

Changes in leisure activity participation of women after undergoing surgical intervention for breast cancer /

השינויים בפעילויות הפנאי בקרב נשים שעברו התערבות כירורגית לטיפול בסרטן השד

Author(s): Sara Rosenblum, גלית יורמן, צורית גוטפריד, מיכל וולפרט, נועם בנימין, Galit Yurman, Zurit Gotfrid, Michal Wolpart and Noam Binyamin

Source:

IJOT: The Israeli Journal of Occupational Therapy /

כתב עת ישראלי לריפוי בעיסוק

אוגוסט, 14, 3 (2005 pp. H109-H126)

Published by: [Israeli Society of Occupational Therapy / העמותה ישראלית לריפוי בעיסוק](#)

Stable URL: <http://www.jstor.org/stable/23469031>

Accessed: 03-01-2016 08:07 UTC

Your use of the JSTOR archive indicates your acceptance of the Terms & Conditions of Use, available at <http://www.jstor.org/page/info/about/policies/terms.jsp>

JSTOR is a not-for-profit service that helps scholars, researchers, and students discover, use, and build upon a wide range of content in a trusted digital archive. We use information technology and tools to increase productivity and facilitate new forms of scholarship. For more information about JSTOR, please contact support@jstor.org.



Israeli Society of Occupational Therapy / העמותה ישראלית לריפוי בעיסוק is collaborating with JSTOR to digitize, preserve and extend access to

IJOT: The Israeli Journal of Occupational Therapy / כתב עת ישראלי לריפוי בעיסוק

השינויים בפעילויות הפנאי בקרב נשים שעברו התערבות כירורגית לטיפול בסרטן השד

שרה רוזנבלום, גלית יורמן, צורית גוטפריד, מיכל וולפרט, נועם בנימין

מילות מפתח: עיסוק בפעילויות פנאי, Mastectomy, Lumpectomy

תקציר

מטרת המחקר הייתה לבחון אם חל שינוי בפעילויות פנאי בקטגוריות שונות אצל נשים שעברו התערבות כירורגית לשם טיפול בסרטן השד שהתגלה אצלן. במחקר השתתפו 30 נשים שעברו התערבות כירורגית בעקבות גילוי סרטן השד, מאזור חיפה וצפון הארץ. כלי המחקר היה ה- Activity Card Sort (Baum & Edwards, 2001), שפותח בארה"ב ועבר תהליך התאמה לארץ.

נמצא כי שיעור פעילויות הפנאי הכללי ירד באופן מובהק (8%) לאחר ההתערבות הכירורגית בהשוואה לשיעור הפעילות לפני המחלה. יותר מזה, נמצא קשר בין גיל הנשים לשיעור פעילויות הפנאי, ככל שגיל האישה היה גבוה יותר, כך שיעור פעילויות הפנאי היה נמוך יותר. הבדלים מובהקים בין שיעור הפעילות לפני ואחרי ההתערבות הכירורגית נמצאו בקטגוריות הפנאי השונות. ירידה חלה בקטגוריות 'פעילויות פנאי פיזי גבוה' (כגון שחייה, הליכה), 'פנאי פיזי נמוך' (כגון קריאה), 'פנאי חברתי' (כגון ביקור חברים) ובפעילויות יום-יום הקשורות לשימוש במכשירים (כגון קניית מזון, כביסה).

מתוצאות המחקר עולה כי גילוי המחלה וההתערבות הכירורגית גורמים בעקיפין לירידה באיכות החיים של הנשים. לממצאים אלו חשיבות רבה לתהליכי מניעה והתערבות הרצויים בקרב אוכלוסייה זו כדי לשפר את איכות החיים ועל ידי כך לשפר את תהליך ההחלמה מן המחלה.

שרה רוזנבלום, PhD, OT, מרצה, החוג לריפוי בעיסוק, הפקולטה ללימודי רווחה ובריאות, אוניברסיטת חיפה. rosens@research.haifa.ac.il

גלית יורמן, צורית גוטפריד ומיכל וולפרט, סטודנטיות, החוג לריפוי בעיסוק, הפקולטה ללימודי רווחה ובריאות, אוניברסיטת חיפה, בעת ביצוע המחקר.
נועם בנימין, MD, מחלקה כירורגית א', מרכז רפואי העמק עפולה, שירותי בריאות כללית.

הקדמה

סרטן השד הוא המחלה הממארת השכיחה ביותר בנשים. בעשורים האחרונים גדלה התחלואה בסרטן השד בארצות מפותחות בקצב מהיר כל כך עד שהתחלואה במחלה זו הפכה לאחת הבעיות הרפואיות השכיחות ביותר בקרב נשים. מדי שנה מאובחנות מיליון נשים ברחבי העולם כחולות בסרטן השד (ברחנא, 1999; חיימוב-קוכמן, לביא והוכנר-צלניקר, 2002), אחת מכל שמונה נשים בארה"ב צפויה לפתח את המחלה (American Cancer Society, 1996).

בזכות התפתחות הרפואה בטיפול ואבחון מוקדם של סרטן השד, הולך וגדל מספר הנשים השורדות את סרטן השד ומחלימות ממנו. נשים רבות שורדות מעבר לשלב הטיפול האקוטי, לשלבי השיקום וההחלמה הגופנית המלאה. עם זאת, גם לאחר ההחלמה יש תופעות המלוות את חיי המחלימות ומשפיעות על היבטים שונים באיכות חייהן (ברחנא, 1999; Ferrell et al., 1998). על אף השיפור בתוחלת החיים של הנשים שחלו במחלה, המחקר המתמקד באיכות החיים של הנשים לאחר ההתערבות הרפואית דל ביותר (Wentworth, 1998).

במונחים רפואיים, החלמה מסרטן השד מוגדרת כסיום ההתערבות הרפואית ומעבר לתכנית מעקב (אבגר, 1996). אלא שלמעשה האישה שסיימה את ההתערבות הרפואית ממשיכה בהתמודדות עם הצורך לחזור לתפקד בחיי היום יום במגוון עיסוקים כמו עבודה, השתתפות בפעילויות פנאי, חברה, פעילויות היום יום ודאגה עצמית (Baum, 1995).

לעיסוק תפקיד חשוב בשימור הבריאות (Baum, 1995). דרך העיסוק מספקים בני האדם את צורכיהם הפיזיים וכן את צורכיהם הרוחניים הייחודיים לחיפוש משמעות ומטרה בחיים

(Egan, & DeLaat, 1994; Law, Polatajko, Baptiste, & Townsend, 1997; Urbanowski & Vargo, 1994) לכל אדם צרכים מולדים לעיסוק בעבודה ובפנאי, כשם שיש לו גם צורך במנוחה, ויש לספקם תוך איזון יחסי ביניהם (Mosey, 1981). הפנאי הוא אחד מתחומי העיסוק האנושי. המילה האנגלית לפנאי היא Leisure. מקורה מן המילה הלטינית Licere, ומשמעותה "להיות חופשי" "להיות מותר". בשפה העברית אין תרגום ממצה למונח הלועזי (וינבלט, 2000). פנאי הוא חופש הבחירה להשתתף בפעילויות ללא מטרה מוגדרת חוץ מהנאה. פעילויות פנאי הן הזדמנות להבעה, להתפתחות עצמית ולמילוי צרכים פסיכולוגיים (Iso-Ahola & Park, 1996). העיסוק בפעילויות פנאי מקנה לאדם תחושת ערך ושליטה על חייו (Ferrell et al., 1998). במחקרם של McGee, O'Boyle, Hickey, O'Malley & Joyce (1991) ציינו המשתתפים את העיסוק בפנאי כאחד המרכיבים החשובים של המושג איכות חיים.

אירועים שונים בחיים כגון בעיה רפואית כרונית, מחלה או פגיעה, משנים את נסיבות החיים של הפרט ויוצרים דחק (Raphael, Schwartz, Stueve & Skodol, 1993; Dohrenwend, Maes, Leventhal & de Ridder, 1996). מחקרים שנעשו על הקשר

בין פנאי, מתח, בריאות ורווחה נפשית מצאו כי בחירה חופשית של פעילויות פנאי מהנות ו/או פעילויות הנעשות לשם התקשרות חברתית, משמשת מחסום בפני מתח והשפעות שליליות של אירועים גורמי מתח ומקנה תחושת רווחה נפשית (Coleman & Iso-Ahola, 1993; Csikszentmihalyi, 1994; Iwasaki & Smale, 1996; Iso-Ahola & Park, 1998) מצאו שהשתתפותו של אדם בעיסוקי פנאי לשם הנאה מעמידה מחסום בפני לחץ הנובע מתסמינים של מחלות נפשיות. תחושת חברות וקשר אנושי, הנרכשת בעת השתתפות בפעילות פנאי בחברה, מונעת לחץ הנובע מתסמינים של המחלה הגופנית. במחקרם על חולים כרוניים החולים במחלה בטווח של שנה עד שש שנים נמצא כי ככל שהפרט הקנה חשיבות רבה יותר לפנאי בחייו, כך הייתה לו יותר רווחה נפשית חיובית (שביעות רצון, הצלחה ועוד) ופחתה התחושה הנפשית השלילית (שעמום, דיכאון וכדומה) (Iso-Ahola & Park, 1996).

המחקר על פעילויות הפנאי בקרב אנשים חולים ומוגבלים מועט יחסית למחקר על אוכלוסייה נורמטיבית. יותר מזה, המחקר על הפנאי בקרב נשים לאחר שעברו התערבות כירורגית לטיפול בסרטן השד דל ביותר (Henderson, Hodges, & Kivel, 2002).

כמעט אי אפשר למצוא מחקרים הסוקרים את השפעת סרטן השד על תפקודן של הנשים בחיי היום-יום (Ferrell et al., 1998). על פי רוב, נחקרו בקרב נשים אלו האספקטים הפסיכולוגיים כמו החרדה והפחד, דימוי גוף, תפיסה עצמית (Front, 1999), ובעקבות זאת ההשפעה על יכולת האינטימיות ועל הקשר הזוגי (Morgan, 2001). כמו כן נחקרו האספקטים הפסיכו-פיזיים כמו הכאב

(Anderson, Arendt-Nielsen, & Jensen, 2000) או איבוד הסימטריה של הגוף (Khan, Sehgal, Mitra, Agarwal, Lal, & Malik, 2000). אבל יש מחקר מועט ביותר על ההתמודדותן של הנשים האלה עם תחומי עיסוק שונים הנדרשים מהם בחיי היום-יום ובייחוד על תחום הפנאי ותחושת הרווחה הנפשית שעשויה להיות קשורה לעיסוק בתחום זה (אבגר, 1996; הלוי, 1990; Kumiega, 1997).

מגבלת פנאי הוגדרה בידי Dattilo, Dattilo, & Samdahl (1994) ככל דבר המפחית את יכולתו של האדם להשתתף בפעילויות פנאי, לייחד די זמן לפעילויות פנאי ו/או להגשים את רמת שביעות הרצון המצופה מפנאי. לדוגמה, אחת הסיבות למגבלת פנאי אצל נשים שמנות על פי Dattilo et al. (1994) היא מיתוס היופי. דימוי גוף בעייתי יכול להיות סיבה להימנעות מפעילויות פנאי שונות כמו פעילויות ספורט.

כריתת שד יכולה לגרום לפגיעה בדימוי הגוף של האישה וכתוצאה מכך להוות מגבלה מקדימה להשתתפות בפעילויות פנאי (אבגר, 1996). אובדן השד משמעותי לאישה כיוון שהוא מסמל את נשיותה, את קשריה האינטימיים עם בן זוגה, את מיניותה ואת קשריה כאם (אבגר, 1996; הלוי, 1990; Dattilo et al., 1994).

השפעת המגבלה על חיי הפנאי של האישה אינה אחידה והיא תלויה בתפיסת האישה את עצמה עם המגבלה. ככל שאישה תופסת את מגבלתה כמרכזית יותר

בזהותה העצמית, כך הדבר ישפיע עליה יותר מבחינת פעילות הפנאי שלה. נשים המתקשות לקבל את השינוי שחל בגופן עלולות להימנע מהשתתפות בפעילויות פנאי מחשש שמא כולם מביטים בהן ומאי רצון לחשוף את גופן ולחוות קושי פיזי (וינבלט, 2000).

אפשר להניח שנשים שעברו התערבות כירורגית יסבלו מדימוי גוף שלילי שיהווה מגבלת פנאי (אבגר, 1996; Dattilo et al., 1994). עם זאת, תהליך ההתמודדות וההחלמה מסרטן השד עשויים להיות נקודת מפנה בחיי האישה (אבגר, 1996). בשעת משבר או בעת ההתמודדות עם אירועי חיים שליליים כמו החלמה ממחלה קשה, נוטים האנשים לעשות חשבון נפש לגבי משמעות החיים. בעקבות המשבר מתרחש לעתים תהליך בנייה מחדש של מטרות החיים וההתחייבויות, מציאת עניין בפעילויות חדשות ותשומת לב גדולה יותר להווה (אבגר, 1996).

מסקירת ספרות המחקר עולה כי יש מקום להניח שנשים שעברו התערבות כירורגית בעקבות גילוי סרטן השד יסבלו מדימוי גוף שלילי שיגרום למגבלת פנאי. עם זאת אפשר להתרשם מן החשיבות של פעילויות הפנאי הן לשם טיפוח תחושת שליטה וחופש, והן גם כדי להפחית גורמי דחק ולהגביר תחושת רווחה בקרב מי שעברו התמודדות עם אירועי חיים מלחיצים. מתעורר אפוא הצורך לחקור את תפקודי הפנאי של הנשים הללו בחיי היום-יום, נושא שלא נחקר עד כה.

מטרתו של מחקר זה הייתה לבדוק אם יימצאו הבדלים בפעילויות הפנאי בקרב נשים המתמודדות עם סרטן השד שעברו התערבות כירורגית מסוג Mastectomy/Lumpectomy - לפני ואחרי ההתערבות הכירורגית ואם יימצאו קשרים בין מאפיינים דמוגרפים לבין שיעור השימור של פעילויות הפנאי לאחר גילוי המחלה וההתערבות הכירורגית.

שיטת המחקר

אוכלוסייה

במחקר השתתפו 30 נשים בנות 39 - 68 שעברו התערבות כירורגית עקב גילוי גידול ממאיר בשד, מאזור חיפה וצפון הארץ. הנשים אותרו דרך קבוצות תמיכה שבהן השתתפו ועל סמך היכרות אישית. הנשים נותחו באחת משתי השיטות הכירורגיות הנפוצות ביותר לשם כריתת גידול מקומי: האחת, Breast-Conserving Therapy (BCT) הכולל Lumpectomy - דהיינו כריתה של הגידול בלבד עם שוליים של רקמת שד תקינה, עם או ללא כריתה של קשריות לימפה בבית השחי. לאחר ניתוח זה, הנקרא גם ניתוח משמר, האישה מקבלת בדרך כלל טיפול הקרנות משלים. השיטה השנייה כוללת כריתה מלאה של השד, עם קשריות הלימפה בבית השחי Modified Radical Mastectomy (MRM), או ללא קשריות הלימפה בבית השחי Simple Mastectomy (Giordano, 2001).

הנשים שהשתתפו במחקר עברו את ההתערבות הכירורגית בין השנים 1995 – 2002, חלף משך זמן ממוצע של 4 שנים ו-9 חודשים מאז ההתערבות הכירורגית לטיפול בסרטן השד.

לא נכללו במחקר נשים שהיו במהלך טיפולים אונקולוגיים וכבדות ראייה ו/או עיוורת.

כלי המחקר

1. שאלון דמוגרפי שכלל משתנים כמו גיל, מצב אישי, מין, השכלה, מספר ילדים.
2. שאלון להערכת פעילויות הפנאי, ה- Activity Card Sort (ACS) שחובר בידי Baum & Edwards (2001). מטרת הכלי הן תיעוד רמת ההשתתפות של האדם בפעילויות פנאי, אינסטרומנטליות וחברתיות, זיהוי דפוסי העיסוק של האדם ומשמעותם עבורו, איתור השינויים שחלו בדפוסי פעילות האדם והבנת השפעת הגורם הנבדק על פעילויות האדם.

השאלון בוחן פעילויות שונות המחולקות לקטגוריות על פי התחומים: IADL, פעילות פנאי פיזי גבוה, פעילויות פנאי פיזי נמוך ופעילויות פנאי חברתיות-תרבותיות (דוגמאות לפעילויות בכל אחת מהקטגוריות שלהלן מובאות בטבלה 1). הכלי כולל טופס קידוד, 90 תמונות המציגות פעילויות שנמצאו אופייניות לאוכלוסיית מבוגרים ונמצאו מהימנות באוכלוסיות שונות במדינת ישראל, ו-5 כרטיסיות המייצגות רמת השתתפות בפעילויות: לא עשיתי מעולם, לא עשיתי, עושה עכשיו, עושה פחות ויותר (Baum & Edwards, 2001).

לכל אישה ניתן ציון כולל המשקף את רמת העיסוק הכללית של האישה ואת רמת העיסוק שלה בקטגוריות הפנאי השונות, לפני גילוי המחלה ולאחר ההתערבות הכירורגית. כלל הפעילויות שעשתה האישה לפני המחלה מוגדר כ-100% (עבור אותה אישה). לאחר קבלת המידע על הפעילויות שהאישה מבצעת לאחר ההתערבות מחושב אחוז השימור בפעילויות הפנאי של האישה.

כמה מחקרים נערכו להערכת תוקף ומהימנות הכלי. מהימנות מבחן חוזר שנבדקה במדגם של 20 אנשים קשישים בקהילה (גיל ממוצע 74) לאחר שבוע נמצאה גבוהה מאוד (90). מהימנות פנימית הייתה גבוהה בתחום ה-IADL (83). ולתחום הפנאי החברתי (80). הייתה מהימנות בינונית לתחום פנאי פיזי נמוך (66). ופנאי פיזי גבוה (61). תוקף תוכן של המבחן מבוסס על מחקר מקדים בקרב קבוצות של מבוגרים בריאים, שבו תיארו את הפעילויות האופייניות במשך שבוע אופייני. תוקף מבנה נבדק באוכלוסייה לאחר אירוע מוחי, ונמצא שרמת הפעילות הייתה מנבא משמעותי לאיכות החיים יותר מאשר מדדי תפקוד בסיסיים, כפי שנמדדו על ידי ה-FIM (Baum & Edwards, 2001) Functional Independent Measure. נורמות הותאמו לישראל במחקר שנעשה על 122 מבוגרים (בני 50 – 80) בריאים

החיים בקהילה, תוך הקפדה על ייצוג מאפיינים דמוגרפיים (קרפין, הרטמן-מאיר וכך, 2001).

האבחון נמצא תקף ומהימן במחקר שנעשה בישראל על אוכלוסיות שונות. האוכלוסיות הנבדקות היו מבוגרים וזקנים בריאים בהשוואה לאנשים המטפלים בבני זוגם הלוקים בדמנציה, אנשים החולים בטרשת נפוצה, ואנשים לאחר אירוע מוחי החיים בקהילה (Katz, Karpin, Lak, Furman & Hartman-Maëir, 2003).

טבלה 1: Activity Card Sort (ACS)

דוגמאות לפעילויות בכל אחת מהקטגוריות של כלי האבחון

| ציון | ויתרתי | עושה פחות | עושה עכשיו | לא עשיתי | לא עשיתי מעולם | הפעילות |
|------|--------|-----------|------------|----------|----------------|----------------------------------|
| | | | | | | IADL |
| | | | | | | קניית מצרכי מזון בסופרמרקט |
| | | | | | | הדחת כלים |
| | | | | | | כביסה |
| | | | | | | פנאי פיזי גבוה |
| | | | | | | ביקור, קניות בשוקי עתיקות |
| | | | | | | טיול רגלי בטבע |
| | | | | | | רכיבה על אופניים |
| | | | | | | פנאי פיזי נמוך |
| | | | | | | תפילה, קריאה ולימוד תנ"ך |
| | | | | | | משחק במחשב |
| | | | | | | כתיבת מכתבים |
| | | | | | | פנאי תרבותי חברתי |
| | | | | | | ביקור אצל בני משפחה/ חברים/חולים |
| | | | | | | משחקי שולחן: קלפים, שחמט |
| | | | | | | השתתפות במסיבות ובפיקניקים |

מהלך המחקר

הפנייה לנשים נעשתה דרך קבוצות תמיכה שבהן השתתפו בעבר או בהווה. כל המשתתפות במחקר חתמו על טופס הסכמה להשתתף במחקר. לאחר שהביעו הנבדקות נכונות להשתתף במחקר, נקבעה עם כל אחת מהן פגישה. בתחילת הפגישה הוסבר לאישה רציונל המחקר וניתן הסבר קצר על הכלי. לאחר מכן, התבקשה האישה למלא שאלון פרטים דמוגרפים. לאחר מילוי השאלון הדמוגרפי נערך האבחון במלואו. האבחון נעשה בידי אחת מן החוקרות בבית הנבדקת על יד שולחן בחדר שקט וללא נוכחות אנשים נוספים במשך כ-45 דקות.

ניתוח הממצאים

בעזרת סטטיסטיקה תיאורית נבחנו השכיחויות של המשתנים הדמוגרפיים בקרב קבוצת הנשים.

בוצעו מתאמים כדי לבחון קשרים אפשריים בין המשתנים הדמוגרפיים לבין הפער הכולל והפער בכל אחת מקטגוריות פעילויות הפנאי. למשתנים הרציפים בוצע מבחן Pearson ולסידוריים, מבחן Spearman. בוצעו מבחני T מזווגים להשוואת אחוזי פעילות הפנאי לפני ואחרי ההתערבות הכירורגית בקרב הנשים. לנוכח תוצאת המתאמים נערך מבחן T למדגמים לא מזווגים כדי לבדוק אם יימצאו הבדלים בפער בשיעור פעילויות הפנאי לפני ואחרי בקרב נשים שהשתתפו או לא השתתפו בקבוצות תמיכה, וכן כדי לבדוק אם יימצאו הבדלים בפער בפעילויות הפנאי בין נשים שעברו Mastectomy לעומת אלו שעברו Lumpectomy.

תוצאות

מניתוח השאלון הדמוגרפי נמצא כי טווח הגילאים של הנשים היה 39 - 68 (גיל ממוצע 55.9 סטיית תקן 7.00). מספר שנות ההשכלה נע בין 8 ועד 20 שנות לימוד (ממוצע 15.1 סטיית תקן 2.86).

10% מהנשים התגוררו לבד, ו-90% מן הנשים התגוררו עם אדם נוסף או יותר בבית (בן זוג, ילדים או בן זוג וילדים). 96% מן הנשים התגוררו ביישוב עירוני, ו-4% ביישוב כפרי.

70% מן הנשים השתתפו בקבוצות תמיכה, ואילו 30% מן הנשים לא השתתפו בקבוצה שכזאת.

70% מן הנשים ציינו שהן מתנדבות בגוף כלשהו, 30% ציינו שהן לא מתנדבות.

מכלל המשתתפות, 16 נשים עברו Lumpectomy, ו-14 עברו Mastectomy, בשנים 1995 - 2002.

כפי שעולה מטבלה 2 חלה ירידה ניכרת בשיעור פעילויות הפנאי הכללי (8%) בעקבות גילוי המחלה וההתערבות הכירורגית בקרב הנשים שהשתתפו במחקר. האופן שבו בנוי כלי המחקר מאפשר להתרשם גם משיעור הירידה בפעילות בקטגוריות הפנאי השונות ולא רק משיעור הירידה הכללי. ההבדלים בין שיעור פעילות הפנאי בכל קטגוריות הפנאי השונות נמצאו מובהקים בהשוואת הפעילות לפני ואחרי ההתערבות. שיעורי הירידה היו שונים.

אפשר להתרשם מן הטבלה כי הירידה הגדולה ביותר נמצאה בפעילויות פנאי פיזי גבוה (16%) כלומר בפעילויות כמו שחייה, הליכה, ריקודים, אחזקת גינה. ירידה משמעותית של 7% חלה בפעילויות פנאי פיזי נמוך כלומר בפעילויות כמו עבודות יד, לימוד לקידום אישי, צילום, קריאה. שיעורי ירידה דומים נמצאו בהשתתפות הנשים בפעילויות פנאי חברתיות-רבותי (6.5%) (השתתפות באירועים משפחתיים, ביקור חברים וכדומה) ובפעילויות IADL (6.6%) (קניית מזון, כביסה, נסיעה בתחבורה ציבורית וכדומה) לאחר גילוי המחלה וההתערבות הכירורגית לעומת שיעור הפעילות לפני גילוי המחלה.

לנוכח תוצאות השאלון הדמוגרפי, התפלגות הנשים לקבוצות בעלות מאפיינים שונים והמתאמים שחושבו, ראינו לנכון לבחון כמה היבטים:

1. האם יימצאו הבדלים בפער בשיעור פעילויות הפנאי לפני ואחרי, בקרב נשים שהשתתפו או לא השתתפו בקבוצות תמיכה?
2. האם יימצאו הבדלים בפער בפעילויות הפנאי בין נשים שעברו התערבות כירורגית מסוג Mastectomy (MRM) לעומת אלו שעברו Lumpectomy (BCT)?
3. האם יימצא קשר בין גיל הנשים לבין שיעור השימור של פעילויות הפנאי בעקבות המחלה?

1. לא נמצא הבדל מובהק בירידה בפעילויות הפנאי בין הנשים שהשתתפו בקבוצות תמיכה לבין הנשים שלא השתתפו בקבוצות תמיכה ($t=1.52, p=.14$). ראוי לציין שהמדגם הכללי קטן ($N=30$) ומתוך המדגם הכולל 21 נשים השתתפו בשירותי תמיכה ורק 9 נשים לא השתתפו בקבוצות כאלה.

2. לא נמצא הבדל מובהק בירידה בפעילויות הפנאי של נשים שעברו התערבות מסוג Mastectomy לבין אלו שעברו Lumpectomy ($t=0.75, p=.45$). ראוי לציין שהמדגם הכללי קטן ($N=30$) ומתוך המדגם הכולל 14 נשים עברו Mastectomy, ו-16 נשים עברו Lumpectomy.

3. בבדיקת הקשר בין גיל הנשים לאחוזי השימור של פעילות הפנאי שלהן נמצא קשר מובהק הפוך ($r=-0.39, p<0.05$). אפשר לראות כי ככל שגיל האישה גבוה יותר, כן שיעור השימור של פעילויות הפנאי שלה היה נמוך יותר.

טבלה 2: השוואת אחוז פעילויות הפנאי לפני ואחרי גילוי המחלה וההתערבות הכירורגית
תוצאות מבחן t למדגמים מזווגים באחוזים

| P | T | SD | Mean | N | |
|-------------|---------------|--------------|---------------|-----------|--|
| | | 5.99 | 93.075 | 30 | פעילויות פנאי פיזי נמוך כיום |
| | | .00 | 100 | 30 | פעילויות פנאי פיזי נמוך לפני גילוי המחלה |
| .000 | -6.329 | 5.99 | -6.92 | 30 | ההפרש בפעילויות פנאי פיזי נמוך |
| | | 5.45 | 93.37 | 30 | פעילויות IADL כיום |
| | | .00 | 100 | 30 | פעילויות IADL לפני גילוי המחלה |
| .000 | -6.648 | 5.45 | -6.62 | 30 | ההפרש בפעילויות IADL |
| | | 6.93 | 93.45 | 30 | פעילויות פנאי חברתי כיום |
| | | .00 | 100 | 30 | פעילויות פנאי חברתי לפני גילוי המחלה |
| .000 | -5.171 | 6.93 | -6.55 | 30 | ההפרש בפעילויות פנאי חברתי |
| | | 18.07 | 83.6 | 30 | פעילויות פנאי פיזי גבוה כיום |
| | | .00 | 100 | 30 | פעילויות פנאי פיזי גבוה לפני גילוי המחלה |
| .000 | -4.968 | 18.07 | -16.39 | 30 | ההפרש בפעילויות פנאי פיזי גבוה |
| | | 4.84 | 91.89 | 30 | ציון כללי פעילויות כיום |
| | | .00 | 100 | 30 | ציון כללי פעילויות לפני גילוי המחלה |
| .000 | -9.156 | 4.84 | -8.10 | 30 | ההפרש בציון הכולל |

דיון

מחקר זה התמקד בהיבט התפקודי של איכות החיים של נשים שעברו התערבות כירורגית עקב גילוי סרטן השד. תוצאות המחקר מעידות על ירידה בשיעור פעילות הפנאי הכללי של הנשים לאחר התמודדות עם מחלת הסרטן וההתערבות הכירורגית. זאת ועוד, ירידה של ממש נמצאה גם בכל הקטגוריות השונות של פעילויות הפנאי: בפעילויות פנאי פיזי נמוך, IADL, בפעילויות פנאי חברתיות רבות ובפעילויות פנאי פיזי גבוה.

הממצאים תומכים בהנחה המוזכרת בספרות המחקרית כי המצוקה בעקבות המחלה עשויה להשפיע על איכות החיים מבחינה פיזית ופסיכו-סוציאלית (Moyer, 1999), להאט את החזרה לפעילויות היום-יום, לפעילות חברתית ולעבודה (Mounsell, Brisson, Deschenes & Frasure-Smith, 1996). ירידה בשיעור פעילויות הפנאי עקב מחלה נמצאה גם במחקרם של Katz et al. (2003) בקרב אנשים שחלו בטרשת נפוצה ובקרב אלו שעברו אירוע מוחי. ממצאי מחקר זה תואמים את ממצאי מחקרם של

Douglas, Stephen, Youngkhil, Dattilo & Caldwell (1995) שמצאו כי נשים שהייתה להן פגיעה בעמוד השדרה דיווחו על תחושת אובדן בכל הקשור לפנאי לאחר שעברו תהליך שיקום, וסיגלו יכולת חזרה לפעילויות שעסקו בהן בעבר.

הפער הגדול ביותר בין פעילות הנשים לפני ואחרי גילוי המחלה וההתערבות הכירורגית נמצא בקטגוריית פעילויות פנאי פיזי גבוה, קרי שחייה, הליכה, ריקודים, אחזקת גינה וכדומה. פעילויות מסוג זה דורשות השקעת אנרגיה וסבולת לאורך זמן. לממצא זה חשיבות לנוכח העובדה שמחקרים שונים העידו על החשיבות של הפעילות הפיזית היום-יומית למניעה ולשיקום והחלמה ממחלות שונות כמו התקף לב, סוכרת וגם כמה סוגים של סרטן

(Bouchard, Shephard, Stephens, Sutton, & McPherson, 1990; Bouchard, Shephard & Stephens, 1994). כמו כן נמצא כי יש לפעילות יתרונות והשפעה הן על המצב הפיזיולוגי והן על המצב הפסיכולוגי של המבצע אותה (מפחית חרדה ודיכאון ומעלה ההערכה העצמית) (Bouchard et al., 1994; Wankel & Berger, 1990).

גורמים רבים משפיעים על חיי הפנאי של נשים בעלות מגבלה, העיקריים שבהם העשויים להגביל את הפנאי הם מחסור באנרגיה ובטיחות פסיכולוגית. לנשים בעלות מגבלה המתעייפות במהירות וזקוקות למנוחה יש קושי להיות פעילות לאורך זמן. כמו כן, עליהן לקחת בחשבון שעיסוק בפנאי דורש מהן אנרגיה כביכול על חשבון התחייבויות קודמות כמו טיפול במשפחה (וינבלט, 2000). ייתכן שהצורך באנרגיה השפיע גם על הירידה שחלה בפעילויות IADL, כלומר בפעילויות יום-יום הקשורות לשימוש במכשירים כמו למשל קניית מזון, כביסה, נסיעה בתחבורה ציבורית.

עוד גורם שעשוי להשפיע על הירידה בפעילויות הפנאי בקרב הנשים האלה הוא המחויבויות האחרות שיש לנשים ממילא, ובמצב של מחסור באנרגיה בוחרות הנשים

במה להשקיע מתוך מגוון התפקידים. לאישה תפקידים רבים כרעיה, כאימא, כבת וגם כפעילה בקהילה, והתפקידים האלה גוזלים זמן ואנרגיה ונשים נוטות לתת לתפקידים הללו קדימות על פני פעילויות פנאי (Eyler, et al., 2002). בספרות אפשר למצוא מחקרים שבחנו את הפגיעה בדימוי הגוף בקרב נשים שעברו את ההתערבות הכירורגית (Henderson & Bedini, 1995), מעניין יהיה לבחון בעתיד אם יש קשר בין הירידה שנמצאה במחקר זה בהשתתפותן של הנשים בפעילויות פיזיות הקשורות בפיתוח הגוף לבין ירידה בדימוי הגוף שהוזכרה בספרות (אבגר, 1996; Dattilo et al., 1994).

גורם נוסף אפשרי לירידה בפעילות עשוי להיות הכאב והאבנורמליות התחושתית שמהם עשויות להיות מוטרדות הנשים שעברו את ההתערבות הכירורגית (Gottrup et al., 2000). יש מקום לבחון בעתיד אם אכן התופעות הללו רווחות בקרב הנשים ואם יש קשר ביניהן להפחתה של הנשים בפעילויות הפנאי היום-יומיות. העובדה שחלה ירידה גם בפעילויות פנאי פיזי נמוך כמו עבודות יד, לימוד לקידום אישי, צילום, וקריאה מוליכה למחשבה כי ייתכן שהסיבה להפחתה בפעילויות השונות נעוצה במרכיבים רגשיים מוטיבציוניים דווקא ולא בחסר באנרגיה וביכולת הפיסית. במחקרו של Kumar (2002) נמצאו קשרים מובהקים בין דיכאון לבין דרגת המחלה וקשיים בתפקודי היום-יום בקרב נשים שעברו התערבות כירורגית בעקבות סרטן השד. המחקר בדק את הנשים שלושה חודשים לאחר ההתערבות הכירורגית. הממצאים הללו מעוררים את הצורך במחקר הוליסטי יותר שיבחן את הקשרים שבין המרכיבים הפסיכולוגיים כמו החרדה והפחד, דימוי גוף, התפיסה העצמית (Front, 1999), הכאב הפיזי (Gottrup et al., 2000) ותפקודי הפנאי היום-יומיים של הנשים.

תמיכה לסברה על הקשר שבין המרכיבים הרגשיים לירידה בתפקודי הפנאי מתקבלת גם מן הממצא על אודות הירידה בפעילויות פנאי חברתי, כמו למשל השתתפות באירועים משפחתיים, ביקור חברים. יש הקושרים ירידה בקטגוריה זו גם לירידה בדימוי העצמי של האישה שהוזכרה כאן. כאשר לאישה יש בעיה עם המראה שלה או עם תשומת הלב שהוא מושך, היא עלולה להימנע מפעילויות פנאי וחברה. ההימנעות יכולה להיווצר גם עקב אי נעימות ואי רצון להתמודד עם שאלות של הסביבה (Henderson, & Bedini, 1995).

במחקרו של Moyer (1999) נמצאה רמת התמיכה החברתית כגורם המנבא באופן מובהק את השינויים בהפחתת המתח הפסיכולוגי של הנשים. השתתפות בפעילויות פנאי עם אנשים נוספים עשויה לתרום אפוא להפחתת המתח ועל כן הירידה במפגשים הללו, שנמצאה במחקר הזה, אינה תורמת לרווחה של הנשים האלה.

יותר מזה, בכמה מחקרים הוזכר הגורם של הדאגה המטרידה את הנשים בדבר האפשרות שהמחלה תחזור ותפקוד אותן (Wentworth, 1998) השתתפות בקבוצות פעילות פנאי של נשים שעברו את המחלה ואת ההתערבות הכירורגית יכולה לאפשר לנשים לבטא את דאגתן ולקבל תמיכה מחברותיהן לצרה.

ממצאי מחקר זה העידו כי חלה ירידה בפעילות הפנאי של הנשים, לנוכח הספרות המחקרית יש מקום לשאול באיזו מידה הגברת המודעות של הנשים לנושא הפנאי לאחר החוויה הקשה של גילוי המחלה וההתערבות הכירורגית הייתה משפיעה על שימור הפעילויות שבהן עסקו קודם לכן, והאם השימור היה דומה בקטגוריות הפנאי השונות. הנשים במחקר זה השתתפו בקבוצות תמיכה בעלות תכנים שונים. אבל לא נמצא קשר בין השתתפותן או אי השתתפותן של הנשים בשירותי תמיכה ובין שיעור הפעילות הכללי שלהן לאחר המחלה. ממצאי המחקרים בנושא זה אינם חד משמעיים ולמעשה יש בספרות ממצאים מנוגדים זה לזה.

במחקר שהשווה נשים חולות בסרטן השד שקיבלו ייעוץ ומעקב פסיכותרפי לקבוצת הביקורת, לא נמצאו הבדלים בחזרה לפעילויות IADL, תפיסת האישה את בריאותה, מצבה התפקודי, הקדשת הזמן לפעילויות חברתיות, לפעילויות פנאי, חזרה לעבודה ולקשרי נישואין (Mounsell et al., 1996). לעומת זאת, במחקרם של Spiegel, Bloom, Kraemer, & Gottheil (1989), צוין שלטיפול הקבוצתי השפעה חיובית על הסתגלות. נשים שקיבלו טיפול קבוצתי במשך 12 חודשים חיו במוצק 18 חודשים יותר מנשים בקבוצת הביקורת (אבגר, 1996).

את העובדה שבמחקר זה לא נמצא הבדל של ממש בתפקודי שעות הפנאי בין הנשים שהשתתפו בקבוצת תמיכה לבין אלו שלא השתתפו בקבוצה כזו ראוי לראות בעירבון מוגבל בשל גודל המדגם, והמספר הקטן של הנשים בכל אחת מן הקבוצות. יש לבדוק את הנושא במחקר עם מדגם גדול ומייצג יותר תוך מתן דגש לקשר שבין התכנים הנידונים בקבוצה לבין ההשפעה שלהם על תפקודי היום-יום של הנשים.

בדומה למחקרים אחרים שנעשו, ובהם לא נמצא הבדל בהסתגלותן של נשים לאחר Mastectomy (MRM) לעומת נשים לאחר Lumpectomy (BCT) (אבגר, 1996; Baider, Rizer & De-Nour, 1986; De Haes, Curran, Aaronson, & Fentiman, 2003) לא נמצא קשר במחקר זה בין שיעור פעילות הפנאי של הנשים לסוג ההתערבות הכירורגית שעברו. אפשר לשער כי תפיסת האישה את עצמה לאחר ההתערבות משפיעה יותר מאשר סוג ההתערבות, ושהנשים מייחסות לפעילויות הפנאי משמעויות שונות (וינבלט, 2000).

במחקר זה נמצא קשר שלילי בין הגיל לאחוזי הפעילות, ככל שעלה גיל הנשים, כך שיעור הפעילויות שלהן ירד. ממצא זה דומה לתוצאות מחקרים קודמים שנעשו בישראל תוך שימוש ב-ACS (Activity Card Sort) קרפין ועמיתיה (2001) מצאו ירידה עם הגיל, בשיעורי הפעילות בקטגוריות השונות של האבחון. במחקרם של Katz et al., (2003) נמצאה ירידה בשיעור הפעילויות בקטגוריות הפיזי גבוה וחברתי אצל אנשים זקנים ככל שעלה הגיל.

Singleton (1995) כתב שהגיל מבטא לעתים את מעגל החיים של האדם. ההשתתפות של האדם בפעילויות פנאי שונות עשויה להיות מושפעת מ'תפקיד

החיים' שלו, כלומר מן העובדה שיש לו או אין לו ילדים, האם הוא חי לבד ו/או עם אדם משמעותי אחר שהוא חולק עמו את חייו והאם הוא מועסק במקום עבודה. מעניין יהיה לבחון בעתיד את הקשר שבין משתנים אלו לבין תפקודי שעות הפנאי בקרב נשים שהתגלה אצלן סרטן השד ועברו התערבות כירורגית.

לירידה, שנמצאה במחקר זה, בהשתתפות הנשים בפעילויות פנאי שונות עשויה להיות השפעה על תהליך החלמתן של הנשים מן המחלה. ייתכן שיש מקום לשקול להציע לנשים הללו קבוצות תמיכה שיתמקדו בפעילויות פנאי כדי לזרז ולהשפיע על החלמתן.

החשיבות של פעילות הפנאי לשם החלמה טובה יותר מודגמת בתוצאות מחקרם של Walker & Drummond (1996). החוקרים השוו את תחושת הרווחה של אנשים שעברו אירוע מוחי בקרב שלוש קבוצות, קבוצה שבה לא קיבלו האנשים טיפול, קבוצה שבה קיבלו טיפול שיקומי בריפוי בעיסוק וקבוצה שבה קיבלו האנשים טיפול שיקומי בפעילות פנאי. הטיפולים היו אינדיבידואליים והתקיימו בבית הלקוחות. הערכת ניידות ותחושת רווחה נערכה ללקוחות לפני ובסוף התהליך הטיפולי. נמצא שהניידות וכן הרווחה הנפשית בקרב האנשים שקיבלו את הטיפול השיקומי בפעילות פנאי היו גבוהות יותר באופן מובהק לעומת האנשים בשתי הקבוצות האחרות.

Bonnaud, Chabrol, Doron, Lakdja, Swendsen, & Sztulman (2000) הדגישו במאמרם את החשיבות של המשך מעקב פסיכולוגי אחר נשים שעברו התערבות כירורגית בעקבות גילוי סרטן השד. מטרת המעקב היא להעריך את התפתחותם של קשיים רגשיים וכן את השפעת הטיפול הרפואי על רווחת החיים של האישה. ממצאי מחקר זה העידו כי חל שינוי בפעילות הפנאי של הנשים. מכיוון שעל פי תוצאות מחקרם של Walker and Drummond (1996), העיסוק בפנאי עשוי להקנות לאישה תחושת שליטה בחייה ותחושת רווחה, ראוי לבחון בעתיד שילוב של מעקב פסיכולוגי עם עשייה ממשית של פעילויות פנאי המקנה תחושת רווחה בקרב נשים נפגעות סרטן השד. מאחר שלא נמצאו הבדלים בין נשים שמשמשות בשירותי תמיכה ובין אלו שאינן משמשות בהם, רצוי לערוך מחקר נוסף על מדגם גדול יותר שיבדוק את המטרות של שירותי התמיכה הניתנים במהלך המחלה ולאחריה, והאם פעילויות הפנאי נתפסות גם הן כגורם המשפר את ההתמודדות עם המחלה.

מגבלות המחקר

למחקר זה כמה מגבלות שצריכות להילקח בחשבון למראה הממצאים שהובאו כאן. המדגם היה קטן מדי ולא מייצג. הנשים היו בפיזור גילאים גדול ובטווחי זמן שונים מאז ההתערבות הכירורגית וההחלמה מהסרטן. נבדקו אך ורק נשים שהביעו רצון להשתתף במחקר. יש לציין כי היו כמה נשים שלא הסכימו להתראיין או נשים שהתחרטו ברגע האחרון ולא השתתפו במחקר. ייתכן שתוצאות המחקר אינן משקפות את מצבן של הנשים שאצלן ההתערבות הכירורגית בעקבות גילוי המחלה השפיעה באופן דרמטי על פעילויות הפנאי שלהן.

מגבלה אחרת קשורה לכלי המחקר. בשל המבנה של הכלי, בתוצאות המחקר לא באו לידי ביטוי אלמנטים נוספים שהועלו בידי הנשים בשיחות שהתפתחו סביב המענה שלהן לאבחון המובנה. למשל, בעקבות השיחות עם הנשים וההתרשמות מתוצאות המחקר נראה כי רצוי לבחון את ההשפעה של גורמים משפחתיים, חברתיים ותרבותיים שונים על שיעור הפעילות בקרב האוכלוסייה הנבדקת, שהרי הנשים מתפקדות בתוך מערכת תמיכה משפחתית, חברתית ותרבותית ואי אפשר לראותן רק כפרט המתמודד עם מחלה (אבגר, 1996). יותר מזה, בשיחות עם הנבדקות במחקר עלה כי אצל קצתן חל שינוי בתפיסת החיים, וכעת הן משקיעות יותר בעצמן. הרושם שהתקבל הוא שהנשים אכן משתתפות בפעילויות פנאי של הנאה ופיתוח אישי, והדבר לא בא לידי ביטוי במלואו בכלי המחקר שבו נעשה שימוש. ייתכן שנושא שכזה ראוי לחקור באמצעות ראיונות ולא בעזרת כלי אבחון מובנה, מה שיאפשר לנשים לבטא מגוון עשיר יותר של עולמות תוכן (לדוגמה, Montazeri, Milory, Gillis, & McEwen, 1996).

לסיכום, אנשים רואים בפעילויות פנאי אחד המרכיבים החשובים באיכות החיים שלהם (McGee et al., 1991). לחקר ההיבטים של איכות החיים של אנשים שחולים במחלות העשויות לפגוע בתוחלת החיים כמו למשל סרטן, יש משמעות לשם הבנה של התנסויות החיים שלהם ושל ההשלכות של ההתנסויות האלה על התקדמות המחלה וההשפעה של שיטות הטיפול בה עליהם (Montazeri et al., 1996). תוצאות מחקר זה העידו שיש ירידה בפעילויות הפנאי בקרב נשים שעברו טיפול כירורגי בעקבות הטיפול בסרטן השד. יש צורך להמשיך ולחקור את הנושא לאור החשיבות של פעילויות הפנאי בהתמודדות עם לחצים, בפיתוח תחושת רווחה ושיפור איכות החיים וכגורם התורם למעשה לתהליך ההחלמה של הנשים.

ביבליוגרפיה

- אבגר, א' (עורכת). (1996). סרטן השד בישראל. ירושלים: ג'וינט-מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה והתפתחות אדם וחברה.
- ברחנא, מ' (1999). עדכון נתוני תחלואה בסרטן השד בישראל. מאתר משרד הבריאות של מדינת ישראל, היחידה לרישום סרטן: <http://www.health.gov.il/icr/brcan.htm>
- הלוי, א' (1990). כל אישה צריכה לדעת על סרטן השד. תל-אביב: מלוא.
- וינבלט, נ' (2000). פנאי ונשים - חיי הפנאי של נשים ונשים עם מגבלות. כתב עת ישראלי לריפוי בעיסוק, 9, 45-58.
- חיימוב-קוקמן, ר', לבאי, י' והוכנר-צלניקר, ד' (2002). סקירת גורמי סיכון לסרטן השד - מה חדש? הרפואה, 141 (ח) 702-708.
- קרפין, ח', הרטמן-מאיר, ע', וכץ, נ' (2001). אפיוני פעילות פנאי ו- IADL בקרב אוכלוסייה מבוגרת וקשישה בישראל על-פי אבחון ה- Activity Card Sort. כתב עת ישראלי לריפוי בעיסוק, 10, 3-22.

-
- Baider, L., Rizel, S., & De-Nour, A. (1986). Comparison of couples' adjustment of lumpectomy and mastectomy. *General Hospital Psychiatry*, 8, 251-257.
- Baum, C.M. (1995). The contribution of occupation to function in persons with Alzheimer's disease. *Journal of Occupational Science*, 2, 59-67.
- Baum C. & Edwards D. (2001). *Activity Card Sort (ACS)*. Washington University in St. Louis, School of Medicine. Translated to Hebrew by Katz, N. and Hartman- Meier, A.
- Bonnaud, A., Chabrol, H., Doron, J., Lakdja, F., Swendsen, J. D., & Sztulman, H. (2000). Cognitive and emotional reactions to the post-operative pain in women treated for breast cancer (In French). *Annales Medico and Psychologiques*, 158(7), 549-557.
- Bouchard, C., Shephard, R. J., Stephens, T., Sutton, J. R., & McPherson, B. D. (Eds.) (1990). *Exercise, fitness, and health: A consensus of current knowledge*. Champaign, IL: Human Kinetics.
- Bouchard, C., Shephard, R. J., & Stephens, T. (Eds.), (1994). *Physical activity, fitness, and health: International proceedings and consensus statement*. Champaign, IL: Human Kinetics.
- Coleman, D., & Iso-Ahola, S. E. (1993). Leisure and Health: The role of social support and self-determination. *Journal of Leisure Research*, 25(2), 111-128.
- Csikszentmihalyi, M. (1994). The consequences of leisure for mental health. In D. M. Compton & S. E. Iso-Ahola (Eds.), *leisure and mental health*, (pp. 34-41). Park City, UT: Family Development Resources.
- Dattilo, J., Dattilo, A. M., & Samdahl, D. M. (1994). Leisure orientations and self-esteem in women with Low incomes who are overweight. *Journal of Leisure Research*, 26, 23- 38.
- De Haes, J.C. J.M., Curran, D., Aaronson, N.K., & Fentiman, I.S. (2003). Quality of life in breast cancer patients aged over 70 years, participating in the EORTC 1085 randomised clinical trial. *European Journal of Cancer*, 39, 945-951.
- Dohrenwend, B.P., Raphael, K.G., Schwartz, S., Stueve, A., & Skodol, A. (1993). The structured event probe and narrative rating method for measuring stressful life events. In: L. Goldberger & S. Breznitz (Eds.), *Handbook of Stress: Theoretical and Clinical Aspects* (pp. 174-199). New York: Free Press.
- Douglas, K., Stephen, C., Youngkhill, L., Dattilo, J., & Caldwell, L. (1995). The relevance of leisure in an illness experience: Realities of Spinal Cord injury. *National Recreation and Park Association*, 27, 283-299.
-

-
- Drummond, A., & Walker, M. (1996). Generalisation of the effects of leisure rehabilitation for stroke patients. *British Journal of Occupational Therapy*, 59, 330-334.
- Egan, M. & DeLaat, M.D. (1994). Considering spirituality in occupational therapy practice. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 63, 95-101.
- Eyler, A.A., Matson-Koffman, D., Vest, J.A., Evenson, K.R., Sanderson, B., Thompson, J.L., Wilbur, J., Wilcox, S., & Young, D. R. (2002). Environmental, policy, and cultural factors related to physical activity in a diverse sample of women: The Women's Cardiovascular Health Network Project-Introduction and methodology. *Women-and-Health*, 36(2), 1-15
- Ferrell, B., Grant, M., Funk, B., Green, S., & Garcia, N. (1998). Quality of life in breast cancer. *Cancer Nursing*, 21, 1-9.
- Front, C. J. (1999). Body image, sexual functioning and mood disturbance among three early breast cancer treatment groups. *Dissertation Abstracts International -section B. the Sciences and Engineering*, 60(5-B), 2338.
- Giordano, J. L. (2001). Intimacy issue management in the post-surgical experience of breast cancer patients: A sexuality education program. *Dissertation Abstracts, International Section A.: Humanities and Social Sciences*, 62(3-A), 929.
- Gottrup, H., Andersen, J., Arendt-Nielsen, L., & Jensen (2000). Psychophysical examination in patients with post-mastectomy pain. *Pain*, 87(3), 275-284.
- Henderson, K. A., & Bedini, A. (1995). "I have a soul that dances like Tina Turner, but my body can't": Physical activity and women with mobility impairments. *American Alliance for Health, Physical Education, Recreation and Dance*, 66, 151-161.
- Henderson, K.A., Hodges S., & Kivel, B.D. (2002). Context & dialogue in research on women & leisure. *Journal of Leisure Research*, 34(3), 253-271.
- Iso-Ahola, S.E., & Park, C.J. (1996). Leisure-Based social support and self-determination as buffer of stress- illness relationship. *Journal of Leisure Research*, 28, 169-187.
- Iwasaki, Y. & Smale, B.J.A. (1998). Longitudinal analysis of the relationships among life transitions' chronic health problems, leisure, and psychological well-being. *Leisure Sciences*, 20, 25-52.
- Katz, M., Karpin, H., Lak, A., Furman, T., & Hartman-Maeir, A. (2003). Participation in occupational performance: Reliability and validity of the
-

-
- Activity Card Sort. OTJR: Occupation, Participation and Health, 23(1), 10-17.
- Khan, M.A., Sehgal, A., Mitra, A. B., Agarwal, P.N., Lal, P., & Malik, V. K. (2000). Psycho-behavioural impact of mastectomy. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 26 (1-2), 65-71.
- Kumar, S. M. (2002). Perceived interference from pain, distress, and expectations of disease recurrence following surgery for early stage cancer. Dissertation Abstracts International - section B. *The Sciences and Engineering*, 62(11-B), 5380.
- Kumiega, K., (1997). Windows to cancer rehabilitation an occupational therapy treatment guide. Bisbee: Imaginart.
- Law, M., Polatajko, H., Baptiste, S., & Townsend, E. (1997). Core concepts of occupational therapy. In AOTA, *Enabling Occupation: an Occupational Therapy Perspective* (pp. 29-56). Ottawa, ON: CAOT Publications ACE.
- Maes, S., Leventhal, H., & de Ridder, D.T.D. (1996). Coping with chronic diseases. In M. Zeidner & N. S. Endler (Eds.), *Handbook of coping : Theory, research, applications* (pp. 221-251). New York: Wiley.
- McGee, H. M., O'Boyle, C. A., Hickey, A., O'Malley, K., & Joyce, C. R. B. (1991). Assessing the quality of life of the individual: the SEIQUL with healthy and a gastroenterology unit population. *Psychosocial Medicine*, 21, 749-759.
- Montazeri, A., Milory, R., Gillis, C. R., & McEwen, J. (1996). Quality of life: Perception of lung cancer patients. *European Journal of Cancer*, 32A (13), 2284-2289.
- Morgan, P. K. (2001). The mastectomy experience: An empirical existential-phenomenological study. *Dissertation Abstracts International -section B. The science and engineering*, 61 (11B), 5983.
- Mosey, A.C. (1981). *Occupational Therapy: Configuration of a Profession*. New-York: Raven Press. Ch. 5 (pp. 58-63).
- Mounsell, E., Brisson, J., Deschenes, L., & Frasure-Smith, N. (1996). Randomized Trail of Psychologic Distress Screening Program After Breast Cancer: Effect on Quality of Life. *Journal of Clinical Oncology*, 14, 2747-2755.
- Moyer, A. E. (1999). Quality of life following treatment for breast cancer: Breast - conserving surgery versus mastectomy. *Dissertation Abstracts International: Section B- The science and Engineering*, 59(11-B), 5799.
-

- Singleton, J. H. A. (1995). Stages in life cycle and time spent activities. *Journal of Occupational Science*, 2(1), 3-12.
- Spiegel D., Bloom, J.R., Kraemer, H.C., & Gottheil, E. (1989). Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet*, 14(2), 888-891.
- Urbanowski, R., & Vargo, J. (1994). Spirituality, daily practice, and the occupational performance model. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 63, 88-94.
- Walker, M.F. & Drummond, A.E.R, (1996). Evaluation of dressing practice for stroke patients after discharge from hospital: a crossover design study, *Clinical Rehabilitation*, 10(1), 23-31.
- Wankel, L. M., & Berger, B. (1990). The psychological and social benefits of sport and physical activity. *Journal of Leisure Research*, 22, 165-182.
- Wentworth, K. L. (1998). The recounted treatment experiences of ten women diagnosed with breast cancer. *Dissertation Abstracts International: Section B- The science and Engineering*, 59(5-B), 2443

חברות ועד העמותה

נציגת סטודנטים: אפרת כדורי

גזברית: רבקה צדיק

מנהלת אתר העמותה:

נגה ויסבוך-אבן

מידעון אלקטרוני:

מיכל עמנואל

מנהלת אדמיניסטרטיבית:

יעל רן

רו"ח העמותה: פריידקס ושות'

יו"ר: גילה רבינוביץ

מ"מ יו"ר: אריאלה צור

חברות: נטע ארז,

עפרה ברקת סרלוביץ,

ענבל ברוך דינרי, אורית דביר,

נעמי גיל, דפנה יודוביץ,

מירי טל סבן, נורית מזרחי,

זיוית שכטר ניסים

ועדה לענייני סטודנטים:

מיטל בוכמן