

פוריות ואימהות: מחקר איכותני בקרב חולות סרטן שד צעירות

סוזי מודיאנו-גטניו, דר' אפרת דגן

שבמפגש של החולות הרווקות עם בנק הזרע. הממצאים מצביעים על הצורך בהרחבת השירותים בהקשר לשימור הפרייון, הניתנים לחולות סרטן שד בגיל הפוריות טרם הטיפולים. נושא הפרייון צריך לעלות באופן יזום על ידי המטפלים. יש ליצור קווים מנחים מחייבים ואחידים בתחום זה וכמו כן, לדון עם החולות בחלופות העומדות לרשותן לשמר את פוריותן ולאפשר להן בחירה. נראה כי אחיות עשויות לספק מענה לבעיות שעלו מדברי הנשים במחקר הנוכחי, ונמצא לכך הד גם בספרות המקצועית.

מטרתנו של מחקר זה הוא תיאור חווייתן הרגשית של חולות סרטן שד צעירות, בהקשרים של זוגיות, פוריות, אימהות ותכנון משפחה. ממצאי המחקר הצביעו על ארבעה תחומי תוכן עיקריים: 1. המתח הקיים בין הריון ולידה המייצגים חיים, אל מול המחלה המייצגת חידלון. תחום זה עוסק בסוגיות של פוריות וכולל את הדינמיקה של החולות מול הרופאים, ואת המשמעות שיש לשימור הפרייון עבור כל אישה ואישה. 2. הפשרות בתכנון המשפחה שנעשו על ידי הנשים, והחשש הקיים מפני כניסה להריון לאחר ההחלמה מהמחלה. 3. היבטים של נשיות, מיניות ודימוי גוף בצל מחלה "נשית". 4. הדילמות והמשבר

כימותרפי מציל חיים מיד עם אבחון המחלה, או להציל את הפוריות ולאחר מכן להציל את החיים.

רקע מדעי וסקירת ספרות

סרטן השד הינה המחלה הממארת השכיחה ביותר בישראל ובעולם המערבי בכלל. שיעור התחלואה בישראל עומד על 30% מכלל התחלואה בסרטן בנשים, ועל כ-18% מכלל התחלואה בסרטן. בישראל, כ-4000 חולות סרטן שד מאובחנות מידי שנה וכ-900 נשים נפטרות ממנה (ברחנא וליפשיץ, 2003). חמישה עד שבעה אחוזים מהחולות לוקות במחלה עד גיל 40. אחוזי ההישרדות לחמש שנים בחולות הצעירות עומדים על כ-77%, בהשוואה ל-73% בכלל האוכלוסייה (ברחנא, 2002). חמישה עד עשרה אחוזים ממקרי סרטן השד, קשורים למוטציות בגנים BRCA1 ו-BRCA2. בנשים בריאות ממוצא אשכנזי נמצאו שלוש מוטציות בשכיחות של 2.5%-3% בגנים

מבוא

חולות ושורדות סרטן שד צעירות עומדות בפני שורה של החלטות, המציבות דילמות קשות ומורכבות בקשר לפוריות, לזוגיות ולתכנון המשפחה. החלטות אלו, ללא ספק, מכתיבות את מהלך חייהן, גם לאחר ההחלמה מהמחלה. המרכזית שבהן, נוגעת להחלטה הבלתי הפיכה המתייחסת למהלך הטיפולים ולתזמונם; ובאופן ספציפי, האם לעבור טיפול

סוזי מודיאנו-גטניו, RN, MA, המרכז למחלות כבד, המרכז הרפואי ע"ש ח. שיבא, תל השומר.
דר' אפרת דגן, RN, Ph.D, ראש החוג לסיעוד, אוניברסיטת חיפה.

מאמר זה הוא חלק ממחקר שנעשה, במסגרת לימודים לתואר שני ובהנחיית דר' אפרת דגן, בחוג לסיעוד, אוניברסיטת חיפה.

ביותר עבור המטופלת לשימור הפריון, תוך התחשבות בשיקולי סיכון-תועלת.

- ההחלטה על שיטת שימור הפוריות ועל הטיפול האונקולוגי, צריכה להיעשות על ידי מספר גורמים: רופאים וביניהם האונקולוג, מומחה פוריות, מטפל פסיכוסוציאלי והמטופלת עצמה (Lee et al., 2006).

דיון בשימור הפוריות עם חולות סרטן שד צעירות: מחסומים בקרב אונקולוגים

המחקרים המעטים שנעשו בקרב מטפלים, הנוגעים לדיון בסוגיית שימור הפוריות בקרב חולות סרטן שד צעירות, מצביעים על קשיים ומחסומים. אלו נעוצים בתפיסה ההדדית, לעיתים, הן של הצוות והן של החולות, את המחלה כמצב מאיים חיים, וכפועל יוצא מכך ההתמקדות היא בטיפול מציל חיים (Goodwin, Oosterhuis, Kiernan, Hudson, & Dahl, 2009; Quinn et al., 2007). חלק מהרופאים חשים, שקיומה של שיחה בנושאים הקשורים לחיים שלאחר ההחלמה זמן קצר לאחר האבחון, עלולה להטות את ההתמקדות העיקרית, דהיינו הצלת חיים (Patrizio, Butts, & Caplan, 2005). עוד נמצא, כי מחסומים בשיח נובעים ממחסור בידע, מחסור בזמן ובכישורי תקשורת. נראה כי מצב זה מצמצם באופן משמעותי את הזמן המוקדש לליווי המטופלת כשורדת המחלה בעתיד, ואת ההשלכות המתלוות לכך בנושא הפוריות. ידע עדכני מוגבל אצל הרופא המטפל על החלופות הקיימות לשימור פוריות ועל מידת הצלחתן, מהווה את המחסום העיקרי והחזק ביותר בשיחה עם המטופלת על הנושא, וקובע האם וכיצד הרופא ידון עמה עליו (Goodwin et al., 2007; Quinn et al., 2009). במחקרם של Quinn ועמיתיו (2009) עולה, כי רופאים העדיפו שלא להעלות בשיחה תכנים שלא ידעו לתת עבורם מענה הולם, ובמחקרו משנת 2007 נמצא שכ-68% מהאונקולוגים העידו, כי אין להם די ידע בנושא שימור פוריות, באופציות ובחידושים האחרונים הקיימים בתחום זה. יתרה מכך, חלק מהרופאים לא היו בטוחים באשר לאחוזי ההצלחה של טיפולים משמרי פוריות, ולכן הסתייגו מלהפנות את המטופלות לתחילתו של תהליך, שמלכתחילה סיכויי ההצלחה נמוכים. מידת הנוחות של הרופא בנוגע לדיון על שימור הפוריות נובעת, בין היתר, מחוסר רצונו להוסיף גורם דחק לסיטואציה, שמטבעה רווית מתח ועמוסת מידע לעיבוד (Quinn et al., 2009).

על-פי Lee ועמיתיו (2006), הזמן האופטימלי לדיון בנושא שימור הפריון הוא לפני תחילת הטיפולים. יחד עם זאת, על משאב זמן השיחה הזה מתחרים גורמים נוספים כגון האבחנה, הטיפול והפרוגנוזה. במחקרם של Quinn ועמיתיו (2007), רוב האונקולוגים דיווחו שלדעתם דיון על שימור הפוריות אינו בראש סדר העדיפויות אצל החולות, בעיקר כשמדובר בשיחותיהם הראשונות, המתמקדות, מטבע הדברים, באבחנה

BRCA1 ו- BRCA2. לנשאות של מוטציה בגנים אלה קיים סיכון של 60%-80% לחלות בסרטן שד במהלך החיים, וסיכון של 20%-40% ללקות בסרטן שחלות. סרטן שד המתפתח בנשאות של אחת המוטציות, מופיע בדרך כלל בגיל צעיר אף לפני גיל 40 (ברחנא, 2007).

פגיעה בפריון

טיפול כימותרפי-ציטוטוקסי גורם לפגיעה בתפקודן של רקמות בעלות התמיינות מהירה, ביניהן תאי מערכת הרבייה. לרוב, השפעת הציטוטוקסיקה הפיכה, אך הנוק לשחלות, במקרים רבים, הוא בלתי הפיך. שינויים היסטולוגיים מתחילים להופיע עם מתן מחזור הטיפול הציטוטוקסי הראשון, ועלולים להתפתח עם התקדמות הטיפולים להרס מוחלט של רקמת השחלה, ההופכת לפיברוטית. הסיכון להופעת אי ספיקה שחלתית כתוצאה מכימותרפיה נמצא ביחס ישר לגיל המטופלת, לרמת הטוקסיות של הכימותרפיה, למינונה ולמספר מחזורי הטיפול (Marthom & Cohen, 2004; Sonmezer & Oktay, 2007). חולות מתחת לגיל 40, המטופלות בכימותרפיה עלולות לפתח אל-ווסת לאחר 6-16 חודשים מתחילת הטיפול (Di Cosimo et al., 2004). טיפול הורמונלי בטמוקסיפן או באנלוגים של GnRH (Gonadotropin Releasing Hormone), אינו מביא בדרך כלל לאל ווסת קבועה בנשים צעירות, עם גידול סרטני בשד חיובי לרצפטורים לאסטרוגן ופרוגסטרוגן. אולם מדובר בטיפול שניתן לרוב לחמש שנים, בהן הריון מהווה תת-נגד. כשתקופה זו מסתיימת, במקרים רבים האישה נכנסת למנופאוזה טבעית.

המלצות וקווים מנחים לטיפול בפוריות בחולי סרטן

ארגון ה- PCP (President's Cancer Panel) ממליץ, שכל מטופלי הסרטן בגיל הפוריות יקבלו מידע על אי פריון משני לטיפול אונקולוגי (Lee et al., 2006).

על-פי ASCO (American Society of Clinical Oncology), על האונקולוגים לקיים דיון עם המטופלים בנושאים של אי הפריון כפגיעה פוטנציאלית, משנית לטיפול ציטוטוקסי. דיון זה צריך להתבצע בהזדמנות המוקדמת ביותר, ועל האונקולוג למקם דיון זה בעדיפות גבוהה. עם זאת, פאנל המומחים הביע את הסתייגותו מהעלאת הנושא במפגש הראשון עם המטופלת, בו ניתנת לה האבחנה. להלן תמצית הקווים המנחים בנושא:

- מתן הסבר לגבי גורמי הסיכון לאובדן הפריון, משני לטיפולים ציטוטוקסיים.
- מתן הסבר על לוח הזמנים הנדרש, לצורך ביצוע פעולות משמרות פוריות.
- הפנייה למומחה פוריות וברירת שתי האופציות הרלוונטיות

גורם מכריע בהחלטה על סוג הכימותרפיה שהיו מוכנות לקבל. שבעים ושתיים אחוזים מהן דיווחו ששוחחו על נושא הפוריות עם רופא כלשהו, אך רק 17% מהן נועצו עם מומחה פוריות. כרבע מהנשים דיווחו שדאגותיהן בנוגע לפוריות לא קיבלו מענה מספק.

במחקרם של Rippy, Karat & Kissin (2009) נמצא, שכ-24% מחולות סרטן השד הצעירות רצו ילדים נוספים לאחר המחלה. עוד נמצא, כי 35% מהנשים דיווחו שלא קיבלו ייעוץ לשימור פוריות. הדאגה לפוריות קיימת אצל רובן המוחלט של הנשים הצעירות, ללא קשר לחומרת מחלתן. יחד עם זאת, נמצא שהכמיהה לילדים בזמן האבחנה מהווה גורם המנבא חרדה בקרב הנשים לפוריותן, וזו תשפיע על קבלת ההחלטות הטיפוליות במחלה (Partridge et al., 2004). אחוזי ההישרדות הגבוהים יחסית מסרטן השד, בנוסף לגיל ההולך ועולה בהריון הראשון, מדגישים את שאלת שימור

ובטיפול מציל-חיים. עוד נמצא, כי רוב הכירורגים-אונקולוגים חשו, שאין זה מתפקידם לדון עם המטופלת בנושאי שימור פוריות. לטענתם האחריות מוטלת על הרופא שמחליט על סוג הטיפול.

רופאים מביעים חשש ממשי מדחיית תחילת הטיפולים האונקולוגיים לצורך מחזורי טיפול לשימור פוריות. כך למשל, מחזור אחד של גירוי שחלתי עשוי לדחות את הטיפול במספר שבועות (Goodwin et al., 2007).

ייעוץ לשימור פוריות מנקודת מבטן של חולות סרטן שד צעירות

במחקר שערכו Partridge ועמיתיה (2004) בארצות-הברית, בקרב שורדות סרטן שד צעירות שחלו עד גיל 40, נמצא כי 73% מהן הביעו דאגה לגבי פגיעה בפוריותן עקב הטיפולים הכימותרפיים. אצל 29% מבין המשתתפות במחקר נמצאה רמת חרדה גבוהה לפוריותן, והרצון לשימור הפריין היווה

שם בדוי	שנת לידה	מצב משפחתי	מוצא	ארץ לידה	דתיות	השכלה	שנת אבחון סרטן השד	מספר ילדים
חנה	1977	נשואה	אשכנזי	ישראל	חילונית	אקדמית	2007	0
ליאת	1974	נשואה	אשכנזי	ישראל	חילונית	אקדמית	2009	1
מוריה	1969	נשואה	תימני	ישראל	חילונית	אקדמית	2007	3
שרה	1972	נשואה	אשכנזי	ישראל	חילונית	אקדמית	2009	2
מורן	1973	נשואה	אשכנזי	ישראל	חילונית	אקדמית	2007	2
בתאל	1980	רווקה	אשכנזי	ישראל	חילונית	אקדמית	2010	0
ירדן	1979	נשואה	מעורב	ישראל	מסורתית	אקדמית	2010	2
רונית	1978	רווקה	מעורב	ישראל	חילונית	על תיכונית	2011	0
כרמל	1979	רווקה	אשכנזי	ישראל	חילונית	אקדמית	2011	0
אורנית	1978	גרושה	אשכנזי	ישראל	חילונית	אקדמית	2011	0
יפה	1971	נשואה	אשכנזי	ישראל	חילונית	אקדמית	2009	2
סתיו	1987	רווקה	מעורב	ישראל	חילונית	תיכונית	2011	0
קארין	1971	גרושה	אשכנזי	ישראל	חילונית	תיכונית	2005	2
רויטל	1985	רווקה	מעורב	ישראל	חילונית	תיכונית	2010	0
עדן	1980	נשואה	אשכנזי	ישראל	דתית	על תיכונית	2012	3
חופית	1985	רווקה	אשכנזי	ישראל	חילונית	אקדמית	2010	0

טבלה 1: נתונים סוציו-דמוגרפיים של המשתתפות במחקר

הפוריות ואיכות החיים של חולות סרטן השד בקבוצת הגיל הצעירה.

מטרת מחקר זה, היא ללמוד על עמדותיהן וחוויותיהן של חולות סרטן שד צעירות ולהתמקד בסוגיות של פוריות, נשיות ותכנון המשפחה.

שיטת המחקר

המחקר נערך במתודולוגיה איכותנית וכלל ראיון עומק מובנה למחצה, עם 16 חולות סרטן שד שאובחנו עד גיל 38, ללא עדות למחלה גרורתית, שנמצאו במהלך או לאחר הטיפולים הכימותרפיים. מדריך הראיון כלל שאלות על הפרופיל המיילדותי והרקע האישי והרפואי של המשתתפות, וכן שאלות הנוגעות בתפיסת הנשים את הפגיעה האפשרית בפוריותן, כתוצאה מהמחלה והטיפול בה, צרכי הידע שלהן בהקשר של הריון ותכנון משפחה והיוועצות בנושאים אלו עם אנשי מקצוע. הראיונות נותחו באמצעות ניתוח תוכן כמקובל במחקר פנומנולוגי.

בטבלה מספר 1 מוצגים הפרטים הסוציו-דמוגרפיים של המשתתפות במחקר. כפי שעולה מן הטבלה, רואיינו נשים יהודיות, ילידות הארץ, בטווח הגיל 25 עד 43. גיל הנשים הממוצע היה 35.6 שנים. גיל האבחון הממוצע היה 31.9 שנים. אוכלוסיית המחקר כללה 6 נשים רווקות, 8 נשים נשואות ו-2 נשים גרושות.

ממצאים

ממצאי המחקר העלו ארבעה תחומי תוכן עיקריים: התחום הראשון מציג את המתח הקיים בין הריון ולידה המייצגים חיים, אל מול המחלה המייצגת חידלון. תחום זה עוסק בסוגיות של פוריות וכולל את הדינמיקה של החולות מול הרופאים, ואת המשמעות שיש לשימור הפוריות עבור כל אישה ואישה. תחום התוכן השני מציג את הפשרות בתכנון המשפחה שנעשו על ידי הנשים, ועוסק בחשש הקיים מפני כניסה להריון לאחר המחלה. תחום התוכן השלישי מתייחס להיבטים של נשיות, מיניות ודימוי גוף בצל מחלה "נשית". תחום התוכן הרביעי מציג את הדילמות והמשבר שבמפגש של החולות הרווקות עם בנק הזרע. במאמר זה בחרתי להציג חלק מתחום התוכן הראשון ואת תחום התוכן הרביעי.

"מי שמם להיות שופטים?"

הדילמה המרכזית שעולה מדבריהן של הנשים בחלק זה, מונחת על הרצף שבין הכמיהה להורות לבין השאיפה לבריאות. כל הנשים נמצאו במקום כלשהו על ציר זה, וכל בחירה בהכרח חייבה גם ויתור. ויתורים אלה קשים ביותר עבור הנשים וקרוכים בהתחבטויות ובלבטים מורכבים. מנגד, קיים האספקט של דעות הרופאים המתמקד במצבן הבריאותי, וככאלה, המלצותיהם לא תמיד עולות בקנה אחד

עם המיית ליבן של הנשים.

תמה זו תציג את הדינמיקה, בין הכמיהה לפריון ובין המלצות הרופאים והתייחסותם לתחום זה.

ניתן להבחין בשתי תת-תמונות עיקריות. מחד גיסא, נשים שהעלו את נושא שימור הפריין בעצמן בשיחה עם הרופאים אך נתקלו בתגובה שערערה על רצונן לילדים נוספים בעתיד ומאידך גיסא, נשים שכלל לא קיבלו ייעוץ בתחום שימור הפוריות ולמעשה ההחלטה נעשתה עבורן.

"גם ככה יש לך שתי בנות, אז למה לך בעצם?"

תמה זו תציג את המפגש של הנשים שלא קיבלו מידע מלא על שימור פוריות, אך חשבו על הנושא בעצמן והעלו אותן לדיון עם הרופאים.

עדן (בת 33, נשואה, אם לשלושה ילדים):

"אחרי שהסברתי לאונקולוג שלי שחשוב לי שתהיה לי האופציה להביא עוד ילדים בעתיד ושהנושא הזה מאוד מטריד אותי, הוא הסביר לי שיש לי כבר שלושה ילדים ועדיף שלא נדחה את תחילת הטיפולים. בגלל שהתעקשתי הוא הפנה אותי למומחה פוריות שלא הבין למה בכלל אני רוצה לעשות שימור פוריות כשיש לי כבר שלושה ילדים... זה כל כך הרגז אותי! הוא אמר לי "את צריכה להיות אמא בריאה בשביל הילדים שלך", מה, אני נראית לך טיפה? ברור שאני צריכה להיות אמא בריאה לילדים שלי וזה לא בא במקום! זה מה שאני מנסה להסביר לרופאים כל הזמן, שמרימים גבה, ושוב מרימים גבה, ונותנים לי תחושה שאני מטרידה אותם בשטויות כי יש לי שלושה ילדים כבר, אז מה אני עכשיו מתעסקת עם שימור פוריות? כן, אני מתעסקת עם זה למען העתיד שלי, כדי שאני אוכל להחליט שאם אני רוצה, אני אכנס להריון ואם אני בוחרת שלא, אז זו בחירה שלי."

יפה (בת 42, נשואה, אם לשני ילדים):

"ידעתי שאני אצא מזה (מהמחלה) ורציתי עוד ילדים. ולחצתי. כי הייתי צריכה ללחוץ. כי הרי זה ברור שאם הייתי רווקה היו מיד מדברים איתי על שימור פוריות, אבל בגלל שאני נשואה, עם שני ילדים אז בעצם זה לא היה כזה ברור לרופאים שלי. אמרו לי שאני בת 37, חצי שנה טיפולים, שנתיים לחכות, אח"כ אהיה בת 40, וגם ככה יש לך שתי בנות, אז למה לך בעצם? אם אני לא הייתי נלחמת ועומדת על שלי, לא היו עושים לי שימור פוריות."

מדבריהן של עדן ויפה ניכר כעס המופנה כלפי הרופאים, שערערו על רצונן הבסיסי ביותר להבאת ילדים נוספים בעתיד. למיטב הבנתן, הרופאים לא הבינו מדוע הן מעוניינות בילדים נוספים בעתיד כשהן כבר אמהות לילדים, בהתחשב בנסיבות המחלה. למעשה, הן מבקשות את שימור הפוריות

את האחריות על איכות חייה, מתוך תחושה שאף גורם אחר לא ייטול אותה לידיו. לתחושה זו שותפות גם שרה וליאת, המציינות בדבריהן כי חשו בהיעדר מענה מצד הרופאים בנוגע לפוריותן ולהורות עתידית, על אף שהן עצמן העלו נושא זה בפני המטפלים.

"החליטו בשבילי"

תמה זו מציגה את הנשים שכלל לא קיבלו מידע על פגיעה אפשרית בפוריותן, ומכאן שלא קיבלו ייעוץ לשימור פוריות, ולא חשבו על הנושא בעצמן.

קארין (בת 42, גרושה, אם לשני ילדים):

"אף אחד לא שאל אותי אם אני רוצה עוד ילדים... בכלל לא הייתי מודעת לעניין הזה... הגניקולוג לא היה בתמונה... למה אף אחד, אף פעם, לא אמר לי שצריך לשמר פוריות לפני הטיפולים? אולי כל זה היה נחסך ממני? וזה מכעים אותי. כי החליטו בשבילי... זה לא התפקיד שלהם להציע לי ללמד אותי? ליידע אותי? הייתה לי תקופה שאכלתי את עצמי למה אני לא שאלתי על זה! למה הלכתי אחריהם בעיניים עצומות! איך לא חשבתי על זה בעצמי! זה לא משנה את העובדה שזה מידע שצריך לספק לי! זה פרט שצריך לדעת אותו! חייבים לדעת אותו! שאפשר לשמור ביציות! על אחת כמה וכמה כשאני בת 36. זה לא שהייתי בת 45."

קארין לא העלתה בדעתה שעלולה להיות בעיית פוריות, כתוצאה מטיפולים כימותרפיים-ציטוטוקסיים. היא נתקלה בנושא זה לראשונה במפגש עם חולות נוספות, לאחר תחילת הטיפולים הכימותרפיים. משהבינה את שהתפסס בטיפולה, החלה בהאשמה עצמית על כך שלא חשבה על זה בעצמה. בנוסף, תיארה תחושת החמצה על כך שייטכן ויכלה להציל את פוריותה ולהחזיר לעצמה את יכולת הבחירה. זאת ועוד, היא מתארת כעס גדול על כך שלא ניתן לה כל המידע.

מוריה (בת 44, נשואה, אם לשלושה ילדים):

"לא חשבתי לשאול את השאלה הזאת. האונקולוגית אמרה שהמחזור יכול להיפסק, אבל לא הבנתי מה ההשלכות של זה, והיא לא ממש תרמה עוד מידע. היא אמרה שהמחזור יחזור אחרי שנה או שנתיים מסיום הטיפולים, אני אהיה בת 40 - את מי זה מעניין בכלל? הכל נאמר לי בעימות כזאת... לא חשבתי על להקפיד ביציות. לא ידעתי שיש אופציה כזו... כנראה שאצלי, בגלל שאני נשואה עם ילדים זה נתפס כלא משמעותי עבורם (הרופאים)... מפריע לי שזה לא היה בשליטתי. לא נתנו לי בחירה. אף אחד לא אמר לי כלום אז, ובעצם החליטו בשבילי."

מוריה ציינה, שגישת האונקולוגים הייתה עמומה בכל הקשור

על מנת להחזיר לידיהן את יכולת הבחירה, אם הן תרצנה בעתיד ילדים נוספים. הן נאלצו להתעקש באופן אקטיבי על ביצוע שימור הפוריות. בדבריה של עדן ניכר קונפליקט סביב הכמיהה לילד, אל מול הבריאות הלא פחות חשובה.

ליאת (בת 39, נשואה, אם לילדה אחת):

"אף פעם זה לא בא מהם (מהרופאים)! הם לא אמרו לי מעולם (את המשפט) לפני הטיפולים אנחנו צריכים לדבר על הפוריות שלך... זה מעולם לא היה אישיו (issue) אצל הרופאים. האישי שלהם זה שתחיי. איכות החיים שלך אחרי שתהיי בריאה היא לא פונקציה... אם את לא תדברי על הפוריות שלך - היא לא מעניינת אף אחד! לא תשאלי, לא תדאגי, לא תזכירי שיש לך ילדה בת 3 בבית ואת רוצה עוד? זה לא יעניין אף אחד"

שרה (בת 41, נשואה, אם לשני ילדים):

"אם לא הייתי יוזמת את ה-IVF אני לא חושבת שמישהו היה מציע, יוזם או דוחף לעניין ואני שמחה שעשיתי את זה, כי עובדה שהיום אני בלי כימו(תרפיה) ועדיין לא חוזר לי המחזור ואני לא יודעת אם הוא יחזור..."

רונית (בת 35, רווקה, ללא ילדים):

"הכירורגית אמרה לי שלא תהיה לי בעיה להיכנס להריון וככה סגרו את הסיפור. האונקולוגית אמרה שצריך מהר להתחיל בטיפולים ושאינן זמן לחכות לשימור פוריות, למרות שלא אובחנתי עם גרורות... בכל זאת, חיכיתי חודש עד שהואילו בטובם להתחיל לי את הטיפולים הכימותרפיים וכן יכולתי בזמן הזה לשאוב ביציות... אני בחורה צעירה, אני עוד לא ילדתי!"

רונית מתארת מצב בו ידיה היו כבולות עד כדי קינה. היא אמנם חשבה בעצמה על נושא שימור הפוריות, אך הרופאים שטיפלו בה לא אפשרו לה לבצע שימור פוריות, בטענה שאסור לה להזריק הורמונים ושאינן זמן לטובת הליך השימור. לפיכך לא הופנתה למומחה פוריות, שייטכן ויכול היה להציע לה אופציות שימור פוריות שמתאימה למקרה הספציפי שלה, תוך התדיינות עם האונקולוגית המטפלת. היא מתארת תחושה, שהיא אינה אלא עוד מקרה של מחלה כחלק מסטטיסטיקה אותה צריך למגר, חשה שלא רואים אותה, לא מטפלים בה כאשר עם רצונות ורגשות משלה. היא מתארת את הרצון שיתפרו לה את הטיפול המתאים ביותר תוך התחשבות בה, ברצונותיה ובצרכיה. עכשיו, משסיימה את טיפולי הכימותרפיה היא מבקשת להחזיר לעצמה את השליטה בגורלה ובאיכות חייה ומסרבת לחלקים בטיפולה, מתוך אותה דאגה עמוקה לפוריות שלה בעתיד. היא מתארת תהליך של החזרת זכות הבחירה הנוגעת להחלטות הרפואיות-טיפוליות שנלקחו ממנה בתחילת המחלה. יתר על כן, היא מחזירה לעצמה

אבל אל תדברו איתי על בנק הזרע. זה היה סוג של עיכול, זה ילדים. זה נגע לי בנקודה הכי חלשה. כי אני מאד רוצה ילדים. מאד. הייתי בטוחה כל החיים שעד השלב הזה יהיו לי לפחות שלושה ילדים... בתכנון... זו סתירת לחי. המציאות מכה בך בפנים. בזמן הקצר והמטורף הזה אני צריכה לקבל את כל ההחלטות, האלה בנוסף לזה שאני צריכה לעכל שאני חולה בסרטן. אני באמצע החיים. שנייה. תנו לי רגע לעכל! אני זוכרת שחזרתי הביתה ואמרתי לשותף שלי "בא לך לעשות איתי ילד?" הוא הסתכל עליי בהלם. אמרתי שאני יורה לכל הכיוונים, מה איכפת לי... (צוחקת). בתוך שבוע לקבל החלטות כל כך גורליות... לא יודעת איך עושים את זה."

בתאל (בת 33, רווקה, ללא ילדים):

"הייתי צריכה ללכת לבנק הזרע... לחפש תורם. אז מה אני רוצה? אני רווקה, אני לא בזוגיות, אין לי מושג מה זה השטויות האלה שעכשיו אתם רוצים מחיי. מי חושב בכלל על ילדים בשלב כזה של החיים שלי? רק התחלתי! רגע! תנו לי לחשוב קודם על איך אני בונה את עצמי! איך אני מוצאת בן זוג! איך אנחנו בונים זוגיות... מה קשור עכשיו? עוברים? הקפאות? תורמים? מה? לא היה לי מושג מה אני רוצה. הלכתי ממש כמו רובוט. כמו זומבי. הלכתי עם חברה. בחרתי את מה שהיא אמרה לי. את לא מבינה באמת לקראת מה את הולכת. פולשים לך לגוף, לנשמה... זו היתה הזייה. פשוט הזייה. אי אפשר לתאר את זה אחרת. ואז נכנסתי לעשות את השאיבה. בהרדמה מלאה כמובן. בכיתי. מה אני אניגד לך? בכיתי לרופא. הוא ראה אותי בתחילת התהליך די אופטימית וחייכנית ופתאום התפרקתי לו שם... זה היה נראה לי פאקינג הזייה."

בתאל ואורנית ציינו את הביקור בבנק הזרע כנקודת משבר. למעשה, זו היתה הנקודה בחייהן שאילצה אותן להתמודד עם ההחלטה "מי יהיה האב הביולוגי של ילדיהן". לראשונה הן מבינות הלכה למעשה, כי הבאת ילדים בעתיד אינה מובנת מאליה. בנוסף, קיים הפער הגדול בין המקום בו הן מצויות כרגע, צעירות, לא בזוגיות, עסוקות בהתפתחותן האישית, ובין המקום עליו הן בעל-כורחן נאלצות לחשוב - הקמת משפחה. על הפער הזה הן מתקשות לגשר.

רויטל (בת 28, רווקה, ללא ילדים):

"ניסיתי להימנע מתרומת זרע, כי לא רציתי מעכשיו להחליט לעתיד. זו נראתה לי החלטה גורלית מידי... אבל אין יותר מידי ברירות. את לא רואה באמת אופציה אחרת. האמת היא, שהדבר היחיד שעבר לי בראש זה "למה שמישהו בכלל ירצה אותי אחר כך?" עם עוברים מוקפאים. שאצלי הכל כבר בילט-אין. אין מקום ל"יצירה מחודשת"... את רואה הכל רע... את אומרת לעצמך שאת עושה פה ילד עם אבא שהוא לא... לא יהיה בן זוג שלי. אם מחר אני אתחתן, למה שבעלי ירצה

לשימור הפוריות. היא תיארה תחושות חוסר אונים וחוסר שליטה, הנובעות מהסתרת המידע ומלקיחת ההחלטות עבורה.

מדברי הנשים שלא קיבלו מידע בנושא שימור הפוריות עולה כעס, המופנה כלפי הרופאים שלא סיפקו את כל המידע, או לחילופין ערערו על רצונן לשימור פוריות מאחר שיש להן כבר ילדים. כמו כן, עולות תחושות של החמצה, אכזבה, חוסר אונים ובעיקר חוסר שליטה על עתידן וגורלן בחיים שלאחר המחלה.

עוד ניתן ללמוד, כי שמונה מתוך שש-עשרה הנשים שהשתתפו במחקר, לא קיבלו ייעוץ מספק לדבריהן בנושא שימור הפוריות, למותר לציין שלא הופנו למומחה פוריות או לרופא נשים.

מדברי הנשים ניתן להתרשם מהדיון המורכב בין הדאגה לבריאות הפיזית של המטופלות, לבין הרצון להגשמת הרווחה העצמית שלהן. הרופאים, כפי שמצטיירים בעיני הנשים, שמים דגש על הצלת חיי החולות, בעוד אלה אינן מוכנות לזנוח לחלוטין את האפשרות להרות בעתיד. לצד הנשים נמצאים הגינקולוגים/מומחי הפוריות, המצטיירים בעיני הנשים כמבינים את רצונן העמוק בכל הקשור להורות עתידית, ומהווים חוליה מקשרת בין הנשים לבין האונקולוגים, על ידי מתן לגיטימציה לרצונותיהן.

"יש לי מישהו נהדר בשבילך..."

תמה נוספת שעלתה במחקר, היתה מנת חלקן של הנשים הרווקות במפגשן עם בנק הזרע. עצם הביקור בבנק הזרע, אילץ אותן להתמודד עם דילמות גורליות בחייהן.

אורנית (בת 35, גרושה, ללא ילדים):

"בנק הזרע היה נראה לי הזוי... פרשו בפניי פרופילים של גברים. ידעתי את הגובה שלהם, מבנה גוף, צבע שיער, עיניים, מה הוא עושה היום. רובם היו חיילים או סטודנטים... אמרתי שככה אני לא הולכת לבחור את האבא של הילדים שלי, תודה רבה, אבל לא תודה. יצאתי משם בידיעה שזה לא בשבילי. בגיל הזה בכזאת מהירות אני צריכה להחליט איזה צבע עיניים יהיו לילד שלי ומה יהיה צבע השיער שלו? לא, זה נראה לי הזוי. אני לא מסוגלת. זה היה מטורף. נראה לי שהייתי על אוטומט... הראש לא היה מעורב בשלב הזה. בכיתי אצלו, אצל הרופא בבנק הזרע. זו היתה התפרקות. זה היה הבכי הראשון שלי שהוציא את כל התסכול עד אותו רגע. אני עוד זוכרת את המסדרון של בנק הזרע, את השעה שבה הגעתי לשם. זה היה כל כך הזוי בעיני. כאילו הייתי שם בגוף, פיזית. אבל לא באמת הייתי שם. זו החלטה שאת צריכה לקבל כל כך מהר. לא הייתי מסוגלת. בנק הזרע זה יותר מידי בשבילי. קחו ממני מה שאתם רוצים. תוציאו לי את השחלות ותשתילו לי אותן אחרי המחלה, תנתחו אותי,

נורמטיבית עם המסלול הנורמטיבי: בעל, הריון וילדים. ניתן לראות כי הביקור בבנק הזרע, אין בו עניין טכני בלבד. הוא מאלץ את הנשים לעבור תהליך התבגרות מהיר, מבלי שהיו מוכנות לכך ולהתמודד עם הפחדים העמוקים ביותר שלהן, הדאגה לזוגיות בעתיד והתקווה כי הקפאת העוברים תשמש כרשת ביטחון בלבד.

דין

השיח על הפוריות מנקודת מבטם של חולות סרטן השד והאונקולוגים

מחקרים שונים בעולם בדקו את תוכן הייעוץ הניתן לחולות סרטן שד צעירות, באשר לשימור פוריות. במחקרם של Duffy ועמיתיה (2005), שכלל 166 חולות סרטן שד צעירות, נמצא כי רק שליש מהנשים דיווחו על קיומו של דיון מעמיק ומשמעותי עם הרופאים, הנוגע לחלופות האפשריות לשימור הפוריות. באותו עניין, Rippon ועמיתיו (2009), מצאו כי שליש מהחולות הצעירות לא קיבלו ייעוץ לשימור פוריות לפני תחילת הטיפול. מחקר גדול אף יותר, שכלל 600 חולות סרטן שד בנות 41 או פחות, מצא כי 57% מן המשתתפות חששו לפגיעה בפוריות עקב הטיפולים הכימותרפיים. כשליש מהנשים דיווחו כי לא קיבלו מידע על פגיעה אפשרית בפוריות כתוצאה מהטיפולים, וכרבע (26%) מהנשים חשו שדאגותיהן לגבי הפוריות לא קיבלו מענה ראוי (Partridge et al., 2004). עניינו של המחקר הנוכחי אינו כמותני, ובכל זאת חלק מהנשים דיווחו, כי לא קיבלו מידע בנוגע לפגיעה אפשרית בפוריות ובנוגע לאופציות לשימור הפוריות העומדות לרשותן. מחקרים שנעשו בקרב אונקולוגים, מצביעים על סיבות מגוונות לאי הצגת החלופות העומדות לרשות החולות בנוגע לשימור הפוריות; ביניהן, מחסור בידע בנושאי שימור פוריות, מחסור בזמן בפגישה עם המטופלת, מספר הילדים שיש למטופלת וההנחה כי אם המטופלת לא העלתה את הנושא מיוזמתה, הרי שאינה מעוניינת בכך (Quinn et al., 2007; Quinn et al., 2008; Quinn et al., 2009).

במחקר הנוכחי עולה, באופן חד משמעי, כי נשים שלא קיבלו מידע עדכני בנוגע לשימור הפוריות חשו כעס כלפי הצוות המטפל, על שלא יידע אותן בנוגע לחלופות הטיפול, על יתרונותיו וחסרונותיו. במקביל, התעוררו רגשי אשם על כך שלא יזמו בעצמן שיח כזה לפני תחילת הטיפולים האונקולוגיים. רגשות אלו נבעו מתחושה של החמצה, על אובדן הסיכוי להציל את פוריותן.

ממצאי מחקר זה, מצביעים על פער בין מידת דאגתן של החולות לפוריותן, ובין המענה שניתן על ידי הרופא לחששות אלו. כפי שעולה מסקירת הספרות, חולות סרטן

ילד שלא שלי ושלנו גנטית... לא ממנו. ילד של משהו אחר."

רויטל מעלה חשש בעל משקל כבד לעתיד: מיהו בן הזוג שיהיה מעוניין בה, כאשר יידע מראש שיש לה עוברים מוקפאים מאדם זר? מי ירצה בה תוך הידיעה כי לא תוכל להביא עימו ילדים ביולוגיים פרי יצירתם? ההתמודדות עם בנק הזרע עבור רויטל מביאה אותה להכרה, כי ייתכן שתאלץ לוותר על זוגיות לטובת שימוש בעוברים המוקפאים.

חופית (בת 28, רווקה, ללא ילדים):

"בחרתי תורם זרע חתיכי... מטר שמונים וחמש... חחח... גוף אתלטי... לומד משפטים, תפרן... עיניים כחולות... ביקשתי את הטלפון שלו מהפקידה שם, היא לא זרמה איתי... היה מצחיק שם בבנק הזרע... ישבתי שם עם אחותי, וקיבלנו את הקטלוג... אין תמונות... זה רק לדמיין... אבל בכל זאת יש שם את כל המידע שאת צריכה: איזה גוף, שיער, עיניים, מה הוא עושה, מוצא... בחיי... חחחח... היו שם הרבה בחורים לא מעניינים עד שפתאום עיני צדו אותו ואז אמרתי לאחותי "את רואה את 85223? אותו אני רוצה!!" חחחחחחח... ואז שילמתי 450 ש"ח למנת זרע! זה לא נשמע לך מחיר מופרך? 450 ש"ח למנת זרע? שתינו יושבות כזה עם קטלוג זרע - מי יפרה לי את הילדים?... אני יודעת שזה נשמע כאילו אני מוכרת לך שהכל ורוד... לא הכל היה ורוד, אבל אני יכולה להגיד לך שככה באמת זה היה נראה. עשיתי מהכל צחוק. מכל מה שרק אפשר. אם לא הייתי עושה את זה הייתי נופלת עמוק."

כרמל (בת 36, רווקה, ללא ילדים):

"זה הקטע הכי מטורף שהיה לי בכל המחלה הזאת. זה מגוחך! הלכנו לבנק הזרע. היתה שם מזכירה נורא חמודה היא אמרה "יש לי משהו מעולה בשבילך"... אז פשוט לקחתי אותו. מן הסתם בתוך תוכי אני מקווה שיהיה לי בעל ושנביא ילדים ביחד. זה מדאיג אותי... אין דרך אחרת להתמודד עם החלק הזה של הטיפול חוץ מלצחוק. את יודעת, הסתובבנו עם הזרע הזה ביד, מתל השומר להדסה עין-כרם בצדינית, הסתובבנו בכל הבית חולים עם הזרע כי לא מצאנו איך להגיע למחלקה המיועדת... זה פשוט... אין ברירה אלא לראות את הקומדיה באותו רגע ולצחוק כי זה מצחיק... וזה מצחיק שהמזכירה אומרת לך במעין מבטא פולני "יש לי משהו נהדר בשבילך..." חחח... זה מצחיק, וכל הזמן הזה אני מקווה שאני לא אצטרך להשתמש בזה. אני רוצה בעל, אני רוצה הריון, אני רוצה ילדים..."

חופית וכרמל מציינות שהשימוש בטכניקה ההומוריסטית הזו נעשה, כיוון שלא יכלו לשאת את כובד החששות שקיננו בתוכן בזמן שעברו את התהליך הזה, מתוך תקווה שלא תאלצנה להשתמש בעוברים המוקפאים האלה, ומתוך הרצון לזוגיות

דיווחו על שימור הפוריות כעל צעד המהווה "רשת ביטחון", מתוך תקווה כי בעתיד תוכלנה להרות וללדת באופן טבעי ולא תאלצנה להשתמש בעוברים מוקפאים. ניתן לשער, כי תחושת הביטחון המתייחסת לאופציה השמורה להרות וללדת בעתיד, מפחיתה את רמות החרדה ובעלת חשיבות גדולה בעבור נשים אלה.

ממחקרו של Schover (2009) עולה, כי רוב החולות מעוניינות להחזיק באפשרות להביא ילדים לאחר המחלה, ובכך לשלוט בתהליך קבלת ההחלטות בנוגע להריון, ללידה ולילד בעתיד. הכמיהה להולדת ילד אינה פוחתת בעקבות המחלה, ולעיתים היא אף מוגברת ונטענת במשמעויות חדשות. היכולת ליצור חיים בגוף נתפסת כסמל לחיות, המשכיות, און ותקווה, בשונה ממחלת הסרטן המסמלת חידלון, תלות ואובדן (בראון ואחרים, 2006; Brown, ; Bodurka-Bevers et al., 2000; Ganz et al., 2002; Levy, Rosberger, & Edgar, 2003; Trask et al., 2002). חולות סרטן שד מעידות, כי לידת ילד לאחר המחלה מביאה לתחושה של החלמה, בריאות וחזרה לחיים נורמליים. הן רואות בלידת ילד הצהרה של אמונה בחיים העתידיים, בניגוד לתחושת חוסר הוודאות הקיימת אצל חולי וחולות סרטן. סיבה נוספת לכמיהה להריון לאחר המחלה, קשורה ברצון להוכיח כי יש חיים לאחר הסרטן. האפשרות להרות לאחר ההחלמה מסרטן השד, מהווה גירוי רב עוצמה לנשים צעירות בדרך להבראה (Dow, 1994; Partridge et al., 2004).

מחלת הסרטן ופוריות משקפות שתי קצוות, שעל הציר המחבר ביניהן מצויות הנשים לאורך מחלתן. במחקר הנוכחי הנשים השוו לידה לניצחון על המחלה. מושג הפוריות, המגלם בתוכו היבטים של מיניות, נשיות ואימהות, הוצג כאנטיתזה למוות. אישה פורה היא אישה שיש בכוחה ליצור חיים, בניגוד למחלת הסרטן הנקשרת למוות. אישה פורה רחוקה מהמוות, לא מתעסקת בו ואולי אף מוגנת מפניו. הבאת ילד לעולם מסמלת עבור הנשים הללו ניצחון על המחלה, ואין מדובר בניצחון פשוט, טריוויאלי, כמו הסתפקות בהחלמה בלבד. היכולת לברוא חיים לועגת למחלה וממוקמת בסולם דרגות גבוה יותר מההחלמה לכשעצמה. מכאן, שהפוריות מהווה ניצחון מוחץ על המחלה, על המוות.

לסיכום, במחקר זה, חולות סרטן שד צעירות דיווחו על הבדלים בין המרכזים הרפואיים השונים בארץ, באשר למתן ייעוץ לשימור הפריה, והצביעו על כך שלא קיימים קווים מנחים מחייבים ואחידים. למרות יכולת ההכללה המוגבלת של מחקר זה, מסתמן כי תחום זה עדיין לוקה בחסר בישראל. ניתן לפתור בעיה זו במספר דרכים: 1. ניתן לצרף לרשימת הבדיקות שעל החולה לבצע לפני תחילת הטיפולים, סעיף הממליץ לה להיוועץ במומחה פוריות. 2. ניתן להוציא קווים מנחים מטעם הנהלת המרכזים האונקולוגיים, שידגישו את

שד צעירות טוענות, כי אינן מקבלות מידע מספק אודות הפגיעה בפוריות ושימורה. חלק מהנשים אף מדווחות, כי חששותיהן בנוגע לפוריותן אינם נלקחים ברצינות על ידי הרופאים (Madrigano, Westphal & Wapnir, 2007; Quinn et al., 2009; Tschudin et al., 2010). במחקר הנוכחי חולות סרטן שד אשר היו כבר אימהות ליותר מילד אחד, דיווחו על תחושות קשות, כאשר היו מעוניינות בשימור פוריות והעלו את הנושא לדיון עם האונקולוג המטפל. תחושות אשר הושו, במידת מה, לעמידה למשפט מול הרופאים. הנשים דיווחו על מאמצים רבים להסביר לרופאים, מדוע הן מעוניינות בילדים נוספים בעתיד, אופציה אשר נראתה להן כזכות טבעית ומובנת מאליה.

המחקר הנוכחי ממחיש את מורכבות השיח על הפריה, בין חולות סרטן שד צעירות לבין הרופאים. מצידו האחד של המתרגם עומדות נשים, המייחלות לילד לאחר ההחלמה וכואבות את האיום על הפריה, ומצידו האחר האונקולוגים, שעניינם בהחלמתן של הנשים מתוך דאגה אמיתית לבריאותן. אין ספק כי פער זה מצריך גישור מורכב, כחלק בלתי נפרד מהטיפול בנשים אלה.

פריה ורווחה נפשית

לאובדן הפריה יש השלכות על רווחתן הנפשית והפיזית, של שורדות צעירות ממחלת סרטן השד. אובדן ילד פוטנציאלי כתוצאה מהטיפול במחלת הסרטן, עלול להכביד על האישה מבחינה רגשית ולהביא לרמות גבוהות של חרדה ודיכאון (Loprinzi, Wolf, Barton, & Laack, 2008; Partridge et al., 2009; Schover, 2009; Tschudin & Bitzer, 2009). מחקרים הראו, כי אובדן הפריה ומנופאוזה מוקדמת מהווים גורמים משמעותיים לדאגה ולמצוקה נפשית, בקרב חולות סרטן בגיל הפוריות (Carter et al., 2005; Nakayama et al., 2005; Wenzel et al., 2009). המחקר הנוכחי מעידים על כך, שאובדן הבחירה בנוגע להבאת ילדים מהווה דאגה מרכזית וייחודית לנשים צעירות עם סרטן השד, לעיתים אף יותר מעצם הישרדותן.

במחקר כמותני שנערך בקליפורניה וכלל כאלף חולות סרטן צעירות, הושו רמות הרווחה הנפשית בנשים שקיבלו ייעוץ לשימור פוריות, לעומת נשים שלא קיבלו ייעוץ כזה. מידת הרווחה הנפשית נמדדה בקשר לתחושות של חרטה, החמצה, דיכאון וחרדה הקשורות בטיפול או באי טיפול לשימור הפוריות. רק חמישה אחוזים מהמשתתפות במחקר דיווחו, כי התייעצו עם מומחה פוריות לפני תחילת הטיפולים. בקרב נשים אלה נצפתה רמת הרווחה הנפשית הגבוהה ביותר, בהשוואה לנשים שהתייעצו בנושא זה עם האונקולוג בלבד. בהתאמה, רמות הרווחה הנפשית הנמוכות ביותר, היו בקרב 40% מהמשתתפות שלא קיבלו ייעוץ בנושא שימור פוריות (Letourneau et al., 2011). בדומה לכך, במחקר הנוכחי נשים

Di Cosimo, S., Alimonti, A., Ferretti, G., Sperduti, I., Carlini, P., Fabi, A., Gelibter, A., Ciccarese, M., Giannarelli, D., Mandala, M., Milella, M., Ruggieri, E. M., & Cognetti, F. (2004). Incidence of chemotherapy-induced amenorrhea depending on the timing of treatment by menstrual cycle phase in women with early breast cancer. *Annals of Oncology*, 15, 1065-1071.

Dow, K. H. (1994). Having children after breast cancer. *Cancer Practice*, 2(6), 407-416.

Duffy, C., Allen, S., & Clark, M. A. (2005). Discussions regarding reproductive health for young women with breast cancer undergoing chemotherapy. *Journal of Clinical Oncology*, 23 (4), 766-772.

Ganz, P. A., Rowland, J. H., Desmond, K., Meyerowitz, B. E., & Wyatt, G. E. (1998). Life after breast cancer: Understanding women's health-related quality of life and sexual functioning. *Journal of Clinical Oncology*, 16, 501-514.

Goodwin, T., Oosterhuis, B. E., Kiernan, M., Hudson, M. M., & Dahl, G. V. (2007). Attitudes and practices of pediatric oncology providers regarding fertility issues. *Pediatric Blood Cancer*, 48, 80-85.

Lee, S. J., Schover, L. R., Partridge, A. H., Patrizio, P., Wallace, H., Hagerty, K., Beck, L. N., Brennan, L.V., & Oktay, K. (2006). American Society of Clinical Oncology recommendations on fertility preservation in cancer patients. *Journal of Clinical Oncology*, 24, 2917-2931.

Letourneau, J. M., Ebbel, E. E., Katz, P. P., Katz, A., Ai, W. Z., Chien, A. J., Melisko, M. E., Cedars, M. I., & Rosen, M. P. (2011). Pretreatment fertility counseling and fertility preservation improve quality of life in reproductive age women with cancer. *Cancer*, 1, 1-8.

Loprinzi, C. L., Wolf, S. L., Barton, D. L., & Laack, N. I. (2008). Symptom management in premenopausal patients with breast cancer. *Lancet Oncology*, 9, 993-1001.

Madrigano, A., Westphal, L., & Wapnir, I. (2007). Egg retrieval with cryopreservation does not delay breast cancer. *The American Journal of Surgery*, 194, 477-481.

Marhohm, E., & Cohen, I. (2007). Fertility preservation options for women with malignancies. *Obstetrical and Gynecological Survey*, 62(1), 58-72.

Nakayama, K., Liu, P., Detry, M., Schover, L. R., Milbourne, A., Neumann, J., Rondon, G., Thewes, B., Champlin, R. E., & Ueno, N. T. (2009). Receiving information on fertility- and menopause-related treatment effects among women who undergo hematopoietic stem cell transplantation: Changes in perceived importance over time. *Biology of Blood Marrow Transplant*, 15, 1465-1474.

החשיבות של ייעוץ כזה, וידריכו את האונקולוגים למתן מידע בתחום שימור הפוריות. **3.** עריכת ימי עיון בהם יציגו מומחי פוריות את האופציות החדשות הקיימות כיום בתחום שימור הפוריות בחולי/ות סרטן צעירים, במטרה להרחיב את הידע בתחום זה בקרב מטופלים ומטפלים כאחד. ראוי לציין, כי ייתכן שחלק מההמלצות לעיל נעשות בחלק מהמרקזים הרפואיים, אשר לא נחשפו אליהם במחקר זה. מטבע הדברים, אין מטרתו של מחקר איכותני זה בהכללות ובמיפוי המצב בישראל לאשורו. יחד עם זאת, מחקר רחב היקף עשוי לתרום להטמעת המודעות לנושא זה בישראל ולרווחתן של החולות. אחיות שתעבורנה הכשרה מתאימה, עשויות לספק מענה למספר בעיות שעלו במחקר מדברי הנשים, וקיבלו תוקף גם מהספרות המקצועית. ביחס לרופאים, האחיות נגישות יותר עבור המטופלות, ומהוות כתובת מקצועית וזמינה לחולות לקיום דיון, מתן מידע, תמיכה וליווי בנושאים הרגישים של שימור פוריות, מיניות, אימהות ואיכות חיים לאחר המחלה.

רשימת מקורות

בראון, מ., חסון-אוהיון, א., פרי, ש., וקאופמן, ב. (2006). מוטיבציות ללידת ילדים לאחר סרטן השד. *במה*, 17, 71-73.

ברחנא, מ. (2007). מיפוי המחלות הממאירות בישראל בחלוקה גיאוגרפית לנפות, נתוני 2001-2005. משרד הבריאות, המרכז הלאומי לבקרת מחלות, רישום הסרטן הלאומי.

ברחנא, מ., וליפשיץ א. (2003). אומדן הסיכון לחלות במחלה ממארת בישראל. משרד הבריאות, המרכז הלאומי לבקרת מחלות, רישום הסרטן הלאומי.

ברחנא, מ. (2002). סרטן השד החודרני בנשים צעירות בישראל. משרד הבריאות, המרכז הלאומי לבקרת מחלות, רישום הסרטן הלאומי.

Bodurka-Bevers, D., Basen-Engquist, K., Carmack, C. L., Fitzgerald, M. A., Wolf, J. K., De Moor, C., & Gershenson, D. M. (2000). Depression, anxiety, and quality of life in patients with epithelial ovarian cancer. *Gynecologic Oncology*, 78, 302-308.

Brown, K. M., Levy, A. R., Rosberger, Z., & Edgar, L. (2003). Psychological distress and cancer survival: A follow-up 10 years after diagnosis. *Psychosomatic Medicine*, 65, 636-643.

Carter, J., Rowland, K., Chi, D., Brown, C., Abu-Rustum, N., Castiel, M., & Barakat, R. (2005). Gynecologic cancer treatment and the impact of cancer-related infertility. *Gynecologic Oncology*, 97, 90-95.

Rippy, E. E., Karat, I. F., & Kissin, M. W. (2009). Pregnancy after breast cancer: The importance of active counseling and planning. *The Breast*, 18, 345-350.

Schover, L. R. (2009). Patient attitudes toward fertility preservation. *Pediatric Blood Cancer*, 53, 281-284.

Sonmezer, M., & Oktay, K. (2004). Fertility preservation in female patients. *Human Reproduction Update*, 10(3), 251-266.

Trask, P. C., Paterson, A., Riba, M., Brines, B., Griffith, K., Parker, P., Weick, J., Steele, P., Kyro, K., & Ferrara, J. (2002). Assessment of psychological distress in prospective bone marrow transplant patients. *Bone Marrow Transplantation*, 29, 917-925.

Tschudin, S., & Bitzer, J. (2009). Psychological aspects of fertility preservation in men and women affected by cancer and other life-threatening diseases. *Human Reproduction Update*, 15, 587-597.

Tschudin, S., Bunting, L., Abraham, J., Gallop-Evans, E., Fiander, A., & Boivin, J. (2010). Correlates of fertility issues in an Internet survey of cancer survivors. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 31, 150-157.

Wenzel, L., Dogan-Ates, A., Habbal, R., Berkowitz, B., Goldstein, D. P., Bernstein, M., Coffey-Kluhman, B., Osann, K., Newlands, E., Seckl, M. J., Hancock, B., & Cella, D. (2005). Defining and measuring reproductive concerns of female cancer survivors. *Journal of the National Cancer Institute Monographs*, 34, 94-98.

Partridge, A. H., Gelber, S., Peppercorn, J., Sampson, E., Knudsen, K., Laufer, M., Rosenberg, R., Przypyszny, M., Rein, A., & Winer, E. P. (2004). Web-based survey of fertility issues in young women with breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 22(20), 4174-4183.

Patrizio, P., Butts, S., & Caplan, A. (2005). Ovarian tissue preservation and future fertility: Emerging technologies and ethical considerations. *Journal of the National Cancer Institute Monographs*, 34, 107-110.

Quinn, G. P., Vadaparampil, S. T., Bell-Ellison, B. A., Gwede, C. K., & Albrecht, T. L. (2008). Patient-physician communication barriers regarding fertility preservation among newly diagnosed cancer patients. *Social Science and Medicine*, 66, 784-789.

Quinn, G. P., Vadaparampil, S. T., Gwede, C. K., Miree, C., King, L. M., Clayton, H. B., Wilson, C., & Munster, P. (2007). Discussion of fertility preservation with newly diagnosed patients: Oncologists' views. *Journal of Cancer Survivors*, 1, 146-155.

Quinn, G. P., Vadaparampil, S. T., King, L., Miree, C. A., Wilson, C., Raj, O., Watson, J., Lopez, A., & Albrecht, T. L. (2009). Impact of physicians' personal discomfort and patient prognosis on discussion of fertility preservation with young cancer patients. *Patient Education and Counseling*, 77, 338-343.

Quinn, G. P., Vadaparampil, S. T., Lee, J. H., Jacobsen, P. B., Bepler, G., Lancaster, J., Keefe, D. L., & Albrecht, T. L. (2009). Physician referral for fertility preservation in oncology patients: A national study of practice behaviors. *Journal of Clinical Oncology*, 27, 5952-5957.