

מעקב של יותר מעשור אחר נשים באמצע החיים:

שימוש בשרותי בריאות בעידן הדיגיטלי

פרופ' ליאת לרנר-גבע
פרופ' יעל בנימיני
דר' אדל פרחי
דר' גלית הירש-יחזקאל

חלק ב': תקציר ומילות מפתח - עברית

מעקב של מעקב של יותר מעשור אחר נשים באמצע החיים: שימוש בשרותי בריאות בעידן הדיגיטלי

חוקרים: פרופ' ליאת לרנר-גבע^{1,2}, פרופ' יעל בנימיני³, ד"ר אדל פרחי¹, ד"ר גלית הירש-יחזקאל¹
1. היחידה לחקר בריאות האישה והילד, מכון גרטנר לחקר אפידמיולוגיה ומדיניות בריאות (חל"צ), תל

השומר

2. ב"ס לבריאות הציבור, אוניברסיטת תל אביב, תל אביב

3. ב"ס לעבודה סוציאלית, אוניברסיטה תל אביב, תל אביב

מילות מפתח בריאות נשים, מעקב ארוך טווח, גיל מבוגר, בדיקות סקר, שימוש באינטרנט

תקציר

רקע:

העלייה בתוחלת החיים מציבה בפני מערכות הבריאות אתגרים ייחודיים. בעשור האחרון חלה גם חדירה של האינטרנט כמקור מידע בנושאי בריאות.

מטרות:

1. בדיקת השינויים שחלו בשימוש בשרותי הבריאות, בדיקות סקר, וניהול אורח חיים בריא בנשים בגיל המבוגר.

2. הערכת השימוש באינטרנט בנושאי בריאות.

שיטה: מחקר עוקבה הכולל נשים יהודיות ותיקות, עולות חדשות, ונשים ערביות, כעת בגילאים 59-79. נערך ראיון טלפוני מקיף עם 484 נשים שראיינו לפני כעשור.

ממצאים עיקריים:

- חלה ירידה במצב הבריאותי של הנשים, בעיקר בנשים הערביות. ושיעור גבוה מהנשים מבצעות ממוגרפיה, אך לא בדיקות משטח צוואר הרחם וצפיפות עצם.
- רוב הנשים היהודיות הותיקות והעולות, אך רק בודדות מהערביות משתמשות באינטרנט.
- לפחות מחצית מהותיקות שגלו באינטרנט בכלל, גלו גם באתרי הקופות.

מסקנות:

ממצאי המחקר מצביעים על פערים ניכרים בין הקבוצות שנבדקו, בפרט בין היהודיות והערביות ומחדדים את הצורך בהגברת המודעות לביצוע בדיקות סקר ואימוץ הרגלי חיים בריאים. הגברת הנגישות לשימוש באינטרנט בגיל מבוגר יכולה לתרום.

המלצות לקובעי המדיניות:

1. הגברת המודעות בקרב נשים בנות 60 ומעלה לביצוע בדיקות סקר ואימוץ אורח חיים בריא, בפרט בקרב ערביות תוך הגברת המוטיבציה הבריאותית
3. הנגשת האינטרנט באופן מותאם תרבותית ושפתית והכנת סדנאות בנושא השימוש המושכל באתרי אינטרנט הקשורים לבריאות, בעיקר אתרי קופות החולים.

חלק ג': תקציר ומילות מפתח - אנגלית

Over a decade of follow-up of women at midlife:

Utilization of health services in the digital era

Investigators:

Prof. Liat Lerner-Geva,^{1,2} Prof. Yael Benyamini,³ Dr. Adel Farhi,¹ Dr. Galit Hirsh-Yechezkel,¹

1. Women and Children's Health Research Unit, Gertner Institute for Epidemiology and Health Policy Research Ltd., Tel Hashomer
2. School of Public Health, , Tel Aviv University, Tel Aviv
3. School of Social Work, Tel Aviv University, Tel Aviv

Key Words : women's health, long-term follow-up, advanced age, screening examinations, internet use

Abstract

Background: The increasing life-span poses major challenges for the health system. In the past decade, internet access has afforded an important portal for information regarding health issues.

Objectives:

1. To investigate the changes that occurred over a decade in the health status, screening examinations, and healthy life style among women of advanced age.
2. To assess the use of the internet for health issues.

Methodology: This is a follow-up study of three groups of women aged 50-79: Jewish veteran citizens, Jewish new immigrants, and Arabs. A comprehensive telephone interview was conducted with 484 participants who had been interviewed over ten years earlier.

Findings:

- In all study groups there was a decline in health status since the baseline study, with the Arab women reporting the poorest health.
- A large proportion of the women underwent mammography as recommended, however the rates of compliance with recommendations for Pap test and bone density screening were low.
- Most of the Jewish veteran and immigrant women used the internet, but very few of the Arab women did so.
- At least half of those veteran women who accessed the internet, also used their HMO's website.

Conclusions: The findings of this study highlight significant disparities among the study groups, particularly between the Jewish and Arab women. The results point to the need for raising awareness regarding preventive screening examinations and adopting healthy lifestyle habits. Improving the accessibility to health-related websites can contribute to this goal.

Policy recommendations:

1. Raising awareness among elderly women regarding undergoing screening examinations and adopting health lifestyle habits.
2. Development of ways to increase health motivation and accessibility to the internet in a culturally appropriate manner, and conducting workshops on informed use of health-related websites.
3. Translation of informative and administrative aspects of HMO websites into other commonly spoken languages.

תוכן עיניינים

9	Executive Summary	1
11	רקע מדעי	2
11	מטרות המחקר	3
12	שיטות העבודה	4
12	סוג המחקר	4.1
12	אוכלוסיית המחקר	4.2
13	מהלך המחקר	4.3
13	עיבוד נתונים	4.4
15	תוצאות	5
15	מאפייני אוכלוסיית מחקר המעקב לפי קבוצת מחקר	5.1
15	מאפיינים סוציו-דמוגרפיים	5.1.1
16	מאפייני בריאות, חולי ואורח חיים בריאותי	5.1.2
17	ביקורים אצל רופאים וביצוע בדיקות סקר	5.2
17	שימוש בשירותי בריאות ובדיקות סקר לפי קבוצת מחקר	5.2.1
18	ביצוע ממוגרפיה בקרב האוכלוסיה היהודית	5.2.2
19	ביצוע בדיקת משטח צוואר רחם	5.2.3
20	ביצוע בדיקת צפיפות עצם	5.2.4
20	ביצוע קולונוסקופיה	5.2.5
22	רופא משפחה, רופא נשים ורופא שיניים	5.2.6
23	בריאות נפש, סימפטומי דיכאון וביקורים אצל פסיכולוג או פסיכיאטר	5.2.7
24	שינויים במהלך עשור	5.3
24	הבדלים בשיעורים משוקללים שחלו במהלך עשור	5.3.1
25	הבדלים עבור כל אישה במחקר הבסיס בהשוואה למחקר המעקב	5.3.2
26	אמצע החיים און-ליין – שימוש באינטרנט	5.4
26	שימוש באינטרנט בקרב כלל המרואיינות	5.4.1
26	מאפייני הנשים שגולשות/לא גולשות באינטרנט	5.4.2
27	הסיבות לאי-גלישה באינטרנט	5.4.3
28	שימוש באתרי קופות החולים בקרב נשים המשתמשות באינטרנט	5.4.4
30	השתתפות פאסיבית ואקטיבית בפורומים בנושאי בריאות	5.4.5
31	אורניות אינטרנטית ועמדות לגבי השימוש באינטרנט לצרכי בריאות	5.4.6
32	דיון	6
38	המלצות לקובעי המדיניות	7
39	נספחים	8
49	References	9

רשימת טבלאות

12.....	טבלה 1: שיעורי היענות, סירובים ואי איתור לפי קבוצת מחקר
13.....	טבלה 2: מספר הנשים באוכלוסייה הכללית (N) ובמחקר (n) לפי שכבת גיל וקבוצת אוכלוסייה
15.....	טבלה 3: מאפיינים סוציו-דמוגרפיים לפי קבוצות מחקר
16.....	טבלה 4: מאפייני בריאות, חולי ואורח חיים בריאותי
17.....	טבלה 5: שימוש בשירותי בריאות לפי קבוצות מחקר
18.....	טבלה 6: שיעור ביצוע ממוגרפיה בקרב נשים ותיקות, מודל חד-ורב-משתני
19.....	טבלה 7: שיעור ביצוע בדיקת משטח צוואר הרחם בקרב נשים ותיקות, מודל חד-ורב-משתני
20.....	טבלה 8: שיעור ביצוע בדיקת צפיפות עצם בקרב נשים ותיקות, מודל חד-ורב-משתני
21.....	טבלה 9: שיעור ביצוע בדיקת קולונסקופיה בקרב נשים ותיקות, מודל חד-ורב-משתני
24.....	טבלה 10: שינויים שחלו במהלך עשור (שיעורים משוקללים במחקר הבסיס והמעקב)
26.....	טבלה 11: שיעור משוקלל של שימוש באינטרנט לפי קבוצת מחקר
26.....	טבלה 12: שיעור משוקלל שימוש באינטרנט לפי קבוצת גיל
27.....	טבלה 13: הסיבות* המדווחות לאי-שימוש באינטרנט (ותיקות)
28.....	טבלה 14: שיעור הנשים המשתמשות באתרי קופות החולים (ותיקות)
29.....	טבלה 15: שימוש באתרי קופות החולים לפי משתנים נבחרים (ותיקות) *
29.....	טבלה 16: מידת הקלות והנוחות של השימוש באתרי הקופות בקרב נשים המשתמשות (ותיקות)
30.....	טבלה 17: שיעור* הנשים שגולשות או פעילות בפורומים בריאותיים (ותיקות)**
31.....	טבלה 18: שיעור ההסכמה של הנשים עם כל אחד מהמשפטים בשאלון eHEALS (ותיקות)
32.....	טבלה 19: תפיסת תרומת האינטרנט לשימוש בשירותי בריאות (ותיקות המשתמשות באינטרנט)

רשימת נספחים

39.....	נספח 1 מאפייני נשים שרואינו ולא רואינו על פי קבוצת מחקר: יהודיות ותיקות, עולות, וערביות
40.....	נספח 2 משתנים העיקריים במחקר
41.....	נספח 3 שיעור ביקור אצל רופא משפחה בקרב נשים ותיקות ומודל חד-ורב-משתני
42.....	נספח 4 שיעור ביקור שיגרתי אצל רופא נשים בקרב נשים ותיקות, מודל חד-ורב-משתני
43.....	נספח 5 ביקור שיגרתי אצל רופא שיניים בקרב נשים ותיקות, מודל חד-ורב-משתני
44.....	נספח 6: שיעור סימפטומים של דיכאון בקרב נשים ותיקות, מודל חד-ורב-משתני
45.....	נספח 7 ביקור אצל פסיכיאטר/פסיכולוג בקרב נשים ותיקות, מודל חד-ורב-משתני
46.....	נספח 8: שינויים דמוגרפיים ושינויים באורח חיים שחלו במהלך כעשור (שיעורים משוקללים)
47.....	נספח 9: שינויים שחלו במאפיינים סוציו-דמוגרפיים לפי מחקר הבסוס ומחקר המעקב

1 Executive Summary

Scientific Background: The rising lifespan poses particular challenges to the health system with respect to care of the elderly. At the same time there is increasing awareness of the importance of health lifestyle and preventive screening examinations. In the past decade the internet has become an accessible source of information regarding medical issues and health services. This accessibility is a particular advantage for the elderly population with limited mobility. Thus it is important to assess if and how they are using this resource. The present study considers the changes in health, utilization of health services and accessibility of the internet for health purposes, among elderly women who had been interviewed in "The Women's Health at Midlife Study " over a decade earlier.

Objectives

1. Evaluating the changes in health service use, compliance with screening recommendations, and conducting healthy lifestyle among elderly women over the past decade.
2. Assessing the degree of use of the internet for health purposes among these women, and the manner in which they are used.

Methodology: This is a follow-up study of three groups of women aged 59-79: Jewish veteran citizens, Jewish immigrants (since 1989), and Arabs, who were originally interviewed in 2005-2006.¹ A telephone interview was conducted with 484 of the original participants (385 veteran, 58 immigrant, and 41 Arab women). The interview included information on utilization of health services, preventive screening examinations, and health behaviors. Questionnaires related to depressive symptoms, health motivation and well-being, an e-health literacy scale, and use of the internet for general and health-related information and services. Changes in variables measured at both time points were weighted to reflect the Israeli population.

Findings

- In all study groups there was a decline in health status since the baseline study, with the Arab women reporting the poorest health, a finding also reflected in the participants' subjective assessment of their own health.
- Regarding health behaviors, while fewer Arab women smoked or consumed alcohol. However compared to the veterans or immigrants the Arab women engaged in significantly less than recommended physical activity (73.6% & 77.1% vs. 22.7% respectively), and had higher BMI (BMI <31: 22.7% & 31.8% vs. 48.5% respectively)..
- There was a lower rate of physician visits among the Arab women, particularly visits to gynecologists and dentists.
- Overall, a large proportion of the women underwent mammography (79.3%) and colonoscopy (58.0%) screenings as recommended, however the rates of compliance for Pap test and bone density screening were low (46.1% & 39.8%, respectively).
- Over the years of the follow-up there were higher rates of chronic diseases, visits to family physicians, psychologists or psychiatrists, and physiotherapists, and lower rates of visits to gynecologists, and lower rates of Pap and bone density screening tests, compared to the decade earlier. Specifically, in the baseline study 50.5% (95% CI 45.5-55.5) of the women had undergone bone density screening in the past five years (as recommended), while at the time of the follow-up only 38.1% (95% CI 33.1-43.2%) had done so. There were no major changes in the rate of health lifestyle behaviors.

- The internet was used by most of the Jewish veteran and immigrant women, but by very few of the Arab women did so (72.1% & 84.8% vs. 7.7%, respectively).
- The main reasons for not using the internet were lack of access and/or never learned how (73.2%).
- At least half of the veteran women who accessed the internet, also used their HMO's website, primarily for making an appointment with the family physician (50.1%) and accessing results of laboratory test results (62.7%). Although in general they considered the use of the HMO website easy, most of those who did not do so found it easier to make appointments by telephone, and preferred to receive test results directly from their doctor. While nearly half of this group had accessed health-related internet forums in the past year (47%), very few (6.5%) participated in them actively.
- The level of e-health literacy was rather low; about 40% of the respondents felt that they could not adequately judge the reliability of health information on the internet, and 60% felt that they could not use the information to make decisions about health care.

Conclusions: The findings of this study reveal significant disparities among the participants, particularly between the Jewish and Arab groups. With respect to all of the groups, the findings highlight the need to raise awareness of health lifestyles and the importance of preventive screening examinations. An important predictor of healthy lifestyle was health motivation, as measured in the earlier study over a decade earlier.

Policy Implications and Recommendations: It is important for policymakers to understand develop ways to foster heightened health motivation in general, and among the elderly in particular, in addition to raising awareness, providing health education, and improving access to preventive services. The introduction of health-related and HMO websites can serve as an important adjunct to this effort, to meet the challenge of improved quality of life as lifespan is extended, for the benefit of the elderly individuals as well as the entire society. Specifically, it is recommended that:

Initiatives be implemented to increase awareness among elderly women about the importance improved health lifestyle habits, and screening, particularly increased physical activity among the Arab women, and compliance with bone-density screening among all groups.²

Efforts be made to increase understanding of ways to improve health motivation among the population in general, and among aging women in particular.

Workshops should be conducted to improve user-friendliness and informed use of the internet for health-related information and services.^{3,4}

HMO websites that provide should be available in additional languages--particularly Arabic and Russian.

References

1. Benyamini Y, Blumstein T, Boyko V, Lerner-Geva L. Cultural and educational disparities in the use of primary and preventive health care services among midlife women in Israel. *Womens Health Issues*. 2008;18(4):257-266.
2. Blumstein T, Benyamini Y, Farhi A, Boyko V, Lerner-Geva L. Knowledge of risk factors and prevention of osteoporosis: The Israeli Women's Health at Midlife Study. *Arch Osteoporos*. 2018;13(1):70-018-0474-0.
3. Ganim AN. Internet in Israeli Arab society: Preliminary findings and policy recommendations, 2018.
4. The Israel National Institute for Health Policy Research. The 11th Annual Dead Sea Conference: The health system in the digital era, 2010.

2 רקע מדעי

לפי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, בכל התחזיות אוכלוסיית ישראל צפויה לעבור תהליך הזדקנות משמעותי, חלקם של בני 65 ומעלה צפויים לעלות מ-9.8% בשנת 2009 לעד 14.9% בשנת 2035.^{1,2} העלייה בתוחלת החיים מציבה בפני מערכות הבריאות בארץ ובעולם אתגרים ייחודיים, כולל עליה בהיקף האוכלוסייה הבוגרת הסובלת מתחלואה רבה וממחלות כרוניות, דורשת מהרופא המטפל עבודה מורכבת ורב-תחומית, וגורמת לעליה בנטל על מערכת הבריאות. עם זאת, לאחרונה ישנה מודעות מוגברת במערכת הבריאות ובציבור להרגלי בריאות טובים וביצוע בדיקות סקר מניעתיים.^{3,4} בעשור האחרון, חלה גם חדירה של מערכות האינטרנט כמקור מידע זמין, בכל תחומי החיים, עלה הביקוש באוכלוסייה לנגישות מידע רפואי ולשיתוף החולה בהחלטות רפואיות. ארגוני בריאות רבים משלבים מערכות דיגיטליות על מנת לאפשר למטופלים גישה נוחה יותר לשירותי הבריאות: זימון תורים, הזמנת מרשמים, צפייה במידע על מצב בריאותם, קבלת תוצאות בדיקות רפואיות, וברור המלצות עדכניות לאורח חיים בריא. השימוש באינטרנט מאפשר נגישות בכל שעות היום ומכל מקום, ואינו דורש נייכות; לכן יכול לשמש את כלל האוכלוסיות, כולל האוכלוסייה המבוגרת יותר. השאלה, עד כמה המטופלים מעוניינים ומסוגלים להשתמש בשירותים דיגיטליים אלו, נשארה עדין פתוחה.⁵ לשימוש במערכות אינטרנטיות ישנם יתרונות וחסרונות. מחד, יש הטוענים כי הדבר מאפשר הנגשה של מידע רפואי ושל שירותי הבריאות למטופלים ובעיקר לקבוצות אוכלוסייה מגוונות וגם מקל על עבודת הרופא ומפנה חלק מזמנו של הרופא ושל נותני השירות בכלל. יחד עם זאת, קשרי רופא-מטופל עלולים להיפגע או להשתנות מהותית. משום כך, בעידן בו המרוץ אחר הטכנולוגיה גובר גם בתחומי הבריאות, ישנה חשיבות לבחינת השימוש במערכות אלו והערכת עמדות הציבור בנושא. במחקר הנוכחי נבחנו השינויים שחלו בדפוסי השימוש בשירותי בריאות ראשוניים ומניעתיים עם העלייה בגיל, שינויים במצב הבריאות, בנשים באמצע החיים לאחר למעלה מעשר שנות מעקב. בנוסף, נבחנה מידת השימוש בשירותים אינטרנטיים לצרכי בריאות בכלל ובאתרי קופות החולים בפרט, וזאת במהלך העשור האחרון בו חדרו והוטמעו מערכות אינטרנטיות לשירות הלקוח בשירותי הבריאות.

3 מטרות המחקר

זיהוי הגורמים הקשורים לשימוש בשירותי בריאות ובשירותי בריאות דיגיטליים בקרב נשים מבוגרות בישראל:

1. בדיקת השינויים שחלו בשימוש בשירותי הבריאות, בביצוע בדיקות תקופתיות וניהול אורח חיים בריא במהלך עשר שנות מעקב, בקרב נשים בשנות אמצע החיים לפי משתנים סוציודמוגרפיים.
2. הערכת מידת השימוש במערכות אינטרנטיות ברפואה ואפיון השפעתן על שימוש בשירותי הבריאות בקרב אותן נשים.

4 שיטות העבודה

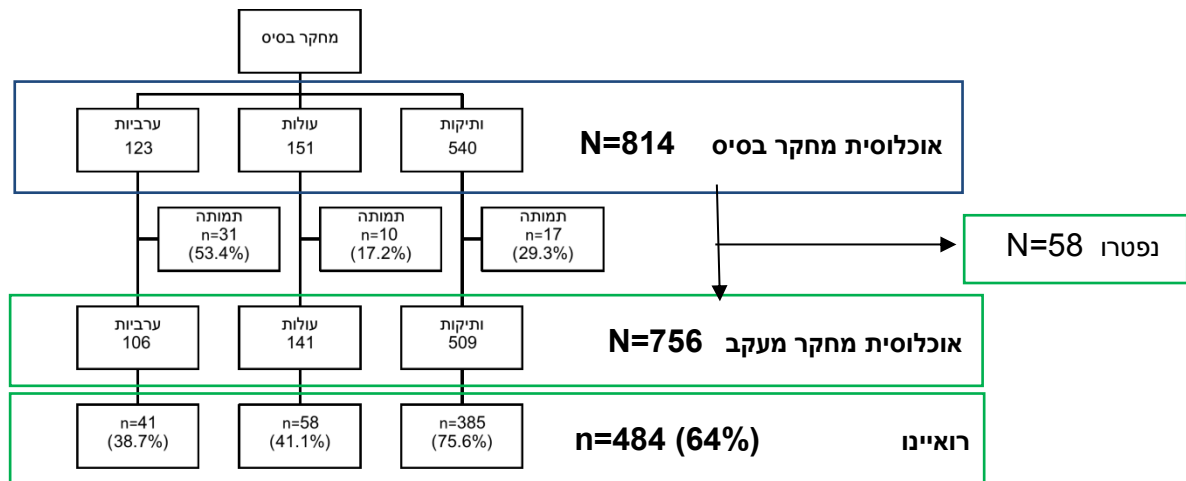
4.1 סוג המחקר

המחקר הינו מחקר עוקבה הכולל מעקב של למעלה מ-10 שנים אחר נשים שהשתתפו בשנת 2005-2006 בסקר הבסיס "בריאות נשים באמצע החיים, התנהגות בריאותית ושימוש בשירותי בריאות"⁶ והסכימו להשתתף בשנית.

4.2 אוכלוסיית המחקר

אוכלוסיית המחקר כוללת את הנשים אשר השתתפו בסקר "בריאות נשים באמצע החיים" אשר בוצע במהלך השנים 2004-2006. במחקר המקורי (מחקר הבסיס) נכללו שלוש קבוצות נשים מהאוכלוסייה בישראל בגילאים 45-64: יהודיות ותיקות, עולות מברית המועצות לשעבר (אחרי 1989) ונשים ערביות. סה"כ רואיינו במחקר הבסיס 814 נשים: 540 יהודיות ותיקות (להלן "ותיקות"), 151 עולות מברית המועצות לשעבר (אחרי 1989) ו-123 ערביות שהסכימו להתראיין בשנית.

איור 1: מדגמי מחקר הבסיס ומחקר המעקב לפי קבוצת מדגם



טבלה 1: שיעורי היענות, סירובים ואי איתור לפי קבוצת מחקר

	ותיקות		עולות		ערביות		כל המדגם
	n	%	n	%	n	%	
רואיינו	385	75.6	58	41.1	41	38.7	484
סרבו	65	12.8	29	20.6	19	17.9	113
לא אותרו	52	10.2	51	36.2	40	37.7	143
לא ניתן לראיין*	7	1.4	3	2.1	6	5.7	16

*נבדקות שלא רואיינו עקב מצב בריאות

סה"כ נשלחו מכתבים ל 756 נשים מתוך רואיינו 484 נשים: 385 ותיקות, 58 עולות, 41 ערביות. למרות המאמצים הרבים לאתר הנשים, היה שיעור גבוה של אי-איתור בקרב קבוצת הנשים העולות והערביות (36% ו 38% בהתאמה). כמו כן, נצפה שיעור סירובים גבוה במיוחד בקבוצת אלו בהשוואה ליהודיות ותיקות (21% ו 18% בהתאמה). בהשוואה בין הנשים שראוינו לעומת הנשים שסרבו או לא אותרו לא נצפו הבדלים משמעותיים נספח 1.

4.3 מהלך המחקר

1. נתוני הנשים ממחקר הבסיס הוצלבו עם מרשם התושבים על מנת לעדכן סטטוס תמותה ועדכון כתובות ומספרי טלפון.
2. כחודש לפני תחילת שלב הראיונות נשלחו מכתבים למשתתפות, שכללו הסבר על מטרות מחקר המעקב והודעה על התקשרות טלפונית אליהן הצפויה בתקופה הקרובה.
3. ראיון מעקב: ראיונות הטלפוניים נערכו מינואר, 2018 עד דצמבר, 2019. נשים ממדגם מחקר הבסיס (כעת בגילאי 55-79) רואיינו לאחר קבלת הסכמה בעל-פה. כלי המחקר הינו ראיון טלפוני שנערך עם הנשים ונמשך כ-30 דקות. הראיון התבסס על שאלון מובנה שכלל מידע על מצב בריאותן הפיזי והנפשי, שימוש בשירותי בריאות, וכן מגוון רחב של התנהגויות ותפיסות בריאותיות בהקשר למניעת מחלות נספח 2. בנוסף נכללו מספר שאלונים מובנים מתוקפים, כולל: SF-12⁷, (המתייחס להערכה עצמית של הבריאות), ה-CESD, (מדד לסימפטומים של דיכאון),⁸ ומדד של מוטיבציה בריאותית.⁹ יש לציין שהשאלה הראשונה ב-SF-12 (המתייחסת למצב בריאות כללית), ושאלוני דיכאון ומוטיבציה בריאותית נכללו גם במחקר הבסיס. במחקר מעקב זה הוסף שאלון ה-e-Health Literacy Scale (e-HEALS)¹⁰, שאלון לאוריינות בריאות אינטרנטית. נוספו גם שאלות שנבנו במיוחד למחקר זה בנושא השימוש בכלים אינטרנטיים לתקשורת עם קופת החולים והרופא.
- השאלון תורגם לערבית ורוסית, וכל אשה התראיינה בשפה בה התראיינה במחקר הראשון. הראיונות בוצעו ע"י מכון כהן באוניברסיטת ת"א. המראיינות הוכשרו לפני תחילת המחקר ובמהלכו ע"י צוות החוקרות במחקר במסגרת שלוש סדנאות.
4. נתוני הראיונות נרשמו בזמן אמת ואח"כ הוקלדו למסכים ממחשבים שהוכנו במיוחד עבור המחקר הנוכחי, ונערכו בדיקות לוגיות.

4.4 עיבוד נתונים

מכיוון שמחקר הבסיס כלל מדגם שכבתי אקראי (12 שכבות משלוש אוכלוסיות נשים בארבע קבוצות גיל), על פי תוכנית הדגימה השכבתית שוקללו ממצאי המחקר לשיעורי אוכלוסייה על פי הנוסחה: $W = N/n$ – משקל ספציפי לכל נחקר לפי שכבת גיל (בזמן ראיון המעקב) וקבוצת אוכלוסייה, n – מספר מראיינות בכל שכבה, N – מספר תושבות באוכלוסייה לפי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה לשנת 2015. בטבלאות מוצגים שיעורים משוקללים אלה אם כן צויין אחרת.

טבלה 2: מספר הנשים באוכלוסייה הכללית (N) ובמחקר (n) לפי שכבת גיל וקבוצת אוכלוסייה

	ותיקות		עולות		ערביות	
	מדגם	אוכלוסייה	מדגם	אוכלוסייה	מדגם	אוכלוסייה
קבוצת גיל						
59-64	110	154,296	20	28,851	12	29,195
65-69	92	125,107	16	24,269	10	16,377
70-74	109	93,226	17	17,009	7	12,926
75-79	93	59,443	12	17,225	9	8,183

הניתוח הסטטיסטי נערך על ידי שימוש ב-Surveyreg Module של תוכנת SAS המאפשרת שקלול התוצאות לאומדני אוכלוסייה ושימוש במבחנים סטטיסטיים המתחשבים בתוכנית הדגימה השכבתית (SAS Institute Inc, Cary, NC, USA 2004 SAS Version 9.1.3). הניתוח כלל שלושה שלבים:

(1) עיבוד חד-משתני של כל משתני המחקר לפי קבוצת מחקר, בו מוצגים שיעורים משוקללים ומבחני חי בריבוע.

(2) בדיקת קשרים דו-משתנים (bi-variate) בין משתנים מסבירים והמשתנים ההתנהגותיים המוסברים: ביצוע ממוגרפיה בשנתיים האחרונות, ביצוע בדיקת דם סמוי בשנה האחרונה, ביצוע בדיקת משטח צוואר הרחם בחמש שנים האחרונות, ביצוע בדיקת צפיפות עצם בשנתיים האחרונות, ומדדי אורח חיים בריא על פי נתוני עישון, תזונה ופעילות גופנית.

(3) חישוב מודלים של רגרסיה לוגיסטית רב-משתנית (במקרה של תוצא בינארי) על מנת להעריך את המשתנים המנבאים שימוש בשרותי בריאות בתקופת המעקב. בין המשתנים המנבאים נכללו מדדים סוציודמוגרפיים, מדדי תחלואה, התנהגות ומוטיבציה בריאות ממחקר הבסיס. מודלים אלה חושבו רק לנשים היהודיות, לאור המדגם הקטן של הנשים העולות והערביות. בכל המודלים מוצג יחס צולב מתוקנן (OR) עם 95% רווח בר סמך (95% CI).

(4) השינוי והמגמות שחלו בין מחקר הבסיס למחקר המעקב, נבחנו בשני אופנים:

א. שיעור משוקלל לפי אוכלוסייה בכל אחת מהתקופות למשתנים שונים.

ב. הערכת השינוי שחל בכל אחת מהנשים בעזרת הצגת השיעורים ומבחן McNemar במשתנים של ניצול שירותי הבריאות בסקר הבסיס (לפני עשור) בהשוואה לסקר המעקב (כיום). כל המבחנים חושבו כמבחנים דו-צדדיים ומובהקות סטטיסטית נקבעה כקטנה מ-0.05.

הערה: רק במידה וקיים הבדל מובהק הדבר מצוין במפורש, אחרת כל שאר ההבדלים שמוזכרים אינם מובהקים; בטבלאות שמציגות OR, ממצאים מובהקים מסומנים בפונט מודגש.

תוצאות המחקר מתוארות בארבעה פרקים:

1. מאפייני אוכלוסיית מחקר המעקב לפי קבוצת מחקר: יהודיות ותיקות, עולות וערביות
2. שימוש בשירותי בריאות וביצוע בדיקות סקר במחקר המעקב
3. שינויים שחלו בשימוש בשירותי בריאות וביצוע בדיקות סקר בין מחקר הבסיס למחקר המעקב
4. דפוסי שימוש באינטרנט ובשירותי בריאות מקוונים (בסקר המעקב)

5.1 מאפייני אוכלוסיית מחקר המעקב לפי קבוצת מחקר

5.1.1 מאפיינים סוציו-דמוגרפיים

כאשר נבחנו המאפיינים הסוציו-דמוגרפיים של שלושת הקבוצות נמצאו הבדלים מובהקים סטטיסטית בין ותיקות, עולות וערביות בכל המשתנים הסוציו-דמוגרפיים שנבדקו למעט מצב משפחתי (טבלה 3). אוכלוסיית העולות כוללת שיעור גבוה יותר של נשים בגילאי 75-79 (19% לעומת 14% ו-12% מהותיקות והערביות בהתאמה ($p < 0.0001$). בדיקת מספר שנות לימוד לפי הקבוצות מצביעה על פערי השכלה גדולים, כך שבקרב העולות לרוב הנשים (76.5%) השכלה מעל 13 שנה ואילו כ-94% מהערביות דווחו על פחות מ-13 שנות לימוד. כמו כן, נמצא פער גדול בהכנסה.

טבלה 3: מאפיינים סוציו-דמוגרפיים לפי קבוצות מחקר					
P-Value (Chi Square1)	סה"כ N=484	ערביות N=41	עולות N=58	ותיקות N=385	
	%	%	%	%	% משוקלל לאומדני
<0.0001					גיל
	36.2	43.8	33.0	35.7	59-64
	28.3	24.6	27.8	28.9	65-69
	21.0	19.4	19.5	21.6	70-74
	14.5	12.3	19.7	13.8	75-79
0.07					מצב משפחתי
	67.8	58.7	57.9	71.2	נשואה
	32.2	41.2	42.1	28.8	אחר
<0.0001					מס' שנות השכלה
	50.4	94.2	23.5	49.1	0-12
	49.6	5.8	76.5	50.9	+13
<0.0001					רמת הכנסה**
	39.31	88.64	62.19	26.22	נמוך מאוד מהממוצע
	16.30	3.79	22.81	16.93	נמוך מהממוצע
	44.39	7.57	14.99	56.84	ממוצע ומעלה
§					רמת דתיות
	48.9	-	68.9	52.5	חילונית
	28.8	12.8	24.6	32.1	מסורתית
	22.3	87.2	6.6	15.4	דתית / חרדית
0.07					הסדרי מגורים
	21.4	15.1	26.0	21.5	לבד
	52.2	34.0	44.4	56.7	עם בן זוג בלי ילדים
	8.3	24.3	10.1	5.5	ללא בן זוג עם ילדים
	15.8	24.7	1.8	14.1	עם בן זוג עם ילדים
	2.1	1.9	1.7	2.3	אחר ¹
<0.0001					השתייכות לקופת חולים
	61.8	81.3	33.3	64.5	קופ"ח כללית
	22.6	11.9	34.5	21.8	מכבי
	10.3	5.9	21.8	8.6	מאוחדת
	5.4	0.1	10.4	5.1	לאומית
<0.0001					ביטוח רפואי נוסף
	48.56	48.85	62.24	45.73	משלים בלבד
	42.01	6.75	21.36	51.71	משלים ופרטי
	9.42	44.40	16.40	2.56	אין

§ לא ניתן לחשב P-value עקב תאים ריקים בטבלה¹, Chi Square – להבדלים בין ותיקות לבין עולות לבין ערביות.

5.1.2 מאפייני בריאות, חולי ואורח חיים בריאותי

הבדלים במצב בריאות של הנשים בכל אחת מהקבוצות מוצגים בטבלה 4. שיעורי מספר מחלות שאובחנו אי פעם ע"י רופא ומספר תרופות מרשם נמצאו גבוהים יותר באוכלוסייה הערבית. הבדל זה נצפה גם בממד הסוביקטיבי של הערכה עצמית של מצב הבריאות: כאשר המשתתפות נשאלו על הערכת מצב בריאותן באופן כללי, נמצאו הבדלים ניכרים. מעטות מהעולות (7%) העריכו את בריאותן כ"מצויינת, טובה מאוד או טובה" לעומת הותיקות והערביות. בנוסף, מוצגים בטבלה 4 מדדים המאפיינים התנהגות בריאותית. שיעור המבצעות פעילות גופנית בשנה האחרונה היה גבוה יחסית בקבוצת הותיקות והעולות בהשוואה לקבוצת הערביות ($p < 0.0001$). כמו כן, שיעור גבוה יותר של נשים ותיקות מעשנות (43.4%) לעומת עולות (32.3%) וערביות (14.7%) ($P < 0.0001$). נתוני BMI (Body Mass Index) מראים על הבדלים בין הקבוצות: כ-49% אחוז מהערביות נמצאות מעל 30 באינדקס BMI לעומת שיעורים נמוכים יותר בקרב העולות והותיקות. "התנהגות בריאותית" הורכב משלושה מרכיבים: עישון, פעילות גופנית, ותזונה נכונה, על סמך מספר שאלות. במידה והאשה לא עישנה, עשתה ספורט, ואכלה מזון בריא, היא הוגדרה כמתנהגת התנהגות בריאה. ניתן לראות ששיעור נמוך במיוחד של התנהגות בריאה נצפה בקרב הנשים הערביות (6%) בהשוואה לנשים ותיקות והעולות (40%-48% בהתאמה) ($P < 0.0001$). יש לציין שלמרות שיעור נמוך של עישון ושתיית אלכוהול בקרב הערביות, הן מבצעות פחות פעילות גופנית.

טבלה 4: מאפייני בריאות, חולי ואורח חיים בריאותי					
P-Value ¹	סה"כ N=484	ערביות N=41	עולות N=58	ותיקות N=385	
	%	%	%	%	% משוקלל לאומדני אוכלוסייה
<0.0001					מאפייני בריאות וחולי
					מספר מחלות שאובחנו אי פעם
	21.33	12.96	8.29	25.28	0-1
	33.78	12.69	27.90	38.22	2-3
<0.0001	44.89	74.35	63.89	36.50	+4
					מספר תרופות עם מרשם
	19.99	6.74	15.33	22.97	0
	51.02	23.50	58.42	53.77	1-2
0.025	28.99	69.75	26.25	23.25	+3
					מחלות כרוניות חמורות ²
	60.20	71.64	70.49	56.35	כן
	39.80	28.34	29.51	43.65	לא
<0.0001					הערכה עצמית של הבריאות
	37.7	35.5	7.1	44.7	מצוינת / טובה
	58.7	60.3	84.1	53.3	בינונית/לא כל כך טובה
	3.6	7.2	8.8	2.0	גרועה
0.154					היסטוריה משפחתית של
	58.13	42.39	61.77	59.82	כן
	41.87	57.61	38.23	40.18	לא
אורח חיים בריאותי					
<0.0001					פעילות גופנית במהלך השנה
	68.2	22.7	77.1	73.6	כן
	31.8	77.3	22.9	26.4	לא
					עישון
<0.0001					עישנה
	38.42	14.70	32.29	43.41	לא עישנה
	61.58	85.30	67.70	56.59	שתיית אלכוהול
					כן
<0.0001	24.91	2.15	24.12	28.65	לא
	75.08	97.85	75.88	71.34	התנהגות בריאות ³
	37.45	5.54	48.09	40.22	טובה
	62.55	94.46	51.90	59.78	לא טובה
0.0003					BMI
	34.12	31.14	16.47	38.14	25>
	39.21	20.81	51.74	39.14	25-30
	26.67	48.95	31.79	22.71	+31

1 Chi Square – להבדלים בין ותיקות לבין עולות לבין ערביות,
 2 יתר לחץ דם, סכרת, מחלות לב, מחלות כלי-דם, סרטן
 3 התנהגות בריאות טובה כולל: עישון, ספורט, ושאלון תזונה

5.2 ביקורים אצל רופאים וביצוע בדיקות סקר

5.2.1 שימוש בשירותי בריאות ובדיקות סקר לפי קבוצת מחקר

בטבלה 5 מוצגים שיעורי השימוש בשירותי בריאות וביצוע בדיקות סקר בכל אחת מהקבוצות. קיימים הבדלים בין קבוצות המחקר בשיעור הנשים שדיווחו על ביקור אצל רופאים ראשוניים במהלך חצי השנה האחרונה. נשים ערביות, בהשוואה לותיקות ועולות, נטו פחות לבקר אצל רופא המשפחה. מרביתן כלל לא מבקרות ביקורים שגרתיים אצל רופא הנשים ורופא השיניים, לעומת שיעורים גבוהים בהרבה בשתי הקבוצות האחרות. נשים עולות ביקרו יותר אצל רופא נשים ורופא שיניים בהשוואה לותיקות. לעומת זאת, בכל חמשת בדיקות הסקר שנבדקו במחקר זה דפוסי ההיענות להמלצות הרפואיות מראים כי הותיקות דיווחו על ביצוע בדיקות סקר בשיעורים הגבוהים יותר משתי הקבוצות האחרות, ואילו הערביות דווחו על השיעורים הנמוכים ביותר. מספר המרואיינות בקבוצת הנשים העולות ונשים ערביות היה קטן ולכן כל המודלים הרב-משתנים לאיפיון הנשים שמבצעות או לא מבצעות בדיקות סקר חושבו על אוכלוסיית היהודיות הותיקות בלבד.

טבלה 5: שימוש בשירותי בריאות לפי קבוצות מחקר					
P-Value	סה"כ %	ערביות %	עולות %	ותיקות %	% משוקלל לאומדני אוכלוסייה
					ביקורים בחצי שנה האחרונה
					ביקור אצל רופא משפחה
0.03					כן
	90.4	84.6	96.7	90.1	לא
	9.6	15.4	3.3	9.9	
<0.0001					בדיקה שגרית רופא נשים
	41.1	3.1	62.9	42.6	כן
	58.9	96.9	37.1	27.4	לא
<0.0001					בדיקה שגרית רופא שיניים
	49.3	7.0	48.1	56.0	כן
	50.7	93.0	51.9	44.0	לא
0.67					בקור אצל פסיכיאטר
	22.33	28.07	23.46	21.21	כן
	77.67	71.92	76.54	78.79	לא
					בקור אצל פיזיותרפיסט
	4.41	0	6.53	4.66	כן
	95.59	100	93.47	95.33	לא
0.27					ביקור אצל רופא אלטרנטיבי
	84.74	91.76	86.34	83.32	כן
	15.26	8.24	13.66	16.67	לא
0.03					ביקור אצל רופא מומחה אחר
	17.59	13.09	5.46	20.74	כן
	82.40	86.91	94.54	79.26	לא
					ביצוע בדיקת סקר לפי קבוצת מחקר
					ממוגרפיה
					פחות מהמומלץ
0.24	20.7	23.3	16.4	21.2	לפי ההמלצות
	79.3	76.7	83.6	78.8	
<0.0001					Pap Smear
	53.9	86.9	62.2	46.5	פחות מהמומלץ
	46.1	13.1	37.8	53.5	לפי ההמלצות
0.03					צפיפות עצם
	69.0	78.4	67.8	58.9	פחות מהמומלץ
	39.8	21.6	32.2	41.1	לפי ההמלצות
0.52					קולונסקופיה
	41.96	35.23	47.47	41.89	פחות מהמומלץ
	58.04	64.77	52.53	58.11	לפי ההמלצות

5.2.2 ביצוע ממוגרפיה בקרב האוכלוסיה היהודית

בטבלה 6 ניתן לראות את שיעורי הנשים המבצעות ממוגרפיה על פי המלצת ממשרד הבריאות (פעם בשנתיים). בקבוצת הגיל הצעיר (59-64), שיעור הנשים המבצעות ממוגרפיה גבוה יותר מאשר בגיל המבוגר ביותר, וכן, בנשים חילוניות, ובנשים עם הכנסה גבוהה. כמו כן, שיעור ביצוע ממוגרפיה גבוה בקרב נשים שמעריכות את מצב בריאותן טוב יותר, ואלו עם היסטוריה משפחתית של סרטן. כאשר בוחנים משתנים ממחקר הבסיס ניתן לראות שהנשים שהתנהגותן הבריאותית (עישון, ספורט, תזונה) טובה יותר והמוטיבציה הבריאותית טובה יותר, מבצעות יותר ממוגרפיה על פי ההמלצות. במודל רב-משתני לביצוע ממוגרפיה, מספר משתנים השפיעו בצורה מובהקת: ככל שהגיל מבוגר מבצעות פחות ממוגרפיה ($OR_{adj} 0.19; 95\%CI [0.18-0.51]$) כנראה הסיבה לכך קשורה לעובדה שבדיקת ממוגרפיה כלולה בסל הבריאות רק עד גיל 74 לנשים שאינן בקבוצות סיכון מוגבר. נשים עם היסטוריה משפחתית של סרטן מבצעות יותר ממוגרפיה ($OR_{adj} 2.19; 95\%CI [1.11-4.34]$), ונשים שלא ביצעו בעבר (במחקר הבסיס) לפי ההמלצות, פחות מבצעות גם כיום ($OR_{adj} 0.29; 95\%CI [0.14-0.60]$). במודל הרב-משתני נעלמת ההשפעה המובהקת של מוטיבציה בריאותית (ממחקר הבסיס), למרות שניתוח חד-משתני מראה השפעה חזקה.

טבלה 6 : שיעור ביצוע ממוגרפיה בקרב נשים ותיקות, מודל חד-ורב-משתני			
Adjusted OR [95%CI]	Univariate OR [95%CI]	%	גיל
Ref	Ref	81.3	59-64
0.56 [0.23-1.36]	0.79 [0.39-1.62]	77.4	65-69
0.97 [0.37-2.56]	1.17 [0.52-2.65]	83.6	70-74
0.19 [0.08-0.51]	0.25 [0.12-0.53]	52.5	75-79
מצב משפחתי			
Ref	Ref	78.4	נשואה
0.91 [0.43-1.88]	0.72 [0.41-1.24]	72.3	אחר
רמת הכנסה			
Ref	Ref	73.6	נמוך מאוד מהמוצע
0.34 [0.13-0.88]	0.78 [0.36-1.68]	68.5	נמוך מהמוצע
0.82 [0.36-1.82]	1.77 [0.93-3.37]	83.1	ממוצע ומעלה
רמת דתיות			
Ref	Ref	83.5	חילונית
0.39 [0.19-0.82]	0.46 [0.26-0.84]	70.3	מסורתית
0.60 [0.24-1.48]	0.50 [0.24-1.02]	71.8	דתית / חרדית
משתני בריאות היום			
הערכת מצב בריאות היום (SF-36)			
0.75 [0.36-1.57]	1.13 [0.62-2.07]	80.1	מצוין/טוב מאד
Ref	Ref	78.1	טוב
0.77 [0.29-2.05]	0.52 [0.26-1.04]	65.1	לא טוב
היסטוריה משפחתית של סרטן			
2.19 [1.11-4.34]	0.55 [0.28-1.07]	81.5	כן
Ref	Ref	70.0	לא
משתני בריאות בעבר			
התנהגות בריאות			
Ref	Ref	62.3	טוב
0.52 [0.26-1.04]	0.56 [0.33-0.97]	72.3	לא טוב
ביצוע ממוגרפיה			
0.29 [0.14-0.60]	0.35 [0.20-0.61]	61.9	פחות מהמומלץ
Ref	Ref	82.2	לפי המומלץ
1.16 [0.64-2.10]	1.86 [1.19-2.91]		מוטיבציה בריאות

5.2.3 ביצוע בדיקת משטח צוואר רחם

טבלה 7 מציגה את שיעור ביצוע בדיקת משטח צוואר הרחם על פי המלצות (כל חמש שנים). שיעור הנשים שמבצעות הינו גבוה יותר בקרב נשים בקבוצת הגיל הצעיר ביותר (59-64) בהשוואה לגיל המבוגר ביותר (61% בהשוואה ל-16%), שיתכן משקף את ההתוויה לבדיקה זו בסל הבריאות. השיעור גם גבוה יותר בקרב נשים נשואות (49% לעומת 34%), נשים ברמת הכנסה גבוהה (57% לעומת 28%), ונשים חילוניות בהשוואה לדתיות (52%-37%, בהתאמה). כמו כן, נצפה שיעור גבוה יותר של ביצוע בדיקת משטח צוואר רחם בקרב נשים שבמחקר הבסיס היו מאופיינות ע"י התנהגות ומוטיבציה בריאותית טובה. במודל רב-משתני שלושה משתנים הראו השפעה מובהקת על ביצוע הבדיקה: נשים בגיל מבוגר מבצעות פחות, ונשים שבעבר ביצעו פחות בדיקות משטח צוואר הרחם מהמומלץ, המשיכו לבצע פחות מהמומלץ, ואילו נשים עם הכנסה גבוהה ביצעו יותר את הבדיקה.

טבלה 7: שיעור ביצוע בדיקת משטח צוואר הרחם בקרב נשים ותיקות, מודל חד- ורב-משתני			
Adjusted OR [95%CI]	Univariate OR [95%CI]	% מבצעות	
			גיל
Ref	Ref	61.7	59-64
0.82 [0.39-1.71]	0.63 [0.35-1.15]	50.5	65-69
0.47 [0.19-1.14]	0.23 [0.12-0.46]	27.4	70-74
0.23 [0.08-0.68]	0.12 [0.05-0.28]	16.7	75-79
			משפחתי
Ref	Ref	49.4	נשואה
0.85 [0.41-1.78]	0.54 [0.32-0.92]	34.8	אחר
			הכנסה
Ref	Ref	28.6	נמוך מאוד מהמוצע
0.86 [0.33-2.28]	1.30 [0.60-2.80]	34.2	נמוך מהמוצע
2.32 [1.05-5.11]	3.38 [1.88-6.08]	57.5	ממוצע ומעלה
			דתיות
Ref	Ref	52.1	חילונית
0.64 [0.33-1.23]	0.64 [0.38-1.07]	40.9	מסורתית
0.67 [0.24-1.78]	0.55 [0.29-1.06]	37.6	דתית / חרדית
			משתני בריאות היום
			הגדרת מצב בריאות היום
0.77 [0.41-1.46]	1.32 [0.80-2.19]	52.7	מצוין/טוב מאד
Ref	Ref	45.7	טוב
0.49 [0.18-1.40]	0.39 [0.19-0.80]	24.6	לא טוב
			היסטוריה משפחתית של
1.46 [0.79-2.72]	0.57 [0.34-0.97]	39.4	כן
Ref	Ref	49.6	לא
			משתני בריאות בעבר
			התנהגות בריאות
Ref	Ref	49.6	טוב
0.81 [0.45-1.48]	0.73 [0.46-1.16]	41.8	לא טוב
			ביצוע בדיקת צוואר רחם
0.10 [0.04-0.21]	0.09 [0.05-0.18]	37.4	פחות מהמומלץ
Ref	Ref	48.3	לפי המומלץ
0.99 [0.53-1.84]	1.83 [1.19-2.82]		מוטיבציה בריאות

5.2.4 ביצוע בדיקת צפיפות עצם

שיעור ביצוע בדיקת צפיפות העצם (טבלה 8) גבוה יותר בנשים בקבוצת הגיל 70-74, וכן גבוה בקרב נשים נשואות (37%), אלו ברמת הכנסה גבוהה (38% לעומת 31%), ונשים חילוניות בהשוואה לדתיות (37%-32%, בהתאמה). בנוסף, נצפה שיעור גבוה יותר בקרב נשים שהעריכו את במצבן הבריאותית טוב יותר. כמו כן, נצפה שיעור גבוה יותר של ביצוע בדיקת צפיפות עצם בנשים שבמחקר הבסיס היו מאופיינות עם התנהגות ומוטיבציה בריאותית טובה. במודל-רב-משתני אף משתנה לא ניבא ביצוע בדיקת צפיפות העצם בצורה מובהקת. בניתוח החד-משתני מוטיבציה בריאותית ממחקר הבסיס הראה שככל שהמוטיבציה עולה כך עולה סיכוי לביצוע הבדיקה, אך המובהקות נעלמה במודל הרב-משתני ($OR_{adj} 1.53; 95\%CI [0.85-2.75]$).

טבלה 8: שיעור ביצוע בדיקת צפיפות עצם בקרב נשים ותיקות, מודל חד- ורב-משתני			
גיל	% מבצעות	Univariate OR [95%CI]	Adjusted OR [95%CI]
59-64	35.4	Ref	Ref
65-69	36.9	1.07 [0.58-1.95]	0.84 [0.40-1.75]
70-74	41.7	1.30 [0.69-2.46]	1.05 [0.48-2.24]
75-79	24.1	0.58 [0.28-1.22]	0.47 [0.18-1.18]
מצב משפחתי			
נשואה	37.4	Ref	Ref
אחר	31.0	0.75 [0.45-1.27]	0.87 [0.45-1.71]
רמת הכנסה			
נמוך מאוד מהממוצע	31.4	Ref	Ref
נמוך מהממוצע	37.2	1.29 [0.61-2.73]	0.87 [0.44-1.71]
ממוצע ומעלה	38.6	1.37 [0.77-2.44]	0.94 [0.45-1.94]
רמת דתיות			
חילונית	37.1	Ref	Ref
מסורתית	34.0	0.87 [0.51-1.49]	0.96 [0.52-1.78]
דתית / חרדית	32.7	0.82 [0.42-1.61]	0.97 [0.44-2.12]
משתני בריאות היום			
הגדרת מצב בריאות היום (SF-36)			
מצוין/טוב מאד	36.3	0.90 [0.53-1.51]	0.90 [0.49-1.63]
טוב	38.8	Ref	Ref
לא טוב	27.8	0.60 [0.30-1.21]	0.73 [0.31-1.72]
היסטוריה משפחתית של סרטן			
כן	38.2	0.78 [0.46-1.34]	1.2 [0.70-2.10]
לא	32.1	Ref	Ref
משתני בריאות בעבר			
התנהגות בריאות			
טוב	42.0	Ref	Ref
לא טוב	30.7	0.61 [0.38-0.98]	0.71 [0.41-1.23]
ביצוע צפיפות עצם			
פחות מהמומלץ	21.8	0.31 [0.19-0.51]	0.30 [0.16-0.55]
לפי המומלץ	41.0	Ref	Ref
מוטיבציה בריאות			
		2.19 [1.33-3.61]	1.53 [0.85-2.75]

5.2.5 ביצוע קולונוסקופיה

שיעור ביצוע בדיקת קולונוסקופיה על פי ההמלצות מוצג בטבלה 9. שיעור הנשים שמבצעות קולונוסקופיה גבוה במעט בנשים בקבוצת הגיל 70-74, ובקרב נשים נשואות (43%), נשים ברמת הכנסה גבוהה (43% לעומת 26%), ונשים חילוניות בהשוואה לדתיות (44%-32%, בהתאמה). בנוסף, נצפה שיעור גבוה יותר של ביצוע הבדיקה בנשים במצב בריאות פחות טוב ובנשים עם היסטוריה

משפחתית של סרטן. כמו כן, נצפה שיעור גבוה יותר של ביצוע הבדיקה, בנשים שבמחקר הבסיס היו מאופיינות עם התנהגות ומוטיבציה בריאותית טובה. במודל רב-משתני המשתנה היחיד שהיה קשור לביצוע בדיקת קולונוסקופיה בצורה מובהקת היה היסטוריה משפחתית של סרטן. להכנסה היתה השפעה במודל החד-משתני, אך השפעה המובהקת נעלמה במודל הרב-משתני.

טבלה 9: שיעור ביצוע בדיקת קולונוסקופיה בקרב נשים ותיקות, מודל חד-ורב-משתני

Adjusted OR [95%CI]	Univariate OR [95%CI]	% מבצעות	
			גיל
Ref	Ref	38.95	59-64
0.96 [0.48-1.91]	0.99 [0.55-1.80]	38.71	65-69
1.00 [0.49-2.07]	1.06 [0.56-1.99]	40.28	70-74
1.25 [0.53-2.97]	1.06 [0.55-2.06]	40.32	75-79
			מצב משפחתי
Ref	Ref	42.91	נשואה
0.59 [0.32-1.08]	0.58 [0.34-0.98]	30.35	אחר
			רמת הכנסה
Ref	Ref	26.40	נמוך מאוד מהממוצע
1.75 [0.75-3.90]	2.32 [1.12-4.82]	45.47	נמוך מהממוצע
1.84 [0.92-3.69]	2.10 [1.18-3.73]	42.98	ממוצע ומעלה
			רמת דתיות
Ref	Ref	44.43	חילונית
0.63 [0.35-1.13]	0.69 [0.41-1.15]	35.46	מסורתית
0.60 [0.29-1.25]	0.60 [0.31-1.15]	32.21	דתית / חרדית
			משתני בריאות היום
			הגדרת מצב בריאות היום (SF-)
0.76 [0.42-1.37]	0.85 [0.50-1.42]	36.73	מצוין/טוב מאד
Ref	Ref	40.64	טוב
1.73 [0.76-3.95]	1.12 [0.60-2.11]	43.36	לא טוב
			היסטוריה משפחתית של סרטן
2.93 [1.71-5.03]	0.66 [0.40-1.12]	47.30	כן
Ref	Ref	28.51	לא
			משתני בריאות בעבר
			התנהגות בריאות
Ref	Ref	44.07	טוב
0.68 [0.39-1.19]	0.71 [0.44-1.12]	35.75	לא טוב
1.24 [0.76-2.01]	1.39 [0.93-2.08]		מוטיבציה בריאות

5.2.6 רופא משפחה, רופא נשים ורופא שיניים

Adjusted OR [95%CI]	Univariate OR [95%CI]	% ביקור	
			גיל
Ref	Ref	90.00	59-64
0.58 [0.23-1.46]	0.79 [0.30-1.61]	86.24	65-69
1.40 [0.45-4.35]	1.36 [0.50-3.72]	92.47	70-74
1.96 [0.35-11.00]	1.92 [0.58-6.37]	94.52	75-79
			מצב משפחתי
Ref	Ref	90.61	נשואה
0.60 [0.24-1.53]	0.81 [0.39-1.71]	88.71	אחר
			רמת הכנסה
Ref	Ref	94.40	נמוך מאוד מהממוצע
0.48 [0.12-1.88]	0.53 [0.15-1.89]	89.98	נמוך מהממוצע
0.53 [0.18-1.53]	0.44 [0.16-1.24]	88.18	ממוצע ומעלה

ביקורים אצל רופא משפחה וביקורי שגרה אצל רופא נשים ורופא שיניים בקרב הותיקות מוצגים בנספחים 3-4. שיעורי הביקורים אצל רופא משפחה (נספח 3

מספר מחקר:			רמת דתיות
Ref	Ref	89.46	חילונית
0.71 [0.29-1.73]	1.03 [0.47-2.22]	89.70	מסורתית
1.62 [0.40-6.54]	1.35 [0.48-3.84]	91.99	דתית / חרדית
			משתני בריאות היום
			הגדרת מצב בריאות היום (SF-Q1)
0.35 [0.14-0.87]	0.44 [0.20-0.96]	85.20	מצוין/טוב מאד
Ref	Ref	92.95	טוב
1.58 [0.23-10.84]	1.86 [0.49-7.07]	96.08	לא טוב
			משתני בריאות בעבר
			התנהגות בריאות (ממחקר בסיס)
Ref	Ref	87.95	טוב
1.47 [0.65-3.32]	1.52 [0.76-3.05]	91.74	לא טוב
			ביקור אצל רופא משפחה בעבר
Ref	Ref	72.84	כן
0.47 [0.19-1.18]	0.33 [0.16-0.67]	17.22	לא
2.29 [1.08-4.83]	1.80 [1.06-3.07]		מוטיבציה בריאות (ממחקר בסיס)

נספח 3) בחצי השנה האחרונה גבוהים יותר עם העליה בגיל (95% מהנשים בגילאי 75-79); השיעור הגבוה ביותר נמצא בנשים עם רמת הכנסה נמוכה, וכצפוי, אצל אלו ששהעריכו את מצב בריאותם כ"לא טוב". במודל הרב-משתני היחיד בצורה מובהקת שהשפיע היה מוטיבציה בריאותית (על פי מחקר הבסיס) ($OR_{adj} 2.29$; 95%CI [1.08-4.83]).

שיעור גבוה יותר של ביקורים אצל רופא נשים (נספח 4) נצפה בקבוצת הגילאים הצעירה בהשוואה לקבוצה המבוגרת (49% בהשוואה ל-26% בהתאמה), שיעור ביקורים גבוה יותר נצפה גם בנשים נשואות (37% בהשוואה ל-12%), בנשים עם רמת הכנסה גבוהה יותר (49% בהשוואה ל-27%), נשים חילוניות בהשוואה לדתיות (51% בהשוואה ל-34%), בנשים שמדווחות על מצב בריאות טוב יותר ושבמחקר הבסיס היתה להם התנהגות בריאותית ומוטיבציה גבוהה לבריאות. במודל רב-משתני: גיל הראה קשר מובהק; ככל שהגיל עולה יש ירידה בביקורים אצל רופא נשים ($OR_{adj} 0.33$; 95%CI [0.14-0.77]) וככל שהמוטיבציה הבריאותית במחקר הבסיס היתה גבוהה יותר כך היתה עליה בסיכוי לביקור אצל רופא נשים ($OR_{adj} 1.84$; 95%CI [1.03-3.19]). שיעור הביקורים אצל רופא שיניים (נספח 5) נמצא גבוה יותר בקרב נשים בקבוצת הגיל הצעיר, בנשואות, עם רמת הכנסה גבוהה, ונשים אשר דיווחו שמצב בריאותן טוב. במודל הרב-משתני המשתנים אשר נשארו משפיעים באופן מובהק הם רמת הכנסה כעת ($OR_{adj} 2.78$; 95%CI [1.35-5.73]) ומוטיבציה בריאותית גבוהה במחקר הבסיס ($OR_{adj} 2.03$; 95%CI [1.26-3.25]).

5.2.7 בריאות נפש, סימפטומי דיכאון וביקורים אצל פסיכולוג או פסיכיאטר

סימפטומים של דיכאון הוגדרו על סמך ציון ≤ 10 בשאלון CESD, כפי שהומלץ ע"י אנדרסן ושות'11 שיעור הנשים המדווחות על סימפטומים של דיכאון על סמך השאלון עולה עם הגיל (29% בקבוצה המבוגרת בהשוואה ל-7% בקבוצה הצעירה). שיעור גבוה נצפה בקבוצת הנשים הלא נשואות (21% בהשוואה ל-10% בנשים), בקרב הנשים עם הכנסה נמוכה (26% לעומת 7%), בקרב נשים דתיות בהשוואה לחילוניות (17% ו-10%, בהתאמה). כמו כן, נצפה שיעור גבוה יותר של דיכאון בקרב נשים שהעריכו את בריאותן כלקויה, ונשים שבמחקר הבסיס דיווחו על סימני דיכאון. במודל רב-משתני שלושה משתנים

הראו השפעה מובהקת על ציון ≤ 10 ב-CESD: גיל מבוגר ($OR_{adj} 3.70$; 95%CI [1.17-11.6]), הערכת בריאות לא טובה ($OR_{adj} 4.55$ 95%CI [1.88-11.04]), וציון ≤ 10 ב-CESD במחקר הבסיס ($OR_{adj} 4.80$; 95%CI [1.91-12.03]) (נספח 6).

נספח 7 מציג את שיעור הביקורים אצל פסיכולוג או פסיכיאטר בחצי שנה האחרונה. שיעור גבוה יותר נמצא בקבוצת הגיל 70-74, בנשים לא-נשואות, חילוניות, ובנשים שהעריכו את מצב הבריאותן כ-"טוב". במודל רב-משתני אף אחד מהמשתנים לא הראה קשר מובהק עם הביקורים אצל פסיכיאטר או פסיכולוג.

5.3 שינויים במהלך עשור

טווח פער הזמנים בין שתי הראיונות (מחקר הבסיס ומחקר המעקב) היה בין 11.9 שנים ל-14.5 שנים (ממוצע 12.8 ± 0.5). השינויים שחלו במהלך השנים נמדדו בשני אופנים:

1. שיעורים משוקללים של המאפיינים הדמוגרפיים, הבריאותיים ושימוש בשירותי בריאות במחקר הבסיס, בהשוואה לשיעורים אלה במחקר המעקב.
2. שיעור השינויי שחל עבור כל אשה שהשתתפה במעקב.

5.3.1 הבדלים בשיעורים משוקללים שחלו במהלך עשור

נספח 8 ניתן לראות את השיעורים המשוקללים במשתני המחקר עבור כלל הנשים שהשתתפו במחקר. לכל משתנה מוצג שיעור ורווח סמך הן במחקר הבסיס והן במחקר המעקב. במספר משתנים לא קיים הבדל משמעותי: רמת הדתיות והשתייכות לקופת חולים, בעוד שחל שינוי במצב המשפחתי (חלק מהנשים הנשואות הפכו לאלמנות או גרושות) ושיעור גבוה יותר של נשים במחקר המעקב מדורגות ברמת הכנסה נמוכה יותר מאשר במחקר הבסיס. מבחינת התנהגות בריאותית טובה (לא מעשנות, עושות ספורט, ואוכלות בריא) לא חל שינוי משמעותי, כמו גם בסטטוס פעילות גופנית ועישון. יחד עם זאת נצפתה עליה מתונה בשיעור הנשים הסובלות מהשמנה ($BMI \geq 31$) במחקר המעקב בהשוואה למחקר הבסיס (23%-ו-21%, בהתאמה). כצפוי, שיעור הנשים עם מחלות כרוניות הינו גבוה יותר במחקר המעקב בהשוואה למחקר הבסיס (44%-ו-31%, בהתאמה). בטבלה 10 מוצגים השינויים שחלו במהלך העשור מבחינת ביקורים אצל רופאים. שיעורי הביקורים אצל רופא משפחה ופיזיותרפיסט עלו, בעוד ששיעור הביקורים אצל רופא נשים ירד. מבחינת בדיקות סקר לא חל שינוי בשיעור ביצוע ממוגרפיה, אך חלה ירידה בביצוע בדיקת משטח צוואר הרחם (48% במחקר המעקב לעומת 67% במחקר הבסיס), ובבדיקת צפיפות העצם (38% במחקר המעקב לעומת 50% במחקר הבסיס).

טבלה 10: שינויים שחלו במהלך עשור (שיעורים משוקללים במחקר הבסיס והמעקב)				
מחקר מעקב		מחקר בסיס		
95% CI	%	95% CI	%	
מחלות כרוניות חמורות ¹				
38.71-48.58	43.65	26.11-35.10	30.61	כן
51.42-61.29	56.35	64.90-73.88	69.39	לא
בקור אצל רופא משפחה				
86.98-93.15	90.07	74.42-82.83	78.63	כן
6.85-13.02	9.93	17.16-25.58	21.37	לא
בדיקה שגרתית רופא נשים				
37.56-47.60	42.58	50.08-60.20	55.14	כן
52.40-62.44	57.42	39.80-49.92	44.86	לא

מספר מחקר:				
בדיקה שגרתית רופא שיניים				
50.99-61.09	56.04	52.13-62.27	57.20	כן
38.91-49.00	43.96	37.72-47.86	42.79	לא
ביקור אצל פסיכולוג או פסיכיאטר				
2.51-6.82	4.66	1.22-4.49	2.85	כן
93.18-97.49	95.33	95.5-98.78	97.15	לא
ביקור אצל רופא מומחה אחר				
75.09-83.42	79.26	83.68-90.62	87.15	כן
16.57-24.91	20.74	9.38-16.32	12.85	לא
ביקור אצל פיזיותרפיסט				
17.05-25.38	21.21	6.42-12.04	9.23	כן
74.62-82.95	78.79	87.96-93.58	90.77	לא
ביקור אצל רופא אלטרנטיבי				
12.84-20.51	16.67	11.14-18.40	14.77	כן
79.49-87.16	83.32	81.59-88.86	85.23	לא
ממוגרפיה				
73.52-81.85	77.68	70.10-78.79	74.79	לפי ההמלצות
18.15-26.48	22.31	21.21-29.90	25.55	פחות מהמומלץ
משטח צוואר הרחם				
43.57-53.47	48.52	62.79-71.83	67.31	לפי ההמלצות
46.53-56.43	51.48	28.17-37.21	32.69	פחות מהמומלץ
צפיפות עצם				
33.13-43.17	38.15	45.54-55.46	50.50	לפי ההמלצות
56.82-66.87	61.85	44.53-54.46	49.50	פחות מהמומלץ

¹ יר לחץ דם, סוכרת, מחלות לב, מחלות כלי-דם, סרטן

5.3.2 הבדלים עבור כל אישה במחקר הבסיס בהשוואה למחקר המעקב

נספח 9 מתוארים השינויים שחלו עבור כל אישה בעוקבה – מצבה במחקר הבסיס וכיצד השתנה מצבה במחקר המעקב (שיעורים לא משוקללים). 11% מהנשים הפכו להיות לא-נשואות, ל-31% מהנשים השתנתה רמת ההכנסה לרמה נמוכה יותר, שיעור הנשים ששינו את קופ"ח שלהן עמד על 2.6% בלבד. במהלך העשור חלק מהנשים שינו את הרגלי אורח חיים בריאותי שלהן: 20% מהנשים שעישנו הפסיקו לעשן, 15% מהנשים החלו לעסוק בספורט. סה"כ 15% מהנשים שינו את ההתנהגות הבריאותית שלהן לטובה (עישון, ספורט, ותזונה). אצל 31% מהנשים ה-BMI השתנה לרעה לעומת מחקר הבסיס. מבחינת מצב הבריאות (שאלה הערכת בריאות כללית משאלון SF), כ-29% מהנשים הגדירו את מצב בריאותן פחות טוב מאשר הגדירו אותו במחקר הבסיס. אחוז דומה של נשים שבעבר לא סבלו מאחת מהמחלות שדיווחו במחקר הבסיס (יל"ד, סוכרת, סרטן, או מחלת לב), דיווחו במחקר המעקב כי כעת יש להן אחת או יותר ממחלות אלו. מבחינת ביקורים אצל רופא נשים, 21% מהנשים שנהגו לבקר באופן שיגרתי אצל רופא נשים פסקו מלבקר אצלו בתקופה האחרונה. כמו כן 17% מהנשים שביקרו באופן שיגרתי אצל רופא שיניים, לא מבקרות אצלו יותר באופן שיגרתי. כ-4% מהנשים החלו במהלך העשור לבקר אצל פסיכולוג או פסיכיאטר, וכ-18% מהנשים שלא ביקרו אצל פיזיותרפיסט לפני עשור החלו לקבל טיפולים מסוג זה. בנוסף חל שינוי לרעה בשיעור הנשים שמבצעות בדיקות סקר, כלומר בעבר ביצעו בדיקות סקר לפי ההמלצות אך במחקר המעקב דיווחו על ביצוע בדיקות סקר פחות מהמומלץ (14% בבדיקת הממוגרפיה, 25% בבדיקת דם סמוי, 26% בבדיקת משטח צוואר הרחם, ו-11% בבדיקת צפיפות העצם).

5.4 אמצע החיים און-ליין – שימוש באינטרנט

בפרק זה נאפיין את השימוש בשרותי בריאות דיגיטליים בכלל, ושימוש באתרי קופות החולים בפרט. הנשים נשאלו על השימוש באינטרנט באופן כללי. הנשים המשתמשות באינטרנט מתוארות לפי מאפיינים דמוגרפיים ואחרים, והנשים שאינן משתמשות באינטרנט מתוארות לפי הסיבות לאי-שימוש באינטרנט עליהן דיווחו. בנוסף, הנשים שגולשות באינטרנט נשאלו לגבי מאפייני השימוש שלהן באתרי קופות החולים.

5.4.1 שימוש באינטרנט בקרב כלל המרואיינות

מתוך 478 נשים שרואיינו, 163 דיווחו כי אינן גולשות באינטרנט ו-315 ענו כי הן גולשות. בחלוקה לפי קבוצות המחקר נמצא כי: 264 מתוך 379 ותיקות, 49 מתוך 58 עולות ו-2 מתוך 41 ערביות גולשות באינטרנט. טבלה 11 מתארת את השיעור המשוקלל של שימוש באינטרנט בקבוצת המחקר. עקב המספר הנמוך של נשים ערביות שגולשות באינטרנט, אוכלוסייה זו לא תוצג בטבלאות הבאות.

טבלה 11: שיעור משוקלל של שימוש באינטרנט לפי קבוצת מחקר

P-Value	אוכלוסיית ערביות n=41	אוכלוסיית עולות n=58	אוכלוסיית ותיקות n=379	האם את גולשת באינטרנט? לא גולשות כלל באינטרנט כן גולשות באינטרנט
<0.001	92.8 7.7	15.2 84.8	27.9 72.1	

* אחוז משוקלל

5.4.2 מאפייני הנשים שגולשות/לא גולשות באינטרנט

טכנולוגיות דיגיטליות חדרו לשימוש יומיומי בעיקר בקרב צעירים. משום כך, ההנחה היתה כי השימוש באינטרנט יהיה תלוי גיל.

טבלה 12: שיעור משוקלל שימוש באינטרנט לפי קבוצת גיל

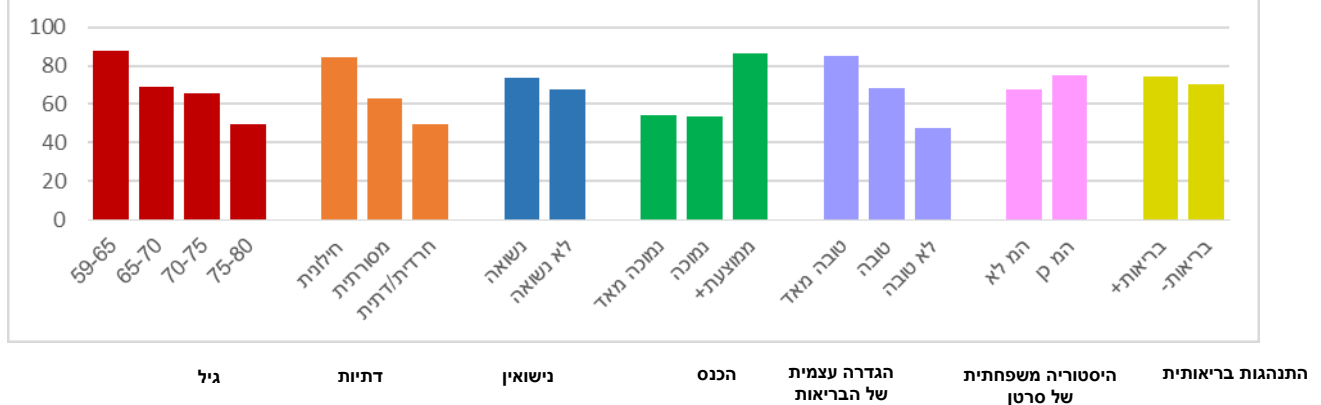
P value	לא גולשות		כן גולשות		
	%	מס	%	מס	
<0.001	100.0	115	100.0	264	סה"כ בקרב ותיקות
	15.4	13	42.6	93	59-64
	32.9	34	28.1	75	65-69
	26.2	31	19.7	60	70-74
	25.4	37	9.6	36	75-79
0.22	100.0	9	100.0	49	סה"כ בקרב עולות
	10.8	1	37.0	19	59-64
	32.2	3	27.0	14	65-69
	42.6	4	15.3	8	70-74
	14.4	1	20.7	8	75-79

* אחוז משוקלל

באוכלוסיית הותיקות נמצא הבדל מובהק בהתפלגות הגיל בין הנשים הגולשות באינטרנט לאלו שאינן גולשות. המשתמשות באינטרנט מאופיינות בגיל צעיר, 42.6% מהנשים בגילאים 59-64 משתמשות באינטרנט. בקרב אוכלוסיית העולות לא נמצא קשר מובהק בין שיעור השימוש באינטרנט וגיל הנשים. כאמור, לא ניתן להעריך התפלגות גיל באוכלוסיית הערביות מאחר ורק שתי נשים מביניהן דיווחו שמשתמשות באינטרנט (טבלה 11).

איור 2 מתאר את שיעור הנשים הגולשות באינטרנט בקרב אוכלוסיית הותיקות לפי מספר מאפיינים נבחרים. התרשים מדגים מגמה של ירידה בשיעור המשתמשות באינטרנט עם העלייה בגיל האישה וברמת הדתיות ($p < 0.0001$). הכנסה גבוהה נמצאה קשורה בנשים אלו עם שימוש גבוה יותר באינטרנט ($p < 0.0001$). תוצאות המחקר מדגימות גם מגמה של ירידה בשיעור השימוש באינטרנט ככל שהערכה כללית של מצב הבריאות ירדה ($p < 0.0001$). היסטוריה משפחתית של סרטן נמצאה קשורה באופן מובהק גבולי עם שיעור המשתמשות באינטרנט ($p = 0.09$) ולא נמצא קשר מובהק בין סטאטוס נישואין או התנהגות בריאותית לבין שיעור השימוש הכללי באינטרנט בקרב אוכלוסיית הותיקות.

איור 2 : שיעור המשתמשות באינטרנט לפי משתנים נבחרים בקרב נשים ותיקות (% משוקלל)



באוכלוסיות המחקר האחרות (עולות וערביות) לא היה ניתן להדגים הבדלים בשיעור המשתמשות באינטרנט בין תת-קבוצות בגלל מספר הקטן (האבסולוטי) של משתמשות באינטרנט בקבוצות אלה.

5.4.3 הסיבות לאי-גלישה באינטרנט

טבלה 13 מתארת את הסיבות שהוצגו לנשים ושיעור הנשים שבחרו בכל סיבה בקרב קבוצת הותיקות (ניתן היה לבחור יותר מסיבה אחת)

טבלה 13: הסיבות* המדווחות לאי-שימוש באינטרנט (ותיקות)		
הסיבות לאי גלישה	n	שיעור משוקלל (%)
אין לה גישה	47	40.1
לא למדה איך	39	33.1
בן משפחה גולש במקומה	16	13.9
לא סומכת על מידע באינטרנט	2	2.2
מעדיפה קשר ישיר עם אנשים	12	10.8
מסיבות דתיות	5	4.9
לא אוהבת ולא מעוניינת לגלוש	19	16.2

*שיעור משוקלל

בקרוב ותיקות 40.1% טענו כי אינן משתמשות באינטרנט מאחר ואין להן גישה (אין מחשב או אין אינטרנט או שאינן יכולות להשתמש במחשב בשל בעיות בריות כמו בגלל בעיות ראייה). יש לציין כי בקרב קבוצת הנשים הערביות שיעור זה עמד על 5.8%. כשליש מהנשים הותיקות טענו שלא למדו איך לגלוש באינטרנט ולכן לא משתמשות בו, שיעור זה עלה ל- 89.1% בקרב נשים ערביות שאינן משתמשות באינטרנט. יש לציין כי כל 39 (100%) הנשים הערביות שאינן גולשות באינטרנט דיווחו כי בן משפחה גולש במקומן, לעומת רק 13.9% מהותיקות שטענו כך ו-11.1% מהעולות. אומנם רק 16.5% מהותיקות דיווחו כי אינן גולשות באינטרנט מאחר והן לא מעוניינות או אוהבות את הפעילות הזו,

אך סיבה זו דווחה על-ידי 43.6% מתוך 39 הערביות שלא גולשות באינטרנט, ושני-שליש מהעולות המעטות שלא גלשו (6 מתוך 9).

5.4.4 שימוש באתרי קופות החולים בקרב נשים המשתמשות באינטרנט

הטבלאות הבאות מתארות את אופן השימוש באתרי קופות החולים רק בקרב הותיקות שדיווחו שגולשות באינטרנט. 62.7% מהגולשות הותיקות צופות בתוצאות בדיקות באתרי קופות חולים, כ-40% מזמינות תור באמצעות האתרים, ובסה"כ 58.2% מזמינות באינטרנט תור לרופא כלשהו (לרופא משפחה או רופא מומחה) (טבלה 14). יש לציין כי שיעורים אלו היו נמוכים באופן משמעותי בקרב העולות ועמדו על 50% לצפייה בתוצאות בדיקה וכ-25-35%, להזמנת תור לרופאים.

טבלה 14: שיעור הנשים המשתמשות באתרי קופות החולים (ותיקות)	
פעילות באתר	שיעור משוקלל* (%)
הזמנת תור לרופא משפחה	50.1
הזמנת תור לרופא מומחה	40.6
תוצאות בדיקות	62.7
חידוש מרשם	20.8
התייעצות עם רופא או אחות	6.6

*אחוז משוקלל בקרב משתמשות באינטרנט ותיקות

מדוע נשים המשתמשות באינטרנט אינן מנצלות את האינטרנט לשרותי בריאות באתרי קופ"ח?

באיור 3 מוצגות הסיבות לאי-שימוש בפעילויות שונות באתרי קופות החולים בקרב נשים ותיקות המשתמשות באופן כללי באינטרנט אך לא באתרי הקופות. כל אישה בחרה בכלל הסיבות המתאימות לה והסיבות מוצגות בתרשים לפי מידת השכיחות.

איור 3 : הסיבות לאי-שימוש באתר קופת החולים לפעילויות הבאות (ותיקות בלבד)



טבלה 15 מתארת את המאפיינים של נשים-שמשמשות באתרי קופות החולים בקרב הותיקות.

לא נמצאו הבדלים מובהקים בשיעור הנשים שאינן משתמשות באינטרנט הקשורים בגיל, רמת הכנסה (על גבול המובהקות) ורמת דתיות. שיעור הנשים שאינן משתמשות באינטרנט נמצא בקשר שלילי לרמת ההכנסה (מובהק גבולי) ובקשר חיובי עם רמת הדתיות. מגמת עלייה בשיעור הלא-משתמשות נצפתה גם עם העלייה ברמת הדתיות (מובהקת רק עבור מסורתיות).

טבלה 15: שימוש באתרי קופות החולים לפי משתנים נבחרים (ותיקות) *				
95%	Adj OR	% שאינן משתמשות		גיל
0.62-3.41	Ref	20.4	59-64	
1.12-7.00	1.45	22.7	65-69	
0.48-4.91	1.53	33.3	70-74	
		27.8	75-79	
0.44-2.76	Ref	22.9	נשואה	מצב משפחתי
	1.10	28.2	אחר	
0.06-1.08	Ref	39.5	נמוך מאוד מהממוצע	רמת הכנסה
0.20-1.22	0.26	17.0	נמוך מהממוצע	
	0.50	19.5	ממוצע ומעלה	
1.11-4.90	Ref	16.6	חילונית	רמת דתיות
0.68-6.10	2.34	36.1	מסורתית	
	2.04	31.9	דתית / חרדית	
0.66-3.17	Ref	20.7	מצוין/טוב מאד	מצב בריאות
0.84-7.21	1.44	25.9	טוב	
	2.44	35.8	לא טוב	
0.73-2.91	Ref	17.6	טוב	התנהגות בריאות
	1.46	30.1	לא טוב	
0.47-2.41	Ref	21.9	0-1	מספר מחלות כרוניות
0.28-2.51	1.06	26.0	2-3	
	0.83	24.2	4+	

*רק בקרב משתמשות באינטרנט

לגבי כל אחד מהשימושים באתרי קופות החולים נשאלו הנשים "באיזו מידה השימוש היה קל ונוח?" תשובות הנשים המשתמשות באתר קופת החולים מוצגות בטבלה 16: התשובות מדגימות כי רוב הנשים הותיקות שמשתמשות באתרי קופת החולים דיווחו שהשימוש באתר היה קל ונוח במידה רבה.

טבלה 16: מידת הקלות והנוחות של השימוש באתרי הקופות בקרב נשים המשתמשות (ותיקות)		
פעילות באתר	n	% משוקלל
הזמנת תור לרופא משפחה	129	80.5
	103	15.7
	21	3.8
	5	--
	0	--
הזמנת תור לרופא מומחה	103	76.7
	79	21.6
	22	0.8
	1	0.8
	1	0.8
תוצאות בדיקות	162	78.9
	127	12.9
	21	6.7
	11	1.8
	3	--
חידוש מרשם	55	83.9
	46	8.8
	5	7.3
	4	--
	0	--
התייעצות עם רופא או אחות	18	85.4
	15	14.6
	3	--
	0	--
	0	--

*אחוז משוקלל בקרב משתמשות באינטרנט ותיקות

5.4.5 השתתפות פאסיבית ואקטיבית בפורומים בנושאי בריאות

הנשים שדיווחו כי הן משתמשות באינטרנט נשאלו על תדירות ההשתתפות שלהם בפורומים שונים ודיונים באינטרנט בנושאי בריאות. הן נשאלו על השתתפות פאסיבית הכוללת גלישה לצורך צפייה ואיתור מידע, והשתתפות אקטיבית הכוללת גם כתיבה של שאלות ותשובות בפורום. טבלה 17: מתארת את תדירות השימוש בפורומים בנושאי בריאות בקרב נשים ותיקות.

טבלה 17: שיעור* הנשים שגולשות או פעילות בפורומים בריאותיים (ותיקות)**		
כמה פעמים בשנה האחרונה?	גלישה בדיון או פורום רפואי (פאסיבית)	השתתפות בדיון או פורום רפואי (אקטיבית)
אף פעם	53.1	93.5
<5	24.9	2.8
5-10	10.6	1.2
>10	11.5	2.5

* אחוז משוקלל, ** רק בקרב משתמשות באינטרנט

כמחצית מהנשים הותיקות אינן גולשות בפורומים ועוד כרבע גולשות בפורומים עד 5 פעמים בשנה. שיעור הנשים העולות שכלל לא גלשו בפורומים בשנה האחרונה היה אף גבוה יותר (69.8%), יחד עם זאת, שיעור הנשים העולות שגלשו יותר מ-10 פעמים היה גבוה יותר משל הותיקות ועמד על 17.7% בהשוואה ל-11.5% בותיקות. פחות מ-7% מהנשים הותיקות פעילות בפורומים בריאותיים. גם בקרב העולות רק כ-6% פעילות בפורומים בנושאי בריאות.

5.4.6 אורינות אינטרנטית ועמדות לגבי השימוש באינטרנט לצרכי בריאות

שאלון ה-eHealth Literacy Scale (e-HEALS) שימש כבסיס להערכת יכולות השימוש של הנשים באתרי הבריאות השונים

טבלה 18: שיעור ההסכמה של הנשים עם כל אחד מהמשפטים בשאלון eHEALS (ותיקות)		
ההיגד		עד כמה נכון עבורך?
	n	% משוקלל
את יודעת <u>אלו מקורות</u> מידע בנושא בריאות זמינים באינטרנט	95	36.9
	96	39.4
	57	23.6
את יודעת <u>היכן למצוא</u> מקורות מידע מועילים בנושא בריאות באינטרנט	74	28.9
	97	39.4
	78	31.6
את יודעת <u>איך למצוא</u> מקורות מידע מועילים בנושא בריאות באינטרנט	67	26.2
	86	35.0
	97	35.0
את יודעת איך להשתמש באינטרנט כדי <u>לענות על שאלות</u> שלך בנושא בריאות	76	29.5
	83	34.2
	90	36.3
את יודעת איך להשתמש במידע הבריאותי שאת מוצאת באינטרנט כדי <u>לעזור לעצמך</u>	94	35.5
	86	35.0
	72	29.5
יש לך את הכישורים הנדרשים כדי <u>להעריך את מקורות המידע</u> בנושא בריאות שאת מוצאת באינטרנט	104	40.8
	75	30.2
	71	29.0
את יכולה להבחין בין מקורות מידע בנושא בריאות באינטרנט <u>באיכות גבוהה לבין אלו באיכות נמוכה</u>	109	43.1
	62	24.8
	78	32.2
את מרגישה בטוחה להשתמש במידע מהאינטרנט <u>בקבלת החלטות</u> בנושא בריאות	151	59.2
	67	27.6
	31	13.2

* אחוז משוקלל בקרב משתמשות באינטרנט ותיקות

הנשים נשאלו על המידה בה המשפטים נכונים עבורם (כלל לא/במידה מועטה/במידה בינונית/במידה רבה/ במידה רבה מאוד). הציון הסופי מורכב מסכום התשובות ל-8 השאלות. ככל שהציון גבוה יותר, כך רמת הכישורים והיכולות של האישה להשתמש באינטרנט לתחום הבריאות גבוהה יותר. הציון החציוני בקרב נשים ותיקות במחקר עמד על 22 נקודות מתוך 40 נקודות אפשריות (ציון החציון של העולות היה מעט גבוה יותר, ועמד על 24). טבלה 18 מתארת את תשובות הנשים לשאלות השונות בשאלון. מהתשובות של הנשים עולה כי כ-26-36% מהנשים מדווחות על מחסומים הקשורים בחיפוש

מקורות המידע (אלו, היכן ואיך למצוא), 40-43% מרגישות שאין להן את הכישורים להעריך את מקורות המידע ואיכותם וקרוב ל 60% מרגישות לא בטוחות להשתמש במידע לקבלת החלטות בריאותיות. בנוסף, יתרונות הגלישה וחיפוש מידע בריאותי באינטרנט, וכן בעיתיות לגביו, הוצגו באמצעות תשובות הנשים לשאלון. טבלה 19 מתארת את תשובות הנשים (ותיקות בלבד) בנוגע לתפיסתם את הגלישה באינטרנט לשימוש בשרותי הבריאות.

טבלה 19: תפיסת תרומת האינטרנט לשימוש בשירותי בריאות (ותיקות המשתמשות באינטרנט)		
חוסך זמן ומאמץ	n	% משוקלל
לא מסכימה	80	31.6
מסכימה	175	68.4
מאפשר לברר מידע רפואי מבלי לפנות לרופא		
לא מסכימה	142	56.7
מסכימה	108	43.3
פוגע בפרטיות		
לא מסכימה	159	64.0
מסכימה	90	36.0
מחליש את הקשר בין המטופל לרופא/מטפל האישי		
לא מסכימה	154	61.2
מסכימה	98	38.8
עלול להיות לא אמין		
לא מסכימה	56	22.3
מסכימה	191	77.7
מאפשר להתעניין או לשאול באופן אנונימי		
לא מסכימה	65	27.4
מסכימה	167	72.6
מאפשר לקבל תמיכה מאנשים באותו מצב		
לא מסכימה	59	25.5
מסכימה	167	74.5

קרוב ל-70% מהנשים טענו כי הגלישה באתרי הבריאות יכולה לחסוך זמן ומאמץ, 72.6% הדגישו את התרומה של האפשרות להישאר אנונימי ו- 74.5% את האפשרות לתמיכה מאנשים אחרים באותו מצב. מצד שני 77.7% חשבו שהאינטנט עלול להיות לא אמין.

6 דיון

במחקר הנוכחי נבחנו השינויים שחלו בדפוסי השימוש בשירותי בריאות ראשוניים ומניעתיים ושינויים במצב הבריאות, עם העלייה בגיל בקרב נשים בישראל. בנוסף, נבחן השימוש באינטרנט לצרכי בריאות, וזאת לאור המגמה בשנים האחרונות להחדרת והטמעת אתרים הקשורים לבריאות ומערכות אינטרנטיות לשרות הלקוח בקופות החולים. מחקר זה הינו מחקר אורך עם מעקב של למעלה מעשר שנים, המתבסס על אוכלוסיית נשים שהשתתפו במחקר הבסיס "בריאות נשים באמצע החיים" בין השנים 2004-2006. מחקר הבסיס כלל מדגם של נשים בישראל--יהודיות ותיקות, עולות מבריה"מ לשעבר, ונשים ערביות--בשנות אמצע החיים שלהן (גילאי 45-64).⁶ ממצאי מחקר הבסיס הראו פערים משמעותיים בין הקבוצות ובתוכן (לפי משתנים סוציו-דמוגרפיים, תפיסות בריאות ועוד) בביצוע בדיקות סקר, ביקורים אצל רופא משפחה ורופאים מומחים וניהול אורח חיים בריא.^{6,12-14} המחקר הנוכחי נועד לאפשר מעקב אחר נשים אלה כעבור למעלה מעשור, כשהן בנות 59 עד 79. המחקר הקיף תחומים

רבים, כולל: הבטים סוציו-דמוגרפיים, מצב רפואי, שימוש בשירותי בריאות, מוטיבציה בריאותית, ומגוון התנהגויות בריאות. בנוסף נשאלו המשתתפות אודות שימושן בכלים דיגיטליים למטרות מידע ושירות רפואי.

בין שלוש הקבוצות עדיין קיימים הבדלים ניכרים במשתנים סוציו-דמוגרפיים כגון: השכלה, הכנסה, הסדרי מגורים, ומצב ביטוח רפואי. בעוד שקבוצת הותיקות דיווחה על רמת ההכנסה הגבוהה ביותר, קבוצת הנשים הערביות דיווחה על ההכנסה הנמוכה ביותר, ואילו הנשים העולות נמצאות ביניהן מבחינה כלכלית, אך העולות בעלות רמת ההשכלה הגבוהה ביותר. ממצאים אלה הודגמו גם במחקר הבסיס. סה"כ כ-30% מהנשים בעוקבה דיווחו על ירידה ברמת ההכנסה שלהן בהשוואה למחקר הבסיס. מחקרים רבים מראים כי מצב כלכלי ירוד ורמת השכלה נמוכה יכולים להשפיע לרעה על הבריאות לקראת גיל הזקנה ובמהלכה.¹⁵⁻¹⁷

במחקר הבסיס הקבוצות נבדלו באורח חיים הקשור לבריאות. נמצאו שיעורים גבוהים של פעילות גופנית, שמירה על משקל תקין ותזונה נכונה בקרב הותיקות לעומת העולות והערביות. במחקר המעקב, נמצא שבעוד כ-15% מהנשים שיפרו את התנהגות בריאות במשך העשור, כ-20% אימצו התנהגויות גרועות יותר. בסך הכל, לא היה שינוי בשיעור הותיקות או העולות שדיווחו על התנהגות בריאות טובה בין מחקר הבסיס למחקר המעקב. בקרב העולות אפילו ניכר שיעור גבוה יותר שאמצו הרגלי בריאות טובים לעומת העבר, אולי כתוצאה מהתאקלמות והשפעת אורח החיים של הותיקות. לעומת זאת, למרות שהנשים הערביות ממעטות בעישון ובשתיית אלכוהול, בהשוואה לותיקות ולעולות, יש להן שיעור נמוך מאד של ביצוע פעילות גופנית ושל התנהגות בריאות טובה, דבר שהוזכר גם ע"י אחרים.^{18,19}

בכל שלוש הקבוצות חלה ירידה מבחינת מצב הבריאות (עליה במספר מחלות כרוניות ובמספר תרופות קבועות), כאשר מצבן הבריאותי של הנשים הערביות הינו הגרוע ביותר, אחריהן העולות, והותיקות, שמצבן הבריאותי טוב יותר. כמו כן, חלה ירידה בין מחקר הבסיס למחקר המעקב גם בהגדרת עצמית מצב הבריאות לפי הערכה סובייקטיבית, אך מבחינת החלוקה לקבוצות, מדד זה נמצא טוב ביותר אצל הותיקות בהשוואה לנשים הערביות והעולות. יש לציין שבמחקרים אחרים נמצא קשר בין הערכה סובייקטיבית של מצב הבריאות לבין מדדי בריאות עתידית ותמותה.^{20,21}

שימוש בשירותי בריאות וביצוע בדיקות סקר

קבוצות המחקר שונות אחת מהשניה באופן מובהק בדפוסי השימוש בשירותי בריאות, הן בביצוע בדיקות שגרתיות והן בביצוע בדיקות סקר. בקרב הנשים הערביות לעומת הותיקות והעולות, נמצא שיעור גבוה של נשים שלא מבקרות באופן שגרתי אצל רופא נשים או רופא שיניים. במחקר המעקב נמצאה ירידה בביקורים אצל רופאי נשים, אך נשמר השיעור של ביקורים אצל רופאי שיניים. שיעורים אלו דומים לשיעורים מדווחים מסקר בריאות בישראל 2007-2010.²²

בהקשר של בדיקות סקר, במחקר הבסיס¹⁴ ובמחקרים אחרים נצפו הבדלים בהיענות לביצוע בדיקות סקר בקרב מיעוטים. לדוגמא, קאדט ושות'²³ מצאו שבקרב נשים היספניות קיימת תמותה גבוהה יותר מסרטן צוואר הרחם בגלל אבחון בשלבים מתקדמים של הסרטן עקב אי-ביצוע בדיקות סקר, וכך גם דיווח מאדחאלי ושות'²⁴ בנוגע למודעות לבדיקות סקר לסרטן שד בקרב נשים ערביות בערב הסעודית. קיימת חשיבות רבה בהבנה כיצד כל תת-אוכלוסיה תופסת את הבדיקות על מנת להתאים את

ההסברים ותוכניות המניעה באופן ספציפי, להגביר את השימוש בבדיקות הסקר ובכך להקטין את שיעורי התמותה בקרב נשים.²⁵

במחקר הנוכחי, בכל הקבוצות נמצא שיעור גבוה של נשים המבצעות בדיקת ממוגרפיה (בשנתיים האחרונות), שיעור שנשמר לאורך השנים מאז מחקר הבסיס. יתכן שזאת בזכות תוכנית הסקר היזומה, בה מתקשרות הקופות לנשים כדי שתבצענה את הבדיקה. המחקר של חייק ושות'²⁶ שבדקו היענות לבדיקת ממוגרפיה בישראל בקרב נשים בנות 50-74, מצא שיעור היענות גבוה (74.8% בשנתיים האחרונות), בדומה למחקר הנוכחי. כמו כן, בשני המחקרים לא נמצא הבדל מובהק בין קבוצות אתניות (ערבים בהשוואה ליהודים). גם בנוגע לבדיקת קולונוסקופיה היה שיפור בשיעור הנשים שנבדקו לפי ההמלצות, ויתכן שגם כאן באה לידי ביטוי התועלת של הקמפיינים האינטסיביים של הקופות לבדיקות דם-סמוי בצואה, שיכולים להוביל למודעות לסיכון של סרטן מעי-הגס ולהוביל לבדיקות קולונוסקופיה במידה ויש ממצאים מקדימים.

הקשר בין משתנים סוציו-דמוגרפיים ובריאותיים לבין לביצוע בדיקות שגרתיות והיענות לבדיקות סקר נבדק במחקר הנוכחי רק באוכלוסיית הותיקות, לאור המדגם הקטן של נשים עולות וערביות. בקבוצת הותיקות, נמצא כי משתנים סוציו-דמוגרפים ניבאו היענות לביצוע בדיקות הסקר, ושיעור הביצוע היה גבוה באופן מובהק: בקרב נשים בקבוצת הגיל הצעירה, נשואות, עם הכנסה גבוהה, וחילוניות. משתנים כאלה נמצאו משפיעים על ביצוע בדיקות סקר גם במחקרים אחרים.²⁷⁻²⁹ שיעור הביצוע היה גבוה גם בקרב נשים עם היסטוריה משפחתית של סרטן, כפי שמצא קולקארני ושות'.³⁰ הערכה עצמית של מצב הבריאות נמצאה כמשפיעה על היענות לבדיקות סקר,²⁶ אך לא נמצא קשורה לביצוע בדיקת ממוגרפיה גם במחקר הנוכחי.

בתקופת המעקב חלה ירידה בשיעור ביצוע בדיקת משטח צוואר הרחם בקרב הנשים במחקר. יתכן שאחת הסיבות הינה שעם העליה בגיל נצפית ירידה בביקורים אצל רופא נשים. מעבר לכך, המלצות משרד הבריאות לגבי בדיקת סקר זו מתייחסת לקבוצת גיל 25 ועד גיל 65, ובסל התרופות נכללת בדיקת משטח צוואר הרחם לנשים בנות 35-54.³¹ קשרים אלה נמצאו גם במחקר של רז ושות'.³² יחד עם זאת במחקר המעקב נראה שקיים עדיין פער בין הקבוצות האתניות (בניגוד לביצוע ממוגרפיה); השיעור הגבוה ביותר נמצא בקרב הותיקות, והשיעור נמוך יותר בקרב העולות, בדומה לממצאים של רז ושות',³² עם ירידה נוספת בקרב הנשים הערביות. יעל ושות'³³ דיווח על שיעור גבוה יותר של סרטן צוואר הרחם בנשים שעלו מבר"מ לעומת. נשים ילידות הארץ, כנראה מגורמים נרכשים של המחלה בארץ המוצא, ולכן מומלץ להתייחס אליהן כקבוצה בסיכון גבוה. מחקרים אחרים גם מצביעים על הגירה כגורם לשיעור נמוך בביצוע בדיקות סקר, לעומת האוכלוסיה המקומית.^{34,35} תפיסת התועלת של הבדיקה ומחסומים לביצוע הבדיקה, כפי שנמדדו במחקר הבסיס, הראו שאכן הנשים הערביות היו בפער שלילי מובהק הן מהותיקות והן מהעולות. בדומה לדיווח של אנדריבה ופוקירל לגבי סיקור לסרטן השד בקרב מהגרות מאירופה המזרחית,³⁵ תפיסת התועלת של הבדיקה בקרב הנשים הערביות היתה נמוכה ותפיסת המחסומים לביצוע הבדיקה גבוהה. במחקר הבסיס גם נמצאו שיעורים נמוכים של ידע ומודעות לגבי מניעה בכלל בקרב קבוצות העולות והערביות.^{14,36} בעיה נוספת שהצביעו עליה גרין ושות'³⁷ לגבי מהגרות בארה"ב היתה הרצון להיבדק ע"י רופאות, ולא רופאים. יתכן שלהיבט זה יש גם תפקיד בקרב

אוכלוסיות שמרניות בישראל, כגון נשים ערביות ונשים דתיות. השערה זו מקבלת חיזוק ממצאי מחקר הבסיס¹⁴, כאשר היה שיעור נמוך של נשים ערביות שהלכו לבדיקה שגריתית אצל רופא נשים או למשטח צוואר הרחם, ומאלו שהלכו, 95% הלכו לרופאה ולא לרופא. גם צ'או ושות'³⁸ הגדישו את ההשפעה של תרבות ונורמות מקומיות על ההתייחסות ותפיסות לגבי בדיקות סקר לסרטן, ואף לגבי תחומי בריאות נוספים.

במהלך שנות המעקב חלה ירידה בשיעור ביצוע בדיקת צפיפות העצם. בעת המעקב השיעור הגבוה ביותר נמצא בקרב הותיקות, והשיעור נמוך יותר בקרב העולות, ועוד יותר נמוך בקרב הנשים הערביות. מגמה זו מדאיגה במיוחד בשל הסיכון המוגבר לשברים עם העליה בגיל.^{39,40} מפני שביצוע בדיקות סקר מהווה התנהגות מניעתית, נבדק הקשר בין ביצוע בדיקות סקר לבין התנהגות בריאותית (עישון, ספורט, ותזונה), אך לא נצפה קשר בין התנהגות בריאות בעת מחקר הבסיס וביצוע בדיקות סקר במחקר המעקב. עם זאת, נמצא שבמידה והאשה ביצעה בדיקות אלה פחות מהמומלץ בעבר, התנהגות זו נמשכה גם במחקר המעקב.

אחד המשתנים המעניינים במיוחד הוא מוטיבציה בריאותית, כפי שנבדק ע"י שאלון מובנה במחקר הבסיס. נצפו הבדלים מובהקים בין קבוצות המחקר, כאשר הנשים היהודיות דיווחו על רמת המוטיבציה הגבוהה ביותר, ואחריהן העולות; רמת המוטיבציה הנמוכה ביותר נמצאה אצל הנשים הערביות. במחקר המעקב משתנה זה היה בעל השפעה חזקה בביצוע בדיקות סקר בנייתוח החד-משתני ובחלק מהמודלים הרב-משתניים. רמת מוטיבציה גבוהה במחקר הבסיס ניבאה שיעור גבוה יותר של ביצוע בדיקות סקר, ורמה נמוכה ניבאה שיעור נמוך יותר של ביקורי רופא נשים ורופא שיניים. רמת מוטיבציה נמוכה גם ניבאה שיעור דיכאון גבוה כעבור העשור.

שימוש באינטרנט

בשנים האחרונות, עם התפתחות הטכנולוגיה והפיכתה לזמינה וזולה, הפך האינטרנט לחלק בלתי נפרד מחיי היומיומיים, והוא מהווה כלי מרכזי וחיוני במגוון רב של תחומי חיים, כולל השכלה, עסקים, חברה, בריאות, ועוד. השימוש באינטרנט יכול לשפר את איכות חייו של המבוגר חברתית וכלכלית.⁴¹ על פי נתונים של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה,⁴² ישנה עלייה גדולה בעשור האחרון בשימוש באינטרנט בקרב קשישים בישראל. בשנת 2016, 54% מבני ה-65 ומעלה השתמשו באינטרנט (בהשוואה ל-15% בשנת 2006). במחקר הנוכחי, רק שתי נשים ערביות דיווחו כי הן גולשות באינטרנט. הסקר של איגוד האינטרנט הישראלי⁴³ דיווח ש-33% מהנשים במגזר הערבי אין גולשות באינטרנט (לעומת 18% מהגברים), והשיעור יורד עם העליה בגיל, כאשר 75% מבני 65 עד 74 אינם גולשים כלל. גם הדו"ח של גנאים⁴⁴ הצביע ששיעור השימוש במגזר הערבי יורד עם הגיל, ובגילאי 55 ומעלה השיעור היה 10% בלבד. כמו כן, נמצא כי הפערים בשימוש באינטרנט הולכים ומצטמצמים בעיקר בזכות הטלפונים הניידים החכמים. יחד עם זאת קיים עדיין פער במיומנות השימוש באינטרנט בישראל, ועדיין ניתן למצוא הבדלים בדפוסי השימוש במגזרים שונים, אם כי לאחרונה דווח על ירידה בפערים הדיגיטליים.⁴⁴ הסקרים מדגימים הבדל בין האוכלוסייה היהודית לאוכלוסייה הערבית, הן במידת השימוש, ון בפונקציות האינטרנטיות, והן בתכנים הניצפים.^{43,44} פערים דיגיטליים נמצאו גם בארצות אחרות, בין מדינות ובין קבוצות תרבותיות שונות בתוך אותן מדינות לפי: גיל, מין, השכלה, תרבות, אתני, ואזור מגורים.

אחת ממטרות המחקר הנוכחי הייתה לבחון את מידת השימוש באינטרנט לצורך שירותי בריאות בקרב שלוש קבוצות נשים (יהודיות ותיקות, עולות ממדינות ברה"מ לשעבר, ונשים ערביות) וכן לפי מאפיינים סוציודמוגרפיים ואחרים. כאשר נשאלו הנשים על השימוש באינטרנט באופן כללי, רוב הנשים הותיקות (72%) והעולות (85%) ענו בחיוב, ורק בודדות מהנשים הערביות ענו בחיוב. עם זאת, יש להתייחס בזהירות לשיעור הנשים שהשתמשו באינטרנט במחקר הנוכחי, מכיוון שמדובר במדגם קטן ואולי סלקטיבי. בקרב הותיקות השימוש באינטרנט ירד עם עליה בגיל, אך מגמה זו לא נצפתה בקרב העולות. מעניין לציין שבמדינות אחרות שיעור השימוש בשירותי בריאות דיגיטליים ע"י מהגרים היה דווקא נמוך יותר לעומת ילידי המדינה.^{45,46} במחקר הנוכחי שיעור השימוש באינטרנט בקרב העולות היה גבוה ויתכן שהסיבות לכך הן שבישראל כל עולה מקבל באופן מיידי ביטוח בריאות ממלכתי וההתייחסות אליהם ע"י החברה והממשלה (לדוגמה סל קליטה וכד') מקלה על היבטים רבים של חייהם, לעומת הגישה בארצות אחרות. בקרב הנשים הותיקות שאינן גולשות, הסיבה השכיחה היתה היעדר גישה לאינטרנט, ומיעוט מתוכן דיווח שבן משפחה גולש במקומה; זאת לעומת הנשים הערביות שלא גולשות ודיווחו כי בן משפחה גולש עבורן. הבדל זה יכול לנבוע מהיבטים תרבותיים. בהקשר זה חייט ושות'⁴⁷ בדקו קבוצות של מבוגרים יהודים ישראלים ופלסטינאים הגרים בישראל, ומצאו שהערכת תפיסת התועלת בחיפוש מידע בריאותי באינטרנט עולה עם התמיכה שמקבלים מאחרים גם בקרב אנשים בעלי רמת אוריינות דיגיטלית בריאות נמוכה. כמו כן, גם לענין השפה יש השפעה. לדוגמה ניגרן ושות'⁴⁸ מצאו שבקרב מהגרים דוברי-ערבית באירופה, תכנית התערבות באינטרנט היתה מקובלת ע"י אוכלוסייה זו להנגשת עזרה נפשית.

בשל גודל המדגם המצומצם של קבוצות העולות והערביות, לא בוצעו ניתוחים סטטיסטיים בדפוסי השימוש שלהן, אלא רק בקרב קבוצת הותיקות. בקבוצה זו, בנוסף לגיל, השימוש באינטרנט נמצא קשור באופן חיובי עם הערכה-עצמית של מצב הבריאות ורמת ההכנסה, וקשר שלילי עם רמת הדתיות, בדומה למה שנמצא ע"י אחרים.⁴⁹ במחקר על התאמת מידע אינטרנטי לצרכים של אוכלוסיות ספציפיות, אטקינסון ושות'⁵⁰ מצאו שנשים בעלות הכנסה נמוכה דווקא הביעו התלהבות להשתמש באתר שעסק בתזונה ופעילות גופנית שמותאם לרמת ההכנסה ולצרכים שלהן.

בקרב הנשים הותיקות שגלשו באינטרנט, לפחות מחציתן גלשו גם באתרי קופות החולים, בעיקר לצפייה בתוצאות בדיקות ולהזמנת תור. מעניין לציין שבקבוצת העולות, שאצלן שיעור הגלישה היה גבוה ודומה בכל קבוצות הגיל, שיעור השימוש באתר הקופה היה נמוך יותר מהותיקות. יתכן שהדבר קשור לעובדה שאתרי חלק מהקופות מציגות מידע רק בשפה העברית, ולא מאפשרים תרגום לרוסית (או ערבית). לאתרי הקופות יש חשיבות רבה, הן בהיבט מתן מידע והן בהיבט של נגישות (קביעת תורים וכד'). נקודה זו עלתה גם בחוזר משרד הבריאות,⁵¹ הממליץ שתיק רפואי ממוחשב של קופת החולים יהיה נגיש תוך התייחסות לשפות שונות ולקבוצות אוכלוסייה שונות. מגמה זו של שיעור שימוש נמוך בעולות בהשוואה לותיקות--נמצאה גם בפעילות פסיבית בפורומים בריאותיים באינטרנט. למרות זה, בשתי הקבוצות--הותיקות והעולות--שיעור הצפייה במידע אישי (תוצאות בדיקות) היה גבוה או שווה לשיעור שדווח ע"י מכון ברוקדייל,⁵² שציין שבשנת 2018 כי 51% מהאוכלוסייה עיינו במידע רפואי אישי

באתר הקופה שלהם--וזו עליה ניכרת לעומת סקר שבוצע בשנת 2016. בנוסף, באותו סקר נמצא גם שיעור נמוך יותר של מטופלים שפנו ישירות לרופא דרך האתר, כפי שנמצא במחקר הנוכחי. במחקר הנוכחי נמצאה עליה בשימוש באתר קופת החולים ככל שרמת הכנסה עולה, וירידה בשימוש עם עליה ברמת דתיות, כפי שנמצא גם בגלישה באינטרנט באופן כללי. נשים שדיווחו שהן גולשות באינטרנט, אך לא באתרי הקופות, הסבירו שבנוגע לקביעת תורים, הפעולה קלה יותר ע"י שיחת טלפון. מצד שני, הן רואות חשיבות בקשר הישיר עם הגורם המטפל בנושאים קליניים כמו קבלת תוצאות בדיקות, מרשמים לתרופות, והתייעצויות. שביעות הרצון מאתרי הקופה גם תועדה בסקר שערך חברת פאנלס לגבי השימוש באפליקציות של הקופות.⁵³ ציוני הנשים הותיקות בשאלון על אוריינות בריאות באינטרנט (e-health literacy) הצביעו על רמה נמוכה יחסית של בטחון ביכולת לחפש ולהעריך את מקורות המידע ולהשתמש במידע זה לקבלת החלטות לגבי בריאותן. הציון של קבוצה זו היה נמוך במעט מדיווחים אחרים על נשים בישראל ובחו"ל.⁵⁴⁻⁵⁶ במחקר של נטר ושות'⁵⁴ דווח על ציונים גבוהים בשאלון אוריינות בריאות דיגיטלית בקרב ישראלים בני 18 ומעלה, אך מצאו שרמת האוריינות יורדת עם עליה בגיל. טנאנט ושות'⁵⁵ ראינו בוגרים בני 50 ומעלה בארצות הברית ומצאו שגם בקרב קבוצה זו רמת האוריינות ירדה עם העליה גיל.

הנשים הותיקות שהשתמשו באינטרנט הביעו דעות מעורבות לגבי קבלת מידע בריאותי באופן דיגיטלי. מחד, רובן הסכימו שזה חוסך זמן ומאמץ, ומאפשר התעניינות בנושא מסוים באופן אנונימי, וקבלת תמיכה מאנשים אחרים במצבים דומים לשלהן. אך מאידך, הרוב חששו (אולי בצדק) שהמידע שמתקבל באינטרנט עלול להיות לא אמין. רק כשליש מהמראיינות הביעו דאגה על פגיעה בפרטיות שלהן בשימוש באתר הקופה. יש לציין שבחוזר משרד הבריאות⁵¹ משנת 2018 ישנה התייחסות לאבטחת המידע והגנה על הפרטיות של התיק הרפואי הממוחשב. ניתן ללמוד מתכניות התערבות כמו זו של פרייס-הייורד ושות'⁵⁷ על פיתוח אסטרטגיות ייחודיות לאוכלוסייה המבוגרת להגביר את אוריינות בריאות הדיגיטלית בקרבם.

לסיכום, בישראל צפויה בשנים הקרובות עליה בשיעור האוכלוסייה המבוגרת בני 75 ומעלה. את שעון הזמן אי אפשר לעצור, וכצפוי עלייה בתוחלת החיים מלווה בעלייה במחלות כרוניות ושימוש בשירותי בריאות. עם זה, מחלות אלו מושפעת הן מתנאי החיים והן מגורמים אישיים והתנהגותיים.^{12,14} ממצאי המחקר הנוכחי מצביעים על פערים ניכרים בין קבוצות האוכלוסייה שנבדקו, בפרט בין האוכלוסיות היהודיות והערביות. לגבי כל הקבוצות, הממצאים מצביעים על הצורך בהגברת המודעות וביצוע פעולות מניעתיות--בפרט בדיקות סקר ואימוץ הרגלי חיים בריאים. מנבא חשוב שהיה קשור לשיפור בהרגלי בריאות היה מוטיבציה בריאותית כפי שנמדד במחקר הבסיס. רצוי שקובעי מדיניות יקדמו דרכים ללמוד ולהבין טוב יותר את ההיבט הזה, כדי לפתח אסטרטגיות לשיפור בריאות אוכלוסיית הנשים המזדקנות. למערכת הבריאות יש תפקיד מכריע בהגברת המודעות, בחינוך לבריאות, ובהנגשת השירותים שיכולים להגביר את היענות ציבור הנשים להתנהגות בריאות מניעתית. ממצאי המחקר של אראמה ופאטל⁵⁸ הדגישו את הקשר בין אוריינות בריאות והיענות להמלצות לבדיקות ממוגרפיה, קולונוסקופיה, וצפיפות עצם. בעידן העכשווי ישנו כלי נוסף--האינטרנט--שיכול לתרום בכל האפיקים האלה: הגברת מודעות, חינוך לבריאות, והנגשת ידע ושירותים באופן כללי, ודרך קופות החולים באופן ספציפי. אתגר השיפור

7 המלצות לקובעי המדיניות

1. ביצוע פעולות יזומות להגברת המודעות בקרב נשים בנות 60 ומעלה לחשיבות ביצוע בדיקת לגילוי מוקדם בכלל, ולבדיקת צפיפות עצם בפרט.
2. ביצוע פעולות יזומות להגברת המודעות לאורח חיים בריא בקרב כל הנשים המבוגרות, ובפרט לגבי פעילות גופנית בקרב הנשים הערביות.
3. התייעצות עם אנשי מקצוע בתחומי הפסיכולוגיה והסוציולוגיה לפיתוח דרכים להגברת המוטיבציה הבריאותית של האוכלוסיה בכלל, ושל אוכלוסיית הנשים המבוגרות בפרט, שהינן נתח גדול בקרב האוכלוסייה המזדקנת בישראל.
4. הגברת המודעות לשימוש המושכל באתרי אינטרנט הקשורים לבריאות, כפי שנטען בכנס ים המלח ה-11, ששם לו ליעד את הדיון ב-"מערכת הבריאות בעידן הדיגיטלי", כי "הקצאת משאבים, תהליך סדור להטמעת טכנולוגיות מידע ותקשורת, ומעקב אחר אופן ואיכות השימוש בהן לשם הפקת התועלת המרבית הינם אינטרס לאומי".⁵⁹
5. הנגשת תרבותית ושפתית של אתרי אינטרנט של קופות החולים, על מנת לטייב את יכולת השימוש באתרים אלו לאוכלוסיות שונות.

נספח 1 מאפייני נשים שרואינו ולא רואיינו על פי קבוצת מחקר: יהודיות ותיקות, עולות, וערביות

P-Value	ערביות		P-Value	עולות		P-Value	ותיקות		
	לא רואיינו	רואיינו		לא רואיינו	רואיינו		לא רואיינו	רואיינו	
	%	%		%	%		%	%	
0.19			0.02			0.74			גיל
	27.69	24.39		19.28	32.76		26.61	24.68	45-49
	27.69	17.07		24.10	29.31		22.58	26.49	50-54
	26.15	21.95		18.07	22.41		29.03	25.45	55-59
	18.46	36.59		38.55	15.52		21.77	23.38	60-64
0.21			0.09			0.64			רמת דתיות
	1.59	7.32		55.56	73.68		53.23	55.47	חילונית
	17.46	9.76		39.51	22.81		35.48	31.25	מסורתית
	80.95	82.93		4.94	3.51		11.29	13.28	דתית / חרדית
0.92			0.08			<0.0001			הכנסה
	95.16	94.74		78.38	61.54		57.02	35.61	6000>
	4.84	5.26		20.27	32.69		35.09	42.45	6000-12000
	0	0		1.35	5.77		7.89	21.94	12000<
0.25			0.40			0.16			מצב משפחתי
	67.69	78.05		60.24	67.24		73.39	79.43	נשואה
	32.31	21.95		39.76	32.76		26.61	20.57	אחר
0.75			0.60			0.0006			השכלה
	49.23	53.66		0			4.03	0.78	0-4
	27.69	31.71		0			16.94	11.20	5-8
	13.85	9.76		20.48	24.14		46.77	37.76	9-12
	9.23	4.88		79.52	75.86		32.26	50.26	13-30
0.73			0.61			0.0004			התנהגות בריאות
	9.23	7.32		15.66	18.97		26.61	44.68	טובה
	90.77	92.68		84.34	81.03		73.39	55.32	לא טובה
0.73			0.45			<0.0001			פעילות גופנית
	78.46	75.61		74.70	68.97		51.61	30.13	לא
	21.54	24.39		25.30	31.03		48.39	69.87	כן
0.42			0.24			0.0025			הערכה עצמית
	35.38	29.27		13.25	24.14		50.41	66.67	מצוינת /
	40.00	34.15		55.42	46.55		25.20	19.79	בינונית/לא
	24.62	36.59		31.33	29.31		24.39	13.54	גרועה
0.84			0.02			0.26			מחלת לב
	89.06	87.80		80.72	94.83		83.87	87.79	לא
	10.94	12.20		19.28	5.17		16.13	12.21	כן
0.80			0.10			0.98			כולסטרול גבוה
	78.46	80.49		55.42	68.97		72.58	72.73	לא
	21.54	19.51		44.58	31.03		27.42	27.27	כן
0.38			0.27			0.023			סוכרת
	78.46	85.37		83.13	89.66		82.26	89.87	לא
	21.54	14.63		16.87	10.34		17.74	10.13	כן
0.26			0.27			0.96			יתר לחץ דם
	60.00	70.73		45.78	55.17		70.16	70.39	לא
	40.00	29.27		54.22	44.83		29.84	29.61	כן
0.82			0.12			0.001			ציון CESD
	13.85	9.76		10.84	12.07		29.23	41.04	נמוך
	32.31	34.15		32.53	48.28		38.71	40.78	בינוני
	53.85	56.10		56.63	39.66		33.06	18.18	גבוהה
0.65			0.75			0.005			מוגבלות
	96.88	95.12		83.75	85.71		66.13	78.65	לא
	3.13	4.88		16.25	14.29		33.87	21.35	כן
0.1			0.45			0.66			בדיקת שד
	69.23	51.22		34.94	25.00		27.64	23.56	אף פעם
	10.77	9.76		21.69	26.79		31.71	33.51	פעם אחת
	20.00	39.02		43.37	48.21		40.65	42.93	יותר מפעם

- נספח 2 משתנים העיקריים במחקר
המשתנים העיקריים במחקר כוללים מדדי בריאות והתנהגות בריאותית, שימוש בשירותי בריאות ותפקוד
נפשי וגופני, אלו נכללו בסקר הבסיס ועשויים להשתנות עם השנים. כמו כן, נבחנו גם השינויים שחלו
במדדים אלו לאורך השנים. בנוסף נכללו משתנים הקשורים לשימוש בטכנולוגיה אינטרנטית שלא נכללו
בסקר הבסיס. לפי הפירוט הבא:
1. מדדים לצריכת שירותי בריאות (משתנים תלויים):
 - א. ביקורים שגרתיים אצל רופא משפחה, רופא מומחה ורופא שיניים, מדדים למספר
ביקורים שלא לשגרה אצל רופא משפחה ורופאים מומחים בחצי שנה האחרונה.
 - ב. תדירות ביצוע בדיקת סקר: ממוגרפיה, משטח צוואר הרחם, דם סמוי בצואה, צפיפות
עצם וקולונוסקופיה.
 2. בריאות גופנית ונפשית (משתנים בלתי תלויים):
 - א. מחלות כרוניות, מחלות שאובחנו אי פעם, מוגבלות בתפקוד הגופני וסימפטומים של
דיכאון.
 - ב. הערכה עצמית של הבריאות.
 - ג. מידע על היסטוריה משפחתית של סרטן ומחלות לב.
 3. התנהגות בריאותית בשנה האחרונה ושינויים בהתנהגות הבריאותית לאורך העשור כגון עישון,
BMI, תזונה ודיאטה, פעילות גופנית
 4. מידת השימוש בשירותים רפואיים אינטרנטיים באתרי קופות החולים ובאתרי אינטרנט בכלל: מודעת
לאפשרויות, מידת ומשך השימוש בשירותי דיגיטליים שונים של אתרי קופות החולים ובמידע רפואי
ברשת בכלל (משתנים בלתי תלויים):
 - א. זימון תורים
 - ב. בקשת מרשמים/הפניות
 - ג. צפייה בתוצאות בדיקות
 - ד. התייעצות או התכתבות אחרת עם רופא דרך האתר או דרך אימייל אחר
 - ה. צפייה בהמלצות רפואיות דרך האתר קופת חולים או בחיפושים ברשת האינטרנט
 5. עמדות כלפי השימוש בשירותי בריאות דיגיטליים
 - א. עמדות הנשים כלפי הכנסת שירותים דיגיטליים והשפעתם על הרגלי השימוש שלהן
בשירותי הבריאות
 - ב. שביעות רצון מהאמצעים הדיגיטליים המוצעים ע"י קופות החולים

Adjusted OR [95%CI]	Univariate OR [95%CI]	% ביקור	
			גיל
Ref	Ref	90.00	59-64
0.58 [0.23-1.46]	0.79 [0.30-1.61]	86.24	65-69
1.40 [0.45-4.35]	1.36 [0.50-3.72]	92.47	70-74
1.96 [0.35-11.00]	1.92 [0.58-6.37]	94.52	75-79
			מצב משפחתי
Ref	Ref	90.61	נשואה
0.60 [0.24-1.53]	0.81 [0.39-1.71]	88.71	אחר
			רמת הכנסה
Ref	Ref	94.40	נמוך מאוד מהממוצע
0.48 [0.12-1.88]	0.53 [0.15-1.89]	89.98	נמוך מהממוצע
0.53 [0.18-1.53]	0.44 [0.16-1.24]	88.18	ממוצע ומעלה
			רמת דתיות
Ref	Ref	89.46	חילונית
0.71 [0.29-1.73]	1.03 [0.47-2.22]	89.70	מסורתית
1.62 [0.40-6.54]	1.35 [0.48-3.84]	91.99	דתית / חרדית
			משתני בריאות היום
			הגדרת מצב בריאות היום (SF-Q1)
0.35 [0.14-0.87]	0.44 [0.20-0.96]	85.20	מצוין/טוב מאד
Ref	Ref	92.95	טוב
1.58 [0.23-10.84]	1.86 [0.49-7.07]	96.08	לא טוב
			משתני בריאות בעבר
			התנהגות בריאות (ממחקר בסיס)
Ref	Ref	87.95	טוב
1.47 [0.65-3.32]	1.52 [0.76-3.05]	91.74	לא טוב
			ביקור אצל רופא משפחה בעבר
Ref	Ref	72.84	כן
0.47 [0.19-1.18]	0.33 [0.16-0.67]	17.22	לא
2.29 [1.08-4.83]	1.80 [1.06-3.07]		מוטיבציה בריאות (ממחקר בסיס)

Adjusted OR [95%CI]	Univariate OR [95%CI]	% ביקור	
			דמוגרפיה
			גיל
Ref	Ref	49.09	59-64
0.71 [0.35-1.45]	0.95 [0.55-1.62]	47.70	65-69
0.42 [0.19-0.92]	0.57 [0.32-1.01]	35.48	70-74
0.33 [0.14-0.77]	0.36 [0.19-0.70]	26.03	75-79
			מצב משפחתי
Ref	Ref	37.80	נשואה
0.68 [0.35-1.30]	0.58 [0.36-0.92]	12.54	אחר
			רמת הכנסה
Ref	Ref	27.54	נמוך מאוד מהממוצע
1.72 [0.72-4.12]	1.59 [0.79-3.20]	37.65	נמוך מהממוצע
1.46 [0.73-2.90]	2.54 [1.47-4.38]	49.08	ממוצע ומעלה
			רמת דתיות
Ref	Ref	51.50	חילונית
0.42 [0.23-0.78]	0.47 [0.29-0.77]	33.51	מסורתית
0.54 [0.24-1.22]	0.51 [0.27-0.94]	34.97	דתית / חרדית
			משתני בריאות היום
			הגדרת מצב בריאות היום (1SF)
0.75 [0.41-1.36]	1.01 [0.64-1.61]	46.39	מצוין/טוב מאד
Ref	Ref	46.07	טוב
0.93 [0.40-2.14]	0.42 [0.23-0.79]	26.53	לא טוב
			משתני בריאות בעבר
			התנהגות בריאות (ממחקר בסיס)
Ref	Ref	52.36	טוב
0.52 [0.30-0.90]	0.49 [0.32-0.74]	34.85	לא טוב
			רופא נשים בעבר
Ref	Ref	61.20	כן
0.16 [0.09-0.29]	0.16 [0.10-0.25]	19.75	לא
1.84 [1.06-3.19]	2.40 [1.59-3.60]		מוטיבציה בריאות (ממחקר בסיס*)

Adjusted OR [95%CI]	Univariate OR [95%CI]	% מבצעות	
			דמוגרפיה
			גיל
Ref	Ref	59.09	59-64
0.74 [0.37-1.48]	1.02 [0.59-1.76]	59.63	65-69
0.58 [0.29-1.17]	0.84 [0.48-1.48]	54.84	70-74
0.53 [0.24-1.16]	0.51 [0.28-0.94]	42.46	75-79
			מצב משפחתי
Ref	Ref	60.28	נשואה
0.79 [0.41-1.53]	0.55 [0.35-0.86]	45.55	אחר
			רמת הכנסה
Ref	Ref	29.15	נמוך מאוד מהממוצע
3.73 [1.58-8.84]	4.72 [2.36-9.46]	66.04	נמוך מהממוצע
2.78 [1.35-5.73]	4.63 [2.69-7.98]	65.60	ממוצע ומעלה
			רמת דתיות
Ref	Ref	61.83	חילונית
0.58 [0.32-1.05]	0.59 [0.37-0.94]	48.81	מסורתית
0.85 [0.42-1.73]	0.69 [0.38-1.25]	52.81	דתית / חרדית
			משתני בריאות היום
			הגדרת מצב בריאות היום (1SF)
0.71 [0.40-1.25]	0.86 [0.54-1.37]	59.17	מצוין/טוב מאד
Ref	Ref	62.75	טוב
0.49 [0.23-1.06]	0.32 [0.18-0.58]	35.29	לא טוב
			משתני בריאות בעבר
			התנהגות בריאות (ממחקר בסיס)
Ref	Ref	67.04	טוב
0.60 [0.35-1.03]	0.44 [0.29-0.68]	47.36	לא טוב
2.03 [1.26-3.25]	2.21 [1.51-3.23]		מוטיבציה בריאות (ממחקר)

נספח 6: שיעור סימפטומים של דיכאון בקרב נשים ותיקות, מודל חד-ורב-משתני

Adjusted OR	Univariate OR	%	
			דמוגרפיה
			גיל
Ref	Ref	7.55	59-64
1.81 [0.52-6.34]	1.38 [0.52-3.61]	10.09	65-69
3.21 [1.03-0.99]	2.61 [1.05-6.50]	17.58	70-74
3.70 [1.17-11.60]	5.04 [2.06-12.32]	29.17	75-79
			מצב משפחתי
Ref	Ref	10.34	נשואה
1.56 [0.69-3.52]	2.36 [1.30-4.30]	21.37	אחר
			רמת הכנסה
Ref	Ref	25.66	נמוך מאוד מהממוצע
0.73 [0.28-1.92]	0.50 [0.22-1.14]	14.67	נמוך מהממוצע
0.72 [0.25-2.07]	0.21 [0.10-0.44]	6.83	ממוצע ומעלה
			רמת דתיות
Ref	Ref	9.61	חילונית
1.58 [0.68-3.66]	2.09 [1.09-4.03]	18.21	מסורתית
1.36 [0.47-3.95]	1.99 [0.87-4.55]	17.46	דתית / חרדית
			משתני בריאות היום
			הגדרת מצב בריאות היום (1SF)
0.38 [0.13-1.11]	0.33 [0.13-0.85]	3.93	מצוין/טוב מאד
Ref	Ref	11.03	טוב
4.55 [1.88-11.04]	6.00 [2.94-12.25]	42.67	לא טוב
			משתני בריאות בעבר
			התנהגות בריאות (מחקר בסיס)
Ref	Ref	8.57	טוב
1.37 [0.61-3.08]	2.25 [1.21-4.18]	17.44	לא טוב
			ציון CESD (מחקר בסיס)
Ref	Ref	9.55	0-9
4.80 [1.91-12.03]	5.98 [3.04-11.78]	38.71	+10
0.66 [0.34-1.30]	0.47 [0.29-0.77]		מוטיבציה בריאות (מחקר בסיס*)

על סמך ציון גדול מ-10 בשאלון CES-D

Adjusted OR [95%CI]	OR [95%CI]	% ביקור N=325	
			דמוגרפיה
			גיל
Ref	Ref	4.45	59-64
0.75 [0.22-2.52]	0.80 [0.21-3.11]	3.67	65-69
1.66 [0.45-6.11]	1.48 [0.43-5.10]	6.59	70-74
0.22 [0.02-2.86]	0.90 [0.20-3.96]	4.11	75-79
			מצב משפחתי
Ref	Ref	4.69	נשואה
0.60 [0.22-1.65]	0.98 [0.33-2.85]	5.59	אחר
			רמת הכנסה
Ref	Ref	6.33	נמוך מאוד מהממוצע
0.32 [0.06-1.60]	0.77 [0.18-3.29]	4.96	נמוך מהממוצע
0.32 [0.07-1.34]	0.65 [0.21-1.99]	4.23	ממוצע ומעלה
			רמת דתיות
Ref	Ref	6.08	חילונית
0.68 [0.20-2.27]	0.63 [0.21-1.89]	3.92	מסורתית
0.44 [0.05-3.99]	0.27 [0.03-2.19]	1.74	דתית / חרדית
			משתני בריאות היום
			הגדרת מצב בריאות היום (1SF)
0.46 [0.13-1.58]	0.68 [0.23-1.97]	4.06	מצוין/טוב מאד
Ref	Ref	5.87	טוב
0.36 [0.06-2.04]	0.62 [0.16-2.48]	3.73	לא טוב
			משתני בריאות בעבר
			התנהגות בריאות (ממחקר בסיס)
Ref	Ref	5.71	טוב
0.51 [0.14-1.84]	0.66 [0.25-1.75]	3.83	לא טוב
			פסיכולוג/פסיכיאטר בעבר
Ref	Ref	65.31	כן
0.04 [0.01-0.26]	0.07 [0.02-0.27]	5.81	לא
0.47 [0.16-1.37]	0.81 [0.33-1.95]		מוטיבציה בריאות (ממחקר בסיס*)

נספח 8: שינויים דמוגרפיים ושינויים באורח חיים שחלו במהלך כעשור (שיעורים משוקללים)

מחקר מעקב		מחקר בסיס		
95% CI	%	95% CI	%	
				מצב משפחתי
66.76-75.73	71.24	76.00-84.00	80.00	נשואה
24.27-33.24	28.75	15.97-24.10	20.00	אחר
				רמת הכנסה**
21.64-30.81	26.22	5.70-11.42	8.56	נמוך מאוד מהממוצע
13.02-20.84	16.93	20.62-29.71	25.16	נמוך מהממוצע
51.69-62.00	56.84	61.37-71.19	66.28	ממוצע ומעלה
				רמת דתיות
47.34-57.61	52.49	50.69-60.87	55.78	חילונית
27.31-36.92	32.12	26.66-36.18	31.42	מסורתית
11.73-19.08	15.40	9.44-16.15	12.80	דתית / חרדית
				השתייכות לקופת חולים
59.63-68.40	64.51	60.86-70.57	65.71	קופ"ח כללית
17.56-26.05	21.80	16.15-24.4	20.28	מכבי
5.68-11.55	8.62	5.77-11.68	8.72	מאוחדת
2.80-7.33	5.06	2.98-7.57	5.28	לאומית
				התנהגות בריאות
35.21-45.23	40.22	39.06-49.20	44.13	טובה
54.77-64.78	59.78	50.80-60.94	55.87	לא טובה
				פעילות גופנית במהלך השנה האחרונה
69.08-78.04	73.56	64.73-74.19	69.46	כן
21.96-30.91	26.44	25.81-35.26	30.54	לא
				עישון
38.30-48.52	43.41	39.12-49.27	44.19	כן
51.48-61.70	56.59	50.73-60.88	55.81	לא
				שתיית אלכוהול
24.01-33.30	28.65	33.42-43.30	38.37	כן
66.70-75.99	71.34	56.69-66.57	61.63	לא
				BMI
33.04-43.24	38.14	41.63-51.90	46.77	>25
34.03-44.25	39.14	27.52-37.15	32.33	25-30
18.40-27.03	22.71	16.78-25.00	20.89	+31
				הערכה עצמית של הבריאות
39.71-49.70	44.71	63.46-72.75	68.11	מצוינת / טובה
48.22-58.28	53.25	24.72-33.87	29.30	בינונית/לא כל כך טובה
0.69-3.39	2.04	1.14-4.05	2.59	גרועה

P-Value	%	n	מחקר מעקב	מחקר בסיס	
0.001					מצב משפחתי
	67.71	260	נשואה	נשואה	ללא שינוי
	18.49	71	לא נשואה	לא נשואה	
	2.08	8	נשואה	לא נשואה	עם שינוי
	11.72	45	לא נשואה	נשואה	
0.001					רמת הכנסה**
	6.44	21	נמוך מאוד מהממוצע	נמוך מאוד מהממוצע	ללא שינוי
	5.83	19	נמוך מהממוצע	נמוך מהממוצע	
	49.08	160	ממוצע ומעלה	ממוצע ומעלה	עם שינוי
	16.56	54	נמוך מאוד מהממוצע	נמוך מהממוצע	
	4.91	16	נמוך מאוד מהממוצע	ממוצע ומעלה	
	1.53	5	נמוך מהממוצע	נמוך מאוד מהממוצע	
	10.43	34	נמוך מהממוצע	ממוצע ומעלה	
	0.61	2	ממוצע ומעלה	נמוך מאוד מהממוצע	
	4.60	15	ממוצע ומעלה	נמוך מהממוצע	
0.291					השתייכות לקופת חולים
	65.36	251	קופ"ח כללית	קופ"ח כללית	ללא שינוי
	19.79	76	מכבי	מכבי	
	7.29	28	מאוחדת	מאוחדת	
	4.95	19	לאומית	לאומית	
	2.6	10	לקופה אחרת	מקופה אחת	עם שינוי
0.137					התנהגות בריאות
	25.45	98	טובה	טובה	ללא שינוי
	40.52	156	לא טובה	לא טובה	
	19.22	74	לא טובה	טובה	עם שינוי
	14.81	57	טובה	לא טובה	
0.0002					עישון
	19.00	72	עישנה	עישנה	ללא שינוי
	51.45	195	לא עישנה	לא עישנה	
	20.05	76	לא עישנה	עישנה	עם שינוי
	9.50	36	עישנה	לא עישנה	
0.292					פעילות גופנית במהלך השנה האחרונה
	56.99	216	כן עסקה בפעילות	כן עסקה בפעילות	ללא שינוי
	14.25	54	לא עסקה בפעילות	לא עסקה בפעילות	
	12.93	49	לא עסקה בפעילות	כן עסקה בפעילות	עם שינוי
	15.83	60	כן עסקה בפעילות	לא עסקה בפעילות	
0.004					BMI
	33.52	122	<25	<25	ללא שינוי
	21.15	77	25-30	25-30	
	16.76	61	+31	+31	
	4.95	18	<25	25-30	עם שינוי
	0	0	<25	+31	
	11.81	43	25-30	<25	
	5.22	19	25-30	+31	
	0.82	3	+31	<25	
	5.77	21	+31	25-30	

P-Value	%	n	מחקר מעקב	מחקר בסיס	הערכה עצמית של הבריאות
0.001					ללא שינוי
	38.28	147	מצוינת / טובה	מצוינת / טובה	
	24.74	95	בינונית/לא כל כך טובה	בינונית/לא כל כך טובה	
	0.78	3	גרועה	גרועה	
	4.43	17	מצוינת / טובה	בינונית/לא כל כך טובה	עם שינוי
	0	0	מצוינת / טובה	גרועה	
	27.86	107	בינונית/לא כל כך טובה	מצוינת / טובה	
	2.34	9	בינונית/לא כל כך טובה	גרועה	
	0.52	2	גרועה	מצוינת / טובה	
	1.04	4	גרועה	בינונית/לא כל כך טובה	
0.001					מחלות כרוניות
	29.35	113	כן	כן	ללא שינוי
	38.18	147	לא	לא	
	3.12	12	לא	כן	עם שינוי
	29.35	113	כן	לא	
0.273					בדיקה שגרתית
	32.73	126	כן	כן	ללא שינוי
	37.40	144	לא	לא	
	21.56	83	לא	כן	עם שינוי
	8.31	32	כן	לא	
0.003					בדיקה שגרתית
	39.74	153	כן	כן	ללא שינוי
	27.27	105	לא	לא	
	17.66	68	לא	כן	עם שינוי
	15.32	59	כן	לא	
0.001					בדקור אצל רופא
	74.29	286	כן	כן	ללא שינוי
	4.16	16	לא	לא	
	5.45	21	לא	כן	עם שינוי
	16.10	62	כן	לא	
0.001					ביקור אצל פסיכולוג או פסיכיאטר (בחצי שנה האחרונה)
	1.04	4	כן	כן	ללא שינוי
	93.47	358	לא	לא	
	1.83	7	לא	כן	עם שינוי
	3.66	14	כן	לא	
0.001					ביקור אצל פיזיותרפיסט (בחצי שנה האחרונה)
	2.87	11	כן	כן	ללא שינוי
	71.02	272	לא	לא	
	7.31	28	לא	כן	עם שינוי
	18.80	72	כן	לא	
0.001					ממוגרפיה
	8.92	34	פחות מהמומלץ	פחות מהמומלץ	ללא שינוי
	61.94	236	לפי ההמלצות	לפי ההמלצות	
	14.70	56	לפי ההמלצות	פחות מהמומלץ	עם שינוי
	14.44	55	פחות מהמומלץ	לפי ההמלצות	
0.014					דם סמוי בצואה
	29.95	112	פחות מהמומלץ	פחות מהמומלץ	ללא שינוי
	40.64	152	לפי ההמלצות	לפי ההמלצות	
	4.81	18	לפי ההמלצות	פחות מהמומלץ	עם שינוי
	24.60	92	פחות מהמומלץ	לפי ההמלצות	
0.015					משטח צוואר
	35.90	135	פחות מהמומלץ	פחות מהמומלץ	ללא שינוי
	26.06	98	לפי ההמלצות	לפי ההמלצות	
	11.70	44	לפי ההמלצות	פחות מהמומלץ	עם שינוי
	26.33	99	פחות מהמומלץ	לפי ההמלצות	
					צפיפות עצם
	70.38	202	פחות מהמומלץ	פחות מהמומלץ	ללא שינוי
	4.18	12	לפי ההמלצות	לפי ההמלצות	
	14.63	42	לפי ההמלצות	פחות מהמומלץ	עם שינוי
	10.80	31	פחות מהמומלץ	לפי ההמלצות	

9 References

1. Israel Central Bureau of Statistics. תחזיות אוכלוסיית ישראל עד שנת 2025
<https://www.cbs.gov.il/he/publications/DocLib/tec/tec27/tec27.pdf>. Updated 2004.
 Accessed April 11, 2019.
2. Paltiel A, Speulchre M, Kornilenko I, Maldonado M. Long-range population
 projections for Israel: 2009-2059 (in Hebrew). 2012.
3. Ridzuan ARb, Abu Karim RA, Marmaya NH, Rzzak NA, Naaktgeboren N, Yusof KN.
 Public awareness towards healthy lifestyle. *International Journal of Academic Research
 in Business and Social Sciences*. 2018;8(10):927-936.
4. Israel Center for Disease Control. Second national survey of health and nutrition
 among adults aged 18-64, 2014-2016 (in Hebrew). . 2019;383.
5. Zhang X, Yu P, Yan J, Ton A M Spil I. Using diffusion of innovation theory to
 understand the factors impacting patient acceptance and use of consumer e-health
 innovations: A case study in a primary care clinic. *BMC Health Serv Res*. 2015;15:71-
 015-0726-2.
6. Lerner-Geva L, Boyko V, Blumstein T, Benyamini Y. The impact of education, cultural
 background, and lifestyle on symptoms of the menopausal transition: The Women's
 Health at Midlife Study. *J Womens Health (Larchmt)*. 2010;19(5):975-985.
7. Ware J,Jr, Kosinski M, Keller SD. A 12-item short-form health survey: Construction of
 scales and preliminary tests of reliability and validity. *Med Care*. 1996;34(3):220-233.
8. Cheng ST, Chan AC, Fung HH. Factorial structure of a short version of the Center for
 Epidemiologic Studies Depression Scale. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2006;21(4):333-336.

9. Champion VL. Instrument development for health belief model constructs. *ANS Adv Nurs Sci*. 1984;6(3):73-85.
10. Norman C,D., Skinner H,A. eHEALS: The eHealth literacy scale. .
11. Andresen EM, Malmgren JA, Carter WB, Patrick DL. Screening for depression in well older adults: Evaluation of a short form of the CES-D (center for epidemiologic studies depression scale). *Am J Prev Med*. 1994;10(2):77-84.
12. Blumstein T, Benyamini Y, Hourvitz A, Boyko V, Lerner-Geva L. Cultural/ethnic differences in the prevalence of depressive symptoms among middle-aged women in Israel: The Women's Health at Midlife Study. *Menopause*. 2012;19(12):1309-1321.
13. Benyamini Y, Boyko V, Blumstein T, Lerner-Geva L. Health, cultural and socioeconomic factors related to self-rated health of long-term Jewish residents, immigrants, and Arab women in midlife in Israel. *Women Health*. 2014;54(5):402-424.
14. Benyamini Y, Blumstein T, Boyko V, Lerner-Geva L. Cultural and educational disparities in the use of primary and preventive health care services among midlife women in Israel. *Womens Health Issues*. 2008;18(4):257-266.
15. National Center for Health Statistics, USDHHS. Health, United States, 2011; with special feature on socioeconomic status and health.
<http://www.cdc.gov/nchs/data/hus/hus11.pdf>. Updated 2012. Accessed May 6, 2019.
16. McInerney M, Mellor JM. Recessions and seniors' health, health behaviors, and healthcare use: Analysis of the medicare current beneficiary survey. *Journal of Health Economics*. 2012;31(5):744-751.

17. Wolff SH, Laudan A, Dubay L, Simon SM, Zimmerman E, Kuk KX.

How are income and wealth linked to health and longevity? . 2015.

<https://www.urban.org/sites/default/files/publication/49116/2000178-How-are-Income-and-Wealth-Linked-to-Health-and-Longevity.pdf>.

18. Daoud N. Challenges facing minority women in achieving good health: Voices of Arab women in Israel. *Women Health*. 2008;48(2):145-166.

19. Shuval K, Weissbluth E, Araida A, et al. The role of culture, environment, and religion in the promotion of physical activity among Arab Israelis. *Prev Chronic Dis*. 2008;5(3):A88.

20. Kroenke CH, Kubzansky LD, Adler N, Kawachi I. Prospective change in health-related quality of life and subsequent mortality among middle-aged and older women. *Am J Public Health*. 2008;98(11):2085-2091.

21. Otero-Rodriguez A, Leon-Munoz LM, Balboa-Castillo T, Banegas JR, Rodriguez-Artalejo F, Guallar-Castillon P. Change in health-related quality of life as a predictor of mortality in the older adults. *Qual Life Res*. 2010;19(1):15-23.

22. Israel Center for Disease Control. Israel national health interview survey 2007-2010 selected findings. . 2012;331.

23. Cadet TJ, Burke SL, Stewart K, Howard T, Schonberg M. Cultural and emotional determinants of cervical cancer screening among older hispanic women. *Health Care Women Int*. 2017;38(12):1289-1312.

24. Madkhali NA, Santin O, Noble H, Reid J. Breast health awareness in an Arabic culture: A qualitative exploration. *J Adv Nurs*. 2019.

25. Hawley ST, McQueen A, Bartholomew LK, et al. Preferences for colorectal cancer screening tests and screening test use in a large multispecialty primary care practice. *Cancer*. 2012;118(10):2726-2734.
26. Hayek S, Enav T, Shohat T, Keinan-Boker L. Factors associated with breast cancer screening in a country with national health insurance: Did we succeed in reducing healthcare disparities? *J Womens Health (Larchmt)*. 2017;26(2):159-168.
27. Lai SM, Meng C. Socio- and clinical characteristics in relation to mammography screening compliance. *J Registry Manag*. 2018;45(1):136-142.
28. Alwahaibi N, Alsalami W, Alramadhani N, Alzaabi A. Factors influencing knowledge and practice regarding cervical cancer and pap smear testing among Omani women. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2018;19(12):3367-3374.
29. Gathirua-Mwangi W, Cohee A, Tarver WL, et al. Factors associated with adherence to mammography screening among insured women differ by income levels. *Womens Health Issues*. 2018;28(5):462-469.
30. Kulkarni SV, Mishra GA, Dusane RR. Determinants of compliance to breast cancer screening and referral in low socio-economic regions of urban india. *Int J Prev Med*. 2019;10:84.
31. משרד הבריאות. הנחיות משרד הבריאות בנושא מניעה וגילוי מוקדם של מחלות ממאירות. https://www.health.gov.il/NewsAndEvents/SpokemanMesseges/Pages/04022013_2.aspx. Updated 2013. Accessed June 11, 2019.
32. Raz R, Shavit O, Stein M, et al. Uptake of pap smears among women in a large Israeli HMO between 2006 and 2008. *Public Health*. 2012;126(7):594-599.

33. Raz Y, Keinan-Boker L, Goren S, Soen-Grisaru G, Cohen D, Grisaru D. The effect of age at immigration on cervical cancer incidence: A population-based cohort study of 1 486 438 Israeli women. *Int J Gynecol Cancer*. 2019;29(3):492-496.
34. Francovich L, Di Napoli A, Giorgi Rossi P, Gargiulo L, Giordani B, Petrelli A. Cervical and breast cancer screening among immigrant women resident in Italy. *Epidemiol Prev*. 2017;41(3-4 (Suppl 1)):18-25.
35. Andreeva VA, Pokhrel P. Breast cancer screening utilization among eastern european immigrant women worldwide: A systematic literature review and a focus on psychosocial barriers. *Psychooncology*. 2013;22(12):2664-2675.
36. Blumstein T, Benyamini Y, Farhi A, Boyko V, Lerner-Geva L. Knowledge of risk factors and prevention of osteoporosis: The Israeli Women's Health at Midlife Study. *Arch Osteoporos*. 2018;13(1):70-018-0474-0.
37. Green EH, Freund KM, Posner MA, David MM. Pap smear rates among Haitian immigrant women in eastern Massachusetts. *Public Health Rep*. 2005;120(2):133-139.
38. Zhao Martin N, Murphy ST, Ball-Rokeach S, Frank LB, Moran MB. Neighborhoods and perceived norms: Understanding the impact of neighborhoods on perceived norms and cancer screening. *Health Commun*. 2018:1-11.
39. Berger C, Langsetmo L, Joseph L, et al. Change in bone mineral density as a function of age in women and men and association with the use of antiresorptive agents. *CMAJ*. 2008;178(13):1660-1668.
40. Schott AM, Cormier C, Hans D, et al. How hip and whole-body bone mineral density predict hip fracture in elderly women: The EPIDOS prospective study. *Osteoporos Int*. 1998;8(3):247-254.

41. Khalaila R, Vitman-Schorr A. Internet use, social networks, loneliness, and quality of life among adults aged 50 and older: Mediating and moderating effects. *Qual Life Res*. 2018;27(2):479-489.
42. Israel Central Bureau of Statistics. On the occasion of the International Day of Senior Citizens, 2017.
https://www.cbs.gov.il/he/mediarelease/DocLib/2017/289/11_17_289b.pdf. Updated 2017. Accessed June 18, 2019.
43. Israel Internet Society. Internet use in the Arab sector--A survey by the Israel Internet Society 2016 (in Hebrew).
44. Ganayem AN. Internet in Israeli Arab society: Preliminary findings and policy recommendations (in Hebrew). . 2018.
45. Wang Y, Do DP, Wilson FA. Immigrants' use of eHealth services in the United States, National Health Interview Survey, 2011-2015. *Public Health Rep*. 2018;133(6):677-684.
46. Zibrik L, Khan S, Bangar N, Stacy E, Novak Lauscher H, Ho K. Patient and community centered eHealth: Exploring eHealth barriers and facilitators for chronic disease self-management within British Columbia's immigrant Chinese and Punjabi seniors. *Health Policy and Technology*. 2015;4(4):348-356. doi:
<https://doi.org/10.1016/j.hlpt.2015.08.002>.
47. Hayat TZ, Brainin E, Neter E. With some help from my network: Supplementing eHealth literacy with social ties. *J Med Internet Res*. 2017;19(3):e98.

48. Nygren T, Berg M, Sarkohi A, Andersson G. Development of an internet-based cognitive behavioral therapy self-help program for Arabic-speaking immigrants: Mixed-methods study. *JMIR Res Protoc*. 2018;7(12):e11872.
49. Lissitsa S, Madar G. Do disabilities impede the use of information and communication technologies? findings of a repeated cross-sectional study - 2003-2015. *Isr J Health Policy Res*. 2018;7(1):66-018-0260-x.
50. Atkinson NL, Saperstein SL, Desmond SM, Gold RS, Billing AS, Tian J. Rural eHealth nutrition education for limited-income families: An iterative and user-centered design approach. *J Med Internet Res*. 2009;11(2):e21.
51. Israel Ministry of Health. "חוזר בנושא הנגשת נתוני בריאות אישיים למטופל - בריאות בכף היד". https://www.health.gov.il/hozer/mk_15/2018.pdf. Accessed May 12, 2019.
52. Barmeli-Greenberg S, Yaari I, Myers-Joint-Brookdale. Public opinion regarding the level of service and functioning of the health system, 2018. <https://brookdale.jdc.org.il/wp-content/uploads/2019/05/Hababam2018.pdf>. Updated 2019. Accessed May 12, 2019.
53. Calcalist. סקר - האם ביקרתם בסניף קופת חולים בסמארטפון? *Calcalist*. April 4, 2013. Available from: <https://www.calcalist.co.il/money/articles/0,7340,L-3597693,00.html>.
54. Neter E, Brainin E. eHealth literacy: Extending the digital divide to the realm of health information. *J Med Internet Res*. 2012;14(1):e19.
55. Tennant B, Stellefson M, Dodd V, et al. eHealth literacy and web 2.0 health information seeking behaviors among baby boomers and older adults. *J Med Internet Res*. 2015;17(3):e70.

56. Richtering SS, Hyun K, Neubeck L, et al. eHealth literacy: Predictors in a population with moderate-to-high cardiovascular risk. *JMIR Hum Factors*. 2017;4(1):e4.
57. Price-Haywood EG, Harden-Barrios J, Ulep R, Luo Q. eHealth literacy: Patient engagement in identifying strategies to encourage use of patient portals among older adults. *Popul Health Manag*. 2017;20(6):486-494.
58. Aranha ANF, Patel PJ. Health literacy, preventive health screening, and medication adherence behaviors of older African Americans at a PCMH. *Am J Manag Care*. 2018;24(9):428-432.
59. The Israel National Institute for Health Policy Research. The 11th Annual Dead Sea Conference: The health system in the digital era. . 2010.