

מכללת רידמן

המכללה הבינלאומית ללימודי רפואה משלימה

בית חולים וולפסון- המכון האונקולוגי

מחקר

יעילות הטיפול המשלב גוף ונפש בחולי סרטן המקבלים טיפול כימי

¹ דר' פלג עירית. ² דר' ברנר יוסף. ³ דר' שמעונב מוטי. ⁴ רבינדה עופרה. ⁵ שוורץ קרטה דפנה.

¹ דר' פלג עירית- מנהלת בית הספר לפסיכותרפיה הוליסטית במכללת רידמן
² דר' ברנר יוסף- מנהל המחלקה האונקולוגית בבית חולים וולפסון
³ דר' שמעונב מוטי- מנהל המחלקה הכירורגית בבית חולים וולפסון
⁴ רבינדה עופרה- אחות אחרית במכון האונקולוגית בבית חולים וולפסון
⁵ שוורץ קרטה דפנה- מרצה ומטפלת בכירה בבית הספר לפסיכותרפיה הוליסטית במכללת רידמן

יעילות הטיפול המשלב גוף ונפש בחולי סרטן המקבלים טיפול

כימי

דר' פלג עירית.⁷ דר' ברנר יוסף.⁸ דר' שמעונוב מוטי.⁹ רבינדה עופרה.¹⁰ שוורץ קרטה דפנה.

תודות

מחקר זה נערך במסגרת מחקר מטעם מכללת רידמן בהנחיית דר' פלג עירית. מחקר זה נערך בזכות פתיחת הדלתות בית החולים וולפסון והמחלקה האונקולוגית שבו. תודות לצוות הרופאים והאחיות שבמחלקה שקיבלו את הצוות הטיפולי של רידמן כחלק מצוות הטיפול לכל דבר ועשו הכל להצלחת הטיפולים. תודות לצוות המורים והמטפלים הבכיר של בית הספר לפסיכותרפיה הוליסטית שבמכללת רידמן שהשקיע מזמנו וממקצועיותו הרבה בביצוע הטיפולים.

תקציר

קשיי ההתמודדות עם המשבר הכרוך בגילוי וטיפול במחלת הסרטן ובהשלכותיה, גורמים לתחושת מצוקה נפשית ופיזית המשפיעה על איכות החיים של החולה. הטיפולים המשולבים גוף ונפש במסגרת הרפואה המשלימה הפכו בשנים האחרונות לחלק בלתי נפרד מהטיפולים הגופניים והנפשיים שבהם נעזרים החולים. קיימות עדויות מחקריות רבות על יעילות הטיפולים הללו בחולי סרטן (Ernst, 2000).

מטרת המחקר היא לבדוק את יעילותו של הטיפול המשלב גוף ונפש על חולי סרטן המקבלים טיפול כימי

השיטה: נדגמו 24 חולי סרטן שחלקם קיבלו טיפולים המשלבים גוף ונפש וחלקם היוו קבוצת ביקורת

ההליך: נתוני המחקר נאספו באמצעות שאלון מובנה למילוי עצמי שתוקף. תוצאות: נמצאו ארבע אינטראקציות לפי קבוצה ועיתוי שבהם נמצא שיפור אחרי הטיפול אצל נבדקי הניסוי לעומת קבוצת הביקורת.

בתחום המשתנים הפיזיולוגיים, בקבוצת הניסוי לפני הטיפול היו יותר שינויים פיזיולוגיים ($M=4.65$) מאשר אחרי הטיפול ($M=3.97$). במדד זה נבדקו: מידת העייפות, התיאבון, הכאבים, שינויים בשינה, עצירות, בחילה, שינויים במחזור החודשי, מצב בריאות כללי ושינויים בהופעה חיצונית

⁶ דר' פלג עירית- מנהלת בית הספר לפסיכותרפיה הוליסטית במכללת רידמן

⁷ דר' ברנר יוסף- מנהל המחלקה האונקולוגית בבית חולים וולפסון

⁸ דר' שמעונוב מוטי- מנהל המחלקה הכירורגית בבית חולים וולפסון

⁹ רבינדה עופרה- אחות אחרית במכון האונקולוגית בבית חולים וולפסון

¹⁰ שוורץ קרטה דפנה- מרצה ומטפלת בכירה בבית הספר לפסיכותרפיה הוליסטית במכללת רידמן

בתחום המשתנים במצב הכלכלי ובמצב בתוך המשפחה, לפני ההתערבות היו יותר שינויים לרעה אצל נבדקי קבוצת הניסוי ($M=4.92$) מאשר אצל נבדקי קבוצת הביקורת ($M=2.55$) ואילו אחרי ההתערבות לא היו הבדלים בין הקבוצות. במדד זה נבדקו עד כמה המחלה הטרידה את בני המשפחה, האם התמיכה מספקת, עד כמה המחלה הפריעה לתעסוקה ולעומס הכלכלי

בתחום השינויים לרעה בהתנהגות, לפני ההתערבות היו יותר שינויים לרעה אצל נבדקי קבוצת הניסוי ($M=4.81$) מאשר אצל נבדקי קבוצת הביקורת ($M=3.36$) ואילו אחרי ההתערבות לא היו הבדלים בין הקבוצות. במדד זה נבדקו עד כמה החולה מוטרד מהדיאגנוזה הראשונה, עד כמה מוטרד מהטיפולים, ממשיך הטיפולים, איך המחלה משפיעה על חרדה ודיכאון, וכן דאגות ופחדים מאבחונים עתידיים, חשש מסרטן נוסף, גרורות וחשש מהעתיד.

בתחום השינויים שליליים בעקבות המחלה, לפני ההתערבות היו יותר שינויים לרעה אצל נבדקי קבוצת הניסוי ($M=4.91$) מאשר אצל נבדקי קבוצת הביקורת ($M=3.98$) ואילו אחרי ההתערבות לא היו הבדלים בין הקבוצות. מדד זה מורכב ממוצע של 5 מדדים : שינויים פזיולוגיים הקשורים למחלה, שינויים במצב כלכלי ומצבים בתוך המשפחה, שינויים לרעה במיניות ויחסים חברתיים, שינויים לרעה בהתנהגות, שינויים ודאגות הקשורים למחלה.

ככל שחולה הסרטן יקבל יותר טיפולים המשלבים גוף ונפש, כך תתחזק המערכת החיסונית שלו הפיזית והרגשית (Fawzy. 1993 ; Speca. 2002), תגדל היכולת שלו להתמודד עם משברים (Barsevick & Much. 2004), יוכל להפחית מתח וחרדה (Deker, T & Cline-Elsen, J &) (Deker et al. 1992; Kim et) (Gallagher, M (1992) ; Baider, 1994; al. 2005, ידע להרפות את הגוף ולאפשר לו לחזק את עצמו, תגדל יכולת ההבראה, החיוניות, החיות ואיכות החיים בכלל (Linda. 2003).

ככל שהחולה יסגל לעצמו חשיבה חיובית על החיים בכלל ומצבו האישי בפרט, כך סיכויי ההחלמה שלו יגדלו (Peterson. 1993) ומערכות היחסים שלו הזוגיות והחברתיות ישתפרו (Friedman. 1987).

ראשי פרקים

נמחק: 4	<u>5</u>	מבוא
נמחק: 5	<u>6</u>	פרק 1: רקע תיאורטי
נמחק: 5	<u>6</u>	א. מחלת הסרטן
נמחק: 6	<u>7</u>	ב. איכות חיים ומחלת הסרטן
נמחק: 11	<u>12</u>	פרק 2. רפואה משלימה
נמחק: 12	<u>13</u>	פרק 3. טיפול משולב גוף ונפש
נמחק: 13	<u>14</u>	הטכניקות שבשימוש הטיפול המשולב גוף ונפש
נמחק: 19	<u>20</u>	פרק 4. מתודולוגיה
נמחק: 19	<u>20</u>	שאלת המחקר
נמחק: 19	<u>20</u>	השערות המחקר ושאלת המחקר
נמחק: 19	<u>20</u>	שיטת המחקר
נמחק: 19	<u>20</u>	כלי המחקר
נמחק: 20	<u>21</u>	הליך המחקר
נמחק: 20	<u>21</u>	פרק 5. תוצאות המחקר
נמחק: 24	<u>25</u>	פרק 6. דיון ומסקנות
נמחק: 25	<u>26</u>	פרק 7. סיכום
נמחק: 26	<u>27</u>	מגבלות המחקר
נמחק: 26	<u>27</u>	המלצות
נמחק: 26	<u>27</u>	בבליוגרפיה
	<u>38</u>	נספח

מבוא

בשנות האלפיים, המחלות הממאירות מהוות את סיבת המוות העיקרית בקרב חולים מבוגרים בישראל (יפרח ואמיתי, 2004).

בישראל מתגלים מידי שנה 25.000 חולי סרטן (האגודה למלחמה בסרטן, 2007). בארצות הברית מתגלים מעל מליון שלוש מאות בני אדם החולים בסרטן מידי שנה (American Cancer Society, 2005). הניסיון המצטבר של השנים האחרונות מלמד שאפשר לשפר את תוחלת החיים של החולים שלקו בסרטן על ידי טיפול תרופתי, אלא שלטיפול התרופתי תופעות לוואי רבות בטווח הקצר ובטווח הארוך, כאלה שמשפיעות על איכות חייו של החולה ולפעמים עד כדי סיכון חייו (פיקאר, 2003).

איכות חיים זו של חולה הסרטן מורכבת מתפקוד פיזי ותעסוקתי, ממצב פסיכולוגי ואינטראקציה חברתית (A Nurses guide 2004).

בעשור האחרון חלה עליה משמעותית בשימוש ברפואה המשלימה בעולם המערבי בתחומי הטיפול השונים בקרב חולי הסרטן (Ernst, 2000). הרפואה המשלימה מתארת את השילוב של הרפואה הקונבנציונלית עם הלא קונבנציונלית (Caspi, O & Sechrest, I. 2003).

מחקרים שנעשו על חולי סרטן הראו שרפואה משלימה משפרת את האמונה להבראה (2002, Post-White J), מיעלת את הטיפול הגופני (Eaton, 2002), מפחיתה כאב, משפרת את איכות החיים ומספקת לחולים הזדמנות לקחת חלק פעיל בטיפול שלהם (Simonton & Henson. 1992).

ענף בתוך הרפואה המשלימה הוא טיפול המשלב גוף ונפש, הרואה את פעילות הגומלין בין השניים. לטיפולים אלה המשלבים גוף ונפש טכניקות טיפול הכוללות: מגע, נשימה, מדיטציה, הרפיה וחשיבה חיובית.

מחקרים שנעשו בתחום הטיפול המשולב גוף ונפש הראו כי תוחלת החיים הממוצעת בקרב מטופלים חשוכי מרפא מבחינה רפואית עלתה וכן גם איכות חייהם בעקבות טיפולים אלה (סימונטון, 1978).

כמו כן טיפול המשלב גוף ונפש עם הטיפול הקונבנציונלי מסייע להקטנת הסיכויים לחלות בסרטן (Simonton & Henson. 1992).

מאמר זה בא לבחון את יעילותו של הטיפול המשלב גוף ונפש בתפיסת איכות החיים בקרב חולי סרטן המקבלים טיפול תרופתי.

במאמר יפורטו ההשפעות הפיזיולוגיות, הפסיכולוגיות, החברתיות, התעסוקתיות והרוחניות אצל חולי הסרטן שקיבלו את הטיפול המשולב גוף ונפש.

פרק 1: רקע תיאורטי

א. מחלת הסרטן

הסרטן הוא שם של קבוצה גדולה של מחלות שיכולה להתפתח עד כדי השתלטות על כל חלקי הגוף ולכן מיוחסים לה שמות מגוונים. בכל יום מתים תאים ותיקים ותאים חדשים נוצרים באמצעות מנגנון של התחלקות. בתהליך תקין ונורמלי התאים מתחלקים רק כאשר יש חסר בתאים, ואז הם קרואים לתפוס מקום של תאים ישנים. יכול להיווצר מצב, שבו התאים ממשיכים להתחלק גם כאשר אין צורך בהם ואז הם יוצרים גידול. ישנם שני סוגי גידולים: שפיר שאיננו הורס את הרקמה ממנה הוא נוצר ואינו מתפשט לרקמות מרוחקות, וממאיר שהוא גידול סרטני. במקרה זה, מדובר בתאים שאינם נורמליים. הם מתחלקים ללא כל פיקוח וללא סדר, משתלטים על האיברים הסמוכים להם ומפריעים להם בתפקוד, הם חוזרים לאחור שהוסרו, והם עלולים לפלוש לרקמות מרוחקות באמצעות זרם הדם או הלימפה להתיישב שם ולגרום להם נזק. תהליך שנקרא גרורה, שאחד ממאפייניה שיש לה תכונות כמו לגידול הראשוני ממנו התפתחה. הניסיון המצטבר של השנים האחרונות מלמד שאפשר לשפר את תוחלת החיים של החולים שלקו בסרטן על ידי טיפול תרופתי, (פיקאר. 2003).

טיפול תרופתי

הטיפול במחלות ממהירות משלב מתן טיפול כימותרפי, טיפול בקרינה, טיפול בתרופות ביולוגיות, הורמונליות. הטיפול התרופתי הכימי הוא בעיקר טיפול עזר לטיפול בקרינה. באמצעות תכשירים ציטו-טוקסיים (רעילים לתאים) ניתן לערער את מבנה גדילי הדנ"א והרנ"א של תאים ממאירים וניתן לעשותם פגיעים יותר לקרינה. ניסיון מצטבר של השנים האחרונות מלמד שאפשר לשפר את תוחלת החיים של חולים שלקו בסוגי סרטן מסוימים על ידי טיפול משולב של הקרנה ותכשירים ציטו-טוקסיים.

תרופות כימותרפיות הן רעילות לתא. הן פוגעות בשלבים השונים של חלוקת התא, בדרך כלל בסינתזת ה-DNA, במבנהו או בתפקידו, וגורמות להרס התא. תרופות ממשפחות שונות פוגעות בשלבים השונים של חלוקת התא. התרופות הכימיות אינן סלקטיביות ואינן פוגעות רק בתאי הגידול הממאיר, אלא גם בתאים רבים בגוף. בנוסף, חלק מתרופות אלו יכולות לגרום נזק ישיר לתאים ברקמה מסוימת, או בלתי ישיר על ידי הרס התאים כתוצאה מהטיפול (כמו נזק כלייתי ולבבי). הן גורמות נזק רב מערכתית לגוף המטופל ולתופעות לוואי רבות בטווח הקצר ובטווח הארוך. התרופות הכימיות עלולות לסכן את חיי המטופל ולהשפיע על איכות חייו (פיקאר. 2003).

הטיפול התרופתי אומנם עשוי להציל חיים, אך גם עלול לגרום לתופעות לוואי המשפיעות על חולי הסרטן הן בהיבט הפיזי והן בהיבט הרגשי

תופעות לוואי

התרופות הכימותרפיות נועדו לחסל את התאים הסרטניים. הן פוגעות בתאים המתחלקים במהירות ובכך גורמות לתופעות לוואי. תאים אלה נמצאים במערכת העיכול (פה, ושת, קיבה, מעיים), במערכת הרבייה ובזיקי השערות. בנוסף, ישנן מספר תרופות היכולות לפגוע באברים חשובים כמו הלב, הכליות, הריאות ומערכת העצבים ומכאן נובעות תופעות הלוואי כמו: עייפות, ירידה בספירת הדם האדומה עד אנמיה, ירידה בספירת הטסיות, בחילה והקאות, חוסר תאבון, עצירות, שלשול, נשירת שיער, צריבה ודלקות בחלל הפה, נטייה ורגישות לדלקות וכאבים.. עוצמת תופעות הלוואי היא אינדיוידואלית לכל חולה ומשתנה בהתאם לסוג התרופה, מינון התרופה ותגובת הגוף.

תופעות הלוואי משפיעות על חולה הסרטן, מבחינה פיזית, אך לא פחות מכך מבחינה נפשית. החולה נדרש לגייס משאבים פנימיים וחיצוניים להתמודד עם שינויים באורח החיים כמו גם השלכות המחלה, והטיפול בהווה ובעתיד. התמודדות זו מתרחשת בזמן בו תופעות הלוואי של הטיפול עלולות לגרום להידלדלות כוחות הגוף והנפש, וכתוצאה מכך, קשיי ההתמודדות עם המצב המשברי עלולים להיות מקור לתחושות מצוקה נפשית (Kelly & Ghazi & Caldwell. 2002). כל אלה משפיעים על איכות החיים של החולה

ב. איכות חיים ומחלת הסרטן

מהי איכות חיים

אין הגדרה אחידה לאיכות חיים. איכות חיים משתנה מאדם לאדם, ואפילו לאותו אדם מזמנים שונים. איכות חיים כוללת ארבעה משתנים: הגורם הפיזיולוגי, הפסיכולוגי, החברתי, הכלכלי והרוחני (A Nurses Guide.2004).

חולה הסרטן צריך להתמודד עם מצב פיזי חדש שמשפיע באופנים ועוצמות שונים על מצבו הפסיכולוגי, החברתי הכלכלי והרוחני שמהווים גורם לירידה באיכות החיים שלו. (King, 2001, 2006).

השפעת הגורם הפיזיולוגי על איכות חיו של החולה

מחקר שערך Smets (Smets. Em & Visser MR & Willems-Groot. AF.1998) מצא כי 95% מהחולים שמקבלים טיפול כימי או קרינתי צפויים לחוש תשישות בדרגה כלשהי במהלך הטיפולים. במחקר בנושא שכיחות וחומרת תופעות לוואי לאחר טיפול קרינתי, שדגם מאות חולות בסרטן השד, נמצאה התשישות כשכיחה (80%) וחמורה ביותר מכל הסימפטומים

שדווחו על ידי החולות, לעומת 79% שדווחו על כאבים ו- 25% שדווחו על בחילות (Hickok,)
 .(Smets, et al. 1998 JT & Morrow, GR & McDonald, S, & et al.1997

תשישות היא תחושה סובייקטיבית של עייפות מתמדת, שנמדדת באמצעות דיווח עצמי של האדם שחוה אותה. קיימות מספר עובדות המצביעות על כך שחויית התשישות המלווה את הטיפולים בסרטן, שונה מהתשישות שחוה אדם בריא. תחושת העייפות והתשישות אצל חולה הסרטן היא מתמדת, מלווה בהרגשת חולשה וחוסר אנרגיה, מדורגת על ידי החולים בדרגת חומרה גבוהה יותר, אינה קשורה לפעילות או מאמץ, ומנוחה ושינה לא בהכרח מביאים להפוגה (Barsevick, A.M & Whitmer, K, & Walker, L. 2001 ; Ferrell, BR & Grant, M &)
 .(Dean, GE, & et al .1996); Pearce & Richardson. 1996

ניסיונות נוספים להגדרת תשישות ועייפות כוללים התייחסות לתגובת החולה לתופעה כגון הגברת מנוחה או שינה, הגבלת מרחקי ההליכה והרגשת צער. התגובה משתנה מאדם לאדם ותלויה בתפקוד שקדם להופעת הסימפטום (Cella, D& Davi, s K & Breitbart, W, & et al)
 .(2003.

תשישות ועייפות הקשורות למחלת הסרטן הן בגדר סימפטום שכיה וגורם דחק משמעותי שחווים רוב חולי הסרטן, במהלך הטיפולים וזמן רב לאחר שהושלמו. התשישות משפיעה עמוקות על יכולת החולים לתפקד בחיי היום יום, ומגבילה את יכולתם לעמוד בדרישות תפקידים ומעמדם האישי והחברתי. כתוצאה, קיימת פגיעה משמעותית באיכות חייהם. התשישות גורמת ללחץ נפשי משמעותי כמו גם לנטל הכלכלי שהיא גורמת עקב אי יכולתו של החולה לעבוד באופן מלא ואפקטיבי.(גולן ויפה 2007)

למרות המאמצים האינטנסיביים המוקדשים לזיהוי המנגנונים האחראיים לתשישות ולעייפות, אין עדיין מספיק מידע בנושא. הפרעות בתזונה ובשינה, פחדים וחרדות, כאבים, גלי חום, תופעות לוואי של טיפול תרופתי למניעה ואיזון כאבים וסימפטומים אחרים, תגובות הורמונאליות, חוסר פעילות, אובדן מסת שריר, מצבי דלקת, שינויים בפעילות של נוירורנסמיטורים, נוירופטיה, ערנות יתר, התייבשות והדרישה של הטיפול בסרטן, כל אלה זוהו כגורמים פוטנציאליים לתשישות (Mock, V & Atkinson, A & Barsevick, A, & et al.)
 .(2000; Morrow, GR, Hickok, JT, Raubertas, RF, 7 et al.2001; Nail. 2004

לעיתים קרובות נמשכת התשישות אצל מחלימי הסרטן במשך שנים. החולים מצפים שתחושת התשישות תלך ותפחת לאחר השלמת הטיפולים, אך לפחות שליש מהם ימשיכו להרגיש תשישות חודשים ואף שנים לאחר גמר הטיפולים (Bower, et al.2000).

לתשישות השפעה משמעותית על חיי החולים, ומדווחת כסימפטום השכיח ביותר בקרב חולי סרטן, והיא מדורגת כאחד מגורמי הדחק ובעלת השפעה שלילית. התשישות משפיעה על התפקוד, על פעילויות היום יום, על פעילויות חברתיות או משפחתיות ועל איכות החיים של חולי הסרטן (Ahlberg, K & Ekman, T & Wallgren, A, & et al. 2004; Curt, GA &)
 Bretbart, W& Cella, D, & et al. 2001; Stone, P& Hardy J& Broadley, K & et al

1999; Crawford & Gabrilove, 2000; Monga, U & Kerrigan, AJ & Thornby, J & et al. 2005; Smets, et al. 1998).

השפעת הגורם הפסיכולוגי על איכות חיי החולה

מצוקה נפשית היא אחד מהתסמינים השכיחים בקרב חולי סרטן (Madden.2006). על פי הגדרות הרשות הלאומית לסרטן בארצות הברית (NCCN National Comprehensive Cancer Network) משנת 2005, מוגדר המושג מצוקה נפשית כ"חוויה רגשית לא ספציפית, שהינה תוצאה של מגוון מצבים רגשיים, פסיכולוגיים, חברתיים או רוחניים, המתערבים ביכולת ההתמודדות עם מחלת הסרטן, השלכותיה הגופניות והטיפול בה". כל אלה מהווים גורמים עיקריים לירידה באיכות החיים של חולי הסרטן (King. 2001,) (2006).

טווח המצוקה הנפשית נע בין תחושה סובייקטיבית של מצב רוח ירוד ודחק, ועד לירידה בתפקוד ובהיענות לטיפול, הנובעים מקשיי ההתמודדות עם משבר המחלה (Jacobson, P. B & Donovan, K. A & Trask, P. C & Fleishman, S. B & Zabora, J & Baker, F. 2005). בין הסיבות למצוקה המופיעות בספרות ניתן למנות תשישות, כאב, חוסר בהירות כלפי העתיד, פחד מתלות, פחד מוות ואף פחד מהמילה "סרטן" (Benner & Wrubel. 1989; Kelly c&) (Ghazi, F & Caldwell, K. 2002; King.2006).

מחקר שבדק שכיחות מצוקה נפשית בחולי סרטן העלה כי 20%-35% מהחולים חווים רמה מסוימת של מצוקה, אך רק 10% מהם מקבלים טיפול מתאים הכולל התערבויות תרופתיות והתערבויות טיפוליות אחרות (Jacobsen et a. 2005; Zabora, J & Brintzenhofeszoc, K & Curbow, B & Hooker, C & Piantadosi, S. 2001). קשיי הסתגלות ומצוקה נפשית גורמים לפגיעה באיכות החיים של חולי הסרטן (King. 2001. 2006), ויש להם השפעה על הסיכוי לשרוד את המחלה (Goodwin, J.S & Zhang, D. D & Ostir, G. V.2004).

על פי ה- NCI-(National Cancer Institute) אבחון מחלת הסרטן, הטיפולים הרפואיים בה וכן פקטורים שונים הקשורים בחולה ובסביבתו, מהווים זרזים לתגובות חרדה שונות בקרב החולים, שנעות מחרדה מתונה המותאמת למצב ואשר חולפת לאחר הסרת גורם הדחק (לדוגמא סיום הטיפולים), ועד ל- PTSD (Posttraumatic Stress Disorder) העשוי להימשך חדשים ואף שנים לאחר תום הטיפולים. תגובת חרדה לאורך תקופת הטיפולים האונקולוגיים, מגבירה אצל החולה את הציפייה לכאב, לבחילות ולהקאות, ומזרזת תופעות דחק שונות, שלהן השפעה שלילית על איכות חייו של החולה, ויעילות התמודדותו עם משברי תקופת הטיפול. McWwen (1993) מאוניברסיטת ייל, מנה קשת רחבה של השפעות של הגורם

הפסיכולוגי: שיבוש תפקודה של המערכת החיסונית, עד כדי זירוז היווצרותן של גרורות ממאירות; עליית הפגיעות לזיהומים נגיפיים; החמרה בהיווצרות לוחיות דם, אשר מוליכה להסתיידות עורקים ולהיווצרות של קרישי דם, ובהמשך לכך לאוטם של שריר הלב, הולכות ומתרבות הראיות שמערכת העצבים נשחקת בגלל התנסויות במתח. חרדה ודיכאון שאינם מטופלים, גורמים לפגיעה משמעותית בתחלואה, בתמותה, בתוצאות הטיפול ובאיכות החיים (Bruce. 2007).

קיימים גורמים רגשיים וחברתיים נוספים, אשר יכולים להשפיע על חייהם האינטימיים של החולים ולטיב הקשר בינם לבין בני הזוג. גורמים אלה מתבטאים בשינוי בדימוי הגוף בעקבות ניתוח או קבלת טיפול כימי, שינויים בתפקידים במשפחה כתוצאה מהמחלה, תחושות של כעס, שינויים במצב הרוח, פחד ואי וודאות, מיתוסים ואמונות מוטעות (דוגמת, "הסרטן היא מחלה מדבקת") ועוד. החיים האינטימיים הינם מרכיב חשוב של איכות החיים, וכוללים בתוכם את הצורך בקרבה, במגע, בחום, בקשר ובהנאה, (כסלו. 2008) הטיפול בחולי סרטן מתקדם דורש לא רק קשב רב מצד בן הזוג לצרכים של החולה, אלא גם דורש מהם לפעול ביחסי גומלין במצבים של אינטימיות וקושי. בנסיבות אלו, חוויה טובה של טיפול תאפשר, בסופו של תהליך הטיפול, חוויה מספקת וממלאת. אם כך, הביטחון בתקשורת הזוגית ושביעות הרצון מהיחסים הזוגיים עשויים להגן על בני הזוג המטופלים מפני התפתחות דיכאון, וזאת על אף הנטל הטיפולי הרב אותו הם חווים. (Braun, M & Mikulincer, M & Rydall, A & Walsh,) (A & Rodin, G . 2007).

הטיפול בחרדה ובדיכאון משפר את איכות חיי המטופל לאורך הרצף הטיפולי במחלת הסרטן ולאחריו, מפחית את הסבל הפיזי והנפשי, ואף משפיע על תוחלת החיים (Pasquini M & Biondi M & Costantini A & Cairoli F & Ferrarese G & Picardi A & Sternberg C. 2006). על פי ה-APA (The American Psychological Association), הטיפול הטוב ביותר לחרדה הוא טיפול התנהגותי – קוגניטיבי (Cognitive behavioral therapy) CBT, המשלב טיפול התנהגותי (למשל אימון בטכניקות הרפיה ונשימה להפחתת הדחק) עם טיפול קוגניטיבי (למשל זיהוי מחשבות מכשילות והבנייה מחודשת שלהן).

השפעת הגורם חברתי על איכות חייו של החולה

מחלת הסרטן משפיעה גם על המצב חברתי של החולה. חולה הסרטן עלול למצוא את עצמו עסוק במחלה, עסוק בהשפעות הפיזיולוגיות בעקבות המחלה והטיפולים. כמו כן בעקבות התשישות שלרוב מלווה במהלך הטיפולים חולה הסרטן לא פנוי להמשיך קשרים חברתיים שהיו קודם לפרוץ המחלה. ובעקבות כך, עלול למצוא את עצמו מנותק ובודד מהחברים.

החברה הינה חלק מהשפעת איכות החיים על הפרט, ולכן מצב של התנתקות ובדידות חברתית עלול להשפיע על איכות החיים של חולה הסרטן. (Braun, M & Mikulincer, M & Rydoll, A) .& Walsh, A & Rodin, G . 2007.

השפעת הגורם הכלכלי על איכות חייו של החולה

למחלת הסרטן השפעה משמעותית על יכולת התעסוקה והמצב הכלכלי של החולים. (Curt at al 2001) , 77% מתוך 177 חולים שהיו מועסקים באותה עת מדווחים שהפסידו לפחות יום עבודה אחד בגין תשישות, ומעל 75% נאלצו לשנות את תנאי עבודתם כתוצאה מהמחלה. נמצא שיש השפעה על המצב הכלכלי גם על בני המשפחה והמטפלים העיקריים, שעבדו פחות שעות במקום עבודתם מאחר שנדרשו לטפל בחולים התשושים. 20% מהחולים נאלצו להעסיק אדם שיסייע להם בעבודות הבית, דבר שהוסיף על הנטל הכלכלי. (Berndt, E & Kallich, J & Mcdermott, A & et al. 2005)

השפעה הגורם הרוחני על איכות חייו של החולה

חולי סרטן דווחו כי הרוחניות נתנה להם את הכוח לעמוד איתן מול מחלת הסרטן. הם תארו את האמונה בכוח עליון, ואת ההודיה על מה שיש להם בחיים, הרוחניות נתנה להם משמעות לחיים (Albaugh. 2003). הרוחניות נתנה להם את התקווה לחיים ואת היכולת להתמודד טוב יותר מול המוות (Elliott & Olver. 2002). הרוחניות איפשרה לחולים להתמודד עם מחלת הסרטן עם פחות סטרס ויותר איכות חיים. תפילה הוא אחד האספקטים של רוחניות, הנותנת תחושה של יחסים עם האלוהים, הרוחניות מאפשרת לחולים לקבל ולתת אהבה, מחזקת את התקווה, מחזקת משמעות ואמונה ומכינה טוב יותר למוות (Elliott & Olver. 2002).

לסיכום

איכות חייו של חולה הסרטן מושפעת מההשלכות והשינויים הפזיולוגיים בעקבות המחלה והטיפול הכרוכים בה, כמו תשישות וכאבים. למחלה גם השלכות פסיכולוגיות כמו: מצוקה נפשית, תסכול, חרדה ודיכאון. המחלה מחייבת התייחסות מיוחדת במשפחה, התמודדות בבעיות מיניות והשלכות חברתיות. איכות חייו של חולה הסרטן מושפעת מכל אלה ומההערכות החדשה שעליו ועל בני משפחתו לעשות בהקשר הכלכלי, וכן תפיסתו הרוחנית שעשויה להשפיע על איכות חייו.

הרפואה המשלימה והטיפול המשולב גוף ונפש בא כנדבך טיפולי נוסף ביחד עם הטיפול הקונבנציונלי ככזה שמאפשר לחולה להתחזק באותם מקומות בהם הרפואה הקונבנציונלית לא נותנת את הפתרונות.

פרק 2. רפואה משלימה

מהי הרפואה המשלימה

הרפואה המשלימה מתארת את השילוב של הרפואה הקונבנציונאלית עם הרפואה הלא קונבנציונאלית. הרפואה המשלימה והאלטרנטיבית עוסקת, כמו הרפואה הקונבנציונאלית, באבחון ובטיפול אלא שהדרכים שונות (Caspi, O & Sechrest, I & et al. 2003)

מחקרים רבים הראו עליה בשימוש ברפואה המשלימה ברחבי העולם. (Ernst, & Weihmayer. 1995; Fisher & Ward. 1994; Gray & Tan & Pronk, & O'Connor. 2002; MacLennan. 2002 (Post-White, Eisenbergl. (1998) הראה שמשנת 1990 גדל השימוש ברפואה האלטרנטיבית והמשלימה מ-34% ל-42% עד לשנת 1997.

בישראל נצפתה מגמה של עלייה בשימוש בטיפולים משלימים. סקר שנערך בארץ (Shmueli & Shuval. 1993) השווה נתונים משנת 1993 לנתונים משנת 2000 ומצא שיש עלייה בשימוש ברפואה משלימה. הסקר כלל 2000 משתתפים (שאינם חולים) בשנת 1993, שמהם 6% פנו לטיפול ברפואה משלימה, ו-2500 משתתפים בשנת 2000, ש-10% מהם פנו לטיפולים משלימים. החוקרים מצאו כי נשים, גיל צעיר, השכלה, מצב כלכלי טוב, מגורים בעיר גדולה ואכזבה מרפואת מומחים, הם הגורמים לפנייה לרפואה משלימה. יחד עם זאת, אחוז גדול מהפונים לרפואה משלימה המשיך לקבל את הטיפול התרופתי הקונבנציונאלי. מסקנת החוקרים הייתה שבין השנים 1993 ל-2000 חלה עליה בפנייה לרפואה המשלימה בישראל, בשכיחות השימוש בה ובאופי צריכתה.

המרכז הלאומי לרפואה משלימה בארה"ב (NCCAM) קיבץ את הטיפולים המשלימים לחמש קטגוריות עיקריות:

1. טיפולים התנהגותיים-קוגניטיביים: דמיון, הרפיה, מדיטציה, היפנוזה, טיפול באומנות, במוזיקה וטיפול רוחני.
 2. טיפולים המבוססים על ביולוגיה: שימוש במוצרים, התערבויות ופעילויות על בסיס טבעי וביולוגי, תזונה ייחודית על בסיס טבעי (מקרוביטיקה).
 3. שיטות המבוססות על טיפולים גופניים: עיסוי, כירופרקטיקה, אוסטיאופתיה.
 4. טיפול באנרגיות: מטרתו לחדש את השדות המגנטיים, אלקטרומגנטים, רייקי, הילרים.
 5. שיטות טיפול אחרות: רפואה סינית, דיקור סיני, רפואת צמחים, עיסוי אוריינטלי, הומיאופתיה ונטורופתיה.
- (טיפולים התנהגותיים- קוגניטיביים בשילוב שיטות המבוססות על טיפולים גופניים, יוגדרו כטיפולים המשלבים גוף ונפש)

סוג הטיפולים בקרב חולי סרטן בא לידי ביטוי בסקר שערך Ernst. החוקר סקר 26 מחקרים מ-13 מדינות שנעשו על סוג הטיפולים שבהם השתמשו חולי סרטן, ומצא שבשנת 1990 רוב המשתמשים השתמשו בטיפולי משולבים של גוף ונפש: מדיטציה, הרפיה, היפנוזה, העלאה בדמיון, כמו גם: רפלקסולוגיה, דיאטה, תוספי מזון, הומיאופתיה והילינג רוחני (Ernst, 2000).

הסיבות לפנייה לרפואה משלימה כפי שמצוין על ידי Ernst (2000), היו חוסר שביעות רצון מהרפואה הקונבנציונאלית (37%), פחד מתופעות הלוואי של התרופות הקונבנציונאליות (31.8%), יחס אישי חם (13.2%) ובעיות כרוניות חוזרות ונשנות שלא נפתרו על ידי הרפואה הקונבנציונאלית (8.4%).

יעילות הטיפולים באה לידי ביטוי בהפחתת כאבי ראש. הקלה בכאב בכלל, הקטנת הבחילות, חיזוק השרירים, הפחתת דיכאון, הפחתת חרדה והפחתת מתח. ובכלל עשויה להעצים את איכות החיים (Dollinger, M & Rosenbaum, E & Tempero, M & Sean, J & Mulvihill. 2002).

מכל אלה ניתן לראות כי הרפואה המשלימה הופכת להיות יותר ויותר חלק בלתי נפרד מהטיפול הכולל. בבדיקת עמדות של אנשי טיפול שנתבקשו לתת דעתם על הדרך שבה ניתן לשלב את הרפואה המשלימה בבתי הספר לרפואה בעתיד נמצא כי לדעתם יש לשלב תרגילי ההרפיה (77%), ייעוץ בעשבי מרפא ותוספי דיאטה (69%), מסגי (66%), תרפיה בניהול כאב (84%), סיוע באיכות חיים (80%), עזרה באיכות חיים לחולי סוכרת (73%), ניהול סטרס כולל היפנוזה וביופידבק (73%). (Kathi et al 2007).

מתוך כל הקטגוריות ושיטות הטיפול ברפואה המשלימה מתמקד מאמר זה בטיפול המשלב גוף ונפש המורכב מטיפולים התנהגותיים-קוגניטיביים וטיפולים גופניים.

פרק 3. טיפול משולב גוף ונפש

הגדרה הטיפול המשולב גוף ונפש

טיפול המשולב גוף ונפש הוא ענף עם היסטוריה ארוכת שנים, המכיל בתוכו ידע רב שמבוסס על עמדות תיאורטיות ומחקרים בתחומים מגוונים כמו: ביולוגיה, אנתרופולוגיה, אתולוגיה, נויר פיזיולוגיה, פסיכולוגיה התפתחותית, תורת היילוד ודיסציפלינות רבות אחרות. הטיפול מתייחסת לפעילות הגומלין שבין הגוף לנפש, ומכיל בתוכו מודל התפתחותי, תיאוריות אישיות, הנחות באשר למקור הפרעות הפסיכולוגיות ולתיקונם. וויליאם רייך פסיכו אנליסט ותלמידו של פרויד פיתח דרך שחיברה את המימד הפסיכולוגי עם המימד הפיזיולוגי. (United States Association for Body Psychotherapy (USABP), (2009)

הנחות יסוד של הטיפול המשולב גוף ונפש

1. הגוף והנפש הם שני אספקטים לאינדוידואל השלם.
2. לכל אדם היכולת לריפוי עצמי.
3. כל אדם הוא ייחודי, והטיפול אינדיבידואלי והוא אחראי עד כמה שאפשר לאפקטיביות הטיפול.
4. האדם הוא אינטגרציה של המימדים הפיזי, הפסיכולוגי, האינטלקטואלי והרוחני. ולכולם תפקיד בריפוי.
5. לאמונות ולצפיות השפעה על אפקטיביות הטיפול.
6. הטיפול הנפשי חשוב לא פחות מהטיפול הפיזיולוגי
7. למטופלים תפקיד אקטיבי בריפוי ובהחלטות שמתקבלות לגבי הטיפולים. (Watkins, 1997).

נמצא כי מטופלים שקיבלו טיפול משולב גוף ונפש לאחר שישה חודשים הראו שינוי משמעותי לטובה ואחרי שנתיים טיפול השינוי השתפר באופן מובהק. Koemeda-Lutz.M & Kaschke.M & Revenstorf.D & Scherrmann.T & Weiss.H & Soeder. U (2002)

הטכניקות שבשימוש הטיפול המשולב גוף ונפש כוללות: מדיטציה, מגע, הרפיה, נשימה מודעת וחשיבה חיובית.

הטכניקות שבשימוש הטיפול המשולב גוף ונפש

• טכניקת המדיטציה

מדיטציה היא חשיבה מבוקרת. טכניקה פסיכולוגית להרגעת הנפש, מדיטציה היא מודעות, היכולת להתבונן (קפלן, 1998).

למדיטציה השפעה פיזיולוגית על המוח: Lazar (2005) מצאה כי מבנה המוח של אדם מבוגר יכול להשתנות בעקבות תרגול מדיטטיבי תדיר. תרגול מדיטטיבי עשוי לקדם גמישות בקורקטס אצל מבוגרים באזורים חשובים עבור עיבוד אמוציונאלי וקוגניטיבי ומצב רוח משופר. כמו כן המחקר הוכיח כי תרגול מדיטציה לאורך זמן משפיע לטובה על הפעילות החשמלית של המוח שמשפיע לטובה על תפקוד המוח, המחקר מניח כי תהייה השפעה גם על מבנה המוח תוך כדי התמדה בתרגול. גילויים אלה תואמים מחקרים אחרים שהצביעו על שינויים במבנה המוח בעקבות תירגול מדיטטיבי. (Lazar, 2005). Davidson (2003) השתמש בסריקות מוח כדי להראות שהמדיטציה מסיטה את הפעילות בחלק הקדמי של המוח מהאונה הימנית לאונה השמאלית. בעקבות המחקר טוען דיווידסון, שעיסוק קבוע במדיטציה משנה את הנטיות במוח ממצב של להילחם או לברוח למצב של קבלה ונינוחות. השינוי הזה, הוא אומר, מביא עימו עלייה בשביעות הרצון.

המדיטציה גם מקלה על סימפטומים פיזיים. נמצא ששימוש במדיטציה הקל על סימפטומים פיזיים וקידם את ההבראה. מטופלים דווחו על הקלה בכאבים ועל הגברת היכולת להתמודד עם המחלה. המטפלים ביקשו מהמטופלים לדמיין את תאי הדם החולים כבריאים. בבדיקת התוצאות שלאחר הטיפול נמצא כי מטופלים שדמיינו את תאי הדם כחזקים, אכן הראו שיפור בתוצאות הבדיקה.

למדיטציה גם השפעה פסיכולוגית. קיים גוף מרשים של עדויות מתועדות בנושא התערבות והדרכה פסיכולוגית להפחתת תסמיני דיכאון בקרב חולי סרטן. התערבות והדרכה פסיכולוגיים כוללים: מתן וקבלת מידע, שיחה אודות דאגות ובעיות והדרכה בנושא הרפיית שרירים, נשימה מבוקרת, טכניקות מדיטטיביות, ביטויי רגשות וחיזוק/תמיכה. (Barsevick & Much. 2004). שינוי בחוסן הרגשי והגופני, ירידה בהפרעות הפיזיולוגיות, ירידה בתחושות של עצבנות ואי שקט (Speca. 2002).

המדיטציה השפיעה לטובה על חולי סרטן. מחקר בדק את ההשפעות המדיטטיביות על רגשות של מתח אצל חולי סרטן והראה שבאופן משמעותי פחתו הסימפטומים של הסטרס אחרי שישה חודשי תרגול. Linda E & Carlson & Zenovia U & Goodey, E & Angen, M & Specia, M. (Wright. 2007; 2004). נמצא שלאחר לימוד מדיטציה את החולים דווח כי "אצל 10% התכווץ הגידול הסרטני בקצב ניכר" ואצל 50% השתפרה איכות החיים באופן בולט" Linda (2003) שבדקה את השפעת המדיטציה על חולי סרטן השד וסרטן הפרוסטאטה. מצאה שיפור באיכות חיים, בירידת מתח ושיפור באיכות השינה.

בשל יעילותה של המדיטציה מציעים רופאים קנאדיים לחולים עם מחלת סרטן במצב מתקדם קורס שנתי של מדיטציה יומית והרגעה. בבדיקת המעקב של שבע שנים לאחר הקורס 5% של החולים, אשר עסקו באינטנסיביות בשיטות לעזרה עצמית, החלימו לגמרי. בניגוד לכך, חולים, אשר יישמו את התרפיות במידה מוגבלת בלבד, נפטרו יחסית מהר.

אם כן, המדיטציה הינה טכניקת טיפול המשפיעה על סימפטומים גופניים ורגשיים לכלל בני האדם לרבות חולי סרטן. מדיטציה מסייעת להקטנת הסיכויים לחלות במחלת הסרטן, ושילוב של טכניקות אלו יחד עם טיפול קונבנציונלי נותן את התוצאות הטובות ביותר (Simonton & Henson. 1992).

• טכניקת המגע

רבים כתבו על חשיבות המגע בכל שלב בהתפתחות חייו של האדם. Cathie (1998) כתב שהמגע מחזק את המערכת החיסונית של הגוף, מחזק את החיות של הגוף, משפיע על רגיעת הגוף, מפחית כאבים ועוזר בתהליך הריפוי.

ווילהלם רייך, הפסיכואנליטיקאי הראשון ששילב עבודת גוף ועבודת שחרור רגשי בעבודתו התרפויטית עם מטופליו גילה כי אצל רוב האנשים תהליכי הזרימה והשחרור של האנרגיה חסומים על ידי מתחים שריריים כרוניים באזורים שונים של הגוף, שמקורם בדפוסים רגשיים אשר אומצו בשלבים מוקדמים מאוד של החיים. הדחקה רגשית מתרחשת באמצעות הגוף. מדובר בתהליך מתמשך והדרגתי של כיווץ שרירי בגוף, של שליטה על הנשימה ושל בקרה על הרגשות. תהליך אשר, בסופו של דבר, ממית את כל המערכת הביו-אנרגטית בגוף. בעבודה משולבת גוף ונפש מנסים לשוב ולהתחבר לרגשות מודחקים אלה, לחוותם מחדש ולהביאם לידי ביטוי באופן בוגר ואחראי. טכניקה זו עוקפת את ה mind- על ידי עבודה ישירה עם הגוף תוך התייחסות לתגובות הרגשיות שעולות. לעיתים קרובות זיכרונות מהאירועים המודחקים עולים ושבים למודע. ואז מתאפשרת עבודת הניקוי מהמערכת הגופנית והנפשית. (בויום. 1983).

שיפורים משמעותיים ברמות הלחץ הנפשי, הכאב והיכולת להתמודד עם משברים. נמצאו בקרב 300 חולים שניתנו להם מגע עדין. וכן נמצאה השפעה משמעותית לטובה בבריאות הכללית של אותם חולים. (Weze. 2005).

עבודה במגע מחזירה למטופל את החיבור לגופו, רגישות לגופו ומחזירה את תחושת הנוכחות והמשאבים הגופניים שאיתם יכול להתחזק ולהבריא (Totton, 2005).

• טכניקת ההרפיה

הרפיה היא מצב בו שרירי הגוף רפויים והחשיבה איטית וציורית יותר, כמו בזמן חלום. עם הכניסה להרפיה, ישנה האטה של קצב הפעילות החשמלית במוח. אפשר למדוד את התדר של הפעילות המוחית ולראות מעבר מגלי 'ביתא', האופייניים לזמן ערנות, לגלי 'אלפא', המעידים על הרפיה. עם המעבר לגלי 'אלפא', מתחילה ההמיספרה הימנית להיות דומיננטית יותר מההמיספרה השמאלית. ולכן החשיבה הופכת להיות פחות לוגית וליניארית ויותר דימויית, צבעונית, בתמונות ובסמלים. הפעילות הפיזיולוגית אף היא מואטת. הנשימה שטחית ואיטית יותר. קצב פעימות הלב מואט, לחץ הדם יורד ומערכות הגוף השונות פועלות באופן הטוב ביותר. שינויים אלו יוצרים תחושה של שלוה ונינוחות. הרפיה הינה מצב שהשריר חוזר למנוחה לאחר כיווץ, או מצב של מתח נמוך המאופיין גם בהעדר תחושות ורגשות חזקים. כלומר הרפיה הינה שילוב של תחושה פיזיולוגית עם רגשות פסיכולוגיים של נינוחות, רפיון, רגיעה. לפי עדויות

מחקריות דרושה הרפיה לשם קיום הבריאות הגופנית והנפשית. ישנו מגוון של תחושות הרפיה, השונות מאדם לאדם ומשתנות אף לגבי כל אחד בזמנים שונים, המשותף לכולם היא הרגשת נעימות. לאחר ההרפיה מתחדשים הכוחות הגופניים והנפשיים. (אילון ולהד. 1992).

הרפיה מושגת על ידי הפגת המתח השרירי החיצוני והפנימי בעזרת סדרה של הנחיות. ההרפיה מתרחשת בהדרגה על ידי שינוי בקצב הנשימה וריכוז תשומת הלב באברי גוף שונים לחלופין. היא גורמת להאטה בקצב הלב ובפעילות האלקטרו-כימית של המוח (להד ואילון, 1992). ההרפיה יעילה בהורדת חרדה, בהרגעת רוגז, ברענון הקשב, בהגברת יכולת החשיבה והפעולה. בתקופות של משבר, לחץ ומתח, מהווה מעין "פסק זמן" לאגירה מחדש של כוחות התמודדות. (אילון ולהד. 1992).

Fawzy (1993) מצאה שתרגול הרפיה, מדיטציה וחשיבה חיובית מחזקים את תפקוד המערכת החיסונית, דרך מנגנונים שונים של המערכת הניורו-אימונו-פסיכולוגית.

שיפור במערכת החיסונית נמצא בניסוי שכלל בין השאר, טכניקת הרפיה, הורדת מתח ותמיכה פסיכולוגית קבוצתית. במשך שישה חודשים נעשה מעקב אחר מספר כדוריות הדם הלבנות בשתי הקבוצות (אלה שתירגלו הרפיה ואלה שלא) ונמצאה עלייה עקבית ומשמעותית במספר כדוריות הדם הלבנות. במעקב, 6 שנים לאחר מכן, נמצא שבקבוצת הביקורת היו 13 מקרים של הישנות המחלה, מתוכם 10 נפטרו, ובקבוצת הניסוי היו 7 מקרים של הישנות המחלה, מתוכם 3 נפטרו-הבדל משמעותי מבחינה סטטיסטית. מחקרים נוספים נראים השפעה דומה על המערכת החיסונית (Gruber, B & L., Hersh, S.P & Hall, N. R & Waletzky, L. R & Kunz, J. F &) (Carpenter, K. S & Weiss, S. M. 1993; Donaldson. 2000).

תועלת פסיכולוגית רבה יש בטכניקות ההרפיה על הפחתת מתח וחרדה בזמן הטיפולים בחולי סרטן בהקטנת תופעות הלוואי (Decker & Cline-Elsen & Gallagher. 1992; Baider. 1994; Kolcaba & Fox. 1999, והפחתת רמות עייפות (Decker, et al. 1992; Kim, et al.2005).

• טכניקת הקשבה אמפתיה והכלה

הקשבה, אמפתיה והכלה היא היכולת לקבל את הבלתי מותנה. היא היכולת לכבד את רגשות האחר. אמפתיה לפי קוהוט היא היכולת לחשוב ולהרגיש אל תוך החיים הפנימיים של הזולת על ידי התמזגות והתחברות לתוך החוויה של הזולת. לפי טרואקס וקרקהוף היא היכולת לחוש את "העולם הפרטי" של האדם האחר, או של המטופל, כאילו זה עולמו שלו.

ההקשבה איננה ממוקדת רק במלים היוצאות מפי הדובר. הקשבה אפקטיבית כוללת התייחסות לגוף, אינטואיציה, ופרטים אחרים שלא תמיד מודעים להם. ההקשבה מתבצעת בו זמנית גם מהראש וגם מהלב. נמצא כי טיפול המשלב הקשבה אמפתיה והכלה מחזיר למטופל את תחושת

הערך העצמי, מאפשר לו להביע רגשות ומחשבות ובכך להשתחרר מהן, מאפשר לו לעבד מחשבות ורגשות חדשים וישנים ולחזק את שבוחר לחזק (Totton,2005).

• טכניקת הנשימה המודעת

לנשימה מעמד מיוחד בפונקציות הפיזיולוגיות של הגוף, שלמרות היותה פונקציה אוטונומית היא יכולה להיות מושפעת בקלות ע"י רציה מודעת. התנגדות פסיכולוגית מפעילה מנגנון של צמצום הנשימה [Reich.1968], הגברת הקצב והעומק של הנשימה מרככת את ההגנות הפסיכולוגיות ומובילה לשחרור ולהופעתו של חומר מהתת-מודע וממישורי תודעה גבוהים [Grof. 1988]. מאפיין זה של הנשימה, היותה פונקציה אוטונומית וביחד עם זאת יכולה להיות מושפעת ע"י הרצון והמודעות, עושה אותה לגשר המחבר בין החלקים המודעים והבלתי מודעים של ההווה [Sky. 1990; Grof . 1988]. נקודת החיבור הזאת יכולה להיות מקום, או שער, דרכו ניתן לפגוש את התכנים הרגשיים מרמות מודעות שונות כפי שהם באים לביטוי דרך השפה המילולית והסימבולית, ודרך שפות שונות של הגוף – הנשימה, התחושות, היציבה ועוד.

נמצא כי כעס מתקשר לשאיפות רדודות, נשיפות חזקות, ומתח בכל הגוף – במיוחד בצוואר, בלסת, בחזה, ובידיים; פחד מתבטא בנשימות מהירות, שטוחות ולא-סדירות, ותחושה של התקשות בבטן התחתונה; צער ותגובת אבל [grief] באים לביטוי בנשימה שטוחה עם עוויתות, התייפחות, והרגשה של חלל וריק בבטן; חוסר סבלנות מתבטא בנשימות קצרות, קופצניות ללא סדר מותאם, ומתח בקדמת החזה, כאילו הלב יוצא וממהר הרבה לפנינו; אשמה ושפיטה-עצמית מתקשרים לנשיפה מוגבלת וחנוקה, שעמום מתקשר לנשימה רדודה וחסרת חיים, וחוסר תחושה בכל מקום בתוכנו. לעומת זאת, רגשות כמו אהבה, חמלה ואדיבות מתבטאים בנשימה עמוקה, נינוחה, והרגשה מקבלת פתוחה ואנרגטית בכל הגוף. (Reich.1968)

גם החרדה משפיעה על אופן הנשימה. לפי פרלס, אבי הגשטלט [1969/1978], "חרדה היא התנסות בקשיי נשימה במהלך התרגשות חסומה. היא הרגשת המאמץ להחדיר יותר אוויר לריאות ששותקו כתוצאה מכיווץ השרירים בחזה... האדם הסובל ממצבי חרדה פשוט אינו מסוגל לנשום. הוא מפעיל נגד הנשימה שלו מתחים מוטוריים, כמו הידוק הסרעפת נגד הנטיות לבכות או להביע רגש אחר, הידוק נגד נטיות לצווח, הבלטת החזה כדי להראות חשוב, עצירת התוקפנות בכתפיים, ומספר דברים נוספים" [דיכטוואלד. 1992].

טכניקת הנשימה המודעת היא היכולת לשלוט באופי, קצב ועוצמת הנשימה, ובכך להשפיע על החלקים הרגשיים. אם כן, הנשימה מאפשרת למטפל בטיפול המשולב גוף ונפש מצד אחד לזהות באמצעות הנשימה המודעת את מצבו הרגשי של האדם, לרבות החולה, ומצד שני תרגול הנשימה המודעת מאפשר שחרור מאותן מצוקות.

• טכניקת החשיבה החיובית

Peterson (2007) חקר ומצא כי חשיבה חיובית עוזרת בצורה משמעותית לבריאות הפיזית והרגשית. רגשות חיוביים מהווים תשתית אנרגיה להתמודדות אישית עם מצבי חיים. אלו הרזרבות שמאפשרות הישרדות גם ברגעים קשים. רגשות חיוביים מוקרנים החוצה ומאפשרים מערכות יחסים משפחתיות וחברתיות טובות יותר. לאנשים אופטימיים סיבולת פיזית גבוהה יותר, הם עמידים יותר בפני כאב, ויש להם סיכוי לחיים ארוכים יותר, בריאות והצלחה טובים יותר. רגשות חיוביים מבטיחים עמידות טובה יותר נגד דיכאון במקרה של אירועים קשים, תפקוד כללי טוב יותר, בריאות פיזית טובה יותר. רגשות חיוביים מאפשרת להיעזר בעוצמות ובחוזקות במצבי משבר. רגשות מטרידים מזיקים לבריאות (Friedman. 1987)

ההשקפה המנטלית התגלתה כמנבא שרידות טוב יותר מכל גורם סיכון רפואי, ובכלל זה שיעור הנזק ללב בהתקף הראשון, חסימת עורקים, רמת כולסטרול או לחץ דם. נמצא כי האופטימיים החלימו מהר יותר מהפסימיים וסבלו פחות מהם מסיבוכים רפואיים במהלך ניתוח ובעקבותיו (Peterson, C. 1993). אנשים ששותקו בעקבות פגיעה בחוט השדרה שהיו בעלי תקווה גדולה יותר היו מסוגלים להגיע לרמות גדולות יותר של ניידות גופנית, בהשוואה לפציננטים אחרים בדרגת פגיעה דומה, שקיוו פחות (Eliot. 1991)

לאורך ההיסטוריה ניתן למצוא בכתבי רופאים קשר בין חשיבה שלילית ומתח לבין סיכויים לחלות במחלת הסרטן. כך גאלן מהמאה השנייה לספירה, ג'נדרון והדו, ברואה בשנת 1783, יאן בשנת 1882, ולטר הל בשנת 1846, ג'יימס פג'ט בשנת 1870 וסנו בשנת 1983, שהוא הראשון שבדק את הנושא בכלים סטטיסטיים. אלידה אמה, פסיכואנליטיקאית מאסכולת יונג- פירסמה בשנת 1926 ספר שנקרא "מחקר פסיכולוגי על הסרטן", שבו העלתה את הגורמים הפסיכולוגיים המשותפים ל- 100 חולי סרטן (סימונטון. 1978).

שמייל ואיקר הראו שיש קשר בין תחושות תסכול להיווצרות סרטן (סימונטון, 1978). אחת ההנחות שלו היא שתרגול הרפיה, דמיון מונחה וחשיבה חיובית מחזקים את תפקוד המערכת החיסונית, דרך מנגנונים שונים של המערכת הניורו-אימונו-פסיכולוגית. יש הוכחות מחקריות שהתמודדות עם חוסר תקווה וחוסר אונים מעודדים את פריצת מחלת הסרטן. כמו כן הוכח כי התערבות פסיכו-תרפויטית גוף נפש מגדילה את הכוח של הגוף להתמודד עם התאים הסרטניים ופעילות הלימפוציטים.

אם כן, טכניקת החשיבה החיובית היא הגברת המודעות האישית לדרך החשיבה, לתכני החשיבה והכוונתה לחשיבה חיובית, אופטימית מלאת תקווה והשלמה.

לסיכום

טיפולים המשלבים גוף ונפש במגוון הטכניקות השונות, היו יעילים ביותר להשפעה משפרת כנגד סטרס פסיכולוגי ופיזיולוגי (Hawks R) העלתה את תוחלת החיים ואיכות החיים של חולים באופן משמעותי (סימונטון . 1978) כמו כן טיפולים אלה מקטינים את הסיכויים לחלות. שילוב טכניקות אלה עם הטיפול הקונבנציונלי נותן את התוצאות הטובות ביותר (Simonton & Henson. 1992).

פרק 4. מתודולוגיה

שאלת המחקר

השפעת טיפולים המשלבים גוף ונפש על איכות חיים של חולי סרטן המקבלים כימותרפיה

השערות המחקר

השערות המחקר הן:

1. טיפול משולבים גוף ונפש ישפיעו לטובה על מדדי איכות החיים של חולי סרטן המקבלים כימותרפיה.
2. מדדי איכות החיים של מקבלי טיפולים משולבים גוף ונפש יהיו טובים יותר מאשר המדדים בקבוצת הביקורת.

שיטת המחקר

המחקר מלווה במילוי שאלונים שמועברים על ידי אחיות המחלקה. בחירת הנחקרים הינה אקראית השאלון מולא לפני תחילת הטיפול ובסיום הטיפול. נבחרה קבוצת ביקורת אקראית שמילאה את השאלונים עם תחילת המחקר ובסיומו, ללא התערבות טיפולית המשלבת גוף ונפש.

כלי המחקר

שאלון P.A.O Patient Adjustment Questionnaire שאלון שחובר ותוקף ע"י אנשי מקצוע שבראשם הפסיכולוגים Kreidler, S. & Kreidler, H. (1991). כלי למדידת הסתגלותם ואיכות חייהם של חולים כרוניים וחולי סרטן הנשען על תיאוריית ההסתגלות של Derogatis (1986) ועל המלצות Schipper et al (1990). השאלון בן 24 הגדים הכולל 14 שטחי התייחסות לאיכות חיים המתחלקים לקטגוריות הבאות: דאגות הקשורות למחלה, הערכת המצב הרפואי והשפעתו על העבודה, מצב כלכלי ויחסים בתוך המשפחה, מיניות ויחסים חברתיים, שביעות רצון, שינויים בהתנהגות ותגובות נפשיות למחלה.

הנחקר מציין X ליד ההיגד המתאר את הרגשתו ביחס לכל קטגוריה. הניקוד הכללי מחושב עפ"י הנקודות שהנחקר צבר על סולם ליקרט בן 4 דרגות המחולקות במספר התשובות עליהן ענה.

המחברים מצביעים על-כך שניתן להעביר אותו בנקודות זמן שונות, וכיוון שהוא אינו מכוון לטיפול ספציפי ניתן ללמוד על איכות החיים של חולי הסרטן בנקודות זמן שונות. המהימנות במדגמים שונים נעה בין 93-84. השאלון מקורו בעברית ולכן לא היה צורך לתרגמו.

כלי ההתערבות

טכניקות הטיפול שהיו בשימוש הטיפול המשלב גוף ונפש היו: מדיטציה, מגע, הרפיה, נשימה מודעת וחשיבה חיובית.

הליך המחקר

הטיפולים התקיימו פעם בשבוע בשעה קבועה לכל מטופל כל מטופל קיבל סה"כ חמישה עשר טיפולים רצופים. הטיפולים היו בנוסף לטיפולים הקונבנציונליים הטיפולים התקיימו במחלקה האונקולוגית של בית חולים וולפסון

פרק 5. תוצאות המחקר

השפעת טיפולים המשלבים גוף ונפש בחולי סרטן

במחקר זה השתתפו 24 חולי סרטן, 7 הוו קבוצת ביקורת שלא קיבלו טיפולים המשלבים גוף ונפש, ו-14 חולים שהוו את קבוצת הניסוי שקיבלו טיפולים המשלבים גוף ונפש. במחקר השתתפו 18 נשים ו-6 גברים, כולם הורים לילדים. טווח הגילאים נע בין 37.7 שנה ל-81.8 שנה. הגיל הממוצע $M=59.62$, סטית תקן $SD=13.35$.

בניית מדדים

לוח 1 מציג ממוצעים, סטיות תקן ומהימנות אלפה של קרונבך של המדדים השונים של איכות חיים לפני ואחרי הטיפול.

לוח 1: ממוצעים, סטיות תקן ומהימנות של מדדי איכות חיים לפני ואחרי הטיפול

אחרי הטיפול			לפני הטיפול			מס' פריטים	שם המדד
מהימנות	ס.ת.	ממוצע	מהימנות	ס.ת.	ממוצע		
0.83	1.72	4.34	0.63	1.33	4.50	9	שינויים פיזיולוגיים הקשורים למחלה
0.43	1.76	4.13	0.61	2.35	4.23	3	שינויים במצב הכלכלי ומצבים בתוך המשפחה
0.76	2.40	4.45	0.82	2.62	4.44	4	שינויים לרעה במיניות ויחסים חברתיים
0.82	1.76	6.02	0.80	1.76	5.84	10	שביעות רצון
0.56	1.96	4.57	0.66	2.20	4.39	4	שינויים לרעה בהתנהגות
0.94	2.32	5.51	0.90	2.37	5.65	10	שינויים ודאגות הקשורים במחלה
0.60	2.71	4.29	0.43	2.29	3.67	3	שינויים בתפיסת הרוחניות
0.74	1.44	4.60	0.80	1.65	4.64	5 מדדים	מדד של שינויים שליליים בעקבות המחלה*

* מדד זה מורכב מממוצע של 5 מדדים (חוץ מאשר שביעות רצון ושינויים בתפיסת הרוחניות).

עבור רוב המדדים המהימנות הן גבוהות ומייצגות עקביות פנימית טובה של כל מדד, חוץ מאשר עבור שינויים בתפיסת הרוחניות לפני ועבור שינויים במצב הכלכלי ומצבים בתוך המשפחה אחרי.

לבדיקת הבדלים במדדים השונים לפי קבוצה ועיתוי, נעשו ניתוחי שונות דו-כיוונים עם מדידות חוזרות עבור עיתוי. אנו מעוניינים לבדוק האם קיימות אינטראקציות, כלומר, האם יש שינוי לטובה בקרב נבדקים מקבוצת הניסוי ואין שינוי בקרב נבדקים מקבוצת הביקורת. לוח 2 מציג ממוצעים וסטיות תקן של המדדים השונים לפי קבוצה ועיתוי ולוח 3 מציג תוצאות ניתוחי השונות.

לוח 2: ממוצעים וסטיות תקן של המדדים השונים לפי קבוצה ועיתוי

אחרי		לפני		ניסוי (N=17)		ביקורת (N=7)		
ניסוי (N=17)	ביקורת (N=7)	ניסוי (N=17)	ביקורת (N=7)	ניסוי (N=17)	ביקורת (N=7)	ניסוי (N=17)	ביקורת (N=7)	
ס.ת.	ממוצע	ס.ת.	ממוצע	ס.ת.	ממוצע	ס.ת.	ממוצע	
1.71	3.97	1.49	5.22	1.35	4.65	1.31	4.16	שינויים פיזיולוגיים הקשורים למחלה
2.00	4.24	1.05	3.88	2.27	4.92	1.66	2.55	שינויים במצב הכלכלי ומצבים בתוך המשפחה
2.47	4.24	2.31	4.96	2.87	4.59	2.04	4.07	שינויים לרעה במיניות ויחסים חברתיים
1.40	6.43	2.26	5.03	1.44	6.20	2.27	4.99	שביעות רצון
2.19	4.51	1.40	4.71	2.33	4.81	1.50	3.36	שינויים לרעה בהתנהגות
2.29	5.27	2.46	6.10	2.35	5.60	2.60	5.78	שינויים ודאגות הקשורים במחלה

2.40	5.22	2.12	2.05	2.30	4.32	1.33	2.07	שינויים בתפיסת הרוחניות
1.64	4.45	0.75	4.98	1.85	4.91	0.76	3.98	מדד של שינויים שליליים בעקבות המחלה

לוח 3: תוצאות ניתוחי השונות של המדדים השונים לפי קבוצה ועיתוי

עיתוי X קבוצה F(1,22)	F(1,22) עיתוי	F(1,22) קבוצה	
** 14.18	0.71	0.36	שינויים פיזיולוגיים הקשורים למחלה
* 6.83	1.04	2.96	שינויים במצב הכלכלי ומצבים בתוך המשפחה
1.61	0.29	0.92	שינויים לרעה במיניות ויחסים חברתיים
0.36	0.73	0.09	שביעות רצון
* 4.33	1.79	0.55	שינויים לרעה בהתנהגות
0.96	0	0.24	שינויים ודאגות הקשורים במחלה
1.30	1.17	** 8.91	שינויים בתפיסת הרוחניות
** 8.91	1.15	0.76	מדד של שינויים שליליים בעקבות המחלה

* $p < .05$ ** $p < .01$

מלוח 3 עולה כי נמצאו אינטראקציות לפי קבוצה ועיתוי עבור 4 מדדים:

שינויים פיזיולוגיים הקשורים למחלה ($F(1,22)=14.18, p < .01$),

שינויים במצב הכלכלי ומצבים בתוך המשפחה ($F(1,22)=6.83, p < .05$),

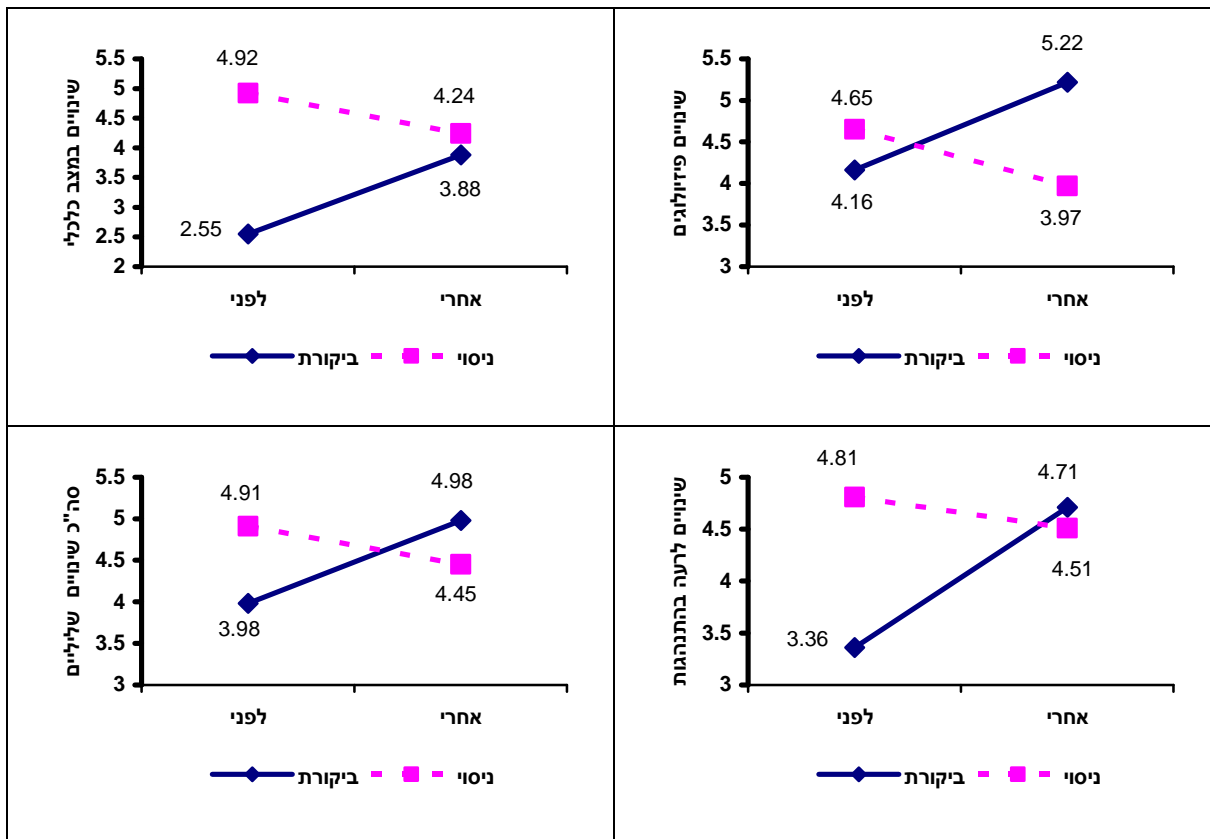
שינויים לרעה בהתנהגות ($F(1,22)=4.33, p < .05$),

שינויים שליליים בעקבות המחלה ($F(1,22)=8.91, p < .01$).

לבדיקת מקורות האינטראקציות, נעשה שימוש במבחן בונפרוני (Bonferroni), המשתמש בשונות

הטעות מתוך ניתוח השונות והלוקח בחשבון את מספר ההשוואות שנעשות. תוצאות שידווחו

כמובהקות הן ברמת מובהקות של $p < .05$. תרשים 1 ממחיש את האינטראקציות שהתקבלו.



תרשים 1: אינטראקציות של מדדים שונים לפי קבוצה ועיתוי

לפי מבחן בונפרוני עולה כי:

עבור שינויים פיזיולוגיים, אצל נבדקי קבוצת הניסוי לפני הטיפול היו יותר שינויים פיזיולוגיים (M=4.65) מאשר אחרי הטיפול (M=3.97).

במדד זה נבדקו: מידת העייפות, התיאבון, הכאבים, שינויים בשינה, עצירות, בחילה, שינויים במחזור החודשי, מצב בריאות כללי ושינויים בהופעה חיצונית. נמצא כי קיימת אינטראקציה מובהקת ($F(1,22)=14.18, p<.01$), במדד זה. היה שיפור אצל קבוצת הניסוי בכל אותם פרמטרים שנבדקו בעקבות הטיפולים המשלבים גוף ונפש, וכן היה שיפור ביחס לקבוצת הביקורת.

עבור שינויים במצב הכלכלי ובמצב בתוך המשפחה, לפני ההתערבות היו יותר שינויים לרעה אצל נבדקי קבוצת הניסוי (M=4.92) מאשר אצל נבדקי קבוצת הביקורת (M=2.55) ואילו אחרי ההתערבות לא היו הבדלים בין הקבוצות. במדד זה נבדקו עד כמה המחלה הטרידה את בני המשפחה, האם התמיכה מספקת, עד כמה המחלה הפריעה לתעסוקה ולעומס הכלכלי. מבדיקת האינטראקציה לפי קבוצה ועיתוי נמצא כי השינויים היו מובהקים ($F(1,22)=6.83, p<.05$), קרי היה שיפור בקרב קבוצת הניסוי בעקבות הטיפולים המשולבים גוף ונפש.

עבור שינויים לרעה בהתנהגות, לפני ההתערבות היו יותר שינויים לרעה אצל נבדקי קבוצת הניסוי ($M=4.81$) מאשר אצל נבדקי קבוצת הביקורת ($M=3.36$) ואילו אחרי ההתערבות לא היו הבדלים בין הקבוצות.

במדד זה נבדקו עד כמה החולה מוטרד מהדיאגנוזה הראשונה, עד כמה מוטרד מהטיפולים, ממשך הטיפולים, איך המחלה משפיעה על חרדה ודיכאון, וכן דאגות ופחדים מאבחונים עתידיים, חשש מסרטן נוסף, גרורות וחשש מהעתיד.

מבדיקת האינטראקציה לפי קבוצה ועיתוי נמצא כי השינויים היו מובהקים ($F(1,22)=4.33, p<.05$), אחרי הטיפולים המשולבים גוף נפש היו המטופלים חרדים פחות מנושאים הקשורים למחלה ממה שהיו לפני הטיפולים.

עבור שינויים שליליים בעקבות המחלה, לפני ההתערבות היו יותר שינויים לרעה אצל נבדקי קבוצת הניסוי ($M=4.91$) מאשר אצל נבדקי קבוצת הביקורת ($M=3.98$) ואילו אחרי ההתערבות לא היו הבדלים בין הקבוצות. מדד זה מורכב ממוצע של 5 מדדים : שינויים פזיולוגיים הקשורים למחלה, שינויים במצב כלכלי ומצבים בתוך המשפחה, שינויים לרעה במיניות ויחסים חברתיים, שינויים לרעה בהתנהגות, שינויים ודאגות הקשורים למחלה. על פי מדד זה נמצא כי היתה השפעה חיובית מובהקת ($F(1,22)=8.91, p<.01$) על מקבלי הטיפולים בממוצע חמשת המדדים

לסיכום, נמצאו 4 אינטראקציות מתוך 7 המדדים שנבדקו, כאשר נראה שיפור אחרי הטיפול אצל נבדקי קבוצת הניסוי לעומת נבדקי קבוצת הביקורת.

פרק 6. דיון ומסקנות

טיפולים המשלבים גוף ונפש שניתנו לחולי סרטן המקבלים טיפולים תרופתיים נמצאו על פי מחקר זה כיעילים, וכאלה שהשפיעו לטובה על החולה הן בהיבטים הפיזיולוגיים, הן בהיבטים הפסיכולוגיים והן בהיבטים החברתיים.

המטופלים במהלך הטיפולים המשולבים גוף ונפש המשיכו לקבל את הטיפולים הכימותרפיים על תופעות הלוואי הקשות הנלוות (Kelly & Ghazi & Caldwell. 2002), ולמרות זאת חל שיפור משמעותי במדדים שנבדקו.

הטיפולים המשלבים גוף ונפש עוסקים במגע עדין ותומך, במדיטציה בהרפיה, בנשימה מודעת, בהקשבה אמפתיה והכלה, וכן בחשיבה חיובית. כל אלה חיזקו את המערכת החיסונית הפיזית והרגשית (Fawzy. 1993) של המטופלים והראו בהתאם לתוצאות מחקר זה שמצבם הפיזי הנפשי, הזוגי והחברתי השתפר.

ניתן לראות כי קבוצת המטופלים שקיבלו טיפולים משולבים גוף נפש בכל ארבעת המדדים המובהקים היו במצב פחות טוב מקבוצת הביקורת בתחילת הניסוי: במדד השינויים הפיזיולוגיים, במדד השינויים במצב הכלכלי ומצבים בתוך המשפחה, בשינויים לרעה בהתנהגות ובשינויים שליליים בעקבו המחלה. אך לאחר שילוב הטיפולים המשלבים גוף ונפש מצבם השתפר ואף היה טוב יותר מאשר קבוצת הביקורת. לא ניתן להסביר במחקר זה את הסיבה למצבם ההתחלתי הפחות טוב של המטופלים לפני הטיפולים המשלבים ביחס לקבוצת הביקורת.

ככל שחולה הסרטן יקבל יותר טיפולים המשלבים גוף ונפש, כך תתחזק המערכת החיסונית שלו הפיזית והרגשית (Spec. 2002 ; Fawzy. 1993), תגדל היכולת שלו להתמודד עם משברים רגשיים (Barsevick & Much. 2004), יופחתו רמות המתח והחרדה (Deker et al, 1992;) (Deker et al, 1992; Kim et al. 2005), תופחת רמת העייפות (Deker et al. 1992; Kim et al. 2005), ידע להרפות את הגוף ולאפשר לו לחזק את עצמו, תגדל יכולת ההבראה, החיוניות, החיות ואיכות החיים בכלל (Linda. 2003).

ככל שהחולה יסגל לעצמו חשיבה חיובית על החיים בכלל ועל מצבו האישי בפרט כך סיכויי ההחלמה שלו יגדלו (Peterson, 1993) ומערכות היחסים שלו הזוגיות והחברתיות ישתפרו (Friedman. 1987).

חשוב לציין שבמהלך הטיפולים במסגרת המחקר, פנו מטופלים שלא היו כלולים במחקר וביקשו לקבל טיפולים המשולבים גוף ונפש לאור שביעות הרצון של מטופלי המחקר.

הנחות המחקר אוששו: טיפולים משולבים גוף ונפש השפיעו לטובה על מדדי איכות החיים של חולי סרטן המקבלים כימותרפיה. ומדדי איכות החיים של מקבלי טיפולים משולבים גוף ונפש היו טובים יותר מאשר המדדים בקבוצת הביקורת.

פרק 7. סיכום

המושג איכות חיים מבטא את ההתייחסות של האדם לעצמו ולהתנהלות חייו.

איכות החיים נמדדת בעוצמת המערכת החיסונית הפיזיולוגית והרגשית.

אדם שחלה במחלת הסרטן עלול למצוא את עצמו בהיחלשות המערכת החיסונית הפיזיולוגית והמערכת החיסונית הרגשית, מצב שעלול להחמיר את המחלה, לגרום לסבל רב פיזי ונפשי, לאובדן תקווה, לקושי בתפקוד ובמערכות היחסים עד לאובדן החיים.

טיפולים המשלבים גוף ונפש מחזקים את המודעות של האדם את עצמו, מאפשרים לו לחזק את החשיבה החיובית, את התקווה לבריאות הבראה, ואף את ההתמודדות וההשלמה עם המוות.

באמצעות תרגולי הרפיה, דמיון מודרך, נשימה מודעת, חשיבה חיובית החולה מחזק את המערכות הפיזיולוגיות והנפשיות שלו, מחזק את העוצמות והכוחות הפיזיים והנפשיים שנמצאים בתוכו, מאפשר לו להיות ממוקד בחיזוקים ולא בחולשות, החולה מחזיר לעצמו את הערך העצמי מחזיר לעצמו את ההתחברות לגוף מתוך הקשבה לו וחיזוקו, ובכך משפר את איכות החיים שלו שאלה מרכיביה.

מגבלות המחקר

מספר קטן של נבדקים וקבוצת ביקורת.

חלק מהנבדקים פרשו במהלך המחקר בשל שינויים בתכנית הטיפולית, ניתוחים, מוות וכו'.

המחקר מייצג באופן מוגבל את האוכלוסיה משום שנבחרו רק חולים דוברי עברית, בשל מגבלת השפה.

המלצות

מומלץ לבצע מחקר גדול ומקיף יותר בשל המגמה והמובהקות שנמצאו במחקר זה. מומלץ לבצע מחקר הבודק את המערכת החיסונית הפיזית לאור הטיפולים המשלבים גוף ונפש לשלב את הטיפול המשלב גוף ונפש יחד עם הטיפול הקונבנציונלי להגדיל את כמות הטיפולים להגדלת האפקטיביות בתוצאות. לחשוף את חולי הסרטן לטיפולים המשלבים גוף נפש על מנת שיכירו את אפשרויות הריפוי הנוספות על אלה הקונבנציונליות.

בבליוגרפיה

אילון, ע' ולהד, מ'. (1992). כל החיים לפניך – בניית התמודדות למניעת התאבדות. הוצ' נורד.

בוים, ג' (1983). וילהלם רייך מחקריו באנרגיית החיים. הוצאת אור על.

ברלי, ר'ונאמן, ו' (2003). יוגה הרפיה ודמיון מונחה כסיוע להתמודדות עם סרטן, סיפור אישי וקבוצתי. ביטאון הסיעוד האונקולוגי בישראל, י"ב (3), 25-27.

גולמן, ד' (1997). אינטליגנציה רגשית. הוצאת מטר.

גולן, ר' ויפה, ע' (2007). תשישות ועייפות בקרב חולי סרטן, התערבות המבוססת על עובדות. ביטאון הסיעוד האונקולוגי בישראל, ט"ז (3), 12-23.

דיכטוואלד קי [1992]. גופנפש, ת"א, אלפא/זמורה – ביתן

המרכז הלאומי לבקרת מחלות- משרד הבריאות בישראל-2003

יפרח, א' ואמיתי, ט' (2004). מצב הבריאות בישראל- 2003

כסלו, ל' (2008). אינטימיות וזוגיות בתקופת הטיפולים, האגודה למלחמה בסרטן

כסלו, ל' (2008). אינטימיות וזוגיות בתקופת הטיפולים, האגודה למלחמה בסרטן

לורנס, י' (1989). סרטן כנקודת מפנה. אלטרנטיבות- הוצאה לאור

נעמן-פרי (2003). תקשורת באמצעות מגע ותנועה. ביטאון וינגייט.

סימונטון, א' וסימונטון, מ' וקרייטון, ל' (1978). לשוב להיות בריא- מדריך לעבודה עצמית, להתגבר על מחלת הסרטן צעד אחר צעד. הוצאת מודן.

סקעת, א' ופרץ. ח' וגולנדר, ח' (2008). תפיסת איכות הטיפול הסיעודי, והשפעתו על מצוקה נפשית בעיני חולי סרטן בשנה הראשונה למחלתם, ביטאון הסיעוד האונקולוגי בישראל. י"ז (1) 20-28

פיקאר. ע' (2003), רעילות לבבית כתוצאה מטיפולים כימיים ודרכים למניעתה. ביטאון הסיעוד האונקולוגי בישראל. כרך יב. חוברת 3, 33-31.

פק.ע' ודרייר. י' (2007). חרדה ודיכאון בקרב חולי סרטן, התערבות המבוססת על עובדות. ביטאון הסיעוד האונקולוגי בישראל. כרך ט"ז חוברת מס' 3. 35-24.

פרלס פ'.ס' [1969/1978] גשטלט מילה במילה: תרפיית התבנית. ת"א, זמורה-ביתן, מודן

קפלן, א' (1998). מדיטציה יהודית, מדריך מעשי. הוצאת חכמת הלב.

Albaugh, J. A (2003). *Spirituality and life-threatening illness: A phenomenologic study*. *Oncology Nursing Forum*, 30, 593-598.

Ahlberg, K& Ekman, T& Wallgren, A, & et al. (2004) *Fatigue, Psychological distress, coping and quality of life in patients with uterine cancer*. *Journal of Advanced Nursing*, 45, 205-213.

A Nurses guide (2004). *Quality of life: Assessment, analysis and interpretation in patients with cancer*. Amgen oncology.

Baer, R.A (2003). *Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review*. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 125-143.

Baider, L& Uziely, B& De-nour, A& K (1994). *Progressive muscle relaxation and guided imagery in cancer*. *Gen Hosp Psychiatry*, 16, 5, 340-347.

Balch, P, A (2006). *Prescription for Nutritional Health: A Practical A-to-Z Reference to Drug-free Remedies Using Vitamines, Minerals, Herbs & Food Supplements*.
Published by Avery.

Barsevick, A.M. & Much, J.K (2004). *Depression*. In C.H. Yarbo., M.H.Frogge & M. Goodman (Eds.), *Cancer Symptom Management* (pp.668-692).Massachusetts: Jones and BARTLETT

Barsevick, A.M& Whitmer, K & Walker, L (2001) *In their own words: Using the common sense Model to analyze patients' description of Cancer-Related Fatigue*.
Oncology Nursing Forum, 28, 1363-1369.

Begbia, S. D& Kerestes, Z. L& & Bell, D. R (1996). *Patterns of alternative medicine use by cancer pations*. *Medical Journal of Australia*, 165, 545-548.

Benner, P & Wrubel, J (1989). *The primacy of caring: stress and coping in health and illness*. Menlo park California: Addison-Wesley Publishing Company.

Berndt, E& Kallich, J& Mcdermott, A & et al. (2005) *Reductions in anemia and fatigue are associated with improvements in productivity in cancer patients receiving chemotherapy*. *Pharmacoeconomics*, 23,505-514.

Braun, M& Mikulincer, M& Rydoll, A&Walsh, A& Rodin, G (2007). *Hidden Morbidity in Cancer: Spouse Caregivers*. *Journal of Clinical Oncology*, volume 25(30).

Bruce, S (2007). *Know how to assess and treat depression in patients with cancer*. *ONS connect*. April, 20-21.

Bower, JE & Ganz, PA & Aziz, N & et al (2002). *Fatigue and proinflammatory cytokine activity in breast cancer survivors*. *Psychosom Med*, 64.

Caspi,-O& Sechrest,-L& Pitluk,-H-C& Marshall,-C-L& Bell,-I-R& Nichter,-M
(2003)
On the definition of complementary, alternative, and integrative medicine: societal mega-stereotypes vs. the patients' perspectives. *Altern-Ther-Health-Med* Nov-Dec; 9(6): 58-62

Cathie, E (1998). *Essential Readings in Holistic Nursing*. An Aspen Piblication

Cella, D& Davi, s K& Breitbart, W & et al (2003). *Cancer-Related Fatigue: Prevalence of proposed diagnostic criteria in a United States sample of cancer survivors*. *J Clin Oncol*, 19, 3385-3391.

Cohen, S et al. (1991). *Psychological Stress and Susceptibility to the Common Cold*. *New England Journal of Medicine* 325.

Crawford J& Gabrilove JI (2000) *Therapeutic Options for Anemia and Fatigue*.
Medscape Oncology. Available at
<http://oncology.medscape.com/Medscape/Oncology/TreatmentUpdate/2000/tu02/public/toc-tu02.html>

Curt, GA& Breitbart, W& Cella, D & et al (2001). *Impact of cancer-related fatigue on the lives of patients: New findings from the fatigue Coalition*. In; Marty M, Pecorelli S, *Fatigue and Cancer*. Amsterdam, The Netherlands: Elsevier, 3-16.

Davidson RJ& Kabat-Zinn J& Schumacher JMS &et al (2003). *Alterations in Brain and Immune Function Produced by Mindfulness Meditation*. *Psychosom Med* ; 65(4):564-570. Available from: Lippincott Williams and Wilkins/Ovid

Decker, TW& Cline-Elsen, J & Gallagher, M (1992). *Relaxation therapy as an adjunct in radiation oncology*. *Journal of Clinical Psychology*, 48, 388-393.

Dollinger, M&Rosenbaum, E& Tempero, M& Sean, J& Mulvihill (2002). *Everyone's Guide to Cancer Therapy: How Cancer is Diagnosed, Treated, and Managed Day to Day*. Published by Andrews McMeel Publishing.

Donaldson, V & W (2000). *A clinical study of visualization on depressed white blood cell medical patients*. *Appl Psychophysiol Biofeedback*. 25.

Eaton, M. J & Blits. B & Ruitenberg, M. J & Verhaagen, J & Oudega (2002). *Amelioration of chronic neuropathic pain after partial nerve injury by edeno-associated viral (AAV) vector-mediated over-expression of BDNF in the rat spinal cord*. *Gene Therapy*, Volume 9 (20).

Eisenberg, D. M& Davis, R. B& Ettner, S. L& Appel, S& Wilkey, S& Van Rompay, M& et al. (1998). *Trends in alternative medicine use in the United states, 1990-1997: Results of a follow-up national survey*. *JAMA*, 280, 1569-1575

Eliot, T& et al (1991) *Negotiating Reality After Physical Loss: Hope, Depression, and Disability*. Journal of Personality and Social Psychology 61,4.

Elliott, J & Olver, I (2002). *The discursive properties of "hope": A qualitative analysis of cancer patients' speech*. Qualitative Health Research, 12,, 173-193.

Ernst, E& Cassuleth,B,R (2000) . *The prevalence of complementary / Alternative medicine in cancer A systematic review*. Wiley InterScience. Nov, 83(4), 777-782.

Ernst, E& Max, H& Pittler& Eisenberg. D& (2001). *The Desktop Guide to Complementary and Alternative Medicine, An evidence- based approach*. Published by Elsevier Health Sciences.

Ernst, E& Willoughby, M & Weihmayer, T. H (1995). *Nine possible reasons for choosing complementary medicine*. Perfusion, 11, 356-358

Fawcett, J& Sidney, J. S& Hanson, M. J & Riley-Lawless, K (1994). *Use of alternative health therapies by people with multiple sclerosis: An exploratory study*. Holistic Nursing Practice, 8(2), 36-42.

Fawzy, F., H& Elashoff, G& Fahey, M (1993). *Malignant melanoma- Effects of an early structured psychiatric intervention, Coping and effective state of Recurrence and survival 6 years later*. Arch Gen Psychiatry, 50, Sep, 681-689.

Ferrell, BR& Grant, M& Dean, GE & et al (1996). *"Bone Tired":The experience of fatigue and its impact on quality of life*. Oncol Nurs Forum, 23, 1539-1547.

Fisher, P & Ward, A (1994). *Complementary medicine in Europe*. BMJ. 309, 107-111

- Friedman, H & Boothby-Kewley (1987). *The Disease-Prone Personality: A Meta-Analytic View*. American Psychologist 42
- Furnham, A & Rawlinson, A (1996). *Beliefs about the efficacy of complementary medicine: A vignette study*. Complementary therapies in Medicine, 4, 85-89
- Goodwin, J.S & Zhang, D. D & Ostir, G. V (2004). *Effect of depression on diagnosis, treatment and survival of older women with breast cancer*. Journal of the American Geriatrics Society, 52, 106-111.
- Gray, C. M & Tan, A. W & Pronk, N. P & O'Connor, P. J (2002). *Complementary and alternative medicine use among health plan members. A cross-sectional survey*. Effective Clinical Practice, 5, 17-22
- Greer S (1999). *Mind-body research in psychooncology*. PubMed. PMID: 10555393
- Grof S [1988]. *The adventure of self-discovery*. Albany: SUNY Press
- Gruber, B. L & Hersh, S. P & Hall, N. R & Waletzky, L. R & Kunz, J. F & Carpenter, K. S & Weiss, S. M (1993). *Immunological responses of breast cancer patients to Behavior intervention*. Bio-feedback Self-Regular, 18, 1, 1-22.
- Hickok, JT & Morrow, GR & McDonald, S & et al. (1997) *Frequency and correlates of fatigue in lung cancer patients receiving radiation therapy: Implications for management*. J Pain Symptom Manage, 11, 370-377.
- Hofman, M & Hickok, JT & Morrow, GR & et al. (2005) *Cancer treatment side effects in breast cancer patients receiving radiotherapy*. J Clin Oncol, 23(supple), 705.
- Hofman, M, Ryan, JL, Figueroa-Moseley, CD, & et al. (2007) *Cancer-related fatigue: The scale of the problem*. The Oncologist 12(supple 1), 4-10,

Jacobson, P. B & Donovan, K. A & Trask, P. C & Fleishman, S. B & Zabora, J & Baker, F & et al. (2005). *Screaming for psychological distress in ambulatory cancer patient*. Cancer, 103(7), 1495-1502.

Kathi, J & Dirkse, D & Eadie, D & Melissa (2007). *What do clinicians want? Interest in integrative health service at a North Carolina academic medical center*. Pubmed central 7:5. www.Pubmedcentral.nih.gov

Kelly c & Ghazi, F & Caldwell, K (2002). *Psychological distress of cancer and clinical trial participation: a review of the literature*. European Journal of Cancer Care, 11, 6-15

King, C. R (2006). *Advances in how clinical nurses can evaluate and improve quality of life for individuals with cancer*. Oncology Nursing Forum, 33(1), 5-12

King, C. R (2001). *The dance of life*. Clinical Journal of Oncology Nursing, 5(1), 29-33.

Kim, S.D & Kim, H. S (2005). *Effects of a relaxation breathing exercise on fatigue in hematopoietic stem cell transplantation patient*. Journal of Clinical Nursing, 14.

Koemeda-Lutz. M & Kaschke. M & Revenstorf. D & Scherrmann. T & Weiss. H & Soeder. U (2002). *Evaluation of the Effectiveness of body psychotherapy in Outpatient setting (EEBP) A Multi- Centre study in Germany and Switzerland*. European Association for Body Psychotherapy (EABP). <http://www.eabp.org>.

Kolcaba, K & Fox, C (1999). *The effects of guided imagery on comfort of women with early breast cancer undergoing radiation therapy*. Oncology Nurs Forum, 26, 1, 67-72.

Lazar, S. W & Kerr, Catherine E. b & Wasserman. R. H. a b & Gray & J. R. c & Greve, D. N. d & Treadway, M. T. a & McGarvey, M. e & Quinn, B. T. d & Dusek, J. A. f g & Benson, H. f g & Rauch, S. L. a & Moore, C. I. h I & Fischl, B. d j (2005). *Meditation experience is associated with increased cortical thickness*. *Neuroreport*. 16(17):1893-1897 .

Lehmann, D & Faber, P, L & Achermann, P & Jeanmonod. D & Gianotti & Pizzagalli, D (2001). *Brain sources of EEG gamma frequency during volitionally meditation-induced, altered states of consciousness, and experience of the self* . Volume 108, Issue 2, Pages 111-121

Lewis D [1999]. *The TAO of Natural Breathing*, FULL CIRCLE, India

Linda E & Carlson & Zenovia U & Goodey, E & Angen, M & Speca, M (2004). *The effects of a mindfulness meditation-based stress reduction program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients: 6-month follow-up*. *Supportive Care in Cancer*, Volume 9, Number 2. 112-123

Linda E. & Speca. M & PsyD. K. D & Patel. G. E (2003) . *Mindfulness-Based Stress Reduction in Relation to Quality of Life, Mood, Symptoms of Stress, and Immune Parameters in Breast and Prostate Cancer Outpatients*. *Psychosomatic Medicine* 65:571-581

MacLennan, A. H & Wilson, D. H & Taylor, A. W (1996). *Prevalence and cost of alternative medicine in Australia*. *Lancet*, 347, 569-573.

Madden, J (2006). *The problem of distress in patients with cancer: more effective assessment* *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 10(5), 615-9.

McEwen. B& Stellar. E (1993). *Stress and the Individual Mechanisms Leading to Disease*. Archives of Internal Medicine 153.

Mock, V& Atkinson, A& Barsevick, A, & et al (2000) *NCCN Practice Guidelines for Cancer-Related Fatigue*. Oncology (Huntington), 14, 151-161.

Monga, U&Kerrigan, AJ& Thornby, J & et al. (2005). *Longitudinal study of quality of life in patients with localized prostate cancer undergoing radiotherapy*. J Rehabi Res Dec, 42,391-399.

Morrow, GR& Hickok, JT& Raubertas, RF& et al., (2001) *Effect of an SSRI antidepressant on fatigue and depression in 738 cancer patients treated with chemotherapy: A IRCC CCOP study*. Proc Am Soc Clin Oncol, 19,

Muller.D & Rosenkranz,M BA & Richard J. Davidson& Kabat-Zinn. J& & Muller.D& Saki F& Santorelli& Urbanowski. & Rosenkranz,M BA&Schumacher.J F& Anne H., A& Bonus. K& John F. S (2003) *Alterations in Brain and Immune Function Produced by Mindfulness Meditation* . Psychosomatic Medicine 65:564-570

Nail, L(2004). Fatigue. *Cancer symptom management*. Fatigue in patients with cancer Oncol Nurs Forum, 29, 537-544.

National Cancer Institue. (2006). *Common terminology criteria for adverse events* [www.step.cancer.gov\(CTCAE\) v3.0](http://www.step.cancer.gov(CTCAE) v3.0) Retrived.

Neil, K& Aaronson, J& Beckmann (1987). *The Quality of life of Cancer Patients*. Published by Raven Press.

Pasquini M& Biondi M& Costantini A& Cairoli F& Ferrarese G&, Picardi A & Sternberg C (2006). *Detection and treatment of depressive and anxiety disorders*

among cancer patients: feasibility and preliminary findings from a liaison service in an oncology division. Depression and Anxiety, 23(7), 441-8.

Pearce, S & Richardson (1996). A. *Fatigue in cancer: A phenomenological perspective.* Eur J Cancer Care, 5, 111-115.

Peterson, C., et al.,(1993). *Learned Helplessness: A Theory for the Age of Personal Control.* Oxford University Press

Peterson.C& Lisa M& Bossio& Lisa M&Bossio (1991). *Health and Optimism: New Research on the Relationship Between Positive Thinking and Physical Well-being.*
Published by Free Press

Post-Wite, J & Kinney, M. E & Savik, K & Gau, J. B & Wilcox, ZC & Lerner, L (2003). Therapeutic massage and healing touch improve symptoms in cancer. Integrative Cancer Therapies, 2.

Reich. W(1968).*The function of orgasm.* New York: Orgone Institute Press

Seligman. M (2002). *Authentic Happiness: Using the New Positive Psychology to Realize Your Potential for Lasting Fulfillment.* New York: Free Press.

Shmueli & Shuval (1993). Use of complementary and Alternative medicine in Israel . The Israel Medicin Association Journal, vol, 10. issue 12.

Simonton, C& Henson, R (1992). *The healing journey.* Bantam books.

Sky, M [1990].*Breathing: Expanding your Power and Energy.* Bear & Company, Inc. Santa Fe, New Mexico.

Smets. Em & Visser MR & Willems-Groot. AF. (1998). *Fatigue and radiotherapy: (A) Experience in patients undergoing treatment.* Br J Cancer. 78, 899-906.

Speca M& Carlson L& Goodey E&Angen M(2002). A Randomized, Wait-List Controlled Clinical Trial: *The Effect of a Mindfulness Meditation-Based Stress Reduction Program on Mood and Symptoms of Stress in Cancer Outpatients*. Psychosom Med 62(5):613-622.

Stone, P& Hardy J& Broadley. K, & et al (1999). *Fatigue in advanced cancer: A prospective controlled cross-sectional study*. Br J Cancer, 79, 1479-1486.

Totton, N (2005). *Body Psychotherapy*. Open University Press.

Tloczynski J& Tantriella M (1998). *A comparison of the effects of Zen breath Meditation or relaxation on college adjustment*. Psychologia; 41:32-43.

United States Association for Body Psychotherapy (USABP), (2009). *Definition of body psychotherapy*

Watkins .A (1997). *Mind-Body Medicine: A Clinician's Guide to Psychoneuroimmunology*. Published by Elsevier Health Sciences.

Weze C& Leathard HL& Grange J& Tidlady P& Stevens G (2005). *Evaluation of healing by gentle touch*. Public Health 119 (1): 3-10, January.

Wright. S (2007). *Meditation matters*. Nursing Standard, 21 (39), 18-19.

Zabora, J& Brintzenhofeszoc, K& Curbow, B& Hooker, C & Piantadosi, S (2001). *The prevalence psychological distress by cancer site*. Psycho-Oncology, 10(1), 19-28.

נספח**למילוי ע"י האחות האחראית על המחקר**

שם האחות: _____
 תאריך: _____ מספר סידורי: _____
 מוסד רפואי: _____ שם יחידת הטיפול: _____
 אבחנה: _____
 תאריך אבחון המחלה: _____

סוג הטיפול הנכחי:

1. כימותרפיה
2. קרינה
3. הורמונלי
4. אחר: _____

חלק זה כולל שאלות אישיות ושאלות על ההיסטוריה הרפואית שלך. אנא ענה/י על כל השאלות.

1. תאריך לידה _____ / _____ / _____
 שנה / חודש / יום
2. מין: 1. נקבה 2. זכר
3. האם אתה/את גר לבד? 1. כן 2. לא
4. הקף/הקיפי בעיגול את המספר המתאר את מצבך המשפחתי:
 1. נשוי/נשואה 4. גרושה
 2. לא נשוי/אה אבל חי עם בן/בת זוג 5. פרוד/ה
 3. אלמן/אלמנה 6. רווק/ה

5. ציין/ציני את ארץ לידתך – הקף בעיגול את היבשת וכתוב/כתבי את שם המדינה

שם המדינה

1. ישראל
 2. אירופה _____
 3. אמריקה _____
 4. אסיה _____
 5. אפריקה _____

6. שנת עליה: _____

7. מהי דתך?

- א. יהודי
 ב. נוצרי
 ג. מוסלמי
 ד. אחר _____

8. כיצד היית מגדיר/ה את מידת דתיוך?

- א. חרדי ב. דתי ג. מסורתי ד. חילוני

9. הקף/הקיפי בעיגול את השכלתך

1. יסודית 2. תיכונית 3. על תיכונית 4. אקדמית 5. אחר: _____

10. עיסוק / מקצוע: _____

אנחנו מעוניינים לדעת כיצד המחלה משפיעה על איכות החיים שלך. אנא ענה/עני על כל השאלות לפי התחושות שלך ברגע זה. נא להקיף מס' אחד בין 0 ל- 10. המתאר בצורה הטובה ביותר את הרגשתך.

עד לאיזו מידה הדברים הבאים מהווים בעיה עבורך:

1.	עייפות	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	לא בעיה כלל	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	בעיה חמורה
2.	שינוי בתאבון	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	לא בעיה כלל	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	בעיה חמורה
3.	כאבים	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	לא בעיה כלל	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	בעיה חמורה
4.	שינויים בשינה	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	לא בעיה כלל	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	בעיה חמורה

כלל											חמורה
5.	עצירות										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	לא בעיה כלל
6.	בחילה										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	לא בעיה כלל
7.	שינוים במחזור החודשי ובפוריות										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	לא בעיה כלל
8.	דרגי באופן כללי את מצבך הבריאותי שלך										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	גרוע במיוחד
9.	עד כמה קשה לך להתמודד עם דברים כתוצאה מהמחלה שלך והטיפול בה										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	לא קשה כלל
10.	עד כמה טובה איכות החיים שלך?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	גרועה במיוחד
11.	כמה שמחה אתה מרגיש?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	כלל לא
12.	האם אתה/את מרגישה/את בשליטה על הדברים שמתרחשים אצלך בחיים?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	לגמרי לא
13.	עד כמה אתה/את שבע רצון מהחיים?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	לגמרי לא
14.	איך היכולת העכשווית שלך בלהתרכז ולזכור דברים?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	גרועה במיוחד
15.	כמה יעילה אתה מרגישה?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	לגמרי לא
16.	האם המחלה או הטיפול גרמו לשינויים בהופעתך החיצונית?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	לגמרי לא
17.	האם המחלה או הטיפול גרמו לשינויים בתפיסה העצמית שלך (הדרך בה אתה רואה דברים)										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	לגמרי לא

שינויים בהרגלי חיי המין											18.
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	שינויים קיצוניים
עד כמה הטרידו אותך ההיגדים הבאים הקשורים למחלה ולטיפול											
דיאגנוזה ראשונית											19.
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	לא הטריד כלל
טיפול בסרטן (כימותרפיה, הקרנות, ניתוח)											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	לא הטריד כלל
הזמן עד שהטיפול הסתיים											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	לא הטריד כלל

עד כמה אתה/את חרד/ה?											22.
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	לגמרי לא
עד כמה אתה/את מדוכא?											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	לגמרי לא
באיזו מידה אתה/את פוחד/ת מ:											
בדיקות אבחון עתידיות											24.
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	לא פוחד כלל
סרטן נוסף											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	לא פוחד כלל
חזרה של הסרטן											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	לא פוחד כלל
גרורות											27.

האם הקשרים החברתיים שלך נפגעו כתוצאה מהמחלה											.39
10 שינוי קיצוני	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0 ללא שינוי	
האם המחלה מפריעה לך בפעילויות שעות הפנאי והתחביבים שלך?											.40
10 מפריעה באופן קיצוני	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0 לא מפריעה כלל	
איזו מידה של חוסר וודאות אתה/את מרגיש/ה בנוגע לעתיד?											.41
10 אי וודאות בצורה קיצונית	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0 לגמרי אין חוסר וודאות	
באיזו מידה המחלה גרמה לשינויים חיוביים בחיים שלך?											.42
10 במידה רבה	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0 לגמרי לא	
האם אתה/את מרגיש/ה מטרה או שליחות בחיים שלך או סיבה שאתה/את חיה?											.43
10 מאוד	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0 לגמרי לא	
כמה תקווה אתה/את מרגיש/ה?											.44
10 מלא תקווה בצורה קיצונית	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0 ללא תקווה כלל	