

מיניות בהשתלות מח עצם - לא מילה גסה

אביטל רנד, נורא חנא, ענבל אברג'יל, סיגל תורת

עצם, ובהכרת מודלים להתערבות ותרגול, תוך שימוש בסימולציות על פי סיפורי מקרה של מאושפזים במחלקה. על פי תוצאות השאלון המקדים לסדנה, 12.7% מחברי הצוות ענו כי הם מסוגלים להתמודד עם הנושא, 30.4% אינם מתמודדים עם הנושא ביומיום, ו-32% אינם מתייחסים כלל לנושא. בסדנה השתתפו אנשי הצוות הסיעודי והעובדת הסוציאלית. שאלון שהעריך את יעילות הסדנה חולק למשתתפי הסדנה בלבד. תוצאות השאלון לאחר הסדנה הצביעו על כך, שלמעלה מ-80% ציינו שהם בעלי יכולת להתמודד עם נושא הבריאות המינית של המטופלים, כ-97% מחברי הצוות ציינו שמיניות מטופלים היא חלק בלתי נפרד מהנושאים עמם הצוות מחוייב להתמודד, כ-86% ציינו שהם מיישמים בפועל פעילות בנושא. חשיבות הסדנה מתבטאת בעיקר בהעלאת מודעות הצוות לנושא המיניות, ביוזמה להעלאת הנושא בפני המטופל, בשינוי גישת הצוות הסיעודי לנושא ובהתערבות הסיעודית בתחום.

מיניות זהות מינית נתפשים כמימד חשוב באישיות האדם. מיניות האדם סובייקטיבית ומשתנה עם הזמן, הגיל, הניסיון והתרבות. השתלת מח עצם כרוכה באשפוז של ארבעה עד ששה שבועות בדרך כלל. התייחסות הצוות המטפל לתחום הבריאות המינית הינה חלק מהגדרת הטיפול ההוליסטי בחולה. למרות זאת, צרכים אלה נשארים לרוב ללא מענה בשל מבוכה, חוסר ידע ומודעות מצד הצוות הסיעודי, הרפואי והפרא-רפואי. בכדי להתגבר על קשיים אלו גובשה תוכנית התערבות, אשר במסגרתה נבנתה סדנה בנושא שיקום בריאות המינית של מטופל מושלת מח עצם. מטרת הסדנה הייתה לשפר את הידע ואת העמדות של הצוות הרב מקצועי בהקשר זה. לצורך הערכת יעילות הסדנה, נעשה שימוש בשאלוני ידע ועמדות טרם הסדנה ועם סיומה. הסדנה התמקדה בהכרה ובדין בעמדות הצוות, בקשיי יישום ההתערבות הסיעודית בתחום זה, בהקניית ידע בנושא בריאות מינית של מטופלים לאחר השתלת מח

השתלת מח עצם - התהליך והשפעותיו הפיזיולוגיות והנפשיות

השתלת מח עצם (השמ"ח) היא טיפול אגרסיבי בעל רעילות גבוהה והשלכות רבות על מצבו הפיזי והנפשי של המטופל, כמו גם על תפקודו המיני, בתוך המכלול של איכות החיים. השמ"ח הינה טיפול מקובל לריפוי או הארכת חיים, הניתן במחלות המטולוגיות ממאירות, כגון: לימפומות (הוודג'קין ונון הוודג'קין), לויקמיות (לויקמיה מיאלואידית חריפה, לויקמיה לימפטית חריפה, לויקמיה מיאלואידית כרונית, לויקמיה לימפטית כרונית, תסמונת מיאלודיספלסטית), מיאלומה נפוצה ועמילואידוזיס, וכן במחלות המטולוגיות שאינן ממאירות, דוגמת אנמיה אפלסטית חמורה או המגלובינופטיה, ובגידולים סולידיים כגון: נזירובלסטומה, סרקומה וגידול מסוג Germ cell, אם כי בתדירות נמוכה יחסית למחלות ההמטולוגיות (Ljungman & Gratwohl, 2008). השמ"ח כוללת טיפולים שונים: כימותרפיה במינון גבוה, קרינה כל גופית או מקומית, טיפולים ביולוגיים ותרופות אימונוסופרסיבות, דוגמת Cyclosporine, Cellcept וסטרואידים (Kathryn, 2004). קיימים סוגים שונים של השמ"ח: השתלה עצמית, בה המטופל מקבל החזר תאים עצמיים שנאספו לפני ההתניה (הפרוטוקול

מבוא

כשמחלה מכה באדם, הוא חייב לעתים להתאים את מיניותו למגבלות שנכפו עליו (ניב, 1995). בהקשר של מחלת הסרטן, מיניות היא היבט חשוב באיכות החיים, מכיוון שהסרטן משפיע על איכות החיים במישורים רבים (Katz, 2005). לאבחנה של סרטן מכל סוג ולטיפול האנטי-סרטני יש השפעה רבה על תחושת הרווחה הנפשית והפיזיולוגית ואף על מיניות המטופל, באופן המשפיע לעיתים על צרכי המטופל. אצל חלק מהמטופלים הבריאות המינית אינה נמצאת בראש סדר העדיפות, בעיקר בשלב החרוץ של מחלתם, אך במקרים רבים, עם ההתאוששות, ההחלמה והשיקום, צרכיהם המיניים שבים למקום גבוה יותר בסדר העדיפות (Kathryn, 2004). העבודה הנוכחית תתמקד בהתערבות הצוות המטפל בהיבט המיני של מושלת מח עצם.

אביטל רנד - RN, BN, אחות Data Manager
 avital.rand@sheba.health.gov.il

נורא חנא - MPH, RN, אחות נאמנת נושא מיניות
 ענבל אברג'יל - BA, RN, אחות נאמנת נושא מיניות
 סיגל תורת - MA, RN, אחות אחראית
 המחלקה להשתלות מח עצם מבוגרים, מרכז רפואי ע"ש חיים שיבא, תל השומר.

הפיזיים שהם חוו בתקופה זו. מרבית המשתתפים דרגו את המצב הפיזי שלהם כנמוך מהמצב הנורמטיבי באופן חד משמעי. כמו כן 78% מהנדגמים ציינו, כי הם מרגישים עייפות קבועה. עייפות ותשישות דורגו במקום מרכזי ביחס לחומרת הסימפטומים. מושגלי מח עצם חווים שינויים רבים במראה החיצוני. ביניהם התקררות, ירידה במשקל או נפחות וצבירת נוזלים, שיעור יתר בשל תרופות מסוימות כמו ציקלוספורין ושינויים בגוון העור (התכהות בשל פיגמנטציה מכימותרפיה ועור צהבהב בשל עליה בבילירובין). סימפטומים אלה עלולים להיות חמורים, במיוחד בקרב מטופלים שלוקים במחלת השתל נגד המאכסן (GVHD) Graft versus Host Disease של Couriel וחבריו (2006), צוין כי חולים לאחר השתלת מח עצם עם GVHD סובלים מתשישות (fatigue), כאבים, שינויים בפעולות מעיים (bowel change) וכאבים בזמן משגל (dyspareunia), יותר מאשר מטופלים לאחר השתלת מח עצם ללא GVHD. כמו כן ייתכנו שינויים בעור, כגון פריחה, קילוף או קשקשת, אודם, הצטלקות (scleroderma) מקומית או מפושטת וכאבים שונים (כאבי בטן, כאבי שרירים). בנוסף, אוכלוסיה זו של מטופלים חשופה יותר לזיהומים במערכת המין שמרים (yeast), וזיהומים בקטריאלים – כל אלו משפיעים באופן ישיר על איכות חייו של המטופל ועל חיי המין שלו.

שינויים פיזיולוגיים ספציפיים לבעיות בתפקוד המיני לאחר השתלת מח-עצם:

הטיפול הכימי והקרינה שעוברים מושגלי מח עצם, עלולים לגרום לפגיעה במערכת ההפרשה האנדוקרינית בשני המינים. חומרת הפגיעה תלויה בגיל המטופל, במינון הקרינה ו/או בסוג הפרוטוקול של הטיפול הכימי שקיבל.

בגברים: פגיעה בגונדוטורפינים תגרום לצמצום הפרשת הורמוני המין, אשר תוביל לתגובה שלילית מההיפותלמוס ויותרת המח. התוצאה תהייה רמה גבוהה של Follicle Stimulating Hormone (FSH) ועליה ב-Luteinizing Hormone (LH), הגורמת לרמה נמוכה של טסטוסטרון. הביטוי לכך בגברים לאחר השמ"ח יהיה: ירידה בליבידו, בעיות בזקפה ועלייה ברמת הפרולקטין (Kauppila, Koskinen, Irajala, Remea, & Viikari, 1998).

בנשים: לאחר השמ"ח הפגיעה תהיה בשלב המנוחה והחלוקה של תאי השחלות, ותגרום לירידה בהפרשת הורמוני המין ולאיבוד התגובה השלילית על ההיפותלמוס ויותרת המח. כתוצאה מכך תהיה עליה ב-FSH וב-LH וירידה ברמה של אסטרוידיל, המגן מפני מנאופאזה (Kathryn, 2004). הביטוי הקליני לכך יהיה, שנשים בגיל פריון לאחר השתלת מח עצם, יסבלו מתסמיני גיל המעבר הכוללים: גלי חום, הזעות לילה, שינויים במצב הרוח, דיכאון, הפרעות בשינה, עצבנות, יובש בנרתיק, אטרופיה, הצטלקויות, גרד, סימפטומים אורו-גניטליים ושינויים במראה החיצוני ובתפקודים הקוגניטיביים. במחקר שנעשה לגבי סימפטומים ספציפיים שחוות נשים לאחר השתלת מח עצם, נבדקו 36 נשים

הטיפול טרם החזר התאים) והשתלה אלוגנאית, בה המטופל מקבל תאים מתורם – בן משפחה, תורם זר או תאים מדם טבורי. הפרוטוקול הטיפולי לפני החזר התאים וסוג ההשתלה נבחרים על-ידי הרופאים על סמך סוג המחלה, שלב המחלה בו החולה נמצא, גיל החולה, מצבו הפיזי וסוג השתל אותו יקבל (Tiercy, 2008). בשלב ההתניה החולה מקבל טיפול שמדכא את מח העצם שלו ברמות שונות: מיאלואבליטיביות (דיכוי מוחלט של פעילות מח העצם), או סאבמיאלואבליטיביות (דיכוי חלקי של פעילות מח העצם). ההתניה יכולה להימשך בין שלושה ימים עד שבוע, ובפרוטוקולים מסוימים אפילו עד תשעה ימים. ביום ההשתלה החולה יקבל בעירו לדמו את התאים שנאספו עבורו.

שלב האפליזיה – השלב בו כל שורות הדם יורדות כתגובה להתניה, והחולה נכנס לבידוד הגנתי כאשר ספירת הנויטרופילים שלו יורדת מתחת ל-500. שלב זה צפוי להתחיל בימים שלאחר החזר התאים ויכול להימשך עשרה ימים עד שבועיים מיום ההשתלה. ימי האפליזיה – הימים בהם החולה נמצא בבידוד, הם לרוב ימים קשים יותר עבורו בשל התסמינים שצפויים להופיע, הכוללים: חום, סימני זיהום, לעיתים עד ספסיס (אלח דם), שינויים במערכת העיכול - כאבי בטן, שלשולים, מוקוזיטיס (דלקת של ריריות הפה, הוושט ומערכת העיכול התחתונה), חולשה קיצונית וקושי ביכולת לאכול ולשתות. בימים אלה רוב החולים נזקקים להחזר נוזלים ומלחים ולתמיכה של מוצרי דם (מנות דם וטרומבוציטים), אנטיביוטיקה ומשככי כאבים (Masszi, 2008). עליה בספירה הלבנה וקליטת השתל צפויה כשבועיים לאחר ההשתלה. החולה יצא מבידוד הגנתי כאשר הנויטרופילים יעלו מעל ל-500. בשלב זה מצבו הפיזי של החולה ישתפר בהדרגה עד לשחרורו מבית החולים. לפי דיווחים בספרות, היארעות של תחושת חוסר שביעות רצון מחיי המין בקרב מושגלי מח-עצם נעה בין 22% ל-70%. שינויים פיזיים ופסיכולוגיים אשר חווים מושגלי מח עצם, עשויים להשפיע על כל אחד משלבי מעגל התגובה המיני: התשוקה, העוררות, האורגזמה והפורקן, ולהוות גורם לבעיות בתפקוד המיני ובשביעות הרצון מחיי המין (Kathryn, 2004).

דיווחו במאמרן, ש-29% – 80% ממושגלי מח עצם ציינו בעיה כלשהי במיניותם, בשלוש השנים שלאחר ההשתלה.

שינויים כלליים לאחר השתלת מח-עצם

בדומה לשאר חולי הסרטן העוברים טיפולים כימיים, מושגלי מח עצם חווים שינויים פיזיים שונים גם אחרי ההשתלה. הסימפטומים העיקריים שצוינו במאמרם של Neitzer, Ritvo, Dncey, Weiser, Murray & Avery (1998) הם: שלשולים, בחילות, הקאות, יובש בפה וכאבי בטן עוויתיים. במחקרים אחרים שבדקו את מצבם הפיזי של מושגלי מח עצם, בלטה באופן מיוחד בעיית העייפות והתשישות כנפוצה ביותר. במחקר שנערך בקרב 200 מושגלי מח עצם בתקופה של 41 חודשים לאחר ההשתלה, המטופלים התבקשו לדרג את שכיחות וחומרת הסימפטומים

התייחסות הצוות הסיעודי לנושא המיניות

מיניות הינה חלק בלתי נפרד מההוויה האנושית, וההתייחסות למיניות בעשייה הסיעודית חשובה ביותר במצבי בריאות וחולי (Wilson, 1987). המיניות מערבת את הממדים התרבותיים, הגופניים והפסיכו-סוציאליים של האדם. תרומתה הייחודית של האחות בתחום זה נובעת מכך, שהיא נגישה למטופל ומטפלת באדם בהיבט ההיגיני-אישי והרגשי (Gamel, Hengeveld, & Davis, 2000). על האחות לקבל ולשלב את נושא המיניות כחלק מהטיפול הסיעודי (Payne, 1976).

Hordern (2000) טוענת, שלמרות שמיניות מוגדרת כחלק מהטיפול ההוליסטי בחולה, הצרכים של המטופל בתחום זה נשארים לרוב ללא מענה. ממחקרים רבים שנעשו בתחום המיניות למדנו, כי מרבית האחיות מכל תחומי הסיעוד עדיין אינן נותנות מידע וייעוץ בנושא המיניות (Gamel, Davis, & Hengeveld, 1993).

בניית תוכנית התערבות:

כפי שמשמע מהנכתב עד כה, להשמ"ח והטיפולים הקשורים בה, יש השלכות פיזיולוגיות ופסיכו-סוציאליות על הבריאות המינית. למרות זאת, הצוות המטפל והמטופלים עצמם, מזניחים את הטיפול בנושא מסיבות שונות, כגון בושא ומבוכה, מיתוסים, הבדלי תרבות, היעדר ידע ועוד. מכיוון שנושא הבריאות המינית כה חשוב לאיכות חייהם של המטופלים, קיים צורך בהכשרת אנשי המקצוע לשם מתן ייעוץ, הדרכה והפניה למומחים בתחום זה. לכן הוחלט במחלקה להשתלת מח עצם במרכז הרפואי "שיבא", על בניית תוכנית התערבות שתעניק כלים ומיומנויות למטפלים, אשר יאפשרו להם להתמודד עם מיניות המטופלים ביתר נוחות.

מטרות תוכנית ההתערבות:

לפתח ביטחון ויכולת בקרב המטפלים לסייע לחולים ולבני זוגם בנושא בריאותם המינית, כחלק מהעבודה הסיעודית השוטפת.

מטרות ביניים:

- לסייע בידי הצוות המטפל להעלות נושא רגיש זה, ולהתייחס אליו כחלק בלתי נפרד מהטיפול בחולה.
- להקנות ידע תיאורטי רלוונטי אודות מיניות, סרטן והשמ"ח.
- להקנות מיומנות של ראיון ואומדן בסיסי על פי מודלים להתערבות.
- להגדיר את גבולות ההתערבות, תוך התחשבות בידע, בהכשרה ובמגובלות אנשי המקצוע.
- להכיר את מקורות הידע והמשאבים, אליהם ניתן להפנות מטופלים המעוניינים לקבל עזרה.

תכנון ההתערבות:

ביוזמת אחות אחראית המחלקה הורכב צוות, שמטרתו להוביל את נושא המיניות. הצוות כלל שלוש אחיות מהמחלקה, שהיו שותפות יחד עם הגב' ליויה כסלו, האחות הראשית של האגודה למלחמה בסרטן בבניית תוכנית ההתערבות.

כ- 6 חודשים לאחר ההשתלה. נמצא כי 82% מהם דיווחו על כאב סביב קיום יחסי מין, 81% על יובש בנרתיק, 64% על חוסר יכולת להגיע לאורגזמה ו- 73% דיווחו שהתשוקה שלהם ליחסי מין ירדה מאז הטיפול, קרוב לוודאי בשל חוסר הנוחות הפיזית (Netizer et al., 1998).

היבטים פסיכולוגיים המשפיעים על חיי המין לאחר השתלת מח עצם

ההיבטים הפסיכולוגיים הנלווים להשתלת מח עצם כוללים שינויים בדימוי הגוף, חרדה, דיכאון, ירידה בביטחון העצמי, דאגות וחששות עקב הפגיעה בפוריות ועוד. כל אלה מהווים חלק מהגורמים הפסיכולוגיים המשפיעים על מעגל התגובה המינית (Kathryn, 2004). מושתלי מח עצם חווים תחושת פחד בשל מחלה מסכנת חיים. החשש מתגובה לא רצויה ותופעות הלוואי גורמים ללחץ כבד ולקושי בקבלת החלטות לגבי הטיפול. יוצא, אפוא, ששכיחות ההשלכות הפסיכולוגיות גבוהה, כך שכמעט אחד מכל שלושה מטופלים ידווח על סימפטומים ועל מחשבות בלתי נשלטות כתגובה לסטרס (Kiss & Kainz, 2008). במחקר שעסק במטופלים ששרדו 10 שנים לאחר השתלת מח עצם, כשנשאלו המטופלים על בעיותיהם הבריאותיות, הם לא התמקדו בבעיות בריאות ספציפיות, אלא ציינו כאבי שרירים, בעיות במיניות, תכיפות במתן שתן, שינויים במצב רוח והצורך שלהם להשתמש בתרופות אנטי דיכאוניות ובבנזודיאזפינים (Syrjala, Langer, Abrams, Setor, & Martin, 2005).

Humphreys, Tallman, Altmaier & Barnette (2007) חקרו תפקודים מיניים בקרב מושתלי מח עצם, בטווח של שנה ושל שלוש שנים לאחר השתלה. הממצאים העלו, כי גברים מושתלי מח עצם אכן חשו פחות אטרקטיביים, רמת העניין שלהם במין ירדה, והבעיות בזקפה החמירו. בנשים הקושי להגיע לאורגזמה עלה, והתסמינים של יובש בנרתיק וכאבים בזמן קיום יחסי מין עלו גם הם. במאמר זה ניתנה חשיבות רבה להיבט הפסיכולוגי, ולכך שדיכאון הינו גורם משפיע על התפקוד המיני של מושתלי מח עצם. עוד צויין, כי אם בעיית הדיכאון תקבל מענה עוד לפני ההשתלה, יהיה זה צעד חשוב במניעת הפרעות בתפקוד המיני בהמשך השנים שלאחר ההשתלה.

במושתלי מח עצם עם GVHD, המצב הנפשי יהיה חמור אף יותר. מטופלים אלה חווים שינויים רבים בדימוי הגוף וכתוצאה מכך תסכול, כעס, חרדה, אשמה ודיכאון. כמו כן שינויים בדימוי הגוף משפיעים באופן חד משמעי על התפקודים החברתיים של מושתלים עם GVHD, הבאים לידי ביטוי בהרגשת חוסר יעילות, בבידוד חברתי, בתחושת בדידות של המטופל ובירידה בתפקוד מיני פוטנציאלי (Couriel et al., 2006).

תמיכה חברתית, טיפול פסיכולוגי ובמצבים של דיכאון וחרדה - טיפול תרופתי, עשויים לשפר את דימוי הגוף, את ההתמודדות הנפשית ואת תפקודו המיני של החולה המושתל.

המחלקה והפסיכולוג בחרו שלא להשתתף בסדנה. כל מפגש ארך כשלוש וחצי שעות וכלל תכנים שונים, כמו הגדרת מיניות, הגורמים לשינויים במיניות חולי סרטן בכלל וחולים לאחר השמ"ח בפרט, מודלים ודרכים להתערבות כגון: PLISSIT, BETTER, (Mick & Hughes, 2004) ועוד. נושאים ייחודיים לחולים לאחר השתלת מח עצם, כמו מחלת השתל נגד המאכסן (GVHD) וטיפולים ביולוגיים ייחודיים, הועברו על-ידי אחיות הצוות המוביל את הנושא. במהלך הסדנה נעשה שימוש בקלפים טיפוליים, דיונים ומשחקי תפקידים, תוך שימוש במצבים שהצוות מכיר מהמחלקה ומאשפוז היום. בנוסף, הוצגו בפני הצוות אנשי מקצוע שיכולים להוות משאב לצוות ולמטופלים בהתמודדות עם נושא המיניות מבית החולים ומחוצה לו, כמו הסקסולוגית של בית החולים.

תוצאות:

ניתוח נתוני שאלון העמדות והידע של משתתפי התוכנית לפני ואחרי הסדנה, נערך בשיטות מחקר כמותיות באמצעות סטטיסטיקה תיאורית. ההתפלגות וההצגה הגראפית נעשו באמצעות תוכנות SPSS ו- EXCEL.

שבעים ושבעה אחוזים מכלל הצוות של המחלקה מילא שאלונים טרם הסדנה, 100% ממשתפי הסדנה בכל המפגשים מלאו שאלון בסיום הסדנה.

ממצאי השאלון שחולק לצורך הערכת הסדנה לאחר סיומה, מצביעים על תרומתה של הסדנה, הן בהעשרת הידע של צוות האחיות והן בהקשר של שינוי עמדותיהם, כלפי אומדן וזיהוי בעיות בתחום המיניות ומתן התערבות בהתאם. בתרשימים א' ו-ב' יוצגו תוצאות **שאלון הידע** לפני ואחרי הסדנה.

מהתרשימים משתמע שחל שינוי במידת הידע של הצוות שהשתתף בסדנה, בנושא הנידון בה. לפני הסדנה, על פי חישוב הנתונים, נמצא ש- 56% השיבו נכונה על כל עשר השאלות, לעומת 88% לאחר. זאת ועוד, ניתן לראות בתרשימים באופן בולט, שלאחר

תוכנית ההתערבות כללה: חלוקת שאלון מקדים אנונימי לבדיקת ידע ועמדות הצוות כלפי מיניות המטופלים, קיום סדנה להקניית ידע וכלים לצוות בתחום, וחלוקת שאלוני ידע ועמדות עם סיום הסדנה להערכת יעילות ההתערבות.

שאלונים:

השאלונים הורכבו משני חלקים. החלק הראשון בדק את האמונות ואת העמדות של הצוות וכלל שלושה תחומים:

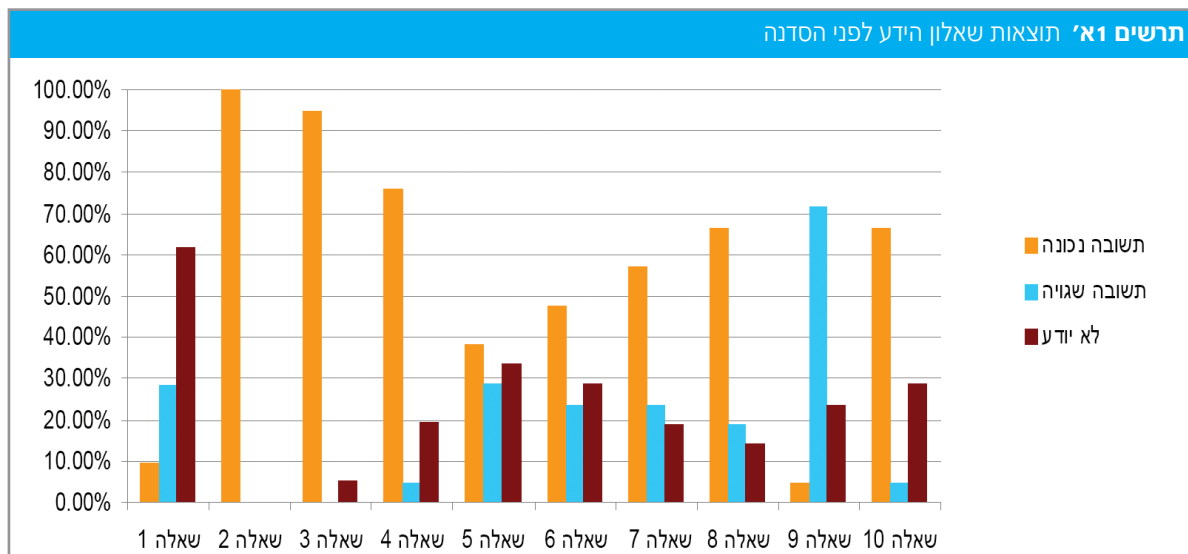
1. תפיסת מידת **יכולת ההתמודדות של הצוות** עם פעילויות הקשורות לתחום המיניות.
2. דירוג פעילויות הקשורות למיניות המטופלים **במסגרת התפקיד** (עד כמה הנבדק חושב שהתערבויות שונות בתחום המיניות הן חלק מתפקידו).
3. מידת **ביצוע** פעילויות בתחום מיניות המטופלים במסגרת העבודה.

אנשי הצוות התבקשו לדרג את המשפטים על פי סולם ליקרט בן 5 דרגות, מ- 5 "מסכים מאוד" ועד 1 "כלל לא מסכים". החלק השני כלל עשר שאלות ידע. ציון הידע ניתן באחוזים. כל שאלה זיכתה את הנבדק ב- 10 נקודות (10%). הציון המרבי הוא 100.

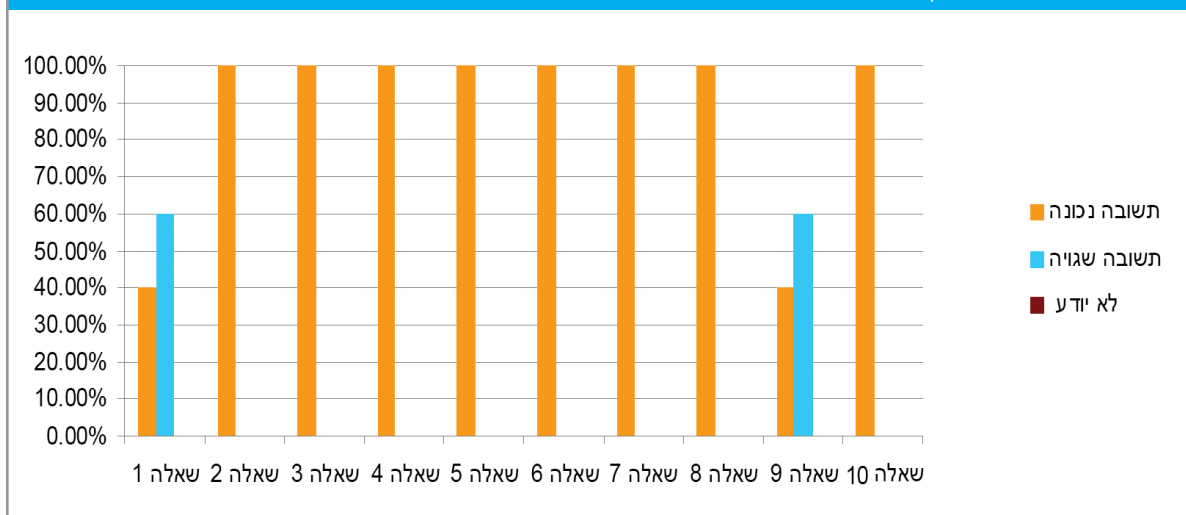
הסדנה:

לאחר ניתוח ממצאי השאלון המקדים, הוקמה סדנה בת 15 שעות, אשר חולקה ל- 4 מפגשים אחת לשבועיים-שלושה. בתכנון התערבות נלקחו בחשבון מיקום הסדנה, ונגישות הצוות למקום בו מתקיים הסדנה. בנוסף, הסדנה התקיימה בשני סבבים מקבילים, בשעות שונות, כדי לאפשר לכל הצוות להגיע.

תוכן הסדנה הותאם לאופי המטופלים, הצוות והממצאים שעלו מהשאלון. בסדנה השתתפו אחיות מהמחלקה ומאשפוז היום. שני המפגשים הראשונים היו מפגשי חובה על-פי החלטת האחות האחראית, כדי לתת לצוות להכיר את הנושא מקרוב. במפגש השלישי והרביעי נותרה קבוצה מצומצמת של אחיות. העובדת הסוציאלית של המחלקה השתתפה בכל מפגשי הסדנה. רופאי



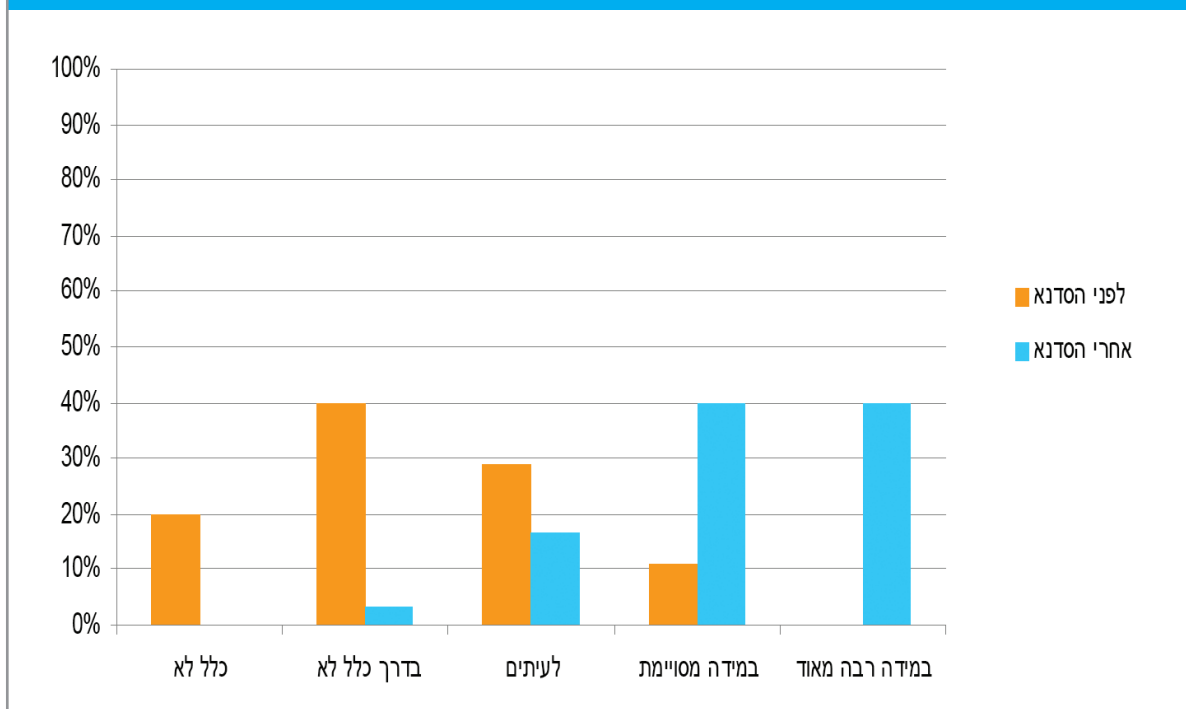
תרשים 1ב' תוצאות שאלון הידע לאחר הסדנה



לאחר עיבוד הנתונים המופיעים בתרשים 2, נמצא שלפני הסדנה 29% מהמשתתפים ציינו שהם בעלי יכולת מוגבלת להתמודד עם נושא מיניות המטופלים, 12.7% העידו שהם בעלי יכולת להתמודד עם מיניות המטופלים. בסיום הסדנה, מעל 80% ממשתתפי הסדנה העידו על עצמם כבעלי יכולת להתמודד עם מיניות המטופלים.

הסדנה לא סומנה האפשרות "לא יודע" באף אחד מהשאלונים (צבע חום), בעוד שלפני הסדנה סומנה אפשרות זו. בתרשים 2 תוצג **מידת יכולת התמודדות** הצוות עם נושא מיניות המטופלים לפני ואחרי הסדנה. בתרשים זה ניתן לראות את השינוי בעמדות ואמונות הצוות. הצבע הכתום מציינ עמדות הצוות לפני הסדנה, והצבע הכחול מציינ את עמדות הצוות לאחר הסדנה.

תרשים 2 מידת יכולת התמודדות הצוות עם נושא מיניות המטופלים לפני ואחרי הסדנה

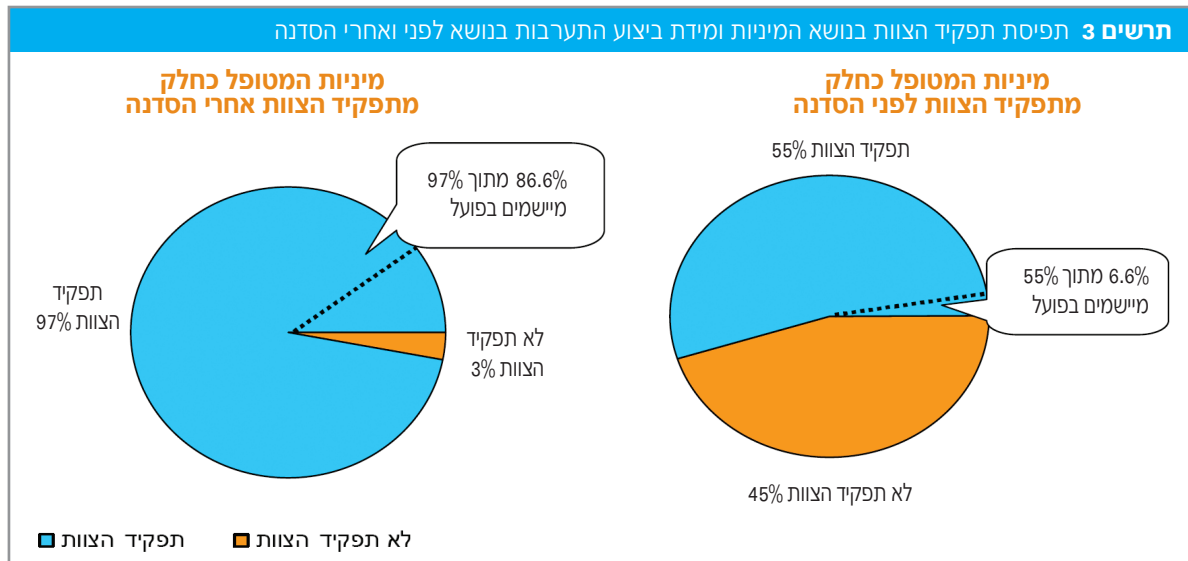


לציין, שבשני המפגשים הראשונים, כאשר נוכחות הצוות הסייעודי הייתה חובה, נרשם שיתוף פעולה מלא גם בקרב אנשי הצוות שהביעו התנגדות לקיום תוכנית ההתערבות. בהמשך נותר גרעין מצומצם של אחיות (כ- 32% מצוות האחיות), שהתמיד להגיע להמשך המפגשים ושיתף פעולה עם התכנים והמטלות בסדנה.

בתרשים 3 מוצגות תפיסת תפקיד הצוות בנושא המיניות, ומידת ביצוע התערבות בנושא לפני ואחרי הסדנה.

השאלות שהוצגו לצוות הסייעודי הן:

- האם לדעתך נושא המיניות הוא חלק מתפקיד הצוות המטפל?
- האם הצוות המטפל (את/ה) עוסק בנושא?



דין
 בעבודתנו במחלקה, נוכחנו לדעת שהצוות מודע לחשיבות נושא מיניות המטופלים ואף חושב שצריך לתת מענה למטופלים בתחום זה, אך עדיין מרבית הצוות לא מכליל את הנושא כחלק בלתי נפרד משגרת העשייה הסייעודית. התכנון, היישום והערכת התוכנית התבצעו במסגרת מחלקת השתלת מח עצם בבית חולים שיבא בתל-השומר על-ידי אחות אחראית המחלקה, האחיות הראשית של האגודה למלחמה בסרטן ושלוש אחיות מהמחלקה, שלקחו על עצמן לקדם את הנושא (צוות מוביל נושא). בתוכנית נעשה שימוש באסטרטגיה חינוכית, אשר כללה הנחיה קבוצתית על ידי מנחה והעברת מידע תיאורטי על-ידי צוות מוביל נושא. לפי הספרות ניתן לראות, שבמרבית הסדנאות שנערכו בנושא זה, נעשה שימוש בהדרכות על-ידי מנחה (Peterson & Hughes, 2002) ושימוש על-ידי המשתתפים עצמם (אשכנזי, גרוס, טבנקין, פורת, ואבירם, 2005). שילוב שתי ההדרכות יחדיו עשוי למקסם את יעילות התוכנית. על פי הממצאים ניתן לראות את הצלחת השילוב. מהנתונים שעלו מעיבוד השאלונים, נראה שישנו שיפור משמעותי בידע הצוות. בנוסף, הצוות רכש כלים ומיומנויות, שיסייעו לו בבואו לדון עם מטופלים בנושא המיניות. שינוי התנהגות הצוות הסייעודי נבחן באופן תמציתי לפי מודל "שלב המוכנות של שינוי ההתנהגות". במודל זה שישה שלבים

במילים אחרות, האם חברי הצוות חושבים שזה תפקידם והאם הם מבצעים זאת? לפי הנתונים שעלו מעיבוד השאלונים לפני הסדנה, 45% מהצוות סברו שמיניות המטופלים אינה חלק מהנושאים איתם נדרש הצוות להתמודד. רק 6.6% מתוך 55% מהצוות שחשבו שהתייחסות למיניות המטופלים היא חלק מתפקיד הצוות, העידו על עצמם כמבצעים התערבות בנושא. בסיום הסדנה כ- 97% ממשתתפי הסדנה סברו שהתייחסות למיניות המטופל היא חלק מתפקיד הצוות, כ-86.6% מתוכם ציינו שהם מתייחסים לנושא זה בזמן הטיפול במטופלים במחלקה או באשפוז היום.

תגובות הצוות לסדנה

בתחילת התהליך הצוות התנגד לתוכנית ההתערבות. בעת חלוקת השאלונים טרם הסדנה, נתקלנו באמירות כמו: "למי איכפת ממיניות - אנשים מתים פה מסרטן!" אמירות בוטות בעלות אופי מיני הוטחו בצוות מוביל הנושא בזמן העבודה השגרתית במחלקה. כאשר פורסמו מועדי הסדנה הועלו שאלות כמו: "יהיו הדגמות והתנסויות?", "נקבל סרגלי מדידה מיוחדים לנושא?". תזכורות על לוח המודעות המחלקתי בנושא השאלונים והסדנה נתלשו ונזרקו. השאלון הראשון חולק לכל אנשי הצוות המטפל במחלקה, כולל צוות רב מקצועי. 77% מהצוות השיב עליו. הצוות שבחר לא להשיב על השאלון ציין שאינו פנוי "להתעסק" עם מיניות. חשוב

מרבית האחיות הצעירות טענו, שהן לא דנו בנושא זה עם המטופלים כי הן לא ראו דפוס זה בקרב האחיות הוותיקות במחלקה, אך עם סיום הסדנה, הן התחילו ליישם זאת. לא ניתן להימנע מהתייחסות לגורמים ארגוניים המשפיעים על קושי ביישום התוכנית, כגון עומס בעבודה ולחץ זמן, מחסור בתנאים מתאימים לקיום שיחה אינטימית, חששות מחידרה לפרטיות או גרימת נזק, מחסומים אישיים, התנגדויות או חוסר שיתוף פעולה של חלק מהצוות הרב מקצועי, וכן ריבוי תוכניות שונות ואומדנים סיעודיים בתחום, אשר אינם שיטתיים ואינם מתבצעים באופן שוטף לזיהוי בעיות. בין הגורמים הארגוניים אשר השפיעו על הצלחת התוכנית, ניתן למנות את התמיכה המתמשכת של הצוות, הקצאת משאבים נדרשים, דמויות מנהיגות חזקות, אשר מעורבות בכל ההיבטים של התוכנית ודוחפות אותה קדימה, הכנת והכשרת אנשי שטח לתוכנית (צוות מוביל נושא), מעורבות אנשי השטח בכל שלבי התוכנית ועידוד מוטיבציה לאורך כל התוכנית.

מסקנות

עריכת התוכנית כפיילוט, בה נבדקה יעילות ההתערבות, הייתה מלווה באיסוף נתונים לפני הפעלת התוכנית ואחריה, מתוך כוונה להטמיע את התוכנית, כך שתיושם באופן קבוע ושיטתי כחלק מהטיפול הכוללני בחולה ובן/בת זוגו. הצלחת התוכנית הובילה למספר מסקנות:

- נצפו שינויים בעמדות ובהתנהגויות של הצוות הסיעודי.
- הושג שינוי בהעלאת רמת הידע והמודעות בקרב הצוות הסיעודי המטפל.
- צוות רב מקצועי נמצא יעיל בהעברת ידע, תוכן ומסרים בריאותיים, כאשר הקבוצה מהווה מסגרת תומכת לצוות המטפל.
- מחלקת השמ"ח מהווה מקום מתאים להפעלת תוכנית הדרכה ברמה קבוצתית.
- לא כל הצוות הסיעודי היה פתוח לקבלת מסרים בנושא המיניות. בהתחלה היה קושי רב לגבש קבוצת תמיכה למשתתפים.

המלצות להמשך

- מסגרת קבוצתית בה מועברים מסרים, ידע, כלים ומיומנויות מומלצות כדרך לחינוך ולקידום הבריאות בקרב הצוות המטפל.
- ניתן לייחס את ההצלחה גם לשני גורמים משמעותיים: האחד הוא שילוב צוות רב מקצועי בסדנה, והשני הוא שיתוף חברי הצוות בהעברת הרצאות בסדנה. ההמלצה היא, על כן, לשלב בכל תוכנית מסוג זה את כלל אנשי המקצוע הקשורים לתחום ולתת לחברים המשתתפים לתרום חלק בסדנה (בשלב התכנון ובשלב הביצוע).
- מיקום הפעלת התוכנית הינו מרכיב מרכזי להצלחתה. יש לדאוג, שמקום הפעלת התוכנית יהיה מוכר, נגיש וזמין למפעילים ולמשתתפים.
- קיום שתי סדנאות, בבוקר ובערב, מאפשרות לכלול צוות רב יותר בשל עבודת משמרות.

המאפיינים תהליך של שינוי התנהגות הקשורה לבריאות. המודל מדגיש שלאדם הרוכש מיומנויות וכלים להתמודד עם התנהגות מסוימת, תהיה יכולת לערוך את השינוי הנדרש בהתנהגותו יותר מאשר אדם התולה את השינוי במקור חיצוני. השלבים אותם עובר האדם בתהליך השינוי: (1) קדם הרהור (Pre-Contemplation): בשלב זה האדם עדיין לא שוקל לשנות התנהגות ואינו פנוי לקבל כלי ליצירת שינוי. (2) הרהור (Contemplation): האדם ער לצורך בשינוי ואמביוולנטי (דו ערכי) כלפי השינוי, תהליך זה יכול להימשך זמן רב. (3) החלטה (Decision): הצהרה על כוונה לערוך שינוי, לעיתים הצהרה בלבד שאין בה כדי לנבא את ההצלחה והשגת השינוי. (4) פעולה (Action): צעדים מעשיים שמטרתם יצירת שינוי. (5) שימור (Maintenance): מטרת שלב זה למנוע הישנות וחזרה למצב טרם השינוי, זה שלב אינסופי שנמשך מרגע יצירת השינוי. (6) הישנות (Relapse): מעגל השינוי רואה בהישנות התרחשות נורמאלית, המקרבת את האדם אל השינוי המיוחל. זוהי חוויה לימודית שניתן להפיק ממנה לקחים להמשך. אדם שחזר להתנהגות טרם השינוי יעבור בפעם הבאה את מעגל השינוי ביתר קלות (Prochaska & Diclemente, 1982).

לפי הממצאים ניתן להיווכח, שמתוך כלל המשתתפים בסדנה 86.6% מיישמים הדרכות, ייעוץ והפנייה למומחים רלוונטיים. האחיות אשר החלו לדון בנושא עם מטופלים, דיווחו שהסדנה עזרה להן לרענן את הידע ו/או לרכוש כלים נוספים או מיומנויות כלשהן. כלים אלו עזרו לאחיות לגלות עמדות חיוביות יותר כלפי נושא זה, הן חשו נוח יותר בבואן ליזום שיחה בנושא עם המטופל. כמו כן, הן טענו שהסדנה העצימה אותן והחלו להרגיש שהטיפול שהן מעניקות לחולה הוא טיפול מקצועי. בשיחת משב במפגש האחרון, האחיות דיווחו שהן מרגישות פחות "מאוימות" ונתפסות פחות "כאובייקט מיני", מכיוון שהן פיתחו עמדות חיוביות יותר כלפי הנושא.

רק 3% מהאחיות עדיין טוענות שזה לא תפקידן, והן לא מכלילות את הנושא בהתערבות הסיעודית. לדבריהן, שיחה בנושא מיניות צריכה להיות ביוזמת החולה, לכן הן לא ידונו עם החולים בנושא זה. הן רק תוכלנה להפנות מטופלים לאחיות הצוות המוביל את הנושא, או למומחים בתחום. יש להדגיש ששינוי זה נחשב לשינוי חיובי. רוב אנשי הצוות הסיעודי טענו, שלפני הצטרפותם לסדנה חשבו שמטופלים מבוגרים אינם פעילים מבחינה מינית, לכן הם לא מתעניינים בשיחה הקשורה לנושא מיניות, אך לאחר הסדנה הן הסכימו לכך, שרק שאלה המופנית ישירות אל החולה בנושא זה תוביל אותן לאפשרות לדון בעניין. בנוסף, אחיות ששוחחו עם המטופלים בנושא, דיווחו שהעיתוי הנכון לשיחה בנושא מתחיל באשפוז ונמשך גם באשפוז היום – בתקופת המעקב השגרתי אחרי האשפוז. החולה ובת זוגו הם אלה שמחליטים מתי להזדמנות המתאימה לשיחה ולהדרכה בנושא. האחיות ציינו, שמתן מידע לחולים יסייע למטופל ובת זוגו להבין ולהתכונן להשלכות הצפויות של הטיפול, ויביא להתמודדות יעילה יותר עם מחלתם ועם המצב החדש שנוצר בעקבות הטיפול.

Kaupplia, M., Koskinen, P., Irljala, K., Remea, K., & Viikari, J. (1998). Long-term effects of allogeneic bone marrow transplantation (BMT) on pituitary, gonad, thyroid and adrenal function in adults. *Bone Marrow Transplantation*, 22, 331-337.

Kiss, A., & Kaniz, M. (2008). Psychosocial aspects of HSCT. In J. Apperley, E. Carreras & E. Gluckman, (Eds.), *The EBMT Handbook 5th Edition* (pp. 309-314). Paris, France: European School of Hematology.

Ljungman, P., & Gratwohl, A. (2008). Indication and current practice for allogeneic and autologous HSCT for hematological diseases solid tumor and immune disorders. In J. Apperley, E. Carreras & E. Gluckman, (Eds.), *The EBMT Handbook 5th Edition* (pp. 319-327). Paris, France: European School of Hematology.

Masszi, T. (2008). Supportive care. In J. Apperley, E. Carreras & E. Gluckman, (Eds.), *The EBMT Handbook 5th Edition* (pp. 165-178). Paris, France: European School of Hematology.

Mick, J. A., & Hughes, M. (2004). Using the BETTER Model to asses sexuality. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 8, 84-86.

Neitzer, C. S., Ritvo, P., Dncey, j., Weiser, K., Murray, C., & Avery, J. (1998). The psychological impact of bone marrow transplantation: A review of literature. *Bone Marrow Transplantation*, 22, 409-422.

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

Peterson, K. A., & Hughes, M. (2002). Readiness to Change and Clinical Success in a diabetes educational program. *Journal of American Board Family Practice*, 15(4), 266-271.

Prochaska, J. O., & Diclemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory Researches and Practice*, 19(3), 276-287.

Syrjala, K. L., Roth – Romer, S. L., Abrams, J. R., Scanlan, M. K, Chapko, S. V., & Jean, E. S. (1998). Prevalence and predictors of sexual dysfunction in long term survivors of marrow transplantation. *Clinical journal of oncology*, 16, 3148-3157.

Syrjla, K. L., Langer, S. L., Abrams, J. R., Setor, B. E., & Martin, P. J. (2005). Late effects of hematopoietic cell transplantation among 10-year adult survivors compared with case- matched controls. *Clinical journal of oncology*, 23, 6596-6606.

Tiercy, J. M. (2008). The role of HLA in HSCT. In Apperley, J., Carreras, E., Gluckman, E. (Eds.), *The EBMT Handbook 5th Edition* (pp. 47-59). Paris, France: European School of Hematology.

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

המשכיות התוכנית

הצלחת התוכנית מותנית אפוא, גם ביכולת לתכנן את המשכיות הפרויקט לאורך זמן. חשוב לכלול משוב של הערכה לגבי תכנונה והפעלתה של התוכנית, כדי ליצור מעגל מתמיד של תמורות ושיפורים בהפעלה המתמשכת על פי תוצאות ההערכה. התוכנית "העלאת רמת הידע והמודעות לגבי הבריאות המינית בקרב הצוות המטפל במחלקת השתלת מח-עצם בבית חולים שיבא היוותה פיילוט, לפיכך חשיבות גדולה ניתנת לגורם המשכיות.

הוחלט יחד עם אחראית המחלקה שהתוכנית תמשיך, מכיוון שהצוות עוסק בנושא זה בחיי היומיום. יחד עם זאת, צוות מוביל הנושא במחלקה הביע נכונות לקיים מפגשים כל חצי שנה לצורך רענון וביצוע משחקי תפקידים עם מצבים שנתקלים בהם בעבודתם היומיומית.

מקורות

אשכנזי, ע. ת., גרוס, ר., טבנקין, ח., פורת, א., ואבירם, א. (2005). מיפוי תוכניות הבטחת איכות בקופות חולים בישראל וזיהוי גורמים התורמים להצלחה או כשלון של תוכניות. מרכז סמוקלר לחקר מדיניות הבריאות.

יניב, ח. (1995). מקום הסיעוד בהיבטים מיניים הנובעים מטיפול בסרטן של מערכת האורוגניטלית. במה, 8, 115 – 122.

Couriel, D., Carpenter, P. A., Cuter, C., Bolanos-Meade, J., Treister, N. S., Gea-Banacloche, J., ...Flowers, M. E. (2006). Ancillary therapy and supportive care of chronic graft versus host disease: National Institutes of health consensus development project on criteria for clinical trial in chronic graft-versus-host disease: V. Ancillary therapy and supportive care working group report. *Biology of Blood and Marrow Transplantation*, 12, 375-396 .

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. (2000). Information needs about effects of gynecological cancer on sexuality: A review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 9, 678-688.

Hordern, A. (2000). Intimacy and sexuality for the woman with breast cancer. *Cancer Nursing*, 23, 230-236.

Humphreys, C. T., Tallman, B., Altmaier, E. M., & Barnette, V. (2007). Sexual functioning in patient undergoing bone marrow transplantation a longitudinal study. *Bone Marrow Transplantation*, 39, 491-496.

Kathryn, T. D. (2004). Sexuality following hematopoietic cell transplantation. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 1(1), 43-47.

Katz, A. (2005). The sound of silence: sexuality information for cancer patient. *Journal of Clinical Oncology*, 23(1), 238-241.