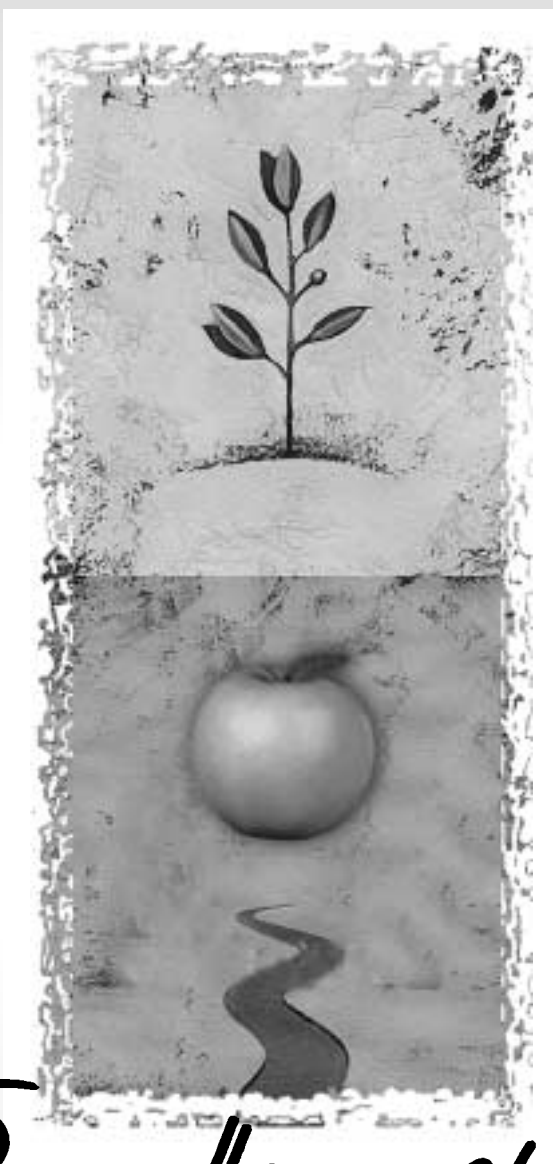


כתב עת ישראל ליחידות וקידום ברירות



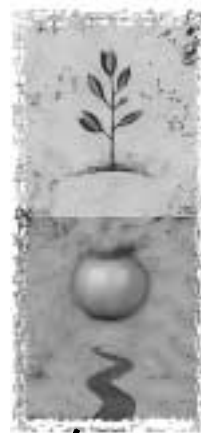
קידום ביטחון בילדים

כרך א'. חוברת 1 טבת תשס"ח, ינואר 2007

תוכן העניינים :

- עמ' 3 דברי פתיחה לרגל הוצאת הגליון הראשון
אורנה בראון אפל, לילך מלוויל
- עמ' 4 קידום בריאות בעולם הגלובלי
יין ישן בקנקן חדש או להיפך
דיאן לוין
- עמ' 7 התנהגות בריאות כיעד לאומי
בעז לב
- עמ' 10 תוכנית לקידום הפה והשיניים והערכתה
ליאורה גולדמן, משה גורדון, ציפי קהל, ספא עטאללה-שחאדה, שמואל רשפון
- עמ' 15 שימוש במחשב כאמצעי לקידום
מניעת היפגעויות
עוביד סמירה, אורנה בראון-אפל
- עמ' 22 תקשורת ההמונים: חרב פיפיות
לקידום בריאות הנפש
ענת קליין, דפנה למיש
- עמ' 34 היענות לביצוע ממוגרפיה
לאור מודלים בקידום בריאות
כרמית סטרן
- עמ' 46 הנחיות למחברים עבור כתב העת
"קידום בריאות בישראל"

לעורכי העיתון והמחלקה לחינוך וקידום בריאות, משרד הבריאות
אינם אחראים לתוכן המאמרים והמודעות



קידום בריאות בישראל

כתב עת ישראלי לחינוך וקידום בריאות

כרך א'. חוברת 1. טבת תשס"ח. ינואר 2007.

מערכת "קידום בריאות בישראל"

עורכת מדעית: אורנה בראון-אפל

עורכת משנה: לילך מלוויל

חברי המערכת (לפי סדר הא'-ב'):

ניהאיה דאוד

רות ויינשטיין

אילנה ורדי-שהם

בעז לב

אלכס לבנטל

דיאן לוין

חנה פלג



גיליון מס' 1

כרך א'. חוברת 1. טבת תשס"ח. ינואר 2007



דברי פתיחה

לרגל הוצאת הגליון הראשון

היא, שכל מאמר הנשלח למערכת יכתב על פי ההנחיות המפורסמות בסוף כתב העת וישלח על ידי העורך לביקורת שני אנשי מקצוע העוסקים בנושא המאמר. העורך יחליט, על פי חוות הדעת של המבקרים, אם לקבל את המאמר לפרסום. העורך זכאי לבקש תיקונים על מנת שהמאמר יעמוד בדרישות המערכת. ברצוננו להזמין את כל העוסקים בקידום בריאות להשתמש בבמה זו בכדי לשתף את כולנו במידע הקיים והמתפתח. אנו רואות חשיבות רבה בעצם כתיבת מאמר, הדרושה כשלעצמה חשיבה מעמיקה לגבי רקע תאורטי, מטרות, שיטות והסקת מסקנות ומקדמת אותנו גם ברמת היישום בשטח.

כתב העת יכול ללוש סוגי מאמרים: מאמרים המתארים מחקרים, מאמרים המתארים תוכניות התערבות והערכה שלהן וכן סקירות ספרות בנושאים הקשורים לקידום בריאות. בגליון ראשון זה לא תינתן הגדרה מדויקת של המונח 'קידום בריאות', כיוון שהגדרות הקיימות הן רחבות מאוד. למרות זאת אנו מבקשות להתרכז בנושאים שאין להם במה אחרת. יתרון יינתן למאמרים שיעסקו בקידום הבריאות על פני מאמרים העוסקים בחולי ובטיפול.

בשלב ראשון ימומן כתב העת על ידי המחלקה לחינוך וקידום בריאות במשרד הבריאות, ועל כך תודתנו נתונה. בשלב שני אנו מקוות, כי יקום איגוד למקדמי הבריאות, וההוצאה לאור של כתב העת תהווה חלק מפעילויותיו.

תודתנו נתונה לכל חברי הוועדה המדעית, ובמיוחד לרותי ווינשטיין, מנהלת המחלקה לחינוך וקידום בריאות במשרד הבריאות על עזרתם בהשלמת המשימה.

שוב, אנו קוראות לכולכם לתרום ולכתוב מאמרים ראויים לפרסום בכתב עת זה, שיעניינו את אנשי המקצוע בישראל.

בברכה,
ד"ר אורנה בראון-אפל
לילך מלוויל
העורכות

אנו שמחות להכריז על הוצאתו לאור של כתב עת חדש - "קידום בריאות בישראל, כתב העת הישראלי לחינוך לבריאות וקידום בריאות".

קידום בריאות הוא מקצוע חדש יחסית ועדיין נמצא בשלבי פיתוח. בישראל, הפעולה בתחום קידום הבריאות נמצאת בתנופת התפתחות זה שנים אחדות, והעניין בהיבטים המקצועיים והמחקריים של פעולות קידום בריאות וחינוך לבריאות גובר והולך. בעבר, עיקר הפעילות נעשה על ידי גורמים המזוהים עם המגזר הבריאותי, ואילו עתה מעורבים בקידום בריאות גופים מתחומים רבים ומגוונים, החל בחינוך, דרך גופים גדולים כמו צה"ל ומשטרת ישראל, עמותות, חברות מסחריות ויחידים. ניתנת במה לפעולות חקיקה ואכיפה, וגופים סביבתיים מעלים את נושא הבריאות על מפת הפעילות שלהם. שיתופי פעולה רבים קורמים עור וגידים, ואנו מקוות כי הדרישה מהשטח לדיווח על פעולותיהם של גופים רבים אלו תמצא מענה בכתב עת מקצועי זה, שיהיה הראשון מסוגו בישראל המתמקד בקידום בריאות על כל היבטיו. שיתוף אנשי המקצוע בממצאים של מחקרים ובתוצאות של התערבויות יאפשר פיתוחו של בסיס ידע בקידום בריאות ייחודי לישראל.

ייסוד כתב עת זה המיועד בלעדית לעוסקים בתחום יהווה צעד חשוב בפיתוח מקצועי ויסייע ביצירת מקצוע רשמי הנקרא "קידום בריאות". שלבים נוספים, כגון עריכת כנסים בנושא, אקדמיזציה, יצירת מקומות עבודה ייחודיים למקדמי בריאות, פתיחת אגוד מקצועי ולבסוף גם רישום המקצוע במוסדות הממשלתיים יהיו שלבים נוספים בפיתוח המקצוע.

כאמור, **מטרת כתב העת** לתת במה לפעילויות קידום בריאות הנעשות בישראל. פעילויות אלו כוללות: א. מחקרים אשר מציגים נתונים וידע חדשים על שיטות התערבות, על אסטרטגיות ועל תכנים שבהם אנו עוסקים בקידום בריאות; ב. התערבויות לקידום בריאות האוכלוסייה בישראל אשר עברו הערכה וניתן ללמוד מהן. משום כך, יפורסמו רק מאמרים המתארים התערבויות המלוות בתוכנית הערכה, ושיוצגו בהם נתונים לגבי תוצאות ההתערבות. הפרסום בכתב העת יהיה מבוסס על ביקורת עמיתים. משמעות הדבר



קידום בריאות בעולם הגלובלי

יין ישן בקנקן חדש או להיפך?

דיאן לוין

→ המחלקה לחינוך וקידום בריאות, שירותי בריאות כללית

לעומת זאת, אחרים מדגישים דווקא את הבעיות החמורות שהגלובליזציה יצרה בתחום בריאות הציבור (Esmail, 2003). לפי טענה זו, תיירות והגירה מביאים להתפשטות של מחלות מדבקות, כולל מחלות העמידות בפני תרופות, ואף מעלים את שיעור החולים במחלות כרוניות כתוצאה מהמעבר מאורח חיים מסורתי לאורח חיים מערבי. כמו כן, המגמה בעולם הגלובלי לעיור (urbanization) בעיקר ממניעים כלכליים, כמו מציאת תעסוקה, מחייבת תשתיות הולמות לשירותי בריאות, מקומות עבודה ועוד, אשר יבטיחו שמירה על איכות החיים. מדינות רבות מתקשות או אינן מסוגלות לספק תשתיות אלה. זאת ועוד, קיימת עדות לכך שהתשתיות של מערכות הבריאות בעולם השלישי מושפעות לרעה מהכרסום בכוח האדם המקצועי שלהן, הנובע ממשיכת אנשי מקצוע, במיוחד במקצועות הבריאות, מהמדינות הבלתי מפותחות למדינות העולם המערבי (WHO, 2005). טענה נוספת גורסת כי הגלובליזציה גורמת להידרדרות במצב בריאות הציבור, כיוון שהיא מביאה להרחבת מעגל העוני, בהגדילה את הפערים בין השכבות הסוציו-אקונומיות הגבוהות ביותר לנמוכות ביותר. לכל אלה נוספת העובדה שאמצעי הפרסום וההפצה בעולם הגלובלי מאפשרים, ואף מעודדים, צריכת מוצרים, שמקורם בעולם המתועש, אך אינם טבעיים למדינות הלא מתועשות ("העולם השלישי") או לתרבויות שלהן. לדוגמה, ניתן לציין את הקשר בין חדירת פרסום של מותגי מזון ומשקאות מסוימים לבין מגמות ההשמנה שנצפו במקומות אלו. תהליך זה הוא בעל השלכות באותן המדינות, שיש להן תוצאות בריאותיות, שמערכות הבריאות באותן מדינות אינן מסוגלות להתמודד איתן.

אמנת בנגקוק - קידום הבריאות בעולם הגלובלי

על רקע זה, ולאור השינויים המשמעותיים שחלים בעולם, ניתן להבין את הסיבה לבחינה מחדש של אמנת אוטווה, שנוסחה ב-1986 על ידי קבוצה מצומצמת של אנשי מקצוע שמוצאם, בעיקר, ממדינות העולם המערבי. נציין בקצרה מדוע נדרשו עדכונים באסטרטגיות המוגדרות באמנת אוטווה:

רקע

בשנים האחרונות, תופס המושג "גלובליזציה" מקום מרכזי בספרות המקצועית ובמסמכי מדיניות, כולל אלה הקשורים לתחום קידום הבריאות. לאור השפעותיה של הגלובליזציה על תחום הבריאות, נוסחה ביוזמת ארגון הבריאות העולמי אמנה חדשה: "אמנת בנגקוק, לקידום הבריאות בעולם הגלובלי". האמנה, שנחתמה באוגוסט 2005, מבוססת על אמנת אוטווה (Ottawa Charter for Health Promotion) ומשלימה את החסר שנוצר במהלך עשרים השנים שחלפו מאז שנחתמה. מהי הגלובליזציה? מה מידת הרלוונטיות שלה, ומהן השלכותיה על קידום הבריאות?

גלובליזציה, בריאות, ומה שביניהן

Labonte (2003) מגדיר את הגלובליזציה כ"תהליך מואץ, בו מדינות, עסקים, ארגונים ואנשים הופכים להיות יותר קשורים ותלויים אחד בשני ברמה עולמית, באמצעות אינטגרציה כלכלית, תקשורת, הפצה/שינוי תרבותי וניידות". על פי הגדרה זו ניתן לראות בגלובליזציה תופעה שאינה חדשה: עדות לניצני גלובליזציה נצפו כבר בהפלגותיהם של מרקו פולו למזרח ושל כריסטופר קולומבוס למערב.

למרות ההסכמה הקיימת בנוגע לתועלת הכלכלית והבריאותית שהגלובליזציה עשויה להביא, אין תמימות דעים בנוגע לתוצאותיה לגבי קידום הבריאות. יש הטוענים שאמצעי התקשורת והטכנולוגיה הקיימים בעולם הגלובלי תורמים לבקרת מחלות (דוגמת מניעת התפשטותן של מחלות ה-SARS ושפעת העופות), לקידום שיתוף הפעולה בין גורמים בעולם העוסקים בחקר מחלות ובטיפול בהן (דוגמת AIDS) ולהפצת מידע ברחבי העולם דרך אמצעי תקשורת המונים (דוגמת פרסום הצונאמי ב-2004 וגיוס תמיכה ברחבי העולם לסיוע). לצד אלה ניתן להוסיף את תרומת התקשורת העולמית בהעלאת מודעות העולם לנושאים כמו קיפוח והפרת זכויות האדם (למשל, בנושא זכויות הנשים באפריקה ובמקומות נוספים). יש גם הטוענים, שהגלובליזציה תורמת לשיפור המצב הבריאותי באמצעות השפעתה על שיפור המצב הכלכלי (דוגמת האפשרות לניידות בין מדינות לצורך השגת תעסוקה, שנוצרה כתוצאה מחתימת הסכמי שכר בין מדינות).



איכות בתחומים של מחלות כרוניות, ההתמודדות עם זקנה, העצמת הצרכן המקבל את שירותי הבריאות ועוד. מצב זה קידם באופן משמעותי את התפיסה של תכנון קידום הבריאות בהתבסס על ראיות (evidence based WHO, 2006)

למי מופנית האמנה המחודשת, ומהם תחומי הפעילויות בסדר עדיפות גבוה?

לעומת האמנה בגרסתה הקודמת, האמנה המחודשת מופנית לקהל מגוון: הקהל הרחב, המגזר הפרטי, ארגונים בין-לאומיים וקהילת בריאות הציבור. יש לציין שבתהליך שהתקיים לקראת אישור האמנה השתתפו נציגים מכל הקבוצות הללו. האמנה קוראת לגורמים אלה לפעול יחד בתחומים הבאים, שנקבעו בסדר עדיפות עליון:

א. פעילות למען בריאות בהתבסס על **זכויות האדם** ועל סולידריות. **ב.** השקעה במדיניות בת-קיימא המשפיעה על הבריאות. **ג.** טיפוח יכולות לפיתוח **מדיניות, למנהיגות ולעשייה מקצועית בקידום הבריאות** ופיתוח בתחומים של **העברת ידע, מחקר ואוריינות בריאותית.**

ד. קידום חקיקה לשם הגנה על בריאות, **שמירה בפני גורמים מזיקים ושוויון הזדמנויות** להשגת בריאות ורווחה (Well being). **ה.** ציון והודגש שללא **שיתוף פעולה בין-אירגוני**, לא ניתן היה להצביע על הישגים בני-קיימא. פיתוח שיתופי פעולה ושותפויות נדרשים בין גורמים ממשלתיים, לא-ממשלתיים, ציבוריים ופרטיים, ארגונים בין-לאומיים, הקהל הרחב וכו'.

תחומי מחויבות

האמנה המחודשת פונה בעיקר לממשלות ולקובעי מדיניות בקריאה:

- להציב את קידום הבריאות במקום מרכזי בסדר היום העולמי בתחום הפיתוח הגלובלי.

- להפוך את קידום הבריאות לנושא מרכזי בכל תחומי העיסוק של הממשלות.

- למקם את קידום הבריאות כתחום מרכזי בסדר היום של גורמים בקרב קהילות וכן בקרב הקהל הרחב, לרבות ארגונים בלתי ממשלתיים, ועדות מקומיות וכו'.

- להדגיש את מקום קידום הבריאות בפעילות של גורמים מסחריים/פרטיים, במיוחד מול מסגרות מקומיות, מקומות עבודה, תרבות לאומית והסביבה.

- לפעול למען חלוקת הון הוגנת ולהקצות משאבים בתחום לצורך בניית מערכת מדדים ואף להפעלת מערכת בקרה.

מהן ההשלכות לטווח הקצר ולטווח הארוך בישראל?

ניתוח המגמות והחידושים שתואר לעיל מאפשר בחינה של התקדמות העשייה בתחום קידום הבריאות בארץ והצבת יעדי

א. מדיניות מקדמת בריאות: כפי שהוזכר על ידי Nutbeam (2005), הקריאה שהופיעה באמנת אוטווה לאמץ "מדיניות מקדמת בריאות", היתה מכוונת לממשלות של מדינות מתועשות ודמוקרטיות. אולם כיום, בשל השפעות הגלובליזציה על בריאות האוכלוסיה, יש להתייחס למדיניות מקדמת בריאות ברמה הגלובלית ולפעול לקידום הבריאות באופן עולמי.

ב. סביבות תומכות בריאות: בעת כתיבת אמנת אוטווה, משמעות המונח "סביבה תומכת בריאות" נגע בעיקר לסביבה הפיזית והאקולוגית. כלומר, לשמירה על כדור הארץ. במשך עשרים השנים האחרונות, בנוסף לקשרי הגומלין שבין בריאות האדם לבין סביבתו הפיזית, הצטבר בעולם ניסיון חיובי בתחום קידום הבריאות, שהתבסס על קשרי הגומלין בין בריאות האדם לבין סביבתו החברתית. כתוצאה מכך פותחה הגישה של קידום הבריאות באמצעות טיפוח הסביבה החברתית, או ה"מסגרות" (settings), כגון: בתי ספר, רשויות מקומיות ("ערים בריאות"), בתי חולים ואוניברסיטאות, המשלבות את גישת הסביבה הפיזית יחד עם הגישה החברתית.

ג. פיתוח מיומנויות אישיות: בעת כתיבת אמנת אוטווה, הייתה התייחסות מצומצמת למושג "חינוך לבריאות", שהתמקד בעיקר בפרט ובמשפחתו. לעומת זאת, הייתה עדיפות ברורה להטמעת גישה כוללת, שמכוונת יותר לפעילות עם גורמים המשפיעים על התנהגות הבריאות של הציבור. מאז, נערכו מחקרים רבים (WHO, 2005) שהצביעו על חשיבות האוריינות הבריאותית (health literacy) כגורם משמעותי בקידום ההתנהגות הבריאותית. מחקרים אלה שפכו אור חדש על כל התחום של מיומנויות אישיות וקידומן באמצעות פעולות חינוך לבריאות.

ד. פעילות קהילתית: בעת ניסוח אמנת אוטווה, העולם הגלובלי טרם הכיר את מגוון היוזמות והתוכניות האפקטיביות הקיימות ברמה מקומית. הדבר נבע מחוסר יכולת של קהילות, בעיקר אלו שנמצאות באזורים רחוקים מהתרבות המערבית, לפרסם את המידע על הצלחתן בערוצי התקשורת שהיו קיימים באותם ימים. בעשרים השנים האחרונות יש עדות לניסיון הולך ומצטבר של תוכניות לקידום הבריאות, המופעלות מתוך תפיסה של העצמה קהילתית, הראויות לבחינה, לפרסום וליישום בקהילות נוספות על בסיס העיקרון של התאמה תרבותית.

ה. ארגון מחדש של שירותי בריאות: ניתן למצוא יוזמות מיוחדות שהתפתחו במהלך עשרים השנים האחרונות, תוך יישום גישת ה"מסגרות", כגון: בתי חולים מקדמי בריאות (Health Promoting Hospitals) ובתי חולים ידידותיים לתינוקות (Baby-Friendly Hospitals). כמו כן, כוחות השוק, לרבות מגמות של ייקור העלויות, הביאו חלק ממערכת הבריאות בעולם (רפואה ראשונית, שניונית ושלישונית) לפעול על פי שיקולים של יעילות. אי לכך, במהלך עשרים השנים האחרונות פותחו אסטרטגיות לקידום הבריאות, תוך מתן דגש על עבודות



מקורות:

המכון הלאומי לחקר שירותי בריאות ומדיניות בריאות, כנס ים המלח השביעי, התנהגות בריאותית כיעד לאומי, 2006

Esmail N. (2003) The Healthy Benefits of Globalization. The Shift – A Newsletter on shifting paradigms in health and health promotion.3:1-3.

Labonte R. (2003) A Global Village or a Global Market? The Shift – A Newsletter on shifting paradigms in health and health promotion.3:2.

Nutbeam D. (2005) What would the Ottawa Charter look like if it were written today? Reviews of Health Promotion and Education Online, : www.rhpeo.org.

World Health Organization Secretariat Background document for the 6th Global Conference on Health Promotion. (2005) Global health promotion scaling up for 2015 - A brief review of major impacts and developments over the past 20 years and challenges for 2015.

World Health Organization, (2006) Secretariate on the Social Determinants of Health.

World Health Organization (2005), The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World, August,2005. www.who.int/healthpromotion/

שיפור לעשור הבא. יש לזכור כי למרות ההתקדמות שהושגה בתחום קידום הבריאות בישראל במשך עשרים השנים האחרונות, עדיין נדרשת השקעה משמעותית על מנת לענות על הצרכים ברמה הלאומית (המכון הלאומי, 2006). מיסוד המקצוע של קידום הבריאות, הטמעה ויישום של גישת ה"מסגרות" לקידום הבריאות, המשך פיתוח מיומנויות ויכולות מקצועיות של אנשי מערכת הבריאות בכלל, ושל מחנכי ומקדמי הבריאות בפרט, קביעת קווים מנחים בתחום האתיקה בקידום הבריאות, פעילות שוטפת לניטור ומחקר ואיתור והקצאת משאבים על בסיס קבוע הם, חלק מכיווני השיפור וההתפתחות הדרושים.

למרות שההשקעה בקידום הבריאות הוגדלה על ידי קופות החולים, מוסדות ממשלתיים, ארגונים וולונטריים ואף על ידי חברות מסחריות, יש מקום להשקעה משמעותית עוד יותר. על כן, יש לבחון דרכים שתבאנה לפריצות דרך, כגון: שילוב קידום הבריאות בחוק ביטוח בריאות ממלכתי ואיגום משאבים באמצעות שיתוף פעולה אסטרטגי בקידום הבריאות, הן ברמה הלאומית והן ברמה המקומית.

לבסוף, על אנשי מקצוע בתחום קידום הבריאות לקחת בחשבון את הצרכים של הציבור בישראל, המתמודד עם האתגרים שמציבה חברה רב-גונית בכלל, ורב-תרבותית בפרט. לכן, על קידום הבריאות לתת מקום רב יותר לשיתוף הקהל בכל שלבי התכנון של תהליך זה, החל ממעורבות בהגדרת הצרכים ברמה הקהילתית והלאומית, וכלה בהערכת התוצאות של ההשקעה בקידום הבריאות.

הכנס הלאומי השנים עשר בתחום קידום הבריאות התמקד בקידום הבריאות בחברה רב-גונית. נזכיר שגם העוסקים בקידום הבריאות בארץ מהווים קבוצה רב-גונית, והגברת שיתוף הפעולה ביניהם יאפשר הרחבה והעמקת המגע המקצועי והאיכותי עם הציבור והגדלת יעילות ההשקעה, במיוחד בתשתיות. **בגיליון חגיגי זה של "קידום בריאות כתב העת הישראלי לקידום הבריאות"**, נציין את ההזדמנות המיוחדת המוצעת, לראשונה, לאנשי מקצוע מתחום קידום הבריאות ובריאות הציבור, על כל גווניהם, להציג את תהליכי עבודתם בישראל ואת תוצאות פעילויותיהם, ולשתף בידע ובניסיון את העובדים האחרים בתחום. כל זאת, למען חיזוק המקצועיות, שיפור המיומנויות והעשייה בתחום, ובעיקר למען קידום הבריאות בישראל.



התנהגות בריאות כיעד לאומי

בעז לב

משרד הבריאות

דברי הפתיחה של ד"ר בעז לב, המשנה למנכ"ל משרד הבריאות, בכנס ים-המלח
השביעי, 14.6.06

להסתייג מהעדיפות שיש להקנות למניעה וקידום בריאות. אולם, בחיים האמיתיים, במערכה המתחרה על התקציב ועל תשומת הלב הציבורית, תחומים אלה ניגפים כמעט ללא קרב. תופעה זו מסבירה את מצבה העגום של מערכת בריאות הציבור, בריאות התלמיד, בריאות העובד, קידום בריאות ובכלל את כל מה שהמילה השניה שלו נסמכת על המילה בריאות.

בחינה שטחית של מושג האחריות יבהיר שלאחריות יש מספר מרכיבים - מי נושא באחריות, מהו המוקד של האחריות. בכל מצב בו נדרשת אחריות יש באי-מימושה נזק. הנזק יכול להיות פרטי או ציבורי-חברתי. האחריות לבריאות מתפרסת על פני מספר שחקנים: הפרט, הסביבה והחברה. השפעות הגומלין הן מורכבות. מוקד האחריות ברפואה הקורטיבית שוכן בידי המטפל בעוד מושא ההתערבות הוא החולה. באינטראקציה הזו של מטפל - מטופל, החולה הוא מהווה את הצד הסביל, הפאסיבי. עושים לו הבראה, מרפאים אותו. מנגד, התפיסה של קידום בריאות היא הפעלה אקטיבית של האובייקט להישתנות. השינוי צריך להתחולל בהשתתפותו האקטיבית של המושא לשינוי ומחייב לרצות שינוי ולבצע בחירה חופשית ומדעת.

שורשיה האתילוגיים של התחלואה הפוסט מודרנית נעוצים בהתנהגויות ובגירויים חברתיים ופסיכולוגיים. לאחר נטיעת ההרגל ישנה הטבעה שביטוייה הם התמכרות ותחלואה. מחלות שסיבתן עישון, שימוש בסמים ותרופות, אכילה המקדמת סכרת, מחלות לב וכלי דם, השמנת יתר, אלימות, חוסר פעילות גופנית הן מחלות "בחירה" לכאורה. ניתן לייחס את מחלות אלה או את חומרתן לבחירות התנהגותיות שאנשים עושים, באופן פרטי ובצורה קולקטיבית ובדרך בה הם רוצים לנהל את חייהם. הסיבות לכך שאנשים בוחרים התנהגויות המזיקות לבריאותם אינן ברורות די צורכן ומחייבות בירור פסיכולוגי וסוציולוגי ואנתרופולוגי.

בכל פורום נוכל לשמוע על החשיבות העצומה של המניעה ועל המרכזיות של קידום בריאות. אולם, מצוקתו של חולה אחד מפילה את מערך הטעונונים הזה ביד אחת קשורה מאחור: למחלה ולחולה יש זהות ויש פנים המייצרים אמפטיה ולכאורה

ביוני 2006, בשבוע בו נערך "כנס ים המלח" כתב הכלכלן, חתן פרס ישראל, פרופסור אריאל רובינשטיין בדיעות אחרונות: "שום תוספת ריאלית לתקציב הבריאות לא תושיע אותנו מהדילמה, האם להוסיף מקורות לממן רכישת תרופה מארכת חיים נוספת ואם כן - על חשבון מה". הדיון הציבורי בנושא סל הבריאות, מתרחש בצילם של שני כשלים, שספק אם ניתן להתגבר עליהם: הכשל האחד: כולנו נעדיף סיוע להארכת תוחלת חייו של חולה אחד אשר ישיר מבט ממסך הטלוויזיה, על פני השקעת סכום זהה בהפחתת זיהום אויר המקצר תוחלת חיי מספר גדול של אזרחים אנונימיים. בהמשך המאמר כתב רובינשטיין: "...למעשה כולנו מעורבים יום יום, אם כי במודעות מוגבלת, בהכרעות בעניינים כגון תזונה, עישון ואורח חיים, שיש להם השפעה דרמטית על תוחלת וטיב חיינו. את ההחלטות עד כמה לוותר על הנאות חיים כדי להשקיע בהארכת חיינו אנו מגלגלים אל מנהיגים מרוטים במקום לקחת עליהן אחריות אישית." הסתכלות זו מבטאה מקצת הבעייתיות של תחום קידום הבריאות, שמנסה לפלס לו דרך למרכז המפה של הבריאות הציבורית.

קידום בריאות היא תפיסה שמטרתה ליצור עתיד בריא יותר תוך שילוב בין האדם לסביבתו תוך כיבוד אוטונומיה, בחירה אישית ואחריות חברתית כדי ליצור עתיד בריא יותר. לב העניין הוא שינוי, יצירת תמורה - בהתנהגות, חברה וסביבה. מספר שאלות עולות בהקשר זה, ביניהן: כיצד מביאים את התפיסה הזו לכלל ביטוי בעולם מושגים מורכבים? איך פותרים את נושא האחריות האישית או החברתית לעישון, השמנה, זיפוזפ והתנהגות ישובה כאורח חיים? וכיצד מספקים תמריצים מתאימים לשינוי? ובכלל - האם הובלת שינוי כזה היא מוסרית? ואיך מאזנים בין ערכים כמו התועלת הבריאותית הפרטית והחברתית מול האוטונומיה האישית וזכות הבחירה?

לשם כך, הבאתי מספר הערות על הבריאות:

תחומי המניעה וקידום בריאות מתחרים מול הרפואה הקורטיבית על תשומת הלב של הציבור, התקשורת ומקבלי ההחלטות. בטורניר הזה, במגרש הפופוליסטי, נרשם ניצחון של הרפואה המונעת וקידום בריאות בגביית מס שפתיים. אלא שהניצחון הוא ניצחון פירוס. קל למצוא אוהדים ותומכים רעיוניים. יהיה זה אפילו בלתי נאות, מבחינה פוליטית,



גופנית? אבל לתהליך האישי והחברתי יש מחירים וקורבנות וממדים של בחירה וכפייה, לכן אין מנוס אלא לטפל גם בממדים האתיים של שינויי התנהגות וקידום בריאות. שאלות מרכזיות כמו:

- ◆ מה אחריותו האישית של הפרט למצבו במפת הבריאות?
- ◆ האם ניתן להעניש או לקנוס מישהו על כך שהוא שמן או מעשן - האם אין בכך תוצאה ידועה מראש של עוני, ופער חברתי וחינוכי?
- ◆ האם תמריצי השינוי צריכים לחול על הפרט או על החברה?
- ◆ האם צריך דיפרנציאציה בתעריפי ביטוח הבריאות למי שיש לו מחלה "התנהגותית"?
- ◆ מי הם הכוהנים של ה"בריאותיות" (Healthism) והאם נכון להפקיד את הבריאות בידי מי שמופקד על הרפואה וטיפול?
- ◆ האם נכון לבצע "מדיקליזציה" של הבריאות?
- ◆ האם הנושא הוא בתחום מערכת הבריאות ומובל על ידי גורמי בריאות או שהוא נושא חברתי השייך בבסיסו למארג החיים הנורמלי?
- ◆ האם הכפפת הנושא לגורמים רפואיים אינה מתייגת את התנהגויות הבריאות כבעיות רפואיות שיש להם טיפול רפואי ולא דווקא טיפול חברתי או סביבתי?

היות אלו מקבלות ביטוי, לדוגמה, בשאלות כגון:

- ◆ האם כדי לעסוק בספורט או כדי להתאמן במכון כושר, יש צורך מבחינת החוק בבדיקה רפואית מקדימה ובאישור רפואי?
- ◆ האם צריך רישיון מטעם של בעלי מקצוע רפואי כדי לעסוק בבריאות?

הכפפת הבריאות למערכת הרפואית עלולה ליצור תלות ומגבלה לעיסוקים האמורים להוות חלק משגרת החיים. הרי אפילו כדי להיות הורים אין צורך ברישוי או בדיקות רפואיות מחייבות.

"הרפואה" של החיים, הפיכת הבריאות לדת הופכת מטרה לעצמה ולפולחן ואנחנו הופכים לכוהנים בפולחן זה. הכניסה לדת הזו לעיתים מלווה בחרדה, בשמירה אובססיבית על כללי הפולחן, והמידות והמשקלות הכרוכות בכך והתוצאה היא שהטיפול בחלק מהבעיות הוא טיפול רפואי פרטני במקום טיפול חברתי וסביבתי.

תופעה מוכרת עוסקת באשמה שהחברה מטילה על היחיד החורג מההתנהגויות הנורמטיביות. יש תהליך של "האשמת הקורבן" (victim blaming), איפה מוקד ה"אשמה" וה"אחריות" מי אשם - החברה? הפרט? המשמעות של "האשמת הקורבן" היא שמפילים את סיבת הבעיה החברתית על כתפיו של הפרט בעוד שלעיתים קרובות אין ליחיד את היכולת להיחלץ ממעגל ההתנהגויות וההתמכרות שלעיתים קרובות סיבותיה הינן לחץ

מאפשרים טיפול וחלוציה מיידית של המצב. הבריאות, לעומת זאת, היא אנונימית, וכמעט נשכחת במהלך העניינים הרגיל. אין בה סממנים של דרמה וטלנובלה. מקסימום אירוע דוקומנטארי. התערבויות בתחום בריאות הציבור תוצאותיהן ניכרות לאחר זמן רב והן קשות למדידה ולכן לתחום המניעה והבריאות יש לובי חלש ודל, הבריאות היא שחקן ספסל בתוך מפת השירותים והזכויות, היא חסרה את הכוח השיווקי שיש לתחלואה ולתמותה. מתי לאחרונה ראינו עיתונאי רציני כותב על קידום בריאות או על התנהגויות בריאות ועל השפעתן על החברה, על איכות ותוחלת החיים? כל שאמרתי נכון באופן חלקי בלבד. הבריאות, או מה שנתפש כבריאה או כלא בריאה הופך בחלק מהמקרים למשהו המדורג בין אובססיה קומפולסיבית לדת ממכרת. הכינוי Health Fascism מבטא את הכפייה של תפיסת הבריאות על שיגרת חיינו. שיטוט קל במרחב המחיה של השטרודל האינטרנטי יציג מספר אינסופי של אתרים המדברים על הפטרנאליזם הנהוג בכפיית הבריאות על הפרט והציבור ולהלן דוגמא אחת מיני רבות:

Health Fascism???

"If the state is responsible for everybody's health and knows better than the individual how his health can be improved (diet, lifestyle, and physical exercise...), and how he must trade-off costs and benefits, then of course it will coerce him for his own good, just like a parent does with his child".

* From the caring state to social engineering and tyranny, theory and history suggest that the slope is steep and slippery. We are far from Hippocrates, who told doctors to, "make a habit of two things-to help, or at least to do no harm".

היום אנו משועבדים למחשבות על בריאות, משקל, דיאטה, ספורט. העיסוק שלנו בבריאות ובהתנהגות הוא מאד אמוציונאלי, מלווה רגשי אשמה, רתיעה, אפוריה - הכל מלבד התייחסות ראציונאלית. אנו מכורים לעישון, לאכילה, לגמילה (לא גמילת חסד - רחמנא ליצלן), לדיאטות, לספורט ולאלימות. השמירה על הבריאות הפכה כמעט לתכלית קיומית. ומי שאינו שומר על הבריאות הופך לקורבן של אבירי מסדר הבריאות. החוכמה היא להפוך את הבריאות לחלק ממהלך החיים השגור, היומיומי - כמו לנשום, להפוך את הבחירה שלנו בהתנהגות נכונה לפעולה אוטונומית כמעט מבלי להרהר בה ובלא שתהיה כפויה על מי שאינו רוצה בה ומתוך בחירה חופשית.

כשבאים לדון בנושא של בריאות והתנהגויות בריאות לכאורה זה כמו אמהות ופאי תפוחים - מי יכול לומר משהו בגנות אבות המזון של הבריאות - מניעת עישון, תזונה נכונה ופעילות



חברתי וסביבתי. המתחייב מכך הוא שכל ניסיון לשינוי התנהגותו של הפרט בלבד, בלי לשנות את הקונטקסט הסביבתי והחברתי יהיה נדון לכישלון חרוץ. בבחינת האשמה עולה תמיד שאלת הקשר הסיבתי בין גורם המחלה, המחולל, לבין המאכסן. הווקטור של "תחלואת הבריאות" היא ההתנהגות ומידת השפעתה על הבריאות היא הסתברותית באופיה ולא דטרמיניסטית. לכן צריך לגרום להורדת ההסתברות של התחלואה על ידי טיפול בווקטור של התחלואה - ההתנהגות כמו גם בגורמים המאפשרים את התהוותה וקיבועה. "המשפיעים" על המכלול ההתנהגותי כמו עוני, חשיפה סביבתית וחסך חינוכי מהווים גורמי סיכון חשובים יותר לחולי מאשר עישון או אכילה שאינה בריאה.

החיים הם דבר פרטי. הבחירה והאוטונומיה הם נכס של החיים הפרטיים. ישנה בעייתיות בכניסה לדלת האמות של היחיד בהכתבה של ניהול אורח חיים. במהלך על החבל הדק המנסה לאזן בין ה"אוטונומיה" וה"פטרנאליזם" - לכאורה עשויה החברה להכתוב "ערכים" ולכוון התנהגויות למימושם. נוצרת אמירה לגבי מה נכון ומה אינו נכון כערכי חיים. האם ערך הבחירה אינו שקול כנגד מה שאנו מכנים אורח חיים בריא? איפה עובר קו הגבול שבו החברה רשאית ואולי צריכה להתערב בהתנהגותו של הפרט?

המטרה הבסיסית של קידום בריאות היא לשנות התנהגות אנושית ותנאי חיים - אבל אלה תלויים בצורה בה האנשים חיים ובצורה בה הם חושבים ופועלים. יש, לכאורה, ברצון לשנות את הזולת התנשאות מסוימת ואמירה ביקורתית לגבי מערכת הערכים של מי שאינו סוגד לבריאותיות. בריאות היא מושג ערכי ותרגומו הפנימי אינו זהה בתפישתם של אנשים שונים. הציפיות והתקוות צובעות את הבריאות באופן שונה לאנשים שונים בהתאם לחינוך, למצב הסוציאקונומי, ולפוטנציאל הגנטי. ומכאן שאין לנתק את העיסוק בקידום בריאות מהרקע הערכי והקונטקסט הפרטי והחברתי.

אחת הדילמות המרכזיות העולה לגבי האופן בו מפעילים אסטרטגיות לשינוי התנהגויות היא האם השינוי קורה כתוצאה מבחירה חופשית או האם הוא כפוי לטובת הפרט או החברה. אסטרטגיה של השפעה חברתית ניתן לסווג לשלוש קטגוריות מרכזיות: כפיה, מניפולציה ושכנוע. יש כאן רצף מפטרנאליזם לאוטונומיה, רצף מהכתבה וכפיה עד להפעלת בחירה ורצון חופשיים. על כן קמפיינים לשכנוע צריכים לפעול על ידי פניה להיגיון. הגבלת האופציות של הפרט לבחירה חופשית על ידי מניעת מידע, הטעייה והונאה, או על ידי יצירת תחושות אשמה הן צורות של פטרנאליזם שיוצרות דיסוננס בין הבריאות לערכי החיים.

ובכן, מהו הגבול העדין בין טובת הפרט והחברה לבין האוטונומיה האישית ומתי מותר או צריך להפעיל פטרנאליזם רך או קשה? מתי רשאית החברה לכפות התנהגות על מי שאינו בוחר בה? האם רשאית החברה למנוע מהיחיד להזיק לעצמו באמצעות עישון או אכילה גסה או שהיא רשאית להתערב רק כשהמזק האפשרי פולש לתחום הזולת? קריטריונים אפשריים להתערבות וכפיית התנהגויות הם במצבים בהם אין הפרט יכול לקבל החלטה או הכרעה. כאשר שיקול דעתו מוגבל, או כאשר הוא נמצא במצב בו יסכול מנזק משמעותי במידה ולא תהיה התערבות; במצב בו הפרט, במבט לאחור, יסכים שההתערבות הייתה חיונית. מאידך יש המבטלים מכל וכל את הזכות להתערב בסדר העדיפויות האישי. אחת הדרכים להתגבר על הדילמה היא לערב את הציבור בהכרעות אלה במהלך התכנון והיישום של תוכניות קידום בריאות והתערבויות לשינוי התנהגויות. המונחים של חופש בחירה והגדרה עצמית צריכים להיות בבסיסה של כל הכרעה. אכן יסוד בבריאות היא מתן יכולת והעצמה לפרט בנושא השליטה על הבריאות ושיפור ובמקביל לאפשר לו שינויים בתוך החברה והסביבה בה הוא רוצה לחיות.

החשיבה המדעית מכניסה למרחב מושגים כמותיים כמו שיעורי תמותה ותחלואה, גורמי סיכון, מחקרים כפולי סמיות, משתנים תלויים ובלתי תלויים, ניתוחי עלות תועלת. לתוך המרחב הזה יש להכניס מושגים כמו רווחה, יושרה, ערכיות, אוטונומיה, אחריות ואחריותיות, חמלה וסולידריות. במסגרת המאמץ להתמודד עם פניה של הבריאות העתידית התחלנו, כמו הרבה מדינות אחרות, לעסוק בהגדרות של יעדי הבריאות העתידיים במסגרת פרויקט 2020. השותפויות הנדרשות להביא לגמר תכנון ובהמשך יישום הן של מכלול רב של גורמים המעצבים את חיינו כמו חינוך, איכות סביבה, תעשייה, רווחה ואחרים.

לאחר שיצרנו את השותפויות, והגדרנו הגדרות ותכנונו תוכניות - מעבר לכל אלה, יש לזכור שכדי ליצור חברה המתנהגת נכון ויוצרת בריאות יש לכבד את המשוואה הגורסת שבריאות משמעותה מימוש נכון של חופש בחירה ואוטונומיה. ואמר מי שאמר - על הבריאות:

"For most people, health is not life's goal. Public health is not a religion, health is a journey, not a destination. Health is a means to an end, it is a resource for living the full life, not something to be pursued in an obsessive way that denies risk enjoyment and testing limits".



תוכנית לקידום הפה והשיניים והערכתה

בית הספר אחוה, חיפה 2001-2004

ליאורה גולדמן¹, משה גורדון¹, ציפי קחלי¹,
ספא עטאללה-שחאדה¹, שמואל רשפון².

¹ לשכת הבריאות המחוזית חיפה, משרד הבריאות ² ביה"ס לבריאות הציבור אוניברסיטת חיפה

הסקרים הכלל-ארציים של רמת ההתנסות בעששת בגיל 12 שנערכו בשנת 1989 (Zadlik, Zusman, & Kelman, 1992) עם אלו שנמצאו בשנת 2002 (Zusman, Ramon, Natapov, & Kooby, 2005) מצביעה על ירידה של כ-40% בתחלואה. סל הבריאות בישראל כמעט ואינו כולל טיפולי רפואת שיניים לכן, כמעט כל הטיפול מבוצע באופן פרטי, ובתשלום. לפיכך, מי שידם אינה משגת, מצבם הדנטאלי גרוע ממצבם של אלו שיכולים להרשות לעצמם לטפל בשיניהם, בתנאי שיש להם מודעות לצורך בטיפול. מצב זה יוצר פערים בהימצאות עששת בין אוכלוסיות שונות בישראל. פער זה בולט בעיקר בין יהודים וערבים (Zusman et al., 2005).

מניעת עששת תלויה במספר גורמים, בהם רמת הפלואוריד במים וההתנהגות האישית - תזונה, הסרת הרובד הדנטאלי באמצעות צחצוח שיניים ושימוש בחוט דנטאלי - וכן התערבות דנטאלית למניעה, הכוללת מריחת פלואוריד על השיניים ואיטום חריצים (Oral Health, 2000). מסגרת אידיאלית לתוכניות שנועדו להשפיע על התנהגות בריאות היא בתי הספר (Moyses, Watt, & Sheihama, 2003; 2002; Friel, Simoyan & Bander, 2002; Tai, 2001). אחת ההצעות לחינוך לשמירה על בריאות הפה והשיניים היא שילוב הנושא בבתי ספר מקדמי בריאות "מסגרות מקדמות בריאות" (Health Promotion Settings), תפיסה שפיתח ארגון הבריאות העולמי (McBride, Midford, & Cameron, 1999). בבתי ספר אלה מתורגמים העקרונות של אמנת אוטווה למסגרת בית ספרית והם הוכחו כמערכות בעלות השפעה חיובית על מדדי בריאות שונים ובהם בריאות הפה והשיניים (McBride et al., 1999; Moyses et al., 2003). אחת ממטרותיהם של משרד החינוך ומשרד הבריאות בישראל היא קידום בריאות התלמידים. בתי ספר יסודיים במדינה עשויים להיות מסגרות הולמות לתוכניות קידום בריאות, שכן לומדים בהם כל הילדים בני 6-12.

תקציר

עששת השיניים בילדים, על אף תפוצתה הנרחבת, ניתנת למניעה. כמו במדינות העולם המערבי, גם בישראל קיימים פערים בין האוכלוסיות מבחינת מצב בריאות השיניים על פי מצבן הסוציו-אקונומי. בתי ספר הם מסגרת אידיאלית להקניית ידע והרגלי בריאות נכונים. לשכת הבריאות המחוזית חיפה מובילה תוכנית ארוכת טווח בבית ספר יסודי ערבי שתלמידיו באים מרקע סוציו-אקונומי נמוך. מטרת התוכנית, שהחלה בשנת 2001, הייתה יצירת שינויים בכמה רמות: מדיניות בית הספר לגבי קידום בריאות השן, סביבת בית הספר, הידע של המורים והתלמידים בנושא, מטרות נוספות היו שיתוף אימהות ואטימת חריצי שיניים טוחנות קבועות ראשונות של התלמידים. בשנת 2004 נעשתה ההערכה על שינוי הידע ושינוי בעמדות התלמידים בתחום, בהשוואה לשנת 2001, טרום התוכנית. המשתנים שנבחרו לבדיקת עמדות התלמידים התבססו על מודל האמונה הבריאותית (Health Belief Model). ההשוואה נעשתה בין תלמידי כל כיתות א-ו' בשנת 2001 (186 תלמידים) ובין כל תלמידי כיתות א-ו' בשנת 2004 (219 תלמידים). המדידה נעשתה באמצעות שאלון שכלל 14 פריטים. הממצאים מצביעים על שינוי מובהק בכל הרמות ($p < 0.05$).

הקדמה

בתחילת שנות השמונים של המאה ה-20 דווח במדינות המפותחות בעולם המערבי על ירידה ניכרת בשיעורי הימצאות עששת (Decayed Missing Filled Teeth - DMFT) בקרב ילדים בני 5-6 ו-12 (Glass, 1982). עד אז היו שיעורי התחלואה בעששת גבוהים מאוד, והפגיעה הייתה כמעט בכל הילדים. במדינות מתפתחות, לעומת זאת, ניכרה מגמה הפוכה - ברובן נרשמה עלייה בשיעורי התחלואה (Ettinger, 1999).

על פי סקירת מגמות התחלואה בעששת בקרב ילדים ונוער בישראל (Gordon, Sarnat Sagan-Cohen & Mann, 1999), עד שנות השמונים עלתה התחלואה, ולאחר מכן ניכרה בה מגמת ירידה (Ran, 1989). ואמנם, השוואה בין ממצאי



הדבר מאפשר גישות גבוהה של החינוך לבריאות הפה והשיניים לאוכלוסיית הילדים בגיל זה ולהוריהם.

ברוק ואלקאלי (1996) בדקו עמדות והרגלים של 132 תלמידי בית ספר תיכון בישראל בתחום בריאות הפה והשיניים ומצאו בין השאר ש-44.7% מן התלמידים מבקרים אצל רופא שיניים רק בעת כאבים, שרק 52.6% מהתלמידים מכירים בעובדה שעששת נגרמת מהזנחה, וש-66% ייחסו את הופעת העששת ל"מזל רע".

גם בפריטים שבהם הידע היה גבוה, כמו השפעה של אכילת ממתקים בין הארוחות, לא היה קשר בין הידע על נזקי אכילת ממתקים ובין ההתנהגות - אכילת ממתקים בפועל. יש לציין, שרוב המידע של התלמידים בנושא היה מרופאי שיניים ורק מיעוטו, 2.6%, נמסר בבית הספר.

על בסיס ההמלצה להתחיל בשינוי הרגלים בתחום בריאות הפה כבר בגיל בית הספר היסודי יושמה תוכנית ארוכת טווח בבית ספר יסודי "אחוזה" הנמצא באחת משכונות חיפה שרוב אוכלוסייתה ערבית ממעמד סוציו-אקונומי נמוך (אשכול 3, דירוג 1-10, 10 הגבוה ביותר). (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, תש"ס). התוכנית, שהתחילה בשנת 2001, נמשכת עד היום, ונועדה לחזק את הידע ולשנות את עמדותיהם של תלמידי בית הספר על מנת להוריד בקרבם את שיעורי העששת. עד שנת 2005 כלל בית הספר שש כיתות לימוד א'-ו' וגן חובה. מספר התלמידים בו היה 250-280. במסגרת שש שכבות הגיל היו שתי כיתות מקדמות. כ-90% מן התלמידים היו מוסלמים ו-כ-10% נוצרים. מורי בית הספר עברו הכשרה בסיסית מקיפה במשך כל שנות ההתערבות, והיא כללה תכנים רפואיים וחשיפה למודלים של שינוי התנהגות. ההשתלמויות כללו הרצאות, דיונים וסימולציות.

תוכנית ההתערבות

התכנון, היישום והערכת התוכנית התבצעו במשותף על ידי לשכת הבריאות המחוזית חיפה בהובלתם של רופא השיניים המחוזי ומקדמת הבריאות המחוזית ועל ידי צוות בית הספר בהובלתה של מנהלת בית הספר. תוכנית התערבות כללה שינויים במספר רמות:

◆ שינוי מדיניות בית הספר - מתן דגש במדיניות בית הספר לנושא הבריאות בכלל, לתזונה נכונה, ולבריאות הפה והשיניים בפרט. שינוי זה בא לידי ביטוי בהקמת צוות היגוי בית ספרי שכלל את מנהלת בית הספר, שנועד להוביל ולעצב את התוכנית; הוקצתה שעת לימוד שבוע למשך כל השנה לתחום הבריאות בעיקר לנושאים של תזונה נכונה ובריאות הפה והשיניים, הנושאים שולבו במקצועות לימוד שונים.

שיפור מיומנויות - שילוב הכשרה לצוות בית הספר וליזוי מתמשך מעבר לתכנים הבריאותיים, בנייה של ערכות הדרכה לכיתות א'-ג', ד'-ו' ובהן דפי עבודה ומשחקים הקשורים בתרבות הערבית, הוראת הנושא בכיתות וצחצוח שיניים על ידי התלמידים בפעילות כיתתית אחת לחודש. לכל ילד ניתנה מברשת שיניים לשם תרגול של צחצוח שיניים בבית הספר. בשעת הפעילות הזו חולקו לילדים מראות אישיות להתבוננות בשיטת הצחצוח וניתנה להם הדרכה לשיפור המיומנות. נעשה גם שימוש בתיאטרון בובות על מנת להפוך את ההדרכה לחווייתית לילדים.

◆ שינוי סביבת בית הספר - מדי יום, בעת מסדר הבוקר שרו התלמידים שיר שחיברו חבריהם על תזונה ובריאות השיניים.

◆ קישוט כיתות בית הספר והחצר ביצירות התלמידים בנושא.

◆ שיתוף הורים בתוכנית - למשל, הם הוזמנו לצפות בהצגות של התלמידים בנושא.

◆ קיום פעילות משותפת של הורים, תלמידים ומורים. למשל, הוכנה "ארוחת בריאות" המבוססת על פירמידת המזון, מולאו דפי עבודה, ניתנה הדרכה של אנשי מקצוע וחולקו מברשות שיניים ומשחת שיניים במחיר מסובסד לשימוש בית.

◆ איטום חריצי שיניים - במשך שלוש שנים רצופות מתוך חמש שנות התוכנית ביקרו תלמידים של שתי שכבות גיל במרפאת שיניים. מטרות הביקור היו: קביעת מצב בריאות השיניים ובחינת צורכי הטיפול האישיים של כל תלמיד, ביצוע איטום חריצי השיניים הטוחנות הקבועות הראשונות ומפגש חווייתי חיובי של הילדים עם מרפאת שיניים. בשל אילוצי תקציב נעשה האיטום כל שנה רק לשתי שכבות גיל בלבד.

בשנת 2003, נבדקו 76 תלמידים מכיתות א' וב' ובוצעו 210 איטומי חריצים. כמו כן נמצא כי לילדים הללו נדרשו 291 טיפולים של הסרת עששת וביצוע סתימות וכן 36 טיפולי שורש בשיניים הראשונות ו-23 עקירות עקב עששת מתקדמת. רק בשני ילדים לא נמצאה כלל עששת. ההורים קיבלו את ממצאי הערכת בריאות השיניים, אולם רק מספר קטן של הורים, על פי דיווח אחות בית הספר, המשיכו במעקב ובטיפול רפואי בהתאם להמלצות שקיבלו.

תוכנית ההתערבות לוותה בהערכה, שמטרתה הייתה לבדוק שינויים בידע ובעמדות של התלמידים לפני תחילת התוכנית, באפריל 2001 לעומת יוני 2004, שלוש שנים לאחר תחילתה. כלי ההערכה היה שאלון שכלל 14 שאלות סגורות שחולק לכל תלמידי בית הספר. השאלון נכתב בערבית. בכיתות הנמוכות הוא נקרא בעזרת מורה. השאלון כלל 14 פריטים, 11-מהם בדקו ידע: תפקידי השיניים וגורמי העששת, סוגי



טבלה 1:
אחוז המשיבים נכון מכיתות א'-ו' במשתני ידע, 2004 ו-2001

הפריט	2004	2001
תפקיד השיניים	92.0%	80.7%
סוג מזון ועששת	88.5%	55.7%
תפקיד הפלואור	97.5%	91.3%
העיתוי היעיל ביותר לצחצוח שיניים	80.3%	52.2%
העיתוי העדיף לאכילת ממתקים	73.0%	40.8%
תפקיד מסטיק ללא סוכר	60.1%	15.7%
מועדים מומלצים לביקור אצל רופא שיניים	72.9%	50.0%
חשיבות הטיפול בשיני חלב	86.8%	74.2%

טבלה 2:
רמת התפיסה הסובייקטיבית לגבי הסיכוי לחלות בעששת, 2004 ו-2001.

רמת הסיכוי לחלות בעששת	2004	2001
נמוכה*	36.9%	22.1%
בינונית*	36.5%	23.7%
גבוהה*	26.4%	54.0%

* $p < 0.05$

השינוי מובהק $p < 0.05$ שבדק עמדה, אך בניגוד לציפיות, היה בכיוון שלילי, כלומר - פחות תלמידים תופסים שיש להם סיכוי לחלות בעששת.

טבלה 3:
התפיסה הסובייקטיבית לגבי החומרה של מחלת העששת, אפריל 2001 ויוני 2004

רמה נתפסת של חומרה	2004	2001
חמור*	95.8%	81.0%
בינוני*	1.38%	4.32%
לא חמור*	2.76%	14.5%

* $p < 0.05$

מטבלה 3 עולה, כי השינוי מובהק. ב-2004 יותר תלמידים תופסים שעששת עלולה להיות מחלה חמורה.

המזון המזרחים התפתחות עששת, תפקיד הפלואור, העיתוי היעיל ביותר לצחצוח שיניים, העיתוי העדיף לאכילת ממתקים, יתרונו של המסטיק ללא סוכר חמני ביקור מומלצים אצל רופא שיניים. שני פריטים בשאלון בדקו עמדות על בסיס המודל של Health Belief Model: התפיסה הסובייקטיבית של הסיכוי לחלות בעששת והתפיסה הסובייקטיבית של חומרת מחלת העששת. פריט אחד בדק מי הדמות המשמעותית במשפחת התלמיד, על פי תפיסת התלמיד, כדי להנחותה בתחום בריאות הפה והשיניים. לפי המודל, ככל שתגדל תפיסת הסיכוי לחלות במחלה, כך יגדל הסיכוי לשינוי התנהגות, וככל שתגדל התפיסה שמדובר במחלה חמורה, כך יגדל הסיכוי לשינוי התנהגות, (Pan American Health Organization, 2005). ההשוואה נעשתה בין כל התלמידים מכיתות א'-ו' באפריל 2001 ובין כל התלמידים מכיתות א'-ו' בשנת 2004.

מאפיינים של האוכלוסייה הנבדקת באפריל 2001, טרם תחילת התוכנית:

בסך הכל ענו 186 תלמידים שהם 93% מכלל תלמידי בית הספר, מהם 100 בנים (54%) ו-86 בנות (46%). התלמידים הם משש שכבות גיל (כיתות א'-ו'). 147 מהם (79.9%) מוסלמים והיתר נוצרים.

מאפיינים של האוכלוסייה הנבדקת ביוני 2004, ארבע שנים מאז תחילת התוכנית:

בסך הכל 219 תלמידים מתוך 280 תלמידים שהם 78.2% מכלל תלמידי בית הספר, מהם 104 בנים (47.5%) ו-115 בנות (52.5%). לגבי יתר התלמידים לא ידוע המין. התלמידים הם משש שכבות גיל (כיתות א'-ו'). 186 מהם (86.9%) מוסלמים והיתר נוצרים. בדיקת ההשערות נעשתה באמצעות מבחן חי בריבוע. תוצאה של $p < 0.05$ נחשבה למובהקת סטטיסטית.

תוצאות

נמצא שעמדתה של האם היא המשמעותית ביותר במשפחה במה שנוגע לסוציאליזציה של הילדים בתחום הבריאות. ממצא זה חזר וצוין בכל שנות המחקר, בכל שכבות הגיל, לגבי שני המינים. חשיבותו רבה, שכן היו לו השלכות לגבי תוכנית ההתערבות: מאמץ רב הושקע בשיתוף אמהות התלמידים בתוכנית. בכל המרכיבים שבדקו ידע היה שינוי חיובי מובהק בין המדידה טרם התוכנית באפריל 2001 ובין יוני 2004, שלוש שנים מתחילת התוכנית. (טבלה מספר 1).

כל ההבדלים בין שנת 2001 ל-2004 הינם מובהקים.



בהשוואה בין טרום תחילת התוכנית, אפריל 2001, ובין יוני 2004, אחרי שלוש שנות יישומה, נמצא שיפור משמעותי בכל המשתנים חוץ מן המשתנה של תפיסה סובייקטיבית - תפיסת התלמיד את הסיכוי שלו לחלות בעששת.

אמנם בהעדר קבוצת ביקורת אין לייחס את כל השיפור במדדים לתוכנית בלבד, אך הפעלת התוכנית בצורה מערכתית מהווה הסבר מתקבל על הדעת. בעקבות הממצאים נשאלת השאלה, מה איפשר את השינויים החיוביים בכל המשתנים אחרי שלוש שנות היישום. נראה שמספר גורמים חברו יחד ואיפשרו את הצלחת התוכנית, והם:

1. בכל שנת פעילות התקדמה התוכנית על פני הרצף מחינוך לבריאות המתמקד בהעברת ידע בכיתה בלבד, לקידום בריאות. היה לכך ביטוי במספר היבטים: שינוי מדיניות בית הספר לכיוון של יותר שעות ופעילויות שהוקדשו לנושא; רמת השותפות של ההורים בתוכנית; מספר המורים שהיו מעורבים בתוכנית; מידת הכוללניות של התוכנית - מתוכנית לבריאות שיניים בלבד לתוכנית של תזונה נכונה ובריאות השיניים; עיצוב סביבת בית הספר כתומכת בתוכנית, למשל במסדרי הבוקר, בקישוט קירות הכיתות והחצר; צחצוח שיניים אחת לשבוע בכל כיתה כחלק מן השגרה; איטום חריצים לחלק משכבות הגיל.

2. מויסס ועמיתיו (2003), הדגימו שבתי ספר מקדמי בריאות יעילים יותר בהשפעה על בריאות הפה והשיניים מאשר בתי ספר אחרים. התפיסה של קידום בריאות באה לידי ביטוי במדיניות בתי הספר, בחלוקת המשאבים, בתוכנית הלימודים הפורמאלית והבלתי פורמאלית של בית הספר, בסביבה הפיזית של בית הספר, בסביבה החברתית, במערכות היחסים בקרב הצוות, באלו שבין המורים לתלמידים, בין המורים להורים ובשותפויות בין קבוצות אלו. נושאי הבריאות נלמדים בצורה הוליסטית והם כוללים גם פיתוח מיומנויות אישיות כדי לקדם את ה"שלמות" - (well being) של התלמידים. מויסס ועמיתיו (2003) גם מצאו הבדלים ברמת ההתנסות בעששת ובשיעורי טראומה דנטאלית בין תלמידים מבתי ספר מקדמי בריאות ובין תלמידים מקבוצת ביקורת מבתי ספר רגילים. על בסיס ממצאיהם ניתן לשער, שמכיוון שבית הספר הנדון פעל לפי העקרונות של קידום בריאות, אכן חל שינוי חיובי בידע ובעמדות של התלמידים לגבי בריאות השן.

3. כל שנה, לנוכח הממצאים שהתקבלו מההערכה, בדק צוות ההיגוי של בית הספר את דרכי הפעולה והציע דרכים חדשות הולמות יותר לשיפור התוכנית. נראה שניתן לזקוף את השיפור לעובדה שהפעילות בשנת 2004 הייתה הולמת יותר מאשר דרכי פעולה שננקטו בעבר, או להשפעה מתמשכת של עצם התוכנית ארוכת הטווח.

4. מעורבותן הגבוהה של האימהות תרמה להצלחת התוכנית. כאמור, נמצא שעמדת האם היא המשמעותית ביותר במשפחה במה שנוגע לסוציאליזציה של הילדים בתחום הבריאות.

5. בהתבסס על המחקר של פלנדרס (1987) ניתן לזהות עוד שלושה גורמים שתורמו להצלחת התוכנית. הראשון הוא הכשרה רב-שנתית של המורים שהעבירו את ההדרכה לתלמידים בכיתות. אחד ההסברים של פלנדרס לכך שממצאיו הצביעו על חוסר הצלחה של תוכנית מניעה בבריאות השן, היה משך ההכשרה הקצר של המורים - שלוש שעות בלבד. מורי בית הספר אחווה, לעומת זאת, הוכשרו להפעלת התוכנית כבר בשנה הראשונה בהיקף של 40 שעות, וההשתלמות כללה תכנים רפואיים וחיפה למודלים של שינוי התנהגות. מאז אף עבר הצוות הכשרה נוספת כל שנה בהתאם לצרכים. על פי פלנדרס, גם הקשר בין המורים ובין התלמידים תורם להצלחה של תוכנית. ככל שהאנשים המעבירים את ההדרכה לתלמידים מוכרים להם יותר והם בעלי מוטיבציה גבוהה יותר, כך גבוה יותר הסיכוי של התוכנית להשפיע. ואמנם, הצוות שהעביר את ההדרכה בבית הספר אחווה היה צוות מורי בית הספר ואחות בית הספר. צוות זה היה מוכר לתלמידים וחדור מוטיבציה להצלחת התוכנית, שכן אותם אנשים גם היו חברי ועדת ההיגוי שלה.

6. לא רק צוות המורים והכשרתו, לפי פלנדרס, תורמים להשפעת התוכנית, אלא גם משך התוכנית. ואכן, התוכנית בבית ספר אחווה נמשכה יותר משלוש שנים והיקפה כאמור גדל עם השנים.

אחת השאלות החשובות העולה בתוכניות הדרכה היא, אם שינוי בידע מעיד על שינוי ב-DMFT. רוב המחקרים אינם מצביעים על קשר כזה (Stear, Wolfe, Maeder, & Hearz, 1996), אולם המילטון וקולבי (Hamilton & Coulby, 1991) דווקא מצביעים במחקרם על קשר חיובי בין רמת הידע וציוני DMFT.

שינוי בעמדות של התלמידים נמדד כאמור על פי משתנים המבוססים על Health Belief Model. על פי הממצאים,



של השפעת התוכנית על אותה קבוצת תלמידים בהשוואה לקבוצת ביקורת. התוצאות הצביעו על שינוי בקבוצת ההתערבות בהשוואה לקבוצת הניסוי לא רק בידע אלא גם בהתנהגות: צריכת ממתקים נמוכה יותר, צחצוח שיניים לפחות פעמיים ביום, שימוש במשחת פלואוריד וגידול באחוז התלמידים שביצעו איטום חריצים. כן נמצאו הבדלים בין קבוצת הביקורת וקבוצת הניסוי במצב בריאות השיניים. במחקר שקיימת בו קבוצת ביקורת, ניתן לייחס באופן יותר ברור את ההבדלים להשפעה חיובית של התוכנית ואף לקבוע בוודאות שהייתה השפעה ישירה גם על מצב בריאות השיניים, השפעה שלא ניתן לבדוק במחקר הנוכחי. מובן שאין לראות בתוצאות החיוביות סוף הפעילות להשגת המטרה. יש להמשיך בתוכנית על מנת לשמר את ההישגים ולחשוף לנושא כל שנה דור חדש של ילדים והורים.

תודות

למנהלת בית הספר, גב' נוואל סלימן, ששמה את נושא הבריאות על סדר היום הבית ספרי.
לאחות בית הספר, גב' שאדיה סמרי, מובילת התוכנית בבית הספר.

לצוות ההיגוי ולמורי בית הספר היסודי אחווה בחיפה ולתלמידיו ללשכת הבריאות המחוזית חיפה על תמיכתה בתוכנית לוועדה לקידום בריאות של שירותי בריאות הציבור ולפרויקט שיקום שכונות - משרד הבריאות על מימון התכנית.

התפיסה הסובייקטיבית של התלמידים את הסיכוי לחלות במחלה ירדה, בעוד תפיסת החומרה של המחלה עלתה (טבלאות 2, 3). התפיסה של חומרת המחלה גדלה בקרב התלמידים על פי המודל, הקובע שככל שתעלה התפיסה של חומרת המחלה, כך יגדל הסיכוי לשינוי התנהגות. במקביל, תפיסת הסיכוי לחלות ירדה (טבלה 3). ניתן לראות את כיוון השינוי בתפיסה הסובייקטיבית לחלות במחלה כשילי, שכן לפי המודל הוא מפחית את הסיכוי לשינוי, אך זוהי ראייה חד-צדדית, משום שאם נבחן משתנה זה לאורך כל שנות ההתערבות, נראה שכל שנה יורדת תפיסת הסיכוי של התלמידים לחלות במחלה. ייתכן שניתן להסביר זאת על ידי שינוי ההתנהגות של התלמידים בתחום מניעת עששת לאורך שנות ההתערבות - התנהגות שלפי תפיסתם ועל פי ההסברים שהם קיבלו מפחיתה את הסיכון שלהם לחלות בעששת. יתכן, שעליה בתפיסת המסוגלות העצמית, מביאה לידידה בתפיסה הסובייקטיבית של הסיכוי לחלות במחלה.

למחקר זה שתי מגבלות עיקריות: העדר קבוצת ביקורת והעדר משתנים אובייקטיביים הבודקים את הצלחת התוכנית. מגבלות אלו מונעות הסקת מסקנות ברורה לגבי השפעת התוכנית. במחקרם של טאי ועמיתיו בסין (Tai et al., 2001) שנועד לבדוק השפעת תוכנית לקידום בריאות של שש שנים בילדי בית ספר יסודי, כללה קבוצת ההתערבות 233 תלמידים בכיתה א', ובסוף כיתה ו' נמדדו התוצאות



מקורות:

Brook, U., Heim, M., & Alkalai, Y. (1996). Attitude, knowledge and habits of high school pupils in Israel regarding oral health. *Patient Education and Counseling*, 27, 171-17.

Ettinger, R. L. (1999). Epidemiology of Dental Caries- A broad review. *Dental clinical North America*, 43, 679-694.

Flanders, R. A. (1987). Effectiveness of dental health educational programs in school. *Journal of American Dentistry Association*, 114, 239-242.

Friel, S., Hope, A., Kelleher, C., Comer, S., & Salder, D. (2002). Impact evaluation of an oral health intervention amongst primary schoolchildren in Ireland. *Health Promotion International*, 17, 119-126.

Gordon, M., Sarnat, H., Sgan-Cohen, H.D. & Mann, J. (1990). Trends of caries in children and young adults in Israel. Short communication. *Community Dental Oral Epidemiology*, 18, 108.

Glass R. L. (Ed). (1982). The first international conference on the declining prevalence of dental caries. *Journal Dental Research*, 61(Spec. Is.), 1301-1383.

Hamilton, M. E., & Coulby, W. M. (1991). Oral health knowledge and habits of senior elementary school. *Journal of Public Health Dentistry*, 51, 212-219.

Moyses, S.T., Moyses, S.J., Watt, R.G., & Sheihama, M.A. (2003). Associations between health promotion schools' policies and indicators of oral health in Brazil. *Health Promotion International*, 18, 209-218.

McBride, N., Midford, R., Cameron, L. (1999). An empirical model for school health promotion and western Australian school health project model. *Health Promotion International*, 14, 17-24.

Health Development Section, Public Health Division, Department of Human Services. Oral Health (2000). Evidence-based health promotion resources for planning. *Oral Health*, 1, 1-26.

Pan American Health Organization-Regional Office of the WHO (2005). *Youth Choices and Change*, 49-55.

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה תש"ס, נתוני מפקד אוכלוסין 1995, אפיון יחידות גיאוגרפיות וסיווגן, פרסום מס' 13.

Ran, F. (1989). Declining dental caries in Jerusalem School-children. Short communication. *Community Dental Oral Epidemiology*, 17, 217.

Simoyan, O., & Badner, V. (2002). Implementing a school-based dental health program: The Montefiore model. *The Journal of School Health*, 72, 262-263.

Stear, J.E., Wolfe, G.R., Maeder, Z., & Hartz, G.W. (1996). Changes in dental knowledge and self-efficacy scores following interventions to change oral hygiene behavior. *Patient Education and Counseling*, 27, 269-277.

Tai, B., Du, M., Peng, B., Fan, M., & Bian, Z. (2001). Experiences from a school-based oral health promotion programme in Wuhan city, PR China. *International Journal of Pediatric Dentistry*, 11, 286-291.

Zadlik, D., Zusman, S. P., & Kelman, A. M. (1992). Caries prevalence in 5 and 12 years old children in Israel. *Community Dentistry Oral Epidemiology*, 20, 54-55.

Zusman, S. P., Ramon, T., Natapov L., & Kooby, E. (2005). Dental health of 12 year old in Israel – 2002. *Community Dentistry Health*, 22, 175-179.

שימוש במחשב כאמצעי לקידום מניעת היפגעויות

עוביד סמירה², אורנה בראון-אפל¹

בית הספר לבריאות הציבור אוניברסיטת חיפה¹,
שירותי בריאות כללית, מחוז חיפה²

תקציר

רקע: תאונות בית הן בעיה שכיחה הנוגעת לילדים בארץ ובעולם, ותוצאותיה הקשות גורמות סבל רב לילדים ולהוריהם וכרוכות בעלויות גבוהות הן למשפחות הנפגעים והן למערכת הבריאות. במדינת ישראל פגיעות הן הסיבה העיקרית למוות בקרב צעירים בגילאים 1-19 (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2000). אחד המשאבים המרכזיים לקידום של מניעת תאונות הם אנשי המקצוע במערכת הבריאות, אך נראה שהמודעות שלהם לנושא נמוכה, והם ממעטים ליחום ולקדם התערבויות בנושא.

מטרה: מתן ידע וכלים לאנשי המקצוע תוך העלאת הנושא למודעות האחיות והאחים והצבתו על סדר היום במרפאות כדי להביא לנקיטת יוזמה ופעולה לקידום הנושא במרפאות. **שיטות:** נבחרה שיטה חדשה להעשרת הידע של האחים ואחיות בשתי מינהלות השייכות לשירותי בריאות כללית במחוז חיפה. הידע הועבר באמצעות חידון, שהופץ דרך תוכנת הדואר האלקטרוני שאליה מחוברות כל המרפאות. להערכת ההתערבות נקבעו מדדים שכללו: רמת הידע והמודעות, היענות האחיות ושביעות רצונן. המדדים הושוו לקבוצת ביקורת.

תוצאות: בעקבות ההתערבות נצפתה עלייה ברמת הידע והמודעות גם ביחס לקבוצת הביקורת וגם בהשוואה לתקופה שקדמה להתערבות. לפני ההתערבות שום מרפאה לא הייתה בעלת רמת ידע טובה. לעומת זאת, אחרי ההתערבות עלתה רמת הידע, ו-64% מהמרפאות גילו רמת ידע טובה עד טובה מאוד. 85% ממנהלות הסיעוד דיווחו, כי החידון יקל עליהן במידה רבה עד רבה מאוד ליחום תוכניות התערבות בעתיד. רוב האחיות (95%) היו שבעות רצון במידה רבה עד רבה מאוד מהחידון ומהשיטה.

מסקנות: שיטת החידונים כאמצעי לקידום הידע והמודעות בנושא מניעת היפגעויות נמצאה יעילה. בעזרת התערבות זו ניתן אולי להפעיל את הצוות הסיעודי כסוכן שינוי לקידום נושא מניעת היפגעויות בקרב ילדים.

הקדמה

היפגעויות גורמות ל-3 מיליון מקרי תמותה בכל שנה ולעומס על כל מערכות הבריאות ברחבי העולם (Berger & Mohan, 1996). גם בישראל מדובר בבעיה קשה. על פי נתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה שיעור הפגיעה בקרב ילדים היה 35.9 לכל 100,000. בהשוואה לנתונים בין-לאומיים של שיעורי פגיעה הופיעה ישראל במקום הראשון (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2000). על פי נתוני דו"ח 'בטרם' לאומה (2002) בין שלישי למחצית ממקרי התמותה של ילדים מגיל שנה מיוחסים להיפגעויות (תאונות); 22% מכלל האשפחים נגרמים כתוצאה מפגיעות; ובין 28% ל-52% מכלל הפניות למיון מיוחסות לפגיעות. היפגעויות מוגדרות כ"אירוע לא מתוכנן ולא נשלט, שבמהלכו הפעולה או התגובה של חפץ, חומר, אדם או קרינה מסתיימת בהיפגעות של אדם או בהסתברות להיפגעות של אדם" (Heinrich, 1959).

מקובל לסווג את הפגיעות על פי שלושה ממדים: כוונה, גורם הפגיעה (מנגנון) וסוג הפגיעה. כמו כן נהוג להבחין בין שתי קטגוריות להיפגעות: מכוונת ובלתי מכוונת. סוג הפגיעה הוא סוג הפציעה בגוף, למשל: חתך, חדירת גוף זר, כווייה ועוד (חמו-לוטם ודנון, 2003).

מניעת תאונות היא מטרה שכדאי להשקיע בה מכמה סיבות:

- ◆ העלאת הסיכוי להצלת חיים
- ◆ שיפור איכות החיים
- ◆ הורדת עלויות טיפול
- ◆ ניצול טוב יותר של יכולות הייצור של האנשים שלא נפגעו בתאונות.

מסקירת הספרות עולה, כי 71-95% מהפגיעות ניתנות למניעה באמצעים סבירים ופשוטים

(The Department of Health, Social Services & Public Safety, 2003; Onwauchi, Forjuoh, West & Brooks, 1999; Rivara & Grossman, 1996).



אפקטיביות ההתערבות במניעת היפגעויות

הדרך היעילה לקידום כל נושא הנוגע לבריאות היא שילוב בין כל האסטרטגיות היעילות, כפי שכבר הוסכם באמנת אוטווה (World Health Organization, 1986); כלומר, שילוב בין חינוך לבריאות (כמו הדרכה של קבוצות יעד), הפניית מאמצים להעלאת המודעות בתקשורת, העצמת הקהילה ליצירת סביבה מקדמת בריאות ושכנוע של מקבלי ההחלטות להשקיע בקידום הנושא (Laverack & Labonte, 2000; Peterson, Bullard-Cawthorne, Hale, 2000; Klassen, MacKay, Moher, Walker & Jones, 2000).

אסטרטגיות אלה יושמו בתוכניות רבות למניעת היפגעויות בעולם. יעילותן של התוכניות הללו נבדקה במטרה לבחור את השיטה היעילה ביותר, מצד אחד, וכן על מנת לשכנע את מקבלי ההחלטות בחיצות ההשקעה בתוכניות כאלה ובחשיבותן, מצד אחר אנשי הבריאות היוו משאב חשוב לקידום הנושא. במאמר שסקר 22 מחקרים נרדומליים (DiGiuseppi & Roberts, 2000) נבדקה היעילות של קידום בטיחות על ידי אנשי הבריאות, ונמצא כי מתן ייעוץ והדרכה במרפאות היו יעילים מאוד לאימוץ התנהגויות בטיחות בחלק מההיפגעויות, במיוחד הדרכות בנושא שימוש במושבי בטיחות, שימוש בגלאי עשן ושסתום בטיחות המגביל את חום המים בברז. ממצאים דומים עלו בסקירת ספרות באתרי אינטרנט ובעיתונים העוסקים בתחום שערכו (Dowswell et al (1996) באנגליה.

הדרכה למניעת היפגעויות בילדים, הניתנת כחלק אינטגרלי מבדיקת הילד הבריא בתחנות אם וילד בארץ, נמצאה יעילה ובעלת ערך חיובי בחישובי עלות תועלת (Gofin, De Leon & Knishkowsky, 1995).

השימוש במחשב ובשאלון ככלי לקידום בטיחות מהווה שיטה חדשה בתחום. בספרות נבדק הנושא בכמה תחומים. לדוגמה, מחקר שבדק למידה דרך אתרי אינטרנט שנבנו במטרה להגביר את הידע של אחיות בתחומים, כמו סוכרת, מחלות עור ועוד. 39 אחיות שהשתתפו בפרויקט, קיבלו את כתובת האתרים והתבקשו ללמוד על הנושאים באתרים אלה. בהערכת המדדים נמצא, כי חלה עלייה משמעותית ברמת הידע שלהן. כמו כן השיטה ומידת התמיכה שקיבלו האחיות בזמן הפעלת התוכנית זכו להערכה במידה בינונית.

(Wilkinson, Forbes, Bloomfield, and Fincham Gee, 2004) שני מחקרים דומים שהתקיימו בקנדה ובארצות הברית, ובהם העבירו ידע לאחיות דרך אתר אינטרנט, מצאו שיפור ברמת הידע של האחיות שהשתתפו וכן שביעות רצון רבה בקרבן. עם זאת, האחיות דיווחו על קשיים בשימוש במחשב ועל הצורך בהכנה מקדימה לחיזוק מיומנות השימוש בו (Atack, & Rankin, 2002; Tsai et al., 2004). מחקר אחר,

שתיאר תוכנית התערבות להכשרת הצוות הסיעודי לרכישת מיומנויות חדשות לטיפול בחולים קשים באמצעות מחשב, מצא ששיטה זו העלתה את מיומנות הצוות בתחום, והתוכנית נמצאה אפקטיבית (Bremner, & Brannam, 2000). באנגליה פותחה תוכנה מותאמת לאחיות ללמידה של מניעת זיהומים. בהערכת הפרויקט נמצא, כי השיטה נמצאה יעילה במידה רבה ללמידת הנושא עבור מרבית אנשי הצוות שהשתתפו בתוכנית, ובעיקר הצוות של משמרת הלילה (Desai, Philpott-Howard, Wade, and Casewell, 2000). מכאן שהשימוש במחשב ככלי למידה נמצא יעיל במחקרים רבים.

בפרויקט התערבותי זה מטרתנו הייתה להעלות את המודעות ואת הידע בנושא מניעת תאונות בית בקרב מנהלות הסיעוד במינהלת כרמים ובמינהלת קריות של שירותי בריאות כללית בשנת 2004-2005.

שיטות

הפרויקט התמקד באסטרטגיית החינוך וההעצמה של הצוותים הסיעודיים על ידי מתן כלים ופיתוח מיומנויות בנושא. הצוותים שנבחרו היו מנהלות הסיעוד במרפאות שירותי בריאות כללית בשתי מינהלות במחוז חיפה. השיטה התמקדה בהעלאת הידע בנושא היפגעויות בילדים על ידי שימוש בשאלות ותשובות, שהועברו דרך תוכנת הדואר האלקטרוני שאליה מחוברות כל מנהלות הסיעוד בשתי המנהלות.

תיאור השיטה ושלבי הביצוע

בפרויקט השתתפו 39 מרפאות, מתוך 47 המרפאות במחוז, היענות של 82%. רוב המרפאות שלא השתתפו בפרויקט היו מרפאות קיבוציות, שאינן מחוברות לתוכנת הדוא"ל. בשלב מאוחר יותר, עם חיבורן לאינטרנט, הן תקבלנה את תוכנית ההתערבות.

הידע הועבר בצורת חידון, שכלל שאלות בנושא היפגעויות בילדים. האחיות ענו על השאלות אחת לשבוע והחזירו את התשובות למרכזת הפרויקט (ס' ע'). התשובות לשאלות נלקחו מקישורים לאתרים שנשלחו למרפאות דרך תוכנת הדוא"ל. באתרים אלה ניתן היה למצוא את התשובות הנכונות לשאלות החידונים; למשל, האתר של ארגון "בטרם", הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, WHO Safe Kids ועוד. למרפאות הזכות הוצע פרס על פי הקריטריונים שנקבעו מראש, שכללו מענה על כל שאלות החידונים, או מענה נכון לפחות על 80% מהשאלות.

בניית החידונים: החידון כלל שאלות בנושאים הנוגעים למאפייני ההיפגעויות, לקבוצות בסיכון, למנגנון שמוביל להתרחשותן ולדרכי מניעתן. כל חידון כלל ארבע שאלות.



תוצאות

בתרשים 1 מוצגים הנתונים של רמת הידע בחידונים לאחר ההתערבות ובקבוצת הביקורת. בתשובות לחידונים 48% מהמרפאות הציגו רמת ידע נמוכה, ו-16% מהמרפאות הדגימו רמת ידע בינונית (ידעו לענות נכון על 50%-70% מהשאלות).

רמת הידע שנמדדה אחרי ההתערבות עלתה ו-64% מהמרפאות הראו רמת ידע גבוהה. בקבוצת הביקורת הציגו כל המרפאות רמת ידע נמוכה.

בבדיקת המודעות לנושא נמצא, כי 85% מהאחיות ציינו שההתערבות העלתה אצלן את המודעות לנושא במידה רבה עד רבה מאוד.

זאת ועוד, בשאלה שהתייחסה למידה שבה החידון יקל עליהן ליזום יותר התערבויות בעתיד, 85% מהאחיות ציינו, כי החידון עזר להן במידה רבה עד רבה מאוד (תרשים 2). שביעות הרצון מההתערבות ומהשיטה נבדקה על ידי שאלון שהועבר לאחר ההתערבות. בנייתוח השאלונים נמצא, כי מעל 75% מהאחיות היו שבעות רצון בכל המדדים במידה רבה עד רבה מאוד.

שביעות הרצון מהשיטה נבדקה גם היא על ידי שאלון. נמצא כי רוב האחיות היו שבעות רצון במידה רבה עד רבה מאוד גם מהשימוש במחשב ככלי וגם מהחידון (טבלה 1).

דיון ומסקנות

היפגעויות ילדים היא בעיית בריאות קשה, וזה שנים מתמודדים איתה אנשי מערכת הבריאות ומשפחות הילדים הנפגעים. בספרות מתוארות תוכניות התערבות רבות, המצליחות במידה זו או אחרת להביא לקידום הנושא, (DiGuseppi & Roberts, 2000; Klassen et al., 2003) אנשי מערכת הבריאות ממלאים תפקיד מפתח בקידום הנושא על פי מחקרים רבים

(DiGuseppiet et al., 2000; Dowswell, 1996). עם זאת בארץ קיים מחסור בתקציבים ובתקנים היוצר עומס עבודה על הצוותים, ובשל כך יש מעט השתלמויות והשקעה מועטה בעידוד הצוותים לעסוק בקידום בריאות.

פרויקט זה נועד לתת מענה לחלק מבעיות אלה. מטרתו הייתה להעלות את רמת הידע, להעלות את המודעות ולהביא ליחזמות רבות יותר לקידום נושא חשוב זה. השיטה שנבחרה להשגת המטרות הללו היא חדשנית ושונה. מצד אחד, השימוש בחידון היווה אתגר עבור הצוותים ודרכן אותם לחפש את התשובות על מנת לזכות בפרס. מצד אחר, השאלון העלה את נושא מניעת היפגעויות בילדים לסדר יומם למשך 12 שבועות רצופים. נוסף על כך, התאפיינה

בסך הכול היו 21 חידונים שהקיפו 21 נושאים. ובסך הכול 84 שאלות.

שיתוף פעולה: במהלך הישיבות של מנהלות הסיעוד בשתי המינהלות ניתן הסבר על הפרויקט, על מטרותיו ועל אופן התנהלותו. כמו כן הוצע למשתתפות פרס והוסבר על הקריטריונים לזכייה בו.

הפעלת התוכנית: בתחילת כל שבוע נשלח לכל המרפאות המשתתפות חידון דרך תוכנת הדוא"ל. בשבוע הראשון נשלח חידון ראשון, בשבוע השני נשלח חידון שני וכך הלאה. למרפאות ניתן משך זמן של שבוע, לענות על השאלות ולשלוח בחזרה את התשובות, עם שליחת החידון השני והלאה נשלחו תשובות לחידון הקודם. גם התשובות נשלחו למרפאות דרך תוכנת הדוא"ל או בפקס. כל מרפאה התבקשה להכין קלסר עם כל התשובות, כדי שישימש מקור ידע עבור כל הצוות בעתיד.

הפרויקט התחיל בדצמבר 2004 והסתיים בפברואר 2005.

הערכת הפרויקט

הערכת הפרויקט בוצעה הן על ידי השוואה לקבוצת ביקורת והן על ידי בדיקה של רמות הידע לאחר ההתערבות. רמת הידע נבדקה במהלך ההתערבות על ידי קביעת ציון לכל מרפאה על פי נכונות התשובות שניתנו בחידון. נקבעו שלוש דרגות ידע: ידע רב (מעל 70% מהתשובות נכונות), רמת ידע בינונית (50%-70% מהתשובות נכונות) ורמת ידע נמוכה (מתחת ל-50% מהתשובות נכונות). לאחר בדיקת השאלות בזמן ההתערבות סומנו כל השאלות שנענו לא נכון. שאלות אלה נכללו בשאלון שבדק את רמת הידע אחרי ההתערבות. שאלות אלו נשלחו למרפאות המשתתפות בהתערבות שלושה חודשים אחרי סיום הפצת החידונים. נוסף על כך, נבחרה מינהלת במחוז אשר לא השתתפה בהתערבות והיוותה קבוצת ביקורת. מנהלות הסיעוד במינהלת הביקורת קיבלו שאלון שכלל את אותן שאלות שהמרפאות מקבוצת ההתערבות קיבלו לאחר תום ההתערבות. מנהלות הסיעוד מקבוצת הביקורת לא קיבלו כל הכשרה בנושא מניעת היפגעויות לפני הפעלת החידון ואחריו ולא הופנו אל מקורות הידע שהיו לקבוצת המשתתפות. בסוף ההתערבות הועבר שאלון שכלל שאלות על שביעות רצון ועל מודעות נוסף על שאלות הידע. להערכת הפרויקט נבחרו המדדים הבאים: א. היענות האחיות למילוי החידון; ב. שביעות רצון האחיות מהשיטה ומהפרויקט (התשובות דורגו על סולם מ-1, כאשר 1- מרוצה מאוד ו-5 - כלל לא מרוצה); ג. מודעות לנושא וכוונה ליזום התערבויות בעתיד. האחיות התבקשו לדרג את מידת הסכמתן עם המשפטים שבדקו את שני הנושאים הללו על סולם של 1-5, כאשר 1- מסכים במידה רבה ו-5 - כלל לא מסכים.



להתערבות היו כמה מגבלות. ראשית, שיטה כזו מחייבת קיום של מחשב וקישור לאינטרנט בכל מרפאה, ולפי שעה בחלק מהמרפאות אין עדיין מחשב. שנית, דרושה מיומנות שימוש בסיסית במחשב ובתוכנות הנלוות, ומאחר שלא כל האחיות שולטות בשימוש במחשב ובהפעלת תוכנות אלו, קהל היעד עדיין מוגבל.

לסיכום, הפרויקט הצליח להשיג את מטרותיו, להרבות ידע ולהעלות מודעות אצל האחים והאחיות בשתי המינהלות במחוז חיפה של שירותי בריאות כללית. האחיות דיווחו, כי הפרויקט עודד אותן ליזום יותר התערבויות בעתיד, והן היו מרוצות מהשיטה. למרות זאת, הערכות אלו עדיין לא מבטיחות, שהפרויקט יעודד נקיטת יוזמות או התערבויות לקידום הנושא בפועל. ניתן להסיק אפוא, ששימוש במחשב ובשאלונים הוא שיטה יעילה להעלאת המודעות והידע בנושא היפגעויות. העלאת הידע והמודעות בנושא תעודד אולי את הצוותים ליזום תוכניות ברוח זו בעתיד, וייתכן שהצוותים יהיו סוכני שינוי לקידום הנושא בעתיד.

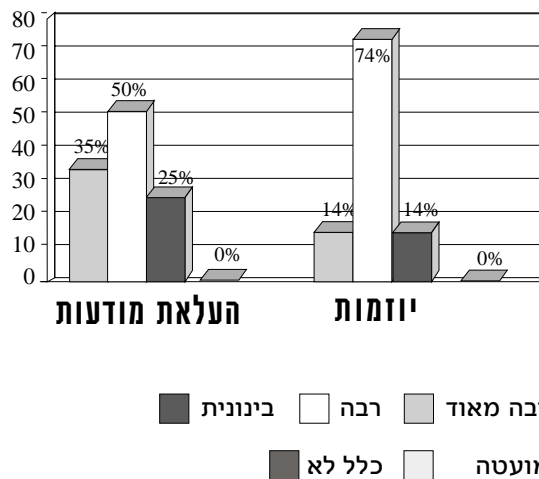
ההתערבות בכך שלא חייבה יציאה מהמרפאה ולא הייתה כרוכה בעלויות כלכליות.

בהערכה שנעשתה נמצא, ששיטה זו יעילה וקלה ליישום. רמת הידע בנושא עלתה אחרי ההתערבות, המודעות של הצוותים לנושא עלתה גם היא, רוב האחיות דיווחו כי השיטה עזרה להן ליזום יותר התערבויות בעתיד, ומדד חשוב לא פחות היה שביעות רצונם הגבוה של הצוותים מהשיטה. רובם ציינו, כי היו רוצים לאמץ אותה לנושאים אחרים. תוצאות אלו תאמו תוצאות של מחקרים אחרים שהשתמשו בשיטות דומות:

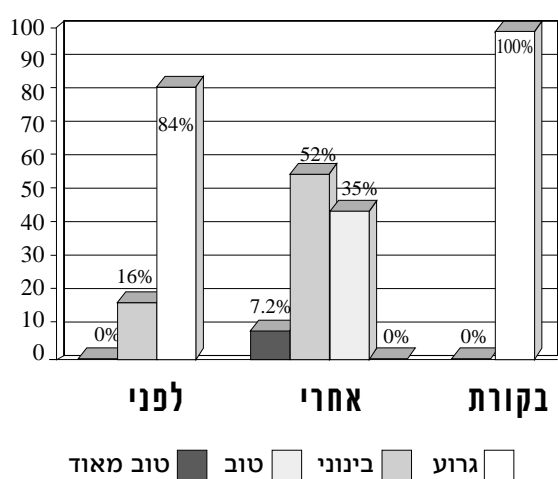
(Wilkinson et al., 2004; Atack et al., 2004; Bremner et al., 2000; Desai et al., 2000)

לטענת האחיות בשתי המינהלות ובעקבות המחקרים שהוצגו (Atack et al., 2004) עולה, כי השיטה הייתה מסורבלת במידה מסוימת. עובדה זו לגיטימית, היות שנושא המחשבים הוא תחום חדש יחסית, ורוב האחיות מיומנות רק בשימוש בתוכנות ניהול תיק רפואי. למרות זאת, סביר להניח שעם הזמן ישתפרו מיומנויות השימוש שלהן במחשב ובאינטרנט.

תרשים מס' 2
מודעות לנושא ויוזמות להתערבויות



תרשים מס' 1
התפלגות רמת הידע לפני ואחרי



טבלה מס' 2 שביעות רצון מהשיטה

בכלל לא	במידה מועטת	במידה בינונית	במידה רבה	במידה רבה מאוד	
0%	7%	0%	64%	29%	שבע רצון באופן כללי:
0%	7%	0%	42%	51%	השיטה אפשרה לך ללמוד את הנושא
14%	21%	28%	21%	14%	השיטה היתה מסורבלת
0%	0%	0%	65%	15%	הענתקת השיטה לנושאים אחרים

מקורות:

Atack, L., & Rankin, J. (2002). Issues and innovations in nursing education a descriptive study of registered nurses experiences with Web-based learning. *Journal of Advanced Nursing*, 40, 457-465.

Berger, L.R., & Mohan, D. (1996). *Injury Control, A Global View*, Delhi: Oxford University.

Bergman, A.B., & Rivara, F.P. (1991). Sweden's experience in reducing childhood injuries. *Pediatrics*, 88, 69-74.

Bremner, M.N., & Brannam, D. J. (2000). A Computer simulation for the entry-level RN: enhancing clinical decision making. *International Journal Nursing Study*, 16, 5-9.

Desai, N., Philpott - Howard, J., Wade, J., & Casewell, M. (2000). Infection control training: evaluation of computer-assisted learning package. *Journal Hospital Infection*, 44, 193-199.

DiGuseppi, C., & Roberts, I. (2000). Individual - level injury prevention strategies in the clinical setting. *The future of children: Unintentional Injuries in Childhood*, 10, 53-82.

Dowswell, T., Towner, E.M., Simpson, G., & Jarvis, S.N. Preventing childhood unintentional injuries - what works? A literature review. *Injury Prevention*, 2, 140-149.

בן נון, ג., וכ"ץ, ח. (2001). השוואה בינלאומית במערכות הבריאות ארצות OECD וישראל 1980-1998 האגף לכלכלה וביטוח בריאות, משרד הבריאות.

ארגון בטרם. (2004). דוח בטרם לאומה. פתח- תקווה, ארגון בטרם.

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. (2000). סיבות מוות 1996-1997. מס. 1124, ירושלים: הוצאת המחבר י.חמו לוטם, מ. ודנון, (2003).

היפגעות ילדים בתאונות בישראל: תמונת מצב ואסטרטגיות למניעה. פתח-תקווה, ארגון בטרם.

פיקר, א., תורן, א. (2004). המחסור הצפוי באחיות מוסמכות בישראל. הרפואה, 143, 799-803.

תל-דן, פ. (2005). סקירה כללית, פורום המדענים הראשיים- ועדה עליונה ומתאמת למגזר המו"פ הממשלתי. אתר משרד המדע והטכנולוגיה.



- Fink, C., and Kenny, C. J. (2003). 'W(h)ither the digital divide?'. *Info –The Journal of Policy, Regulation and Strategy for Telecommunications*, 5, 15–24.
- Gofin, R., De Leon, D., & Knishkowsky, B. (1995). Injury prevention program in primary care: process evaluation and surveillance. *Injury Prevention*, 1, 35-39.
- Heinrich, H.W. (1959). *Industrial Accident Prevention*. 4th Edition, McGraw Hill, New York.
- Klassen, T.P., MacKay, J.M., Moher, D., Walker, A., & Jones, A.L. (2000). Community-based Injury prevention interventions. *Future Child*, 10, 83-110.
- Onwauchi-Saunders, C., Forjuoh, S.N., West, P., & Brooks, C. (1999). Child death reviews: a gold mine for injury prevention and control. *Injury Prevention*, 5, 276-279.
- Laverack, G., & Labonte, R. (2000). A planning framework for accommodation of community empowerment goals within health promotion programming. *Health Policy and Planning*, 15, 255–262.
- Peterson, N.M., Bullard-Cawthorne, L., & Hale, L.J. Community-based injury prevention programs: toward a safer Wisconsin. *Wisconsin medical journal*, 9, 6-22.
- Rivera, F.P., & Grossman, D.C. (1996). Prevention of traumatic deaths to children in the United States: how far have we come and where do we need to go? *Pediatrics*, 97, 791-797.
- The Department of Health, Social Services and Public Safety. (January, 2003). A five Year Home Accident Prevention Strategy and Action Plan. Consultation Document.
- Tsai, S. L., Tsai, W.W., Chai, S. K., Sung, W. H., Doong, J. L., & Fung, C. P. (2004). Evaluation of Computer – assisted Multimedia instruction in intravenous injection. *International Journal Nursing Studies*, 41, 191-198.
- Samuel, M., Coombes, J. C., Miranda, J. J., Melvin, R., Young, E., & Azamina, P. (2004). Assessing computer skills in Tanzanian medical students: an elective experience. *BMC Public Health*, 4, 37. doi, 10.1186/1471-2458-4-37.
- World Health Organization. (1986). *Targets for Health for all*. WHO Regional Office for Europe Copenhagen.
- Wilkinson, A., Forebs, A., Bloomfield, J., & Fincham Gee, C. (2004). An exploration of four web-based open and flexible learning modules in post- registration nurse education. *International Journal Nursing Studies*, 41, 411-24.



סקירות

תקשורת ההמונים:

חרב פיפיות לקידום בריאות הנפש

ענת קליין¹, דפנה למיש²

ביה"ס לבריאות הציבור, אוניברסיטת חיפה¹ ראש החוג לתקשורת, אוניברסיטת תל-אביב²

תקציר

מאמר זה מסכם מחקרים שפורסמו בשני העשורים האחרונים אודות חלקם של אמצעי תקשורת-ההמונים בעיצוב ובהנחה של סטיגמות הנלוות להפרעות נפשיות - מצד אחד, ואודות תרומתם לקידום בריאות-הנפש בהפחתה של סטיגמות אלה - מצד שני.

המאמר מתרכז בשלושה היבטים: הראשון דן בתפישות ובסטיגמות הנלוות להפרעות נפשיות ובעמדות החברתיות כלפי חולי הנפש וכלפי המטפלים בהם. השני מתרכז בתיאורים של הפרעות-נפש והלוקים בהן באמצעי תקשורת-ההמונים ובהשפעתם ואילו השלישי בוחן את השימוש באמצעי תקשורת-ההמונים להפחתה של סטיגמות.

מסקירת המחקרים עולה, כי התיאורים של הפרעות נפשיות והסובלים מהן באמצעי תקשורת-ההמונים הם מעוותים, בשל אי-דיוק, הגזמה, או ידע מוטעה. החולים מוצגים לא רק כמזרחים ושונים, אלא גם כמסוכנים וכך מנציחים תפישות מוטעות וסטיגמות. בולטים בהיעדרם מחקרים הבודקים את הקשר בין תיאורים אלה לסטיגמות הנלוות להפרעות נפשיות ולסובלים מהן, כמו גם הגדרה משותפת ומוסכמת של "הפרעות נפשיות".

בהנחה שביכולתם של אמצעי תקשורת-ההמונים לעצב גם תפישות המתנגדות לדיעות קדומות, סביר להניח שניתן להסתייע בהם להפחתה של סטיגמות ולשינוי עמדותיו של הציבור כלפי הסובלים מהפרעות נפשיות. לשם כך יש להעמיק את הידע שלנו בנושא, תוך עריכת מחקר נוסף בתחומים עליהם מצביע המאמר. בנוסף, מודגשת חשיבותו של מחקר כזה - על העיתונות הישראלית - לקידום בריאות-הנפש בישראל.

הקדמה

למרות העובדה שאין עדיין מרפא להפרעות נפשיות, ניתן להקל על סבלם של הלוקים בהן בטיפולים שונים. עם זאת,

קידום בריאות-הנפש תלוי במידת היענות קהל היעד לקבל סיוע מקצועי. רק שיעור נמוך מקרב הלוקים בהפרעות נפשיות פונים לסיוע זה בעיקר בשל החשש מהסטיגמות הנלוות להפרעות נפשיות ומהשלכותיהן השליליות (Brown & Bradley, 2002). שכן, הפרעות-נפש הן בין התופעות הסטיגמטיות ביותר בחברה, (Corrigan & Penn, 1999). הסטיגמות מפריעות להשתלבותם החברתית של הלוקים בהפרעות-נפש, פוגעות בזכויות האזרח שלהם, בדימוי העצמי ובחיי המשפחה ועלולות לגרום לאפלייתם בתעסוקה ובדיוור (Link et al., 1999). נראה, כי אמצעי-תקשורת-ההמונים מהווים מקור חשוב למידע על בריאות-הנפש וממלאים תפקיד נכבד בטיפוח תפישות וסטיגמות (Whal, 2004). תפקידם בישראל מקבל אף משנה חשיבות לאור הרפורמה בשירותי בריאות-הנפש.

במסגרת הרפורמה - שסוכמה ב-1995 עם חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי - האחריות בתחום בריאות הנפש אמורה לעבור ממשד הבריאות לקופות-החולים ומרכז הכובד בטיפול הפסיכיאטרי יועבר מבית-החולים לקהילה (אבירם, 1996; מרק ושות', 1996), שלהצלחתה נדרשת אוכלוסייה בעלת תפישות מושכלות.

אמצעי תקשורת - ההמונים כמקור מידע, כמטפחי תפישות וכמעצבי עמדות

מחקרים הראו, כי אמצעי-תקשורת-ההמונים משמשים כמקורות-המידע העיקריים לציבור בנושאי בריאות ורפואה וכי יש להם השפעה רבה עליו, כולל בטיפוח תפישות וסטיגמות (Flora, Maibach & Maccoby, 1989; O'Keefe, Hartwig & Brown, 1998).

חוקרים הראו, כי אמצעי תקשורת-ההמונים לא רק משקפים את עמדות הציבור וערכים הנוגעים למגובלות ולמחלות, אלא גם נוטלים חלק בעיצובם, הן באופן לא מכוון באמצעות



שיטות

לצורך הסקירה, נאספו מאמרים שפורסמו בין 1985 ל-2005, ונמצאו במאגרי הנתונים: Sociological Abstracts Medline, Psychoinfo, תוך שימוש במלות המפתח: mental health, mental illness, psychiatric disorders, media, television, newspaper, magazines, Internet, World Wide Web, stigma and prejudice. המאמרים כוללים מחקרים אמפיריים בשיטות מחקר כמו גם סקירות. לא נכללו news items, מאמרי מערכת, ומאמרים לא בשפה האנגלית. כמו כן מופיעים בסקירה מאמרים וספרים נוספים, הקשורים לנושא, שסייעו במתן רקע או פרשנות נוספים לחומר שנמצא במאגרי הידע.

סטיגמה והפרעות נפשיות

25%-20% מאוכלוסייתנו של כל מדינה בעולם סובלים מהפרעה נפשית או נזירופסיכיאטרית במהלך חייהם (WHR, 2001). בישראל, החשופה ללחצים טראומטיים חוזרים ונשנים (קרבות או אירועי טרור), משפיעות על בריאות-הנפש גם השלכות המצב הביטחוני. התושבים כאן נאלצים להתמודד עם הפרעות פוסט-טראומטיות לעיתים גם שנים רבות לאחר האירוע (SGR, 2002; נריה ושות', 1998). רק 20%-35% מהסובלים מבעיות-נפש מגיעים לטיפול, למרות שהטיפולים המקובלים במחלות אלה הם יעילים ולא יקרים, (Wedding & Boyd, 1999; WHR, 2001). דעות קדומות והחשש מסטיגמות הם בין הגורמים העיקריים לעובדה שאנשים רבים, הסובלים מבעיות - נפש אינם מחפשים סיוע, או דוחים אותו לשלב מאוחר, (Philo, 1999; Lipczynska, 2005). אנשים הסובלים מדיכאון, לדוגמה, חשים מבוכה להיוועץ במומחה, מחמת הפחד מסטיגמטיזציה ומחשש לפגיעה במקום תעסוקתם (Regier et al., 1988). כך, למשל, פוגעת הסטיגמה במאמץ להוריד את שיעור ההתאבדויות (Philo, 1996), שכן, הוכח קשר ישיר בין דיכאון להתאבדות (Wilkinson, 1994; Beautrais, 2000). על אף שהדימוי של הפרעות נפשיות בעיני הציבור לא היה הגורם היחיד שעיצב את המעבר לטיפול קהילתי בלוקים בהפרעות נפשיות, הוא נטל חלק משמעותי בדחייתו (Glasson, 1996), שכן, מחקרים מצביעים על תפישות שליליות בקרב הציבור אודות הפרעות הנפש והסובלים מהן. קיימת עדיין נטייה חזקה לראות באנשים אלה עצמם את הגורם למחלתם, (Wedding & Boyd, 1999; Crisp et al., 2000). הסטיגמות מפריעות להשתלבותם החברתית של הלוקים בהפרעות-נפש,

סיקור חדשותי ותוכניות בידור והן באופן מכוון באמצעות פרסומות ומסעות-הסברה (Hafferty & Foster, 1994). (קלון, 2001). הם פועלים כסוכני חיברות, שיכולים להשפיע על ההבנייה של סטיגמות הנלוות להפרעות נפשיות ועל הנצחתן, בהתאם לתיאוריית הלמידה החברתית ולתיאוריית הטיפוח (cultivation). תיאוריית הלמידה גורסת, כי אנשים לומדים על המציאות גם דרך צפייה או האזנה לאמצעי תקשורת, ולא רק בדרך של התנסות ישירה,

(Bandura, 2002). לטענת תיאוריית הטיפוח, ככל שהצפייה בטלוויזיה היא רבה יותר, כן נוטים לאמץ תפישות וערכים המוצגים בה (Gerbner, 2002) ולפיקחם עשויים לאמץ את השקפת העולם והתפישות המוצגות בה לגבי הפרעות נפשיות. לכיסוי נושאי בריאות באמצעי תקשורת-ההמונים מיוחס תפקיד נכבד בהעלאת נושאים לסדר-היום, הן של הציבור והן של מקבלי החלטות (Dearing & Rogers, 1996). סדר היום של התקשורת בא לידי ביטוי בשכיחות שהיא מציגה נושאים מסויימים ובבולטות שהיא מעניקה להם מבחינת הסיקור (McCombs, 1994). בישראל, לדוגמה, נושאים הקשורים במדיניות בריאות, כמו הקצאת משאבים לפי עדיפויות או הכנסת טכנולוגיות לסל הבריאות, מקבלים חשיפה קטנה יחסית בעיתונות הכתובה והמשודרת (Guttman, 2001) ומודעות הציבור לגביהם מוגבלת בהתאם (Gross & Brammli-Greenberg, 2002). אך לא רק לשכיחות ולבולטות הנושאים בתקשורת יש השפעה על עמדות ועל סדר-היום, אלא גם למסגור (framing) שלהם. כלומר, לדרך שבה הם מוצגים, מאורגנים ומקבלים פרשנות יש השפעה מכרעת על הדרך שבה חושב עליהם הציבור, (Goffman, 1986; Entamn, 1993).

בהנחה שמסגור שלילי של הפרעות נפשיות תורם לתפישות מוטעות ולמיתוסים הנלווים אליהן ולעמדות העוינות כלפי הסובלים מהן וכלפי המטפלים בהם, סביר להניח שגם מסגור חיובי של הנושא בתקשורת-ההמונים עשוי להשפיע על תפישות - באופן שיפחית סטיגמות וכך יתרום לשינוי בעמדות הציבור כלפי החולים.

על-מנת להסתייע באמצעי תקשורת-ההמונים להפחתת סטיגמות ולשינוי עמדות שליליות כלפי אנשים עם הפרעות נפשיות, יש להבין תחילה את תפקידם בעיצוב סטיגמות ובהפצתן. סקירה זו מסכמת מחקרים בנושא ומתרכזת בשלושה היבטים: הראשון דן בתפישות ובסטיגמות הנלוות להפרעות נפשיות ובעמדות החברתיות כלפי הלוקים וכלפי המטפלים בהן. השני מתרכז בתיאורים של הפרעות-נפש והלוקים בהן באמצעי תקשורת-ההמונים ובהשפעתם ואילו השלישי בוחן את השימוש באמצעי תקשורת-ההמונים להפחתת של סטיגמות. כמו-כן, המאמר מצביע על תחומים שבהם נדרש מחקר נוסף להעמקת הידע שלנו בנושא. בנוסף הוא גם מדגיש חשיבותו של מחקר כזה - על העיתונות הישראלית - לקידום בריאות-הנפש בישראל.



פוגעות בזכויות האזרח שלהם, בדימוי העצמי ובחיי המשפחה ועלולות לגרום לאפלייתם בתעסוקה ובדיור (Link et al., 1998). הן רווחות בקרב יותר משליש מהקהילה בצפון אמריקה ובאירופה (Bagley & King, 2005). התפישות הרווחות הן שהלוקים בהפרעות נפשיות (לא רק אנשים הסובלים מסכיזופרניה, אלא גם הסובלים מדיכאון קשה) הם מסוכנים, מוגבלים התפתחותית או בעלי מנת משכל נמוכה, לוקים בקשיי תקשורת, אינם מסוגלים לתפקד, להחזיק במשרה או לתרום משהו, חסרי כוח-רצון או עצלים. נפוצות האמונות, כי אנשים עם סכיזופרניה אינם מסוגלים לעבוד בתפקידים רגילים, כי הם בעלי אישיות חצויה ושהם בלתי צפויים ומסוכנים לציבור בשל התנהגותם האלימה (Arboleda-Florez, 2002; Crisp et al., 2000). אומנם רוב הציבור אופטימי לגבי שיפור המצב בעקבות טיפול, פרט למצבם של הסובלים מסכיזופרניה ומדיכאון קשה, שלתפישתו, לעולם לא יחלימו (Crisp et al., 2000), אולם מחקר אחר מצביע על דעותיו השליליות של הציבור כלפי תרופות פסיכותרופיות (Pshchotropic drugs) וכלפי טיפול בהלם חשמלי, הנתפש כיותר מזיק ממועיל. דעות אלו הן גם בניגוד לדעותיהם של מומחים לבריאות-הנפש, הטוענים ליעילותן של תרופות נגד-דיכאון ותרופות אנטיפסיכוטיות. החשש העיקרי של הציבור הוא מתופעות-לוואי כגון תלות ונזק מוחי. חששותיו מבוססים על האמונה, שהטיפולים מתרכזים בסימפטומים ולא בגורמים למחלה. לעומת-זאת, התערבות פסיכולוגית נתפשת בעיני הציבור כיעילה מאוד לטיפול בהפרעות נפשיות, וכך גם תרופות טבעיות כגון ויטמינים ועשבי-מרפא (Jorm, 2000).

ייצוגים של הפרעות נפשיות, הלוקים בהן ומטפליה באמצעי תקשורת-ההמונים והשפעתם

מרבית המחקרים, המצביעים על תפישות מוטעות ועמדות שליליות כלפי הלוקים בהפרעות נפשיות, אינם מספקים ידע אודות המקורות לתפישות אלה. (Crisp et al., 2000; Jorm, 2000). אחד המקורות הם קרובי משפחה או חברים, הסובלים מהפרעות נפשיות, אבל נראה, שגם לאמצעי-תקשורת-ההמונים חלק מכריע באספקת מידע בתחום זה (Jorm, 2000; Wahl, 2004). אומנם, הדימויים של הפרעות נפשיות באמצעי-התקשורת אינם נרדפים לעמדות הציבור, אבל הרעיון של כתם מוסרי - העולה מתקשורת-ההמונים - בולט גם בממצאים העולים ממחקרים על דעת קהל (Sayce, 2000). נראה, כי לאמצעי-תקשורת-ההמונים חלק מכריע בטיפוח ובהנצחתן של הסטיגמות הנלוות להפרעות נפשיות, שכן, למרות שכחותן הגבוהה, המגע הנפוץ ביותר של הציבור הרחב עם הפרעות אלה הוא בעיקר הודות להם, ובעיקר הודות לטלוויזיה (Sayce, 2000; Jorm, 2000). בעיתונות המשודרת ובסרטים מתוארות הפרעות נפשיות בתדירות רבה יותר מכל מוגבלות אחרת, בעוד כמות הסיקור שהן זוכות בה בעיתונות הכתובה היא פחותה מזו שמקבלות מוגבלויות גופניות (Byrd & Elliot, 1988).

עיוות דמותם של חולי הנפש

טענה מרכזית של מחקרים רבים העוסקים בניתוח תכנים היא, כי המסגור השלילי של הפרעות נפשיות בז'אנרים שונים של אמצעי תקשורת-ההמונים תורם להנצחת עמדות שליליות

פוגעות בזכויות האזרח שלהם, בדימוי העצמי ובחיי המשפחה ועלולות לגרום לאפלייתם בתעסוקה ובדיור (Link et al., 1998). הן רווחות בקרב יותר משליש מהקהילה בצפון אמריקה ובאירופה (Bagley & King, 2005).

התפישות הרווחות הן שהלוקים בהפרעות נפשיות (לא רק אנשים הסובלים מסכיזופרניה, אלא גם הסובלים מדיכאון קשה) הם מסוכנים, מוגבלים התפתחותית או בעלי מנת משכל נמוכה, לוקים בקשיי תקשורת, אינם מסוגלים לתפקד, להחזיק במשרה או לתרום משהו, חסרי כוח-רצון או עצלים. נפוצות האמונות, כי אנשים עם סכיזופרניה אינם מסוגלים לעבוד בתפקידים רגילים, כי הם בעלי אישיות חצויה ושהם בלתי צפויים ומסוכנים לציבור בשל התנהגותם האלימה (Arboleda-Florez, 2002; Crisp et al., 2000). אומנם רוב הציבור אופטימי לגבי שיפור המצב בעקבות טיפול, פרט למצבם של הסובלים מסכיזופרניה ומדיכאון קשה, שלתפישתו, לעולם לא יחלימו (Crisp et al., 2000), אולם מחקר אחר מצביע על דעותיו השליליות של הציבור כלפי תרופות פסיכותרופיות (Pshchotropic drugs) וכלפי טיפול בהלם חשמלי, הנתפש כיותר מזיק ממועיל. דעות אלו הן גם בניגוד לדעותיהם של מומחים לבריאות-הנפש, הטוענים ליעילותן של תרופות נגד-דיכאון ותרופות אנטיפסיכוטיות. החשש העיקרי של הציבור הוא מתופעות-לוואי כגון תלות ונזק מוחי. חששותיו מבוססים על האמונה, שהטיפולים מתרכזים בסימפטומים ולא בגורמים למחלה. לעומת-זאת, התערבות פסיכולוגית נתפשת בעיני הציבור כיעילה מאוד לטיפול בהפרעות נפשיות, וכך גם תרופות טבעיות כגון ויטמינים ועשבי-מרפא (Jorm, 2000).

אפילו לפסיכיאטרים יש לעיתים קרובות עמדות שליליות כלפי הלוקים בהפרעות נפשיות - ייתכן שאף שליליות יותר מאלה של הציבור הרחב - בשל דעות קדומות, ובהתנהגות זו הם תורמים להנצחת הסטיגמות הנלוות למחלות אלה (Chaplin, 2000; Sartorius, 2002).

עמדות של תיוג רווחות גם בקרב קובעי מדיניות, בשל תפישות לפיהן הלוקים בהפרעות נפשיות הם מסוכנים, עצלים, לא אמינים ובלתי ניתנים להעסקה ושמחלות-נפש הן חשוכות-מרפא בדרך-כלל ואינן מגיבות לטיפולים הרפואיים המקובלים. תפישות אלה משפיעות על נכונות הרשויות לספק משאבים נאותים יותר לטיפול בהם,

(Sartorius, 1999; Gureje & Alem, 2000). על אף שלא קיימת הוכחה המצביעה על קשר ישיר בין לחצים סיבבתיים - כמו סטיגמות - לבין אפליה, קיימת עדות לתוצאותיהן השליליות על בריאות גופנית, על הערך העצמי ועל חיי המשפחה (Miller & Major, 2000). הסטיגמות גורמות לאפלייתם בתעסוקה ובדיור ובעטין הם חשים מבודדים חברתית ומנוזים מהקהילה - (Crisp et al., 2000; Arboleda Florez, 2002). אנשים עם



בכך שכבר מגיל צעיר נחשפים ילדים, בתהליך החיברות, לסטיגמות הנלוות להפרעות נפשיות. סטריאוטיפים ותוויות (labels) של הפרעות אלה בסרטי ילדים ובתוכניות טלוויזיה לילדים, בייחוד באנימציות של קריקטורות, מצביעים על מגמה של סטיגטיזציה (Wilson et al., 2000; Wahl, 2003a; Lawson & Fouts, 2004).

בתוכניות טלוויזיה בולט לא רק הקישור של אלימות לאנשים עם הפרעות נפשיות, אלא גם המגמה של הטלת האחריות לשערוריות ולטרגדיות, הקשורות אליהם, על המדיניות התומכת בטיפול קהילתי בהם (Rose, 1998). גם הסרט עתיר השבחים "נפלאות התבונה", העוסק במחלתו של חתן פרס נובל, הפרופסור ג'ון נאש, ונחשב לאחת הדוגמאות יוצאות הדופן, המיטיבות לתאר נכונה את מחלת הסכיזופרניה, תורם אף הוא לתפישה לא אמינה של המציאות. המחלה מתוארת בו כמלווה בהזיות ויזואליות, בעוד שבמציאות מדובר בשמיעת קולות מדומים. בנוסף, יש בסרט נטייה לרומנטיזציה של המחלה בכך שקושרים אליה גאונות. יש בכך עיוות המציאות, שכן מחקרים הראו, כי גאונות קשורה יותר למאניה-דפרסיה מאשר לסכיזופרניה (Duke & Hochman, 1993). בסרטים ניכרת סטיגטיזציה לא רק של הפרעות נפשיות, אלא גם של הפסיכיאטרים. הם מתוארים כמשוגעים (Walter, 1989), לעיתים קרובות כמוקיונים תמהוניים, שטופי רוע, זימה ותאוותנות וגורמים מדכאים ונקמנים של החברה. הפסיכיאטריות לעומתם מתוארות כנשים חסרות אהבה וסיפוק (Gabbard & Gabbard, 1992). הפסיכותרפיסטים מצטיירים בסרטים ובאמצעי-תקשורת אחרים כאנשים המנצלים את כוחם ופוגעים בפרטיותם של אחרים (Von Sydow & Reimer, 1998). חוקרים מצביעים על הבניית מציאות מעוותת המדגישה את כוחו של הפסיכיאטר לעומת נחיתות המטופל, באמצעות פרסומות לתרופות פסיכותרפיות, בייחוד לנוכח העלייה ביכולתו לשלוט במטופלים בסיוע תרופות אלה (Metzl, 2004).

הטייה מיגדרית (Gender bias)

עיוות מסוג אחר באמצעי-התקשורת, של הפרעות נפשיות בא לידי ביטוי במגמה של יחס סקסיסטי כלפיהן. ניתוח תוכן במגזינים של נשים מצביע על הקלה בחומרת בעיות-נפש של נשים לעומת בעיותיהם של הסובבים אותן, בייחוד שותפיהן לחיים, ועל התעלמות מפתרונות לריפוי. במגזינים אלה בולטת התמקדות ב"לחץ" ובפחד ממקומות פתוחים (agoraphobia) כמגבלות נפשיות של נשים, והתעלמות מהפרעות נפשיות חמורות יותר כסכיזופרניה ותסמונת ביפולארית (Beal & Gardner, 2000). במגזינים פופולאריים נמצא ייצוג-יתר של גברים כמציגי בעיות וכמודלים להדגמת בעיות בריאות: בדיונים על פסיכוזות, הפרעות אישיות ובעיות ילדות.

של הציבור כלפי החולים (Sieff, 2003). לטיפוח ולחיזוק הסטריאוטיפים השליליים של הלוקים בהפרעות נפשיות – כקבוצה הומוגנית טפילה, חסרת זהות חברתית חיובית, שחבריה מאופיינים כמסוכנים, לא צפויים ולא יציבים – תורמים במיוחד הדיווחים הסלקטיביים בעיתונות הכתובה והמשודרת. הם מתמקדים באופן סנסציוני בתיאורים דרמטיים של תקיפה אלימה ורצח, המבוצעים במכוון על-ידי אנשים עם הפרעות נפשיות ומתארים את הפושע כחשוד כפסיכופט,

פרנואיד, דכאוני או סכיזופרני, (Hillert et al., 1999; Wahl, 2003). ההתמקדות במקרים משפטיים בדיווח החדשותי ותיאורים, המתרכזים בתת-קבוצה אלימה, משפיעים על עמדות הציבור כלפי חולי-הנפש וחותרים תחת ניסיונם של מקדמי בריאות-הנפש להכחיש את הקשר בין הפרעות נפשיות לאלימות במאמצייהם לצמצם את הסטיגמה של מחלות אלה

(Angermeyer & Schulze, 2001). סיקור סלקטיבי של אמצעי-התקשורת אודות תקיפות שביצעו אנשים עם סכיזופרניה, לדוגמה, מחזק את הקשר בין אלימות וסכיזופרניה ואת הסטריאוטיפים של כלל הלוקים בהפרעות נפשיות כמסוכנים ובלתי צפויים, ומביא לעמדות שליליות כלפיהם ולהתרחקות הציבור מפניהם

(Angermeyer & Matschinger, 1996; Philo, 1997; Wahl, 2004). שלא כמו הפרעות נפשיות אחרות, בהן מדגישה העיתונות הכתובה את מוטיב האלימות והפשע, לגבי דיכאון היא מדגישה את הצורך להגן על החולה מפני פגיעה עצמית (Rowe et al., 2003).

גם תיאוריהם של אנשים הלוקים בהפרעות נפשיות בדרמות טלוויזיוניות או בסרטי קולנוע – כאלימים ובלתי צפויים, כקורבנות או כבלתי מסוגלים להחזיק במקום עבודה – תורמים לסטריאוטיפים השליליים שלהם

(Hillert et al., 1999; Byrne, 1998; Wilson et al., 1999). סרטים אלה נתפשים כתורמים העיקריים לסטיגמה של כלל ההפרעות הנפשיות, לעמדות השליליות כלפי הסובלים מהן ולתפישה כי הם מסוכנים וכי יש להרחיקם מהקהילה על-ידי אשפוחם (Wahl & et al., 1998)

אמצעי-התקשורת לא מבהירים לציבור, כי רק מיעוט מקרב הסובלים מהפרעות נפשיות מבצע פשעים חמורים ושאהחז האלימות הכללית, המיוחס להפרעות הנפשיות הוא נמוך ואינו עולה על 14%,

(Monaham, 1997; Angermeyer & Schulze, 2001) עם זאת, הפרעות נפשיות נמצאו בין שאר הגורמים לעלייה באלימות בקרב ילדים ומתבגרים

(Colon-de-Marti & Marti-Calzamilia, 2000) מסתבר, כי דעות מתייגות רווחות בקרב צעירים יותר מאשר בקרב מבוגרים (Bolton, 2000), עובדה שניתן אולי להסביר



ומתמקדים בכשלים ובמחדלים בלבד (Berlin & Malin, 1991) ומצעי-התקשורת נמצאו גם כתורמים העיקריים לידע ולעמדות השליליות של סטודנטים לרפואה כלפי הטיפול בהלם חשמלי באנשים עם הפרעות נפשיות, ותפישתו כאכזרי וכמכאיב, כגורם לנזק מוחי וכמשמש להענשה בלבד של אנשים עם הפרעות נפשיות שהם אלימים או שאינם משתפים פעולה (Andrade & Rao, 1996). אפילו בפרסומות לתרופות שהופיעו בכתבי-עת רפואיים נמצא תיאור מעוות של המציאות, שבה נקשרת הסכיזופרניה לאלימות – סטריאוטיפ שמוסיף, מחזק ומטפח אמונות ודעות קדומות ומנציח את חולה הסכיזופרניה כאדם אלים (Mckay, 2000).

אמצעי תקשורת-ההמונים ככלי להפחתת סטיגמות וקידום בריאות-הנפש

כשם שאמצעי תקשורת-ההמונים מנציחים סטריאוטיפים של הפרעות נפשיות באופן לא מכוון, הם יכולים גם לסייע במסעות-הסברה לקידום בריאות-הנפש, תוך תרומה למאבק בסטיגמה שחווים אנשים עם הפרעות נפשיות ומטפליהם. ניתן לעשות זאת אם מנצלים אותם נכונה כדי להתנגד לדעות קדומות, לדווח וליזום דיון ציבורי (Salter & Byrne, 2000). ניסיון להתערב בתכניהם של עיתונים יומיים תוך אספקת מידע המאפשר לעיתונאים קבלת רקע מדויק המסייע להם בפיתוח סיפורים חיוביים על הפרעות-נפש, נחל הצלחה חלקית בלבד. שכן לצד העלייה במספר הסיפורים החיוביים אודות הפרעות נפשיות והעלייה באורכם, חלה גם עלייה במספר הסיפורים השליליים ובאורכם, ובייחוד אודות סכיזופרניה (Heather, 2003). כמו-כן, לא ברור מה הן השפעות ארוכות-טווח של התערבות כזאת, הואיל ונבחנו רק השפעותיה המיידיות במהלך ההתערבות שארכה 16 חודשים. אולם, גם ידע רב אודות הפרעות נפשיות, מסתבר, לא בהכרח מביא התקרבות ללוקים בהפרעות אלה. (Stuart & Arboleda-Florez, 2001; Link et al., 1999) כי גם כאשר מצליחים לשנות עמדות כלפי אנשים עם הפרעות נפשיות, ומצליחים לשנות חוקים ומדיניות, לא בהכרח שיהיה גם שינוי בהתנהגות כלפיהם. החינוך היעיל ביותר של הציבור הוא רק זה המשלב מסרים חינוכיים עם גישות המביאות את הלוקים בהפרעות נפשיות למגע עם הקהילה ולקבלתם בקרבה (Repper et al., 1997). כך, לדוגמה, סרט דוקומנטארי אומנם הביא להפחתה בתפישות הצופים שחולי סכיזופרניה אשמים במחלתם, אולם לא שינה את תפישותיהם לגבי הסיכון מפניהם וגם לא את הנכונות להיות איתם במגע (Penn, Chamberlin & Mueser, 2003). גם מעורבותם של ידוענים – שבעצמם חוו הפרעות נפשיות – בקמפיינים נגד סטיגמות ואפלייה העלתה את העניין והמודעות כלפי הסובלים מהן ושיפרה את עמדות הציבור

לעומתם, נמצא ייצוג-יתר של נשים כמציגות בעיות וכמודלים לאי-תפקוד מיני, נזירות, ומצבים ללא הפרעה פסיכיאטרית גלויה (Doherty & Young, 1978). אפליה של נשים באה לידי ביטוי גם בעובדה ששיעור הגברים המומחים בתחום בריאות-הנפש גבוה באמצעי-התקשורת משיעורו במציאות, והנשים בתחום זה מתוארות – בניגוד לגברים – ככישלון נשי, נעדרות נשיות וחסרות כוח מקצועי, (Von Sydow & Reimer, 1998). עיוות נוסף נמצא בתיאורי מגזינים את הדיכאון שלאחר לידה ואת ההפרעות במצב-הרוח שבעטיו. מדובר בעיוות גדול לטובת המודל הרפואי של הפרעות רגשיות שלאחר לידה ובכישלון לספק מידע מדויק אודות ההיבטים הפסיכולוגיים של תקופה זו. יש בהם מידע סותר אודות הגדרת התופעה, שכיחות תחילת הופעתה, משכה, סיבותיה, הסימפטומים שלה, והטיפול בה. הטייה מיגדרית נמצאה גם בפרסומות לתרופות פסיכותרופיות, שהופיעו בכתבי-עת רפואיים. במרביתן בולטת דמות הפסיכיאטר הגבר שמתבונן באשה המטופלת, למרות שפסיכיאטריות רבות הן נשים (Metzl, 2004).

עיוות הגורמים להפרעות נפשיות ולאופן הטיפול בהן

חוקרים מצביעים על הטייה גם בתיאור הגורמים להפרעות נפשיות ולאופן הטיפול בהן. בסיקור גילוי הגנים להפרעות-הנפש סכיזופרניה ומאניה-דפרסיה, לדוגמה, ניכרת מגמה בולטת של דטרמיניזם גנטי ואופטימיות יתרה באשר לגילוי הגנים להפרעות נפשיות ובאשר לריפוי. תיאור כזה עלול גם להביא לתפישת הציבור את המחקר הגנטי כלוקה בבעיה מוסרית בשל השוואתו לאאוגניקה (תורת השבחת הגזע) (Conrad, 2001). התרופה פרוזאק, שתוארה בעיתונות כתרופת-פלא נגד דיכאון, למרות שיעילותה לא הוכחה כרבה יותר מדור התרופות שקדמו לה (Montagne, 2001), אף היא דוגמה לעיוות – דוגמה לסיקור שגרם לטיפול ציפיות ותקוות לא מוצדקות בקרב הסובלים מדיכאון. העלייה במכירות הפרוזאק היא עדות להשפעתם הרבה של אמצעי התקשורת בטיפול תפישות אודות ההשפעות, היתרונות והבטיחות של תרופות נוגדות-דיכאון. חברות התרופות ניצלו היטב את העלאת המודעות הציבורית כתחבולה לשיווק מוצריהן, ואת הדימוי התרבותי של המדען – החושף לא רק גורמים ביולוגים למחלות – אלא גם מזהה מרפא מדעי (Sayce, 2000). בשל עוצמת הטיפול של תקשורת-ההמונים, תרופות נוגדות-דיכאון מהדור החדש ופרוזאק בתוכן הפכו למודל לא רק לטיפול בדיכאון אלא גם למודל פסיכופרמקולוגיה קוסמטית, כלומר: לטיפול בשינויי אישיות של אנשים בריאים, (Montagne, 2001). מחקר אחר מצביע על תיאורים לא מדויקים של חדשות הטלוויזיה אודות שיקום פסיכיאטרי, המתעלמים מהצלחות



את הפוטנציאל והיתרונות של שירותי הייעוץ והטיפול באתרי הרשת (Slavich, 2004).

סיכום וכיווני מחקר עתידיים

מרבית המחקרים שתוארו לעיל הם מחקרים המתמקדים בייצוגים ובדימויים של הפרעות נפשיות ושל הלוקים בהם באמצעי תקשורת-ההמונים. ניתוח-תוכן של המסרים מצביע על עיוות בהצגת ההפרעות הנפשיות, שבא לידי ביטוי בהגזמה, במידע מוטעה או לא מדויק, הן בתיאור החולים כאלימים וכמסוכנים, הן בתיאור אופיין של ההפרעות הנפשיות והגורמים להן, והן בתיאור שירותי בריאות-הנפש והמטפלים. מימצאים עקביים אלה תומכים בטענה, כי הדימויים באמצעי תקשורת-ההמונים תורמים להנצחת סטיגמות של הפרעות נפשיות, של הלוקים בהן, של שירותי בריאות-הנפש ושל המטפלים בהן.

למרות שתפישת הציבור בנוגע למה נחשב להפרעה נפשית השתנתה במהלך הזמן וכוללת גם דיכאון וחרדה (Phalen & Link, 2000), מרבית המחקרים, שאינם מתרכזים בהפרעת-נפש מסוימת, סכיזופרניה, לדוגמה, אינם מגדירים מה נחשב, בעצם, להפרעה נפשית לצורך מחקר התכנים (מחקרים הבודקים ייצוג) באמצעי תקשורת-ההמונים. הם מתייחסים באופן כללי בלבד ל"הפרעות נפשיות" או לפסיכזות ולא ניתן לפיכך לערוך השוואות בין מחקרים לצורך הכללות מדויקות.

מחקרים רבים אומנם בדקו את תפישות הציבור בנוגע להפרעות נפשיות ולדעות הקדומות הנלוות אליהן, אולם, כמעט שלא נבחנו תפישותיהם של המסתייעים בשירותי בריאות-הנפש. יוצא-דופן הוא מחקר המצביע על מיעוט מקרב המשתמשים בשירותים אלה, שנוטה להילחם בסטיגמות. עובדה זו עשויה לשמש מדד נוסף למידת הצלחתם של קמפיינים נגד סטיגמות בקרב הסובלים ממחלות-נפש (Bagley & King, 2005). רק מיעוטם של המחקרים הם מחקרי השפעה או התקבלות (reception studies), שמטרתם לבדוק השפעה בפועל של המסרים בנושא בריאות-הנפש באמצעי-תקשורת-ההמונים על תפישות הציבור. אומנם, מחקרים רבים נעשו על תפישות הציבור הנוגעות להפרעות-נפש ולסטיגמות הנלוות להן, אבל רק מעט מחקרים נעשו על השפעת תקשורת-ההמונים על תפישות הציבור. כלומר, מחקרים אמפיריים המהווים חוליה מקשרת בין החשיפה לדימויי אמצעי תקשורת-ההמונים והסטיגמות הנלוות להפרעות נפשיות - עדיין חסרים ולפיכך הקשר בין תיאורי אמצעי-התקשורת לתפישות הציבור הוא עדיין תיאורטי בשלב זה וניזון ממחקרים על תרומתה של התקשורת לטיפוח תפישות חברתיות בתחומים אחרים. דוגמה יוצאת דופן למחקר אמפירי כזה היא מחקרה של קבוצת גלזגו, שבדקה תפישות ועמדות של קוראים וצופים כלפי אנשים עם

כלפיהם, אבל נלוותה אליה גם פעילות הסברתית בקהילה (Vaughan & Hansen, 2004).

הואיל וידע רב אינו ערובה להתקרבות הציבור לאנשים עם הפרעות נפשיות, יש הגורסים, כי מסעות-הסברה אינם יעילים בקרב קבוצות אוכלוסיה משכילות, ולפיכך יש למקד את ההתערבות בקרב קבוצות-יעד מסוימות כמו תלמידי תיכון ועובדים קליניים (Jorm, 2000), או מיעוטים

(Corrigan & Penn, 1999). ואכן, אף שהשפעתו של מסע הסברה כזה הייתה מועטת בלבד, תוצאותיו הצביעו על ירידה בפחד מפני אנשים עם הפרעות נפשיות ועל עלייה במגע החברתי איתם (Wolff et al., 1999). קבוצת-יעד אחרת הייתה תלמידי תיכון שמסע-ההסברה העלה את נכונותם לבקש סיוע מקצועי (Battaglia et al., 1990 ; Esters et al., 1998). העיתונות המשודרת נמצאה יעילה בהפחתת הסטיגמה הנלווית להפרעות נפשיות ובעידוד קבלתם לקהילה של אנשים הסובלים מהפרעות אלה (Hickling, 1992). שידורים ברדיו נמצאו כדרך היעילה והזולה ביותר להעביר מסרים על בריאות-הנפש לקבוצות גדולות של אוכלוסיה וגם תקשורת כתובה היא דרך יעילה, אם כי יקרה יותר (Austin & Husted, 1998). יש הטוענים, כי על-מנת שהסברה בנושא הפרעות נפשיות תהיה בעלת אפקט, לא די בהבאת עובדות, אלא יש לשלב בה יוזמות, המעוררות רגשות חזקים או הומור, כדי למנוע שעמום וכדי לספק תשובת-מחץ לכוחו של "הרוצח המשוגע" ולפחד מפניו או להומור המכוון נגד אנשים "משוגעים" (Wahl, 1995). כמו-כן, אין לטעון שהלוקים בהפרעות נפשיות אינם אלימים יותר מכל אחד אחר, בעוד מחקרים מצביעים על קשר בין פסיכזה פעילה לבין עלייה בסיכון לאלימות. גישה מבטיחה יותר לרכישת אמון הציבור היא זו המעבירה מסר ברור, שהלוקים בהפרעות נפשיות אחראים רק לאחוז זעיר של פשעים אלימים (Sayce, 2000). מסקירה המנתחת 63 מחקרים על טלפסיכיאטריה, שבין השאר, גם בודקים סוגיות אתיות ומשפטיות ושביעות רצון של מטפלים ומטופלים מהטכנולוגיות החדשות עולה, כי מחקרים מהימנים מבחינה מתודולוגית הם מעטים עדיין,

(Monnier, Knapp & Frueh, 2003). לדוגמה, מחקר הדן בהשפעתן של טכנולוגיות-התקשורת החדשות דוגמת האינטרנט, הוידאו או מערכת הטל-רפואה על היחסים בין רופא לאנשים הסובלים מחרדות ומדיכאון (May et al., 2001). מחקר אחר דן בתרומתן של טכנולוגיות-התקשורת החדשות לטיפול באנשים הלוקים בהפרעות נפשיות, דוגמת הטכנולוגיות של מציאות וירטואלית לטיפול בפוביות מסוימות, (Davidson & Smith, 2003). שתי עבודות דוקטוראט שעוסקות בשירותים מקוונים של בריאות-הנפש מציינות, אומנם, את יתרונותיהם הפוטנציאליים לאנשים החוששים מסטיגמה, אולם לא בודקות זאת. האחת מדגישה את הפרטיות באינטרנט המאפשרת לאנשים לקבל מידע מקוון על שירותים אלה בסודיות (Efren-Fernando, 2003) ואילו השנייה מדגישה



תרופת הפרוזאק, המתמקד בתרומתם של אמצעי תקשורת-ההמונים לפופולאריות שלה בקרב הציבור, חרף הכוחות מדעיות המצביעות על כך שאין בה כל יתרונות בהשוואה לדור התרופות שקדם לה (Montagne, 2001). גם מחקרים על עצם הופעתם בפרסומות של אנשים בעלי הפרעות נפשיות בולטים בהיעדרם, למרות קיומם של כללי אתיקה בתחנות טלוויזיה במדינות שונות בעולם ובכללן גם ישראל, המתייחסים לפגיעה באנשים בעלי מוגבלויות כגון אלו עם הפרעות נפשיות (אלפנט-לפלר, 2003).

בהשוואה למחקרי הייצוג הרבים העוסקים בדימויים של הפרעות נפשיות ושל הלוקים בהן באמצעי תקשורת-ההמונים המסורתיים כמו עיתונות כתובה, טלוויזיה ורדיו בולט במיוחד היעדרם של מחקרים המתמקדים בדימויים ובייצוגים בטכנולוגיות התקשורת החדשות והאינטרנט בראשן, כמו גם מחקרים המתמקדים בהשפעתן של טכנולוגיות-תקשורת חדשות על תפישות וסטיגמות בנוגע להפרעות נפשיות והלוקים בהן. אף לא אחד מהמחקרים המעטים שבדקים השפעת טכנולוגיות-התקשורת החדשות על מטפלים ומטופלים בוחן את השפעתן על צמצום הסטיגמות הנלוות להפרעות נפשיות. היעדר מחקרי ייצוג של נושא זה באינטרנט, כמו מחקרים ייצוגיים אחרים נובע, אולי, בגלל היותו אמצעי-תקשורת חדש והצורך בפיתוח שיטות דגימה וניתוח חדשות המתאימות לבחינת תרומתו. סנונית ראשונה בתחום היא סקירה הבוחנת הבוחן ארבעה אתרי אינטרנט המיועדים לתמיכה באנשים הסובלים מסטיגמות ולאספקת מידע לקרובי משפחתם, כמו גם לחינוך הציבור אודות הפרעות נפשיות (Lipczynska, 2005). הסקירה בוחנת את איכותם בהתאם לסיוע שהם מעניקים לסובלים, בהתאם למידע על זכויותיהם ועל מדיניות המשפיעה עליהם, בהתאם לנוכחות תמיכה מקוונת (online support) או היעדרה ובהתאם לנוכחותם או היעדרם של קמפיינים המנתצים מיתוסים פופולאריים של מחלות-נפש.

על-מנת לנצל את אמצעי-התקשורת באופן המרבי במטרה להפחית סטיגמות, יש להעמיק את הידע שלנו בנושא. לשם כך, חשוב להגדיר תחילה במפורש מה נכלל תחת המונח "הפרעות נפשיות", כדי שהשוואה בין מחקרים שונים תהיה רלבנטית. יש לערוך מחקר שיטתי על מספר אמצעי-תקשורת שונים בו-זמנית, תוך בחינת התכנים ומסגורם בנושא בריאות-הנפש, והשפעותיהם ארוכות-הטווח, גם לאחר תקופה של היעדר חשיפה לנושא. יש לבחון אלו ז'אנרים של אמצעי תקשורת-ההמונים ואלו ערוצים הם בעלי השפעה ספציפית, על אילו קהלים ובאלו נסיבות. כך, למשל, מעט מחקר נעשה על השפעות אמצעי תקשורת-ההמונים בתחום זה על ילדים ומתבגרים, שני קהלים שמושפעים מאוד מחשיפה לדימויי תקשורת-ההמונים.

הפרעות-נפש, בתגובה לקריאת חדשות בעיתונות וכתבות במגזינים ובתגובה לצפייה בז'אנרים שונים בטלוויזיה כגון אופרות-סבון, סרטים, ודרמות (Philo, 1999). המחקר מצא שלא רק לסיפורי החדשות, אלא גם לסיפורים בדיוניים יש השפעה ברורה ורבת עוצמה על אמונותיהם ועל עמדותיהם של צופים וקוראים כלפי אנשים עם הפרעות נפשיות. רובם ככולם קישרו הפרעות נפשיות לאלימות והביעו חרדה מפני הלוקים בהן, כאשר אמצעי התקשורת מהווים את המקור לאמונותיהם. מחקר אמפירי נוסף הראה עלייה בפחד מפני אנשים עם הפרעות נפשיות בקרב אנשים שקראו דיווחי עיתונות על פשעים אלימים שבוצעו בידי אנשים בעלי עבר של מחלה פסיכיאטרית (Wahl, 2004).

חיסרון בולט של המחקרים שניסו לבחון את השפעות תקשורת-ההמונים על תפישות בנוגע להפרעות-הנפש הוא שרובם נערכו על הציבור הכללי, תוך נטייה להשתמש בסטודנטים כמשתתפי-המחקר. לפיכך לא ניתן לעשות מהם הכללות לאוכלוסיה הכללית, שממילא הם אינם משקפים אותה. לעומת זאת, כמעט שלא נעשו מחקרים על אנשים הלוקים בהפרעות נפשיות, כיצד הם עצמם תופשים את הדימויים באמצעי תקשורת-ההמונים. למחקרים כאלה יש חשיבות רבה בשל העובדה שיותר מ-40% מחולי סכיזופרניה, לדוגמה, דיווחו כי נפגעו תכופות מהמסרים בתקשורת-ההמונים. חיסרון מתודולוגי נוסף הוא שרוב המחקרים בדקו השפעות על אנשים לאחר חשיפה לאמצעי-התקשורת מבלי לבדוק מה היו עמדותיהם לפני החשיפה. כמו-כן, מרבית המחקרים התמקדו באמצעי-תקשורת אחד, תוך בחינת תכניות בנושא, אופן סיקורו או השפעתו קצרת-הטווח.

מחקרי הפקה (production studies) נעדרים לחלוטין. מטרתם של מחקרים כאלה לבחון את התהליכים שבאמצעותם עיתונאים, עורכים ומפיקים של חדשות ובידור כאחת באמצעי תקשורת-ההמונים, מפיקים מסרים בנושאי בריאות-הנפש. מחקרים כאלה אמורים לבדוק, בין השאר, את מקורות המידע שמהם ניזונים המפיקים, את עמדותיהם האישיות והשפעתן על המסרים שהם מייצרים בנושאי בריאות-הנפש. כך לדוגמה, מחקר בודד מצא, כי עמדותיהם של עורכים בעיתונות הכתובה כלפי אנשים עם הפרעות נפשיות הן חיוביות יותר מאלו של הציבור הרחב. עם זאת, גם הם שללו את העסקתם בארגוני תקשורת (Grierson & Scott, 1995) אולם מחקר זה לא בדק אם עמדותיהם החיוביות יותר מאלו של כלל הציבור אכן השפיעו על הסיקור העיתונאי ובאו בו לידי ביטוי. זו שאלה שחייבת להיבדק, שכן מטרתם של מחקרי הפקה היא לברר האם יש קשר בין יוצרי הטקסטים ובין התוצרים שהם מייצרים. בנוסף, על מחקרי הפקה גם לברר אם גם גורמים נוספים - כמו לחץ הבעלים של אמצעי-התקשורת להפיק תוצרים סנסאציוניים במטרה להעלות את שיעור הצופים והקוראים



מקורות

אבירם, א. (1998). שירותי בריאות הנפש בישראל לקראת שנת אלפיים - מגמות ותמורות. חברה ורווחה, 18, 5-11.

אלפנט-לפטר, נ. (2003). הצגת אנשים בעלי מוגבלויות. ירושלים: הרשות השנייה לרדיו ולטלוויזיה. תחום אסטרטגיה ר.

מרק, מ., פלדמן, ד. ורבינוביץ, י. (1996). מדו"ח נתניהו ועד חוק ביטוח בריאות ממלכתי - יישום הרפורמה בתחום בריאות הנפש בישראל. חברה ורווחה 16, 185-198.

נריה, י., סולמון, י., גינזבורג, ק., דקל, ר., אנוך, ד., ועורי, א. (1998).

מלחמות ומחירן הנפשי: היבטים שונים על טראומה נפשית בקרב חיילים ואזרחים בחברה הישראלית. חברה ורווחה 18, 125-139.

קליון, ע. (2001). החטא ועונשו, נראטיב האיידס בעיתונות היומית בישראל בשנים 1981-1995 כהבנייה תרבותית של מחלה. עבודת דוקטור. האוניברסיטה העברית בירושלים.

חשיבותם של מחקרים מסוג זה היא בתרומתם האפשרית להבנת המנגנונים המייצרים ומחזקים את הסטיגמות הנלוות להפרעות נפשיות, כמו גם בתרומתם לצמצום ולהשלכות הנובעות מכך. צמצום הסטיגמות יעודד חולים לבקש סיוע שיקל על סבלם, יסייע להשתלבותם בחברה וימנע פגיעה בדימויים העצמי ובחיי המשפחה שלהם. הטיפול בחולים כבר בשלב מוקדם ימנע נזקים כלכליים למערכות הבריאות והתעסוקה. כמו כן, דיון מעמיק ועקבי בסוגיות של מדיניות בריאות-הנפש עשוי להשפיע על מקבלי החלטות בהקצאת משאבים מתאימים. לסיכום נציין, כי בעוד הסקירה שלהלן מצביעה על מחקרים ברחבי העולם אודות תפקידם של אמצעי תקשורת-ההמונים בעיצוב סטיגמות ובהפחתתן, בישראל לא נעשה עדיין כל מחקר בנושא. בשל תרומתו לקידום בריאות הציבור בישראל, חשוב היה לערוך מחקר שיתאר וינתח את סיקור ההפרעות הנפשיות והלוקים בהן באמצעי תקשורת-ההמונים בהקשרים המיוחדים לחברה הישראלית, בניסיון לבחון את תרומתם לעיצוב ולהנצחת הסטיגמות הנלוות למחלות אלה, ללוקים בהן ולמטפליהם, כמו גם לשירותי בריאות-הנפש עצמם. מחקר כזה עשוי להצביע על דעות קדומות ומיתוסים הנקשרים להפרעות הנפשיות וכך מנציחים את הסטיגמות הנלוות אליהן. זיהויים באמצעי-התקשורת יסייע למומחים לבריאות-הנפש לפתח כלים מתאימים לשירושם, כמו תכנון מסעות-הסברה וכך יתרום לצמצום הסטיגמות ולטיפוח בריאות-הנפש בישראל.



- Andrade, C., & Rao, N.S. (1996). Medical students toward electroconvulsive: An Indian perspective. *Convulsive Therapy*, 12, 86-90.
- Angermeyer, M.C. & Matschinger, H. (1996). The effect of violent attacks by Schizophrenic persons on the attitude of the public towards the mentally ill. *Social Science & Medicine*, 43, 1721-1728.
- Angermeyer, M.C. & Schulze, B. (2001). Reinforcing stereotypes: How the focus on forensic cases in news reporting may influence public attitudes towards the mentally ill. *International Journal of Law and Psychiatry*, 24, 469-486.
- Arboleda-Florez, J. (1998). Mental illness and Violence: an epidemiological appraisal, of the evidence. *Canadian Journal of Psychiatry*, 43, 989-996.
- Arboleda-Florez, J.(2002). The state of the evidence. Stigmatization and human rights violations, Mental Health: A Call for Action.
- Arboleda-Florez, J., Holley, H., & Crisanti, A. (1998). Understanding causal paths between mental illness and violence. *International Journal of Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 3, 38-46.
- Austin, L.S., & Husted, K. (1998). Cost-effectiveness of television, radio and print media programs for public mental health education. *Psychiatric Services*, 49, 808-811.
- Bagley, C., & King, M. (2005). Exploration of three stigma scales in 83 users of mental health services: Implications for campaigns to reduce stigma. *Journal of Mental Health*, 2005, 14, 343-355.
- Bandura, A. (2002). Social cognitive theory of mass communication. In Bryant, J., & Zillmann, D. (Eds.). *Media Effects*. pp.121-154. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Battaglia, J., Coverdale, J.H., & Bushong, C.P. (1990). Evaluation of mental illness awareness week program in public schools. *American Journal of Psychiatry*, 147, 324-329.
- Beal, B.A., & Gardner, C.B. (2000). Gendered advice and mental health practices. *Perspectives on Social Problems*, 12, 203-216.
- Beautrais, A.L. (2000). Risk factors for suicide and attempted suicide among young people, Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. 34(3), 420-436.
- Berlin, F.S. (1991). Media distortion of the public's perception of recidivism and psychiatric rehabilitation. *The American Journal of Psychiatry*, 148, 1572-1576.
- Bolton, J. (2000). Mental illness in the media: The 13th royal college Christmas lecture for young people. *Psychiatric Bulletin*, 24, 345-346.
- Brown, K., & Bradley, L. (2002). Reducing the stigma of mental illness. *Journal of Mental Health Counseling*, 24, 81-87.
- Byrd, E.K., & Elliot, T.R. (1988). Disability in full-length feature films: Frequency and quality of films over !! year span. *International Journal of Rehabilitation Research*, 11, 143-148.
- Byrne, P. (1998). Fall and rise of the movie "Psycho-killer". *Psychiatric Bulletin*, 22, 174-176.
- Chaplin, R. (2000). Psychiatrists can cause stigma Too. *British Journal of Psychiatry* 177, 467.
- Colon-de-Marti, L.N., & Marti-Calzamilia, L.F. (2000). Youth violence: Understanding and prevention. *Puerto Rico Health Sciences Journal*, 19, 369-374.
- Conrad, P. (2001). Framing genes and mental illness in the news. *Culture, Medicine and Psychiatry*. 25, 225-247.
- Corrigan, P.W., & Penn, D.L. (1999). Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *American Psychologist*, 54, 765-776.
- Crisp, A.H., Gelder, M.G., Rix, S., Meltzer, H.I., & Rowlands, O.J. (2000). Stigmatisation of people with mental illnesses. *The British Journal of Psychiatry*, 177, 4-7.
- Dahaf Institute. (1997). Is Disability Contagious? Findings of an opinion survey, Yafo. (Hebrew)
- Davidson, J., & Smith, M. (2003). Bio-phobias-techno-phobias: virtual reality exposure as treatment for phobias of 'nature'. *Sociology of Health & Illness*, 25, 644-661.
- Dearing, W. J., & Rogers, E. M. (1996). *Agenda-Setting*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Dickerson, F. B., Sommerville, J., Origoni, A.E., Ringel, N.B., & Parente, F. (2002). Experiences of stigma among outpatients with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 28, 143-156.



- Doherty, E., & Young, R. (1978). Mental health problems in popular magazines over the past fifty years. Society for the Study of Social Problems.
- Duke, P., & Hochman, G. (1993). Brilliant madness. New York: Batman Books.
- Entman, R.M. (1993). Framing: Towards clarification of a fractured paradigm. *Journal of Communication*, 43, 54-58.
- Efern-Fernando, H. (2003). The construction of emind health.com: A mental health website. Dissertation abstracts – Section A: Humanities and Social Sciences. 64 (5-A), 1612.
- Esters, L.G., Cooker, P.G., & Ittenbach, R.F. (1998). Effects of a unit of instruction in mental health on rural adolescents' conceptions of mental illness and attitudes about seeking help. *Adolescence*, 33, 469-476.
- Fink, P.J., & Tasman, A. (Eds.) *Stigma and Mental Illness*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Flora, J. A., Maibach, E., & Maccoby, N. (1989). The role of media across four levels of health promotion intervention. *Annual Review of Public Health*, 10, 181-201.
- Gabbard, G.O., & Gabbard, K. (1992). Cinematic stereotypes contributing to the stigmatization of psychiatrist, in Fink P.J. & Tasman, A. (Eds.), *Stigma and Mental Illness*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Gerbner, G., Gross, L., Morgan, M., Signorieli, N., & Shanahan, J. (2002). Growing up with television: Cultivation processes. In Bryant, J. and Zillmann, D. (Eds.). *Media effects*. pp. 43-68. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Glasson, J. (1996). The public image of the mentally ill and community care. *British Journal of Nursing*, 5, 615-617.
- Goffman, E. (1986). *Frame analysis: An essay on the organization of experience*. Boston: Northeastern University Press.
- Greirson, D., & Scot, R. (1995) Comparison of attitudes of editors and public toward mental illness. *Newspaper Research Journal*, 16, 95-102.
- Gross, R., & Brammli-Greenberg, S. (2002). *Public opinion of the level of service and functioning of the health system, 2001: A summary of principal findings, and a comparison with the 1999 Survey*. unpublished report published by the JDC-Brookdale Institute. Jerusalem.
- Gureje, O., & Alem, A. (2000). Mental Health Policy Development in Africa, *Bulletin of the WHO*, 78, 475-482.
- Guttman, N. (2001). How healthy is health coverage? Tribulations and stipulations for journalistic responsibility. In D. Chinitz (Ed.). *The Changing Face of Health Systems*. Tel-Aviv: Gefen Publishing.
- Hafferty, F.W., & Foster, S. (1994). Decontextualizing disability in the crime mystery genre: The case of the invisible handicap. *Disability & Society*, 9, 185-206.
- Haghighat, R. (2000). A unitary theory of stigmatization. *British Journal of Psychiatry*, 177, 207-215.
- Hayward, P., & Bright, J.A. (1997). Stigma and mental illness: A review and critique. *Journal of Mental Health*, 6, 345-354.
- Heather, S. (2003). Stigma and the daily news: Evaluation of a Newspaper intervention. *Canadian Journal of Psychiatry*, 48, 651-656.
- Hickling, F.W. (1992). Radio psychiatry and community mental health, *Hospital and Community Psychiatry*, 43, 739-741.
- Hillert, A., Sandmann, J., & Ehming, S.C. (1999). The general public's cognitive and emotional perception of mental illnesses: An alternative to attitude-research. In Guimon, J., Fischer, W., & Sartorius, N. (Eds.). *The Image of Madness: The public Facing Mental Illness and Psychiatric Treatment*. pp. 56-71, Basel: Karger.
- Jorm, A.F., (2000). Mental health literacy. *British Medical Journal*, 177, 396-401.
- Lawson, A., & Fouts, G. (2004). Mental illness in Disney animated films. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49, 310-314.
- Lipczynska, S. (2005). Stigma web review. *Journal of Mental Health*, 14, 423-425.
- Link, B.G., Phelan, J.C., & Bresnahan, M. (1999). Public conceptions of mental illness: Labels, causes, dangerousness and social distance. *American Journal of Public Health*, 89, 1328-1333.
- Link, B.G., Cullen, F.T., Mirotznik, J., & Struening, E. (1992). The consequences of stigma for persons with mental illness: Evidence from the social sciences. In Fink, P.J., & Tasman, A. (Eds.) *Stigma and Mental Illness*. Washington DC: American Psychiatric Press.



- Martinez, R., Johnston-Robledo, I., Ulsh, H.M., & Chrisler, J.C. (2000). Singing "The baby blues": A concept analysis of popular press about post-partum affective disturbances. *Women Health, 31*, 37-56.
- May, C., Gask, L., Atkinson, T., Ellis, N., Mair, F., & Esmail, A. (2001). Resisting and promoting new technologies in clinical practice: the case of telepsychiatry. *Social Science & Medicine, 52*, 1889-1901.
- McCorms, M. (1994). News influence on our pictures of the world. In Bryant, Jennings & Zillmann, Dolf (Eds.). *Media Effects*. pp. 1-16, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- McCombs, M. (1997). Building Consensus: The News Media's Agenda-Setting Roles. *Political Communication, 14*, 422-443.
- McKay, D. (2000). Stigmatising pharmaceutical advertisements, *British Journal of Psychiatry, 177*, 467-468.
- Metzl, J. M. (2004). The pharmaceutical gaze. Psychiatry, scopophilia and psychotropic medication advertising, 1964-1984. In Friedman, L. D. (Ed.). *Cultural Sutures. Medicine and Media*. pp. 15-35. Durham, N.C.: Duke University Press.
- Miller, C.T., & Major, B. (2000). Coping with stigma and prejudice. In Heatherton, T.F., Kleck, R.E., Hebl, M.R., & Hull, J.,G. *The Social Psychology of Stigma*, NY: The Guilford Press.
- Monnier, J., Knapp, R.G., & Frue, B.C. (2003). Recent advances in telepsychiatry: An updated review. *Psychiatric Services, 54*, 1604-1609.
- Monahan, J. (1997). Clinical and Actuarial Predictions of Violence, in Faugman, D., Kaye, D., Saks, M., & Sanders, H. (Eds.). *Modern Scientific Evidence: The Law and Science of Expert Testimony*, Chicago: University of Chicago Press.
- Montagne, M. (2001). Mass media representations as drug information for patients: The Prozac phenomenon. *Substance Use & Misuse, 36*, 1261-1274.
- O'Keefe, G.J., Hartwig Boyd, H., & Brown, M.R. (1998). Who learns preventive health care information from where: Cross-channel and repertoire comparisons. *Health Communication, 10*, 25-36.
- Penn, D., Chamberline, C., & Mueser, K. (2003). Effects of documentary film about Schizophrenia on psychiatric stigma. *Schizophrenia Bulletin, 29*, 383-391.
- Phelan, J.C., Link, B.G., Stueve, A., & Pescosolido, B.A. Public conceptions of mental illness in 1950 and 1996: What is mental illness and is it to be feared? *Journal of Health and Social Behavior, 41*, 188-207.
- Philo, G. (Ed.). (1996). *Media and mental distress*, London & New York: Longman.
- Philo, G. (Ed.). (1997). Changing media representations of mental health. *Psychiatric Bulletin 21*, 171-172.
- Philo, G. (Ed.). (1999). Media and mental illness. In Philo, G. (Ed.). *Message received*. pp. 54-61. Glasgow media group research 1993-1998. New York: Longman.
- Priest, R.G., Vize, C., & Roberts, A. (1996). Lay people's attitudes to treatment of depression: results of opinion poll for defeat depression campaign just before its launch. *British Medical Journal, 313*, 858-859.
- Repper, J., Sayce, L., Strong, S., Willmot, J., & Haines, M. (1997). *Tall Stories from back yard*. A survey of Nimby opposition to community mental health facilities experienced by key service providers in England and Wales. London: Mind.
- Rose, D. (1998). Television, madness and community care. *Journal of Community & Applied Social Psychology, 8*, 213-228.
- Rowe, R., Tilbury, F., Rapley, M., & O'Ferrall, I. (2003). 'About a year before the breakdown I was having symptoms': sadness, pathology and the Australian newspaper media. *Sociology of Health & Illness, 25*, 680-696.
- Salter, M., & Byrne, P. (2000). The stigma of mental illness: How you can use the media to reduce it. *Psychiatric Bulletin 24*, 281-283.
- Sartorius, N. (1999). One of the last obstacles to better mental health care: The stigma of mental illness. In Guimon, J., Fischer, N., Sartorius (Eds.), *The Image of Madness*, Basel: Karger.
- Sartorius, N. (2002). Iatrogenic stigma of mental illness begins with behavior and attitudes of medical professionals, especially psychiatrists. *British Medical Journal, 324*, 1470-1471.
- Sayce, L. (2000). *From Psychiatric Patient to Citizen*. London: Macmillan Press.
- SGR (2002). The Surgeon General Report on Mental Health. Chp. 5, *Older Adult and Mental Health*.



- Sieff, E. M. (2003). Media frames of mental illnesses: The potential impact of negative frames. *Journal of Mental Health*, 12, 259-269.
- Slavich, S. (2004). *The status of online mental health services*. Dissertation Abstracts – International: Section B: The Sciences and Engineering, 64(7-B), 3542.
- Vaughan, G. H., & Hansen, C. (2004). 'Like minds, like mine': A New Zealand project to counter the stigma and discrimination associated with mental illness. *Australian Psychiatry*, 12, 113-117.
- Von Sydow, K., & Reimer, C. (1998). Attitudes toward psychotherapists, psychologists, psychiatrists and psychoanalysts: A Meta-Content Analysis of 60 Studies Published Between 1948 and 1995. *American Journal of Psychotherapy*, 52, 463-488.
- Wahl, O.F., & Lefkowitz, J. (1989). Impact of a television film on attitudes towards mental illness. *American Journal of Community Psychology*, 17, 521-528.
- Wahl, O.F. (1995). *Media Madness. Public Images of Mental Illness*. New Jersey: Rutgers University Press.
- Wahl, O.F. (2003). News media portrayal of mental illness. *American Behaviorist*, 46, 1594-1600.
- Wahl, O.F. (2003a). Depictions of mental illnesses in children's media. *Journal of Mental Health*, 12, 249-258.
- Wahl, O.F. (2004). Stop the presses. Journalistic treatment of mental illness. In Friedman, L. D. (Ed.). *Cultural Sutures. Medicine and Media*. pp. 55-69. Durham, N.C.: Duke University Press.
- Walter, G. (1989). The stereotype of the mad psychiatrist. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 23, 547-554.
- Wedding, D., & Boyd, M.A. (1999). *Movies and Mental Illness*. MacGraw-Hill College.
- Wendell, S. (1996). *The Rejected Body: Feminist Philosophical Reflections on Disability*. NY: Routledge.
- WHR (2001). *Outline of the World Health Report*, Chp.2.
- Wilkinson, G. (1994). Can suicide be prevented? *British Medical Journal*, 309, 860-869.
- Wilson, C., Nairn, R., & Coverdale, J. (1999). Mental illness depictions in prime-time drama: Identifying the discursive resources. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 33, 232-239.
- Wilson, C., Nairn, R., Coverdale, J., & Panapa A. (1999a). Constructing mental illness as dangerous; A pilot study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 33, 240-247.
- Wilson, C., Nairn, R., Coverdale, J., & Panapa A. (2000). How mental illness is portrayed in children's television: A prospective study. *British Journal of Psychiatry*, 176, 440-443.
- Wolff, G., Pathare, S., & Craig, T. (1999). Public education for community care: A New Approach. In Guimon, J., Fischer, W., & Sartorius, N.(Eds.), *The Image of Madness: The Public Facing Mental Illness and Psychiatric Treatment*. pp. 56-71. Basel: Karger.



היענות לביצוע ממוגרפיה לאור מודלים בקידום בריאות

כרמית סטרן

בית הספר לבריאות הציבור, אוניברסיטת חיפה

תקציר

סרטן השד הינו המחלה הממארת השכיחה ביותר בקרב נשים בארץ ובעולם. ככל שהמחלה מאובחנת מוקדם יותר, כך עולים סיכויי ריפוייה. סקירת ממוגרפיה לגילוי מוקדם הוכחה כיעילה בהורדת תמותה מסרטן שד, ולכן היא מומלצת כבדיקת סינון שגריתית לנשים מבוגרות. למרות שהבדיקה קצרה, מעוטת סיכונים וכאב ואינה כרוכה בתשלום, שיעורי היענות לביצוע נמוכים למדי. נראה, שקיימים ההבדלים בין קבוצות אוכלוסיה שונות בארץ ובעולם, כאשר שיעורים אלה נמוכים במיוחד בקרב אוכלוסיות מיעוט ובאזורי פריפריה.

היענות לממוגרפיה הינה התנהגות בריאותית מורכבת, התלויה בגורמים רבים ומגוונים, הכוללים היבטים אישיים, תרבותיים, חברתיים סביבתיים וכאלה הקשורים למערכת הבריאות. המאמר דן בהיבטים השונים של היענות לביצוע ממוגרפיה בהתאם להמלצות לאור שני מודלים מרכזיים בקידום בריאות, המסבירים את ההתנהגות הבריאותית ואת השינוי בהתנהגות זו תוך התמקדות במאפייני הפרט: מודל האמונות הבריאותיות (HBM) ומודל שלבי השינוי (TTM).

נוסף על הדיון התיאורטי נסקרות עבודות, שיישמו את המודלים הללו, ומובא ניתוח, המתייחס לעבודות הספציפיות ולמידת הישימות של המודלים בהקשר של ביצוע ממוגרפיה. המסקנות העיקריות מתייחסות לחוזקת ה-HBM בהסברת חוסר היענות לביצוע הסקירה, קרי מכוון למקור הבעיה; ואילו ה-TTM מתייחס לתהליך השינוי ומתאים לקידום היענות בהתערבויות שונות. שילוב של מרכיבים מהמודלים יכול לסייע בשלבי תכנון, ביצוע והערכת התערבויות לשיפור היענות לממוגרפיה, ולכן חשוב להכירם ולהיעזר בנקודות החוזק שלהם לקידום מטרה חשובה זו.

מבוא

סרטן השד הינו המחלה הממארת השכיחה ביותר בקרב נשים בארץ ובעולם. ככל שהמחלה מאובחנת בשלבים מוקדמים יותר, כך עולים סיכויי הריפוי שלה. סקירת ממוגרפיה לגילוי מוקדם הוכחה כיעילה בהורדת תמותה מסרטן שד, ולכן היא מומלצת כבדיקת סינון שגריתית לנשים מבוגרות.

היענות להמלצות לביצוע ממוגרפיה היא התנהגות בריאותית מורכבת, התלויה בגורמים רבים ומגוונים, הכוללים היבטים אישיים, תרבותיים, חברתיים סביבתיים וכאלה הקשורים למערכת הבריאות. נראה, שקיימים ההבדלים בשיעורי היענות בין קבוצות אוכלוסיה שונות בארץ ובעולם. בסקירה זו נדונים הגורמים, המשפיעים על היענות לביצוע הבדיקה, באופן כללי ובהתייחס לקבוצות האוכלוסייה השונות. כמו כן נעשה ניתוח של ביצוע ממוגרפיה בהתאם להמלצות לאור שני מודלים מרכזיים בקידום בריאות: מודל האמונות הבריאותיות (HBM) ומודל שלבי השינוי (TTM). המודלים מסבירים את ההתנהגות הבריאותית ואת השינוי בהתנהגות זו תוך התמקדות במאפייני הפרט. נוסף על הדיון התיאורטי, נסקרות עבודות, שיישמו את המודלים הללו, ומובא ניתוח, המתייחס למחקרים הספציפיים ולמידת הישימות של המודלים בהקשר של ביצוע סקירת ממוגרפיה.

סקירת ספרות

סרטן שד וסקירת ממוגרפיה

סרטן שד הינו הסרטן הנפוץ ביותר בקרב נשים ברחבי העולם, והוא מהווה סיבה מובילה שנייה (אחרי סרטן ריאות) לתמותה מסרטן בקרב נשים.

(Bray, McCarron & Parkin, 2004; Dumitrescu & Cotarla, 2005;)

שיעורי ההיארעות של סרטן השד גבוהים יותר במדינות המפותחות לעומת המדינות המתפתחות, אם כי שיעורים אלה עולים בהתמדה גם שם,

(Veronesi, Boyle, Goldhirch et al., 2005)



גם בישראל סרטן השד הינו המחלה הממארת השכיחה ביותר בקרב נשים: בכל שנה כ-4,000 נשים חולות בסרטן השד; וההערכה היא שאחת מתוך כשמונה נשים עלולה לחלות במחלה זו במהלך חייה (האגודה למלחמה בסרטן, 2005; רישום הסרטן הלאומי, 2005). שיעורי ההיארעות של סרטן שד גבוהים בקרב יהודיות, בעיקר ילידות הארץ ומאמריקה הצפונית ואירופה, ונמוכים בקרב ערביות. אולם, בשנים האחרונות השיעורים הולכים ועולים בשתי הקבוצות. כעת, שיעורי הסרטן בקרב יהודיות גבוה פי שניים לעומת ערביות, (יפרח, 1999 רישום הסרטן הלאומי, 2005). גורמים לסרטן השד עדיין אינם ברורים דיים, עם זאת ידוע ששיעור ההיארעות עולה מגיל 50 ומעלה. על-פי נתוני משרד הבריאות (2005), כ-74% מהחולות אובחנו בגילאים 50 ומעלה, כ-23% אובחנו בגילאים 40-49 וכ-3% בלבד היו צעירות מ-40. מלבד גיל מבוגר, נמצאו גורמי סיכון נוספים לסרטן שד: חשיפה הורמונלית ממושכת לאסטרוגן (וסת בגיל מוקדם ו/או מנופאחה בגיל מבוגר, מיעוט הריונות, לידה ראשונה בגיל מבוגר), היסטוריה משפחתית (סרטן שד בקרובה מדרגה ראשונה), השמנה, צריכת אלכוהול, מעמד סוציאקונומי נמוך ועוד.

גם בישראל סרטן השד הינו המחלה הממארת השכיחה ביותר בקרב נשים: בכל שנה כ-4,000 נשים חולות בסרטן השד; וההערכה היא שאחת מתוך כשמונה נשים עלולה לחלות במחלה זו במהלך חייה (האגודה למלחמה בסרטן, 2005; רישום הסרטן הלאומי, 2005). שיעורי ההיארעות של סרטן שד גבוהים בקרב יהודיות, בעיקר ילידות הארץ ומאמריקה הצפונית ואירופה, ונמוכים בקרב ערביות. אולם, בשנים האחרונות השיעורים הולכים ועולים בשתי הקבוצות. כעת, שיעורי הסרטן בקרב יהודיות גבוה פי שניים לעומת ערביות, (יפרח, 1999 רישום הסרטן הלאומי, 2005). גורמים לסרטן השד עדיין אינם ברורים דיים, עם זאת ידוע ששיעור ההיארעות עולה מגיל 50 ומעלה. על-פי נתוני משרד הבריאות (2005), כ-74% מהחולות אובחנו בגילאים 50 ומעלה, כ-23% אובחנו בגילאים 40-49 וכ-3% בלבד היו צעירות מ-40. מלבד גיל מבוגר, נמצאו גורמי סיכון נוספים לסרטן שד: חשיפה הורמונלית ממושכת לאסטרוגן (וסת בגיל מוקדם ו/או מנופאחה בגיל מבוגר, מיעוט הריונות, לידה ראשונה בגיל מבוגר), היסטוריה משפחתית (סרטן שד בקרובה מדרגה ראשונה), השמנה, צריכת אלכוהול, מעמד סוציאקונומי נמוך ועוד.

הבדלים בהיענות לממוגרפיה בקבוצות באוכלוסייה

ההבדלים בשיעור ההיענות בין יהודיות לערביות עלו בסקרים נוספים: במהלך 1997 בסקר טלפוני לאומי בו רואיינו 972 יהודיות ו-233 ערביות, דיווחו 61% מהיהודיות שעברו אי פעם בדיקת ממוגרפיה, לעומת 21% בלבד מהנשים הערביות (Farfel & Yuval, 1999). סקר בריאות נשים בישראל, שנערך בשנת 1998 העלה, ש-52% מהנשים היהודיות דיווחו שבצעו ממוגרפיה במהלך השנתיים האחרונות, לעומת 24% בלבד מהנשים הערביות (יפרח, 1999).

גילוי מוקדם הינו האמצעי היעיל ביותר לריפוי סרטן השד. ככל שהמחלה מאובחנת בשלבים המוקדמים, כך עולים סיכויי ההישרדות והריפוי: כאשר בוחנים הישרדות כעבור 5 שנים מגילוי המחלה, נוכחים שכ-97% מהנשים שאובחנו בשלבים מוקדמים (סרטן מקומי) של המחלה שורדות, לעומת 20% בלבד מהנשים שאובחנו עם מחלה מתקדמת (גרורות). גילוי מוקדם יעיל באמצעות סקירת ממוגרפיה או בדיקה ידנית של השד על ידי רופא והאגודה למלחמה בסרטן, (American Cancer Society).

מחקרן האיכותני של אפל בראון ושותפותיה (2004), שבחן תפיסות בנוגע לסרטן שד בקרב ערביות ישראליות, מצא שנשים ערביות תופסות את מחלת הסרטן כקטלנית ושרווחת אמונה, שעצם הגעת האישה לביצוע ממוגרפיה, תגרום לתיגוה על ידי החברה כחולת סרטן. התמה המרכזית שעלתה כמחסום לביצוע ממוגרפיה, הייתה תפקידה המשפחתי של האישה כאם ורעיה, שנתפס בחברה זו כאבן יסוד שעלולה להתמסס, אם תתיג אותה האישה כחולה. לכן מעדיפות נשים ערביות להימנע מביצוע ממוגרפיה, ואף להסתיר את המחלה.

סקירת ממוגרפיה הינה, למעשה, בדיקת רנטגן מהירה של רקמת השדיים. בדיקה זו מיועדת לנשים ללא סימפטומים מוקדמים. מטרתה לגלות את סרטן השד בשלב מוקדם, שבו יש שינויים ממאירים התחלתיים בשד, כגון גושים קטנים שאינם ניתנים למישוש. לעיתים קרובות ניתן באמצעות בדיקת הממוגרפיה לזהות גידול, עוד לפני שניתן להרגישו באמצעות בדיקת רופא ידנית, ולכן היא בדיקה מומלצת לגילוי מוקדם של סרטן השד לנשים בגיל המתאים (האגודה למלחמה בסרטן, 2005).

במילים אחרות, נשים ערביות בישראל נמנעות מביצוע סקירת ממוגרפיה בשל פטליזם: "האמונה שמוות הינו בלתי נמנע, כאשר יש סרטן" (Powe & Finnie, 2003). הכחשה, תפיסת תפקידן ומחויבותן למשפחה ובשל תיוג

מחקרים רבים מצאו ירידה של 20-30% בתמותה מסרטן שד בעקבות סקירת ממוגרפיה בנשים בגילאי 50-69 (לגבי יתרונות הסקירה מתחת לגילאי 50 ומעל גיל 70 קיים מידע סותר), לכן במדינות רבות יושמו תוכניות לסקירת ממוגרפיה (Anderson, Brown et al., 1999; Kerlikowske, Grady, Rubin et al., 1995)



להימנעות מקבלת שירות בריאותי לנשים הייתה, כאמור וכצפוי, חוסר שליטתן בעברית.

לסיכום, היענות להמלצות לביצוע ממוגרפיה בקרב נשים מושפעת מגורמים שונים, הקשורים גם למוצאן האתני-תרבותי וגם לסטטוס ההגירה שלהן. ניתן להצביע על גורמים משותפים בשתי קבוצות האוכלוסיה שנידונו: ליקויים בתקשורת על רקע הבדלי תרבות ושפה, פטליזם וחוסר ידע. ממצא זה אינו מפתיע, מאחר ששיעורי היענות לבדיקות סינון נמוכים יותר בקרב אוכלוסיות מיעוט; למשל, היספאניות ואפרו-אמריקאיות בארצות הברית נענות פחות לביצוע ממוגרפיה (Rawal, Campion, Menon et al., 2000; Paskett, Tatom, Rushing et al., 2004; Consedine, Magai, Horton et al., 2005).

הגורמים המשפיעים על היענות לביצוע ממוגרפיה

כפי שהוזכר לעיל, ישנן נשים אשר מעדיפות להימנע מביצוע סקירת ממוגרפיה למרות יתרונותיה. ניתן לסווג את הגורמים, המשפיעים על היענות נשים להמלצות לביצוע ממוגרפיה, לגורמים אישיים, חברתיים, תרבותיים, סביבתיים וכאלה הקשורים למערכת הבריאות. מאחר שמדובר בגורמים רבים ומגוונים, שיידונו גם בהקשר למודלים של שינוי התנהגות, להלן תובא סקירה, שתתמקד בכמה מהגורמים המרכזיים המשפיעים על היענות לביצוע ממוגרפיה לגילוי מוקדם של סרטן שד:

אחד הגורמים, המהווים מחסום להיענות לבדיקות סינון לסרטן ולאבחון ולטיפול בסרטן, לרבות סקירת ממוגרפיה, הוא פטליזם כלפי מחלת הסרטן. כאמור, פטליזם (Fatalism) הינו אמונה שמוות הינו בלתי נמנע עקב הופעת סרטן (Powe & Finnie, 2003), ולכן ביצוע סקירה לגילוי מוקדם של סרטן השד הינו חסר ערך. Powe (1995) מצא קשר בין רמות נמוכות של השכלה והכנסה ורמות גבוהות של פטליזם. כמו כן נראה, שגם גיל, גזע ומוצא עשויים לנבא פטליזם בחברות מסוימות

(Baron-Epel et al., 2004; King, Ross, Seay et al., 1995; Remennick, 2003).

תפיסה פטליסטית עשויה להוות גורם לפחד מפני גילוי ממצא לא תקין בסקירת ממוגרפיה, לרבות סרטן. פחד כזה עלול להוות מחסום לביצועה

(Aro, de Koning, Absetz et al., 2001; Austin, Ahmad, McNally et al., 2002; Baron-Epel et al., 2004) אם כי ישנם ממצאים אחרים, שמראים שתחושת פחד כזו עשויה דווקא להעלות את היענות (Consedine, Magai & Neugut, 2004; Lagerlund, Hedin, Sparen et al., 2000).

חברתי (סטיגמטיזציה). למעשה, נראה, שאין כל הבדל בתפיסתן של הנשים הערביות בין סקירה לגילוי מוקדם של סרטן שד לבין אבחון שד, כאשר נמצא ממצא בלתי תקין, כשמדובר בממוגרפיה.

מחקר אחר של בנר ועמיתיו (2002) בדק באמצעות קבוצות מיקוד של נשים ערביות מנסיכויות המפרץ את החסמים והגורמים המעודדים לביצוע בדיקות סקירה לסרטן השד. ממצאי המחקר עולה, כי החסמים העיקריים, העומדים בפני ביצוע סקירה, הינם הכחשה (כתוצאה מפחד וחרדה), חוסר ידע לגבי סרטן ותוכניות הסקירה, פחד, מבוכה, חוסר אמון במערכת הבריאות ואמונה בגורל; הגורמים המעודדים ביצוע בדיקות סקירה היו ידע בנוגע לבדיקה, תפיסת סיכון גבוהה, אמונה באחריות אישית על הבריאות ותמיכה חברתית. במחקרים, שבחנו את הגורמים המשפיעים על היענות הנמוכה לביצוע ממוגרפיה בקרב נשים מוסלמיות מהמזרח התיכון ומאסיה המתגוררות בארצות הברית, נמצאו היעדר ידע וחסמים בתקשורת בין הרופא לבין המטופלות כחסמים לביצוע הסקירה. נראה, כי ליקויי התקשורת נבעו בעיקר מבעיות של שפה ומהבנה בלתי מספקת של המנהגים והתרבות, (Rajaram & Rashidi, 1999; Rashidi & Rajaram, 2000; Underwood, Shaikha & Bakr, 1999)

שיעורי היענות לביצוע ממוגרפיה נמוכים גם בקרב עולות חדשות מברית המועצות לשעבר. נראה, כי ליקויים בתקשורת, המהווים חלק מקשיי ההסתגלות למדינה החדשה, משפיעים גם על הקשר בינו לבין מערכת הבריאות בישראל. תהליך ההגירה על השלכותיו מהווה מכשול בפני שימוש בממוגרפיה (Remennick, 1999a; Remennick, 1999b; Benisovich & King, 2003; Remennick, 2003) מחקר מישראל ומארצות הברית הראה, שנשים מברית המועצות לשעבר משתדלות להתעסק כמה שפחות בבריאותן. כך, למשל, הן נמנעות מפעילויות לקידום בריאותן או מחיפוש מידע בריאותי,

(Benisovich & King, 2003; Remennick, 1999a)

בעיה זו חריפה יותר בקרב עולות מבוגרות, הנמנעות גם משימוש בשירותי מניעה בארץ, לרבות ביצוע בדיקות סינון, בשל גישה פטליסטית כלפי בריאות וחולי ובשל מיקוד שליטה חיצוני (Remennick, 1999b; Remennick, 2003) רמניק (2003) מצאה, כי העולות המבוגרות נמנעו מביקור במרפאות לבריאות האישה, מכיוון שהרופאים הגניקולוגים בהן היו ממין זכר ומכיוון שהן האמינו שבדיקה גניקולוגית מיותרת ואף מביישת בגילן. חלק מהעולות המבוגרות ביטאו חוסר ידע כשטען, שסרטן השד אופייני לנשים צעירות, ולכן אין סיבה לדאגה מפני המחלה לנשים בגילן. סיבה נוספת



(Clover, Redman, Forbes et al., 1996; Brown, Baumann, Helberg et al., 1996; Miedema & Lenger, 2003). (Tatemichi, 2003). ועמיתיו (2002) ערכו מטה-אנליזה והראו, שהגורמים בעלי ההשפעה הגדולה ביותר על היענות לסקירה הינם גישה נוחה וייעוץ אישי. על מנת להעלות את ההיענות לסקירת ממוגרפיה מיושמות אסטרטגיות התערבות שונות, ביניהן: ייעוץ אישי, ייעוץ טלפוני, הפנייה על ידי רופא, שיגור מכתב הזמנה ושיתוף הקהילה (Champion, Maraj, Hui et al., 2003; King et al., 1995; Denhaerynck, Lesaffre, Baele, et al., 2003, Clover et al., 1996, Ore et al., 1997; Bonfill, Marzo, Pladevall et al., 2001).

האסטרטגיות נבדלות בשיעורי ההצלחה שלהן, אם כי אלה גבוהים יותר, כאשר משלבים ביניהן. (Champion et al., 2003; King et al., 1995). Champion וחבריו (2003) ערכו מחקר פרוספקטיבי רנדומאלי, שבדק את יעילותן של חמש התערבויות מותאמות (tailored) שונות בהעלאת ההיענות לביצוע ממוגרפיה: ייעוץ טלפוני, ייעוץ אישי (פנים אל פנים), מכתב מרופא, ושילובים של ייעוץ טלפוני עם מכתב וייעוץ אישי עם מכתב. מחקרם התבסס על מודל האמונות הבריאותיות ומודל שלבי השינוי (שיידונו בהרחבה בהמשך) ועל התערבויות מותאמות יעילות קודמות. ממצאי המחקר העלו, כי כל ההתערבויות העלו את ההיענות לביצוע הסקירה באופן משמעותי ומובהק לעומת הטיפול הרגיל. עם זאת, השילוב בין ייעוץ אישי למכתב מרופא היה היעיל ביותר.

היענות לביצוע ממוגרפיה כהתנהגות בריאותית

היענות להמלצות לביצוע ממוגרפיה הינה התנהגות בריאותית. למעשה, התנהגות בריאותית הינה כל התנהגות, הנעשית על ידי הפרט על מנת להגן על בריאותו או לשמר אותה, בין אם זו יעילה ובין אם לאו. (Gochman, 1997) הציע הגדרת עבודה להתנהגות בריאותית, המורכבת ממספר הגדרות קודמות: "תכונות אישיות, כמו: אמונות, ציפיות, מניעים, ערכים, תפיסות ומרכיבים קוגניטיביים אחרים; מאפייני אישיות, כולל מצבים ומאפיינים רגשיים; ותבניות התנהגות מכוונות, פעולות והרגלים, הקשורים לשמירה על הבריאות ולשיפורה".

Green & Kreuter (1991) חילקו את הגורמים המשפיעים על התנהגות בריאותית לגורמים ביולוגיים (כמו: גנטיקה, גיל, מין), אישיים (לדוגמא, ידע, עמדות, מוטיבציה), חברתיים (כגון: מעמד סוציו-אקונומי, נורמות, תמיכה חברתית), סביבתיים (למשל, טכנולוגיה, גישות) פוליטיים (כמו: חוקים, מדיניות) וכאלה הקשורים לשירותי בריאות (לדוגמא, זמינות,

מקורות נוספים להרגשת פחד קשורים לחשש מכאב, אי נוחות או מבוכה במהלך הסקירה (Aro et al., 2001; Levy-Storms, Bastani & Reuben, 2004; Carney, Harwood, Greene et al., 2005). גורם חשוב נוסף, המנבא היענות לביצוע ממוגרפיה, הוא מחוללות עצמית (Self-efficacy). Bandura (1986) טבע את המונח 'מחוללות עצמית' כחלק מתיאורית הלמידה החברתית, והגדירו כאמונה ביכולת הפרט לבצע התנהגות מסוימת. מחקרים, שבחנו את הקשר בין מחוללות עצמית לבין ביצוע בדיקות סקירה לסרטן בהן בדיקת ממוגרפיה, מצאו קשר חיובי בין מחוללות עצמית לבין הכוונה לבצע והביצוע בפועל של הבדיקות הללו (Friedman, Nelson, Webb et al., 1994; Allen, Sorensen, Stoddard et al., 1998).

היסטוריה קודמת של ביצוע בדיקות ממוגרפיה נמצאה כמנבאת היענות לביצוע ממוגרפיה. כלומר, נשים בעלות ניסיון קודם עם ממוגרפיה נענות יותר להמלצות לביצוע הסקירה, לעומת נשים שלא בצעו ממוגרפיה מעולם האם (2005) מצא הבדלים בין הגורמים, המשפיעים על כוונתן של נשים קוריאניות בעלות ניסיון קודם לביצוע סקירת ממוגרפיה, לעומת נשים ללא ניסיון. גורמים משותפים לשתי הקבוצות היו ידע ומחוללות עצמית, לעומת זאת נורמות סובייקטיביות השפיעו רק על הקבוצה המנוסה, וגיל השפיע רק על הקבוצה חסרת הניסיון.

מלבד גורמים אישיים, ישנם גם גורמים חברתיים, המשפיעים על היענות לביצוע סקירה. גורמים אלה קשורים לנורמות חברתיות, החקיקה (modeling) ותמיכה חברתית. נמצא, שנורמות חיוביות או שליליות כלפי ממוגרפיה וסרטן השד תשפיענה על שיעורי ההיענות לביצוע בדיקה בקרב נשים מאותה החברה. כמו כן ביצוע ממוגרפיה בקרב קבוצות הייחוס ותמיכה חברתית משפיעות אף הן על ביצוע חוזר של בדיקה לגילוי מוקדם של סרטן שד (de Nooijer, Lechner, Candel et al., 2004; Levy, S).

גם גורמים, הקשורים למערכת הבריאות, משפיעים על היענות לממוגרפיה: כאשר הנגישות למכון הממוגרפיה נמוכה, וכאשר אין לאישה כוונה לבקש הפנייה לממוגרפיה מהגורם המטפל, שיעורי היענות לביצוע הסקירה נמוכים (Levy-Storms et al., 2004); אולם, כאשר הרופא המטפל מודע לחשיבות הפנייתיה של האישה לביצוע ממוגרפיה, והוא אכן ממליץ לה על כך, הסיכויים שהיא תבצע את הבדיקה עולים



במרוצת השנים עבר המודל ליטושים נוספים, שעיקרם הכרה בחשיבות השפעתם של מאפיינים דמוגרפיים, סוציו-פסיכולוגיים (בפרט מחוללות עצמית) ומבניים (ידע, למשל) על קבלת ההחלטות של הפרט (Nutbeam & Harris, 2004; Janz et al., 2002). אחת ממגבלות המודל נעוצה בעובדת היותו מודל פסיכולוגי, וככזה הינו מוגבל בהתייחסותו לפרט בלבד תוך התעלמות מכוחות אחרים, המשפיעים על התנהגויות בריאות, כמו תנאים חברתיים, כלכליים, וסביבתיים; כאשר נקודת ההנחה הראשונית היא שבהכרח יש קשר בין אמונות להתנהגות.

מטה-אנליזה של 16 מחקרים, שהתבססו על ה-HBM, העלתה שהמרכיב החשוב ביותר במודל הוא 'תפיסת המחסומים העומדים בפני הצלחת הפעולה'. למעשה, משתנה זה מאגד בתוכו בליל של מרכיבים רבים, שמבלי היכולת לבודד אותם, נפגמת יכולתו של המודל לספק הבחנה בשונות ההתנהגות. משתנים מנבאים חשובים נוספים להתנהגויות מניעה הם: 'תפיסת הפגיעות למחלה' ו'תפיסת הרווחים'. יתרה מכך הקשרים בין המשתנים חלשים למדי, והוא אינו מציע דרכים לשינוי ההתנהגות (Janz et al., 2002; Harrison, Mullen & Green, 1992).

מחקרים רבים השתמשו ב-HBM בנושא של ביצוע ממוגרפיה (Holm, Frank & Curtin, 1999; Thomas, Fox, Leake et al., 1996; Hyman, Baker, Ephraim et al., 1994). על פי מודל זה, ביצוע ממוגרפיה נובע מאמונות האישה בנוגע לתפיסת הפגיעות שלה לסרטן השד (לדוגמה, "אחותי חלתה בסרטן, אז גם אני עלולה לחלות"), תפיסת חומרת המחלה ("סרטן הוא מחלה קטלנית"), תפיסת הרווחים מביצוע ממוגרפיה ("הבדיקה יעילה בגילוי מוקדם של סרטן וגורמת רק אי נוחות קלה") ותפיסת המחסומים לביצועה ("הבדיקה כואבת" או "אם יש לי סרטן שד, אני מעדיפה לא לדעת"). אם כך, ניתן לראות, שמשנתני המודל עשויים להיות קשורים להיענות לביצוע ממוגרפיה או לחוסר היענות לביצועה. בספרות נמצא, שחוסר היענות קשור בעיקר למחסומים מפני ביצוע הבדיקה, כמו: פחד ממחלת הסרטן, מכאב ומסימפטומים נלווים, פטליזם והיפוכונדריה (Champion, 1999; Lagerlund et al., 2000; Austin et al., 2002; Lostao, Joiner, Pettit et al., 2001); על ממצאים אלה חולקים מחקרים אחרים, דוגמת מחקרים של רמירז ושותפיו, שנערך בקרב היספאנים בארצות הברית, ולא מצא קשר בין אמונות לבין ביצוע ממוגרפיה.

להלן מחקרים, שיישמו את ה-HBM כמסגרת מושגית לבחינת קשרים וכתכנון התערבות להעלאת היענות לממוגרפיה:

עלות). ניתן לצקת את הגורמים הללו בוריאציות שונות למודלים בקידום בריאות, המספקים מסגרת קונצפטואלית להבנת השפעתם על התנהגות בריאותית ולתכנון התערבויות יעילות לשיפור.

סקירה זו תדון בביצוע ממוגרפיה לגילוי מוקדם של סרטן השד בהתאם להמלצות על ידי נשים בגיל הרלבנטי לאור שני מודלים מרכזיים בקידום בריאות, המסבירים את ההתנהגות הבריאותית ואת השינוי בהתנהגות זו תוך התמקדות במאפייני הפרט:

מודל האמונות הבריאותיות (HBM) Health Belief Model

HBM הינו אחד המודלים התיאורטיים המרכזיים והותיקים, שפותחו להבנת הקשר בין אמונות לבין בריאות. המודל פותח במקור להסברת התנהגויות בריאות מונעות, כמו ביצוע בדיקות סינון וחיסונים, ולניבוי שלהן. ליבת המודל הינה, שהפרט יבצע פעולה כלשהי בנוגע לבריאותו על בסיס האינטראקציה בין ארבעה סוגים שונים של אמונות. הווה אומר, המודל מנבא שאדם יבצע פעולה להגנה או לקידום בריאותו בתנאי ש:

האדם תופס את עצמו כפגיע למחלה.

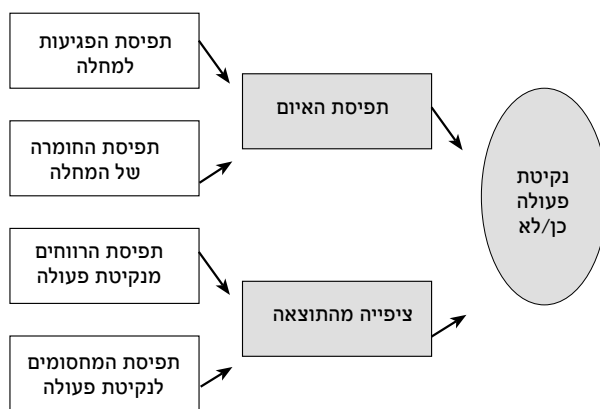
האדם תופס את המחלה כחמורה.

נקיטת פעולה אפשרית תפחית את הפגיעות או תמזער

את ההשלכות של המחלה.

הרווח בנקיטת הפעולה עולה על העלות או על המחסומים. מאוחר יותר התווסף למודל מרכיב נוסף: דחף לפעולה. מרכיב זה הינו זרז לפעולה, והוא יכול להיות, למשל, פרסום בתקשורת המונים

Health Belief Model (HBM)



השונות בהתייחס למשתנים שנבחנו: למשל, 65% מהנשים מהאיטי האמינו, סרטן שד הינו סופני בהכרח (פטליזם), לעומת 10% מילידות ארצות הברית (שחורות ולבנות); הדומינאניות הציגו את רמת הידע הנמוכה ביותר בהשוואה לשאר הקבוצות.

יתר על כן נמצא קשר בין המשתנים הקוגניטיביים לבין ביצוע הסקירה. בנוסף לחשיבותם המעשית והיישומית של הממצאים הללו בהתאמת התערבויות (tailored) להעלאת ההיענות לביצוע ממוגרפיה בכל קבוצת יעד על פי מוצאה, נתקבל גם במחקר זה חיזוק למידת הישימות של מודל האמונות הבריאותיות בהקשר של סקירת ממוגרפיה ולפוטנציאל החבוי בו להכוונה למגוון התערבויות להבאת שינוי התנהגותי, על פי צרכיה ומאפייניה של כל קבוצת יעד.

זהו מודל מעגלי, שאפשר להיכנס ולצאת ממנו בכל זמן נתון, המתייחס באופן שווה לכאלה שיוזמים את השינוי בעצמם ולכאלה שמגיבים לגירוי חיצוני (כמו עצת רופא). נראה, שהמעבר בין השלבים צפוי, אם כי חלק מהאנשים יעשו זאת במהירות, בעוד שאחרים יתקעו בשלב אחד למשך זמן רב. ההתקדמות משלב לשלב תלויה במחוללות העצמית וב'מאזן ההחלטה' (יתרונות מול חסרונות) (Nutbeam & Harris, 2004; Prochaska, Redding & Evers, 2002)

מודל שלבי השינוי (TTM) מקובל להבנת התנהגויות בריאות, כמו ביצוע ממוגרפיה, והוא אכן יושם לקידום ביצוע הסקירה בהתערבויות שונות (Clark, Rakowski, Ehrich et al., 2002; Rimer, Halabi, Sugg Skinner et al., 2002; Lipkus, Rimer, Halabi et al., 2000). כמו כן מודל זה מהווה פרספקטיבה תיאורטית, המסייעת לשיפור היעילות של ייעוץ פנים אל פנים במסגרות שונות (Prochaska et al., 2002).

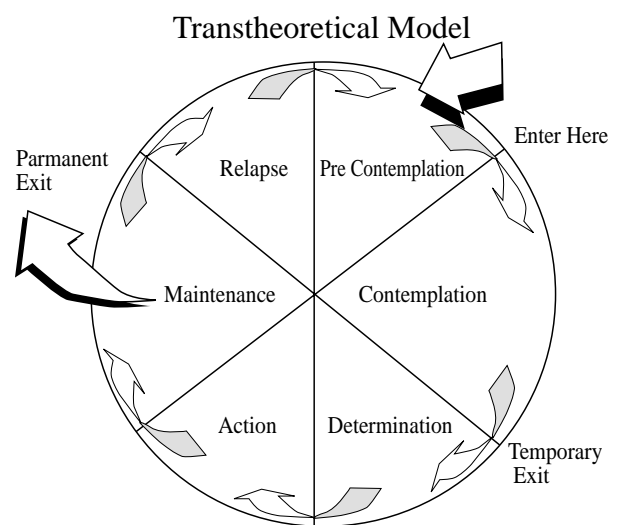
לפי המודל, שינוי התנהגות מתרחש בשלבים ובהדרגתיות, וישנם תהליכי שינוי, שיכולים לסייע בהתקדמות משלב אחד לשני. תהליכי השינוי מוגדרים כ"כל פעילות, שאתה יוזם למען עיצוב מחשבת, תחושתית או התנהגותית" (Prochaska et al., 2002). ישנם 9 תהליכים מרכזיים של שינוי:

1. העלאת מודעות, 2. שחרור חברתי, 3. התעוררות רגשית, 4. הערכה עצמית מחודשת, 5. מחויבות, 6. התנגדות, 7. יעוץ סביבתי, 8. גמול, 9. מערכות יחסים תומכות. חשוב להכיר את התהליכים ולזהות את שלב השינוי כדי להתאים את ההתערבות לשלב בו נמצא האדם, (Champion & Huster, 1995; Prochaska et al., 2002).
- בספרות על המודל ישנה מחלוקת בנוגע לתהליכי השינוי: כמה

Consedine ושותפיו (2004; 2005) בחנו את הידע והאמונות של קבוצות אתניות שונות באוכלוסיה בנושא של ביצוע ממוגרפיה. מטרתם הייתה להתאים את ההתערבויות, שהפעילו אנשי המקצוע להעלאת היענות לביצוע ממוגרפיה, לכל קבוצה אתנית על פי צרכיה. כך נבחנו הקשרים בין המרכיבים הקוגניטיביים של המודל: ידע בנוגע לגורמים ולגורמי הסיכון לסרטן שד והאמונות בנוגע ליעילות של טיפולים בסרטן והתועלת מביצוע ממוגרפיה; בשלב הבא נחקרו הקשרים בין אותם המשתנים לבין ביצוע הסקירה.

המחקר כלל מדגם גדול של נשים (n=1364) בגילאי 50-70, המתגוררות בברוקלין שבניו-יורק, ארצות הברית. הנשים נדגמו במדגם אשכולות, על פי מוצא והכנסה, כך שרובדו לשלוש רמות הכנסה וששה מוצאים: נשים אירופאיות ילידות ארצות הברית, נשים אפריקאיות ילידות ארצות הברית, דומינאניות, נשים מהאיטי, נשים דוברות אנגלית מהקריביים ונשים ממזרח אירופה. בחירת הנשים בתוך כל אשכול נעשתה באופן אקראי. איסוף הנתונים נעשה במהלך השנים 2000-2002 באמצעות ראיונות פנים אל פנים, שנערכו בבית הנבדקת או במקום אחר על פי בחירתה, על ידי מראיינת מאותה קהילה, הדוברת את שפת האם של המראיינת.

תוצאות המחקר הציגו באופן כללי על רמת ידע נמוכה בקרב הנחקרות בנוגע לסרטן שד: לדוגמה, 62% מהן לא ידעו, שגיל מבוגר הינו גורם סיכון לסרטן שד; ו-50% מהן האמינו, שטיפולים קונבנציונאליים בסרטן שד עלולים להזיק לגוף במידה שווה לנזק מהסרטן עצמו. כמו כן נמצאו הבדלים בין קבוצות המוצא



לאחר ביצוע שתי ההתערבויות נעשה מעקב, שבו נבדקו נתונים של ביצוע ממוגרפיה על ידי הנשים משתי הקבוצות במשך 14 חודשים.

תוצאות המחקר מלמדות, שבשיחת הייעוץ הראשונה 67% מהנשים דיווחו על הימצאותן בשלב של פעולה או תחזוקה, לעומת 84% מהנשים בשיחה השנייה. כ-52% מהנשים נותרו באותו שלב בין השיחה הראשונה לשנייה; כ-41% עברו משלב של פחות מוכנות ליותר מוכנות וכוונה לבצע ממוגרפיה; ואילו 7% נסוגו משלב קרוב יותר לביצוע ממוגרפיה לשלב רחוק יותר. כמו כן 76% מהנשים דיווחו על מחסומים בביצוע סקירת ממוגרפיה בשיחה הראשונה, לעומת 44% בשיחה השנייה.

בשיחה הראשונה 21% מהנשים לא ידעו או היו מבולבלות מההנחיות לביצוע ממוגרפיה, 17% דיווחו על עלות גבוהה ו-28% דיווחו על פחד מפני אי נוחות, כאב, קרינה או גילוי של סרטן שד. בשיחה השנייה 29% היו מבולבלות מההנחיות ו-26% המשיכו לדווח על פחד. דאגה מפני עלות גבוהה ירדה משמעותית מ-17% ל-3%. בהיבט ההתנהגותי, בין ההתערבות הראשונה לשנייה (קרי, כעבור שנה מהשיחה הראשונה) יותר מ-60% מקבוצת הייעוץ הטלפוני בצעו ממוגרפיה, לעומת 48% מהנשים המדוורות (ההפרש מובהק סטטיסטית). אולם, בתום 15 חודשים מההתערבות השנייה חלה ירידה מובהקת סטטיסטית מ-60% ל-41% בקבוצת הייעוץ הטלפוני. נראה, כי ייעוץ טלפוני 'התפור' למידות המרואיינת, מקדם את המעבר לשלב השינוי בביצוע סקירה שגרתית ומקצר את מרווח הזמן בין הסקירות. לגבי הירידה בהיענות מ-60% ל-41% בין ההתערבות הראשונה לשנייה, ייתכן שזו קשורה לחוסר בהירות בנוגע למרווח הזמן הנכון לביצוע ממוגרפיה, סוגיה שעלתה כמחסום על פי דיווחן של 21% ואחר כך 29% מהנשארות. חיזוק לכך העלו Maxwell וחבריו (2001), כשהראו שבעוד ש-79% מהנשים בגילאי 50-69 עברו סקירת ממוגרפיה לפחות פעם אחת, פחות מ-50% סברו שיש צורך בבדיקות ממוגרפיה שגרתיות נוספות. לסיכום, האסטרטגיה של ייעוץ טלפוני מותאם לשלב המוכנות של האישה על פי מודל שלבי השינוי, יכול לשפר את ההיענות של נשים להמלצות לביצוע ממוגרפיה.

מחקרים אקראיים מבוקרים מצאו חוסר הלימה בין השלבים לבין התהליכים של השינוי, (Abrams, Boutwell, Grizzle et al., 1994). יתרה מכך, סביר להניח, שקיים קשר בין סוג התנהגות הבריאותית לבין תהליך השינוי הנדרש להשגתה. כלומר, הגיוני שביצוע ממוגרפיה ידרוש פחות תהליכים, מאשר שמירה על משקל תקין, למשל (Prochaska, et al., 2002). על מנת ליישב את המחלוקת הזו נדרש מחקר נוסף.

דוגמא לתוכנית התערבות, שיישמה שתי התערבויות להעלאת ההיענות להמלצות לביצוע ממוגרפיה, אחת מהן מתבססת על מודל שלבי השינוי, הינה תוכניתה של קרני וחברותיה (2005). התוכנית החלה בשנת 1998 בזיהוי מאפייני הנשים, אשר בצעו ולא בצעו את בדיקות השגרה של ממוגרפיה בניו המפשייר בארצות הברית. מאפיינים אלה כללו גם מידע על גורמי סיכון, ביצוע ממוגרפיה והיסטוריה של אבחון סרטן, ונאספו ממשד הרישום הממשלתי (ולא על פי דיווח עצמי, כפי שנעשה בדרך כלל במחקרים מסוג זה).

על פי נתוני המשרד, נכללו בקבוצת הבלתי נענות 300 נשים בגילאי 50 ומעלה, שלא הגיעו למכון הממוגרפיה בתום 24 חודשים מהבדיקה האחרונה שבצעו. 258 הנשים, שהסכימו להשתתף במחקר, חולקו באופן רנדומאלי לאחת מקבוצות ההתערבות: ייעוץ טלפוני בהתבסס על TTM (126) ומשלוח חבילת מידע בנושא ממוגרפיה בדואר (132). לא היה הבדל במאפייני הנשים בשתי הקבוצות, למעט העובדה שבקבוצת הייעוץ הטלפוני היה אחוז גבוה יותר של נשים עם השכלה נמוכה מתיכונית. הייעוץ הטלפוני כלל מרכיבים חינוכיים ומעלי מוטיבציה, שנוהלו כראיון על ידי שלוש מחנכות לבריאות בעלות ידע וניסיון נרחבים בתחום זה.

הראיון הטלפוני כלל שלושה מרכיבים:

1. זיהוי מחסומים של המרואיינת לביצוע ממוגרפיה.
2. הערכה של שלב המוכנות של האישה לשינוי על ידי תגובתה למידע שניתן לה ו/או לייעוץ כיצד ניתן להתגבר על המחסומים לביצוע ממוגרפיה שזוהו.
3. הקלטת הייעוץ הטלפוני כבסיס לשיחת הייעוץ השנייה, שהתרחשה שנה לאחר מכן.

סיכום

סקירה זו דנה בהיבטים השונים של היענות להמלצות לביצוע סקירת ממוגרפיה בקרב נשים, כהתנהגות בריאותית מורכבת. למעשה, התנהגות זו נבחנה באופן תמציתי לאור מודלים שונים בקידום בריאות, שכל אחד מהם הציע הסבר מעט שונה לאותה התנהגות על ידי הבלטת פן אחר: למשל, תיאוריית הפעולה המנומקת, מתייחסת למרכיבים הקוגניטיביים והחברתיים המשפיעים על היענותה של האישה, ואילו תיאורית הלמידה החברתית מדגישה את האינטראקציה בין המחוללות העצמית של האישה לבין סביבתה ביחס לביצוע ממוגרפיה.

בהמשך נידונו בהרחבה בשני מודלים מרכזיים בקידום בריאות, אשר נמצאו כמתאימים להבנת היענות לביצוע ממוגרפיה ולתכנון התערבות לשיפורה. מדובר במודל קלאסי וותיק מצד אחד: מודל האמונות הבריאותיות (HBM); ובמודל חדשני וצעיר מצד שני: מודל שלבי השינוי (TTM). שני המודלים מסבירים את ההתנהגות תוך התמקדות במאפיינים האישיים של האישה.

נראה, שה-HBM מסביר בעיקר חוסר היענות לביצוע סקירה, מכיוון שהמרכיב החזק ביותר שלו הוא 'תפיסת המחסומים העומדים בפני הצלחת הפעולה'. יתר על כן אין במודל סינרגיזם של המשתנים, והוא אינו מציע דרכים לשינוי ההתנהגות, אם כי הוא מכוון למקור הבעיה. לעומת זאת, ה-TTM מתייחס לתהליך השינוי ההתנהגותי ולשונות בין רמות המוטיבציה והמוכנות לשינוי בין אדם לאדם. הוא מיושם להבנת היענות לביצוע סקירת ממוגרפיה ולקידום ביצועה בהתערבויות שונות, ובמיוחד לשיפור היעילות של יעוץ פרטני, המותאם לשלב ולמוכנות לשינוי של האישה. למעשה, שילוב של מרכיבים מתוך שני המודלים הללו יכולים לסייע בשלבים שונים של תכנון, ביצוע והערכת התערבות לשיפור היענות לבדיקת הממוגרפיה, ולכן חשוב להכיר בערכם ולהיעזר בנקודות החוזק שלהם לקידום מטרה חשובה זו.

מקורות

האגודה למלחמה בסרטן, (2005). נתוני התכנית הלאומית לגילוי מוקדם של סרטן השד. הורדה ב- 28.8.2005 מאתר האגודה למלחמה בסרטן:
http://www.cancer.org.il/default.asp?url=template_site2/default.asp?maincat=15

יפרח, א., (עורכת). (1999). בריאות נשים בישראל 1999-2000 (פרק 5). בשיתוף שדולת הנשים בישראל, הדסה, ארגון נשים ציוניות באמריקה והדסה ישראל. ישראל: תל-השומר.

רישום הסרטן הלאומי בישראל. (2005). נתונים ומגמות של סרטן שד בישראל, הורדה ב-11.9.05 מאתר האינטרנט של משרד הבריאות:

<http://www.health.gov.il/pages/default.asp?maincat=22&catid=183&pageid=1609>



- Abrams, D.B., Boutwell, W.B., Grizzle, J., Heimendinger, J., Sorensen, G., & Varnes, J. (1994). Cancer control at the workplace: The Working Well Trial. *Preventive Medicine*, 23, 15-27.
- Alexander, F.E., Anderson, T.J., Brown, H.K., Forrest, A.P., Hepburn, W., & Kirkpatrick, A.E. (1999). 14 years of follow-up from the Edinburgh randomized trial of breast-cancer screening. *Lancet*, 353, 1903-1908.
- Allen, J.D., Sorensen, G., Stoddard, A.M., Colditz, G., & Peterson, K. (1998). Intention to have a mammogram in the future among women who have underused mammography in the past. *Health Education Behavior*, 25, 474-488.
- American Cancer Society. (2004). *Cancer Facts & Figures 2004*. Atlanta, GA: American Cancer Society.
- Aro, A.R., de Koning, H.J., Absetz, P., & Schreck, M. (2001). Two distinct groups of non-attenders in an organized mammography screening program. *Breast Cancer Research and Treatment*, 70, 145-53.
- Austin, L., Ahmad, F., McNally, M.J., & Steward, D. (2002). Breast and cervical cancer screening in Hispanic women: a literature review using the health belief model. *Women's Health Issues*, 12, 122-128.
- Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Baron-Epel, O., Granot, M., Badarna, S., & Avrami, S. (2004). Perceptions of breast cancer among Arab Israeli Women. *Women & Health*, 40, 101-116.
- Bastani, R., Marcus, A.C., & Hollatz-Brown, A. (1991). A Screening mammography rates and barriers to use: a Los Angeles Country survey. *Preventive Medicine*, 20, 350-363.
- Bener, A., Honein, G., Carter, A.O., Da'ar, Z., Miller, C., & Dunn, E.V. (2002). The determinants of breast cancer screening behavior: a focus group study of women in the United Arab Emirates. *Oncology Nursing Forum*, 29, 91-98.
- Benisovich, S.V., & King, A.C. (2003). Meaning and knowledge of health among older adult immigrants from Russia: a phenomenological study. *Health Education Research*, 18, 135-144.
- Bonfill, X., Marzo, M., Pladevall, M., Marti, J., & Emparanza, J.I. (2001). Strategies for increasing women participation in community breast cancer screening. *Cochrane Database Systematic Review*, (1), CD002943.
- Bray, F., McCarron, P., & Parkin, D.M. (2004). The changing global patterns of female breast cancer incidence and mortality. *Breast Cancer Research*, 6, 229-239.
- Brown, R.L., Baumann, L.J., Helberg, C.P., Han, Y., Fontana, S.A., & Love, R.R. (1996). The simultaneous analysis of patient, physician and group practice influences on annual mammography performance. *Social Science & Medicine*, 43, 315-324.
- Carney, P.A., Harwood, B.G., Greene, M.A., & Goodrich, M.E. (2005). Impact of a telephone counseling intervention on transition in stage of change and adherence to interval mammography screening. *Cancer Causes and Control*, 16, 799-807.
- Champion, V., & Huster, G. (1995). Effect of interventions on stage of mammography adoption. *Journal of Behavioral Medicine*, 18, 169-187.
- Champion, V. (1999). Revised Susceptibility, and barriers scale for mammography screening. *Research in Nursing and Health*, 22, 341-348.
- Champion, V., Maraj, M., Hui, S., Perkins, A.J., Tierney, W., Menon, U., & Skinner, C.S. (2003). Comparison of tailored interventions to increase mammography screening in nonadherent older women. *Preventive Medicine*, 36, 150-158.
- Clark, M.A., Rakowski, W., Ehrich, B., Rimer, B.K., Velicer, W.F., & Dube, C.E. (2002). The effect of a stage-matched and tailored intervention on repeat mammography (1). *American Journal of Preventive Medicine*, 22, 1-7.
- Clover, K., Redman, S., Forbes, J., Sanson-Fisher, R., & Callaghan, T. (1996). Two sequential randomized trials of community participation to recruit women for mammographic screening. *Preventive Medicine*, 25, 126-134.
- Consedine, N.S., Magai, C., & Neugut, A.I. (2004). The contribution of emotional characteristics to breast cancer screening among women from six ethnic groups. *Preventive Medicine*, 38, 64-77.



- Consedine, N.S., Magai, C., Horton, D., Neugut, A.I., & Gillespie, M. (2005). Health belief model factors in mammography screening: testing for interactions among subpopulations of Caribbean women. *Ethnic Disease*, 15, 444-452.
- De Nooijer, J., Lechner, L., Candel, M., & de Vries, H. (2004). Short- and long-term effects of tailored information versus general information on determinants and intentions related to early detection of cancer. *Preventive Medicine*, 38, 694-703.
- Dumitrescu, R.G., & Cotarla, I. (2005). Understanding breast cancer risk - where do we stand in 2005? *Journal of Cellular and Molecular Medicine*, 9, 208-221.
- Denhaerynck, K. J., Cortebeek, K., Van Overstraete, E., & Buntinx, F. (2003). Mammography screening attendance: meta-analysis of the effect of direct-contact invitation. *American Journal Preventive Medicine*, 25, 195-203.
- Farfel, M., & Yuval, D. (1999). *Arabs and Jews perception and use of the health system two and a half years after implementation of the national health insurance law: Finding from a survey of the general population*. Publication No. RR-351-99, Israel: JDC-Brookdale Institute.
- Finney Rutten, L.J., & Iannotti, R.J. (2003). Health beliefs, salience of breast cancer family history, and involvement with breast cancer issues: adherence to annual mammography screening recommendations. *Cancer Detection Prevention*, 27, 353-359.
- Fletcher, S.W., Black, W., Harris, R., Rimer, B.K., & Shapiro, S. (1993). Report of the International workshop on screening for breast cancer. *Journal of the National Cancer Institute*, 85, 1644-1656.
- Friedman, L.C., Nelson, D.V., Webb, J.A., Hoffman, L.P., & Baer, P.E. (1994). Dispositional optimism, self-efficacy, and health beliefs as predictors of breast self-examination. *American Journal of Preventive Medicine*, 10, 130-135.
- Gochman, D.S. (Eds.). (1997). *Handbook of Health Behavior Research: Personal and Social Determinants*. New York and London: Plenum Press.
- Green, L., & Kreuter, M. (1991). *Health Promotion Planning: An Educational and Environmental Approach*. Mayfield: Mountain View.
- Ham, O.K. (2005). The intention of future mammography screening among Korean women. *Journal of Community Health Nursing*, 22(1), 1-13.
- Harrison, J.A., Mullen, P.D., & Green, L.W. (1992). A meta-analysis of studies of the Health Belief Model with adults. *Health Education Research*, 7(1), 107-116.
- Hochbaum, G.M. (1956). Why people seek diagnostic x-rays. *Public Health Reports*, 71, 377-380.
- Holm, C.J., Frank, D.I., & Curtin, J. (1999). Health beliefs, health locus of control, and woman's mammography behavior. *Cancer Nursing*, 22, 149-156.
- Hyman, R.B., Baker, S., Ephraim, R., Moadel, A., & Philip, J. (1994). Health Belief Model variables as predictors of screening mammography utilization. *Journal of Behavioral Medicine*, 17, 391-406.
- Janz, N.K., Champion, V.L., & Strecher, V.J. (2002). The health belief model. Chapter 3. In : Glanz K, *Health behavior and health: Theory, Research and Practice* (3rd ed., pp. 45-66). San Francisco: Jossey-Bass.
- Kerlikowske, K., Grady, D., Rubin, S.M., Sandrock, C., & Ernster, V.L. (1995). Efficacy of screening mammography. A meta-analysis. *Journal American Medical Association*, 273, 149-154
- Key, T.J., Verkasalo, P.K., & Banks, E. (2001). Epidemiology of breast cancer. *Lancet Oncology*, 2, 133-140.
- King, E.S., Ross, E., Seay, J., Balslem, A., & Rimer, B. (1995). Mammography interventions for 65- to 74-year old HMO women. Program effectiveness and predictors of use. *Journal of Aging and Health*, 7, 529-551.
- Lagerlund, M., Hedin, A., Sparen, P., Thurfell, E., & Lambe, M. (2000). Attitudes, beliefs, and knowledge as predictors of nonattendance in a Swedish population-based mammography screening program. *Preventive Medicine*, 31, 417-428.
- Lenger, J., Meissner, H.I., Coyne, C., Breen, N., Chollette, V., & Rimer, B.K. (2002). The effectiveness of interventions to promote mammography among women with historically lower rates of screening. *Cancer Epidemiology Biomarkers Prevention*, 11, 59-71.



- Levy-Storms, L., Bastani, R., & Reuben, D.B. (2004). Predictors of varying levels of non-adherence to mammography screening in older women. *Journal of The American Geriatric Society*, 52, 768-773.
- Lipkus, I.M., Rimer, B.K., Halabi, S., & Strigo, T.S. (2000). Can tailored interventions increase mammography use among HMO women? *American Journal of Preventive Medicine*, 18, 1-10.
- Lostao, L., Joiner, T.E., Pettit, J.W., Chorot, P., & Sandin, B. (2001). Health beliefs and illness attitudes as predictors of breast cancer screening attendance. *European Journal of Public Health*, 11, 274-280.
- Maxwell, C.J., Bancej, C.M., Snider, J. (2001). Predictors of mammography use among Canadian women aged 50-69: findings from the 1996/97 National Population Health Survey. *Canadian Medical Association Journal*, 164, 329-334.
- Mayne, L., & Earp, J. (2003). Initial and repeat mammography screening: different behaviors/different predictors. *The Journal of Rural Health*, 19, 63-71.
- Messina, C.R., Lane, D.S., Glanz, K., West, D.S., Taylor, V., & Frishman, W. (2004). Relationship of social support and social burden to repeated breast cancer screening in the women's health initiative. *Health Psychology*, 23, 582-594.
- Miedema, B.B., & Tatemichi, S. (2003). Breast and cervical cancer screening for women between 50 and 69 years of age: what prompts women to screen? *Women's Health Issues*, 13, 180-184.
- Nutbeam, D., & Harris, E. (Eds.). (2004). *Theory in a Nutshell: A Practical Guide to Health promotion theories* (2nd ed., pp. 10-19). Australia: McGraw-Hill.
- Nystrom, L., Rutqvist, L.E., Walls, S., Lindgen, A., Lindqvist, M., & Ryden, S. (1993). Breast cancer screening with mammography: overview of Swedish randomized trials. *Lancet*, 341, 973-978.
- Paskett, E.D., Tatum, C., Rushing, J., Michielutte, R., & Bell, R. (2004). Racial differences in knowledge, attitudes, and cancer screening practices among a triracial population. *Cancer*, 101, 2650-2659.
- Powe, B., & Finnie, R. (2003). Cancer fatalism the state of the science. *Cancer Nursing*, 26, 454-465.
- Powe, B. (1995). Cancer fatalism among elderly Caucasians and African Americans. *Oncological Nursing Forum*, 22, 1355-1359.
- Prochaska, J., Redding, C.A., & Evers, K.E. (2002). The Transtheoretical Model and stages of change. In Glantz, F.M. Lewis & Rimer B.K. (Eds.), *Health behavior and health education: Theory, research and practice* (3rd ed., pp. 99-120). San Francisco: Jossey-Bass.
- Prochaska, J.O., & DiClemente, C.C. (1982). Transtheoretical therapy toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19, 276-287.
- Prochaska, J.O., Norcross, J.C., & DiClemente, C.C. (1994). *Changing for Good*. New York, NY: William Morrow.
- Rajaram, S.S. & Rashidi, A. (1999). Asian-Islamic women and breast cancer screening: a socio-cultural analysis. *Women Health*, 28, 45-58.
- Ramirez, A.G., Suarez, L., Laufman, L., Barroso, C., & Chalela, P. (2000). Hispanic women's breast and cervical cancer knowledge, attitudes, and screening behaviors. *American Journal of Health Promotion*, 14, 292-300.
- Rashidi, A., & Rajaram, S.S. (2000). Middle-Eastern Asian Islamic women and breast self-examination, *Cancer Nursing*, 23, 64-70.
- Rawl, S.M., Champion, V.L., Menon, U., & Foster, J.L. (2000). The impact of age and race on mammography. *Health Care Women International*, 21, 583-597.
- Remennick, L. (1999). Breast screening practices among Russian immigrant women in Israel. *Women Health*, 28, 29-51.
- Remennick, L. (1999). Preventive behavior among recent immigrants: Russian-speaking women and cancer screening in Israel. *Social Science & Medicine*, 48, 1669-1684.
- Remennick, L. (2003). "I have no time for potential troubles": Russian immigrant women and breast cancer screening in Israel. *Journal of Immigration and Health*, 5, 153-163.



Rimer, B.K., Halabi, S., Sugg Skinner, C., Lipkus, I.M., Strigo, T.S., & Kaplan, E.B. (2002). Effects of a mammography decision-making intervention at 12 and 24 months. *American Journal of Preventive Medicine*, 22, 290-298.

Rothman, A.J., & Salovey, P. (1997). Shaping perceptions to motivate healthy behavior: the role of message framing. *Psychological Bulletin*, 121, 3-19.

Shapiro, S., Venet, W., Strax, P., Venet, L., & Roeser, R. (1982). Ten-to fourteen year effect of screening on breast cancer mortality. *Journal of the National Cancer Institute*, 69, 349-355.

Tabar, L., Vitak, B., Chen, H.T., Yen, M., Duffey, S.W., & Smith, R.A. (2001). Beyond randomized controlled trails Organized mammographic screening substantially reduces breast carcinoma mortality. *Cancer*, 91, 1724-1731.

Thomas, L.R., Fox, S.A., Leake, B.G., & Roetzheim, R.G. (1996). The effects of health beliefs on screening mammography utilization among a diverse sample of older women. *Women Health*, 24, 77-94.

Underwood, S.M., Shaikha, L., & Bakr, D. (1999). Veiled yet vulnerable Breast cancer screening and the Muslim way of life. *Cancer Practice*, 7, 285-290.

Veronesi, U., Boyle, P., Goldhirsch, A., Orecchia, R., & Viale, G. (2005). Breast Cancer. *Lancet*, 365, 1727-1741.

הנחיות למחברים עבור כתב העת "קידום בריאות בישראל"

סקירה

סקירה תהווה סיכום עדכני של ספרות על נושא מסוים. דף כותרת בדומה למתואר עבור מאמר מחקרי. סקירה תכלול תקציר של לא יותר מ-200 מילים וגוף הסקירה יחולק לפי תתי נושאים ובסוף סיכום והמסקנות. ניתן לצטט עד 40 ציטוטים. אורך סקירה לא יכלול יותר מ-14 עמודים, או 7000 מילים לא כולל רשימת ספרות ותקציר.

הספרות:

בגוף הטקסט יצוין שם המשפחה של הסופר ושנת ההוצאה לאור של המאמר, בסוף תוצג הרשימה לפי סדר האותיות. הספרות העברית תוצג בתחילה ולאחריו הרשימה באנגלית. לדוגמא:

Kaplan, G., & Baron-Epel, O. (2003). What lies behind the subjective evaluation of health status? *Social Science & Medicine*, 56, 1669-1676.

למידע נוסף בנושא הציטוטים ניתן לפנות ל:
<http://www.apastyle.org>

כתובת למשלוח המאמרים
ד"ר **אורנה בראון-אפל**, בית הספר לבריאות הציבור,
אוניברסיטת חיפה, הר הכרמל, חיפה 31905
דואר אלקטרוני ornaepel@research.haifa.ac.il

נובמבר 2005

כתב העת החדש "קידום בריאות" מפרסם מאמרים מקוריים שלא הוגשו לפרסום או פורסמו במקום אחר. המאמרים עוסקים בנושאים הקשורים לקידום בריאות האוכלוסייה בישראל. הפרסומים כוללים מאמרים המתארים מחקרים בנושאי קידום בריאות, מאמרים המתארים הערכה של תכניות קידום בריאות וסקירות בנושאים אשר יעניינו את העוסקים בקידום בריאות וחינוך לבריאות.

כתב העת "קידום בריאות" הינו כתב עת אשר כל המאמרים המתפרסמים בו עוברים ביקורת עמיתים (**peer review**). העורך וחברי המערכת יחליטו על הפנית מאמר לביקורת עמיתים ולאחר קבלת הביקורת יוחלט על קבלת המאמר לפרסום. ביקורת העמיתים תהיה אונימיטית לשני הכיוונים. הגשת מאמר תכלול:

3 עותקים של המאמר בנייר וקובץ ממוחשב ב: **word**. מכתב נלווה עם חתימות המחברים והתחיבות לאי שליחת המאמר או פרסומו במקום אחר. כל המחברים מתחייבים לכך שתורמו למאמר באופן משמעותי. את המאמר יש להדפיס על דפי **A4** בגודל גופן 12, באותיות **David** ורווח של שורה וחצי.

הנחיות ספציפיות

דף הכותרת יכלול את שם המאמר, שמות המחברים, המוסד וכתובתו, שם וכתובת המחבר המכותב כולל טלפון-פקס, טלפון נייד ודואר אלקטרוני. שאר המאמר לא יכלול את שמות המחברים אך יכלול בחלק העליון את שם המאמר. יש למספר את עמודי המאמר.

מאמר המתאר מחקר או התערבות:

תקציר של לא יותר מ-200 מילים הכולל רקע, מטרות, שיטות (ותאור ההתערבות), תוצאות, דיון ומסקנות. גוף המאמר כולו ללא התקציר, הספרות והטבלאות לא יהיה יותר ארוך מ-10 עמודים או 5000 מילים. המאמר יכלול מבוא וסקירת ספרות, שיטות מחקר או תאור ההתערבות וההערכה, תוצאות המחקר או ההערכה, ודיון. בסוף הדיון יוצגו המסקנות בקצרה לא יותר מחצי עמוד. ספרות- רשימת הספרות תכלול לא יותר מ-30 ציטוטים בשיטת ה-**APA**.

טבלאות או גרפים- המאמר יכלול לא יותר מ-4 טבלאות או גרפים, ובמלל של התוצאות יצוין מספר הטבלה או גרף עליו מדובר.

ניתן להוסיף תודות בסוף המאמר.

