

סגנונות קבלת החלטות של נשים מהתרבות היהודית בישראל העומדות לעבור ביופסיה עקב ממצא חשוד בשד

אלישבע ג'אן, ד"ר אילנה קדמון, פרופ' פני פירס, ד"ר אילה הוברט

הצורך לקבל החלטה בנוגע למחלתן. המחקר הנוכחי הינו מחקר תיאורי מתאמי. המדגם הינו מדגם נוחות, שנעשה בקרב נשים יהודיות מעל גיל 18, אשר כבר ידעו כי קיים ממצא חשוד בשדן וכעת עמדו לעבור ביופסיה. איסוף הנתונים נעשה במרכז בריאות האישה, בבית חולים במרכז הארץ. נעשה שימוש בשני כלי מחקר, הראשון שאלון MADS, אשר מתאר 4 סגנונות קבלת החלטות: הימנעות, התדיינות, איסוף מידע, דחייה. השני היה שאלון דמוגרפי שפותח לצורך מחקר זה. מיעוט הנחקרות הביא לכך, שתוצאות המחקר ברובן לא היו מובהקות מבחינה סטטיסטית, אולם מספר תחומים היו קרובים מאוד לכך. בשינוי רף המובהקות או בהגדלת מספר הנחקרות בהסתמך על ספרות, יתכן שנמצא כי נשים דתיות חרדיות, נוטות לשתף גורמים אחרים חוץ מרופאים בקבלת החלטות, לגבי הטיפול בסרטן השד.

נשים הלוקות בסרטן השד, ניצבות כיום בפני מגוון אופציות טיפוליות. החל מסוף שנות התשעים ותחילת שנות ה-2000, ניתן לראות כי נשים אלו מראות יותר ויותר רצון להיות שותפות בתהליך קבלת ההחלטות, על הטיפול שיינתן להן. אופן ההתנהגות בתהליך קבלת ההחלטה נקרא סגנון קבלת החלטות.

בשנים האחרונות, אנו עדים למספר קטן של מחקרים בעולם, אשר בודקים את סגנון קבלת ההחלטות בנשים שלקו בסרטן השד, בשלבים שונים של המחלה ובתרבויות שונות. מעט מאוד נעשה באוכלוסייה הישראלית ולא ידוע על מחקרים שנעשו בנושא, בתרבות הישראלית היהודית הדתית.

מטרת המחקר הנוכחי היתה לבדוק, מהם סגנונות קבלת החלטות של נשים מהתרבות היהודית בישראל, העומדות לעבור ביופסיה בשל ממצא חשוד בשד. בנוסף, לראות אם לנשים מתת האוכלוסייה הישראלית יהודית דתית, יש סגנון ייחודי משלה בעת

מבוא

האתיקה הרפואית מדגישה את זכות המטופלים לקבלת מידע מלא ולהיותם שותפים מלאים, בקבלת ההחלטות בכל הקשור למחלתם. הדבר אף מעוגן חוקית במספר מדינות בארצות הברית (Guadagnoli & Ward, 1998). בכל הקשור לטיפול רפואיים, הדגש כיום הוא על מעורבות המטופל, מצב המצביע על הרצון להתרחק מהגישה הפטרנליסטית ועל התקרבות לגישה המשתפת את מטופל (Hubbard, Kidd & Donaghy, 2008). כך הדבר

אלישבע ג'אן, MSN RN, מרכזת תחום קרינה נירואונקולוגית, מכון קרינה, מרכז רפואי שיבא elishevajan@gmail.com

ד"ר אילנה קדמון, RN, PhD, מרצה בכירה, בית הספר לסייעוד ע"ש הנרייטה סאלד של הדסה והאוניברסיטה העברית.

פרופ' פני פירס, PhD, RN, FAAN, אחות חוקרת, המחלקה לסייעוד, אוניברסיטת מישיגן, אן ארבור, ארצות-הברית.

ד"ר אילה הוברט, MD, מנהלת המרכז לגידולים במערכת העיכול, המחלקה לאונקולוגיה, מכון שרת, הדסה עין כרם, ירושלים.

רפואיות בתרבות היהודית הדתית, אשר מביא לתשומת הלב את השינוי בתפקיד של איש הדת מתמיכה רוחנית בלבד, למעורבות רבה בהקשר של קבלת החלטות רפואיות. המחקר בדק את המעורבות של אנשי דת יהודים, רבנים ואושיות קהילתיות, בקבלת החלטות רפואיות אצל חולות סרטן שד יהודיות חרדיות. מחקרם הראה כי בעת קבלת החלטות רפואיות, המשתתפות במחקר ערבו את הרבנים במידה רבה בקבלת ההחלטה הרפואית הנוגעת להן. על ידי עשייה זו, המטופלות חשו כי הן מבצעות את רצון האל (Coleman-Brueckheimer, Spitzer, & Koffman, 2009). המחקר הנוכחי כוון כלפי נשים אשר מצאו בעיה בשד, והיו מצויות בשלב האבחון של בעיה זו, תקופה אשר מאופיינת בדאגה רבה ובאי ודאות לגבי ממצא הנחשד כסרטני, אך טרם אובחן סופית ולכן גם טרם טופל. יחד עם זאת, תקופה זו גם מהווה זמן, אשר בהחלט יכול להשפיע על אופן ועל סגנון קבלת החלטות עתידיות.

במחקרים שנעשו על ידי O'Mahony (2001), Liao et al., (2008), Fridfinnsdottir (1997), תוארו החוויות שחווי מטופלות עם סרטן שד בשלוש תרבויות שונות (טייוואנית, איסלנדית ואירית) בתקופה שבין האבחון של ממצא בשד ועד לאבחון הסופי. כל אחת תיארה תקופה זו כמאופיינת בחרדות, רמת דאגה גבוהה ואי וודאות. ניתן אם כך להבין ממחקרים אלו, כי מצב זה אינו תלוי תרבות, אלא מאפיין את כלל הנשים שחולות בסרטן השד. במחקר נוסף, שנעשה בשנת 2009, Drageset וחבריה תיארו מאפייני התמודדות דומים בתקופה זו. אם כך ניתן לשער, כי אולי מאפייני התמודדות אלו קיימים אצל כלל הנשים חולות סרטן השד, ללא קשר למוצאן ותרבותן. אם כך הדבר, האם ניתן גם להסיק כי סגנונות קבלת החלטות שנמצאו בקרב נשים בארצות הברית ותוארו על ידי Pierce בשנת 1993, ימצאו גם אצל נשים מתרבויות אחרות ובכללן נשים מהתרבות היהודית בישראל.

בשנות התשעים של המאה הקודמת, נעשו מספר מועט של מחקרים לגבי סגנונות התנהגות בעת קבלת החלטות, אצל נשים שחלו בסרטן השד. אולם בשנות האלפיים החלה פריחה בתחום זה, כאשר חלקם עשו שימוש בממצאי של Pierce משנת 1993. למשל מחקרם של Budden, Pierce, Heye & Buettner משנת 2003 שחקר נשים אוסטרליות בשלב הטרם אבחנתי של סרטן שד מוקדם, או מחקרם של Kadmon, Pierce & Antonakos שנעשה בשנת 2012 ובדק את סגנון קבלת החלטות בקרב נשים ישראליות מבוגרות. כמו כן, נעשו מספר מחקרים אשר תארו סגנונות קבלת החלטות בתחום הבריאותי באופן שונה מזו של Pierce, למשל; (Caldon, Walters & Reed (2008); Almyroudy et al., (2011); Weber, Solomon & Meyer (2013).

בנוגע לטיפול בסרטן השד, הנשים מתבקשות יותר ויותר על ידי רופאיהן לבחור בין טווח של אפשרויות טיפוליות, לצורך תכנון הטיפול הרפואי שיינתן להן (Budden, Pierce, Heyes, & buettner, 2003).

הגישה המסורתית לקבלת החלטות, אשר משמשת בתחום העסקים והפסיכולוגיה, יצרה מספר מודלים של תהליכי קבלת החלטות. מודלים אלה ממליצים מה אנשים "צריכים" לעשות במצבים מסוימים, אך אינם מסבירים התנהגות במצבים אקטואליים (Pierce, 1993). בשנת 1993 ערכה Pierce מחקר בקרב נשים שאובחנו בסרטן השד, לגבי סגנונות קבלת ההחלטות שלהן, ומצאה ערך בהבנת התנהגות קבלת ההחלטות של מטופלות העומדות מול בחירה לגבי הטיפול בבריאותן. במחקרה זה, היא תארה שלושה סגנונות של קבלת החלטות: דחייה - Deferrers אנשים המתיעצים עם מומחה ומסתמכים בהחלטה על המלצתו. הימנעות - Delayers אנשים שאין להם שום העדפה לגבי ההחלטה וכיצד לעשותה. התדיינות - Deliberators אנשים שמעדיפים להחליט בשיתוף עם מומחים ונעזרים בקבלת ההחלטה במידע טכני. בהמשך, הוסיפה Pierce סגנון התנהגות נוסף, חיפוש מידע - Information Seekers אנשים המחפשים אחר מידע, ומפתחים תוכנית לאיסוף המידע לפני ביצוע ההחלטה (סגנון זה הוסף לאחר המחקר הזה) (Pierce, 1993).

תהליך של קבלת החלטות נעשה בתחומים שונים ובתרבויות שונות. אחד מהשימושים במיומנות של קבלת החלטות הינה בכל הנוגע למצבי בריאות וחולי, כאשר ניתן למצוא הבדלים בתהליכי קבלת ההחלטות, בין התרבות החילונית לתרבות הדתית.

התרבות היהודית בישראל מורכבת משני תתי תרבויות עיקריות, התרבות החילונית והתרבות הדתית. התרבות הדתית בישראל מורכבת אף היא מתתי מגזרים שונים, כשלכל אחד מהם אמונות ואופני פעולה, השונים זה מזה משמעותית. אמונות אלו משפיעות על כל הלך המחשבה ועל סגנון קבלת החלטות בכל תת מגזר.

הגישה לגבי קבלת ההחלטות בהקשר הבריאותי, בתרבות היהודית החילונית, שונה מזו הנקבעת על ידי חוקי הדת היהודית. בתרבות היהודית החילונית מושם דגש על זכויות האדם לפרטיות, הגדרה עצמית, חופש אישי ואוטונומיה בקבלת החלטות. לעומת זאת, חוקי היהדות הינן מערכת אתית, שמבוססת על חובות ומחויבויות הדדיות ועל מתן הוראות. חוקי היהדות מחייבים את המטופלים, לעשות כל מה שניתן כדי לשמור על בריאות טובה בכל מצב נתון, גם אם יש צורך לערב גורם נוסף שייתן את שיקול דעתו בעניין (Mor & Oberle, 2008).

ואכן, בשנת 2009 ערכו Coleman-Brueckheimer, Spitzer & Koffman באנגליה, מחקר המתאר קבלת החלטות

מטרת המחקר

מטרת מחקרנו לבדוק, מהן סגנונות קבלת ההחלטות של נשים מהתרבות היהודית בישראל, העומדות לעבור ביופסיה עקב ממצא חשוד בשד.

המחקר בוסס על ההנחה, כי נשים מהתרבות היהודית המורכבת משלוש תתי קבוצות עיקריות: חילונית, דתיות (חרדיות, דתיות לא חרדיות) ומסורתיות, נוטות לסגנונות קבלת החלטות שונות אחת מהשנייה, בדומה לממצאיה של Pierce במחקרה משנת 1993. אולם, בשל היות התרבות היהודית בישראל מורכבת גם מתת קבוצה דתית חרדית, אשר הן בשל אמונתן בהלכה היהודית הייחודית, והן בשל הקוד החברתי בו הן נתונות בקבוצות החברתיות בהן הן חיות, יתכן שיימצא אצלן סגנון שונה וייחודי של קבלת החלטות. החשיפה של סגנון זה עשויה להוות כלי חשוב בידי המערכת הרפואית והסיעודית, לזיהוי בעיות שעולות בשל סגנון קבלת ההחלטות בקבוצה ייחודית זו. הדבר היכול להשפיע על אופן התנהלותן של הנשים, שאינו עולה תמיד בקנה אחד עם אופן ועם סגנון קבלת ההחלטות במערכת הרפואית. גילוי יחס אמפאתי וסובלני מצד הצוות המטפל, כלפי ההחלטות המתקבלות אצל נשים מהתרבות היהודית דתית והתאמת הטיפול לאורך כל הדרך, לפי סגנון קבלת החלטותיהן, הינו בעל משמעות רבה.

שאלות המחקר

במחקר זה נשאלו שלוש שאלות:

1. מהן סגנונות קבלת ההחלטות של נשים העומדות בפני ביופסיה בשל קיום בעיה בשד, בכל אחת משלוש רמות התרבות היהודית בישראל (א. חילונית ב. מסורתית ג. דתית)?
2. מהו ההבדל בין שלוש רמות התרבות היהודית בישראל (א. חילונית ב. מסורתית ג. דתית) לגבי כל אחד מ-4 סגנונות קבלת החלטות, של נשים העומדות בפני ביופסיה בשל קיום בעיה בשד?
3. מהו הקשר בין כל אחד מ-4 סגנונות קבלת החלטות, בשלוש רמות התרבות היהודית בישראל (א. חילונית ב. מסורתית ג. דתית) אצל נשים העומדות בפני ביופסיה בשל קיום בעיה בשד?

שיטות וכלים

המחקר הינו מחקר מתאמי-תיאורי. במסגרתו נבדקו ותוארו סגנונות קבלת ההחלטות של נשים מהתרבות היהודית בישראל, משלושה תתי מגזרים עיקריים: א. חילונים ב. מסורתיים ג. דתיים (חרדים ולא חרדים). כמו כן, נבדק הקשר בין הסגנונות השונים בשלושת המגזרים וההבדל בין שלושת המגזרים, וזאת על מנת להסיק מסקנות לגבי האוכלוסייה הדתית המשתייכת לתרבות

היהודית בישראל (דתיים חרדים ודתיים שאינם חרדים). אוכלוסיית היעד הנגישה היתה נשים יהודיות מעל גיל 18, שאובחנו עם בעיה בשד והמתינו לעבור ביופסיה לאבחון מהות בעיה זו, במרכז בריאות האישה בבית חולים במרכז הארץ. הדגימה היתה דגימת נוחות.

גודל המדגם נקבע מלכתחילה ל-110 (כשגודל המדגם נקבע ל-110, בכל אחת מ-4 הקבוצות היו צריכות להיות 27 נשים) על ידי Power Analysis, כאשר נלקחה בחשבון נשירה של 10% מהנשים בשלבים השונים של המחקר. בגודל מדגם זה, ברמת מובהקות 0.05 ובעוצמת מבחן של 0.80 ניתן לזהות מתאם בינוני ומעלה כמובהק. אולם בשל היענות נמוכה של הנשים להשתתפות במחקר, מספר הנשים שנדגם בסיום המחקר היה 80 (כ-20 נשים נוספות סרבו לענות על השאלון).

נעשה שימוש בשני כלי מחקר: 1. MADS-The Michigan Assessment of Decision Style שהינו כלי חקר שפותח בשנת 1996 על ידי Pierce. זהו כלי בעל 16 פריטים שבדק 4 דפוסי התנהגות סביב קבלת ההחלטה (הימנעות, דחייה,

לוח 1: מאפיינים דמוגרפיים

מאפיין	מדד	כללי	חילונית	מסורתיות	דתיות
גיל	ממוצע	55.5	57.5	51.8	54.1
שגיאת תקן		1.5	1.9	3.2	2.9
סטית תקן		13.1	13.5	13.7	10.6
מס' ילדים	ממוצע	2.8	2.6	2.6	3.9
שגיאת תקן		0.1	0.1	0.2	0.4
סטית תקן		1.0	0.7	0.9	1.3

לוח 2: מאפיינים דמוגרפיים על פי השכלה, דת ורמה תרבותית

מאפיין	מספר	אחוז	
דת	יהודי	80	100
רמה תרבותית	חילונית	49	61
	מסורתית	18	23
	דתית	13	16

השכלה	חילונית		מסורתיות		דתיות	
	n	%	n	%	n	%
תיכונית	41	20	33	6	38	5
אקדמאית	59	29	61	11	62	8

2. מהו ההבדל בין שלוש רמות התרבות היהודית בישראל (א. חילונית ב. מסורתית ג. דתית) לגבי כל אחד מ-4 סגנונות קבלת החלטות של נשים העומדות בפני ביופסיה, בשל קיום בעיה בשד?

ההשערה היתה שנשים העומדות בפני ביופסיה בשל קיום בעיה בשד, בשלוש רמות התרבות היהודית בישראל שונות זו מזו, בכל אחד מ-4 סגנונות קבלת החלטות. לבדיקת השערה זו חושבו הממוצעים המתאימים לכל קבוצה בכל סגנון קבלת החלטות, ונערכה השוואה ביניהם בעזרת מבחני שונות (ANOVA). המסקנה היא על פי רמת מובהקות של 0.05 שאין הבדל מובהק סטטיסטית בין חילוניות/מסורתיות/דתיות מבחינת הימנעות (p = 0.06), אין הבדל מובהק סטטיסטית בין חילוניות/מסורתיות/דתיות מבחינת דחייה (p = 0.08). הממצאים מראים כי לא נמצא הבדל מובהק מבחינה סטטיסטית, בין חילונית/מסורתיות/דתיות בסגנונות של הימנעות ודחייה, אבל בסגנון הימנעות ערך ה-p קרוב מאוד לרמת המובהקות (p = 0.06). יש סיכוי סביר, שאם היו יותר נשים במדגם או ברמת מובהקות גדולה יותר (למשל p = 0.10), התוצאה היתה עם הבדל מובהק סטטיסטית. לכן ניתן לומר, כי לגבי סגנון הימנעות (נשים

חיפוש מידע והתדיינות) לכל משתתף, על פי סולם Likert של 5 נקודות.
2. שאלון דמוגרפי בעל 9 פריטים, שחובר על ידי החוקרת והמנחה שלה, דר' אילנה קדמון.

ממצאים

הנתונים הדמוגרפיים מתוארים בלוחות 1-2.
1. מהן סגנונות קבלת החלטות של נשים העומדות בפני ביופסיה בשל קיום בעיה בשד, בכל אחת מרמות התרבות היהודית בישראל (חילונית/מסורתית/דתית)?
בניסיון לבדוק האם יש הבדל בהתפלגות התשובות בין חילוניות/מסורתיות/דתיות (לוח 3) בעזרת מבחן Chi-square χ^2 , נמצא כי רק 2 שאלות יצאו מובהקות סטטיסטית ולכן לא ניתן להסיק מסקנות לגבי ההבדל בהתפלגות התשובות, בין שלוש תתי האוכלוסיות הללו. כמו כן, בהמשך פענוח התוצאות נמצא, כי יש בעיה קשה במהימנות השאלון לגבי מספר משתנים ולכן לא ניתן להסיק מסקנות לגבי שאלה מספר אחת על משתנים אלה. בשל העובדה כי המהימנות בכל סגנון קבלת החלטות שונה בין שלוש תתי האוכלוסייה, לא ניתן למעשה לקבוע מהו סגנון קבלת החלטות של כל תת אוכלוסייה (חילונית, דתית ומסורתית).

לוח 3: התפלגות הנשים משלוש רמות התרבות היהודית בישראל, על פי ארבעת הסגנונות של קבלת החלטות (1-5 בהחלט לא, 3-לא כן ולא, 4-בהחלט כן)

מספר שאלה	השאלה	רמת דתיות	דירוג באחוזים				
			1	2	3	4	5

דחייה

1	הייתי עושה החלטה מהירה ברגע שייאמר לי מהן האפשרויות העומדות בפני.	חילוניות מסורתיות דתיות	20 22 46	4 17 15	20 17 8	23 22 23	33 22 8
2	הייתי ממלאת את המלצות הרופא.	חילוניות מסורתיות דתיות	2 6	4 22 8	14 22 8	37 22 46	43 28 38
3	הייתי מסכימה לאפשרות שתראה לי הכי הגיונית באותו הזמן.	חילוניות מסורתיות דתיות	4 11	2 17 8	12 17 38	33 17 38	49 55 16

חיפוש מידע

4	הייתי מפתחת תוכנית לאיסוף יותר מידע.	חילוניות מסורתיות דתיות	4 8	6 17 8	17 17 15	14 11 23	59 72 46
---	--------------------------------------	-------------------------------	--------	--------------	----------------	----------------	----------------

	72	6	6	8	8	חילונית	הייתי קוראת עיתונים ומאמרים לגבי הטיפולים השונים בסרטן השד.	5
	61	22		17		מסורתיות		
	31	8	31	23	7	דתיות		
	58	16	6	4	16	חילונית	הייתי קוראת מאמרים מדעיים בנושא סרטן השד שיוצגו בפני.	6
	67	6	11	11	5	מסורתיות		
	39	15	8	23	15	דתיות		
1	56	13	8	8	15	חילונית	הייתי משקיעה כמה זמן שאוכל כדי לאסוף מידע.	7
	55	28	11	6		מסורתיות		
	31	23	23	15	8	דתיות		

התדיינות

	84	8	6	2		חילונית	הייתי מעדיפה לחפש ייעוץ מומחה.	8
	67	17	5	11		מסורתיות		
	69	23	8			דתיות		
	84	6	4		6	חילונית	הייתי שואלת לגבי הסיכונים הקשורים בטיפול בסרטן השד.	9
	83	6	6	5		מסורתיות		
	70	15	15			דתיות		
	66	12	12	6	4	חילונית	הייתי שוקלת בזהירות את הסיכונים הקשורים בטיפול בסרטן השד בעת קבלת ההחלטות.	10
	78	17	5			מסורתיות		
	77	15	8			דתיות		
	86	6	4	2	2	חילונית	הייתי רוצה לדעת את התוצאות האפשריות בקשר לכל אפשרות טיפולית בסרטן השד המוצעת לי.	11
	78	22				מסורתיות		
	69	31				דתיות		
	78	6	12	2	2	חילונית	הייתי שואלת הרבה שאלות בקשר לטיפול בסרטן השד.	12
	61	28	6		5	מסורתיות		
	46	31	23			דתיות		

הימנעות

	8	6	6	10	70	חילונית	הייתי רוצה שמישהו אחר יעשה את החלטות בשבילי לגבי הטיפול בסרטן השד.	13
	15	15	16	16	38	מסורתיות		
	15					דתיות		
	6		12	16	66	חילונית	אני מעדיפה, במצבים כאלה, שמישהו אחר יגיד לי מה לעשות.	14
	17			22	61	מסורתיות		
		15	31	23	31	דתיות		
	4	8	10	12	66	חילונית	אני מעדיפה לא לדעת שדברים בלתי צפויים יכולים לקרות לי.	15
	11	5	11	6	67	מסורתיות		
	15	8	8	15	54	דתיות		
	10	2	23	10	55	חילונית	אני מאמינה שמה שיקרה יקרה, ושיש מעט שאני יכולה לעשות כדי לשנות את הדברים.	16
	11	11	11	6	61	מסורתיות		
	23	8	31		38	דתיות		

ההחלטות, אצל נשים חילוניות מהתרבות היהודית בישראל, שעומדות לעבור ביופסיה עקב ממצא חשוד בשד.

נשים מסורתיות

קיים מתאם גבוה ומובהק סטטיסטית בין חיפוש מידע ובין התדיינות ($r_s=0.75, p \leq 0.0004$) אצל נשים מסורתיות מהתרבות היהודית בישראל, שעומדות לעבור ביופסיה עקב ממצא חשוד בשד.

ככל שערך ההתדיינות (נשים המעדיפות להחליט בשיתוף עם מומחים) של האישה גבוה יותר, כך ערך חיפוש המידע שלה (נשים האוספות מידע לפני ביצוע ההחלטה) גבוה יותר, ולהיפך. לא קיים מתאם מובהק סטטיסטית בין שאר סגנונות קבלת החלטות, אצל נשים מסורתיות מהתרבות היהודית בישראל, שעומדות לעבור ביופסיה עקב ממצא חשוד בשד.

נשים דתיות

לא קיים מתאם מובהק סטטיסטית בין סגנונות קבלת החלטות, אצל נשים דתיות מהתרבות היהודית בישראל, שעומדות לעבור ביופסיה עקב ממצא חשוד בשד. יחד עם זאת, אם המדגם היה גדול יותר, המתאם בין התדיינות - דחייה ($p = .06$) ובין התדיינות - חיפוש מידע ($p = .12$) בקרב דתיות, היה מובהק משמעותית מבחינה סטטיסטית.

דיון

מחקר זה, לפי הידוע, הינו מחקר ראשון מסוגו בישראל, המנסה לתאר מהו סגנון קבלת החלטות של נשים ישראליות יהודיות, כאשר הן מצויות לפני קבלת החלטה במידה והן תאובחנה עם גידול סרטני בשד. כפי שניתן לראות על פי תוצאות מחקר זה, לא נמצאו ממצאים מובהקים בעלי משמעות סטטיסטית, יחד עם זאת, ישנם

ללא העדפה לגבי ההחלטה וכיצד לעשותה), יתכן שקיים הבדל בין נשים העומדות בפני ביופסיה בשל קיום בעיה בשד, בשלוש רמות התרבות היהודית בישראל. מכיוון שאין לנו תשובה לגבי מהו סגנון קבלת החלטות של כל תת אוכלוסייה (שאלת המחקר הראשונה), לא ניתן לקבוע מהו ההבדל הזה.

עבור סגנונות חיפוש מידע והתדיינות, השלכת אחריות ולקיחת אחריות, לא נמצא כלל הבדל מובהק סטטיסטית בין חילוניות/מסורתיות/דתיות ($p = .15, p = .99$).

3. מהו הקשר בכל אחד מ-4 סגנונות קבלת החלטות, בשלוש רמות תרבות יהודית בישראל (חילונית, מסורתית, דתית) אצל

נשים העומדות בפני ביופסיה בשל קיום בעיה בשד?

ההשערה היתה כי בנשים חילוניות, בנשים מסורתיות ובנשים דתיות העומדות בפני ביופסיה בשל קיום בעיה בשד, קיים מתאם (קורלציה) בין ערכי כל אחד מ-4 סגנונות קבלת החלטות. החישוב נעשה על פי מקדמי המתאם של ספירמן (מוצג בלוח 4).

נשים חילוניות

קיים מתאם מובהק סטטיסטית בין הימנעות והתדיינות ($r_s = .58, p \leq .02$) ובין חיפוש מידע והתדיינות ($r_s = -.34, p \leq .0001$) אצל נשים חילוניות מהתרבות היהודית בישראל, שעומדות לעבור ביופסיה עקב ממצא חשוד בשד. משמעות תוצאות אלו היא, שככל שערך ההתדיינות (נשים המעדיפות להחליט בשיתוף עם מומחים) של האישה גבוה יותר, כך ערך ההימנעות (נשים ללא העדפה לגבי ההחלטה וכיצד לעשותה) שלה נמוך יותר, ולהיפך. ככל שערך ההתדיינות של אישה (נשים המעדיפות להחליט בשיתוף עם מומחים) גבוה יותר, כך ערך חיפוש המידע שלה (נשים האוספות מידע לפני ביצוע ההחלטה) גבוה יותר, ולהיפך. לא קיים מתאם מובהק סטטיסטית בין שאר סגנונות קבלת

לוח 4 - מקדמי המתאם של ספירמן בין 4 דפוסי קבלת החלטות (המספר בסוגריים הוא ערך p)

דתיות		מסורתיות		חילוניות		מדד
-0.008	(.98)	-.32	(.20)	-.16	(.29)	הימנעות דחיה
-.22	(.47)	.11	(.68)	.01	(.93)	הימנעות חיפוש מידע
.21	(.49)	-.002	(.99)	-.34	(.02)*	הימנעות התדיינות
.003	(.99)	-.25	(.32)	-.13	(.36)	דחייה חיפוש מידע
-.54	(.06)	-.10	(.68)	.0	(.89)	דחייה התדיינות
.45	(.12)	.75	(.0004)	.58	(<.0001)*	חיפוש מידע התדיינות
-.18	(.57)	-.08	(.74.)	-.22	(.12)	השלכת לקיחת אחריות

* הערכים המסומנים באדום הינם ערכים בהם היתה התאמה בעלת מובהקות סטטיסטית

כאן ביטוי לצד המסורתי שלהן. על כן לגבי שאלת מחקר זו, ההתייחסות באוכלוסייה הישראלית יהודית תהיה רק בין נשים חילוניות לנשים דתיות. אצל נשים חילוניות נמצא מתאם מובהק משמעותי מבחינה סטטיסטית בין סגנונות הימנעות (נשים ללא העדפה לגבי ההחלטה וכיצד לעשותה) והתדיינות (נשים המעדיפות להחליט בשיתוף עם מומחים), וגם בין סגנונות חיפוש מידע (נשים האוספות מידע פני ביצוע ההחלטה) והתדיינות.

משמעות העניין הוא, כי נשים חילוניות שאינן יודעות מה תהייה החלטתן בעת הצורך, תאסופנה מידע דרך כל האמצעים האפשריים, כגון מדיה וכדומה ותיעזרנה הן במידע שנאסף על ידן והן בשיתוף הרופא לקבל את ההחלטה. תוצאה זו דומה למתואר בספרות אצל Hack et al. (2006) שם נמצא כי ככל שהנשים מתקדמות לאורך מסלול המחלה, הן נוטות יותר לכיוון פעילות אקטיבית ומעורבות משותפת בטיפול הרפואי שלהן. גם Janz et al. (2004) ו- Keating et al. (2002) מצאו במחקריהם כי כיום נשים נעות יותר בין הרצון לקבל אחריות בלעדית על קבלת ההחלטה לגבי הטיפול שניתן להן, לבין החלטה משותפת להן ולרופא המטפל. אולם התוצאות הללו מנוגדות לממצאים של Almyroudy et al. (2011) אשר חקרו את סגנון קבלת ההחלטות של נשים יוניות, ומצאו כי ברובן הגדול בחרו בגישה פאסיבית והעבירו את האחריות לקבלת ההחלטה לרופא המטפל. המסקנה של החוקרים היתה, כי התוצאות שהתקבלו נבעו מהגישה הפטרנליסטית בתחום הבריאות שעדיין נהוגה כיום ביוון.

ניתן לומר על פי התוצאות של המחקר הנוכחי, בהשוואה לספרות הקיימת, כי נדמה שבנושאי בריאות, לשיטה הנהוגה במדינה הנחקרת יש גם השפעה על אופן התנהלותם של תושביה בעת הצורך לקבל החלטה. מכיוון שבקרב הנשים הדתיות במחקר הנוכחי לא נמצא שום מתאם בעל מובהקות משמעותית סטטיסטית לארבעת סגנונות קבלת ההחלטות, לא ניתן לדעת בוודאות אם הן מושפעות גם מגורמים אחרים, שאינם תלויים במדיניות הנהוגה במדינה, כגון גורמים רבניים או אושיות קהילה, כפי שתואר על ידי Coleman-Brueckheimer et al. (2009) כמצב בו נשים דתיות חרדיות האצילו את הסמכות לקבלת ההחלטות הטיפוליות שלהן על הרבנים. יחד עם זאת, התוצאות במחקר הנוכחי מעידות כי אם מספר הנשים הדתיות היה גדול יותר, יכול היה להיות מתאם מובהק משמעותית מבחינה סטטיסטית ביניהן לבין סגנונות התדיינות-דחייה (נשים המעדיפות להחליט בשיתוף עם מומחים) - נשים המתיעצות עם מומחה ומסתמכות בהחלטה עליו והמלצתו) ובין התדיינות-חיפוש מידע (נשים המעדיפות להחליט בשיתוף עם מומחים) - נשים האוספות

מספר ממצאים אשר היו קרובים להיות בעלי משמעות סטטיסטית.

שאלת המחקר הראשונה התכוונה לבדוק, מהן סגנונות קבלת ההחלטות של נשים העומדות בפני ביופסיה בשל קיום בעיה בשד, בכל אחת משלוש רמות תרבות יהודית בישראל: חילונית, מסורתית ודתית. התוצאות של שאלון המחקר בנוגע לשאלה זו, לא היו בעלות משמעות מובהקת סטטיסטית ולכן לא ניתן להסיק מסקנות, לגבי הבדל בהתפלגות התשובות בשלוש תתי האוכלוסייה. בנוסף, המהימנות של השאלון בכל סגנון קבלת החלטות הייתה שונה בין שלוש תתי האוכלוסייה, לכן לא ניתן למעשה לקבוע במחקר הנוכחי את ליבת המחקר - מהו סגנון קבלת ההחלטות של כל תת אוכלוסייה (חילונית, דתית ומסורתית). שאלת המחקר השנייה בדקה מהו ההבדל בין שלוש רמות התרבות היהודית בישראל (חילונית, מסורתית ודתית) לגבי כל אחד מ-4 סגנונות קבלת החלטות, של נשים העומדות בפני ביופסיה בשל קיום בעיה בשד, כאשר ההשערה היתה כי בנשים הללו, שלוש רמות התרבות היהודית בישראל שונות זו מזו, בכל אחד מ-4 סגנונות קבלת החלטות.

בכל סגנונות קבלת ההחלטות לא היו תוצאות בעלות מובהקות משמעותית סטטיסטית, אולם לגבי סגנונות קבלת החלטות של הימנעות ודחייה, התוצאות היו קרובות מאד להיות בעלות מובהקות משמעותית סטטיסטית, ואם המדגם היה גבוה יותר או אם היה חל שינוי של רף המובהקות, שני הסגנונות הללו יכלו להיות מובהקים מבחינה סטטיסטית.

ממצא זה מנוגד לממצאים של Budden et al. (2003) שחקרו נשים אוסטרליות בתקופה הטרומ אבחנתית של סרטן השד. במחקר זה נמצא כי סגנונות התדיינות, דחייה וחיפוש מידע קיבלו ציון גבוה מאד, אך סגנון ההימנעות קיבל ציון נמוך מאד. ממצא זה אף מנוגד לממצאיהם של Kadmon et al. (2012) אשר חקרו גם הן נשים ישראליות מבוגרות בשלב הטרומ אבחנתי, אך ללא אפיון לתת אוכלוסייה מסוימת, ושם נמצא כי רוב הנשים העדיפו את סגנונות קבלת ההחלטות שנעשות בשיתוף עם מומחה ובאיסוף מידע.

שאלת המחקר השלישית בדקה, מהו הקשר בכל אחד מ-4 סגנונות קבלת החלטות בשלוש רמות התרבות היהודית בישראל (חילונית, מסורתית ודתית) אצל נשים העומדות בפני ביופסיה בשל קיום בעיה בשד. ההשערה הייתה כי בשלוש תתי האוכלוסייה קיים/לא קיים מתאם בין ערכי כל אחד מארבעת סגנונות קבלת ההחלטות. ממצאי הבדיקה לשאלה זו הראו, כי התוצאות לגבי נשים חילוניות ונשים מסורתיות דומות מאד ולכן ניתן לומר כי לגבי שאלה זו, הנשים המסורתיות מתנהגות כמו הנשים החילוניות ואין

Almyroudy, A., Degner, L., Paika, V., Pavlidis, N., & Hyphantis, T. (2011). Decision-making preferences and information needs among Greek breast cancer patients. *Psycho Oncology*, 20, 871-879. DOI: 10.1002/pon.1798.

Budden, L., Pierce, P., Heyes, B., & Buettner, P. (2003). Australian women's pre diagnostic decision-making styles, relating to treatment choices for early breast cancer treatment. *Research and Theory for Nursing Practice*, 17(2), 117-137.

Caldon, L., Walters, S., & Reed, M. (2008). Changing trends in the decision making preferences of women with early breast cancer. *British Journal of Surgery*, 95(3), 312-318. DOI: 10.1002/bjs.5964

Coleman- Brueckheimer, C., Spitzer, J., Koffman, J. (2009). Involvement of rabbinic and communal authorities in decision making by haredi Jews in the UK with breast Cancer: An interpretative phenomenological analysis. *Social Science and Medicine*, 68, 323-333. doi:10.1016/j.socscimed.2008.10.003

Drageset, S., Lindstrom, T. C., & Underlid, K. (2009). Coping with breast cancer: Between diagnosis and surgery. *Journal of Advanced Nursing*, 66(1), 149-158. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2009.05210.x

Fridfinnsdottir, E. (1997). Icelandic women's identification of stressors and social support during the diagnostic phase of breast cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 526-531.

Guadagnoli, E., & Ward, P. (1998). Patient participation in decision making. *Social Science Medicine*, 47(3), 329-339.

Hack, T. F., Degner, L. F., Watson, P., & Sinha, L. (2006). Do patients benefit from participating in medical decision making? Longitudinal follow up of women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 15, 9-19. DOI: 10.1002/pon.907

Hubbard, G., Kidd, L., & Donaghy, E. (2008). Preferences for involvement in treatment decision making of patients with cancer: A review of the literature. *European Journal of Oncology Nursing*, 12, 299-318. doi:10.1016/j.ejon.2008.03.004

Janz, N., Wren, P., Copeland, L., Lowery, J., Goldfarb, S., & Wilkins, E. (2004). Patient physician concordance: Preferences, perceptions, and factors influencing the breast cancer surgical decision. *Journal of Clinical Oncology*, 22(15), 3091-3098. DOI: 10.1200/JCO.2004.09.069

מידע לפני ביצוע ההחלטה). ניתן לומר, כי יתכן שנשים ישראליות יהודיות דתיות, בעת הצורך לקבל החלטה לגבי סרטן השד שלהן, תאסופנה מידע בתחום דרך כל האמצעים האפשריים, תתייעצנה עם מומחה ותסתמכנה על המלצתו ועל המידע שנאסף בעת קבלת החלטתן. אולם בשונה מנשים ישראליות יהודיות חילוניות, בהסתמך על הספרות (נהרי, פינץ ותורן, 2006; Mor & Oberle, 2008; Colman-Brueckheimer et al., 2009) יתכן שהמומחה שאיתו יתייעצו יהיה לאו דווקא איש רפואה, אלא גם רב המקובל עליהן או אושיה קהילתית בכירה, ועל סמך הייעוץ שלו, אותן נשים תקבלנה את החלטותיהן.

מגבלות המחקר

תוצאות המחקר הנוכחי היו ברובן ללא מובהקות משמעותית סטטיסטית. הסיבה לכך נעוצה במספר הנמוך של המשתתפות במחקר. הסיבות לכך הן אבדן האנונימיות (הצורך לחתום על אישור הסכמה מדעת בשם מלא), תחושת הפחד והחרדה המלווה אותן החל מהחשד שהועלה בממוגרפיה מפני תוצאות הבדיקה אשר לדבריהן אולי מנע מהן להתרכז בשאלון, והחרדה מפני הבדיקה עצמה.

סיבה נוספת נעוצה בתחום הכשירות התרבותית (cultural competence) היהודית דתית. קשה לקבל את שיתוף הפעולה של אנשים המשתייכים לחברה הדתית האולטרה אורתודוקסית (חרדית) במחקרים (גם אנונימיים).

השלכות לעשייה בסיעוד

השלכות מאופן התנהלותם של נשים יהודיות דתיות אורתודוקסיות (בעיקר החרדיות) כאשר יש צורך לקבל החלטה בנושא בריאות, מעידות על הצורך להימנע מלהירתע מהמופנמות של נשים אלו, בעת הצורך לקבל החלטות רפואיות הנוגעות להן ומרצונן להעביר את קבלת ההחלטה לבעל או לרב המקובל עליהן ולזכור שזה חלק מתרבותן.

פיתוח גישה סבלנית וסובלנית לחברה זו, יחד עם הידיעה כי לאורך רצף של מחלה כגון סרטן השד, הנשים עוברות תמורות רבות אשר יכולות להשפיע ולשנות את סגנון קבלת ההחלטות שלהן, ולכן הגישה של המטפלים צריכה להיות דינאמית ומותאמת כל הזמן לשינויים אלו.

מקורות

נהרי, נ., פינץ, ש., ותורן, ע. (2006). המשפחה החרדית במחלקה להמאטו אונקולוגיה ילדים. הרפואה, 145 (ט'), 663-667.

O'Mahony, M. (2001). Women's lived experience of breast biopsy: A phenomenological study. *Journal of Clinical Nursing*, 10, 512- 520.

Pierce, P. F. (1993). Deciding on breast cancer treatment: A description of decision behavior. *Nursing Research*, 42(1), 22-27.

Weber, K., Solomon, D., & Meyer, B. (2013). A qualitative study of breast cancer treatment decisions: Evidence for five decision making styles. *Health communications*, 408-421. DOI: 10.1080/10410236.2012.713775

Kadmon, I., Pierce, P., & Antonakos, C. (2012). Elder women's decision- making in breast cancer care an Israeli study. *European Journal of Oncology Nursing*, 16(3), 233-237. doi:10.1016/j.ejon.2011.06.005.

Keating, N., Guadagnoli, E., Landrum, M. B., Borbas, C., & Weeks, J. C. (2002). Treatment decision making in early stage breast cancer: Should surgeons match patients' desired level of involvement? *Journal of Clinical Oncology*, 20(6), 1473-1479.

Liao, M., Chen, M. F., Chen, S. C., & Chen, P. L. (2008). Uncertainty and anxiety during the diagnostic period for women with suspected breast cancer. *Cancer Nursing*, 31(4), 274-283.

Mor, P., & Oberle, K. (2008). Ethical issues related to BRCA gene testing in orthodox Jewish women. *Nursing Ethics*, 15(4), 512-522. DOI: 10.1177/09697330080150041201

תודה

לאגודה למלחמה בסרטן



על הסיוע בהפצת העיתון ובקיום פעולותיה השונות של העמותה

Paloxi®

palonosetron HCl injection

STARTS STRONG LASTS LONG

עוצמה והשפעה לאורך זמן
מנה חד פעמית << יעילות ל-5 ימים במניעת CINV*



הוכלל בסל הבריאות
 בקו ראשון למניעת CINV
 על רקע MEC ו-HEC

Summary of product characteristics

Paloxi® (palonosetron hydrochloride) is an antiemetic and antinauseant agent. It is a serotonin subtype 3 (5-HT3) receptor antagonist with a strong binding affinity for this receptor.

Paloxi® is indicated for the prevention of chemotherapy-induced nausea and vomiting (CINV).

Paloxi® is contraindicated in patients known to have hypersensitivity to the drug or any of its components.

Palonosetron is eliminated from the body through both renal excretion and metabolic pathways. Therefore, the potential for clinically significant drug interactions with palonosetron appears to be low.

Safety and effectiveness in patients below the age of 18 years have not been established.

No dose adjustments or special monitoring are required for geriatric patients.

Dosage adjustment is not necessary in patients with any degree of renal and hepatic impairment.

Because animal reproduction studies are not always predictive of human response, palonosetron should be used during pregnancy only if clearly needed. It is not known whether palonosetron is excreted in human milk.

Paloxi frequent adverse reactions are (≥1%): Headache 9% and Constipation 5%

פאלוקסי מאפשר לחולה שלך

- << יעילות גבוהה יותר במניעה של בחילות והקאות אקוטיות
- << יעילות גבוהה יותר במניעה של בחילות והקאות מאוחרות
- << הענות גבוהה מאוד לטיפול
- << בטיחות גבוהה יותר ללא שינויים ב-ECG
- וללא השפעה קלינית משמעותית על Qt interval

פאלוקסי - יש להזריק במשך 30 שניות כ-30 דקות לפני הכמותרפיה
פאלוקסי - ניתן לשלב בביטחה עם קורטיקוסטרואידים



* CINV = Chemotherapy Induced Nausea and Vomiting

1 DOSE >> UP TO 5 DAYS OF CINV PREVENTION

המידע מיועד לצוות הרפואי בלבד. אין להסתמך על התוכן והמידע לשם קבלת ו/או הענקת טיפול רפואי והוא אינו מיועד לבוא במקום עלון לרופא ו/או התייעצות עם רופא מוסמך | להתוויה מלאה ואופן השימוש המאושרים בישראל יש לעיין בעלון לרופא כפי שאושר על ידי משרד הבריאות | לדיווח תופעות לוואי | drugsafety@rafa.co.il | למידע נוסף ניתן לפנות בטלפון 02-5893939, פקס 02-5870282, דוא"ל med.info@rafa.co.il, אתר אינטרנט www.paloxi.co.il

Marketed by **Rafa.**

Under license & and manufactured by **HELSINN**