נבדקים:

איסוף הנתונים למחקר נעשה במכון ההמטו-אונקולוגי, במרכז הרפואי רמב"ם. המדגם היה מדגם נוחות, שכלל 35 מטופלים (אחים ואחיות) ו-70 מטופלים.

מטפלים: מתוך 51 אחים ואחיות שקיבלו את השאלונים - 40 הסכימו להשתתף במחקר. 5 שאלונים נפסלו בעת בדיקת הנתונים, עקב מילוי לא מדויק, לפיכך השלימו את מילוי השאלון 35 אחים ואחיות. הנבדקים לא הוגבלו מבחינת מין, גיל, מוצא, דת והשכלה.

מטופלים: המדגם כלל פניה ל-102 מטופלים, מחציתם גברים ומחציתם נשים, הסובלים ממחלת הסרטן לסוגיה, אשר באו לקבל טיפול כימותרפי ו/או קרינתי באופן אלקטיבי. 18 נבדקים סירבו להשתתף במחקר ללא הסבר, 8 נבדקים לא היו מסוגלים למלא את השאלון במלואו עקב חולשה כללית ו-6 שאלונים נפסלו בעת בדיקת הנתונים, כתוצאה מכתיבה לא מדויקת. סך-הכל השלימו את השאלון כולו 70 מטופלים, מתוכם 35 גברים ו-35 נשים.

המטופלים הנבדקים נבחרו על פי הקריטריונים הבאים:

1. חולים הסובלים ממחלת הסרטן, בשלבים השונים של מחלתם, אשר התקבלו למכון ההמטו-אונקולוגי באופן אלקטיבי, לצורך קבלת טיפול כימי ו/או קרינתי, או השתלת מח עצם
2. חולים אשר הביעו את הסכמתם להשתתף במחקר ולמלא שאלון

תוצאות

א. מאפייני אוכלוסיית המחקר:

המטפלים: בדיקת ההתפלגות של המשתנים הדמוגרפיים של האחים/ות מראה, כי 91.4% מהנבדקים היו נשים ו-8.6% גברים. רוב הנבדקים היו נשואים (74.3%), יהודים (88.6%), חילוניים (91.4%) וילידי הארץ (60%). הנתונים מוצגים בטבלה 3.

טבלה 3: התפלגות הנבדקים (אחיות) על-פי רמת ההשכלה המקצועית (n=35)		
רמת ההשכלה	שכיחות	אחוזים
אח/ות מעשית	3	8.6%
אח/ות מוסמכת	14	40%
אח/ות מוסמכת B.A	18	51.4%
בעל/ת קורס על בסיסי באונקולוגיה	24	68.6%

המטופלים: רוב המטופלים היו נשואים (65.7%) ובעלי השכלה אקדמית (51.4%). למעלה ממחצית הנבדקים היו ילידי הארץ (57.1%). 61.4% קיבלו טיפול כימי, 32.9% קיבלו טיפול קרינתי, 5.7% קיבלו טיפול משולב (קרינה + כימותרפיה) ו-5 מטופלים (7.2%) היו לפני השתלת מח עצם.

ב. בדיקת השערות המחקר:

השערה מספר 1: צרכי המידע של החולה בנוגע להשלכות של מחלתו והטיפול שהוא מקבל על המיניות, יהיו גבוהים מתפיסת האחות את הצרכים הנ"ל.

לבדיקת ההשערה בוצע ניתוח t-test למדגמים תלויים בין ממוצעים, המאפיינים את התפיסות של החולה והאחות, בנוגע לרצון החולה לקבל מידע נוסף בתחום המיניות. לפי התוצאות ההשערה אושרה. נמצא כי צרכי המידע של החולה בנושאים הקשורים להשלכות מחלתו והטיפול שהוא מקבל על מיניותו גבוהים באופן מובהק (t=2.23; p<.05), מתפיסת האחות את הצרכים הנ"ל.

השערה מספר 2: ימצא הבדל בין תפיסת האחות את תפקידה לבין תפיסת החולה את תפקיד האחות, בסיפוק מידע הקשור להשלכות מחלתו והטיפול שהוא מקבל, על מיניותו.

לבדיקת ההשערה בוצע ניתוח t-test למדגמים תלויים בין ממוצעים, המאפיינים את תפיסת החולה ותפיסת האחות את תפקידה, בסיפוק מידע הקשור להשלכות של המחלה והטיפול שהמטופל מקבל על מיניותו. מהניתוח עולה, כי הממוצע של תפיסת האחות (m=3.95) אינו שונה באופן מובהק מהממוצע של תפיסת החולה, ולכן נדחתה ההשערה. כך, שלא נמצא הבדל בין התפיסות של החולה והאחות בנוגע לתפקידה בסיפוק מידע הקשור למיניות. ממוצעי ציוני האחות והמטופל מצביעים על כך, ששניהם תפסו את תפקיד האחות כמספקת מידע בנושאים אלה ברמה יחסית גבוהה.

אותו אני מקבל, על יחסים עם בן/בת הזוג שלי".

בכל השאלות הנבדק התבקש להעריך את מידת הסכמתו לפי סולם ליקרט מ-1 עד 5, כאשר 1 הינו הנמוך ביותר ו-5 הגבוה ביותר. סעיף נוסף היה מחוץ לסולם. הוא סומן בספרה אפס, והתייחס למצב בו השאלה לא הייתה רלוונטית עבור הנבדק. טבלה 1 מציגה מהימנות לפי אלפא קרונבר, של השאלון עבור המטופל בששת התחומים של השאלון, בנושאים הקשורים למיניות.

טבלה 1: מהימנות השאלון עבור המטופל	
נושאים הקשורים למיניות (α)	
מידת ההתייחסות של האחות ל...	0.91
מידת הידע של המטופל ב...	0.96
מידת ההתעניינות של המטופל במידע נוסף ב...	0.95
המידה בה ענתה ההתייחסות של האחות על צרכי המטופל ב...	0.99
מידת הידע של האחות, לפי דעתו של המטופל ב...	0.97
תפקיד האחות בסיפוק מידע הקשור ל...	0.89

השאלון לאח/ות מורכב משלושה חלקים. החלק הראשון מתייחס לנתונים הדמוגרפיים של האחות. חלק שני וחלק שלישי בוחנים שישה תחומים, הקשורים למידע שהאחות נתנה במהלך הפגישה שלה עם המטופל/ת, כפי שהם מופיעים בשאלון עבור המטופל/ת. בסוף השאלון מופיעה שאלה המתייחסת לאבחנת המטופל/ת. יש לציין, כי חלק ב' ו-ג' של השאלון עבור האחות, נבנו בהתאמה מלאה לחלק ב' של השאלון עבור המטופל/ת, בכדי לאפשר השוואה בתפיסות של האחות והחולה בנוגע לנושאים השונים שמופיעים בשאלון. טבלה 2 מציגה מהימנות לפי אלפא קרונבר של השאלון עבור האח/ות, בששת התחומים של השאלון בנושאים הקשורים למיניות.

טבלה 2: מהימנות של השאלון עבור האח/ות	
נושאים הקשורים למיניות (α)	
מידת ההתייחסות של האחות ל...	0.90
מידת הידע של המטופל (לפי דעתו/ה של האח/ות) ב...	0.95
מידת ההתעניינות של המטופל במידע נוסף (לפי דעתו/ה של האח/ות) ב...	0.97
המידה בה ענתה ההתייחסות של האחות על צרכי המטופל ב...	0.96
מידת הידע של האחות ב...	0.92
תפקיד האחות בסיפוק מידע הקשור ל...	0.95

טבלה 5: מתאמי פירסון בין המאפיינים הדמוגרפיים של המטופל והמטופלת, לבין מידת המענה על צרכיו/ה בנושאים הקשורים למיניות (n=35)

מענה על הצרכים של המטופלת	מענה על הצרכים של המטופל	
.27	-.34*	גיל המטופל/ת
-.39*	.20	השכלת המטופל/ת
.02	.01	דתיות המטופל/ת

*p<.05

מטבלה 5 עולה, כי גיל המטופל ורמת ההשכלה של המטופלת, קשורים באופן שלילי למידת המענה על צרכיהם בנושא המיניות.

לסיכום, ממצאי המחקר שעונים על שאלה מספר 3 מראים, כי המאפיינים הדמוגרפיים של האחות אינם קשורים עם מידת המענה על צרכיהם של המטופלים בנושא המיניות. לעומת זאת, נמצאו הבדלים בקשרים הנ"ל בין המטופלים והמטופלות. גיל נמצא כנתון משמעותי, המשפיע על מידת המענה על צרכי המטופל (גבר) בנושא המיניות, כך שככל שהמטופל מבוגר יותר, כך הוא מקבל פחות מענה על צרכי המידע שלו בנושאים הקשורים על מיניות מהאחות (על פי תפיסתו). לעומת זאת, בקרב המטופלות הקשר בין הגיל לבין מענה על הצרכים בנושא המיניות הוא חיובי, אך אינו מובהק. מעניין לציין, כי הנתון המשמעותי שמשפיע על מידת המענה על צרכי המטופלות בנושא המיניות הינו ההשכלה. ככל שההשכלה של המטופלות גבוהה יותר, כך הן מקבלות פחות מענה על צרכיהן בנושא המיניות (על פי תפיסתן).

דין

חולי סרטן מתמודדים עם שינויים במימד המיניות ובתפקוד המיני שלהם, בעקבות גילוי המחלה וקבלת טיפולים הקשורים בה (McKee & Schover, 2001). מחקרים הראו, כי קבלת מידע בנוגע להשלכות של מחלתם והטיפולם על מימד המיניות, עשויה להפחית את אי הוודאות והחרדה, ולסייע בתקשורת וביחסים עם בן/בת-הזוג (Robinson, Scott, & Faris, 1994; Thomas, Thornton, & Mackay, 1999). אולם, למרות החשיבות הרבה של הנושא, רוב אנשי הבריאות בכלל והאחיות בפרט, נמנעים מלתת מידע וייעוץ לחולים, בנושאים הקשורים להשלכות של מחלתם והטיפולם על המיניות. מחקרים מראים, כי חלק מהסיבות לחוסר היענות של הצוות המטפל בנושאים אלה, טמונות בתפיסות מוטעות של האחיות לגבי הצרכים והרצונות האמיתיים של החולים, בנושאים הקשורים למיניות (Ekwal, Ternstedt, & Sorbe, 2003; Stead et al., 2003). מטרת עבודה זו הייתה לבדוק, האם ההתייחסות של האחות למימד המיניות של המטופל אכן קשורה לתפיסות ולצרכים האמיתיים של המטופל בנושא זה. בכדי לענות על השאלה, נערכה השוואה בין התפיסות של האחיות האונקולוגיות לבין

ג. מענה על שאלות המחקר:

שאלה מספר 1: מה הרמה הנתפסת של ידע האחות, בתחום הקשור להשלכות של מחלת הסרטן והטיפולם הקשורים בה על המיניות?

בדיקת הממוצעים המאפיינים את רמת הידע של האחות בתחום המיניות מראה, כי תפיסת החולה את הידע של האחות בתחום המיניות הינה נמוכה באופן מובהק ($t=2.07$; $p<.05$), מתפיסת האחות את הידע שלה בתחום זה. כמו כן, על-פי הציונים ששניהם נתנו עבור הידע של האחות ניתן להסיק, כי הן האחות ($m=3.09$) והן המטופל/ת ($m=2.84$) תופסים את רמת הידע של האחות בתחום זה כבינונית ואף נמוכה.

שאלה מספר 2: מה הרמה הנתפסת של ידע החולה, בתחום הקשור להשלכות של מחלתו והטיפולם שהוא מקבל על המיניות?

לא נמצא הבדל מובהק בתפיסות החולה והאחות, בנוגע לידע החולה בתחום הקשור להשלכות מחלתו והטיפול שהוא מקבל על המיניות. יחד עם זאת, ממוצע האחות ($m=2.30$) היה גבוה יותר מהממוצע של החולה ($m=2.06$). ניתן לראות כי שניהם מסכימים על כך, שרמת הידע של החולה בתחום זה היא נמוכה, אם כי, האחות חושבת שהחולה יודע יותר ממה שהוא מדווח על הידע שלו בפועל.

שאלה מספר 3: מהי השפעת המשתנים הדמוגרפיים כמו גיל, מין, השכלה ודתיות של החולה והאחות, על מתן מענה על צרכי החולה בנושאים הקשורים למיניות?

בכדי לענות על השאלה, נבדק הקשר בין המאפיינים הדמוגרפיים של האחות והמטופל/ת, לבין מידת המענה על הצרכים של המטופל/ת בנושאים הקשורים למיניות. על מנת לבדוק את ההשפעה של מין החולה על הקשרים הללו, נבדקו הקשרים בין המשתנים עבור המטופל ועבור המטופלת בנפרד באמצעות מתאם פירסון. הממצאים יוצגו בטבלאות 4-5.

טבלה 4: מתאמי פירסון בין המאפיינים הדמוגרפיים של האחות, לבין מידת המענה על צרכי המטופל והמטופלת בנושאים הקשורים למיניות (n=35)

מענה על הצרכים של המטופלת	מענה על הצרכים של המטופל	
.10	-.25	מין האח/ות
.21	.07	גיל האח/ות
-.07	-.06	השכלת האח/ות
-.00	.20	דתיות האח/ות

המטבלה עולה, כי לא נמצא קשר בין המאפיינים הדמוגרפיים של האחות, לבין מידת המענה על צרכיהם של המטופל והמטופלת בנושאים הקשורים למיניות.

וההישרדות של החולים, כתוצאה מהאבחון המוקדם ומשיפור הטיפול הרפואי בתקופה האחרונה. הסבר נוסף עשוי לנבוע מהעובדה שהמחקר הנוכחי, בניגוד למחקרים הקודמים אשר בדקו את התפיסות של האחיות בתרבות המערבית, בדק את התפיסות של האחיות והחולים בתרבות הישראלית, הידועה כתרבות רבגונית בשל מכלול העדות שיש בה.

שאלות מספר 1 ו-2 דנו ברמת הידע של האחיות והחולה, בתחום הקשור להשלכות מחלת הסרטן והטיפולים הקשורים בה על המיניות (על-פי תפיסת האחיות ועל-פי תפיסת החולה). להלן הממצאים: תפיסת החולה את הידע של האחיות בתחום הקשור להשלכות מחלתו והטיפול שהוא מקבל על המיניות, הייתה נמוכה באופן מובהק מתפיסת האחיות את הידע שלה בתחום זה, אך לא נמצא הבדל מובהק בתפיסות החולה והאחות בנוגע לידע של החולה, בתחום הקשור להשלכות של מחלתו וטיפולו על המיניות. כך, אף על פי שהערכת האחיות את הידע שלה היה גבוה מהערכת החולה את הידע שלה, נראה כי הציונים ששניהם נתנו עבור הידע שלה היו יחסית נמוכים. מכך ניתן להסיק, כי הן האחיות והן המטופל/ת תופסים את הידע של האחיות בתחום הקשור למיניות כבינוני ואף נמוך. מתוך המחקרים הקיימים על התייחסות האחיות לנושא המיניות נראה, כי התפיסות שלהן דומות לאלו שנמצאו בקרב האחיות שהשתתפו במחקר הנוכחי. האחיות מעריכות את הידע שלהן בנושאים הקשורים למיניות החולה כלא מספיק, ומציינות צורך בהכשרה נוספת בתחום (Haboubi & Lincoln, 2003; Quinn, 2003).

בנוסף, מתוך הציונים של המטופל/ת והאחות בנוגע לידע של המטופל/ת בתחום המיניות עולה, כי שניהם מעריכים את רמת הידע של המטופל/ת בתחום זה כנמוכה. לפי מחקרים קודמים, אשר בדקו את צרכי המידע של חולי הסרטן, בלט הצורך שלהם בקבלת מידע נוסף, בכל הקשור להשלכות של מחלתם והטיפול שהם מקבלים על המיניות והתפקוד המיני (Bourgeois-Law & Corny, 1993; Kirby et al., 1998; Lotocki, 1999). כך ניתן להסיק, כי החולים עצמם מעריכים את הידע שלהם בתחום הקשור להשלכות של מחלתם והטיפול שהם מקבלים על המיניות כלא מספיק. לכן התפיסות של חולי הסרטן בדבר הצרכים שלהם ורמת הידע שלהם בתחום זה, תואמות את התפיסות של המטופלים במחקר הנוכחי. יש לציין, כי לא נמצאו מחקרים המתארים את התפיסות של האחיות, בנוגע לידע של החולים בנושאים אלו. מכאן החשיבות של ממצאי המחקר הנוכחי, אשר מעידים על כך, שאחיות מודעות למחסור בידע של החולים בנושאים הקשורים למיניות.

שאלה מספר 3 דנה בהשפעה של משתנים דמוגרפיים כמו גיל, מין, השכלה ודתיות של החולה והאחות, על מתן מענה לצרכים של החולה בנושאים הקשורים למיניות. הממצאים הראו חוסר קשר בין המאפיינים הדמוגרפיים של האחיות, לבין מידת המענה שלה על צרכיו של המטופל/ת בנושאים הקשורים למיניות, אך נמצא קשר שלילי מובהק בין הגיל של המטופל (גבר) למידת המענה

התפיסות של חולי הסרטן, בנוגע לצרכי המידע של החולה בנושאים המיניים ותפקיד האחיות בטיפול מידע זה. הדגש במחקר הושם על בדיקת ההשפעה של תפיסות אלו, על מתן מענה על צרכי המטופל בנושא המיניים. להלן נדון בממצאים הקשורים להשערות ושאלות המחקר ובתרומתם האפשרית להבנת האינטראקציה הבין-אישית, אשר מתרחשת בין חולה הסרטן והאחות, בכל הנוגע למתן מידע בנושאים הקשורים להשלכות מחלתו והטיפול בה על המיניות.

השערה מספר 1: לפי השערה זו, צרכי המידע של החולה בנוגע להשלכות של מחלתו והטיפול שהוא מקבל על המיניות, יהיו גבוהים מתפיסת האחיות את הצרכים הללו. על-פי התוצאות ההשערה אוששה. ממצאים אלה דומים לממצאים הקודמים שדווחו בספרות. אמנם עד כה לא נמצא מחקר המשווה בין תפיסות האחיות לבין התפיסות של החולים, בכל הנוגע למתן מידע בתחום המיני, אך מתוך המחקרים שנעשו על אנשי הבריאות בכלל והאחיות בפרט, לצד המחקרים שנעשו על צרכי החולים בתחום זה, ניתן להסיק כי צרכי החולים בנושאים הקשורים לקבלת מידע בתחום המיני, גבוהים יותר מתפיסות האחיות את הצרכים הללו. כך לדוגמה Kautz et al. (1990) הראה, כי אחיות אשר נמנעו ממתן מידע בנושאים הקשורים למיניות, תיארו את המטופלים כחולים ומודאגים מדי מכדי לדון עמם על המיניות. הן תפסו את הבעיות בתחום המיניות כבעלות חשיבות נמוכה מבחינה קלינית, והתייחסו אליהן בעדיפות נמוכה. בנוסף הן שיערו, כי שיחה על מיניות תגרום למבוכה אצל המטופל. מצד שני, מחקרים, אשר בדקו את הצרכים של החולים האונקולוגיים בנושא זה, דיווחו על הרצון שלהם לקבל מידע נוסף בכל הקשור לשינויים הצפויים במימד המיניות ובתפקוד המיני בעקבות הופעת המחלה (Bourgeois-Law & Lotocki, 1999; Kylstra et al., 1999).

השערה מספר 2: על-פי ההשערה יימצא הבדל בין תפיסת האחיות את תפקידה לבין תפיסת החולה את תפקיד האחיות, בטיפול מידע הקשור להשלכות מחלתו והטיפול שהוא מקבל, על המיניות. על-פי תוצאות המחקר ההשערה לא אוששה. לא נמצא הבדל מובהק בין תפיסות החולה והאחות, בנוגע לתפקידה במתן מידע הקשור למיניות. מעניין לציין, כי הציון של שניהם היה יחסית גבוה בקשר לתפקיד האחיות, כאשר הממוצע של האחיות היה אף גבוה יותר מהממוצע של החולה. מהממצאים הללו נובע, כי הן האחיות והן החולה נותנים חשיבות יחסית גבוהה להתייחסות של האחיות לנושאים הקשורים למיניות המטופל, כחלק בלתי נפרד מתפקידה. ממצאי המחקרים הקודמים שנעשו בתחום מראים, כי רוב האחיות לא התייחסו לפעילויות שקשורות למתן מידע בנושא המיניות כחלק מתפקידן (Cort & Watson, 2001; Novack & Mitchell, 1988; Williams et al., 1986). ניתן לשער, כי השינוי בתפיסת האחיות בנוגע לתפקידה, נובע מהמודעות ההולכת וגוברת של אנשי הבריאות בכלל והאחיות בפרט, לכל הנושאים הקשורים לאיכות החיים של חולי הסרטן, ביניהם הנושאים הקשורים למימד המיניות. זאת בעקבות העלייה באחוזי הריפוי

המלצות

התרומה הייחודית של המחקר הנוכחי לתחום הפרקטיקה בסיעוד, נובעת מחשיפת הצרכים האמיתיים של החולים בנושאים הקשורים למיניות. ממצאי המחקר אודות התפיסות האמיתיות של המטופלים, בנוגע לרצונות שלהם ולתפיסת התפקיד של האחות בסיפוק מידע הקשור למיניות, עשויים להפחית את המבוכה, אי הנוחות וחוסר הביטחון של האחיות, בבואן לדון על נושא המיניות עם החולים. כיוון שכך, רצוי לקיים סדנאות ודיונים בהם האחיות תוכלנה לדון באמונות, ברגשות ובעמדות שלהן כלפי מיניות, כלפי צרכי החולים בנושאים הללו וכלפי השילוב של המיניות בעשייה הסיעודית.

אחד הממצאים החשובים של המחקר הנוכחי, הוא הדיווח של האחיות והחולים בנוגע לרמת הידע הנמוכה של האחיות, בנושאים הקשורים למיניות של חולי הסרטן. לאור התפיסות של המטופלים אודות הקשר בין מידת המענה על צרכיהם בנושאים הקשורים למיניות, לבין הידע של האחיות בתחום זה, קיים צורך גבויש תוכניות לימוד עבור הסטודנטים לסיעוד בכלל ואחיות בפרט, בנושאים הקשורים למיניות של חולי הסרטן. יש להעמיק את הידע בקרב האחיות בנושאים הקשורים לצרכי האוכלוסייה המבוגרת בתחום הבריאות המינית, בדגש על הבדלים מגדריים והצרכים הקשורים למיניות. בנוסף, יש לפתח תוכניות שיאפשרו שליטה במיומנויות תקשורת הקשורות לאיסוף מידע, זיהוי צרכים ומתן מידע בנושאים אלה.

רשימת מקורות

ברזר, ג. (2001). נגיעה בבריאות המינית - דגם התערבות אינדוקטיבי. הרפואה 40(א), 72-76.

Ananth, H., Jones, L., King, M., & Tookman, A. (2003). The impact of cancer on sexual function: a controlled study. *Palliative Medicine*, 17, 202-205.

Bar-Tal, Y., Barnoy, S., & Zisser, B. (2005). Whose informational needs are considered? A comparison between cancer patients and their spouses' perceptions of their own and their partners' knowledge and informational needs. *Social Science & Medicine*, 60, 1459-1465.

Bokhour, B. G., Clark, J. A., Inui, T. S., Siliman, R. A., & Talcott, J. A. (2001). Sexuality after treatment for early prostate cancer. Exploring the meanings of "Erectile Dysfunction". *Journal of General Internal Medicine*, 16, 649-655.

Bourgeois-Law, G., & Lotocki, R. (1999). Sexuality and gynecological cancer: A needs assessment. *Canadian Journal of Human Sexuality*, 8, 231-240.

על צרכיו בנושא המיניות. כמו כן הראו ממצאי המחקר חוסר קשר בין רמת ההשכלה של המטופלת, לבין מידת המענה על צרכיה בנושא המיניות. במחקרם של Lincoln & Haboubi (2003) נמצא, כי אנשי הבריאות (גברים) מתחום השיקום שהיו מבוגרים יותר, חשו נוחות רבה יותר לשוחח וליזום שיחות על מיניות עם המטופל. ניתן להסביר את חוסר הקשר בין נתוני הרקע של האחיות במחקר הנוכחי, לבין מתן מענה על צרכיו של החולה בתחום המיניות, על-ידי העובדה שרוב האחיות שהשתתפו במחקר הנוכחי היו הומוגניות למדי מבחינת הנתונים הסוציו-דמוגרפיים: רובן היו נשים, חילוניות ובעלות השכלה של אחות מוסמכת ומעלה. לכן לא ניתן להסיק מהממצאים בדבר חוסר הימצאות קשר בין מאפיינים דמוגרפיים של האחיות לבין מידת המענה שלהן על צרכיו של המטופל בתחום המיניות, על האוכלוסייה של כלל האחיות.

הממצאים אודות הקשר השלילי בין גיל החולה לבין מידת המענה על צרכיו בנושאים הקשורים למיניות, דומים לדיווחים שנמצאו בספרות, אודות ההימנעות של אנשי הבריאות מהתייחסות לנושאים הקשורים למיניות בקרב המבוגרים (Shell & Smith, 1994). מעניין לציון, כי הקשר בין גיל לבין מידת המענה על צרכי המידע של המטופלת (אישה) לא היה מובהק, אך הוא היה חיובי. כך ניתן להסיק, כי גיל הנשים לא היה קשור למידת המענה על צרכיהן בתחום המיני. ניסיון להסבר אפשרי של ממצא זה, יכול לנבוע מעצם העובדה שרוב האחיות במחקר היו נשים ולכן, יתכן שאחיות, מעצם היותן נשים, מאמינות שהמטופלות זקוקות למידע הקשור להיבטים המיניים של חייהן גם בגיל המבוגר, בעוד שהגברים, עם עליית הגיל, כנראה זקוקים פחות ליעוץ והדרכה בנושאים הקשורים למיניות. בנוסף, ככל הנראה, האחיות חשו נוחות רבה יותר לקיים שיחות בנושאים הקשורים למיניות עם מטופלות (ללא קשר לגיל) מאשר עם מטופלים. החיזוק לטענה זו נמצא גם במחקר של Steinke & Patterson (1995), בו רוב האחיות שנתנו מידע בנוגע להשלכות של אוטם בשריר הלב על מימד המיניות, נהגו לתת מידע זה יותר לנשים (81.5%) מאשר לגברים (71.5%).

ממצא מעניין נוסף הראה, כי ככל שההשכלה של המטופלת הייתה גבוהה יותר, כך מידת המענה על צרכיה בנושאים הקשורים למיניות הייתה נמוכה יותר (לפי תפיסת המטופלת). בקרב המטופלים הקשר הזה היה חיובי, אך לא מובהק. יתכן שהציפיות של נשים משכילות בנושא של קבלת מידע בכלל, ובנושאים הקשורים למיניות בפרט, הן גבוהות יותר מהציפיות של נשים לא משכילות, ולכן קיימת אפשרות שמטופלות בעלות השכלה גבוהה יותר חשו, כי ההתייחסות של האחיות לנושאים הקשורים למיניות ענתה על צרכיהן במידה מועטה יותר, בהשוואה למטופלות בעלות השכלה נמוכה יותר. טענה זו מתיישבת עם הממצאים הקודמים שנמצאו בספרות, אודות רמה גבוהה של ציפיות הקשורות לקבלת מידע בקרב אנשים חולים בעלי השכלה גבוהה, בהשוואה לאנשים בעלי רמת השכלה נמוכה (Dobias, Moyer, McAchran, Katz, & Sonnad, 2001).

- Bower, J. E., Ganz, P. A., Desmond, K. A., Rowland, J. H., Meyerowitz, B. E., & Belin, T. R. (2000). Fatigue in breast cancer survivors: occurrence, correlates and impact on quality of life. *Journal of Clinical Oncology*, 18, 743-753.
- Bruner, D. W., & Iwamoto, R. R. (1997). Altered sexual health. In S. L. Groenwald, M. Hansen Frogge, M. Goodman, et al. (Eds.). *Cancer Symptom Management* (pp. 523-551). Boston: Jones & Barlett Publishers.
- Burke, M. B. (1997). Sexuality, sexual dysfunction, and cancer. In C. Varricchio, M. Pierce, C. L. Walker, & T. B. Ades (Eds.). *A Cancer Source Book for Nurses* (pp. 231-245). Atlanta, GA: The American Cancer Society.
- Butler, L., Bunfield, V., Sveinson A., & Allen K. (1998). Conceptualizing Sexual Health in Cancer Care. *Western Journal of Nursing Research*, 20, 683-705.
- Cook, W. (2001). Interpersonal influence in family systems: A social relations model analysis. *Child Development*, 72, 1179-1197.
- Corney, R., Crowther, M., Everett, H., Howells A., & Shepherd J. H. (1993). Psychosexual rehabilitation of the gynecological cancer following radical pelvic surgery. *British Journal of Obstetrics & Gynecology*, 100, 73-78.
- Cort, E. M., Attenborough, J., & Watson, J. P. (2001). An initial exploration of community mental health nurses' attitudes to and experience of sexuality-related issues in their work with people experiencing mental health problems. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8, 489-499.
- Dobias, K. S., Moyer, C. A., McAchran, S. E., Katz, S. J., & Sonnad, S. S. (2001). Mammography messages in popular media: Implications for patient expectations and shared clinical decision making. *Health Expectations*, 4, 131-139.
- Earle, S. (2001). Disability, facilitated sex and the role of the nurse. *Journal of Advanced Nursing*, 36, 433-440.
- Ekwall, E., Ternestedt, B., & Sorbe, B. (2003). Important aspects of health care for women with gynecologic cancer. *Oncology Nursing Forum*, 30, 313-319.
- Fisher, S. G., & Levin, D. L. (1983). The sexual knowledge and attitudes of professional nurses caring for oncology patients. *Cancer Nursing*, 6(1), 55-61.
- Ganz, P. A., Litwin, M. S., & Meyerowitz, B. Z. (2001). Sexual problems. In: V. T. DeVita, S. Hellman, S. A. Rosenberg (Eds.), *Cancer: principles and practice of oncology* (6th ed., pp. 3032-3049). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Gamel, C., Davis, B., & Hengeveld, M. (1993). Nurses provision of teaching and counseling on sexuality: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 1219-1227.
- Gamel, C., Hengeveld, M., Davis, B., & Van der Tweel, I. (1995). Factors that influence the provision of sexual health care by Dutch cancer nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 32, 301-314.
- Greguras, G. J., Robie, C., & Born, M. (2001). Applying the social relations model to self and peer evaluations. *Journal of Management Development*, 20, 508-525.
- Haboubi, N., & Lincoln, N. (2003). Views of health professionals on discussing sexual issues with patients. *Disability and Rehabilitation*, 25(6), 291-296.
- Hordern, A. J. (2000). Intimacy and sexuality for the woman with breast cancer. *Cancer Nursing*, 23, 230-236.
- Hordern, A. J., & Currow D. C. (2003). A patient-centered approach to sexuality in the face of life-limiting illness. *The Medical Journal of Australia*, 179, s8-s11.
- Katz, A. (2005). The sounds of silence: Sexuality information for cancer patients. *Journal of Clinical Oncology*, 23, 238-241.



**BRINGING
EFFICACY
HOME**

Somatuline® autogel®

טיפול בגידולים נירואנדוקריניים

הטיפול משלב שירות אחיות לבית המטופל

MEDISON
Delivering innovative healthcare

IPSEN

* SOMATULINE AUTOGEL® is indicated for the treatment of individuals with acromegaly when the circulating levels of Growth Hormone (GH) and/or Insulinlike Growth Factor-1 (IGF-1) remain abnormal after surgery and/or radiotherapy, or in patients who otherwise require medical treatment. The goal of treatment in acromegaly is to reduce GH and IGF-1 levels and where possible to normalise these values.
SOMATULINE AUTOGEL is also indicated for the treatment of symptoms associated with neuroendocrine (particularly carcinoid) tumours.

* For further information please read the prescribing information as approved by the MOH

Kautz, D. D., Dickey, C. A., & Stevens, M. N. (1990). Using research to identify why nurses do not meet established sexuality nursing care standards. *Journal of Nursing Quality Assurance*, 4(3), 69-78.

Kenny, D. A., Mohr, C. D., & Levesque, M. J. (2001). A social relations variance partitioning of dyadic behavior. *Psychological Bulletin*, 127(1), 128-141.

Kenny, D. A. (1994). *Interpersonal perception: A social relations analysis*. New-York: Guilford Press.

Kirby, R., Watson, A., & Newling, D. (1998). Prostate cancer and sexual functioning. *Prostate Cancer and Prostatic Diseases*, 1(4), 179-184.

Kylstra, W., Leenhouts, G., Everaerd, W., Panneman, M., Hahn, D., Weijmar-Schultz, W., . . . Heintz, A. P. (1999). Sexual outcomes following treatment for early stage gynecological cancer: A prospective multicenter study. *International Journal of Gynecological Cancer*, 9 (5), 387-395.

Massie, M. J., & Popkin, M. K. (1998). In: J. C. Holland, W. Breitbart, P. B. Jacobsen, et al. (Eds.), *Psycho-oncology* (pp. 518-540). New York, NY: Oxford University Press.

McKee, A. L., & Schover, L. R. (2001). Sexuality rehabilitation. *Cancer*, 92, 1008-1012.

Novak, P. P., & Mitchell, M. M. (1988). Professional involvement in sexual counseling for patients with spinal cord injuries. *American Journal of Occupational Therapy*, 42(2), 105-112.

Payne, T. (1976). Sexuality of nurses: Correlations of knowledge, attitudes, and behavior. *Nursing Research*, 25, 286-292.

Quinn, B. (2003). Sexual health in cancer care. (2003). *Nursing Times*, 99(4), 32-34.

Robinson, J., Scott, C., & Faris, P. (1994). Sexual rehabilitation for woman with gynecological cancer: Information is not sufficient. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 3, 131-142.

Rubin, R. (2005). Communication about sexual problems in male patient with multiple sclerosis. *Nursing Standard*, 19(24), 33-37.

Shell, J. A., & Smith, C. K. (1994). Sexuality and the older person with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 21, 553-558.

Stead, M. L., Brown, J. M., Falowfield, L., & Selby, P. (2003). Lack of communication between healthcare professionals and women with ovarian cancer about sexual issues. *British Journal of Cancer*, 88, 666-671.

Steinke, E. E., & Patterson, P. (1995). Sexual counseling of MI patients by cardiac nurses. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 10(1), 81-87.

Thomas, R., Thornton, H., & Mackay, J. (1999). Patient information materials in oncology: Are they needed and do their work? *Clinical Oncology*, 11, 225-231.

Waterhouse, J., & Metcalfe, M. (1991). Attitudes toward nurses discussing sexual concerns with patients. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 1048-1054.

Williams, H. A., Wilson, M. E., Hongladarom, G., & McDonnell, M. (1986). Nurses attitudes toward sexuality in cancer patients. *Oncology Nursing Forum*, 13, 39-43.

Wilson, E. Y. (1987). Sexual needs of psychiatric clients. *Journal of Psychosocial Nursing*, 25(7), 30-32.

Wilson, M. E., & Williams, H. A. (1988). Oncology nurses attitudes and behaviors related to sexuality of patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 15(1), 49-53.

**יעילות מירבית
הבחירה שלך**

Aranesp®
(darbepoetin alfa)

• Aranesp 150 µg • Aranesp 300 µg • Aranesp 500 µg

Aranesp - הטיפול היחיד לאנמיה המציע גמישות של מתן פעם בשבוע, פעם בשבועיים או פעם בשלושה שבועות

Aranesp - נוחות בהזרקה עצמית על ידי מזרק ה-SureClick™

Aranesp - יעילות גבוהה - 8 מתוך 10 חולים ישיגו עליה יפה ברמות ההמוגלובין

MEDISON
Delivering innovative healthcare

AMGEN

ARANESP® is indicated for the treatment of symptomatic anemia associated with chronic renal failure (CRF) in adult and paediatric subjects ≥ 11 years of age.
ARANESP® 150mcg, 300mcg and 500mcg are indicated for the treatment of symptomatic anemia in adult cancer patients with non-myeloid malignancies receiving chemotherapy.
Please see the full prescribing information.