

## תוכנית ניסיונית לשיפור דפוסי התנהגות מקדמת בריאות בקרב קשישים עצמאיים בקהילה: מחקר הערכה

נטע בנטור,<sup>1</sup> יהונתן למברגר,<sup>2</sup> ליאורה ולינסקי,<sup>2</sup>  
יוספה בן-משה<sup>3</sup> ואנטוני היימן<sup>2</sup>

מכבי שירותי בריאות ואשל (האגודה לתכנון ולפיתוח שירותים למען הזקן בישראל) יזמו תוכנית ניסיונית להגברת מעורבותם הפעילה (פרואקטיבית) של קשישים גרים בקהילה ושל רופאי המשפחה שלהם לשם שמירה על בריאות הקשישים ולהרחבת מודעותם לנושא. ייחודה של התוכנית בכך ששתי הקבוצות (הקשישים ורופאיהם) לומדות בנפרד דפוסי התנהגות מקדמת בריאות דרך הרצאות, קבוצות דיון קטנות וחומרי הדרכה כתובים. התוכנית לוותה במחקר מעקב פרוספקטיבי שבחן את הפעלתה ותרומתה באמצעות מערך דמוי-ניסויי שכלל קבוצת ניסוי ושתי קבוצות ביקורת. בקבוצת הניסוי נכללו קשישים ורופאי המשפחה שלהם אשר השתתפו בתוכנית. בקבוצת הביקורת הראשונה נכללו קשישים שלא השתתפו בתוכנית אך רופאי משפחה שלהם השתתפו בה, ובקבוצת הביקורת השנייה נכללו קשישים ורופאי משפחה שלא השתתפו בתוכנית.

תוך שנתיים עלה בקרב הקשישים שהשתתפו בתוכנית שיעורם של אלה שעברו בדיקות לאיתור ליקויים בראייה ובשמיעה וירד שיעור הסבורים שהאחריות לבריאותם מוטלת רק על רופא המשפחה. בקרב הרופאים עלה שיעור אלה שהפנו לבדיקות לאיתור מוקדם קשישים שהשתתפו בתוכנית וגם כאלה שלא.

1 מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל.

2 אגף רפואה, מכבי שירותי בריאות.

3 האגף לקידום בריאות, אשל, האגודה לתכנון ולפיתוח שירותים למען הזקן בישראל.

התמונה המצטיירת מהמחקר מלמדת על תרומת התוכנית לשיפור הפעילות לאיתור מוקדם ולשמירה על בריאות הקשישים, ולכן יש מקום לאמץ וליישם מרכיבים מרכזיים שלה.

## מבוא

התארכות תוחלת החיים, המלווה בעלייה בשיעור הסובלים ממחלות כרוניות, מציבה למערכת שירותי הבריאות אתגרים משמעותיים (Andrews, 2001; Cigolle et al., 2007). בישראל חיו בשנת 2008 כ-715,000 איש בני 65 ומעלה; 47% מתוכם (כ-340,000 איש) בני 75 ומעלה. תוך עשור שנים עתיד שיעור בני ה-65 ומעלה לעבור את המיליון. לרבים מהקשישים תסמיני תחלואה כרונית, רובם (86%) מדווחים על שימוש בתרופות הדורשות מרשם רופא, ושיעורם מגיע ל-94% מבני ה-75 ומעלה (משאב, 2008).

במקביל לצורך לטפל בחולים כרוניים רבים, מערכת הבריאות מתמודדת עם הדרישה לרסן את הוצאותיה המאמירות ולהפחית בעלויות הטיפול (Wolff et al., 2002). אחת התוצאות של דרישה זו היא השקעת משאבים בפיתוחן של תוכניות למניעת גורמי סיכון להתפתחות תחלואה כרונית ולאיתור מוקדם של מחלות שעלולות לגרום להידרדרות תפקודית (Hubert et al., 2002; Sox, 1994, 2002).

כ-97% מהקשישים בישראל גרים בקהילה, והם מבקרים כ-16 פעמים בממוצע בשנה אצל רופא המשפחה שלהם (משאב, 2008). לרופא המשפחה עשוי אפוא להיות תפקיד מרכזי במניעת התפתחות תחלואה כרונית, באיתור מוקדם של מחלות והידרדרות תפקודית ובהדרכה להתנהגות מקדמת בריאות (Edwards et al., 2009). ואולם רוב רופאי המשפחה עוסקים בכך במידה מצומצמת (Carnes, 2006; Cigolle et al., 2007; Nakasato & Weitzman et al., 1998). מחקרים שבחנו את הסיבות לכך לימדו שהעומס המוטל על הרופאים ועל המרפאות לרפואת המשפחה, כמו גם משך הזמן הקצר המוקצב לפגישה עם כל חולה, הם הסיבות השכיחות ביותר (Brotons et al., 2008; Robinson et al., 2001). אליהן מצטרפים חוסר הידע של רופאי המשפחה על פעולות מניעה וקידום בריאות והעדר מודעות ליעילותן בקרב קשישים (Danhauer et al., 2008; Heymann et al., 2010). חלק מהרופאים גם מטילים ספק ביכולתם לשנות דפוסי התנהגות שעוצבו בקרב הקשישים במשך שנים רבות (Chodosh et al., 2004; Danhauer et al., 2008).

במקביל לתפקידה של מערכת הבריאות במניעת תחלואה ובהדרכה להתנהגות מקדמת בריאות, הדעה הרווחת כיום בקרב ספקי שירותי הבריאות בארץ ובעולם היא שללא

מעורבותו הפעילה של הפרט בשמירה על בריאותו, במניעת מחלותיו ובאיתור מוקדם של ליקויים בבריאותו ובתפקודו, לא יהיה אפשר לשמור על בריאות האוכלוסייה בעתיד (Wetzels et al., 2007). יש לכך חשיבות גדולה במיוחד, כשמדובר באנשים שבריאותם ותפקודם הפיסי, הקוגניטיבי והנפשי עלולים להידרדר עם העלייה בגיל.

לפי מודל האמונה הבריאותית (Rosenstock, 1966, 1975), שינוי בהתנהגות מתרחש כשהאדם חש איום על בריאותו וכשיש לו מניע לשינוי. האיום עשוי להוביל לשינוי בהתנהגות, משום שהאדם מניח שהשינוי הזה "משתלם" לו. סלואן ועמיתיו (Sloan et al., 2004) מצאו שלנכונותם של קשישים לעבור בדיקות ראייה קבועות יש סיבות רבות, ובהן גם תועלת הבדיקה מנקודת מבטם. אלא שרוב גורמי הסיכון לתחלואה כרונית ולהידרדרות הדרגתית בתפקוד אינם מוחשיים כמו פגיעה ביכולת הראייה, ואינם מסבים סבל או מוגבלות המהווים מניע לשינוי בדפוסי ההתנהגות. על כן יש צורך בפעילות יזומה. אחד המודלים השגורים הוא מודל השינוי בשלבים (Trans-Transtheoretical Model of Change) שהציעו פרוצ'סקה ודקלמנטה (Prochaska & DiClemente, 1992). תהליך השינוי שהפרט עובר על פי מודל זה מצריך לוי מקצועי וכולל שישה שלבים: קדם בחינה, בחינה, החלטה/הכנה, פעולה, שימור ושינוי קבוע. בשלב הקדם-בחינה (pre-contemplation) אין האדם מודע לבעיה, לא חש בקיומה או שאינו מייחס לה חשיבות, ולכן מטבע הדברים אין לו כוונה לשנות את התנהגותו. זהו שלב ההכחשה. ואכן רבים מהאנשים החשים הידרדרות קלה בתפקודם או סובלים מאירועים קלים חולפים אינם נותנים על כך את דעתם או מתעלמים. על כן שלב הכרחי בתהליך השינוי הוא לעורר את מודעותם לעניין ולהסביר את הבעייתיות הכרוכה בהתעלמות. בשלב הבא, הבחינה (contemplation), האנשים נפתחים ומוכנים לקבל הצעות ולשמוע על האפשרויות העומדות לרשותם לשמירה על הבריאות. בשלב הזה יש לרופאי המשפחה ולאנשי הצוות הרפואי תפקיד מרכזי. ללא עידודם והדרכתם כיצד לעבור לשלבים הבאים – החלטה/הכנה ופעולה – לא יגיעו המטופלים להחלטה לפעול ולא יידעו מה עליהם לעשות כדי לשנות את דפוסי התנהגותם הבריאותית. בשלב השלישי, שלב ההכנה (preparation for action), האנשים מוכנים לשינוי ומתכננים לערוך אותו בתוך זמן קצר. גם בשלב זה יש חשיבות רבה להדרכה, לעידוד ולמעורבות של אנשי מקצוע, משום שללא הכוונתם הפרט עלול לחוות תסכול ואולי אף להתייאש. בשלב הבא, שלב הפעולה (action), האנשים כבר בחרו בתוכנית פעולה, מיישמים אותה ומשנים באופן אקטיבי את התנהגותם ואת הרגליהם. בשלב החמישי, שלב השמירה, האנשים מושקעים בשמירה על ההישגים ובמניעת הופעה מחודשת של התנהגויות לא רצויות. בשלב הזה יש חשיבות לחיזוק מוחשי והכרתי של השינוי ולסיוע רגשי תומך מגורמים משמעותיים. זאת, הן לשם הכחדה של החלופות להתנהגות הרצויה והן לשם אימוצה. בשלב האחרון, שלב הקיבוע, שינוי אנשים את התנהגותם באופן בלתי הפיך ואינם נסוגים לשלבים קודמים. מודל השינוי

בשלבם בנוי באופן מעגלי, כדי להמחיש שהשינוי אינו ליניארי, שכפי שניתן להתקדם בתהליך השינוי, ניתן גם לסגת לשלבים מוקדמים.

המודל יושם בתוכניות שהופעלו בקרב קבוצות אוכלוסייה שונות, בכלל זה קשישים (Garber, 2008), ובתחומי התנהגות בריאותית, כגון פעילות גופנית, עישון, שתיית אלכוהול, שינוי הרגלי אכילה, עריכת בדיקת ממוגרפיה, ושינוי בהתנהגות הבריאותית הכוללת (Brigle et al., 2005; Littell & Grivin, 2002; Spencer et al., 2006).

חשיבות שינוי ההתנהגות הבריאותית, ביחד עם ההבנה בדבר הצורך במעורבות המשותפת של הפרט ומערכת השירותים בתהליך הזה, הניעו את מכבי שירותי בריאות ואת אשל (האגודה לתכנון ולפיתוח שירותים למען הזקן בישראל) ליזום במשותף תוכנית ניסיונית להגברת מעורבותם הפעילה (פְּרֹאקטיבית) והמשותפת של הקשישים ורופאי המשפחה שלהם לשם הרחבת הידע והמודעות של הקשישים בנושאים מקדמי בריאות ושמירה על בריאותם. סקירת תוכניות שהופעלו בקרב קשישים בעולם לימדה שהן התמקדו בעיקר בהגברת פעילות הרפואה המונעת ובאיתור מוקדם של קשישים (Moore, 1997; Eekhof, 2000). מכיוון שלא נמצאו תוכניות המשלבות בין פעילות הרופאים לפעילות הקשישים ומתייחסות למספר מרכיבי התנהגות בריאותית במקביל, הקימו מכבי ואשל ועדת היגוי משותפת לפיתוח התוכנית ולבנייתה. הוועדה עסקה במשך כשנה בהבניית התוכנית, בגיבוש דרכי פעולתה, בכתיבת פרוטוקול לביצועה, בפיתוח חומרי הדרכה ובפעולות שאפשרו להוציאה מהכוח אל הפועל. פיתוח התוכנית לווה במחקר הערכה שנועד לבחון את שלבי הפעלתה, ללמוד על ההצלחות ועל הקשיים שביישומה ולתת למכבי ולאשל משוב שוטף אודותיה. עוד נועד המחקר ללמוד על תוצאות התוכנית במהלך השנתיים הראשונות להפעלתה. במאמר זה נציג את אחד ממרכיבי מחקר ההערכה המקיף (בנטור ועמיתים, 2008). מטרת המאמר היא להציג את תרומת התוכנית לשינויים שחלו בדפוסי התנהגותם הבריאותית של הקשישים, למוכנותם לשינויים ולאופן שבו הם תופסים את תרומת הרופאים לתהליכי השינוי.

---

## תוכנית ההתערבות

---

התוכנית הניסיונית הופעלה בשתי מרפאות של מכבי שירותי בריאות במחוז המרכז. השתתפו בה 18 רופאי משפחה וכ-400 קשישים שהיו רשומים אצלם ומטופלים בידיהם. ייחודה של התוכנית היה שהיא בחנה בנפרד ובמקביל שישה תחומי התנהגות בריאותית אצל הקשישים ואצל רופאיהם.

פיתוח התוכנית והמעקב השוטף אחריה נעשו, כאמור, בידי ועדת היגוי שכללה מנהלים מנהלת מכבי שירותי בריאות בתחום הגריאטריה וקידום הבריאות, מנהלות התוכנית במכבי, מנהלת קידום בריאות באשל וצוות המחקר. בשלב פיתוח התוכנית קבעה ועדת ההיגוי את ששת תחומיה: שני התחומים הראשונים התייחסו למניעה ראשונית וכללו מעקב אחר קבלת חיסון נגד שפעת פעם בשנה וחיסון כנגד דלקת ריאות מדי חמש שנים וכן הפניה לחיסון במקרה הצורך. עוד שני תחומים התייחסו למניעה שניונית וכללו מעקב אחר ביצוע בדיקות תקופתיות לאיתור ליקויים בראייה ובשמיעה והפניה לטיפול בהתאם לצורך. ושני תחומים אחרונים התייחסו למניעה שלישונית וכללו הדרכה ועידוד לפעילות גופנית, מעקב אחר נפילות חוזרות ומתן הדרכה להפחתתן. ועדת ההיגוי קבעה גם פרוטוקול להפעלת התוכנית, מועדי ביצוע של כל פעולה ונושאים אחרים. הוועדה אף גיבשה את התכנים הספציפיים של התוכנית ובכלל זה את נושאי ההרצאות שיינתנו לקשישים ולרופאים (בנפרד) איתרה את המרצים המתאימים, הגדירה את תדירות המפגשים בין הקשישים לבין מרכזות התוכנית ואת תוכניהם והכינה את חומרי ההדרכה. עם זאת יצוין, שמטבע הדברים התעוררו במהלך התוכנית עניינים שלא נצפו קודם לכן ושנדרש לתת עליהם את הדעת. לדוגמה: לא נקבעו מלכתחילה מפגשים בין מרכזות התוכנית לבין הרופאים שהשתתפו בה, אך כבר לאחר המפגש הראשון בין הרופאים לקשישים התעורר הצורך בכך, והמפגשים האלה אכן נקבעו והוטמעו בתוכנית, כבר בשלב מוקדם.

במהלך הפעלת התוכנית התכנסה הוועדה מספר פעמים בשנה, ובפגישותיה נסקרו הפעולות שנעשו בחודשים שקדמו להן, הוצגו ונידונו הצלחות, אתגרים וקשיים שהתעוררו במהלך הפעילות וגובשו העקרונות והכלים להתמודדות עמם. נידונה גם הפעילות העתידית, הותוו הכלים, ונקבעה מסגרת המשאבים שיוקצו לכך. ההחלטות תורגמו לשפה תפעולית, כדי לאפשר למרכזות התוכנית ליישמן.

במסגרת חשיפת הקשישים לתוכנית הם ביקרו באופן יזום וקבוע אצל רופא המשפחה שלהם לשם מעקב, ולא רק עקב בעיה רפואית חריפה. בעת הביקור היזום אצל הרופא בחנו הרופא והקשיש ביחד את מצבו של הקשיש בששת תחומי התוכנית. הרופא הפנה את הקשיש בהתאם לצורך לבדיקת חושים, לחיסונים והדריך אותו בנוגע לפעילות גופנית ולגורמי סיכון לנפילות. הקשישים אף זכו לליווי צמוד של המרכזות שהופקדה על הפעלתה השוטפת של התוכנית. חלק נכבד מזמנה הוקדש להדרכתם בנושאים שנכללו בה, להפנייתם לפעילויות במרפאות ולבדיקות המתאימות. הקשישים גם שמעו הרצאות בנושאי התוכנית מפי הצוות הרפואי במרפאות, התעמלו בקבוצות לפעילות גופנית ללא תשלום בהדרכת הפיזיותרפיסטים, הופנו לבדיקות לאיתור מוקדם של ליקויים בראייה ובשמיעה שנעשו בידי מתנדבים שהוכשרו לכך והשתתפו בדיונים בקבוצות קטנות עם מרכזות התוכנית לשם חיזוק תחושת האחירות האישית לבריאות.

הרופאים שהשתתפו בתוכנית שמעו עוד טרם החלה הרצאות בששת תחומיה, מפי טובי המומחים. מלבד זאת הם שמעו מדי חודש הרצאות בנושאים הקשורים לתוכנית וקיבלו חומרי הדרכה בכתב. מרכזת התוכנית שמרה עמם על קשר הדוק ושוטף, הדריכה אותם וענתה לשאלות שהתעוררו תוך כדי הפעילות. אף שהתוכנית התמקדה ברופאי המשפחה, גם הצוות הרפואי העובד בשתי המרפאות, ובכלל זה האחים והאחיות, הפיזיותרפיסטים והמרפאים בעיסוק, שולב בפעילויות ובהדרכת הקשישים.

---

### שאלות המחקר והשערותיו

---

כאמור, לוותה תוכנית התערבות במחקר הערכה שנועד לבחון את תרומתה. אלה הן שאלות המחקר והשערותיו:

- א. מהי תרומת התוכנית לשינוי דפוסי התנהגותם הבריאותית של הקשישים?
  - שיערנו שכעבור שנתיים של השתתפות בתוכנית יגדל מספר הקשישים המשתתפים בה שיעברו בדיקות לאיתור מוקדם של ירידה בחושים, יעשו פעילות גופנית ויקבלו חיסונים.
  - ב. האם השתתפות הרופאים תתרום גם לשינוי דפוסי התנהגות בריאותית של קשישים שרופא המשפחה שלהם משתתף בה, אך הם עצמם אינם משתתפים בה?
    - שיערנו שיותר קשישים שרופאיהם משתתפים בתוכנית ישנו את דפוסי התנהגותם הבריאותית מאשר קשישים שרופאיהם לא משתתפים בה.
  - ג. מהי תרומת התוכנית לשינוי מעורבות רופאי המשפחה בקידום בריאותם של הקשישים?
    - שיערנו שכעבור שנתיים יהיו מעורבים בתחום זה יותר רופאים שישתתפו בתוכנית מאשר לפני.
  - ד. האם השתתפות הרופאים בתוכנית, ללא השתתפות קשישים, תורמת למעורבות רופאי המשפחה בקידום בריאותם של הקשישים?
    - שיערנו שיותר קשישים שרופאיהם משתתפים בתוכנית ידווחו שרופאי המשפחה שלהם מעורבים בקידום בריאותם מאשר קשישים שרופאיהם לא משתתפים בה.

---

## שיטת המחקר

---

### מערך המחקר

נערך מעקב פרוספקטיבי אחר הקשישים שהשתתפו בתוכנית באמצעות מערך דמוי-ניסויי (quasi-experimental study) מהסוג של לפני-אחרי, עם קבוצת ניסוי ושתי קבוצות ביקורת. המערך הזה אפשר –

- א. להשוות בין הביצועים לפני התוכנית ואחריה של אלה שהשתתפו באופן מלא, באופן חלקי (באמצעות רופאים), לא השתתפו כלל.
- ב. להשוות בין קשישים שרופאי המשפחה שלהם והם עצמם השתתפו בתוכנית לבין קשישים שגם הם עצמם וגם רופאי המשפחה שלהם לא השתתפו בתוכנית.
- ג. להשוות בין קשישים שרופאי המשפחה שלהם והם עצמם השתתפו בתוכנית לבין קשישים שהם עצמם לא השתתפו בתוכנית, אך רופאי המשפחה שלהם השתתפו בה.
- ד. להשוות בין קשישים שרופאי המשפחה שלהם השתתפו בתוכנית, אך הם עצמם לא השתתפו בה, לבין קשישים שלא הם ולא רופאיהם השתתפו בה.

### אוכלוסיית המחקר

אוכלוסיית היעד למחקר היתה מבוטחים בני 65 ומעלה, עצמאיים בתפקוד וניידים בכוחות עצמם, כלומר מסוגלים להגיע אל מרפאת רופא המשפחה שלהם, ולא רשומים ביחידות לטיפול בית. הקשישים היו רשומים בארבע מרפאות של מכבי שירותי בריאות במחוז המרכז. שתי מרפאות נבחרו לשמש כמרפאות הניסוי, ובהן הופעלה התוכנית, ושתי מרפאות נבחרו לשמש כקבוצת ביקורת. הנהלת הקופה קבעה אילו מרפאות ישתתפו בתוכנית, ובחרה מתוכן את 18 הרופאים שייקחו בה חלק, ואילו מרפאות ישמשו קבוצת ביקורת. זאת כדי להבטיח את מחויבותם להשתתף בתוכנית ובמחקר ומתוך שיקולים פנימיים של הקופה.

כל הקשישים שנכללו במחקר רואינו פעמיים: לפני תחילת התוכנית, באמצע שנת 2004, וכעבור כשנתיים, באמצע שנת 2006. בריאיון הראשון רואינו 275 קשישים מקבוצת הניסוי, שהיו רשומים אצל 18 רופאי המשפחה, משתתפי התוכנית. הם נדגמו בדגימה אקראית פשוטה מקרב כ-400 הקשישים שהשתתפו בתוכנית. כעבור שנתיים רואינו מתוכם 206 קשישים (75%). עוד רואינו 106 קשישים (קבוצת ביקורת 1) שלא השתתפו בתוכנית, אבל היו רשומים אצל אותם 18 רופאי המשפחה. גם הם נדגמו בדגימה אקראית

פשוטה מקרב בני 65 ומעלה הרשומים אצל רופאי המשפחה האלה. כעבור שנתיים רואיינו מתוכם 101 קשישים (95%). מלבדם רואיינו 117 קשישים (קבוצת ביקורת 2) שהיו רשומים בשתי מרפאות אחרות במחוז, ו-87 מתוכם (75%) רואיינו כעבור שנתיים. הסיבה העיקרית לנפל בקבוצת הניסוי היתה הפסקת ההשתתפות בתוכנית. הסיבה העיקרית לנפל בשתי קבוצות הביקורת היתה סירוב להתראיין שוב כעבור שנתיים. קשישים ספורים משלוש הקבוצות נפטרו במהלך השנתיים שבין שני הראיונות. בסך הכול רואיינו פעמיים 394 קשישים, שהם 80% מסך מרואייני הראיון הראשון.

### כלי המחקר

כל הקשישים רואיינו פעמיים, כאמור, בריאיון טלפוני שתואם עמם מראש וארך 20-30 דקות. שני הראיונות נערכו באמצעות אותו שאלון מובנה סגור שכלל ארבעה חלקים:

- א. נתונים דמוגרפיים ותפקודיים – חלק זה נכלל רק בריאיון הראשון.
- ב. ביצוע פעולות מניעה ואיתור מוקדם – שאלות ישירות על בדיקות ראייה ושמיעה שנעשו בחצי השנה האחרונה שלפני הריאיון, על פעילות גופנית שוטפת, על קבלת חיסון לשפעת בשנה האחרונה ועל קבלת חיסון לדלקת ריאות בחמש השנים האחרונות. אם הקשיש ענה בשלילה על שאלות בדבר בדיקת ראייה או בדיקת שמיעה, הוא גם נשאל אם הוא מתכוון לעשות את הבדיקות בקרוב, ואם ענה בחיוב, אז נשאל אם כבר קבע תור לבדיקה.
- ג. מעורבות הרופאים בפעולות שמירה על בריאות הקשיש לפי תפיסתו; בהקשר זה נשאל הקשיש את השאלות האלה: האם בחצי השנה האחרונה שאל אותך רופא המשפחה שלך אם עברת בדיקת ראייה? האם בחצי השנה האחרונה שאל אותך רופא המשפחה שלך אם נפלת בזמן האחרון? האם בחצי השנה האחרונה דיבר איתך רופא המשפחה שלך על דברים שאפשר לעשות כדי למנוע נפילות?
- ד. התרומה הנתפסת של רופא המשפחה לקשיש – ארבעה משפטי עמדה שנועדו לבדוק כיצד הקשישים תופסים את תפקיד רופא המשפחה בתחומי קידום הבריאות והרפואה המונעת (ראו המשפטים בלוח 5).

### שיטת איסוף הנתונים

הראיונות נערכו בידי מראיינים שקיבלו הדרכה מובנית ואשר היו במעקב שוטף של רכו המחקר. דבר קיומו של המחקר ומטרתו הוסברו לקשישים בקבוצת הניסוי ובקבוצת ביקורת 1 (אלה שהיו רשומים במרפאות הניסוי) בשלב מוקדם יותר בפגישה פנים אל



תוכנית ניסיונית לשיפור דפוסי התנהגות מקדמת בריאות בקרב קשישים עצמאיים בקהילה 151

פנים במרפאה. לאחר מתן ההסבר הם נשאלו אם הם מוכנים להתראיין. אם השיבו בחיוב, הם נתבקשו לחתום על טופס הסכמה מדעת, שהעתק ממנו נשאר בידיהם, בהתאם להנחיות האתיקה של הקופה. לקשישים בקבוצת ביקורת 2 הוסברה מטרת המחקר לפני הריאיון הטלפוני הראשון, ואלה שנתנו את הסכמתם להמשיך בשיחה ובריאיון נכללו במחקר. לכל הקשישים נאמר שהם רשאים לא להתראיין או לסיים את הריאיון באמצע, ושזה לא ישפיע על הטיפול שהם מקבלים בקופת החולים או יפגע בו.

### המשתנים במחקר

המשתנים התלויים במחקר הם עריכת בדיקות ראייה ושמיעה בחצי השנה שקדמה לריאיון, קבלת חיסון נגד שפעת בשנה האחרונה ונגד דלקת ריאות בחמש השנים האחרונות וביצוע פעילות גופנית קבועה (לבד או בקבוצה). מילוי המטלות האלה נבדק דרך שאלות, כגון "האם עברת בחצי השנה האחרונה בדיקת ראייה?", "האם קיבלת בשנה האחרונה חיסון נגד שפעת?". המשתנה הבלתי תלוי העיקרי הוא השתייכות לקבוצות (ניסוי, ביקורת 1 וביקורת 2), והמשתנים הבלתי תלויים האחרים היו מגדר, גיל, מצב משפחתי, השכלה, יבשת לידה, עם מי גרים, האם עובדים והאם מתנדבים.

### השיטות לניתוח הנתונים

ניתוח הנתונים נעשה בתוכנת SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). השערות המחקר נבדקו באמצעות מבחן חי בריבוע וניתוח רב-משתני מסוג רגרסיה לוגיסטית. מבחני חי בריבוע שימשו לבדיקת קשרים בין המשתנים הבלתי תלויים למשתנים התלויים בסולמות אורדינליים. הרגרסיה הלוגיסטית שימשה לבדיקת הקשר העצמאי בין המשתנה הבלתי תלוי העיקרי (השתייכות לקבוצה), ביצוע הפעילות לפני ההשתתפות בתוכנית, מגדר, גיל, מצב משפחתי והשכלה לבין המשתנים התלויים (ביצוע בדיקות ראייה ושמיעה, חיסונים ופעילות גופנית). המשתנים התלויים הוגדרו דיכוטומית (למשל: האם עברת בדיקת ראייה בחצי השנה האחרונה: כן/לא). לא ניתן היה לכלול בניתוח הרב משתני את המשתנים עבודה והתנדבות בגלל מספר מצומצם של קשישים באחת מהתת-קבוצות. גם המשתנים מצב משפחתי, יבשת לידה ומגורים לא נכללו בניתוח הרב משתני, משום שהיו במתאם גבוה עם גיל והשכלה.

**ממצאים**

**מאפייני הקשישים**

נתוני המאפיינים הדמוגרפיים של הקשישים נאספו בריאיון הראשון. גילם הממוצע היה 74, ללא הבדל בין הקבוצות. כשליש היו גברים, ובקבוצת ביקורת 2 הם היו 43%. מחצית הקשישים ויותר (57%) היו נשואים, 37% גרים בגפם, ושיעורם גבוה יותר (50%) בקבוצת ביקורת 1. קרוב למחצית (47%) היו בעלי השכלה תיכונית, 31% בעלי השכלה על-תיכונית והשאר (22%) בעלי השכלה נמוכה יותר. אך אלה שבקבוצת ביקורת 1 היו משכילים יותר (לוח 1).

לוח 1

**מאפיינים דמוגרפיים של הקשישים, לפי קבוצה (באחוזים)**

ביקורת 2	ביקורת 1	ניסוי	סה"כ	
43	29	30	33	מגדר: גברים <sup>(1),(2)</sup>
				קבוצות גיל
30	25	23	25	69-65
31	31	29	30	74-70
21	24	26	24	79-75
18	20	22	21	85-80
59	46	62	57	מצב משפחתי: נשוי <sup>(3),(2)</sup>
				השכלה <sup>(1)</sup>
16	23	24	22	יסודית ופחות
35	42	54	47	תיכונית
49	35	22	31	על תיכונית ואקדמית
				יבשת לידה <sup>(1)</sup>
23	20	20	21	ישראל
63	56	50	55	אירופה/אמריקה
14	24	30	24	אסיה/אפריקה
35	50	31	37	גר לבד <sup>(3),(2)</sup>
25	19	10	16	עובד <sup>(2),(1)</sup>
22	15	16	17	מתנדב

1. הבדל מובהק בין ניסוי לביקורת 2.
2. הבדל מובהק בין ביקורת 1 לביקורת 2.
3. הבדל מובהק בין ניסוי לביקורת 1.

תוכנית ניסיונית לשיפור דפוסי התנהגות מקדמת בריאות בקרב קשישים עצמאיים בקהילה 153

### שינויים בדפוסי התנהגות מקדמת בריאות בקרב הקשישים

כדי ללמוד על תרומת התוכנית לשינוי בדפוסי התנהגות מקדמת בריאות, נשאלו הקשישים בשלוש הקבוצות, לפני התחלת התוכנית וכעבור שנתיים, על ביצוע חמש פעולות: בדיקת ראייה, בדיקת שמיעה, קבלת חיסון נגד שפעת מדי שנה, קבלת חיסון נגד דלקת ריאות מדי חמש שנים, ביצוע פעילות גופנית באופן קבוע.

בקבוצת הניסוי ובקבוצת ביקורת 1 חלה עלייה מובהקת בין הריאיון הראשון לשני בשיעור אלה שעברו בדיקות ראייה בחצי השנה שלפני הריאיון: בקבוצת הניסוי עלה שיעורם מ-63% ל-79% כעבור שנתיים, בקבוצת ביקורת 1 מ-55% ל-71%. בקבוצת ביקורת 2 לא חל שינוי (לוח 2). בביצוע בדיקות השמיעה חלה עלייה בשיעור הקשישים בקבוצת הניסוי, שערכו בדיקה בחצי השנה האחרונה שלפני הריאיון, מ-19% ל-49% כעבור שנתיים. זהו שיעור גבוה במובהק מהשיעור בקבוצת ביקורת 1 ובקבוצת ביקורת 2 (49%, 22% ו-21% בהתאמה). בשלוש הקבוצות עלה כעבור שנתיים שיעור אלה שקיבלו חיסון נגד שפעת, אך רק בקבוצת הניסוי היה השינוי מובהק. בקבוצת הניסוי ובקבוצת ביקורת 1 עלה גם שיעור המקבלים חיסון נגד דלקת ריאות. בניגוד לארבע הפעולות הראשונות, ירד שיעור המדווחים על עיסוק בפעילות גופנית: מ-71% בקבוצת הניסוי לפני התוכנית ל-65% כעבור שנתיים, ומ-62% בקבוצת ביקורת 1 ל-55% כעבור שנתיים.

בניתוח רב משתני מסוג רגרסיה לוגיסטית נמצא, שהשתייכות לקבוצת הניסוי ולקבוצת ביקורת 1 ודיווח על עריכת בדיקת ראייה בריאיון הראשון היו קשורים באופן סטטיסטי מובהק עם דיווח על עריכת בדיקת ראייה בריאיון השני, כאשר פיקחנו על המשתנים מגדר, גיל ורמת השכלה. בניתוח רב משתני אחר נמצא שהשתייכות לקבוצת הניסוי ודיווח על עריכת בדיקת שמיעה בריאיון הראשון היו קשורים לדיווח על עריכת בדיקת שמיעה בריאיון השני, כאשר החזקנו קבוע את אותם משתנים בלתי תלויים. כמו כן נמצא שהשתייכות לקבוצת הניסוי ולקבוצת ביקורת 1 ודיווח על אי ביצוע פעילות גופנית בריאיון הראשון וגיל גבוה יותר (כמשתנה רציף) היו קשורים עם דיווח על אי ביצוע פעילות גופנית בריאיון השני, כאשר פיקחנו על המשתנים מגדר ורמת השכלה.

הממצאים מספקים תשובה, אם כי חלקית, לשתי שאלות המחקר הראשונות, בדבר שינוי דפוסי התנהגותם הבריאותית של הקשישים הנחשפים לתוכנית לקידום בריאותם: יותר קשישים שנחשפו לתוכנית עברו בדיקות לאיתור מוקדם של ליקויים בחושים ויותר קשישים התחסנו נגד דלקת ריאות. עם זאת, חלה ירידה בשיעור הפעילות הגופנית. באשר לשאלת המחקר השנייה, נמצאה עלייה בשיעור הקשישים שעשו בדיקות לאיתור מוקדם של ליקויים בשמיעה ושנחשפו לתוכנית רק באמצעות רופאיהם. אצל אלה שלא נחשפו לתוכנית בכלל לא חל שינוי. ממצא זה לא התקבל במרכיבים אחרים של התוכנית.

## לוח 2

דיווח הקשישים על דפוסי התנהגות מקדמת בריאות בשנת 2004 ובשנת 2006,  
לפי קבוצה (באחוזים)

ביקורת 2		ביקורת 1		ניסוי		סה"כ		
ריאיון II	ריאיון I	ריאיון II	ריאיון I	ריאיון II	ריאיון I	ריאיון II	ריאיון I	
69	64	71	55	79	63	75	61	עבר בדיקת ראייה בחצי שנה האחרונה <sup>(1) (2)</sup>
21	11	22	16	49	19	36	16	עבר בדיקת שמיעה בחצי שנה האחרונה <sup>(1) (3)</sup> (4)
75	71	73	71	81	76	78	74	קיבל חיסון נגד שפעת
70	61	69	59	76	64	73	62	קיבל חיסון נגד דלקת ריאות <sup>(1) (2)</sup>
48	55	55	62	65	71	59	65	עוסק בפעילות גופנית <sup>(1)</sup> (2) (4) (5)

1. הבדל מובהק בקבוצת ניסוי בין בדיקה ראשונה לשנייה.
2. הבדל מובהק בקבוצת ביקורת 1 בין בדיקה ראשונה לשנייה.
3. הבדל מובהק בין קבוצת ניסוי לקבוצת ביקורת 2 בבדיקה השנייה.
4. הבדל מובהק בין קבוצת ניסוי לקבוצת ביקורת 2 בבדיקה השנייה.
5. הבדל מובהק בין קבוצת ניסוי לקבוצת ביקורת 2 בבדיקה הראשונה.

### נכונות לשינוי בהתנהגות מקדמת בריאות

כדי לבחון את תרומת התוכנית לנכונות לשינוי בדפוסי התנהגות מקדמת בריאות, נשאלו הקשישים בשלוש הקבוצות על התנהגותם בשתי פעולות הדורשות מעורבות פרואקטיבית שלהם: בדיקות ראייה ושמיעה. לוח 3 מלמד ש-71% מהקשישים בקבוצת הניסוי, לעומת 48% בקבוצת ביקורת 1 ו-67% בקבוצת ביקורת 2, דיווחו שהם מתכוונים לעבור בדיקת ראייה. כרבע (23%) מקרב המתכוונים לעבור בדיקת ראייה בקבוצת הניסוי כבר קבעו תור, לעומת 14% בקבוצת ביקורת 1 ו-6% בקבוצת ביקורת 2. בדומה לכך, 30% מהקשישים בקבוצת הניסוי מתכוונים לעבור בדיקת שמיעה לעומת 16% ו-21% (בהתאמה) מהקשישים בשתי הקבוצות האחרות, אך פחות מעשירית מהם כבר קבעו תור.

תוכנית ניסיונית לשיפור דפוסי התנהגות מקדמת בריאות בקרב קשישים עצמאיים בקהילה 155

לוח 3

**דיווח על ביצוע וכוונה לביצוע בדיקות ראייה ושמיעה בריאיון שני,  
לפי קבוצה (באחוזים)**

ביקורת 2	ביקורת 1	ניסוי	סה"כ	
31	29	21	25	לא עבר בדיקת ראייה בחצי השנה האחרונה מתוך אלה שלא עברו בדיקת ראייה:
67	48	71	63	מתכוון לעשות בדיקת ראייה (N=100) <sup>(1)</sup>
6	14	23	16	כבר קבע תור לבדיקת ראייה (N=63) <sup>3</sup>
79	78	51	64	לא עבר בדיקת שמיעה בחצי שנה האחרונה <sup>(1)(2)</sup> מתוך אלה שלא עברו בדיקת שמיעה:
19	16	30	23	מתכוון לעשות בדיקת שמיעה (N=247) <sup>(1)</sup>
0	8	7	6	כבר קבע תור לבדיקת שמיעה (N=55) <sup>3</sup>

- 1 הברל מובהק בין ניסוי לביקורת 1.
- 2 הברל מובהק בין ניסוי לביקורת 2.
- 3 לא ניתן לבדוק את מובהקות ההבדלים.

**תרומת הרופאים לשינוי דפוסי ההתנהגות של הקשישים, לפי תפיסת הקשישים**

כדי ללמוד על תפיסת הקשישים את תרומת רופאי המשפחה לשינוי בדפוסי התנהגותם ואם הם חשים שינוי בהתייחסות הרופאים למניעת הידרדרות בכריאותם, הם נשאלו, לפני התוכנית ובסיומה, על הטיפול שהם מקבלים מידיהם בתחומים שנכללו בתוכנית. לוח 4 מלמד על הכפלה (מ-18% ל-35%) בשיעור הקשישים, משלוש הקבוצות, שדיווחו שהרופא שאל אותם אם ראייתם נבדקה. שיעור המדווחים שהרופא שאל אותם אם שמיעתם נבדקה עלה בקבוצת הניסוי מ-4% ל-22% ובקבוצת ביקורת 1 מ-4% ל-19%, בעוד שבקבוצת ביקורת 2 לא חל שינוי. בקבוצת הניסוי חלה עלייה מ-27% ל-38% בשיעור המדווחים שהרופא דיבר איתם על חשיבות הפעילות הגופנית. עם זאת, בבחינת מעורבות רופא המשפחה בעניין צמצום נפילות, הממצאים מלמדים שכמעט שלא חל שינוי בתחום זה. חלה אמנם עלייה בשיעור הרופאים ששאלו את הקשיש אם הוא נפל, אך פחות מעשירית מהם דיווחו שהרופא דיבר איתם על דרכים למניעת נפילות.

בנוגע לשאלות המחקר השלישית והרביעית, הממצאים מלמדים שיותר רופאים שנחשפו לתוכנית שיפרו את מעורבותם בקידום בריאות, גם מנקודת מבטם של המשתתפים

בתוכנית וגם מנקודת מבטם של אלה שלא השתתפו בתוכנית אך רופא המשפחה שלהם השתתף בה, בתחום של המלצה לביצוע בדיקות ראייה ושמיצה וקבלת חיסונים, אך לא בתחום של פעילות גופנית.

לוח 4

דיווח הקשישים על התנהגות הרופא בשנת 2004 ובשנת 2006,  
לפי קבוצה (באחוזים)

ביקורת2		ביקורת1		ניסוי		סה"כ		
ריאיון II	ריאיון I	ריאיון II	ריאיון I	ריאיון II	ריאיון I	ריאיון II	ריאיון I	
39	20	35	16	34	19	35	18	רופא שאל אם עבר בדיקת ראייה <sup>(2)(1)</sup>
9	6	19	4	22	4	19	5	רופא שאל אם עבר בדיקת שמיצה <sup>(3)(1)</sup>
78	64	70	51	71	50	73	53	רופא המליץ לקבל חיסון נגד שפעת <sup>(2)(1)</sup>
36	32	29	27	38	27	35	28	רופא דיבר על חשיבות של כושר גופני
14	8	15	3	17	9	16	7	רופא שאל אם נפל בזמן האחרון <sup>(4)</sup>
5	6	5	1	10	6	7	5	רופא דיבר על דרכים למניעת נפילות <sup>(4)</sup>

1. הבדל מובהק בקבוצת ניסוי ובקבוצת ביקורת 1 בין ריאיון ראשון לשני.
2. הבדל מובהק בקבוצת ביקורת 2 בין ריאיון ראשון לשני.
3. הבדל מובהק בין קבוצת ניסוי לקבוצת ביקורת 2 בריאיון שני.
4. לא ניתן לבדוק מובהקות בשל מיעוט מקרים.

כדי ללמוד אם חל שינוי בעמדות הקשישים כלפי תפקידו של רופא המשפחה שלהם בשמירה על בריאותם, התבקשו הקשישים משלוש הקבוצות לומר אם הם מסכימים עם משפטי עמדה שהוצגו להם לפני הפעלת התוכנית ולאחריה. מלוח 5 עולה שבקרב הקשישים שהשתתפו בתוכנית ירד שיעור הסבורים שעל רופא המשפחה לדאוג שאורח החיים שלהם יהיה בריא, שעליו לתת להם עצות בנוגע לבריאותם ושעליו להמליץ על בדיקות שיעזרו למנוע בעיות בעתיד. גם בקבוצת ביקורת 1 ירד שיעורם בשני משפטי עמדה, בעוד שבקבוצת ביקורת 2 נשאר שיעורם יציב או עלה.

תוכנית ניסיונית לשיפור דפוסי התנהגות מקדמת בריאות בקרב קשישים עצמאיים בקהילה 157

לוח 5

עמדות הקשישים (מסכים בהחלט) בנוגע לתפקיד רופא המשפחה בתחומים של קידום בריאות ורפואה מונעת בריאות הראשון והשני, לפי קבוצה (באחוזים)

ביקורת 2		ביקורת 1		ניסוי		סך הכול		
ריאיון II	ריאיון I	ריאיון II	ריאיון I	ריאיון II	ריאיון I	ריאיון II	ריאיון I	
84	85	82	85	77	89	80	87	הרופא צריך לדאוג שאורח החיים שלך יהיה בריא <sup>(1)</sup>
87	86	81	90	83	91	83	90	הרופא צריך לתת לך הצעות בנוגע לבריאותך ומה עליך לעשות כדי לשמור עליה <sup>(1)(2)</sup>
98	90	87	94	83	93	87	93	הרופא צריך להמליץ לך על בדיקות שיעורו לך למנוע בעיות רפואיות בעתיד <sup>(1)(3)(4)</sup>

1. הכול מובהק בקבוצת הניסוי בין ריאיון ראשון לשני.
2. הכול מובהק בקבוצת ביקורת 1 בין ריאיון ראשון לשני.
3. הכול מובהק בין קבוצת ניסוי וקבוצת ביקורת 1 לבין קבוצת ביקורת 2 בריאיון השני.
4. הכול מובהק בקבוצת ביקורת 2 בין ריאיון ראשון לשני.

## דיון

ממצאי מחקר ההערכה שליווה את התוכנית הניסיונית שהופעלה בשתי מרפאות של מכבי שירותי בריאות במחוז המרכז מלמדים על תרומתה לאלה שהשתתפו בה. שנתיים לאחר הפעלתה עלה שיעור הקשישים שעברו בדיקות לאיתור מוקדם של ליקויים בראייה ובשמיעה, לא רק בקרב משתתפי התוכנית, אלא גם בקרב אלה שלא השתתפו בה אבל רופא המשפחה שלהם השתתף בה. גם במחקרים אחרים נמצא שקשישים הגרים בקהילה, שהשתתפו בתוכנית ייעודית לשינוי בדפוסי הפעילות המקדמת בריאות, דיווחו על שיפור באיתור ליקויים בחושים וטיפול בהם (O'Malley et al., 2003). מור ועמיתיו (Moore et al., 1997) מצאו שחלה עלייה בשיעור האיתור והטיפול בליקויים בשמיעה בקרב קשישים שעברו סיקור בידי רופא המשפחה. עם זאת, במחקרים אחרים נמצא שתוכנית סינון לאיתור ליקויים בראייה בקרב כלל הקשישים אינה יעילה ולא הביאה לשינוי בדפוסי הפנייה לבדיקה ולטיפול בקרבם (Chou et al., 2009; Eekhof et al., 2000; Smeeth).

גם מחקרים בקרב קשישים הגרים בקהילה, שחלה ירידה בתפקודם, לא העלו ממצאים חד-משמעיים בנוגע לתועלת שבתוכניות סינון, איתור מוקדם וקידום בריאות (Daniels et al., 2008; Ferrucci et al., 2004). עוד יצוין בהקשר זה, שבחלק מהתוכניות לא היו איתור הליקויים בחושים והטיפול בהם מטרה בפני עצמה, אלא שימוש ככלי לצמצום אשפוזים, לשימוש בשירותי בריאות אחרים ולשיפור בתפיסת מצב הבריאות והתפקוד (Nunez et al., 2003). בתוכניות אחרות היה הטיפול בחושים כלי לצמצום נפילות (Tinety, 1994).

השינוי בהתנהגות הקשישים שהשתתפו בתוכנית עולה בקנה אחד עם מודל תהליך השינוי בשלבים (Prochaska & DiClemente, 1992). ניתן להניח שרבים מהם היו בשלב הקדם-בחינה, שלב ההכחשה, ולכן לא היו מודעים לכך שאי נקיטת יוזמה ואי ביצוע בדיקות לאיתור מוקדם ולטיפול בבעיות הם גורם סיכון עבורם. התמקדות התוכנית בהעלאת מודעותם חוללה אצל חלקם שינוי ומעבר לשלב הבחינה, שבו הם היו פתוחים ומוכנים לקבל הצעות ולשמוע על אפשרויות השמירה על בריאותם. גם במחקר אחר שבו יושם המודל לשינוי התנהגות בתחומי פעילות גופנית ותזונה נמצאו רוב הקשישים בשלב הקדם-בחינה וההכחשה לפני תחילתו. במהלך התוכנית, שנמשכה שנים מספר, עברו חלקם לשלבים מתקדמים, וחלקם אף התמידו בפעילותם גם לאחר סיום התוכנית (Courneya et al., 1998). גם רוֹסקי ועמיתיו (Rejeski et al., 2009) מצאו שקשישים שהשתתפו בתוכנית התערבות ניסיונית להגברת פעילותם הגופנית המשיכו בכך גם לאחר תום התוכנית כעבור שנתיים, ושיעור הפעילים גופנית היה גבוה יותר מאשר בקרב חברי קבוצת הביקורת שלא השתתפו בתוכנית. במחקרנו, לעומת זאת, נמצאה ירידה בשיעור הקשישים שדיווחו על כך שהם עושים פעילות גופנית, הן אצל משתתפי התוכנית והן אצל אלה שרק טופלו בידי רופאי משפחה שהשתתפו בה. ניתן להניח שבחלוף שנתיים, עם העלייה בגיל, חלק מהקשישים העוסקים בפעילות גופנית חדלים. ואכן לגיל גבוה נמצאה השפעה עצמאית על אי עיסוק בפעילות גופנית אחרי שנתיים. ממצא זה עולה בקנה אחד עם מחקרם של גרבר ועמיתיו (Garber et al., 2008) שמצאו שלמרות ההשתתפות בתוכנית התערבות, לגיל גבוה היה קשר עצמאי עם אי פעילות גופנית. גם מחקר אחר מצא שלגיל גבוה השפעה עצמאית על אי פעילות גופנית (Burton et al., 1999). במחקרים אחרים נמצאו עוד משתנים בעלי השפעה עצמאית על אי ביצוע פעולות מניעה, אשר לא נמצאו במחקר הנוכחי, ובכלל זה נשים לעומת גברים (Garber et al., 2008) והשכלה נמוכה (Levy et al., 2004).

ממצאי המחקר מלמדים על יתרונו של מערך החקירה ששימש במחקר זה. המחקר התחשב במבנה התוכנית, אשר כללה שתי התערבויות נפרדות, ובצורך לבחון כל אחת משתיהן בנפרד. לשם כך כללנו במחקר שתי קבוצות ביקורת, שאפשרו לערוך שלוש השוואות נפרדות. ואכן אחד הממצאים החשובים הוא השינויים שחלו בקרב הקשישים



בקבוצת ביקורת 1, שהם עצמם לא השתתפו בתוכנית, אלא רק רופאי המשפחה שלהם. לממצא הזה יש משמעות רבה מבחינת המשך הפעלתה של התוכנית. שכן התוכנית הניסיונית היתה כרוכה בעלויות כבדות (שלא הוצגו במאמר). על כן לפני בחינת השלכותיה היישומיות והפעלתה במקומות אחרים, יש צורך לבחון אפשרויות להוזלתה. על בסיס ממצאי המחקר נבחנות כיום שתי דרכים להוזיל את התוכנית – הורדת העומס מרופאי המשפחה; צמצום היקף עבודתה של מרכזת המחקר, שעלות העסקתה גבוהה – כל זאת בלי לפגוע במרכיב ההדרכה והליווי של הקשישים בתהליך השינוי. כדי להפחית את העומס על רופאי המשפחה, פותחה מערכת ממוחשבת שמסייעת לרופאים לעקוב אחר דפוסי ההתנהגות מקדמת בריאות של הקשישים ואשר מדרבנת את הרופאים לשוחח עם הקשישים ולהדריך אותם, בלי שיהיה צורך בפגישות ייעודיות למטרה זו. התוכנית הממוחשבת בנויה כך שהיא מספקת לרופא כלים לזהות קשישים שלא עושים בקביעות בדיקות לאיתור מוקדם של ליקויים או סובלים מגורמי סיכון, לפנות אליהם באופן יזום, לבנות עבורם תוכנית הדרכה פרטנית ולעקוב אחריהם. גם חלק ממשומות ההדרכה והליווי שהיו מרוכזות בידי רכזת התוכנית עברו לידיהם של צוותי המרפאות, אחיות, פיזיותרפיסטים ומרפאים בעיסוק, במסגרת עבודתם השוטפת ומפגשיהם התכופים עם הקשישים.

לצד יתרונו של המחקר בהדגמת תרומת תוכנית ההתערבות, יש לו גם מגבלות שראוי לתת עליהן את הדעת. מקצתן היו ידועות מראש, ונבעו מאילוצים ארגוניים, תקציביים ואחרים, ומקצתן התבררו במהלכו. ראשית, הקשישים שנכללו בכל אחת מהקבוצות נדגמו בדגימה אקראית פשוטה, ולא בדגימת שכבות לפי מאפיינים כמו מגדר וגיל. לכן נמצאו הבדלים ביניהן מבחינת מאפייני הקשישים שנכללו בהן. עם זאת, למעט חריג אחד, לא היו ביניהן הבדלים בדפוסי התנהגות מקדמת בריאות לפני תחילת התוכנית. אמנם ניסינו להתמודד עם ההבדלים האלה בניתוח רב-משתני, אבל לא תמיד ניתן היה לערוך ניתוח כזה בגלל מיעוט המקרים בכל קבוצה. שנית, לא היה אפשר לפקח על חשיפה אפשרית של הקשישים בשלוש הקבוצות לתוכניות אחרות שהופעלו בקהילה באותו הזמן. כך, למשל, באותה תקופה נעשו בכל הקופות מאמצים להעלות את שיעור הקשישים המתחסנים נגד שפעת ודלקת ריאות, עובדה שבאה לידי ביטוי בשיעורם הגבוה של המתחסנים נגד שפעת לפני התחלת התוכנית ובעלייה בשיעורם במהלכה. ייתכן שגם בתחומים אחרים היו פעילויות לשיפור ההתנהגות הבריאותית, אשר תרמו לשינויים בקרב כלל הקשישים. שלישית, יש עוד גורמים רבים העשויים לתרום לשינויים בדפוסי התנהגות מקדמת בריאות, אשר לא נבדקו במחקר. רק את מקצתם יכולנו לבדוק, קל וחומר לפקח עליהם. בין הגורמים האלה יש לתת את הדעת במיוחד על מאפייני אוכלוסייה שתרומתם לדפוסי התנהגות בריאותית מוכרת ממחקרים אחרים (ראו, למשל, Hebert et al., 2005; O'Malley & Mandelblatt, 2003; McWilliams et al., 2009; ועל גורמים הקשורים למערכת השירותים שגם תרומתם מוכרת ממחקרים אחרים (ראו, למשל, Pham

(et al., 2005). אלא שבמחקר הנוכחי לא היו בידינו הכלים והתקציב לאסוף עוד מידע על מאפייני הקשישים ועל פעילות המרפאות. מלבד זאת, כאמור, הקופה קבעה אילו מרפאות ישתתפו בתוכנית ואילו ישמשו כקבוצת ביקורת, ואף בחרה את הרופאים שישתתפו בתוכנית. התרענו לפני המנהלים בקופה שעשוי להיות לכך מחיר מבחינת האפשרות להעביר את ממצאי המחקר למרפאות בעלות מאפיינים אחרים ולהכליל את ממצאי המחקר. אולם שיקולים פנים ארגוניים הכריעו את הכף. על כן ממצאי ההערכה מייצגים אוכלוסייה בעלת מאפיינים דומים לאוכלוסיית המחקר, וקשה להשליך מהם על דפוסי התנהגות של כלל הקשישים המבוטחים בקופה, כמו גם על כלל מרפאות הקופה, משום שגם מאפייני הרופאים שם עשויים להיות שונים. כך, למשל, נבחרו רופאים המחויבים להשתתף בפעילות הקופה, מאפיין שאינו בהכרח משותף לכל הרופאים.

חולשה אחרת של המחקר היא העדר מעקב ממושך ומעקב פרטני אחר תוצאות התוכנית. מודל השינוי בשלבים כולל כאמור שישה שלבים; ואולם התוכנית והמחקר התייחסו רק לשלושת השלבים הראשונים. התוכנית הניסיונית נקבעה למשך שנתיים, ולכן היא לא הגיעה לשלבים האחרונים של המודל, שלב השימוש והקיבוע, שהם שלבים חשובים, שנועדו להבטיח שהשינוי בדפוסי ההתנהגות יישמר לטווח הארוך. בהקשר זה יצוין שזוהי אחת החולשות הנפוצות בתוכניות המבוססות על מודל זה. ברידל ועמיתיו (Bridle et al., 2005) אשר סקרו 37 מחקרים, שבדקו שינוי בהתנהגות על בסיס המודל של פרוצ'סקה ודקלמנטה, מציינים שרבים מהמחקרים לא בחנו את השינוי בכל השלבים, וכי רובם התמקדו בשלבים הראשונים של השינוי. זאת ועוד, אחד העקרונות החשובים במודל הוא ההכרה בכך שתהליך שינוי עשוי להיות מעגלי ולכלול מעידות ונפילות. מכיוון שאין לצפות לשינוי לינארי ואחיד בקרב כל המשתתפים, רצוי להתייחס אל תהליך ההתמודדות והשינוי של כל פרט בנפרד. אלא שזה דורש להתאים תוכנית התערבות אישית לכל אדם וליווי פרטני, דבר שלא ניתן היה לעשותו במסגרת התוכנית ולבדקו במחקר.

לסיכום, התמונה המצטיירת מהמחקר מלמדת שהעקרונות שעמדו בבסיס התוכנית והפעילויות שנעשו במסגרתה הביאו לשינויים הרצויים. התוכנית תרמה לשיפור דפוסי ההתנהגות מקדמת בריאות בקרב הקשישים ולשיפור ההדרכה והייעוץ מידי רופאי המשפחה שלהם. כדי לקבל החלטות בנוגע ליישומה ולהפצתה, יש לערוך בה שינויים והתאמות שיאפשרו את הוזלתה.

---

## מקורות

---

- בנטור, נ', סיטרון, ד', צ'חמיר, ס', למברגר, י', ולינסקי, ל' ובן-משה, י' (2008). תוכנית "דרכון בריאות" לשמירה על בריאותם של קשישים בקהילה: מחקר הערכה. מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל. 2008 דמ-08-506
- ברודסקי, ג', שנור, י' ובאר ש' (עורכים), (2008). משאב, קשישים בישראל, שנתון סטטיסטי 2008. [www.jdc.org.il/mashav](http://www.jdc.org.il/mashav)
- Andrews, G. R. (2001). Promoting health and function in an ageing population. *BMJ*, 322, 728-729.
- Bridle, C., Riemsma, R. P., Pattenden, J., Dowden, A. J., Mather, L., Watt, I. S., & Walker, R. (2005). Systematic review of health behavior interventions based on the transtheoretical model. *Psychology and Health*, 20 (3), 283-301.
- Burton, L. C., Shapiro, S., & German, S. P. (1999). Determinants of physical activity initiation and maintenance among community dwelling older persons. *Preventive Medicine*, 29, 422-430.
- Burtons, C., Bjorkelund, C., & Bulc, M. (2005). Prevention and health promotion in clinical practice: The views of general practitioners in Europe. *Prev Med*, 40, 595-601.
- Cigolle, C. T., Langa, K. M., Kabeto, M. U., Tian, Z., & Blaum, C. S. (2007). Geriatric conditions and disability: The health and retirement study. *Ann Intern Med*, 147 (3), 156-164.
- Chodos, J., Petitti, D. B., & Elliott, M. (2004). Physician recognition of cognitive impairment: evaluating the need for improvement. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52 (7), 1051-1059.
- Courneya, K. S., Nigg C. R., & Estabrooks P. A. (1998). Relationships among the theory of planned behavior, stages of change, and exercise behavior in older persons over a three year period. *Psychology and Health*, 13 (2), 355-367.

- Danhauer, J. L., Celani, K. L., & Johnson, C. E. (2008). Use of a hearing and balance screening survey with local primary care physicians. *American Journal of Audiology, 17*, 3-13.
- Edwards, M., Davies, M., & Edwards, A. (2009). What are the external influences on information exchange and shared decision-making in healthcare consultations: A meta-synthesis of the literature. *Patient Education and Counseling, 75* (1), 37-52.
- Garber, C. E., Allsworth, J. E., Marcus, B. S., Hesser, J., & Lapane, K. L. (2008). Correlates of the stage of change for physical activity in a population survey. *American Journal of Public Health, 98*, 897-904.
- Heymann, A. D., Bentur, N., Valinsky, L., Lemberger, J., & Elhayany, A. (2010). The perceived barriers and solutions for the good preventive care of elderly people in Israel. *Quality in Primary Care, 18*, (3), 173-179.
- Hebert, P. L., Frick, K. D., Kane, R. L., & McBean, A. M. (2005). The causes of racial and ethnic differences in influenza vaccination rates among elderly Medicare beneficiaries. *Health Serv Res, 40*, 517-537.
- Hubert, H. B., Bloch, D. A., Oehlert, J. W., & Fries, J. F. (2002). Lifestyle habits and compression of morbidity. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci, 57* (6), M347-M351.
- Littell, J. H. & Girvin, H. (2002). Stage of change: A critique. *Behavior Modification, 26*, 223-273.
- Levy, B. R. & Myers, L. M. (2004). Preventive health behaviors influenced by self-perceptions of aging. *Preventive Medicine, 39*, 625-629.
- McWilliams, J. M., Meara, E., Zaslavsky, A. M., & Ayanian, J. Z. (2009). Differences in control of cardiovascular disease and diabetes by race, ethnicity, and education: U.S. trends from 1999 to 2006 and effects of medicare coverage. *Ann Internal Med, 150*, 505-515.
- O'Malley, A. S. & Mandelblatt, J. (2003). Delivery of preventive services for low-income persons over age 50: A comparison of community

- health clinics to private doctors' offices. *J Community Health*, 28, 185-197.
- Nakasato, Y. R. & Carnes. B. A. (2006). Health promotion in older adults: Promoting successful aging in primarycare settings. *Geriatrics*, 61 (4), 27-31.
- Pham, H. H., Schrag, D., Hargraves, J. L., & Bach, P. B. (2005). Delivery of preventive services to older adults by primary care physicians. *JAMA*, 294, 473-481.
- Rejeski, W. J., March, A. P., Chmelo, E., Prescott, A. J., Dobosielski, M., Walkup, M. P., Espeland, M., Miller, M. E., & Kritchevsky, S. (2009). The lifestyle interventions and independence for elders pilot (LIFE-P): 2-year follow-up. *J Gerontol Biol Sci Med Sci*. 64 (4),462-467.
- Robinson, B. E., Barry, P. P., Renick, N., Bergen, M. R., & Stratos, G. A. (2001). Physician confidence and interest in learning more about common geriatric topics: A needs assessment. *J Am Geriatr Soc*, 49, 963-967.
- Rosenstock, I. M. (1966). Why people use health services. *Milbank Fund Quar*, 44, 94-127.
- Rosenstock, I. M. (1975). Patients' compliance with health regimens. *JAMA*, 27 ,234(4), 402-403A.
- Prochaska, J. O., DiClemente C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *Amer Psych*, 47, 1102-1114.
- Sloan, F. A., Brown, D. S., Carlisle, E. D., Picone, G. A., & Lee, P. P. (2004). Monitoring visual status: Why patients do or do not comply with practice guidelines. *Health Serv Rev*, 39 (5),1429-1448.
- Smeeth, L. & Ilife, S. (2000). Community screening for visual impairment in the elderly. *Cocrane Database Sys Rev*. (2):CD001054.
- Sox, H. C. Preventive health services in adults. *The New England journal of medicine*, 330 (22), 1589-1595.

- Sox, H. C. (2002). Disease prevention guidelines from the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*, 136, 155-156.
- Spencer, L., Adams, T. B., Malone, S., Roy, L., & Yost, E. (2006). Applying the transtheoretical model to exercise: A systematic and comprehensive review of the literature. *Health Promotion Practice*, 7 (4), 428-443.
- Tucker, M. & Reicks, M. (2002). Exercise as a gateway behavior for healthful eating among older adults: An exploratory study. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, S14-S19.
- Walcott-McQuigg, J. A. & Prohaska, T. R. (2001). Factors influencing participation of African American elders in exercise behavior. *Public Health Nursing* 18 (3), 194-203.
- Weitzman, S., Boehm, R., Carmel, S., Gofin, H., Gross, R., Shvartzman, P., & Tabenkin, H. (1998). Reported performance of preventive medicine activities by primary care physicians and nurses: Results from a national survey in Israel. *The National Institute for Health Policy and Health Services Research*.
- Wetzels, R., Harmsen, M., Van Weel, C., Grol, R., & Wensing, M. (2007). Interventions for improving older patients' involvement in primary care episodes. *Cochrane Database System Review*, 24 (1), CD004273.
- Wolff, J. L., Starfield, B., & Anderson, G. (2002). Prevalence, expenditures, and complications of multiple chronic conditions in the elderly. *Arch Intern Med*, 162, 2269-2276.