

פסיכו-אונקולוגיה

גיליון מס' 10 | אוגוסט 2024

ידיעון האגודה הישראלית



דבר העורכת

מה בגיליון?

חברות וחברים יקרים,

אירועי שבעה באוקטובר 2023 והמלחמה שפרצה בעקבותיהם הציבו אתגרים מורכבים בפני מערכת הבריאות ונותני הטיפול גם במחלקות האונקולוגיות בישראל. הצוותים הפסיכו-סוציאליים נדרשו לתת מענה לצרכי המטופלים והמטופלות שלהם שמתמודדים עם מחלת הסרטן והשלכותיה על חייהם לצד ההתמודדות עם המלחמה ואתגריה. חולים ואנשי צוות כאחד נדרשו להתמודד עם חוסר הוודאות, תחושות אבל עוצמתיות, וניסיון להחלים מטראומת השבת היא. בתוך כל אלה, הצוותים הפסיכו-אונקולוגיים המשיכו למלא את תפקידם ומעבר לו. הם המשיכו להושיט יד לחולים ובני משפחתם ולתת תמיכה וסיוע. ועל כך הערכתנו הגדולה.

על רקע מציאות זו, אנחנו מבקשות לחלוק אתכם את הגיליון החדש של ידיעון האגודה לשנת 2024. בגיליון זה אנו ממשיכות לתעד את הניסיון שאתן ואתם מביאים מהשדה המקצועי והאקדמי. ותמצאו בו כתבות בתחום האונקולוגיה, מבוגרים וילדים.

הגיליון נפתח בכתבה המתארת את ההתמודדות של מטופלות במערך סרטן השד עם מלחמת "חרבות ברזל", בהמשך תמצאו כתבה בנושא חוויית החולי של גברים שאובחנו עם סרטן השד המביאה סקירת ספרות והמלצות לאנשי טיפול. עוד בגיליון: סיכום של 20 שנות פעילות במרכז התמיכה "חזקים יחד" של האגודה למלחמה בסרטן המתמקד בנושא התערבות קבוצתית ככלי לצמיחה והעצמה לחולים ומחלימים מסרטן. תוכלו לקרוא גם על שירות יעוץ בנושא טיפול תומך וסוף החיים באגודה למלחמה בסרטן, ותקציר על כנס IPOS שהתקיים בשנת 2023.

האגודה לפסיכו-אונקולוגיה שוקדת על העשרת חבריה במסגרת ימי עיון, סדנאות והעלון שלנו, עידוד מצוינות בשדה ובמחקר, בנוסף על מעורבותנו בנושאים הקשורים לרווחת החולים. בהזדמנות זו אנחנו רוצים לעודד ולהזמין אתכם לשלוח אלינו (לדוא"ל: siwarmakhoul@gmail.com) מאמרים על פרויקטים ומחקרים שתרצו לפרסם בגיליון הבא, ולעודד את כלל חברי האגודה לקחת חלק פעיל ומעורב בפעילות האגודה, להיות שותפים ולהציע רעיונות לכנסים, ימי עיון, לשתף בניסיונכם, בחוויותיכם, וגם בהתלבטויות ובמחשבות.

תודה לחברי ההנהלה על פעילותם ותרומתם להמשך קידום הפעילויות של האגודה. תודה גם לאגודה למלחמה בסרטן ולמנכ"ל האגודה, **משה בר-חיים**, על התמיכה והסיוע בכל פעילותנו, בהן גם ההוצאה לאור של ידיעון זה.

בשם חברי ההנהלה של האגודה לפסיכו-אונקולוגיה, נאחל לכולנו ימים שקטים, ונבקש לחזק את מי שבימים אלה מתמודדים ומתמודדות עם השלכות האירועים, תוך כדי ביצוע עבודה קשה מהרגיל ובעומס רגשי עצום.

עורכת הידיעון

ד"ר סואר מחול חורי

- 3 התמודדות מטופלות במערך סרטן השד בזמן מלחמה
- 5 חוויית החולי של גברים שאובחנו עם סרטן השד
- 10 התערבות קבוצתית ככלי לצמיחה והעצמה לחולי סרטן ומחלימים
- 14 שירות יעוץ בנושא טיפול תומך וסוף החיים באגודה למלחמה בסרטן
- 16 סיכום השתתפות בכנס IPOS 2023
- 18 פינת המחקר
- 19 כנסים בין לאומיים 2024

האגודה למלחמה בסרטן

מייחלת לשובם

בשלום ובבטחה

של כל חטופינו

וחיילינו





התמודדות מטופלות במערך סרטן השד בזמן המלחמה

יערה פרידמן דולן, עו"ס מערך סרטן השד, המרכז הרפואי האוניברסיטאי הדסה עין כרם

בתחילתו, וזאת במקביל להתמודדות שלה עצמה עם אובדן האחיין האהוב. רותי קיבלה את המצב בהבנה רבה. היא חשה שלאחיה יש כעת התמודדות אישית עם האסון שפקד את המשפחה, והיא לא רצתה לבקש עזרה וליווי כדי לא ליצור עליהם עומס נוסף. ההתמודדות עם השכול המשפחתי הפכה לנושא נוסף בשיחות ביניהן, גם בהקשר של ההתמודדות המעשית עם האובדן וגם מבחינת ההתמודדות הרגשית איתו. בשיחות ניתן היה לחוש כי הסרטן והטיפולים תופסים כעת מקום קטן וכביכול "זניח" בהרבה בהשוואה לשכול ולתהליך האבל במשפחה. רותי היא דוגמה מייצגת למטופלות שחוו אובדנים ישירים בעקבות המלחמה. האובדנים הללו מתווספים לאובדנים אחרים שהחולות חוות במהלך המחלה: אובדן בריאות, אובדן שלמות הגוף, אובדן

אתיחס לשלוש סוגיות, בליווי דוגמאות. בכל הדוגמאות הפרטים מוסווים למניעת זיהוי.

מטופלות שחוו אובדנים ישירים בעקבות המלחמה

רותי, בת 60, התחילה טיפול בספטמבר 2024 והיא מטופלת בכימותרפיה באשפוז יום אונקולוגי. מתחילת הטיפול וההיכרות שלי איתה התרשמתי מהמסירות של משפחתה בליווי ובדאגה לה. אחיה ואחותה נהגו ללוות אותה בתורנות לטיפולים, ביקרו אותה בין הטיפולים, ודאגו באופן שוטף למזון ולניקיון בביתה. בזמן המלחמה, אחיינה של רותי, ששירת כחייל במילואים, נהרג. אחיה, שהפך לאב שכול, שקע בצער ובהתמודדות עם האובדן שלו. יתר בני המשפחה, כולל אחותה, הסבו את תשומת הלב גם אליו. התמיכה שקיבלה רותי בשלבים אלו של הטיפול הייתה פחותה מזו שחווה

במסגרת עבודתי כעובדת סוציאלית במערך השד בבית החולים הדסה עין כרם, אני מטפלת בנשים שאובחנו עם סוגים שונים של סרטן השד ונמצאות בשלבים שונים של המחלה. הטיפול בנשים מקיף את כל היחידות שבהן הן מטופלות בבית החולים, והמפגשים מתקיימים באשפוז יום אונקולוגי, ביחידת הקרינה, או בעת אשפוז במחלקה האונקולוגית. בחודשים האחרונים חווה מדינתנו טלטלה קשה ביותר בדמות מלחמה, אשר ניתן לחוש את השפעותיה גם בהיבטים מדיניים וחברתיים, וגם בהיבטים האישיים ביותר אצל כל אדם ואדם. באופן בלתי נמנע וצפוי השפעות המלחמה פוגשות גם את המטופלות בבית החולים. בנוסף להתמודדות הקשה כלשעצמה עם המחלה והטיפולים, בתקופת המלחמה הנשים מתמודדות עם סוגיות נוספות. במאמר זה

תפקודים, אובדן השגרה בבית ובעבודה. עבור המטופלות, האובדנים הכרוכים במלחמה דורשים התמודדות נוספת, שמכבידה ותובעת כוחות ומשאבים נוספים. האובדנים הישירים לא בהכרח כרוכים במוות ובשכול. גם מטופלת שפונתה מביתה, לדוגמה, ואיבדה את הסביבה המוכרת ואת מסגרת הטיפול שהיא הייתה רגילה אליה, מתמודדת עם אובדן.

מטופלות המתמודדות עם בני משפחה שגויסו למלחמה

מטופלות רבות מתמודדות עם שינוי במערכות התמיכה שלהן בעקבות המלחמה. ישנן לא מעט נשים שבי משפחתן גויסו לצבא ונמצאים תקופות ממושכות מחוץ לבית - בנים, בנות, חתנים, נכדים. לעיתים הבעיות שעולות במקרים אלה הן בעיות קונקרטיות שניתנות לפיתרון בקלות. כך קרה במקרה של דינה. היא אישה גרושה אשר חיה בגפה, ובנה שחי עימה גויס למילואים ומאז תחילת הלחימה לוחם בעזה. דינה הרגישה שאינה מסוגלת להתמודד עוד לבדה עם המצב ושהיא זקוקה לעזרה. גם בנה הרגיש שהוא נוטש את אימו בעוד הוא המשענת העיקרית שלה. לכן היא ביקשה ממני שאסייע לה לפנות לצה"ל ולבקש את שחרורו של בנה גם בשל העזרה שהיא זקוקה לה וגם בשל המצוקה שבנה עצמו חווה משום שמצא

את עצמו "נקרע בין העולמות". ניסחנו ביחד מכתב שמתאר את המצב, ובנה אכן שוחרר כדי להיות לצידה.

ישנן מטופלות שאינן רוצות "להכביד" ולהוסיף עומס על בני משפחתן בבקשת עזרה. רחל, לדוגמה, היא מטופלת מבוגרת שבתה עזרה לה רבות מאז קבלת האבחנה, אך כעת בעלה של הבת מגויס והיא נושאת לבד בנטל הטיפול בילדיה הקטנים. מעבר לנטל הפיזי, נוסף למטופלת נטל רגשי: היא מרגישה אשמה על כך שהיא לא יכולה לסייע לבתה כפי שהייתה עושה אילו הייתה בריאה.

תפיסת המחלה בצל המלחמה

ביטוי נוסף של השפעות המלחמה על המטופלות הוא בתפיסה שלהן את מחלתן. נקודה שחוזרת בשיחות עם מטופלות היא התחושה של שינוי בפרופורציה במקומה של המחלה בחיים: אסתר, בת 75, חולה בסרטן גרורתי מפוטט. השיחות שלנו, שנגעו בנושאים של סוף החיים והכנה למוות המתקרב, כולל הכנות מפורטות ללוויה שנמסרו לילדיה, הפכו לשיחות בהן אסתר אמרה "מי אני והסרטן שלי כשיש כל כך הרבה נפגעים והרוגים. הגעתי לגילי אחרי חיים טובים, המשפחה שלי בסדר, אין לי על מה להתלונן". לפעמים אסתר הוסיפה ואמרה "למה לקחו את הצעירים האלה ולא אותי". מול נפגעי הטבח והלחימה, החיילים, החטופים ומשפחותיהם, אסתר הרגישה

שצרותיה שלה מתגמדות. בשיחות עם נשים שמביעות עמדה כזו, ישנה תחושה של "אני לא המרכז עכשיו", מעין רצון וניסיון להניח בצד את המחלה וההתמודדות האישית איתה בתקופה זו.

בעבודה התהליכית והמשותפת עם המטופלות אני מנסה בעדינות לייצר מקום של "גם וגם" - יש מקום גם לתחושות הקשות שעולות בתקופה זו סביב המלחמה, אך ניתן גם לנסות ולעשות מקום ולהכיר באתגרים בהתמודדות האישית עם המחלה והטיפולים.

בטיפול באסתר, לדוגמה, במשך הזמן יכולנו לשוחח על שני הדברים ו"להחזיק" אותם במקביל: גם את הצער על אירועי שבעה באוקטובר והמלחמה, וגם את הצער על עצמה ועל הפרידה המתקרבת ממשפחתה. היא הייתה מסוגלת לחזור ולחשוב גם על הצער שהמשפחה שלה תחוה עם לכתה, ולהכיר גם בצער שלה לקראת הפרידה מהעולם.

הנקודות האלו ממחישות שהשלכות של אירועים גדולים, כמו מלחמה, נוגעות במעגל רחב של אנשים, לא רק במי שמעורבים באופן פעיל בלחימה או בהשלכותיה (במקרה זה - לוחמים, חטופים, מפונים ומשפחותיהם), ולא פוסחות גם על מי שנלחמים ביומיום על חייהם.

אסיים בתקווה לימים פשוטים יותר לכולנו, ושישובו חיילינו וחטופינו בשלום במהרה.

מרכזי הפעילות והתמיכה 'חזקים ביחד'® של האגודה למלחמה בסרטן

מרכז 'חזקים ביחד' בגבעתיים

בית מטי, בית האגודה למלחמה בסרטן
רח' רביבים 7, גבעתיים. טל. 03-5721670, דוא"ל: hazakim.giva@cancer.org.il

מרכז 'חזקים ביחד' - מרכז הפעילות והתמיכה ע"ש ישראל ויליה אלטר בירושלים

רח' יד חרוצים 3, תלפיות, ירושלים.
טל. 02-6256721, פקס. 02-6256497, דוא"ל: hazakim.jeru@cancer.org.il

מרכז 'חזקים ביחד' - מרכז הפעילות והתמיכה ע"ש עמנואל ג' רוזנבלט בחיפה

בית אהרון ואולגה רוזנפלד, רח' רוזנפלד 25, בת גלים, חיפה.
טל. 04-8511712/5, פקס. 04-8511716, דוא"ל: hazakim.haifa@cancer.org.il

מרכז התמיכה 'חזקים ביחד' סורוקה, באר שבע

מרכז לגאסי הריטג' לאונקולוגיה המרכז הרפואי סורוקה.
טל. 08-9333517, דוא"ל: s.w-darom@cancer.org.il



מרכזי התמיכה מספקים מגוון פעילויות תמיכה, מידע, גוף-נפש והעשרה, המסייעות בהתמודדות האישית והנפשית עם המחלה. המרכזים מיועדים גם לחולים שסיימו את הטיפול הפעיל, אך עדיין זקוקים לתמיכה ולשיקום.

כל המפגשים לחולים ולבני משפחותיהם יתנים ללא תשלום.



חויית החולי של גברים שאובחנו עם סרטן השד

ד"ר נעמה לוין-דגן, בית הספר לעבודת סוציאלית, אוניברסיטת בר אילן;
המרכז הרפואי תל אביב ע"ש סוראסקי

לגורמי הסיכון של נשים לאחר המנופאוזה (Anderson et al., 2004). עם זאת, על אף שלא נמצאו סיבות ברורות לתחלואת מרבית הגברים, השכיחות גבוהה יותר בקרב גברים בעלי גורמי הסיכון הבאים (da Silva, 2016):

1. היסטוריה משפחתית (קרבה מדרגה ראשונה) של סרטן השד או השחלות. קבוצה זו עשויה להיות קשורה גם לגורם הסיכון השני.

2. נשאות למוטציות הגנטיות BRCA1 ו-BRCA2 (במיוחד BRCA2), המגדילות את הסיכון לחלות בסרטן השד והשחלות. מוטציות גנטיות אלה שכיחות במיוחד בקרב האוכלוסייה היהודית ממוצא אשכנזי (Chodick et al., 2008), ששכיחותה בישראל גבוהה.

3. תסמונת ע"ש קליינפלטר, תסמונת כרומוזמלית מולדת ונדירה המתבטאת בכרומוזום X עודף בקרב גברים (Hultborn et al., 1997).

גורמי סיכון נוספים שזוהו כוללים חשיפה לקרינה באזור החזה, חוסר איזון הורמונלי

המאובחנים במחלה. מטרתו של מאמר זה היא להשמיע את קולם של הגברים והוא מבוסס על הספרות הפסיכו-אונקולוגית בנושא ועל חלק ממצאי עבודת הדוקטורט של כותבת המאמר, שעסקה בחויית החולי של גברים שחלו בסרטן השד בישראל (לוין-דגן, 2022).

תחלואה וגורמי סיכון

כאמור, סרטן השד בגברים הוא מחלה אשר שכיחותה נמוכה ביחס לנשים החולות בה. המספרים המדווחים מלמדים על כך שבין 0.5% ל-1% מהמאובחנים בסרטן השד הם גברים (Gradishar & Ruddy, 2020). בישראל, הממוקמת במקום הראשון בעולם בשיעורי התחלואה בסרטן השד בגברים (Ly et al., 2013), מאובחנים בכל שנה בין 50 ל-70 גברים, ושכיחותה גבוהה מעט יותר ממדינות מערביות אחרות ועומדת על 1% עד 1.5% מכלל מקרי סרטן השד (משרד הבריאות, 2021).

הגורמים לסרטן השד בגברים אינם ברורים לגמרי, אולם ההערכה היא כי הם דומים

סרטן השד היא המחלה הממארת השכיחה ביותר בקרב נשים. המחלה נושאת זהות מגדרית מובחנת הקשורה גם לשכיחות הגדולה שלה בקרב נשים, וגם לעובדה שהיא פוגעת באיבר המזוהה עם נשים ונשיות. למרות שהמחלה נתפסת כמחלה של נשים, כאחוז אחד מקרב המאובחנים הם גברים, אולם אלה כמעט ונעלמים מהעין הציבורית, הרפואית, הטיפולית והאקדמית. אבחנה של מחלת הסרטן, ללא קשר למיקומו בגוף, מתאפיינת פעמים רבות בחוסר ודאות, נחווית כמסכנת חיים ומלווה במצוקה רגשית משמעותית. גברים שאובחנו כחולים בסרטן השד מתמודדים בנוסף לקשיים האלה גם עם משמעותה של הזהות המגדרית של המחלה. עם זאת, בעוד שסרטן השד הוא המחלה הממארת הנחקרת ביותר בפסיכו-אונקולוגיה, המחקר על גברים החולים בה מצומצם, ולא ידוע הרבה על חויית החולי שלהם ועל צרכיהם. מצב זה בא לידי ביטוי גם מחוץ לגבולות האקדמיים בהיעדר שירותים המציעים מענים פסיכו-סוציאליים לגברים

Donovan & Flynn, 2007; Iredale et al., 2006). האפשרות להצטרף לקבוצות תמיכה לנשים עמדה לעיתים על הפרק, אך גברים רבים חששו שהדבר עלול לגרום לנשים להרגיש אינוחות ולכן העדיפו להימנע מכך (Iredale et al., 2006; Naymark, 2003; Williams et al., 2006). הגברים שניסו להשתתף במסגרות תמיכה לנשים שיתפו שהם חשו לא רצויים (Naymark, 2006).

מהתמונה המתקבלת נראה שהמערכת הרפואית מכוונת לטיפול בנשים, דבר הבא לידי ביטוי במידע הכתוב, במענים התמיכתיים המיועדים רק לנשים, בניסיון המקצועי ובידע המצומצם של הרופאים על המחלה בקרב גברים, שכאמור נשען כמעט אך ורק על נשים, ואפילו המרפאות עצמן מותאמות לקהל של נשים ומתייחסות לגברים כמלווים ולא כמטופלים. השדה הרפואי המוגדר ממקם את הגברים החולים בסרטן השד במקום שולי (Halls, 2013; Quincey et al., 2016; Thompson & Haydock, 2020) ומייצר חוויה של סטיגמה (Midding et al., 2018) חוסר השייכות ואת האבנורמליות של המחלה שבה חלו.

סטיגמות, דימוי גוף והבדלים מגדריים בטיפול בגברים עם סרטן שד

חויית הסטיגמה עלתה גם במחקר שנעשה על ידי כותבת המאמר בקרב גברים בישראל (Levin-Dagan & Baum, 2021). המשתתפים הישראלים חוו גם הם שדה רפואי המכוון לטיפול בנשים, חלקם פגשו ברופאים ובאנשי צוות טיפולי חסרי ניסיון בטיפול בגברים שחלו במחלה, קיבלו מידע רפואי המותאם לנשים בלבד וגילו שאין שירותים המיועדים ומותאמים לגברים. היו שנתקלו ברוקחים שלא ידעו שגם גברים יכולים לחלות במחלה ואף מנעו מחלקם לרכוש את הטיפול ההורמונלי בטענה שמדובר בתרופה המיועדת לנשים בלבד. דוגמאות אלה מתארות מצבים המייצרים חוויה של אחרות, חוסר שייכות ובמידה

הופעת המחזור החודשי ועוד (Sime, 2012; Naymark, 2006; Williams et al., 2003). המידע בעלונים המחולקים במוסדות הרפואיים לא נותן מענה לסוגיות אשר הטרידו את הגברים, כמו המראה החיצוני לאחר הניתוח לכריתת השד. גם מידע העוסק באפשרויות הטיפול ובתופעות הלוואי שלהן, בין אם מידע כתוב ובין אם כזה הנמסר בעל-פה, היה חסר (Sime, 2012; Pituskin et al., 2007). המידע שניתן, כמו העלון המצורף לתרופה שגברים רבים נוטלים כטיפול הורמונלי, פונה לנשים בלי להזכיר את האפשרות שגם גברים עשויים ליטול אותה (France et al., 2000). גברים רבים שיתפו בכך שהעובדה שהם היו הגברים היחידים בחדרי ההמתנה במרפאות עוררה את עניין הנשים שהיו סביבם ולחלקם הצוות אף פנה בלשון נקבה כאשר קראו בשמם (Midding et al., 2018; Thompson & Haydock, 2020).

זאת ועוד, מהספרות עולה שגם המענים הרגשיים הקיימים במוסדות הרפואיים מותאמים ומוצעים לנשים בלבד. למרות שחלק מהגברים לא היו מעוניינים בתמיכה מקצועית והרגישו מסופקים מהתמיכה שקיבלו מהמערכת המשפחתית שלהם (Pituskin et al., 2007), היו אחרים שרצו להיעזר במענה מקצועי, שלא הוצעו להם

(כתוצאה מגידולים, מחלות באשכים או טיפולים הורמונליים לסרטן הערמונית) והשמנת יתר (Korde et al., 2010).

מכיוון שהמחקר הקליני העוסק בסרטן השד בגברים הוא מוגבל מאוד, הטיפול מבוסס על המחקר הקיים העוסק במחלה ובטיפול בה בקרב נשים (Giordano, 2018), עם שני הבדלים מרכזיים בין הגישה הטיפולית המיועדת לגברים ובין זו המיועדת לנשים. ראשית, בגברים יש נטייה לבצע יותר ניתוחים לכריתת השד מאשר ניתוחים משמרי שד בהשוואה לנשים (da Silva, 2016). ההבדל השני הוא סוג הטיפול ההורמונלי שעליו נוסים להמליץ לגברים בהשוואה לזה המומלץ לנשים (Gradishar & Ruddy, 2020).

פערים מגדריים במידע הרפואי ובחויית הטיפול

הספרות הפסיכו-אונקולוגית המתמקדת בסרטן השד בגברים מצומצמת אף היא. מהמחקר הקיים עולה שהגברים חווים חסר במידע רפואי נגיש המותאם להם (Sime, 2012; Pituskin et al., 2007; Iredale et al., 2006; Naymark, 2006; Williams et al., 2003; France et al., 2000). כל החומרים אשר חולקו לגברים בבתי החולים ובמרפאות היו מיועדים לנשים, וככאלה עסקו בסוגיות המטרידות נשים, כמו התאמת חזייה לאחר הניתוח,





מתמודדים. העיסוק בנוף חסר השד בלט בהיקף ההתייחסויות של הגברים לנושא והתבטא בעושר ובמגוון הדברים שעלו כקשורים לנושא.

הצלקת והאסימטריה הנוצרות בעקבות הניתוח עלו כמוקדים הספציפיים המפריעים לגברים במראה החיצוני החדש, והחזה המנותח וחסר השד נתפס בעיניהם כמכוער ופגום. היעדר השד, הצלקת והאסימטריה מהווים עבורם תזכורת יומיומית לכך שחלו בסרטן השד ואף חושפים זאת בפני אחרים. הפגיעה בדימוי הגוף התבטאה גם בהסתרת החלק העליון של גופם במקומות בהם מקובל שגברים לא לובשים חולצה (ים, בריכה, חדר כושר) ואצל חלקם גם בהתלבטות יומיומית באשר למה ללבוש (Levin-Dagan & Baum, 2021, 2022).

דפוסי התמודדות

מנגנוני ההתמודדות של גברים שחלו בסרטן השד לא תוארו בספרות בעבר. המחקר הישראלי חשף שני דפוסים מרכזיים של התמודדות. הדפוס הראשון כולל תגובות מצביות (situational responses) המכוונות לסיטואציות ספציפיות בהן הגברים מרגישים מצוקה הקשורה בחשיפת מחלתם. תגובות אלה כללו הסתרה של החזה המנותח באמצעות בחירה אסטרטגית של פרטי לבוש, והסתרת המחלה או פרטים לגבי מצבם באמצעות הבחירה למי לספר ומה לספר. תיאורי המשתתפים מלמדים שהבחירה למי ומה לספר לא היתה אקראית והיא נשענה על מחשבה מקדימה ורמזה על אסטרטגיה אשר כוונה להתמודדות עם מבוכה או בושה. בשונה מדפוס זה, דפוס ההתמודדות השני אינו מכון לאירועים מצביים אלא מאגד תחתיו תגובות של המרואיינים לעובדה שחלו בסרטן השד. תגובות אלה כללו אוניברסליזציה (של הגוף ושל סרטן השד בגברים) והשוואות לנשים ולמחלות סרטן אחרות, והתאפיינו בעבודת גבולות אשר בו זמנית טשטשה והרחיבה את גבולות החולי והגבולות הבין מגדריים (עוד בנושא ניתן לקרוא ב-Levin-Dagan & Baum, 2021).

מסוימת אפליה, המסמנים אותם כשונים על רקע היותם גברים שחולים בסרטן השד. אחד ההבדלים המרכזיים בין הטיפול בסרטן השד בנשים ובגברים הוא שגברים החולים בסרטן השד עוברים יותר ניתוחים לכריתת השד מאשר ניתוחים משמרי שד (da Silva, 2016; Kipling, 2014). הסיבה קשורה לרב למיקום הגידול ולגודל שלו שלא מאפשר ניתוח משמר שד. אולם, גם כאשר קיימת אפשרות כירורגית לבצע ניתוח משמר שד הנטייה היא לבצע כריתת שד, ומהספרות לא ברור מה הסיבות לכך. בנוסף, בניגוד לנשים, שלהן מוצעת אפשרות כירורגית לשחזור השד, הליך זה אינו מוצע לגברים לאחר כריתת שד, כך שמרביתם נותרים ללא פטמה, עם צלקת ומראה א-סימטרי. בחלק מהמחקרים נטען שכריתת שד בגברים לא מעוררת תגובה רגשית קשה (Rayne et al., 2017; Thompson & Haydock, 2020), אולם הספרות מלמדת שהשינוי הפיזי כתוצאה מהניתוח דווקא העסיק את הגברים, ורבים מהם בחרו להימנע ממצבים שבהם היה עליהם להוריד חולצה בציבור. חלקם, לדוגמה, העידו כי הפסיקו ללכת לים או לבריכה או שנותרו בלבוש מלא שהסתיר את היעדרו של השד (Donovan & Flynn, 2007; France et al., 2000; Midding et al., 2018; Pituskin et al., 2007; Sime, 2012; Thompson & Haydock, 2003; Williams et al., 2020). בניגוד לפרקטיקות של הימנעות מחשיפת מקום הניתוח, גברים אחרים התמודדו עם השינוי במראה החיצוני ועם הצלקת באמצעות הבניית משמעות אחרת להיעדר השד. היו שהסבירו שמדובר בצלקת ממלחמה או מנשיכת כריש (Williams et al., 2003; Iredale et al., 2006), בחירה שעשויה להעיד על ניסיון לחזק את תחושת הגבריות ומרמזת על פגיעה אפשרית בה. עבור אחרים הצלקת סימלה את הניצחון על המחלה, ולכן שימשה דווקא מקור לגאווה (Pituskin, 2007).

הגוף המנותח חזר ועלה בראיונות עם הגברים בישראל כקושי מרכזי איתו הם

Similar prevalence of founder BRCA1 and BRCA2 mutations among Ashkenazi and non-Ashkenazi men with breast cancer: Evidence from 261 cases in Israel, 1976-1999. *European Journal of Medical Genetics*, 51(2), 141-147. <https://doi.org/10.1016/j.ejmg.2007.11.001>

da Silva, T. L. (2016). Male breast cancer: Medical and psychological management in comparison to female breast cancer. A review. *Cancer Treatment Communications*, 7, 23-34. <https://doi.org/10.1016/j.ctrc.2016.03.004>

Donovan, T., & Flynn, M. (2007). The Lived Experience of Male Breast Cancer. *Cancer Nursing*, 30(6). doi: 10.1097/01.NCC.0000300173.18584.37

France, L., Michie, S., Barrett-Lee, P., Brain, K., Harper, P., & Gray, J. (2000). Male cancer: A qualitative study of male breast cancer. *Breast*, 9(6), 343-348. <https://doi.org/10.1054/brst.2000.0173>

Giordano, S. H. (2018). Breast cancer in men. *New England Journal of Medicine*, 378(24), 2311-2320. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1707939>

Gradishar, W. J., & Ruddy, K. J. (2020). Breast cancer in men. In S. R. Vora (Ed.), *UpToDate*. https://www.uptodate.com/contents/breast-cancer-in-men?search=breast%20cancer%20in%20men&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1

Halls, A.V. (2013). *Marginal man: Men with breast cancer negotiating gender* (Durham Thesis). Durham University. Available at Durham E-Thesis online: <http://ethesis.dur.ac.uk/10711/>

Hultborn, R., Hanson, C., Köpf, I., Verbiené, I., Warnhammar, E., & Weimarck, A. (1997). Prevalence of

מתאפשר מבחינה רפואית, וכאשר לא קיימת אפשרות כזו, על המטפלים להנגיש מידע בנוגע לאפשרויות לשחזור השד. כמו כן, לאנשי הצוות הרפואי והטיפוליים בבתי החולים תפקיד חשוב בשינוי חוויית הסטיגמה של הגברים. חשוב להדגיש בפני הגברים שהם אינם הראשונים או היחידים שחלו במחלה ולספר שיש לצוות המרפאה ניסיון בטיפול בגברים. ניתן לנרמל את החוויה הרגשית ולציין שהתמודדות עם מחלת הסרטן, על כל סוגיה, יכולה להיות מורכבת ושניתן לקבל עזרה מקצועית. לבסוף, יש מקום להתאים את השירותים הניתנים לגברים כך שיענו על צרכיהם. שירות כזה יכול לכלול, לדוגמה, שעות מרפאה ייעודיות לגברים, מענים תמיכתיים כמו הפניה לאשת טיפול במרפאה והפעלת קבוצות תמיכה המיועדות לגברים. גם אם גברים יבחרו שלא להשתמש בשירותים המותאמים לצרכיהם, עצם קיומם יכול לתרום לתחושת שייכותם ולספק להם יותר הזדמנויות לבחירה, שאינן קיימות כיום.

רשימת מקורות

האגודה למלחמה בסרטן. (2018). סרטן השד בגברים, <https://www.cancer.org.il/template/default.aspx?Pagelid=5968> ליוני-דגן, נ. (2022). צילי השקט: חוויית החולי של גברים שאובחנו כחולים בסרטן השד מנקודת מבטם של הגברים ושל אנשי הצוות הרפואי המטפלים בהם. חיבור לקבלת תואר דוקטור לפילוסופיה, אוניברסיטת בר אילן.

משרד הבריאות. (2021). נתוני הרישום הלאומי לסרטן. <https://statistics.health.gov.il/views/5/sheet0?embed=y>

Anderson, W. F., Althuis, M. D., Brinton, L. A., & Devesa, S. S. (2004). Is male breast cancer similar or different than female breast cancer? *Breast Cancer Research and Treatment*, 83(1), 77-86. <https://doi.org/10.1023/B:BREA.000010701.08825.2d>

Chodick, G., Struewing, J. P., Ron, E., Rutter, J. L., & Iscovich, J. (2008).

הנתפסת כמחלה של נשים, משתנה לאורך שלבי המחלה, טענה שזכתה לתימוכין גם בממצאים במחקרים אחרים (Halls, 2013; Sime, 2012). בשלבים הראשונים, עם קבלת האבחנה וסביב הטיפולים, הגברים פוגשים וחווים לראשונה את מקומם השולי בשדה החולי (Halls, 2013; Quincey et al., 2016), מצב המאיים על תחושת הגבריות שלהם. חלקם מגיבים לכך באמצעות הדגשת מאפיינים והתנהגויות המזוהות עם מה שנתפס כגבריות הגמונית כמו ריסון רגשי, עבודה גם במהלך הטיפולים, פעילות גופנית ופרקטיקות בריאותיות מסוכנות (Quincey et al., 2021; Sime, 2012). לצד ניסיון לחזק או לאשר את הזהות הגברית ההגמונית שלהם, חלק מהגברים בחרו לשחרר את עצמם מהדפוסים הגבריים הסטראוטיפיים והפגינו פתיחות לגבי מחלתם, שיתוף ברגשות, הדגשת שינויים שזיהו בעצמם, והיו שסיפרו שהם הפכו מאנשים שחוו הרבה כעס לרגועים ואמפתיים ולגרסה טובה יותר של עצמם (Donovan & Flynn, 2007; Quincey et al., 2021; Sime, 2012).

המלצות לצוותים המטפלים

מקומם השולי של הגברים החולים בסרטן השד בשדה האקדמי, הרפואי והפסיכו-סוציאלי מייצר חוויה של חוסר שייכות ומותיר אותם פעמים רבות ללא מענה המותאם לצרכיהם. חשוב שאנשי טיפול יכירו את המורכבות שחווה גבר שאובחן כחולה בסרטן השד ולא יתעלמו ממנה. ניתן לעשות זאת באמצעות הכשרות שיתמקדו בנושא באופן ספציפי. ראוי גם שאנשי הטיפול, ובמיוחד הצוותים הרפואיים, לא ישתפו פעולה עם התפיסות החברתיות המקובלות לפיהן היעדר השד אינו מפריע לגברים. הספרות מלמדת בצורה ברורה שהפגיעה במראה החיצוני בעקבות ניתוח לכריתת השד מפריעה לגברים ללא קשר לגילם והיא פוגעת בהתנהלות היומיומית שלהם. יש להתחשב בפגיעה זו בקבלת ההחלטות הכירורגיות, לבחון אפשרות לניתוח משמר שד כשהדבר

Rayne, S., Schnippel, K., Thomson, J., Reid, J., & Benn, C. (2017). Male Breast Cancer Has Limited Effect on Survivor's Perceptions of Their Own Masculinity. *American Journal of Men's Health*, 11(2), 246-252. <https://doi.org/10.1177/1557988316631512>

Sime, C. A. (2012). Men 's Experiences of Having Breast Cancer: A Comparison with Women's Experiences. Glasgow University thesis services. Available online: <https://theses.gla.ac.uk/3232/>

Thompson, E. H., & Haydock, A. S. (2020). Men's Lived Experiences with Breast Cancer: The Double Consciousness of Marginal Men. *Sex Roles*, 82, 28-43. <https://doi.org/10.1007/s11199-019-01039-7>

Williams, B. G., Iredale, R., Brain, K., France, E., Barrett-Lee, P., & Gray, J. (2003). Experiences of men with breast cancer: an exploratory focus group study. *British Journal of Cancer*, 89(10), 1834-1836. <https://doi.org/10.1038/sj.bjc.6601305>



1918-1926. <https://doi.org/10.1002/ijc.27841>

Midding, E., Halbach, S. M., Kowalski, C., Weber, R., Würstlein, R., & Ernstmann, N. (2018). Men With a "Woman's Disease": Stigmatization of Male Breast Cancer Patients - A Mixed Methods Analysis. *American Journal of Men's Health*, 12(6), 2194-2207. <https://doi.org/10.1177/1557988318799025>

Naymark, P. (2006). Male breast cancer: incompatible and incomparable. *Journal of Men's Health and Gender*, 3(2), 160-165. <https://doi.org/10.1016/j.jmhg.2005.10.014>

Pituskin, E., Williams, B., Au, H.-J., & Martin-McDonald, K. (2007). Experiences of men with breast cancer: A qualitative study. *Journal of Men's Health & Gender*, 4(1), 44-51. <https://doi.org/10.1016/j.jmhg.2006.12.002>

Quincey, K. (2017). *Shifting masculinities amongst men diagnosed with breast cancer: A multi-methods phenomenological study*. De Montfort University e-thesis. Available at: <https://dora.dmu.ac.uk/items/5ba28353-7c0d-4545-a177-398c77e6c965>

Quincey, K., Williamson, I., & Wildbur, D. (2021). Men With Breast Cancer and Their Encounters With Masculinity: An Interpretative Phenomenological Analysis Using Photography. *Psychology of Men & Masculinities*, Advance online publication. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1037/men0000344>

Quincey, K., Williamson, I., & Winstanley, S. (2016). "Marginalised malignancies": A qualitative synthesis of men's accounts of living with breast cancer. *Social Science and Medicine*, 149, 17-25. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.11.032>

Klinefelter's syndrome in male breast cancer patients. *Anticancer Research*, 17(6D), 4293-4297. <http://europepmc.org/abstract/MED/9494523>

Iredale, R., Brain, K., Williams, B., France, E., & Gray, J. (2006). The experiences of men with breast cancer in the United Kingdom. *European Journal of Cancer*, 42(3), 334-341. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2005.09.027>

Kipling, M., Ralph, J.E.M. & Callanan, K. (2014). Psychological impact of male breast disorders: literature review and survey results. *Breast care*, 9(1), 29-33. doi:10.1159/000358751

Korde, L. A., Zujewski, J. A., Kamin, L., Giordano, S., Domchek, S., Anderson, W. F., Bartlett, J. M. S., Gelmon, K., Nahleh, Z., Bergh, J., Cutuli, B., Pruneri, G., McCaskill-Stevens, W., Gralow, J., Hortobagyi, G., & Cardoso, F. (2010). Multidisciplinary meeting on male breast cancer: Summary and research recommendations. *Journal of Clinical Oncology*, 28(12), 2114-2122. <https://doi.org/10.1200/JCO.2009.25.5729>

Levin-Dagan, N., & Baum, N. (2021). Passing as normal: Negotiating boundaries and coping with male breast cancer. *Social Science and Medicine*, 284(July), 114239. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114239>

Levin-Dagan, N., & Baum, N. (2022). A scar for life: Male breast cancer and the experience of the post-surgical body. *Psychology of Men and Masculinities*, 23(1), 35-46. <https://doi.org/10.1037/men0000380>

Ly, D., Forman, D., Ferlay, J., Brinton, L. A., & Cook, M. B. (2013). An international comparison of male and female breast cancer incidence rates. *International Journal of Cancer*, 132(8),

התערבות קבוצתית ככלי לצמיחה והעצמה לחולי סרטן ומחלימים

סיכום 20 שנות פעילות במרכז התמיכה 'חזקים ביחד', האגודה למלחמה בסרטן

דפנה שדה טסה, עו"ס

wellness community שפועל בארצות הברית. בתחילת שנות ה-80 של המאה הקודמת ייסד ד"ר הרולד בנג'מין את המרכזים האלו בארצות הברית. בנג'מין היה עורך דין יהודי, והוא החל את פעילותו במרכזי התמיכה בעקבות מחלת הסרטן של אשתו, הארייט. הארייט החלימה מהמחלה וזכתה לתמיכה משמעותית בקהילה אליה השתייכה. בנג'מין ראה חשיבות מרכזית בפיתוח מרכזים בהם יפעלו מגוון שירותי תמיכה והעשרה, שיעצמו ויחזקו את המתמודדים עם מחלת הסרטן ואת בני משפחותיהם (שדה טסה וציפרשטיין, 2002; Benjamin, 1987). המוטיבים המרכזיים בגישתו של בנג'מין היו:

- תפיסת Patient Active, הכוללת את השילוב בין כוח הרצון של המטופל לצד המיומנויות של המטפל, הרופא, בדגש על שיתוף פעולה בין המטופל לצוות המטפל בו.
- שימוש מגוון באמצעים התומכים במרחב הנפשי והרגשי של המטופל, שעשויים לחזק את רוח הלחימה שלו ולהגדיל את אפשרויות ההחלמה שלו.
- שילוב פעילויות לרווחת הגוף-נפש התורמות לשיפור איכות החיים, מבססות תחושת קשר ושייכות, מחזקות את מרכיב התקווה, ומפחיתות תחושות של בדידות וחוסר אונים.

כבר מתחילת פעילותו של מרכז התמיכה בישראל התקיימו בו כמה סוגי קבוצות וסדנאות לצד פעילויות לרווחת גוף-נפש. בשנים הראשונות הושם דגש על קיום קבוצות תמיכה במודל ongoing group session, שנלמד במרכז ההדרכה של

Kissane et al., 1997; Spiegel et al., 1989). מאמר זה יתאר מודלים שונים של התערבויות קבוצתיות, כפי שנעשו במרכז התמיכה של האגודה למלחמה בסרטן, 'חזקים ביחד', וסיכום לפעילות שנעשתה במרכז הזה במשך יותר משני עשורים. המטרה בהתערבויות אלו הייתה לחזק את המשתתפים המתמודדים עם מחלת הסרטן ולהקל את השלכותיה הרגשיות והחברתיות גם יחד. מטרה נוספת הייתה לתמוך בתהליך הקיומי והשיקומי של חולי סרטן בפרק זמן של כשנה.

מודל מרכזי התמיכה

מרכז התמיכה 'חזקים ביחד' של האגודה למלחמה בסרטן בגבעתיים החל לפעול בשנת 2001, בדומה למודל של מרכזי

התערבות קבוצתית בקרב חולי סרטן נחשבת לאחת משיטות ההתערבות שנמצאו כמועילות בשיפור איכות החיים והרווחה הנפשית באוכלוסייה זו. משנות ה-80 של המאה ה-20 התקיימו התערבויות קבוצתיות במודלים שונים, ומטרתן המשותפת היא להעניק תמיכה חברתית ולהביא להרחבת השימוש בדרכי התמודדות שונות שיאפשרו התמודדות טובה יותר של החולים עם אתגרי המחלה והטיפול הנלווים לה. נוסף על כך, מחקרים הצביעו על כך שהתערבויות קבוצתיות אלו תרמו לשיפור בוויתוס הקוגניטיבי והרגשי של המשתתפים במהלך ההתערבות וגם במשך תקופות זמן שונות לאחר סיומה (Edmonds et al., 1999; Fauzi & Fauzi, 1994; Hamama-Raz et al., 2015;



The Wellness Community (TWC) בלוס אנג'לס. מדובר במפגשים קבוצתיים שבועיים המתקיימים למשך פרק זמן מסוים בהנחיית איש מקצוע. מדי פעם הצטרפו לקבוצה משתתפים חדשים, ובפועל השתתפו יותר נשים מגברים. כחלק מפעילותי המקצועית במרכז התמיכה, הנחיתי בתחילה קבוצות למטופלים ולבני משפחה בנפרד (קבוצות בני משפחה הונחו על ידי מנחה אחר) על פי מודל זה. בהמשך, מתוך ניסיון מצטבר, ראייה והבנה של צרכים משתנים על פני תקופת זמן (בעיקר כשמדובר במחלה כרונית גוררתית), עברתי בהדרגה להנחיה המשלבת כמה סוגי התערבות קבוצתית, אותם פיתחתי במהלך השנים. במאמר זה אביא את ההתנסות שלי בפיתוח העבודה הקבוצתית במרכז. אציין כי במקביל לעבודתי הנחו קולגות אחרים קבוצות שונות שעבדו לפי מודל הקבוצה ארוכת הטווח בדומה למודל TWC האמריקאי.

מודלים לסדנאות מובנות תוכן

ישנם ארבעה מודלים של סדנאות מובנות תוכן, שניתן לקיימן לפי סדר משתנה ומתוך היכרות עם הרכב משתתפי הקבוצות:

1. התערבות ממוקדת משמעות
2. התערבות במודל "טבע תרפיה"
3. התערבות בגישה הקוגניטיבית התנהגותית
4. התערבות בדגש ביבליותרפיה ומקורות יצירתיים.

בהמשך אסביר את עקרונות כל מודל ואתאר בקצרה כל אחת מהסדנאות.

התערבות ממוקדת משמעות

מחקרים מצאו כי היכולת לחוות תחושת משמעות בחיים עשויה להפחית תחושת דיכאון ולתרום לתחושת איכות חיים טובה. גרינשטיין וברייטברט (Greenstein & Breitbart, 2000) הציעו שעצם אבחנת מחלת סרטן יוצרת חוויה טראומטית מסכנת חיים. לכן, האפשרות והצורך במציאת משמעות בפרק חיים זה ישפיעו לטובה על אופן ההתמודדות והמצב הנפשי של חולי הסרטן.

בשנת 2006 השתתפתי בסדנה בכנס פסיכו-אונקולוגי בין-לאומי אשר פותחה על-ידי פרופ' ברייטברט ושותפיו ונקראה: "Meaning centered group therapy" (Breitbart, 2002; Breitbart & Heller, 2004; Breitbart et al., 2003). הרציונל והתכנים של הסדנה נגזרו ממשנתו של ד"ר ויקטור פרנקל, יוצר גישת הלוגותרפיה, ומחבר הספר האדם מחפש משמעות (פרנקל, 1970). בסדנה המקורית פגשנו שבע שאלות קיומיות מרכזיות. בעקבות אחת השאלות, שעסקה בנושא של האחריות האישית, הגעתי לתובנה אישית משמעותית (שדה טסה, 2013, 2022). התרשמתי כי לסדנה זו תהיה תועלת רבה עבור משתתפי קבוצות חולי הסרטן במרכז התמיכה בארץ. אולם, בניגוד למודל המקורי שנועד לשמש התערבות לחולים עם מחלה מתקדמת במטרה לעודד תקווה ולהפחית תחושות ייאוש (Greenstein & Breitbart, 2000), בחרתי להגיש סדנה זו לחולים ומחלימים כאחד, בין השאר מתוך הבנה שחולים סופניים מתקשים להתחייב ולהשתתף בשמונה מפגשי סדנה.

לסדנה קראתי 'דרכים למציאת משמעות', ובמשך השנים קיימתי מעל 20 סדנאות במודל זה, שפיתחתי והוספתי לו שאלות הנחיה מעבר לאלו שבמודל המקורי. הסדנה כוללת הרצאת מבוא, המתבססת על עקרונות מתוך גישת הלוגותרפיה של ד"ר פרנקל, ו-11 מפגשי כתיבה ושיתוף, כשבכל מפגש מוצגת שאלה מנחה אחרת (שדה טסה, 2013, 2022). תיאור מפורט של תכני הסדנה והשאלות המרכזיות מצוי במאמרים שאזכרו.

התערבות במודל 'טבע תרפיה'

במהלך עבודתי רבת השנים כעובדת סוציאלית עם מטופלים ומטופלות החולים בסרטן במרכז לבריאות השד, ובהמשך באשפוז יום אונקולוגי במרכז הרפואי תל אביב, נוכחתי לדעת כי התהליך הפסיכו-סוציאלי עמו נפגש המתמודד עם מחלת הסרטן הוא מאתגר ומורכב. כשמדובר

בחולים שחלו בשנית או שמלכתחילה אובחנו עם מחלה כרונית או גוררתית, הצורך במסגרת תומכת ומשמעותית הוא ארוך טווח (שדה טסה 2001; Sadeh Tassa et al., 1999).

טבע תרפיה היא שיטת טיפול יצירתית המתקיימת בטבע. היא פועלת באופן חווייתי תוך התייחסות לקשר ולדיאלוג עם הטבע כשותף פעיל בתהליך. השיטה משלבת אלמנטים מתחומי הטיפול באומנויות, תנועה, גישות מתחום גוף-נפש, באופן המתאים לעבודה במרחב הפתוח, והיעזרות בכוחות הקיימים בטבע להעצמת תהליכי גדילה והתפתחות (ברגר ומקלאוד, 2007). הסדנה נועדה ליצור הזדמנות וחוויה של מפגש עם העצמי בתנאים שונים מאשר בקבוצה הפועלת בחדר. כוחות הטבע מסייעים להיפגש עם מקורות אישיים ייחודיים, ויכולים להביא לצמיחה אישית וקבוצתית (ברגר, 2014).

לפיכך, בשנת 2010 הוספתי ושלבתי במפגשי קבוצות התערבות את סדנת טבע תרפיה שאפשרה למשתתפות (נשים בלבד) לשלב בתהליך הטיפול את מרחבי הטבע (גינות ופארקים בסביבת מרכז התמיכה בנגעתיים). מטרת הסדנה היא לאפשר לנשים לחוות את המפגש האישי עם קש"י המחלה באמצעים נוספים לצד הריפוי שמרחב הטבע מעניק לאדם. מפגשים אלו כללו פעילות תנועתית, תרגילי צ'י קונג ונשימה. בכל מפגש נכללה שיחה בנושאים שקשורים בהתמודדות עם שינויים גופניים בעקבות הטיפולים האונקולוגיים, והשלכותיהם הנפשיות על דימוי גוף, דימוי עצמי, מיניות ועוד. במהלך השנים התקיימו בין 8-12 מפגשים בכל קבוצה, בעונות שנה שונות, כולל מפגש אחד בחוף הים.

התערבות בגישה הקוגניטיבית התנהגותית

התערבות קבוצתית בגישה הקוגניטיבית התנהגותית (CBT) מוכרת בעבודה עם אנשים שחלו בסרטן. השיטה הזו נמצאה כמשפרת איכות חיים שמביאה להטבה במדדים שונים במצב הנפשי של מטופלים

(כהן, 1999; 2008; Edelman et al., 2008; 2015; Hamma-Raz et al., 2015; Kissane et al., 1997).

כפסיכותרפיסטית קוגניטיבית-התנהגותית, ובעקבות היכרות והתנסות עם עבודתו של פרופ' חמיאל (2020; Hamiel & Bendict, 2010), שילבתי בעבודתי הטיפולית משנת 2013 סדנה נוספת שכותרתה **'לחשוב ולנשום אחרת לעצמי'**. סדנה זו שילבה לימוד ותרגול של טכניקות מתוך הגישה הקוגניטיבית התנהגותית (CBT), ומרכיבים מגישות הגל השלישי, Acceptance & Commitment Therapy (ACT), בשילוב עם מיינדפולנס. סדנה זו החלה בהרצאת מבוא הכוללת היכרות ראשונית עם גישות אלה והסבר מושגים בסיסיים. לאחר הרצאת המבוא התקיימו מפגשי תרגול ויישום. הסדנה כללה 15 מפגשים שבועיים בהם המשתתפים שיתפו בקשיים ובדילמות איתם התמודדו, תוך תרגול ושימוש בכלים שניתנו להם כדי להקל את המצוקה הרגשית, להפחית תחושות חרדה ולשפר את איכות חייהם. כל מפגש כלל גם התנסות בהרפיה ו/או בדמיון מודרך (Baider et al., 1994).

הניסיון המצטבר בסדנאות שתוארו לעיל הראה כי שילוב שלוש הסדנאות יצר מרחב מגוון של מענים למשתתפים. כך, במהלך עשר השנים האחרונות, קיימתי מודל של הנחיה וליווי קבוצתי שכלל את העברת הסדנאות אלו, בזו אחר זו, במשך כשנה. חלק מהמשתתפים הצטרפו למכלול הסדנאות, ואחרים לסדנה אחת או יותר מתוך בחירה ובהתאם למידת פניותם וכוחותיהם.



התערבות קבוצתית בכלים מתוך הביבליותרפיה ומקורות יצירתיים

לאורך תהליך העבודה עם המטופלים ולצד הניסיון רב-השנים בהנחיית הסדנאות שהוזכרו לעיל, הבנתי שמשתתפים רבים זקוקים לליווי הנמשך כשנה ויותר (שדה טסה ושות', 1997; Sadeh Tassa et al., 1991; Spiegel & Spira, 1999). זאת משום שמחלתם נחוות כבעלת השלכות ארוכות טווח בהיבט הפיזי והפסיכו-סוציאלי. חלק מהמטופלים מתקשים להשתתף במפגשים הקבוצתיים ברציפות בזמן טיפול אונקולוגי פעיל, ואחרים, עם סיום הטיפול, חווים משבר נפשי משמעותי, בעיקר בתקופת ההחלמה והחזרה לשגרה.

מתוך הבנת צורך מתמשך זה, נוספה גם סדנת **'המפגש עם עצמי במשא - מסע העכשווי'** למכלול הסדנאות. סדנה זו כללה כ-10 מפגשי כתיבה ושיח באמצעות טקסטים, שירה, קלפים טיפוליים ומוסיקה. הסדנה נעזרת בין היתר בכלים משיטת הביבליותרפיה (כהן, 2005), שהיא שיטת טיפול באמצעות טקסטים ספרותיים שמתבצעת בעזרת קריאה ו/או כתיבה. דרך הסיפורים יכול המטופל לספר את הסיפור האישי שלו, ובאמצעות שיחה עם המטפל הוא יכול לחקור את רגשותיו ולהביא אותן למודעות. סדנה זו מסכמת את הפעילות הקבוצתית שעברו המשתתפים במהלך השנה ונותנת מקום לפרידה אישית וקבוצתית. יש חשיבות לעודד מסר של ביסוס שגרת חיים המותאמת למצבו של כל מתמודד בהמשך הדרך. נוכחתי לדעת כי פעילות רצופה של כארבע סדנאות שונות, שכל אחת מהוה נדבך תומך ומסייע לאנשים בתקופה עתירת לחצים, יוצרת מעטפת רגשית שמסייעת ומרפדת למשתתפים פרק חיים זה, שהוא מהמורכבים שפגשו בחייהם (שדה טסה, 1997).

סיכום

לאחר יותר מ-20 שנות הנחיה ופיתוח סדנאות במרכז 'חזקים ביחד', שבמהלכן השתתפו מאות משתתפים (בעיקר משתתפות) בסדנאות, אני רואה במענה

הקבוצתי נדבך מיטיב, תומך ומעשיר בתקופת חיים מורכבת הנובעת מהמפגש וההתמודדות עם מחלת הסרטן, והאתגרים הכרוכים בהתמודדות זו.

תודות

תודתי לצוות ולהנהלת מחלקת השיקום והתמיכה באגודה למלחמה בסרטן, שסייעו ואפשרו לי לקיים את הסדנאות השונות משנת 2001.

רשימת מקורות

ברגר, ר. ומקלאוד, ג. (2007). טבע תרפיה: מסגרת תאורטית ויישומית. מידע"וס, 46, 31-22.

ברגר, ר. (2014). טבע תרפיה - לשלב את הטבע בטיפול. בתוך ר. ברגר (עורך), היצירה - לב הטיפול (עמ' 411-443). הוצאת אח.

חמיאל, ד. (2020). התמודדות עם קורונה לפי תפיסת הגל השלישי של CBT. שיחות, 29-30. חמיאל, ד., סטיר, ב., מוזס, ש. והיימן, א. (2010). קורס הכשרה לשימוש בשפת הטיפול הקוגניטיבית-התנהגותית ולימוד התערבויות קוגניטיביות התנהגותיות קצרות לרופאים ראשוניים. כתב עת ישראלי לרפואת משפחה, 155, 8-11.

כהן, א. (2005). אלף הפנים של האני: הסיפור האישי כמסע ספרותי-טיפולי. מפגש, הוצאה לאור.

כהן, מ. (2008). מודל התערבות קבוצתית קוגניטיבית התנהגותית בשילוב ביו-פידבק לחולי סרטן ובני משפחתם. שיחות, כ"ב (3), 1-8. פרנקל, ו. (1970). האדם מחפש משמעות. הוצאת דביר.

שדה-טסה ד., דרורי, מ., גינזבורג, ק. ושטדלר, י. (1998). מודל התערבות פסיכוסוציאלית לנשים עם סרטן השד. חברה ורווחה, י"ח (2), 327-341.

שדה-טסה, ד. (2001). חרדה, דיכאון, סימני פוסט-טראומה ואמונות חיים בסיסיות: השוואה בין ארוע מחלה ראשון לבין חזרה מקומית אצל נשים חולות סרטן שד [עבודת גמר לקבלת תואר "מוסמך"]. אוניברסיטת תל אביב.



cancer patients: A 2-year follow up. *Integrative Cancer Therapies*, 15(2), 175-182. <https://doi.org/10.1177/1534735415607318>

Kissane, D., Block, S., & Miach, P. (1997). Cognitive existential group for patients with primary breast cancer – techniques and themes. *Psycho-Oncology*, 6(1), 25-33. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1611\(199703\)6:1<25::AID-PON240>3.0.CO;2-N](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1611(199703)6:1<25::AID-PON240>3.0.CO;2-N)

Sadeh-Tassa, D., Drory, M., Ginsburg, K., & Stadler, Y. (1999). Stages of breast cancer: An Israeli psychosocial intervention model. *Journal of Psychosocial Oncology*, 17(3/4), 63-83. https://doi.org/10.1300/J077v17n03_04

Spiegel, D., Bloom, J. R., Kraemer, H., & Gotheil, E. (1989). Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet*, 34(8668), 888-891. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(89\)91551-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(89)91551-1)

Spiegel, D., & Spira, J. (1991). Supportive expressive group psychotherapy: A treatment manual of psychosocial intervention for women with recurrent breast cancer. *Psychosocial Treatment Lab. Stanford University School of Medicine*.

breast cancer patients. *Psycho-oncology*, 8(4), 295-305. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1611\(199907/08\)8:4<295::AID-PON386>3.0.CO;2-Y](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1611(199907/08)8:4<295::AID-PON386>3.0.CO;2-Y)

Edmonds, C. V. I., Lockwood, G. A., & Cunningham, A. J. (1999). Psychological response to long term group therapy: A randomized trial with metastatic breast cancer patients. *Psycho-oncology*, 8(1), 74-91. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1611\(199901/02\)8:1<74::AID-PON339>3.0.CO;2-K](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1611(199901/02)8:1<74::AID-PON339>3.0.CO;2-K)

Fauzi, I. F., & Fauzi, N. W. (1994). A structured psychoeducational intervention for cancer patients. *General Hospital Psychiatry*, 16(3), 142-192. [https://doi.org/10.1016/0163-8343\(94\)90098-1](https://doi.org/10.1016/0163-8343(94)90098-1)

Greenstein, M., & Breitbart, M. (2000). Cancer and the experience of meaning: A group psychotherapy program for people with cancer. *American Journal of Psychotherapy*, 54(4), 486-500. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2000.54.4.486>

Hamama-Raz, Y., Pat Horenczyk, R., Perry, S., Ziv, Y., Bar Levav, R., & Stemmer, S. M. (2016). The effectiveness of group intervention on enhancing cognitive emotion regulation strategies in breast

שדה-טסה, ד. וציפרשטיין, ר. (2002). The Wellness Community מרכז תמיכה למתמודדים עם מחלת הסרטן. במה, 13, 215-214.

שדה-טסה, ד. (2013). דרכים למציאת משמעות. מידעו"ס, 70, 27-22.

שדה-טסה, ד' (2022). דרכים למציאת משמעות. אתר בלוגותרפיה.

<https://www.blogotherapy.co.il/?s>

Baider, L., Usiely, B., & Kaplan De-Nour, A. (1994). Progressive muscle relaxation and guided imagery in cancer patients. *General Hospital Psychiatry*, 16(5), 340-347. [https://doi.org/10.1016/0163-8343\(94\)90021-3](https://doi.org/10.1016/0163-8343(94)90021-3)

Benjamin, H. (1987). From victim to victor: For cancer patients and their families. Dell Publishing.

Benjamin, H. (1987). *The Wellness Community Guide to fighting for recovery from cancer*. Penguin Putnam.

Breitbart, W. (2002). Spirituality and meaning in supportive care: Spirituality and meaning centered group psychotherapy interventions in advanced cancer. *Supportive Care in Cancer*, 10, 272-280. <https://doi.org/10.1007/s005200100289>

Breitbart, W., Gibson, C., Poppito, S., & Berg, A. (2004). Psychotherapeutic interventions at the end of life: A focus on meaning and spirituality. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49(6), 366-372. <https://doi.org/10.1177/070674370404900605>

Breitbart, W., & Heller, K. (2003). Reframing hope: Meaning-centered care for patients near the end of life. *Journal of Palliative Medicine*, 6(6), 979-988. <https://doi.org/10.1089/109662103322654901>

Edelman, S., Bell, D. R., & Kidmman, A. D. (1999). A group cognitive therapy program with metastatic

שירות ייעוץ בנושא טיפול תומך וסוף החיים באגודה למלחמה בסרטן

דליה שטרן עו"ס; רינה דיכל אחות מומחית קלינית לטיפול תומך מחלקת שיקום ותמיכה, האגודה למלחמה בסרטן

מהו טיפול תומך?

טיפול תומך, הנקרא גם טיפול פליאטיבי, הוא חלק מגישה טיפולית המשפרת את איכות החיים של חולים ובני משפחותיהם בהתמודדות עם מחלות קשות באמצעות מניעת סבל והקלתו. הטיפול נעשה באמצעות זיהוי, הערכה קפדנית וטיפול בכאב ובתסמינים גופניים, נפשיים ורוחניים (WHO, 2022). הטיפול הפליאטיבי יכול להינתן לצד טיפולים מרפאים או בלעדיהם (שוורצמן, 2008).

הניסיון המקצועי שהצטבר בארץ ובעולם מעיד שהטיפול הפליאטיבי מפחית אשפוזים מיותרים, משפר פרוגנוזה בחולי סרטן המקבלים טיפולים אונקולוגיים ומעלה את שביעות רצונם. יתר על כן, גישה זו מאפשרת לחולים ולבני משפחותיהם להיות שותפים מלאים בקבלת ההחלטות הטיפוליות הנוגעות להם, לקבל טיפול התואם את העדפותיהם וערכיהם, ובאותה עת לנהל חיים עצמאיים ומכבדים ולסיים את חייהם בכבוד בביתם או במקום שבו יחפצו. שיטת טיפול כזו חוסכת אפוא לחולים, לבני משפחותיהם ולמערכת הציבורית משאבים יקרים ועלויות מיותרות (שוורצמן, 2022) (May, Normand, Cassel, et al, 2018, א, 11). התחום הפליאטיבי התפתח בקצב מואץ ובמישורים רבים מתחילת המאה ה-21. הדבר בא לידי ביטוי בחוק החולה הנוטה למות (2005), בחוזר מנכ"ל משרד הבריאות (2009), בפתיחת מסלול להכשרת אחיות ורופאים למומחיות בפליאטיה (2009, 2012 בהתאמה), בקיום מבדק ארצי לבדיקת מצב קיים בפליאטיה בבתי החולים והקהילה (2015, 2017 בהתאמה) ובהשקת התוכנית הלאומית לפליאטיה (2016). כחלק

בטיפול תומך, לרופאים ולרופאות המתמחים בפליאטיה, ולהכשרה מעשית לסטודנטים לעבודה סוציאלית.

שירות ייעוץ בנושא טיפול תומך וסוף חיים

הניסיון הקליני, הידע וההכשרות של הצוות הבין-תחומי של הוספיס בית, משמשים כיום בסיס לשירות ייעוץ בנושא טיפול תומך וסוף החיים המוצע על ידי האגודה למלחמה בסרטן.

שירות זה מציע לחולי סרטן במצב מחלה מתקדם ולבני משפחותיהם ייעוץ והכוונה במטרה להקל עליהם בתקופה זו של התמודדות עם מחלה קשה, תופעות לוואי, קשיים פיזיים ורגשיים והיערכות לפרידה מהאדם הנוטה למות. השירות כולל מידע, תמיכה וכלים מעשיים להתמודדות עם שאלות העולות בתהליך, כגון כיצד ניתן לסייע לחולה ולמשפחה בשעת משבר; מהן הזכויות במצב זה וכיצד ניתן לממשן; אילו שירותים קיימים בקהילה וכיצד להגיע אליהם; מהם 'הנחיות רפואיות מקדימות' ו'חוק החולה הנוטה למות' ועוד. אספנו כמה דוגמאות שימחישו את אופן מתן השירות.

הקלה בזמן החמרה במצב פיזי, נפשי וחברתי

פנתה אלינו בדואר האלקטרוני אימא של מטופלת צעירה, שמתמודדת עם סרטן. בשיחת הטלפון שקיימנו עמה קיבלנו פרטים נוספים על מחלת הסרטן של הבת, המקום שבו היא מטופלת, סוגי הטיפול שקיבלה ומקבלת ופרטי הצוות הרפואי המטפל בה בבית החולים ובקהילה. מהשיחות עלה

מתהליכים אלה הוכשרו צוותים קיימים עבור מתן מענה בסיסי בפליאטיה, והוקמו והוכשרו צוותים רב מקצועיים ייעודיים לטיפול פליאטיבי בבתי החולים ובקהילה. יש לציין כי תהליך הכשרת צוותים והקמת יחידות ייעודיות נמשך באופן שוטף מאז ועד היום, והכרחי שיימשך באופן מתמיד.

טיפול תומך והאגודה למלחמה בסרטן

אחת ממטרותיה של האגודה למלחמה בסרטן מראשית קיומה היא פיתוח שירותים למען הרווחה ואיכות החיים של חולי הסרטן ובני משפחתם, במשך כל שלבי המחלה. בשנת 1983 פתחה האגודה למלחמה בסרטן, בשיתוף עם קופת חולים כללית ומשרד הבריאות, את ההוספיס האשפוזי הראשון בישראל, והמשיכה לתמוך בו במשך כ-20 שנים נוספות. בשנת 1989 הקימה האגודה את יחידת הוספיס בית, שבהמשך שינתה את שמה ל"שירות פליאטיבי ביתי". היחידה נסגרה בינואר 2023.

הצוות שעבד ביחידה זו היה צוות בין-תחומי, שכלל רופאים, אחיות ועובדות סוציאליות. מודל העבודה בשיטה זו פעל על פי העיקרון שכל מקרה מובל על ידי הדיסציפלינה הדומיננטית לאותו מקרה, ללא היררכיה של התפקידים על פי המקצוע. התקשורת בין חברי הצוות היתה רציפה, והיתה זמינות להתייעצות בכל רגע נתון. אחת לשבוע התקיימה ישיבת צוות, שחלק ממנה הוקדש ללמידה והתפתחות מקצועית. עד לסוף פעילותה של יחידת הוספיס בית של האגודה היא המשיכה להיות שדה קליני לאחיות ולאחים הלומדים בקורסים על-בסיסיים באונקולוגיה ובמומחיות קלינית



רשימת מקורות

משרד הבריאות (2008). חוזר המנהל הכללי, הנחיות ליישום חוק החולה הנוטה למות 08/7 2008. https://www.health.gov.il/hozer/mk07_2008.pdf

משרד הבריאות (2009). חוזר המנהל הכללי, הפעלת שירות פליאטיבי (הוספיס) בקהילה, בבית חולים כללי ובמוסד סיעודי, 09/30. https://www.health.gov.il/hozer/mk30_2009.pdf

שוורצמן, פ' (2022). טיפול פליאטיבי בישראל - פנינו לאן? הרפואה, 161(5), 274-276. שוורצמן, פ' (2008). שירותים פליאטיביים במדינת ישראל. גרונטולוגיה: כתב עת בנושאי הזיקנה, לה (3), תשס"ה, 67-82.

May, P., Normand, C., Cassel, J.B., Fabbro, E.D., Fine, R.L., Menz, R., Morrison, C.A., Penrod, J.D., Robinson, C., Morrison, R. (2018). Economics of palliative care for hospitalized adults with serious illness: A meta-analysis. JAMA Intern Med, 178(6), 820-829. doi: 10.1001/jamainternmed.2018.0750

Teller N. Hospice and palliative care in Israel- the British connection, The Jerusalem Post, 11.2020.

WHO - World Health Organization (2022). <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>.

הצורך המיידי היה למצוא מטפל זר שיוכל לסעוד את החולה בהמשך, למרות שהוא כרגע מתפקד. כמו כן, ביקשנו מהמשפחה שיוודאו שבמכתב השחרור מהמחלקה יכתב שיש צורך להכניס יחידה להמשך טיפול, ולשוחח עם העובדת הסוציאלית של המחלקה לפני השחרור מבית החולים כדי שניתן יהיה למלא הנחיות רפואיות מקדימות. זו הייתה שיחה ארוכה עמוסה במידע, ולכן הזמנו את בתו של המטופל להמשיך לעמוד איתנו בקשר לגבי כל שאלה או סוגיה שתעלה בהמשך. היא אכן פנתה אלינו פעמיים נוספות: פעם אחת כאשר הייתה זקוקה לסיוע עם התמודדות של הנכד הקטור מאוד לחולה, ופעם נוספת כדי לספר על פטירתו ולהודות על השיחות והזמינות.

הדרכות והשתלמויות

שירותי הייעוץ לטיפול תומך וסוף החיים מספק גם שירותי הדרכה, למידה והשתלמויות לצוותים רב-מקצועיים במרכזים הרפואיים ובשירותים הקהילתיים כדי לאפשר להם לעמוד בסטנדרטים טיפוליים ולהמשיך לפתח טיפול פליאטיבי איכותי בתחום הרפואי, הסיעודי והפסיכוסוציאלי. כך עשינו גם במהלך 2023-2024. במהלך השנה הזו צוות הייעוץ היה שותף בבנייה ובריכוז של מספר השתלמויות, הוראה והנחיית סדנאות, בהן הכשרת צוותים במסגרת קורס לאחיות בנושא פליאטיבי בבית החולים הדסה, סדנאות לצוות הסיעודי של הוספיס הר הצופים, סדנאות לצוות רב-מקצועי של הוספיס בית של קופת חולים כללית במחוז דרום, קורס בתחום הפליאטיבי לצוות הסיעוד של קופת חולים מאוחדת ועוד. השירות של האגודה למלחמה בסרטן ניתן ללא תשלום על ידי אחות פליאטיבית מומחית ועובדת סוציאלית מתחום הטיפול התומך ובשיתוף של כלל אנשי המקצועי והשירותים של האגודה למלחמה בסרטן.

שישנה החמרה במצבה הפיזי, החברתי והנפשי של הבת. היא חשה כאב, קושי באכילה, בליעה, וסובלת מבעיות שינה, תשישות וחולשה. בנוסף, חלה ירידה במצב הרוח ובמוטיבציה, והיא מתמודדת עם בידוד חברתי על רקע ריתוק לבית, קשיי דיבור ודימוי עצמי ירוד. לאחר השיחה הבנו שהיא זקוקה לטיפול נוסף גם בתסמינים הפיזיים וגם בפן הנפשי והחברתי. במסגרת השיחה עם האם, הקשבנו למצוקתה והתייחסנו לבעיות ולשאלות שהעלתה, כמו מהן האפשרויות להמשך טיפול בקהילה. בנוסף, לאחר שקיבלנו את אישורן של האם ובתה, יצרנו קשר עם אנשי הצוות הרלוונטי בקופת החולים באזור מגוריהן, כדי לאפשר את המשך הטיפול. כמו כן, השארנו לאם דרכי תקשורת איתנו ודלת פתוחה בכל התלבטות או שאלת המשך.

התמודדות עם הפסקת טיפול אונקולוגי ומעבר לטיפול תומך

פנתה אלינו בטלפון אישה שאביה חולה סרטן. היא התקשרה מבית החולים וסיפרה שזמן קצר לפני שיחתנו נאמר לה ולמשפחתה שאביה לא יקבל עוד טיפולים אונקולוגיים, שתוחלת החיים שלו קצרה, שיש לשחרר אותו מבית החולים, ושמעתה הוא יקבל טיפול תומך בלבד. האישה הייתה נסערת מהחדשות ובחרדה עצומה. היא סיפרה לנו גם שאביה הוא אלמן שחי לבדו וילדיו אינם גרים לידו.

במהלך השיחה נעשה בירור לאן משחררים את האב, אם הוא מודע למצבו, מה מצבו התפקודי, ואם דיברו איתו על ההחלטות הטיפוליות. כך גילינו שהחולה ובני משפחתו רוצים לשחרר אותו לביתו, שהטיפול יהיה רק במסגרת הבית, החולה מתפקד, מודע לבשורה שקיבל בנוגע לתוחלת חייו ושאינו רוצה להאריך את חייו באמצעים מלאכותיים. בשלב זה הכנו תוכנית ראשונית לטיפול:

ניתן לפנות אלינו בטל' 03-5721650 או בדוא"ל: palliative@cancer.org.il

סיכום השתתפות בכנס IPOS 2023

יאיר מור, פסיכולוג שיקומי מומחה M.A., היחידה לטיפול תומך, מרכז הסרטן, המרכז הרפואי ע"ש שיבא, תל השומר

הטיפול התומך (פליאטיבי), במכון האונקולוגי, במרכז הרפואי ע"ש שיבא, תל השומר. המודל הוא תוצר של העבודה המשותפת שלי עם שותפתי היקרות: ד"ר ליה עשת וגברת דניה ובר (עו"ס). את הצגת עבודת המרפאה ומודל העבודה ליוויתי בהצגת מקרה לדוגמה, אשר מייצג לדעתנו את ייחודיות מודל העבודה שלנו.

המרפאה נוסדה בשנת 2014 כחלק מהבנת הצורך הרב במענה פסיכו-סוציאלי הולם לבני המשפחה של החולים האונקולוגים, ומבוססת בכללותה על מודל ביו-פסיכו-סוציאלי. צוות המרפאה כולל רופאה (רופאת משפחה וטיפול תומך), פסיכולוג ועובדת סוציאלית. בשנים הראשונות עבד צוות המרפאה במודל רב מקצועי (מולטי-דיסציפלינרי), כך שכל אחד מאנשי המקצוע בצוות נגש עם בני המשפחה על פי צרכיהם. משנת 2018 התחלנו להתנסות וליישם מודל עבודה מולטי-דיסציפלינרי, כך ששלושת אנשי הצוות נפגשים עם בני המשפחה (ולפחות שני אנשי צוות מתחומים שונים, למשל רופאה ופסיכולוג). כך למדנו שאנו מצליחים לתת מענה רחב במגוון תחומי עניין המעסיקים את בני המשפחה בזמן קצר יחסית.

מודל העבודה כולל פגישת אינטייק טרנס-דיסציפלינרית, בה מתבצעת הערכת צרכים רחבה של בני המשפחה וניתן מענה ראשוני לצרכים אלה. במסגרת הפגישה אנו עושים שימוש רב בפסיכו-אדוקציה, עוסקים בסוגיות פרקטיות בטיפול במטופל האונקולוגי, ונותנים תמיכה רגשית בהתאם לצרכים. עיקר ההתערבויות מסתיימות בפגישה זו. לאחר הפגישה מתקיימת שיחת טלפון למעקב, ונותרת דלת פתוחה בפני המטופלים. במקרים מסוימים ההתערבות נמשכת במספר בודד של פגישות נוספות

המודל פותח בארצות הברית ונבדק מחקרית במספר מדינות. על פי מודל זה, ההתערבות מתבצעת על ידי אנשי מקצוע מתחומים שונים, ובמיוחד מתחומי הסייעות. בדרך זו מתאפשרת הגעה למספר רב של מטופלים ובני משפחה. בשונה ממודלים אחרים של התערבויות קצרות, ממוקדות ומובנות, מודל זה משך את תשומת לבי כיוון שהעבודה בו מתבצעת בשיטה דיאדית.

במחקר אמורים להשתתף 346 מטופלים אונקולוגים עם מחלה בשלב מתקדם ובני משפחותיהם. הנבדקים יחולקו רנדומלית לקבוצות התערבות, כאשר קבוצה אחת תקבל את ההתערבות על פי מודל FOCUS. המודל מבוסס על חמישה מרכיבים עיקריים: תמיכה וחיוזוק המעורבות המשפחתית, תמיכה וחיזוק התבוננות ומשמעות, הגברת אפקטיביות של דרכי התמודדות, הפחתת אי-ודאות וניהול תסמינים. כאמור, ההתערבות היא התערבות דיאדית והיא תבצע עם המטופל ובן המשפחה שמלווה אותו. כמו כן, היא תבצע באופן דיגיטלי, ובכך עשויה להקל על המטופל ובן המשפחה מבחינת ההתמדה בטיפול. ההתערבות כוללת ארבעה מפגשים או שלבים, אשר נוגעים לפי חלוקה מוגדרת בחמשת מרכיבי המודל. המפגש הראשון הוא נקודת ההתחלה, המפגש השני מתקיים לאחר ארבעה שבועות, המפגש השלישי לאחר שמונה שבועות, והמפגש הרביעי והאחרון יתקיים לאחר 12 שבועות.

מודל רב תחומי:

ביו-פסיכו-סוציאלי

במהלך הכנס הצגתי את מודל העבודה הביו-פסיכו-סוציאלי שאנו מיישמים במסגרת מרפאת המשפחות, המהווה חלק ממערך

הכנס הבין-לאומי השנתי של החברה הבין-לאומית לפסיכו-אונקולוגיה התקיים השנה במילאנו, איטליה. הכנס עסק בתחומים שונים מתוך עולם הפסיכו-אונקולוגיה, בהם טיפולים פסיכולוגיים/נפשיים ספציפיים לסוגי מחלה שונים, טיפול במחלימים מסרטן, חקירה גנטית והתאמת טיפול נפשי, טיפול בבני משפחה ומטפלים עיקריים, חידושים וטכנולוגיה בתחום הטיפול הנפשי ועוד. בכנס הוצגו פרויקטים מיוחדים לצד מחקרים רבים בתחום הטיפול.



זקור על מחקר מהכנס: מודל FOCUS

אחד המחקרים שהוצגו בכנס היה בנושא שיפור מצבם הנפשי של מטופלים אונקולוגים ובני משפחותיהם באמצעות מודל התערבות דיאדי-דיגיטלי בשם FOCUS. מחקר זה נמצא בשלבים ראשוניים של תכנון ולקראת יישום בפועל באוסטרליה. במסגרת המחקר תיבחן יעילות השימוש במודל ההתערבות FOCUS על האוכלוסייה האוסטרלית.



המרפאה מבוססת על גישה ביו-פסיכו-סוציאלית, במסגרתה פוגש צוות המרפאה בני משפחה של מטופלים אונקולוגים להתערבויות קצרות טווח. הצוות מיישם מודל עבודה טרנס-דיסציפלינרי, כך שכל מפגש עם בני משפחה מתבצע על ידי שני אנשי מקצוע לפחות: רופאה, פסיכולוג ועובדת סוציאלית. באמצעות מודל זה הצוות מצליח להתייחס ולכסות טווח ומגוון רחב של היבטים וסוגיות בהתמודדות בני המשפחה עם המחלה והשלכותיה, אשר נוגעים לתחומי העיסוק של כל אחד מאנשי הצוות. עבודת הצוות מבוססת על שלושה עקרונות מרכזיים: ראייה הוליסטית של המטופל והמשפחה, גמישות וניידות, ופרו-אקטיביות. גם בני המשפחה של המטופלים וגם הצוות הרפואי שמפנה אותם מביעים שביעות רצון גבוהה מההתערבויות המתוארות.

השפעה על פרקטיקת העבודה: התמיכה הניתנת לבני המשפחה הכרחית ומשפיעה רבות על רווחתם הנפשית של חולה הסרטן, בני משפחתו והצוות הרפואי. יישום מודל העבודה הטרנס-דיסציפלינרי מאפשר לצוות המרפאה לבצע התערבויות רחבות ומעמיקות בזמן קצר יחסית.

דיון: אנו מוצאים שהמודל הטרנס-דיסציפלינרי משלב בין חיסכון וניצול זמן מיטבי, ובין השפעה מיטיבה ומשמעותית על בני המשפחה והמטופלים. כמו כן, אנו מוצאים שיישום המודל משמש עבור חברי צוות המרפאה כגורם מונע בהתפתחות שחיקה לאורך זמן.

תקציר ההרצאה שניתנה בכנס

מי מטפל במטפל: מודל עבודה טרנס-דיסציפלינרי בטיפול פליאטיבי עם בני משפחה

ד"ר ליה עשת, M.D. היחידה לטיפול תומך, מרכז הסרטן, המרכז הרפואי ע"ש שיבא, תל השומר;

יאיר מור, פסיכולוג שיקומי מומחה M.A. היחידה לטיפול תומך, מרכז הסרטן, המרכז הרפואי ע"ש שיבא, תל השומר;

דניה ובר, עו"ס MSW היחידה לטיפול תומך, מרכז הסרטן, המרכז הרפואי ע"ש שיבא, תל השומר

רקע: מחלת הסרטן משפיעה באופן משמעותי גם על המטופל וגם על בני משפחתו מבחינות רבות. מחקרים מצביעים על כך שבמקרים רבים מטופלים עיקריים של חולי סרטן סובלים ממצוקה נפשית גבוהה יותר מזו של המטופל עצמו. יתרה מזאת, נמצא שמצבם הנפשי של המטופלים העיקריים משפיע ישירות על זה של המטופלים האונקולוגים. למרות זאת, במרבית המקרים, המערכת הרפואית נותנת מענה לצרכי המטופלים עצמם, כך שהמטופלים העיקריים ובני המשפחה מרגישים שקופים בעיני המערכת וחסרי אונים. מסיבות אלה הוקמה במרכז הסרטן בשיבא מרפאת המשפחות המשמשת חלק מהיחידה לטיפול תומך.

שיטה: הערכת צרכי בני המשפחה התבצעה על בסיס ספרות מקצועית רלוונטית וקבוצות מיקוד במסגרת העבודה במרכז הסרטן. עבודת צוות

במודל מפגשים דומה. במקרים נדירים אנו מאפשרים טיפול פסיכותרפי קצר מועד (עד שמונה פגישות).

ישנם חמישה עקרונות מרכזיים המאפשרים לנו ליישם את המודל הייחודי: גמישות, ניידות, התבוננות הוליסטית על המטופל/משפחה, זמינות גבוהה במענה ופרו-אקטיביות. מבחינת גמישות, המודל מאפשר, למשל, לקבוע עם מי אנחנו נפגשים: בן או בת זוג של המטופל, הורה, בן או בת או כל המשפחה. כל אלה יכולים להשתנות עם הזמן ובהתאם לצרכים. מבחינת ניידות, המפגש יכול להתקיים במרפאה עצמה, במיין האונקולוגי, באשפוז יום או בכל מחלקת אשפוז בבית החולים.

במהלך השנים נתקלנו בבעיות בנושאים מגוונים מאוד, אך נראה כי היו להן יסודות משותפים: תקשורת בתוך המשפחה, שונות בדפוסי ההתמודדות במשפחה, שינויים בתפקידים בתוך המשפחה, ניהול מתן תרופות ומזון של המטופל, מיקוד בצרכיהם של בני המשפחה וסיפוקם, עיסוק בסוגיות של סוף החיים וקבלת החלטות בנושא, תקשורת עם ילדים קטנים לגבי המחלה, התקדמות המחלה והגעה לשלב סוף החיים ועוד.

עם השנים למדנו שגם בני המשפחה שפגשנו וגם הצוות המקצועי שהפנה אלינו את המטופלים הביעו שביעות רצון גבוהה מההתערבויות שערכנו. בנוסף לכך גילינו שבאמצעות מודל ההתערבות שלנו ניתן לבצע התערבויות קצרות מועד. ולבסוף, אנו יכולים לומר שהעבודה המשותפת מול המקרים המורכבים מהווה עבורנו גורם מונע בפיתוח שחיקה לאורך זמן.

פינת המחקר

חוויית תחושת המקום בקרב חולים בסרטן סופני

Ivzori Erel, A., & Cohen, M. (2022). 'No place like home?' A qualitative study of the experience of sense of place among cancer patients near the end of life. Health & social care in the community, 30(4), e1194–e1201.

<https://doi.org/10.1111/hsc.13526>

רקע: מחקרים אחדים בלבד בחנו את חוויית סוף החיים בהקשר של מקום המגורים ומקום קבלת הטיפול. "תחושת המקום" הוא מושג המתאר את הקשרים הרגשיים, הערכיים, המשמעות והסמלים הקשורים למקום ספציפי.

מטרה: מחקר זה נועד לחקור את החוויה של תחושת מקום בקרב אנשים החולים בסרטן סופני ומקבלים טיפול בבית באמצעות הוספיס בית לעומת אלו הנמצאים בבית חולים.

שיטה: בוצעו ראיונות עומק מובנים למחצה עם 20 חולי סרטן בגיל 31-77 סמוך לסוף החיים (פרוגנוזה של 6 חודשים או פחות). הנתונים נותרו באמצעות ניתוח תמטי.

ממצאים: שלוש תימות עיקריות עלו: (א) 'זה אני התקוע בתוך הגוף שלי' - הגוף החולה והגוף כמקום, תימה המתמקדת בחוויית הניכור והאכזבה מהגוף; (ב) 'בפנטזיה, כולם רוצים להיות בבית ולמות בבית, אבל החיים הם לא פנטזיה' - תחושת הבית מול בית החולים, תימה המתמקדת בתחושת המקום כלפי הבית ובית החולים; (ג) 'אני לא רוצה לפגוש אף אחד או להיות בשום מקום' - חוסר תחושת מקום, תימה המתמקדת בנינוק מסביבות פיזיות וחברתיות ואובדן תחושת המקום. הממצאים מדגימים את מורכבות היחסים עם הגוף כמרכז ההתנסות ועם מסגרת הטיפול.

מסקנות והשלכות לטיפול: המודעות המקצועית לחוויית של תחושת המקום היא הרלוונטית ביותר להתערבויות פסיכו-סוציאליות עם מטופלים המצויים בסמוך לסוף החיים ובני משפחותיהם. יש לפתח התערבויות המתמקדות בשיפור תחושת המקום של המטופלים, כדי להגביר את איכות חייהם ומותם. הסברה למשפחות לגבי החוויית השונות הקשורות לתחושת המקום של חולים עשויה לטפח הבנה ואמפתיה טובה יותר לאדם בסוף החיים ולאפשר חוויה חיובית יותר של פרידה ושכול לאחר המוות.

קבלת טיפול במהלך תקופת הקורונה וההשפעה על חולי סרטן

Cohen, M., Yagil, D., Aviv, A., Soffer, M., & Bar-Sela, G. (2022). Cancer patients attending treatment during COVID-19: intolerance of uncertainty and psychological distress. Journal of cancer survivorship: research and practice, 16(6), 1478–1488.

<https://doi.org/10.1007/s11764-021-01126-3>

רקע: מגפת הקורונה הביאה עמה אתגרים יחודיים עבור חולי סרטן. המגפה אופיינה באי-ודאות ובתקופות של בידוד וריחוק חברתי שהשפיעו באופן ישיר על מתמודדים עם מחלת הסרטן.

מטרה: לבחון את החוויה, התפיסות והתגובות של החולים בתקופת הקורונה.

שיטות: המשתתפים היו חולי סרטן שקיבלו טיפול בבית החולים במהלך המגפה (בין יולי לאוגוסט 2020). בחלקו הראשון של המחקר מילאו 95 משתתפים שאלון שמדד חוויות, תפיסות ומצוקה נפשית ביחס ליכולת של הפרט לשאת מצבי אי-ודאות. בחלקו השני של המחקר נערכו ראיונות עומק עם עשרה חולי סרטן במטרה להבין באופן מעמיק את החוויה שלהם במהלך המגפה.

תוצאות: רוב המשתתפים חוו את מגפת הקורונה כאיום מרכזי שעלול להשפיע על בריאותם בעתיד, רובם לא ויתרו על הגעה לבית החולים לטיפולים ובדיקות, ורמתה הממוצעת של המצוקה הפסיכולוגית הייתה נמוכה. דווח על ירידה קלה במערכת התמיכה החברתית, משום שמגע מרחוק ותמיכה מהקהילה לא פיצו על ירידה בקשרים האישיים. בנוסף, מידה נמוכה של סבלנות למצבי אי-ודאות נמצאה קשורה למצוקה פסיכולוגית גבוהה יותר. ניתוח ראיונות העומק חיזק את הממצאים הכמותיים, בהדגישו את חוויית הפחד מהידבקות לצד נחישות להמשיך בטיפול.

מסקנות והשלכות לטיפול: המחקר מעורב השיטות איפשר לבחון את התגובות של חולי סרטן שקיבלו טיפול אקטיבי בתקופת הקורונה. הממצאים מצביעים על החשיבות הרבה של בדיקות סינון לזיהוי אנשים במצוקה גבוהה בתקופות של אי-ודאות קיצונית, ובמיוחד כדי לזהות אנשים המאופיינים באי-סבילות גבוהה לחוסר ודאות כגורם סיכון למצוקה פסיכולוגית.

כנסים בין-לאומיים 2024

האגודה לפסיכואונקולוגיה בישראל

יום סדנאות ביבליותרפיה ואימגו

25 במאי, 2024

IPOS - International Psycho-Oncology Society

25th Annual World Congress: Maastricht, The Netherlands,

from Tuesday, September 24, to Friday, September 27, 2024

<https://www.ipos2024.org>

SIOG - International Society of Geriatric Oncology

Montreal, Canada, from Thursday, October 17, to Saturday, to October 19, 2024

<https://siog.org/events/siog-events/siog-2024-annual-conference>

SIOP - International Society of Pediatric Oncology

Honolulu, Hawaii, from Thursday, October 17, to Sunday, October 20, 2024

<https://siop-congress.org>



שירותי האגודה למלחמה בסרטן לאנשי מקצוע

האגודה למלחמה בסרטן תומכת, מלווה ומכשירה את הצוות המקצועי המטפל בחולים, מחלימים ובני משפחותיהם. מדי שנה נערכים עשרות ימי עיון, כנסים והשתלמויות לאנשי מקצוע בנושאים שונים הקשורים במחלת הסרטן, מומחים בעלי שם עולמי מגיעים ארצה במימון האגודה להשתתפות בהרצאות ולייעוץ בתחומי התמחותם, עשרות מענקי נסיעה להשתלמויות וכנסים בחו"ל ניתנים לאנשי מקצוע, וכנסים בינלאומיים מתקיימים בארץ בתמיכתה של האגודה.

המוקדים הטלפוניים של האגודה למלחמה בסרטן

טלמידע® בשפה העברית
1-800-599-995

טלמידע® בשפה הערבית
1-800-36-36-55

טלמידע® בשפה הרוסית
1-800-34-33-44

טלתמיכה®
לתמיכה נפשית ראשונית
1-800-200-444

יד להחלמה®
לנשים המתמודדות עם סרטן השד
1-800-36-07-07

www.cancer.org.il

האגודה למלחמה בסרטן - לחיים בריאים 