



המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות (ע"ר)

מספר מחקר: ר/161/2015

דוח סופי למחקר

חלק ב': תקציר ומילות מפתח - עברית

כותרת מלאה של המחקר

הקשר בין דפוסי תקשורת רופא-חולה לבין צריכת שירותי בריאות ותפיסת המחלה אצל חולים עם IBD (קרוהן ודלקת כיבית של המעי הגס)

חוקרים: שם מלא ושיוך מוסדי

פרופ' יעקב בכנר – הפקולטה למדעי הבריאות, אוניברסיטת בן גוריון בנגב
פרופ' שמואל אודס- הפקולטה למדעי הבריאות, אוניברסיטת בן גוריון בנגב
ד"ר עדי פינקלשטין – מרכז אקדמי לב
ד"ר דורון שוורץ – הפקולטה למדעי הבריאות, אוניברסיטת בן גוריון בנגב
פרופ' ערן ישראלי- הפקולטה לרפואה, האוניברסיטה העברית בירושלים

מילות מפתח

מחלות מעי דלקתיות, חולים, רופאים, דפוסי תקשורת, תפיסת מחלה, צריכת שירותי בריאות

תקציר

רקע

מחלות מעי דלקתיות (IBD) הן מצבים כרוניים הדורשים טיפול רפואי קבוע ומתמשך במטרה לטפל בדלקת ולשלוט בסיכון לנסיגה במחלה ולהתפתחות סרטן המעי הגס. מחקרים מעלים שלאיכות דפוסי התקשורת שבין רופאים לחולים השפעה רבה על בריאות החולים, תפיסתם את מחלתם, וכן צריכת שירותים רפואיים. לגבי מחלות מעיים דלקתיות קיים חוסר במחקרים, ובאלו הקיימים החוקרים חלוקים בדעתם באשר למרכיבים הייחודיים של דפוסי תקשורת אלו.

מטרות

לזהות את דפוס התקשורת של הרופא המועדף על ידי חולים במחלות מעי דלקתיות. לבחון את הקשר בין דפוסי תקשורת רופא-חולה לבין צריכת שירותי בריאות ותפיסת המחלה בקרב חולים אלו.

שיטה

נדגמו 171 חולים ממכוני הגסטרו בבתי-החולים סורוקה והדסה עין-כרם. בנוסף נערכו 20 ראיונות עומק. כלי המחקר היו מתוקפים ומהימנים. במסגרת צריכת שירותי הבריאות נבדקו: מספר ביקורים אצל רופאים ראשוניים, מומחים ואחיות, מספר בדיקות רפואיות (דם/הדמיה), טיפול דיאטני וטיפול נפשי.

ממצאים עיקריים

דפוס התקשורת המועדף על ידי החולים הוא שיתוף פעולה. נמצאו קשרים חיוביים ושלייליים בין דפוסי התקשורת שיתוף פעולה, דאגה ועניין לבין מרכיבים שונים של תפיסת המחלה וצריכת שירותי בריאות.

מסקנות

דפוסי תקשורת שיתוף-פעולה, דאגה ועניין קשורים לתפיסת החולה את מחלתו ולצריכת שירותי בריאות.

המלצות למדיניות

יש לפתח תכניות התערבות המיועדות לרופאים גסטרואנטרולוגיים, פנימיים ומשפחה במטרה לחזק אצלם את דפוסי התקשורת האלו דבר שיתבטא בטיפול מיטבי יותר בחולה.

חלק ג': תקציר ומילות מפתח - אנגלית

Full title of research project

Doctor-patient communication patterns and their association with utilization of health services and illness perception among patients diagnosed with IBD (Crohn's disease and Ulcerative Colitis)

Investigators: full name and affiliations

Prof. Yaacov Bachner – Faculty of Health Sciences, Ben-Gurion University of the Negev
Prof. Shmuel Odes - Faculty of Health Sciences, Ben-Gurion University of the Negev
Dr. Adi Finkelstein – Lev Academic College
Dr. Doron Shvartz - Faculty of Health Sciences, Ben-Gurion University of the Negev
Prof. Eran Israeli – Hebrew University of Jerusalem

Key Words

Inflammatory bowel diseases, patients, physicians, communication patterns, illness perception, consumption of health services

Abstract

Scientific background: Inflammatory bowel diseases (IBD) are chronic conditions that require consistent treatment to treat inflammation and to control the risk of remission of the illness and development of colon cancer. However, patients tend to abandon medical treatment, especially during periods when the disease is in remission. Studies reveal that patient–physician communication patterns effect patient's health condition, illness perception, and utilization of health services. There is a lack of studies concerning IBD, and in those studies which exist, there is inconsistency among researchers about the specific components of these communication patterns.

Objectives

- To identify the doctor's communication pattern preferred by IBD patients.
- To examine the correlation between doctor-patient communication patterns and A. Consumption of health services, B. Perception of the illness among these patients

Methodology: A total of 171 patients from the gastroenterology institutes were sampled at Soroka and Hadassah Ein Kerem medical centers. In addition, 20 in-depth interviews were conducted. all research tools were reliable and valid. In the framework of utilization of health services, we examined: the number of visits to primary care physicians, consultants and nurses, psychotherapists, dietitians, and number of medical examinations (blood/imaging).

Findings: Patients' preferred communication pattern was collaboration. Positive and negative associations were found between the communication patterns of collaboration, concern and interest and various components of the perception of the disease and the consumption of health services.

Conclusions: The communication patterns of collaboration, concern and interest are associated with the patient's illness perception and with consumption of health services.

Policy Implications: Intervention programs for gastroenterologists, internal and family physicians should be developed in order to strengthen these communication patterns. This will probably result in a better patient care.

חלק ד': Executive Summary- English

Scientific Background

Inflammatory bowel diseases (IBD) are chronic conditions that require consistent treatment to treat inflammation and to control the risk of remission of the illness and development of colon cancer. However, patients tend to abandon medical treatment, especially during periods when the disease is in remission. Studies reveal that patient–physician communication patterns effect patient's health condition, illness perception, and utilization of health services. A correlation was also documented in relation to the type/severity of the illness and patients' desire for a specific communication pattern. There is a lack of studies concerning IBD, and in those studies which exist, there is inconsistency among researchers about the specific components of these communication patterns.

Objectives

The objectives of this study were twofold:

1. To identify the doctor communication pattern preferred by IBD patients.
2. To examine the correlation between doctor-patient communication patterns and: A. Consumption of health services, B. Perception of the illness among these patients.

Methodology

We used mixed methods- quantitative and qualitative.

The study population included patients with inflammatory bowel disease treated at the gastroenterological institutes of Soroka Hospital in Beer-sheba and Hadassah Ein Karem in Jerusalem. The number of physicians employed by these Institutes for inflammatory bowel disease is about 16. The names of the patients were obtained from the databases of the Gastroenterology Institutes of the Soroka and Hadassah Ein Kerem Hospitals. Patients who met inclusion criteria were identified by experienced interviewers who explained the purpose of the study and asked for their participation. Patients who agreed were interviewed face-to-face by the interviewers either at the Gastroenterology Institutes or at another agreed upon location. All study measures were valid and reliable. The dependent variables included the Illness Perception questionnaire and utilization of health services

(number of visits to: primary care physicians, consultants and nurses, psychotherapists, dietitians, number of medical examinations- blood/imaging). The independent variable was physician's communication patterns.

In addition to the quantitative data, semi-structured interviews were conducted with 20 patients with IBD in Jerusalem and Beer-Sheva, in order to deepen the understanding of their communication patterns with their physicians, their perception of the disease and the consumption of health services. The present study was based on a qualitative constructivist research method. The study is inductive, that is, built out of attention to what comes from the participants and without forcing the understandings in advance.

Findings

A total of 171 patients participated in the study. The average age of patients was 41.65 (SD 15.91), 50.3% were men. Most patients were married (62.4%) with an average number of 2.29 children (SD 1.92). About 40% of patients were secular.

Patients ranked the communication patterns of concern and collaboration very high (relative to the scale range), with the highest given to collaboration. The interest communication pattern was ranked as medium. In other words, the patients perceived their doctors as sharing them in medical decisions, showing concern for them and showing interest in them. Patients rated the four factors of the illness perception at different levels relative to the measurement range.

A number of significant associations emerged between all three communication patterns and various components of the illness perception. Positive associations were found between communication pattern of interest and disease control, control through treatment, disease consequences and emotional representations. A positive association was also found between collaboration between the physician and the patient and the patient's understanding of the disease and a positive relationship between collaboration and perceived duration of illness and psychological attributions. Finally, there was a positive correlation between concern and disease outcomes, emotional representations and understanding of the disease.

Associations were also found between the three patterns of communication of physicians and patients' consumption of health services. There was a positive

correlation between interest and number of imaging tests, and a negative correlation between interest and number of expert visits. There was also a positive correlation between collaboration and number of dietitian sessions, and a negative correlation between collaboration and number of visits to mental health specialist. Finally, there was a positive correlation between concern and number of dietitian appointments.

In general, the findings of the qualitative study were consistent and supplemented the quantitative findings. On the subject of physician-patient communication, patients wanted to receive information about their illness. Some of the patients wished to be full partners in the treatment decision-making process, while others were reluctant to do so. The interviewees emphasized their desire to understand their illness and to receive explanations from the doctor. There were interviewees who preferred that the doctor give them all the treatment options and together they would choose the appropriate treatment. On the other hand, there were the voices of a few who reported feeling uncomfortable or shy in front of the attending physician.

Conclusions

1. The preferred communication pattern among patients with inflammatory bowel disease in Israel is of collaboration.
2. The doctors' communication patterns are associated with different components of the illness perception and with consumption of health services among these patients.

Policy Implications and Recommendation

The medical establishment should develop intervention programs and strategies for gastro as well as internal and family physicians, in order to strengthen their communication patterns of concern, collaboration and interest. These programs should be assimilated into the community and in hospitals, and emphasize the importance of the association between communication patterns (especially collaboration and concern) and components of the illness perception since it is related to the patients' ability to cope better with the disease and its implications. These intervention programs will enable more effective treatment for patients, will increase their satisfaction with the service provided and will also reduce the costs imposed on the health system.

חלק ה: דוח מדעי מפורט - עברית

1. רקע מדעי

בחודש מאי 2010 צוין בישראל לראשונה "יום המודעות העולמי לקרוהן וקוליטיס", המצוין ב-27 מדינות ברחבי העולם זו השנה הרביעית, במטרה להעלות את רמת המודעות בקרב הציבור הרחב אודות מחלות המעי הדלקתיות ואופן השפעתן על חיי היום יום של החולים. מספר החולים בעולם מוערך בכ-5 מיליון איש. על פי נתונים של העמותה לחולי קרוהן וקוליטיס כיבית בישראל, מספר החולים במחלות אלה בישראל עומד על כ-30,000 חולים, מהם כ-2,000 ילדים.¹

מחלות הקרוהן והקוליטיס הכיבית, הינן מחלות כרוניות חשוכות מרפא, התוקפות את מערכת העיכול ומתבטאות, בין היתר, בכאבי בטן קשים, ושלשולים בלתי פוסקים. המחלות מלוות בסיבוכים נוספים כגון דלקות פרקים, תופעות עוריות ועוד. כאשר מתרחשות התלקחויות דלקתיות, המצב יכול להחמיר עד כדי כאבים קשים ביותר, המלווים פעמים רבות באשפוזים (World Gastroenterology Organization, 2009). כל אלה מביאים לקשיים בתפקוד בחיי היום-יום ולאיכות חיים ירודה. הנתונים העולמיים מצביעים על כך שבעשורים האחרונים יותר גברים מנשים אובחנו כסובלים ממחלת קרוהן. אך לאחרונה מתקרבים לשוויון בהתפלגות בין המינים במחלה זו. אחוז הגברים והנשים הסובלים מקוליטיס כיבית זהה.

במחלות מעי דלקתיות קיימת חשיבות רבה לעקביות בטיפול התרופתי ובמעקב הרפואי השוטף (Rost et al., 1989; Stewart, 1995; Trummer, et al., 2006). מטרתם לטפל בדלקת ולשלט בסיכון הקיים לנסיגה במחלה ולסרטן של המעי הגס (D'Incà et al., 2008; Rubin et al., 2002). בהנחיות שפרסם הארגון העולמי למחלות מעי דלקתיות (2009), מודגש כי מומלץ לחולים להמשיך בטיפול הרפואי הקבוע ובבדיקות התקופתיות גם במידה וקיימת הפוגה במחלה. עם זאת, מסתבר כי החולים נוטים לנטוש לגמרי או באופן חלקי את הטיפול הרפואי בעיקר בתקופות שבהן המחלה נמצאת בנסיגה (Rubin et al, 2002). מחקרים מצביעים על קושי של חולים לקיים את שגרת הטיפול בחיי היומיום במקביל לעבודה ולשהייה ממושכת מחוץ לבית (Shale & Riley, 2003). בשל כך, חלה פעמים רבות הידרדרות במצב הגופני של החולים עד כדי אשפוז בבית חולים. מבחינה כלכלית יש לכך משמעות עצומה הבאה לידי ביטוי בין השאר בעלויות האשפוז בבית חולים, באובדן ימי עבודה ובעלויות נוספות בטיפול הרפואי. קיימת שונות בין מדינות באשר לסיבות לחוסר דבקות בטיפול הרפואי, בין השאר בגלל הבדלים במבנה של מערכת הבריאות ובדפוס התנהגות תרבותיים וחברתיים מקומיים (Lakatos, 2009). רובין ושות' (Rubin et al, 2002) מציינים כי החולים שמתמידים בטיפול הרפואי גם בתקופות של נסיגה במחלה הם אלו שנמצאים תחת מעקב רפואי קבוע וצמוד של רופא מומחה.

במחלות מעי דלקתיות (IBD) קיימת חשיבות עליונה לאיכות התקשורת שבין רופאים לחולים. מחקרים שבחנו את התקשורת בין רופאים לחולי IBD, הצביעו על החשיבות הרבה של הקשר הבין אישי והבין אמצעי הנוצר במפגש הרפואי. קשר זה בין הרופא לחולה נמשך לעיתים עשרות שנים בהם מלווים הרופאים את החולים בשלבים שונים של חייהם.

דפוסי תקשורת של רופאים עם חולים

תקשורת היא תהליך שבו מידע, החלטות והוראות מועברים בין אנשים. בתהליך זה של פעילות גומלין גם נוצרים ומשתנים הידע, דעות ועמדות (Takayama, Yamazaki & Katsumata, 2001). התקשורת בין הרופא לחולה מתנהלת במקביל בשני מישורים; במישור המילולי ובמישור הלא וורבלי - שפת גוף. דפוס התקשורת הוא למעשה המיקוד של האינטראקציה שבין הרופא לחולה הנקבעת על ידי הרופא.

בעשורים האחרונים הוצעו בספרות הבחנות רבות ומגוונות לגבי דפוסי תקשורת של רופאים עם חולים. באופן כללי, ניתן להבחין בין שני דפוסי תקשורת עיקריים – דפוס תקשורת מכון מטר (Task oriented) ודפוס תקשורת המכון לבניית קשר (Relationship oriented). הדפוס הראשון, מתייחס לתקשורת הממוקדת במשימות הטיפול עצמן – הבדיקה הגופנית, הזמן שמוקדש לבדיקה זו, נתינת מידע לחולה, הנחיות לטיפול ועוד, בעוד הדפוס השני מתייחס לטיבם של היחסים שבין הרופא לחולה – מידת הנחמדות והקרבה של הרופא, הבעת רגש חיובי או שלילי, טון הדיבור, ועוד. רוב המודלים הקיימים משלבים בין דפוסים אלו. לדוגמה, Ventres, Kooienga, Marlin, Vuckovic & Stewart (2005) צפו בעבודתם של רופאים שהתאפיינו בדפוס זה התמקדו באיסוף מידע רפואי על עברו של החולה ועל מצבו בהווה. בעת דליית המידע התמקדו הרופאים בצג המחשב ונעזרו בתוכנות לאיסוף מידע במטרה לפתור את הבעיה הרפואית; דפוס בינאישי (Interpersonal) – רופאים אלו התמקדו בחולה ופחות במחשב. הם קיימו אינטראקציה שאינה ממוקדת במחלה בלבד, שמרו על קשר עין עם החולה ונטו לשתפו בהחלטות הרפואיות; דפוס ניהולי (Managerial) – רופאים אלה שילבו בין שני הדפוסים הקודמים על ידי שימוש בכל אחד מהם לסירוגין. Worchell ושותפיה (1995) מדווחים על ארבעה דפוסי תקשורת; רגישות בינאישית (Interpersonal Sensitivity), בניית קשר (Partnership), נתינת מידע (Information) והכוונה טיפולית (Directing one's own treatment). מודל שונה במעט הוצע על ידי בכנר ושותפיו (Bachner et al., 2005; 2006) שיהו שלושה דפוסי תקשורת: עניין (Interest), שיתוף פעולה (Collaboration) ודאגה (Caring). רופאים שהתאפיינו בדפוס הראשון הפגינו עניין במטופל ובבני משפחתו. אלה שהתאפיינו בדפוס השני שיתפו את בני המשפחה בהחלטות טיפוליות, ואילו רופאים שהתאפיינו בדפוס השלישי גילו דאגה רבה וחמלה כלפי המטופל ובני משפחתו. במודל זה נעשה שימוש לאחרונה לגבי תקשורת של רופאים ראשוניים עם חולי סרטן בשלבים שונים של המחלה.

חשיבות דפוס התקשורת היא בהשפעתו על משתנים רבים בקרב החולים ובני משפחתם, וביניהם תוצאות בריאות פיזיות ונפשיות, היענות לטיפול וכן עמדות כלפי טיב ואיכות הטיפול/השירות (Chewning & Sleath, 1996; Kaplan, Greenfield & Ware, 1989; Kaplan, Greenfield, Gandec, Rogers & Ware, 1996; Galil et al., 2006; Bachner, Carmel, Lubetzky, Heiman & Galil, 2006).

דפוסי תקשורת של רופאים עם חולים במחלות מעי דלקתיות

מעטים יחסית המחקרים אשר עסקו בדפוסי תקשורת של רופאים עם חולים במחלות מעי דלקתיות. עם זאת, המחקרים שבדקו את מרכיביו השונים של הקשר בין רופאים לחולים במחלות אלו מצביעים על החשיבות הרבה של קשר טוב ומשמעותי בין הרופא המטפל לבין החולה, ואת ההשפעה של קשר זה על נכונות החולים לדבוק

ברופא ובטיפול לאורך זמן (Rost et al., 1989; Stewart, 1995; Trummer, et al., 2006; Mitchell et al., 2012; Norton et al., 2009; Pieper, et al., 2009). עקביות בטיפול מצמצמת את הסיכון לכישלון אפשרי בטיפול הרפואי (Osterberg et al., 2005; D'Incà, 2008; Bernstein et al., 2011) ואת הסיכון להחמרה במחלה ולאשפוזים. לקטוס (Lakatos, 2009) מציין את החשיבות הרבה שיש לתקשורת טובה בין הרופא והחולה במחלות מעי דלקתיות בהבנת הסיבות שחולים נותנים לנטישת הטיפול רפואי, וממליץ על שיפור התקשורת הדינאמית בתוך מערך הצוות הרפואי המטפל (ראו גם: Panés et al., 2014). ריני ואחרים (Rini, 2011) מדווחים כי לדפוס התקשורת של הרופא השפעה משמעותית על תהליך קבלת החלטות לגבי ניתוח כריתה של המעי הגס (Colectomy), גם אצל בני משפחה של החולים. קרניאלי-מילר ואייזיקוביץ (Karnieli-Miller & Eisikovits, 2009), חקרו תהליכי קבלת החלטות של רופאים וחולים במחלות מעי דלקתיות בישראל ומצאו ש"בזמן אמת", קבלת ההחלטות היא תהליך מורכב ודינאמי של אינטראקציה בין אישית בין החולה לרופא (Social interaction). נמצא כי חולים צעירים במחלת מעי דלקתית ובני משפחותיהם קיבלו את נטיית הרופאים שלהם לקבל החלטות בעבורם ועקבו אחר ההמלצות שנתנו להם על ידי הרופאים (Karnieli-Miller & Eisikovits, 2009). מהמחקר עולה כי יתכן שדווקא דפוס השכנוע שנקטו הרופאים סייע לחולים ולבני משפחותיהם לבטוח ברופאים ולהאמין בטיפול שהציעו. עם זאת, חשוב לציין שכשליש מהמשפחות עזבו את הרופא כיוון שהרגישו מודרים מתהליך קבלת ההחלטות (Karnieli-Miller & Eisikovits, 2009). רדלי ושותפיו (Radley, 2008) ניתחו קלטות וידאו של מפגשים בין רופאים ובין חולים במחלות מעי דלקתיות והבחינו בין רופאים שממוקדים בדפוס של החלפת מידע מדעי (medico-scientific) ובין רופאים שממוקדים בדפוס של קשרים אישיים (medico-presentational). לדעתם, קשה לקבוע איזה דפוס תקשורת יעיל יותר או מועדף יותר (ראו גם: Lewin, Skea, Entwistle, Zwarenstein & Dick, 2001) ולמעשה, שני הדפוסים מתערבבים פעמים רבות באותו מפגש והחולים אינם מבחינים בהכרח באופן ברור בין השניים. אחת ממסקנות המחקר היא שקיים חוסר אחידות ואף סתירה בין החוקרים באשר למרכיבים הייחודיים של דפוס התקשורת של רופאים עם חולים במחלות מעי דלקתיות. אחת ממטרות מחקר זה היא לזהות את דפוס התקשורת המועדף על ידי חולים אלו.

הקשר שבין דפוס תקשורת של רופאים עם חולים לבין צריכת שירותי בריאות על ידי החולים

הקשר בין סוג דפוס התקשורת של רופאים לבין צריכת שירותי רפואיים משמעותי, שכן לקשר זה השפעה ישירה על בריאותו הפיזית והנפשית של החולה כמו גם על העלויות הכספיות של ארגוני הבריאות. עם זאת, מספר מצומצם יחסית של מחקרים בדקו ישירות את הקשר בין דפוס תקשורת של רופאים לבין צריכת שירותי בריאות כגון, מספר בקורים אצל רופאים, מספר אשפוזים ובדיקות רפואיות.

Stewart ושותפיו (2000) בחנו את הקשר בין דפוס התקשורת של רופאי משפחה, כפי שהוא נתפס על ידי החולים, לבין מספר ביקורים אצל הרופא, מספר הבדיקות הרפואיות ומספר ההפניות לרפואה יועצת. נמצא שחולים אשר תפסו את סגנון התקשורת של הרופא כממוקד בהם (Patient Centered) קיבלו כמחצית מהבדיקות הרפואיות וההפניות למומחים בהשוואה לחולים שלא תפסו את סגנון התקשורת של הרופא כממוקד

בהם. החוקרים מסיקים שתקשורת שממוקדת בחולה, משפרת את מצבו הבריאותי ומגבירה את יעילות הטיפול על ידי צמצום מספר הבדיקות האבחוניות וההפניות למומחים. מחקר דומה בוצע על ידי Epstein ושותפיו (2005), שבדקו את הקשר בין תקשורת הממוקדת בחולה לבין הוצאות כספיות כפי שנמדדו על ידי בדיקות אבחוניות. נמצא שככל שהרופא נתפס כמנהל תקשורת הממוקדת יותר בחולה כך נשלח החולה לפחות בדיקות רפואיות. אולם, בניגוד למחקר הקודם, נמצא קשר בין דפוס התקשורת לבין זמן הביקור. ככל שהתקשורת הייתה ממוקדת יותר בחולה כך התארך משך הביקור אצל הרופא. מחקר אחר אשר בדק קשר בין דפוס התקשורת של הרופא לבין הוצאות כספיות לארגון Helms & Robbins, 1999 (Bertakis, Azari, Callahan,) מעלה, שרופאים שהתאפיינו בדפוס תקשורת "טכני" (Technically oriented style of care) נטו לשלוח את החולים ליותר בדיקות רפואיות ולחדרי מיון לעומת רופאים שהתאפיינו בסגנון תקשורת אקטיבי המערב את החולה בטיפול (Patient activation style). לקטוס (Lakatos, 2009) מדגיש כי ההשלכות הכלכליות המיוחדות לתקשורת לקויה עם הרופאים הן עצומות (שם, 4238) ומטילות עומס רב על ארגוני הבריאות. אחת הדרכים שהוצעו בכדי לשפר את התקשורת וההיענות לטיפול של חולים במחלות מעי דלקתיות, הן תכניות לניהול עצמי (Kennedy & Rogers, 2001; Waters et al., 2005) במטרה לאפשר לחולים לבנות בשיתוף פעולה מלא עם רופאיהם, תכנית המשלבת בצורה האופטימלית בעבורם את הטיפול הרפואי השגרתי עם אורח החיים (Self management plans). ווטרס ושות' (Waters et al., 2005) מציינים כי תכניות כאלו יתרמו לשליטה במחלה ויצמצמו באופן משמעותי את העלויות של המערכת הרפואית (provision costs) (Kennedy et al., 2004; Panés et al., 2014). בדומה לכך, סאביל ושות' (Saibil et al., 2008) מציינים כי לוויסות הביקורים במרפאה בעקבות הפעלה של תכניות לניהול עצמי של חולים במחלות מעיים דלקתיות, השלכות כלכליות וסביבתיות משמעותיות (שם: 280).

המחקרים המדווחים לעיל מראים כי לדפוס התקשורת של רופאים השפעה משמעותית על מדדים שונים של צריכת שירותים רפואיים של החולים אך כיווני הקשר תלויים גם באוכלוסייה וגם בסוג המחלה של הנבדקים. מסקירת הספרות שערכנו, לא נמצאו מחקרים הבודקים ישירות את הקשר בין דפוס תקשורת של רופאים לבין צריכת שירותי בריאות אצל חולים במחלות מעי דלקתיות. אחת ממטרות המחקר הנוכחי היא לשפוך אור על הקשר שבין דפוס תקשורת של רופאים לבין צריכת שירותי בריאות בקרב חולים במחלות מעי דלקתיות.

הקשר שבין דפוס תקשורת של רופאים לבין תפיסת המחלה (Illness perception) על ידי החולים

תפיסת המחלה היא מושג המתייחס לתיאור ולהבנה של האופן בו אדם מבנה בצורה קוגניטיבית ורגשית את מחלתו. תפיסת המחלה, Illness Perception, מוגדרת כמערך ייצוגים (או אמונות) קוגניטיביים מאורגנים שיש לאנשים אודות מחלתם. מחקרים מעלים שאמונות החולים אודות מצבם שונות לעיתים קרובות מאמונות הצוות הרפואי. בנוסף, מטופלים עם מצב רפואי דומה עשויים להחזיק בהשקפות שונות לגבי מחלתם (Petrie et al., 2007). לבנטל וחבריו (Leventhal et al., 1992) פיתחו את "מודל הוויסות העצמי" של תפיסת מחלה (Self-Regulation Model) על-מנת להעריך כיצד אנשים תופסים את מחלתם או איומים אחרים על בריאותם. על-פי המודל, אנשים יוצרים ייצוגים מנטאליים של מחלה בהתבסס על חמישה מימדים מרכזיים, הקשורים ביניהם בצורה לוגית: זהות מחלה- Identity (הסימפטומים והתוויות שאנשים מייחסים למחלתם), מסגרת הזמן

Timeline- (אמונות לגבי משך המחלה), תפיסות לגבי הסיבות למחלה- Cause (בכללן; תורשה, סביבה והתנהגות היחיד), אמונות לגבי השלכות המחלה על היחיד- Consequences (בהיבטים הפיזיולוגיים, הפסיכולוגיים והכלכליים) ואמונות לגבי מידת שליטה/ריפוי של המחלה- Control/Cure. כל אחד מחמשת המימדים מייצג תפיסה לגבי אספקט אחד של המחלה ויחדיו הם מספקים את נקודת המבט הקוהרנטית של האדם אודות מחלתו. Leventhal, Brissette & Leventhal (2003) טוענים שאנשים מווסתים את תגובותיהם הרגשיות וההתנהגותיות למחלה על-פי חמשת מימדים אלו. זאת ועוד, ממחקרים אחרים ידוע כי ייצוגים קוגניטיביים הקשורים למחלה באים לידי ביטוי במצוקה פסיכולוגית (Holliday, Wall, Treasure & Weinman, 2005) וביכולת ההתמודדות וההסתגלות של החולים למחלתם.

בניגוד למחלות כרוניות אחרות, בודדים המחקרים אשר בחנו את תפיסת המחלה אצל חולים במחלות מעי דלקתיות והקשר של תפיסה זו למשתנים רפואיים/הסתגלותיים. דוריאן ועמיתיה (Dorrian, Dempster & Adair, 2009) בדקו את התרומה היחסית של תפיסת המחלה ואסטרטגיות התמודדות של חולים אלה להסבר יכולת ההסתגלות שלהם למחלתם כפי שנמדדה בלחץ נפשי, איכות חיים ועצמאות תפקודית. ממצאי המחקר עולה כי תפיסת המחלה היא המשתנה המשמעותי ביותר ליכולת ההסתגלות של החולים למחלתם. במחקר אחר שעסק בחולי קרוהן נמצא קשר ישיר בין תפיסת המחלה של החולים לבין רווחתם הנפשית כפי שנמדדה ברמות דכאון וחרדה (Knowles, Wilson, Connell & Kamm, 2011). זאת ועוד, אחת ממסקנות מחקר שנערך בקרב חולי קרוהן ועסק בקשר בין תפיסת המחלה של החולים לבין תסמיני המחלה אצלם, היא שעל הרופאים להעמיק את הבנתם לגבי אופן תפיסת החולים את מחלתם (Kane, Loftus, Dubinsky & Sederman, 2008).

מחקרים אלה מדגישים את חשיבות תפיסת המחלה למדדים רפואיים והסתגלותיים כפי שהיא נתפסת על ידי החולים ורופאיהם כאחד. אם כך, נשאלת השאלה, האם דפוס התקשורת של הרופא קשור לאופן בו תופסים ומפרשים חולים במחלות מעיים דלקתיות את מחלתם? סקירת ספרות מקיפה העלתה כי חסרים מחקרים העוסקים בנושא זה. אחת ממטרות המחקר הנוכחי היא לתת מענה לשאלה חשובה זו.

2. מטרות המחקר

מחלות מעי דלקתיות נמשכות לעיתים שנים רבות ופוגעות באיכות החיים של החולים, בעיקר כאשר המחלה פעילה. הן מחייבות עקביות בטיפול התרופתי, מעקב רפואי קבוע ובדיקות רפואיות מורכבות. החמרה וסיבוכים במחלה יכולים לגרום לאשפוזים וניתוחים. חוקרים מדגישים את החשיבות הרבה שיש לקשר עקבי, ממושך הבנוי על יחסי אמון והדדיות בין הרופא המטפל לבין החולה. קשר כזה מאפשר לרופא להיות קשוב ומודע להיבטים רגשיים וחברתיים של ההתנסות האישית של החולה. הקשר חשוב לשם השגת תוצאות רפואיות מיטביות. חולים במחלות מעי דלקתיות זקוקים פעמים רבות לזמן ממושך עם רופאיהם, אולם פעמים רבות הביקור מוגבל בזמן. חוסר בזמן יכול לגרום לביקור להתרכז בנושאים הרפואיים-טכניים בעוד שחולים במחלות אלו מחפשים את הקשב של הרופא להיבטים הפסיכו-סוציאליים במחלה, אלו המקשים עליהם את חיי היומיום (Waters et al., 2005).

בויאר ולוטפי (Boyer & Lutfey, 2010) מסכמים כי לאור העלייה במספר החולים במחלות כרוניות, היחסים בין חולים ורופאים ואנשי צוותי בריאות אחרים הוא נושא מרכזי בעבור שירותי הבריאות. בין השאר הם מציינים את הרווח בשביעות רצון ורווחה של החולים כמו גם חסכון במשאבים למערכת הבריאות וצמצום של ביקורים אצל רופאים מומחים ושל אשפוזים (שם, S90). הם מציינים את התרומה המשמעותית שיש למחקר בסוציולוגיה של הבריאות למקבלי ההחלטות ולקובעי המדיניות (שם, S81) (Rosich & Hankin, 2010). למיטב ידיעתנו, עד כה לא נבדק בישראל הקשר בין דפוסי התקשורת של הרופא עם החולה לבין צריכת שירותי בריאות ותפיסת המחלה בקרב חולים במחלות מעי דלקתיות. מאחר ונמצא כי החולים שמתמידים בטיפול הרפואי גם בתקופות של נסיגה במחלה הם אלו שנמצאים במעקב רפואי קבוע וצמוד של רופא גסטרו מומחה (Rubin et al, 2002), בחנו את דפוסי התקשורת של החולים עם רופאים אלו.

על כן מטרת המחקר המוצע הן:

1. לזהות את דפוסי התקשורת של הרופא המועדף על ידי חולים במחלות מעי דלקתיות בישראל.
2. לבחון את הקשר בין דפוסי תקשורת רופא-חולה לבין א. תפיסת המחלה ב. צריכת שירותי בריאות בקרב חולים אלה.

השערות המחקר

1. ימצא קשר בין דפוסי התקשורת של עניין (Interest), שיתוף פעולה (Collaboration) ודאגה (Caring) של הרופאים, לבין הממדים השונים של תפיסת המחלה אצל החולים.
2. ימצא קשר בין דפוסי התקשורת של עניין (Interest), שיתוף פעולה (Collaboration) ודאגה (Caring) של הרופאים, לבין צריכת שירותי הבריאות (מספר הביקורים של החולים אצל רופאים ראשוניים ומומחים, מספר בדיקות רפואיות, טיפולים נפשיים, טיפולי דיאטנית, פנייה לאחיות) אצל החולים.
- בשל חוסר במחקרים מנוסחת השערות אלו כהשערות אפס ללא כיוון.
- ההשערות יבדקו תוך פיקוח ושליטה על משתנים סוציו-דמוגרפיים של הנבדקים.
- לבדיקת השערות המחקר נעשה שימוש בשיטת מחקר משולבת - איכותנית וכמותנית.

3. שיטת המחקר

אוכלוסיית המחקר: אוכלוסיית המחקר כללה חולים במחלות מעי דלקתיות המטופלים במכונים הגסטרואנטרולוגיים של בתי החולים סורוקה בבאר-שבע והדסה עין כרם בירושלים.

קריטריון הכללה במדגם: 1. חולה במחלת מעיים דלקתית (קרוהן או קוליטיס) 2. גיל 21 ומעלה 3. בקשר טיפולי עם רופא גסטרו במשך 8 חודשים לפחות. כרופאים גסטרואנטרולוגים, הוגדרו אותם רופאים בעלי תעודת מומחה במקצוע זה וכן מתמחים. יש לציין כי מכוני הגסטרו של בתי החולים סורוקה והדסה עין כרם הם

מהגדולים בארץ וכוללים אוכלוסיות חולים מגוונות. מספר הרופאים העובדים במכונים אלה ועוסקים במחלות מעי דלקתיות הוא כ- 15.

חישוב גודל המדגם הכמותני הדרוש נעשה באמצעות שימוש בתוכנת winpepi (20) משתתפים רואינו גם בראיון עומק).

הליך: שמות החולים התקבלו ממסדי הנתונים של מכוני הגסטרו של בתי החולים סורוקה והדסה עין-כרם. חולים אשר עמדו בקריטריונים להכללה אותרו על ידי מראיינים מנוסים שהסבירו להם את מטרת המחקר וביקשו את השתתפותם בו. חולים שהסכימו רואינו פנים אל פנים על ידי המראיינים במכוני הגסטרו או במקום אחר שהוסכם עליו. כל המשתתפים חתמו על טופס הסכמה מדעת המאושר על ידי וועדת הלסינקי של בתי החולים סורוקה והדסה. כל הנתונים נשמרו בסודיות ונעשה בהם שימוש לצרכי מחקר בלבד. המראיינים היו אנשי מדעי ההתנהגות או הרפואה שהוכשרו לתפקיד על ידי החוקרים. ראיון כמותני ממוצע ארך כ-45 דקות. הנתונים נאספו במהלך החודשים 4/17-10/18.

כלי המחקר

משתתפים תלויים:

1. **תפיסת המחלה:** Illness Perception Questionnaire - Revised (IPQ_R) פותח על-ידי Moss-Morris et al. (2002) להערכת הייצוגים הקוגניטיביים של המחלה כמו גם הייצוגים הרגשיים כתגובה למחלה. שאלון זה נמצא כבעל מהימנות פנימית גבוהה בין כל תתי הסולמות (Moss-Morris et al., 2002). השאלון תורגם לעברית על-ידי Benyamini, Konichezky & Jacoby (<http://www.uib.no/ipq>) ונמצא תקף ומהימן. השאלון מחולק לשלושה תתי סולמות:

א. הגדרת המחלה: 14 סימפטומים המתרכזים ב**זהות המחלה** (Illness identity). הנבדקים התבקשו לציין אם חוו כל סימפטום מאז מחלתם (כן/לא) וכן, האם הם מאמינים כי הסימפטומים קשורים באופן ספציפי למחלתם.

ב. השקפות לגבי המחלה - 38 פריטים המעריכים אמונות לגבי: **משך מחלה נתפס** - Timeline (אקוטי/כרוני. לדוגמא, "מחלתי תמשך זמן רב"), **שליטה עצמית נתפסת** - Personal Control (אמונה ביכולת לשלוט על הסימפטומים: "יש בכוחי להשפיע על המחלה שלי"), **שליטה באמצעות טיפול** - Treatment Control (אמונה ביעילות הטיפול בשליטה על המחלה: "הטיפול יהיה יעיל בריפוי המחלה שלי"), **השלכות נתפסות של המחלה** - Consequences ("למחלתי יש השלכות משמעותיות על חיי"), **הבנתו של החולה את מחלתו** - Illness Coherence ("יש לי תמונה ברורה ומובנת של מצב המחלה שלי"), **מהלך בזמן-מחזורי** - Cyclical Timeline ("אני עובר/ת מחזורים בהם המחלה משתפרת ומחמירה"), **ייצוגים רגשיים של המחלה** - Emotional Representations (תפיסה אמוציונאלית: "אני נעשה/ית מדוכא/ת כשאני חושב על המחלה שלי"). תגובות לכל היגד מוערכות באמצעות סולם Likert בן 5 רמות מ-1=מאד לא מסכים ל-5=מסכים מאוד.

ג. ייחוסים סיבתיים למחלה (Attributions) - 18 אפשרויות סיבתיות של המחלה (ביולוגיות, סביבתיות ופסיכולוגיות). על הנבדקים לדרג את ההיגדים המתארים סיבות אפשריות למחלתם ובנוסף, לדרג עד כמה כל סיבה (לפי אמונתם) משפיעה עליה. כמקובל בספרות, ממד זה חולק לייחוסים פסיכולוגיים וייחוסים חיצוניים למחלה.

2. צריכת שירותים רפואיים: נבחנו המדדים הבאים:

א. מספר בקורים אצל רופאים ראשוניים ב. מספר בקורים אצל רופאים יועצים (מומחים) ג. מספר בדיקות רפואיות (דם, אנדו והדמייה) ה. טיפול דיאטני ו. טיפול נפשי ז. פנייה לאחיות מכון הגסטרו. מדדים אלו נבחנו לגבי השנה שקדמה לראיון והתקבלו מדיווח עצמי של החולים.

משתנים בלתי תלויים:

1. **דפוס התקשורת של הרופאים עם החולים:** נמדד על פי המדד של Bachner ושותפיו (2005; 2006). המדד מונה 15 פריטים ומורכב משלושה גורמים: דאגה, עניין ושיתוף פעולה. גורם הדאגה כולל ששה פריטים (לדוגמא, "לרופא אכפת ממני"). גורם העניין כולל חמשה פריטים (לדוגמא, "הרופא מגלה עניין בעבודתי ובסדר היום שלי"). גורם שיתוף הפעולה כולל ארבעה פריטים (לדוגמא, "הרופא מכתוב לי את הטיפול מבלי להתייעץ אתי"). סקלת התשובות לכל הפריטים מונה שמונה דרגות החל ב-1, "בכלל לא מסכים" וכלה ב-8, "מסכים בהחלט". המחברים מדווחים על מקדמי מהימנות פנימית גבוהים לכל שלושת גורמי המדד, $\alpha = 0.83$, $\alpha = 0.79$, $\alpha = 0.88$ (Bachner et al., 2005). מדד זה, הותאם בעבר לחולים במחלת הסרטן, ובמחקר הנוכחי הותאם לחולים במחלות מעי דלקתיות.

2. **מאפיינים סוציו-דמוגרפיים של החולים:** נבדקו המשתנים גיל, (בשנים), מין (זכר/נקבה), מצב משפחתי (רווק, נשוי, חי עם בן/בת זוג, גרוש, אלמן), מספר ילדים, מצב כלכלי (על פי סקאלה מ-1, "גרוע מאוד" ועד 5- "מצוין"), השכלה (בשנים), רמת דתיות (חרדי, דתי, מסורתי, חילוני), מספר שנות המחלה וחומרת המחלה. בנוסף נבדקה רמת שביעות הרצון מהרופא על ידי שאלה אחת עם סקלת תשובות המונה שש דרגות החל ב-1 "מאוד לא שבע רצון" ועד- 6 "מאוד שבע רצון". שאלון המחקר המלא נבדק במבחן מקדים (Pre-test).

שיטות סטטיסטיות לעיבוד הנתונים וניתוחם

בתחילה מתוארים משתני המחקר על ידי שימוש בסטטיסטיקה תיאורית (מדדי נטייה מרכזית, מדדי פיזור). הקשרים שבין המשתנים התלויים לבלתי תלויים נבחנו על ידי מבחני Chi-Square או Spearman, Pearson בהתאם לסולמות המדידה של המשתנים. בהמשך, נבנו מספר מודלים רב-משתניים שבחנו בעזרת גרסיות ליניאריות היררכיות את התרומה הייחודית של המשתנים הבלתי תלויים להסבר המשתנים התלויים. עיבוד הנתונים וניתוחם נעשה בתוכנות לעיבוד סטטיסטי (SPSS, גרסה 22). רמת המובהקות נקבעה על $p < 0.05$.

תיאור השיטה האיכותנית

נערכו 32 ראיונות עומק חצי מובנים עם חולים במחלות מעי דלקתיות (13 נשים, 19 גברים), בירושלים ובבאר שבע במטרה להעמיק את ההבנה לגבי הדרך שבה הם רואים את דפוס התקשורת שלהם עם רופאיהם, תפיסת המחלה שלהם וצריכת שירותי הבריאות. המחקר הנוכחי התבסס על שיטת מחקר איכותנית קונסטרוקטיביסטית. המחקר הוא אינדוקטיבי כלומר נבנה מתוך קשב למה שעולה מהמשתתפים ומבלי לכפות הבנות מראש על המחקר (שקדי, 2011). הבחירה לקיים במחקר הנוכחי גם מחקר בשיטה איכותנית היא בהמשך למגמה שמסתמנת בשנים האחרונות במחקר, להבין את ההתנסות האישית של חולים כרוניים עם מוקד

המפגש שלהם עם רופאיהם (פינקלשטיין, 2014; גרבר ופינקלשטיין, 2013; May, 2012; McCormick et al, 2008; Radley, 2004).

הראיונות התקיימו במתכונת של שיחה פתוחה במשך 11 חודשים (ינואר 2018 - נובמבר 2018) על פי השאלות שהוגדרו בפרוטוקול המחקר. הראיונות ארכו כ- 30-60 דקות. כל הראיונות הוקלטו ותומללו במלואם. כל השמות המופיעים בדו"ח בדויים.

ניתוח תוכן הראיון (Content analysis) נעשה בארבעה שלבים עיקריים. בשלב ראשון, כל ראיון עבר מיפוי מפורט ונרשמו הנושאים המרכזיים בכדי לנסות ולחדד את הדברים המרכזיים שהיו משמעותיים לכל מראיין/ת בנפרד. בשלב שני, נרשמו הנושאים המשותפים לכל הראיונות בטבלה. הציטוטים המרכזיים מכל הראיונות עברו מיפוי כדי למצוא את הבולטים מביניהם, שמעבירים בצורה ממצה את המשמעות של אותו נושא בעיני המשתתפים. בשלב השלישי, כל נושא קיבל כותרת והסבר במלל מפורט תוך כדי שילוב ציטוטים מתאימים שידגימו את מה שתיארו המשתתפים. המטרה היתה להביע את המורכבות של הדברים שנאמרו על ידי המשתתפים כך שישמע "הקול" המשותף שלהם על שאלות ונושאי המחקר. בשלב האחרון, נערכה קריאה מחודשת של הראיונות כדי לוודא שהניתוח הסופי אכן מבטא את המשמעות של הדברים המרכזיים שנאמרו על ידי המשתתפים. בשלב זה חודדו ההבדלים בין הנושאים כדי שלא תהיה חפיפה ביניהם.

4. ממצאים (ראה טבלאות בנספח 1)

סטטיסטיקה תיאורית

תחילה תוצג הסטטיסטיקה התיאורית של המשתתפים הסוציו-דמוגרפים של החולים (טבלה 1), מדדי תפיסת המחלה (טבלה 2), מדדי צריכת שירותי הבריאות (טבלה 3) ומדדי דפוסי התקשרות של החולה עם הרופא (טבלה 4).

השתתפו במחקר 171 משתתפים (חולים). מעיון בטבלה 1 ניתן לראות כי ממוצע גיל החולים הינו 41.65 (ס.ט. 15.91), כאשר 50.3% מהחולים הינם גברים ואילו 49.7% הינן נשים. מרבית החולים נשואים (62.4%) וממוצע מספר ילדיהם הוא 2.29 (ס.ט. 1.92). 39.9% מהחולים מגדירים עצמם כחילונים. כמעט מחצית (42.4%) מהחולים בעלי השכלה אקדמית, ומגדירים עצמם במצב כלכלי בינוני עד טוב מאוד (89%).

ממוצעים וסטיות תקן של מדדי תפיסת המחלה מוצגים בטבלה 2. מעיון בטבלה עולה כי ממוצע השקפות החולים לגבי המחלה הינו 3.54 (ס.ט. 0.62), סכום הסימפטומים המרכיבים את הגדרת מחלתם הינו 5.93 (ס.ט. 3.26), ממוצע הייחוסים הפסיכולוגיים הינו 2.80 (ס.ט. 1.01), ואילו ממוצע הייחוסים החיצוניים הינו 2.24 (ס.ט. 0.77). בטבלה 3 מוצגים ממוצעים וסטיות תקן של מדדי צריכת שירותי הבריאות על ידי החולים. מעיון בטבלה עולה כי החולים ביקרו בממוצע במהלך השנה החולפת 8.51 (ס.ט. 9.77) פעמים את הרופא, 5.15 (ס.ט. 4.79) פעמים רופאים מומחים, 2.41 (ס.ט. 1.06) פעמים את הדיאטנית, 3.27 (ס.ט. 1.25) פעמים את רפואת הנפש, ו-2.17 (ס.ט. 1.01) פעמים את האחות. כמו כן, החולים עברו מספר ממוצע של 6.30 (ס.ט. 5.76) בדיקות דם, 1.06 (0.98) בדיקות אנדו, ו-1.06 (1.28) בדיקות הדמיה. דירוג מדדי התקשרות של הרופאים עם

החולים מוצגים בטבלה 4. מעיון בטבלה עולה כי החולים דירגו את מדד שיתוף הפעולה כגבוה ביותר (6.89, ס.ת. 1.01), אחריו את מדד הדאגה (6.73, ס.ת. 1.45) ולבסוף את מדד העניין (4.60, ס.ת. 1.82). כמו כן נמצא כי ממוצע שביעות הרצון מהרופא והמרפאה הינו 5.31 (ס.ת. 0.82).

בחינת הקשרים בין המשתנים הסוציודמוגרפיים של החולים לבין תפיסת המחלה וצריכת שירותי בריאות

הקשרים בין המשתנים הסוציודמוגרפיים של החולה לבין מדדי תפיסת המחלה וצריכת שירותי בריאות מוצגים בטבלאות 5-6. מעיון בטבלה 5 עולה כי נמצא קשר שלילי חלש וקרוב למובהקות בין מספר ילדיו של החולה לבין השקפותיו לגבי המחלה. ככל שמספר הילדים עולה כך ההשקפות לגבי המחלה מתונות יותר. נמצא קשר שלילי חלש ומובהק בין מספר הילדים של החולה לבין הייחוסים החיצוניים שעושה החולה. כך שכלל שמספר הילדים של החולה גדול יותר כך חלשים יותר הייחוסים החיצוניים. נמצא קשר חיובי ומובהק בין מין החולה לבין הגדרת המחלה. נשים מדווחות כי הן סובלות מיותר סימפטומים של המחלה בהשוואה לגברים. נמצא קשר חיובי, חלש וקרוב למובהקות בין מין לייחוסים פסיכולוגיים. נשים מדווחות כי הן עושות יותר ייחוסים פסיכולוגיים בהשוואה לגברים. נמצא קשר שלילי, חלש ומובהק בין המצב הכלכלי להגדרת המחלה. חולים במצב כלכלי טוב דיווחו על פחות סימפטומים של המחלה בהשוואה לחולים במצב כלכלי גרוע. בנוסף, נמצא קשר שלילי, חלש ומובהק בין מצב הכלכלי של החולה לבין הייחוסים החיצוניים שהוא עושה. חולים במצב כלכלי טוב דיווחו על פחות ייחוסים חיצוניים בהשוואה לחולים במצב כלכלי גרוע.

מעיון בטבלה 6 עולה כי נמצא קשר שלילי חלש ומובהק בין גיל החולה לבין מספר ביקורי הרופא, מומחה, ורפואת הנפש, בדיקות דם ובדיקות אנדו. כך שכלל שהחולה מבוגר יותר כך הוא מבקר פחות את הרופא, המומחה ואת איש רפואת הנפש והוא מבצע פחות בדיקות דם ובדיקות אנדו. נמצא קשר שלילי ומובהק בין מספר הילדים של החולה לבין מספר ביקורי רופא ומומחה. ככל שמספר הילדים קטן יותר, כך רבים יותר מספר ביקורי הרופא והמומחה. נמצאו קשרים חיוביים ומובהקים בין מין לבין מספר ביקורי רופא, מומחה ואיש רפואת הנפש, ומספר בדיקות אנדו. כך שנשים ביקרו יותר רופאים, מומחים ורופאים מרפואת הנפש, וביצעו יותר בדיקות אנדו בהשוואה לגברים. נמצא קשר שלילי ומובהק בין סטטוס משפחתי למספר ביקורי רופא. חולים נשואים מבקרים פחות את הרופא בהשוואה לחולים רווקים/אלמנים/גרומים. כמו כן, נמצא קשר חיובי ומובהק בין סטטוס משפחתי לבין ביקורי אחות ודיאטנית. כך שנשואים מבקרים יותר את האחות והדיאטנית בהשוואה לחולים רווקים/אלמנים/גרומים. נמצא קשר שלילי ומובהק בין השכלה למספר ביקורי רופא ולמספר בדיקות הדמיה. כך שחולים אקדמאים מבקרים פחות את הרופא ומבצעים פחות בדיקות הדמיה בהשוואה לחולים שאינם אקדמאים. בנוסף לכך, נמצא קשר שלילי ומובהק בין מצב כלכלי לבין מספר ביקורי רופא, מומחה ומספר בדיקות הדמיה. כך שחולים במצב כלכלי טוב הולכים פחות לרופא ולמומחה ומבצעים פחות בדיקות הדמיה בהשוואה לחולים במצב כלכלי גרוע. כמו כן נמצא קשר חיובי וקרוב למובהקות בין מצב כלכלי לבין מספר ביקורי רפואת הנפש. חולים במצב כלכלי טוב צורכים יותר שירותי רפואת נפש בהשוואה לחולים במצב כלכלי גרוע.

בחינת השערות המחקר

-ההשערה הראשונה (H1) כי ימצא קשר בין דפוסי התקשורת של עניין (Interest), שיתוף פעולה (Collaboration) ודאגה (Caring) של הרופאים, לבין הממדים השונים של תפיסת המחלה אצל החולים, נבחנה באמצעות מתאמי פירסון. ממצאי הניתוח מוצגים בטבלה 7.

מעיון בטבלה עולה כי נמצאו קשרים חיוביים ומובהקים בין דפוס תקשורת של עניין לבין שליטה במחלה, שליטה באמצעות טיפול, השלכות המחלה, ייצוגים רגשיים והשקפות בנוגע למחלה. כך שכלל שהעניין בחולה עולה כך עולה תחושת השליטה במחלה, שליטה באמצעות טיפול, השלכות המחלה, ייצוגים רגשיים והשקפות בנוגע למחלה.

נמצא קשר חיובי בין שיתוף פעולה בין הרופא לחולה ובין הבנת החולה את המחלה והשקפותיו לגבי המחלה וקשר חיובי וקרוב למובהקות בין שיתוף פעולה לבין משך מחלה נתפס ולייחוסים פסיכולוגיים. כך שכלל ששיתוף הפעולה בין הרופא לחולה גובר, כך עולה הבנתו של החולה את המחלה, השקפותיו, הייחוסים הפסיכולוגיים ומשך המחלה הנתפס.

נמצא קשר חיובי בין דאגה לבין השלכות המחלה, ייצוגים רגשיים, הבנת המחלה והשקפות בנוגע למחלה. כך שכלל שהדאגה בין הרופא לחולה רבה יותר, כך מתגברים הבנת המחלה, הייצוגים הרגשיים, ההשקפות לגבי המחלה והשלכות המחלה. בנוסף לכך נמצא קשר חיובי ומובהק בין שביעות רצון לבין הבנת החולה את המחלה. ככל ששביעות רצון החולה גבוהה יותר כך גוברת הבנת החולה את מחלתו.

-ההשערה השנייה (H2) כי ימצא קשר בין דפוסי התקשורת של עניין (Interest), שיתוף פעולה (Collaboration) ודאגה (Caring), לבין צריכת שירותי הבריאות: מספר הביקורים של החולים אצל רופאים ראשוניים ומומחים, מספר אשפוזים, מספר הבדיקות הרפואיות, מספר בקורים אצל אחיות וטיפולים נפשיים, נבחנה באמצעות מתאמי פירסון. ממצאי הניתוח מוצגים בטבלה 8.

מעיון בטבלה עולה כי נמצא קשר חיובי בין עניין לבין מספר בדיקות הדמיה. ככל שהחולה תופס את הרופא כמתעניין בו יותר, כך עולה מספר בדיקות ההדמיה של החולה. כמו כן נמצא קשר שלילי קרוב למובהקות בין עניין למספר ביקורי מומחה. כלומר, ככל שהחולה סבור שהרופא מתעניין בו יותר, כך קטן מספר ביקוריו אצל מומחים. נמצא קשר חיובי ומובהק בין שיתוף פעולה לבין מספר פגישות דיאטנית. כך שכלל שהחולה דירג גבוה יותר את שיתוף הפעולה עם הרופא, כך עלה מספר פגישותיו עם הדיאטנית. כמו כן נמצא קשר שלילי וקרוב למובהקות בין שיתוף הפעולה למספר ביקורי בריאות הנפש. כך שכלל שעולה שיתוף הפעולה בין הרופא לחולה כך פחותים מספר הביקורים במערך בריאות הנפש. נמצא קשר חיובי ומובהק בין דאגה למספר פגישות דיאטנית. כך שכלל שעולה הדאגה לחולה כך עולה מספר ביקוריו אצל הדיאטנית.

בנוסף לכך, נמצא קשר חיובי ומובהק בין שביעות רצון החולה לבין ביקורי מומחה ובריאות הנפש. כך שכלל ששביעות רצון החולה גבוהה יותר, כך עולים מספר ביקוריו אצל מומחים ואנשי בריאות הנפש.

ניתוחי רגרסיה היררכית

בכדי לבחון אילו משתנים מסבירים את מידת ההשקפות של החולה בנוגע למחלה, בוצע ניתוח רגרסיה היררכית. למשוואת הרגרסיה הוכנסו רק המשתנים שנמצאו במתאם מובהק סטטיסטי עם השקפות בניתוחים הדו-משתניים. המשתנים הבלתי תלויים שנכנסו לניתוח זה, הינם: בלוק 1 - מאפיינים סוציו-דמוגרפיים – מספר ילדים. בלוק 2 - משתני התקשורת עם הרופא – עניין, שיתוף פעולה ודאגה. ממצאי הניתוח מוצגים בטבלה 9. מעיון בטבלה עולה כי מודל הרגרסיה להסבר השקפות החולה לגבי המחלה מובהק $[F(4,145)=2.44, p=0.05]$. בבולק הראשון, למספר הילדים לא נמצאה תרומה ייחודית מובהקת להסבר השקפות החולה. לעומת זאת בבולק השני, נמצא משתנה אחד קרוב למובהקות. למימד התקשורת דאגה של הרופא, תרומה ייחודית חיובית קרובה למובהקות, להסבר השקפות בנוגע למחלה. כך שכלל שהחולה מרגיש שהרופא דואג לו יותר כך השקפותיו בנוגע למחלה חיוביות יותר. נמצא כי משתנה זה מסביר 6.3% משונות המשתנה התלוי – השקפות בנוגע למחלה.

בכדי לבחון אילו משתנים מסבירים את רמת הייחוסים הפסיכולוגיים, בוצע ניתוח רגרסיה היררכית. למשוואת הרגרסיה הוכנסו רק המשתנים שנמצאו במתאם מובהק סטטיסטי עם הייחוסים הפסיכולוגיים בניתוחים הדו-משתניים. המשתנים הבלתי תלויים שנכנסו לניתוח זה, הינם: בלוק 1 - מאפיינים סוציו-דמוגרפיים – מין. בלוק 2 - משתני התקשורת עם הרופא – שיתוף פעולה. ממצאי הניתוח מתוארים בטבלה 10.

מניתוח הנתונים עולה כי מודל הרגרסיה להסבר ייחוסים פסיכולוגיים בנוגע למחלה נמצא לא מובהק $[F(2,168)=1.65, p=0.195]$. לא נמצאו תרומות מובהקות לשני המשתנים הבלתי תלויים בהסבר הייחוסים הפסיכולוגיים של החולה.

בכדי לבחון אילו משתנים מסבירים את מספר ביקורי החולה ברפואת הנפש, בוצע ניתוח רגרסיה היררכית. למשוואת הרגרסיה הוכנסו רק המשתנים שנמצאו במתאם מובהק סטטיסטי עם מספר ביקורי החולה ברפואת הנפש בניתוחים הדו-משתניים. המשתנים הבלתי תלויים שנכנסו לניתוח זה, הינם: בלוק 1 - מאפיינים סוציו-דמוגרפיים – גיל, מין, ומצב כלכלי. בלוק 2 - משתני התקשורת עם הרופא – שיתוף פעולה ושביעות רצון. ממצאי הניתוח מוצגים בטבלה 11.

מעיון בטבלה עולה כי מודל הרגרסיה להסבר מספר ביקורי החולה ברפואת הנפש נמצא מובהק $[F(5,27)=3.11, p=0.02]$. בבולק הראשון, נמצא כי לשלושת המשתנים הסוציו-דמוגרפיים תרומה ייחודית מובהקת. כך שחולים ממין זכר, מבוגרים יותר ובעלי מצב סוציו-אקונומי נמוך, מגיעים פחות לטיפולים בבריאות הנפש. לעומת זאת בבולק השני, נמצא כי רק המשתנה מצב כלכלי הינו בעל תרומה ייחודית מובהקת. המשתנים שיתוף פעולה ושביעות רצון לא נמצאו מובהקים. גם המשתנים הסוציו-דמוגרפיים: גיל ומין נמצאו לא מובהקים. השונות המוסברת של המודל נמצאה גבוהה יחסית. כלל המשתנים הסבירו 37% משונות המשתנה התלוי – מספר ביקורי החולה ברפואת הנפש. ייתכן ומדדים אלו לא נמצאו מובהקים עקב המדגם הקטן שביקר ברפואת הנפש ($N = 32$). לאור המדגם הקטן, ולאור המגמות הברורות, נשער כי הגדלת המדגם תאפשר קבלת אפקטים מובהקים.

בכדי לבחון אילו משתנים מסבירים את מספר ביקורי החולה אצל דיאטנית, בוצע ניתוח רגרסיה היררכית. למשוואת הרגרסיה הוכנסו רק המשתנים שנמצאו במתאם מובהק סטטיסטי עם מספר ביקורי החולה אצל דיאטנית בניתוחים הדו-משתניים. המשתנים הבלתי תלויים שנכנסו לניתוח זה, הינם: בלוק 1 - מאפיינים סוציו-דמוגרפיים – סטטוס משפחתי. בלוק 2 - משתני התקשורת עם הרופא – שיתוף פעולה דאגה. ממצאי הניתוח מוצגים בטבלה מספר 12. מעיון בטבלה עולה כי מודל הרגרסיה להסבר מספר ביקורי החולה אצל דיאטנית נמצא מובהק $[F(3,40)=3.03, p=0.04]$. בבלוק הראשון, נמצא כי המצב המשפחתי אינו מובהק. בבלוק השני נמצא כי רק המשתנה שיתוף פעולה הינו בעל תרומה ייחודית מובהקת. כך שככל שהחולה מדווח שמידת שיתוף הפעולה של הרופא עמו גבוהה יותר, כך הוא צורך יותר ביקורי דיאטנית. יתר המשתנים נמצאו לא מובהקים. בנוסף לכך, השונות המוסברת של המודל נמצאה בינונית. כלל המשתנים הסבירו 18% משונות המשתנה התלוי – מספר ביקורי החולה אצל דיאטנית.

בכדי לבחון אילו משתנים מסבירים את מספר ביקורי החולה אצל רופאים מומחים, בוצע ניתוח רגרסיה היררכית. למשוואת הרגרסיה הוכנסו רק המשתנים שנמצאו במתאם מובהק סטטיסטי עם מספר ביקורי החולה אצל מומחים בניתוחים הדו-משתניים. המשתנים הבלתי תלויים שנכנסו לניתוח זה, הינם: בלוק 1 - מאפיינים סוציו-דמוגרפיים – גיל, מין, מספר ילדים, ומצב כלכלי. בלוק 2 - משתני התקשורת עם הרופא – עניין ושביעות רצון. ממצאי הניתוח מוצגים בטבלה מספר 13. מעיון בטבלה עולה כי מודל הרגרסיה לניבוי מספר ביקורי החולה נמצא קרוב למובהקות $[F(6,128)=1.98, p=0.07]$. בבלוק הראשון, נמצא כי רק למשתנה הגיל תרומה ייחודית מובהקת. כך שחולים צעירים יותר, צורכים יותר ביקורים אצל מומחה. בבלוק השני, משתנה הגיל נותר מובהק, אולם יתר המשתנים לא נמצאו בעלי תרומה ייחודית מובהקת להסבר. כלל המשתנים הסבירו 8% משונות המשתנה התלוי - מספר ביקורי מומחה.

ממצאי המחקר האיכותני

הבנת המחלה

המראיינים סיפרו שהם לומדים על מנת להבין את המתרחש במחלתם: "מדי פעם אני לומדת, כאילו קוראת עוד קצת או נחשפת לזה יותר" (מאיה); "אני קורא הרבה, למדתי הרבה" (דוד). היו שאמרו כי למרות רצונם להבין, הם חשים שהבנתם את המחלה אינה מספקת: "...זה לא דבר שזה נכון להגיד, שאני מבין את הכל, כי זה מאוד מאוד מסועף, יש הרבה מאוד ... פרטים למחלה הזו ויש הרבה דברים שלא יודעים... מבין קצת" (עומר). בנוסף היו שהתייחסו להבנת המחלה לא כצבירת ידע מדעי אלא הבנה שרכשו מתוך הניסיון האישי שלהם: "אני חושבת שכל מי שחולה במחלה הזאת כבר יודע לבד מה טוב לו, איזה אוכל עושה לו טוב... לפני שידעתי שיש לי [מחלה], אני ידעתי מה עשה לי שלשול, מה לא גורם לי שלשול ומה נותן לי להרגיש יותר טוב ומה פחות..." (ברכה). בד בבד, היו מראיינים שהביעו חוסר עניין בהבנת המחלה: "לא, אני לא חושב שזה אמור לעניין אותי... תראי מי שאמור להבין את זה, זה הרופא, זה לא אני" (גלעד). היו שהסבירו את ההעדפה להימנע ממידע מחשש למשברים רגשיים: "... אני בכוונה לא נכנסת לאינטרנט לבדוק... ידיעת יתר הרבה פעמים גורמת לי לחשש וחרדה אז אני בחרתי להיות בת יענה ולדעת את המקסימום או את המיטב שמתאים לי" (שרית).

חלק מהמראיינים אמרו שהם עדיין מנסים להתרגל לעצם העניין שהם חולים כרוניים "אני חושב שאני עדיין מתרגל לזה... זה לא כאילו קיבלתי את זה לגמרי, נגיד בבוקר לבלוע את הכדור בלי לחשוב כאילו מה המשמעות של זה ומה זה אומר שאני בעצם חולה כרוני ואני צריך לקחת כדור כל יום מעכשיו ועד סוף החיים" (אליהו).

השלכות המחלה על חיי היום יום ודרכי התמודדות.

המראיינים סיפרו שהמחלה משפיעה על חיי היום יום כך ניתן לראות מדבריה של ברכה כי היא צריכה להגביל את עצמה באכילה כדי שלא יופיעו התסמינים בזמני העבודה: "... שאני לא נמצאת בבית, אני לא אוכלת עד שאני לא חוזרת הביתה, כדי שלא יהיו לי הרבה שלשולים, שלא תכאב לי הבטן". היו ששיתפו כיצד המחלה משפיעה בכל תחומי החיים: "... לי זה פגע... גם בעבודה גם בלימודים. אפילו בחברים. שאתה לא יכול לצאת... אתה די תקוע בבית, פלוס מינוס... בבוקר זה די דופק אותי, כשאתה קם, שאתה צריך לקום מוקדם אז אתה קם עם כאב או אפילו עם צרבת." (יהונתן). לדבריה של יעל המחלה משפיעה עליה מאוד: "זה פוגע באיכות החיים". מדברי המראיינים עולה הצורך לקחת בחשבון נגישות מידית לשירותים והדבר הופך להיות חלק משגרת יומם: "... אם אני יוצא לאיזה מקום חייב להיות בו שירותים מסודרים, אם לא, אני לא הולך" (אריה). יציאות מהבית הן אתגר העומד בפני חולים אלו, לדבריו של יהונתן: "אני יודע שכשאני אטוס זה יהיה בלאגן רציני. כי אם אני טס יותר משבועיים אני צריך להביא סוג של מקרר קטן בשביל לשים את התרופות שלי בפנים". לדבריה של מאיה: "... זה ומצריך להתארגן אם אני רוצה לצאת לאנשהו, להתארגן עם אוכל בהתאם".

בכל זאת, לחלק מהמראיינים יש פעילויות שחשוב להם לעשות על אף ולמרות הקשיים הנובעים מהמחלה. למשל, אליהו מספר שחשוב לו להמשיך לטייל: "לא מגביל את עצמי יותר מידי ומרשה לעצמי... גם ללכת לטייל יומיים בלי להיות קרוב למקלחת או לשירותים נוחים". ברכה ח. אומרת שהיא עושה פעילות גופנית כמו לפני שחלתה: "אני עושה כל מה שעשיתי לפני זה, אני עושה ספורט... אני משתדלת".

המראיינים אמרו שיש הבדל בין התמודדות עם המחלה כאשר יש התלקחות: "בתקופות של התקפים שזה אומר כאבי בטן חריפים, אשפוזים, טיפולים זה משפיע מאוד. כאילו גם על התפקוד, אי אפשר לתפקד בכלל" לבין מצב של "הפוגה" (remission) שאז ההרגשה טובה יותר: "כשאני במצב של רמיסה אני על הכיפאק", אמרה אלישבע. כמה מראיינים אמרו שלמחלה השפעה על מצבם הכלכלי כיון שקשה להם לתפקד בעבודה כך לדבריו של אחיה: "אני עובד ב... בישיבה... אם אתה מאחר שם... כמות מסוימת של שעות אז מתחילים להוריד לך מהמלגה. ובתור חולה קרוהן אני לפעמים... סופג הורדה רצינית במלגה". איציק אומר שבשנים הראשונות לאחר התפרצות המחלה עד שלמד כיצד להתמודד איתה היה לו קשה בעבודה: "בעבודה לא יכולתי לתפקד כמעט".

תחושת השליטה על המחלה

החולים שראיינו העידו כי התרופות תורמות לתחושת השליטה במחלה, גם אם היא חלקית: "אני מניחה שבזכות התרופות שאני מקבלת יש שליטה כי אני ברמיסה מוחלטת" (ברכה); "יש חצי שליטה בגלל התרופות, אם נפסיק את התרופות בטח זה יתגבר" (ברוך); "בלי זה אני לא יכול לנהל את עצמי" (אליהו). היו שציינו את

היעילות של הטיפול הביולוגי: "...ברגע שהתחלתי לפני איזה חצי שנה עם תרופה ביולוגית השתפר המצב, הצלחתי לקחת איזה עשר קילו בחזרה" (יהונתן).

עם זאת, היו מרואיינים שהעידו כי למרות התרופות הם מרגישים חוסר שליטה: "אין לי צל של מושג כמה זה עוזר...אם בכלל זה עוזר. לצערי בכל שנה אני מחליף תרופה כי, עובדתית קלינית, זה לא עוזר..." (יותם). אומרת מאיה: "היו תרופות והיו תרופות.... אני לא יודעת אם לתלות את זה בתרופה אבל היה לי חמש שנים של שקט שלא הרגשתי שום ביטוי של המחלה...הייתה תרופה שלא עזרה לי כל כך, להפך עשתה לי קצת יותר סיבוכים....". "יותם מרגיש כי: "השליטה שלי במחלה היא אפס. ... המחלה היא נמצאת בגוף שלי כישות נפרדת שהיא מנהלת אותי". אלישבע מתארת את פרקי התפרצות המחלה בהם היא חסרת שליטה: "כשיש התקפים אין לי שליטה... לא על סוגרים, לא על המחלה ובקיצור כאוס אחד גדול בחיי..." ותיארה את התחושה בזמן התקף כ "גיהנום עלי אדמות". היו מרואיינים שקישרו בין המצב הנפשי למצב הגופני, לדברי גלעד: "יש משהו שמניע את ההתפרצויות... עכשיו, שאני לוקח כדורים ושאיני לוקח תרופה וגם שאני מסתכל טוב על מה שאני אוכל, אז כן אני מצליח איכשהו לנהל אותה, אבל אין לי מושג מתי זה מתפרץ... מספיק שיש מבחן, יש לחץ, יש לחץ בעבודה, לא משנה מה...". היו שצינו שעצם היכולת להיעזר ולהתייעץ עם הצוות הרפואי היא זו שיוצרת תחושה של שליטה במצב, גם אם המחלה מתפרצת: "ברגע שיש את המעטפת הרפואית אז יש לזה הרבה יותר שליטה. כשיש לך לאן לפנות ולמי להתקשר..." (יגאל). חלק מהמרואיינים טענו שהידיעה שיש סוף לתקופות הקשות ולהתפרצויות המחלה מחזקת אותם בהתמודדות עם המחלה: "...זה חשוב שהרופאים אומרים את זה, שתדע לך שהרוב המוחלט של החולים חוזרים לחיות חיים נורמליים... וזה נותן כוח. אז אתה אומר יהיה לזה סוף, נמצא את הפתרון ויהיה בסדר." (עומר)

היו שצינו את התזונה כגורם משפיע בשליטה על המחלה: "באופן כללי אם אני לא אוכל דברים שאני יודע שהם לא... הכי טובים למערכת המעיים... אני מרגיש בעצם בזה אני שולט על המצב שלי" (אחיה). אולם דוד מסייג את ההדרכות התזונתיות: "בהתחלה, כמו כל אחד שחולה במחלה הזאת, ... היו כל מיני עצות להימנע... ממאכלים מלאים עם הרבה סיבים או אוכל חריף, אבל לי התברר, שאין שום קשר, בין מה שאני מכניס לפה מה שאני אוכל, להתפתחות של המחלה, כלומר, היא מחלה אוטואימונית שלא קשורה בכלל לתזונה... אולי יש דבר מסוים [כמון] אפונה שגורמת לי אי נעימות אבל אני לא חושב שזה קשור לקוליטיס".

תקשורת עם הרופאים

מתן הסברים ומענה לשאלות

המרואיינים הדגישו את רצונם להבין את מחלתם ולקבל הסברים מהרופא: "אני תמיד שואל... תמיד בקשתי להבין, לדעת...מה כל תרופה עושה...מה היא פועלת ואיך היא פועלת", אמר דוד והוסיפה אלישבע: "אני לא חושבת שאני רופאה אבל אני מספיק אינטליגנטית כדי שסיבירו לי במה דברים אמורים". המרואיינים סיפרו על החשיבות של מתן המידע והסברים כדבר שעוזר להרגיע אותם, מקנה ביטחון ברופא ועוזר להפחית לחץ מהמחלה: "זה עוזר שיש מישהו ש...שחולק אתך את המידע ומסביר לך ואתה רואה גם שהוא אחראי. ... אתה פחות לחוץ" (עומר); "כי אם אתה לא מקבל תשובות אז ודאי האי בהירות והשאלות והמתחים יהיו הרבה יותר גדולים ... " (יותם). הייתה מרואינת שסיפרה כיצד לפעמים היא לא מבינה את ההסבר של הרופא אבל מעדיפה

לא להטריח אותו ומחפשת בעצמה את המידע: "...לפעמים לא נעים לי להטריד את הרופא אז אם יש משהו שלא מבינה [אני] בודקת לבד... בכללי לא מפריעה ומציקה עם שאלות" (אלישבע).

שיתוף והצגת אפשרויות טיפול

היו מרואיינים שאמרו שהם מעדיפים שהרופא ימסור מידע ויספר למטופל על אופציות הטיפול: "אני חושבת ששיתוף ופריסת כל האופציות זו הדרך הכי טובה" (מאיה). היו שאמרו שהם מעדיפים לדעת את כל המידע שקיים למרות שמצד אחד זה עלול לבלבל אך מנגד עוזר למנוע טיפול פחות יעיל: "זה תמיד מבלבל לשמוע הרבה אופציות. אני חושבת שזה עדיף מאשר ליפול לאחד מהטיפולים שיכולים להיות בסוף פחות מועילים" (מאיה). ברכה הוסיפה: "אני אוהבת להבין, לא רק שנותנים לי הוראות". היו מרואיינים שדיברו על שיתוף אבל בכל זאת הדגישו את הידע של הרופא כמכריע: "הוא [הרופא] חושב ביחד אתי אבל ברור שהוא יודע מה הוא עושה הרבה יותר טוב ממני. נכון שאני מכיר יותר את הגוף שלי אבל הוא [הרופא] יודע מה התרופות מה השלכות שלהם" (אריה). היו שצינו בבירור שהם מעדיפים שהרופא יבחר: "אין לי את הידע הרפואי כדי להחליט מה נכון ומה טוב עבורי אבל אני סומך עליהם [על הרופאים]" (יותם). עם זאת, המרואיינים אמרו שגם כאשר הרופא קובע את הטיפול, חשוב להם שיתקנו מקום של כבוד למה שהם אומרים: "...הוא [הרופא]... אמר לי בסופו של דבר מה לעשות אבל הוא לא זלזל במה שאני אומר" (עומר). מרואינת אחת דיברה על "הפחד לחלוק על דברי הרופא ולעשות דברים בניגוד לדעתו: "לפעמים אני קצת מפחדת ממנו שאני עושה דברים בניגוד לדעתו. לא אוהבת להיכנס לעימות עם הרופא אני לא נוהגת לקטר, אני עושה את מה שצריך, אז זה נוח לרופא ונוח לי" (אלישבע). בד בבד, היו מרואיינים שחשבו שדעתו שעל אף שדעתו של הרופא היא הקובעת בסופו של דבר, יש חשיבות למתן הסברים והתייעצו עם המטופל ופריסת אפשרויות הטיפול בפניו: "...אני מאוד מעריך את... הרופא... דעתו בעיקרון אמורה לקבוע בסופו של דבר אבל עדיין... חולה מעדיף שגם יספרו... יתייעצו איתו" (אחיה); הייתה מרואינת שהרחיבה את הנושא ואמרה שבסופו של דבר ההחלטה הסופית תהיה מרכיב של מספר גורמים ביניהם התייעצות עם רופאים ובירורים של המשפחה: "אני בדרך כלל הולכת להתייעץ עם גם כמה רופאים... לשמוע כמה דעות. ההורים שלי... יש להם גם את הידע וגם הם מתייעצים..." (מאיה). ולבסוף, היה מרואיין אחד, שאמר שהוא מכתוב בסופו של דבר לרופא מה לעשות הוא מכתוב והרופא עושה: "... בעצם זה אני הרופא, לא הוא הרופא. כי אני אומר לו מה לעשות... הוא רק כותב. הוא שומע אותי... כותב והוא מגיע למסקנה... מה עלי לעשות" (איציק). יגאל דיבר על החשיבות של התייחסות ההדרגתית של הרופא למחלה ולטיפולים בעיקר בשלב של גילוי המחלה: "אתה לא יודע באמת מה נפל עליך, אתה לא יודע איך להתמודד עם זה... מה זה אומר... אפשר להתחיל עם משהו [טיפול] יותר קטן... לתת למטופל רגע להבין באיזה מצב הוא נמצא, לווסת את זה... להגיד לו הנה אתה רואה אתה מרגיש כבר יותר טוב?... בוא נלך ניקח צעד קדימה... כי גם הגילוי הזה כשלעצמו... צריך התמודדות שהיא לא פשוטה והרופא צריך לשים לזה מקום והדרך הטיפול מאוד משפיע על איך אתה אוכל את הדבר הזה שאתה חולה בו".

שיקולים לבחירת הרופא

המרואיינים סיפרו כיצד חיפשו את הרופא שמתאים להם. יגאל אמר: "עד שאתה מוצא רופא שאתה סומך עליו ... אני עברתי איזה שלושה ארבעה רופאים עד שהגעתי לפה ואמרתי טוב עכשיו [אני] מרגיש כאילו באמת

שלוקחים אותי לידי ביטוי... מבינים". בעניין בחירת הרופא היו כמה דברים שבלטו אצל המרואיינים. היו שהדגישו את התחום המקצועי-קליני: "קודם כל נקודת המוצא היא שכשאתי באה אליו אז אני סומכת עליו. אני מניחה שהוא [הרופא] מקצועי והוא יודע מה הוא עושה והוא מנוסה" (יעל). "מעדיפה שיהיה עניני. הרופא הוא לא פסיכולוג או חבר" (שרה). היה מרואיין אחד שהדגיש כחלק מהמקצועיות גם את הרגישות של הרופא: "אם הוא [הרופא] היה יותר קשוב אלי אולי יותר שואל אותי על איך אני מתמודד עם המחלה ולא רק מה התסמינים הפיזיולוגיים... היה מפנה אותי כבר לטיפול פסיכולוגי הרבה לפני" (אליהו). היו שהדגישו את חשיבות היחס האישי כמשמעותי להם ביותר: "קודם כל בן אדם לפני שהוא רופא, פרופסור" (אריה). באותו הקשר היה חשוב שהרופא יהיה אדם נחמד ותומך: "חשוב לי שהרופא יהיה נחמד אלי... לפעמים רופא הוא מאוד מאוד מקצועי וידוע כרופא מצוין והוא, לא כל כך נעים במגע האישי.. בשבילי חשוב המגע האישי יותר" (דבורה). המרואיינים ציינו את החשיבות של הזמינות של הרופא מעבר לשעות הביקור כיון שהשינויים במחלה דורשים לעיתים התייחסות מידית: "כל פעם שרציתי להגיע למחלקה גם שלא באמצעות זימון תורים ... תמיד יכולתי לעשות את זה...העזרה שלהם וודאי שתורמת לי לשקט הנפשי ...לזה שיש יד מפקחת ודואגת...מלמעלה" (יותם). המרואיינים ציינו לטובה את המתאמת הקלינית במרפאה "...ומכורח המציאות שאי אפשר להתקשר לרופא ישר כי ישגעו לו את המוח, ... אז אני מדבר עם אחות מתאמת קלינית שנמצאת פה...זה טוב שיש אותה..." (עומר).

5. דיון ומסקנות

מטרות המחקר הנוכחי היו לזהות את דפוס התקשורת של הרופא המועדף על ידי חולים במחלות מעי דלקתיות בישראל, ולבחון את הקשרים בין דפוס תקשורת רופא-חולה לבין א. תפיסת המחלה ב. צריכת שירותי בריאות בקרב חולים אלה.

החולים דירגו את דפוס התקשורת של דאגה ושיתוף פעולה גבוה מאוד (יחסית לסולם המדידה). דפוס התקשורת ענין דורג ברמה בינונית. כלומר, החולים תפסו את רופאיהם כמשתפים אותם בהחלטות רפואיות, מפגינים דאגה כלפיהם ומגלים בהם ענין. הדירוג הגבוה ביותר ניתן לדפוס התקשורת שיתוף פעולה, אחריו דאגה ולבסוף עניין. ההבדל בין דאגה לשיתוף פעולה היה קטן מאוד. ממצאים אלה מדגישים את החשיבות שהחולים במחלות מעי דלקתיות מייחסים לדפוס התקשורת של שיתוף פעולה ודאגה של הרופאים ויכולים להסביר את ממצאי מחקרם של Karnieli-Miller & Eisikovits (2009) בו נמצא שכשליש מהחולים והמשפחות עזבו את הרופא כיוון שהרגישו מודרים מתהליך קבלת ההחלטות הרפואיות. ראוי לציין שבמחקר שנערך לאחרונה ובחן דפוס תקשורת של חולי סרטן עם רופאיהם נמצאו ממצאים דומים (Finkelstein et al, 2018). גם במחקר זה סגנונות התקשורת דאגה ושיתוף פעולה דורגו גבוה. כנראה שבמחלות כרוניות/קשות קיימת חשיבות רבה לדפוס התקשורת של דאגה ושיתוף פעולה המופגנים על ידי הרופאים לחולים.

החולים דירגו את ארבעת מדדי תפיסת המחלה (הגדרת המחלה, השקפות לגבי המחלה, ייחוסים פסיכולוגיים וייחוסים חיצוניים למחלה) ברמות שונות ביחס לטווח סולם המדידה. מבחינת הגדרת המחלה, החולים דיווחו על ממוצע של כששה סימפטומים בלבד מתוך ארבעה עשר סימפטומים. מבחינת השקפות לגבי המחלה, מרכיבי הבנת החולה את המחלה, שליטה באמצעות טיפול, שליטה עצמית ומשך המחלה הנתפס, נמצאו גבוהים יחסית, ואילו הייצוגים הרגשיים של המחלה נמצאו נמוכים יחסית. כלומר, החולים התאפיינו בהבנה רבה יחסית

של מחלתם ובתחושת שליטה עצמית ובאמצעות טיפול גבוהה. גם משך המחלה נתפס כארוך. עם זאת, החולים ביטאו רמה נמוכה יחסית של ייצוגים רגשיים של המחלה. רמות דירוגי הייחוסים הפסיכולוגיים והחיצוניים למחלה נמצאו בינוניים, עם כי החולים דירגו את רמת הייחוסים הפסיכולוגיים מעט גבוה יותר מרמת הייחוסים החיצוניים.

מחקרים רבים מדגישים את חשיבות תפיסת המחלה של חולים במחלות כרוניות/קשות למגוון רחב של מדדים רפואיים והסתגלותיים. על רקע חוסר במחקרים הבוחנים את הקשרים בין דפוסי תקשורת של רופאים לבין תפיסת המחלה על ידי חולים במחלות מעי דלקתיות, במחקר הנוכחי נבחנו קשרים אלה. בניתוחים הדו-משתניים נמצאו מספר קשרים מובהקים בין כל שלושת דפוסי התקשורת לבין מרכיבים שונים של תפיסת המחלה. קשרים חיוביים נמצאו בין סגנון תקשורת של עניין לבין שליטה במחלה, שליטה באמצעות טיפול, השלכות המחלה וייצוגים רגשיים. כלומר, שככל שהרופא נתפס כמגלה יותר עניין בחולה, כך עולה אצל החולה תחושת השליטה במחלה, שליטה באמצעות טיפול, השלכות המחלה וייצוגים רגשיים. קשר חיובי נמצא גם בין שיתוף פעולה בין הרופא לחולה ובין הבנת החולה את המחלה, וקשר חיובי וקרוב למובהקות בין שיתוף פעולה לבין משך מחלה נתפס וייחוסים פסיכולוגיים. במילים אחרות, שככל ששיתוף הפעולה בין הרופא לחולה גובר, כך גוברים הבנתו של החולה את המחלה, משך המחלה הנתפס והייחוסים הפסיכולוגיים למחלה. ולבסוף, נמצא קשר חיובי בין דאגה לבין השלכות המחלה, ייצוגים רגשיים והבנת המחלה. כך שככל שהרופא נתפס כמגלה דאגה רבה יותר לחולה, כך גוברים הבנת המחלה, הייצוגים הרגשיים והשלכות המחלה. ראוי לציין שכל הקשרים שדווחו לעיל נמצאו חלשים ועם מרכיבים של מדד השקפות החולה על המחלה בלבד. לא נמצאו קשרים מובהקים בין דפוסי התקשורת לבין הגדרת המחלה, ייחוסים פסיכולוגיים או ייחוסים חיצוניים.

ניתוח הרגרסיה ההיררכית להסבר השקפות החולה העלה שלדפוס התקשורת דאגה תרומה ייחודית חיובית קרובה למובהקות. אולם, משתנה זה מסביר 6.3% בלבד משונות השקפות בנוגע למחלה. אחוז נמוך זה של שונות מוסברת שמקורו בקשרים החלשים שנמצאו בניתוחים הדו-משתניים בין דפוסי התקשורת לבין השקפות, מצביע על כך שיש משתנים אחרים/נוספים חשובים יותר להסבר תפיסת המחלה. משתנים אלה ראוי לאתר ולבחון במחקרי המשך. עם זאת, במחקר זה נמצא לראשונה שבכוחם של דפוסי תקשורת של רופאים לשנות מרכיבים שונים של תפיסת המחלה בקרב חולים במחלות מעי דלקתיות. לאור ממצאי מחקרים קודמים המעלים כי תפיסת המחלה היא המשתנה המשמעותי ביותר ליכולת ההסתגלות של חולים במחלות מעי דלקתיות למחלתם ולרווחתם הנפשית (Knowles, Wilson, Connell & Kamm, 2011), לממצא זה חשיבות רבה והשלכות מעשיות אשר יפורטו בהמשך.

מטרה נוספת של המחקר היתה לבחון את הקשרים בין דפוסי תקשורת רופא-חולה לבין צריכת שירותי בריאות בקרב החולים. במחקר הנוכחי נמצאו מספר קשרים בין שלושת דפוסי תקשורת של הרופאים לבין צריכת שירותי בריאות על ידי החולים. נמצא קשר חיובי בין דפוס התקשורת עניין לבין מספר בדיקות הדמיה, כך שככל שהחולה תופס את הרופא כמתעניין בו יותר, כך עולה מספר בדיקות ההדמיה של החולה. כמו כן נמצא קשר שלילי קרוב למובהקות בין עניין למספר ביקורי מומחה. כלומר, ככל שהחולה סבור שהרופא מתעניין בו יותר, כך קטן מספר ביקוריו אצל רופאים מומחים. כמו כן, נמצא קשר חיובי ומובהק בין שיתוף פעולה לבין מספר פגישות

דיאטנית. כך שככל שהחולה דירג גבוה יותר את שיתוף הפעולה עם הרופא, כך עולה מספר פגישותיו עם הדיאטנית. כמו כן נמצא קשר שלילי וקרוב למובהקות בין שיתוף הפעולה למספר ביקורי בריאות הנפש. כך שככל שמתגבר שיתוף הפעולה בין הרופא לחולה, כך פחותים מספר הביקורים במערך בריאות הנפש. לבסוף, נמצא קשר חיובי ומובהק בין דאגה למספר פגישות דיאטנית. כך שככל שהדאגה שהרופא מגלה כלפי החולה היתה רבה יותר, כך עלה מספר ביקורי החולה אצל הדיאטנית. ממצאים מעניינים אלה עולים בקנה אחד עם מחקרי עבר בהם מדווח שדפוס תקשורת של רופאי משפחה הממוקדים בחולה, משפרים את מצבו הבריאותי של החולה ומגבירים את יעילות הטיפול על ידי צמצום מספר הבדיקות האבחוניות וההפניות למומחים (Stewart et al., 2000). ממצאים דומים דווחו גם על ידי Epstein ושותפיו (2005) וכן Bertakis ושותפיו (1999). עם זאת ראוי להדגיש שנמצאו מספר קטן יחסית של קשרים מובהקים וחוזקם של חלק מהקשרים היה חלש דבר שהתבטא בתוצאות הניתוחים הרב-משתניים.

בניתוחי רגרסיה היררכית להסבר מספר הבקורים אצל דיאטנית, בריאות הנפש ורופאים מומחים עלו הממצאים הבאים. במודל הרגרסיה להסבר מספר ביקורי החולה אצל דיאטנית נמצא כי מבין כל המשתנים רק לשיתוף פעולה תרומה ייחודית מובהקת. השונות המוסברת של המודל נמצאה בינונית (18%). מודל הרגרסיה להסבר מספר הבקורים אצל רופאים מומחים העלה כי רק משתנה הגיל מובהק. השונות המוסברת של המודל נמצאה נמוכה (8%). בניתוח הרגרסיה להסבר מספר הבקורים בבריאות הנפש נמצא כי רק למצב כלכלי תרומה ייחודית מובהקת. המודל הסביר רמה גבוהה של השונות המוסברת (37%). ראוי להתייחס לתוצאות הרגרסיות בזהירות היות ומספר המשתתפים בהם היה נמוך ובעיקר לגבי דיאטנית ובריאות הנפש (מכיוון שרק מספר מצומצם של חולים פנה לאנשי מקצוע אלה). ועם זאת, רמות נמוכות אלו מצביעות על כך שיש משתנים אחרים/נוספים חשובים יותר להסבר הבקורים אצל דיאטנית, בריאות הנפש ומומחים אשר ראוי שיאותרו ויבחנו במחקרי המשך.

המחקר האיכותני

באופן כללי, ממצאי המחקר האיכותני עולים בקנה אחד ומשלימים את הממצאים הכמותניים. בנושא התקשורת בין רופא למטופל נמצא שהמטופלים רוצים לקבל מידע על מחלתם, חלקם מעוניינים להיות שותפים מלאים בתהליך קבלת ההחלטות בנוגע לטיפול בעוד שחלקם נמנעים מכך. המרואיינים הדגישו את רצונם להבין את מחלתם ולקבל הסברים מהרופא. היו מרואיינים שהעדיפו, שהרופא ייתן להם את כל אפשרויות הטיפול וביחד אתו הם יבחרו את הטיפול המתאים. מנגד, נשמעו קולות של מעטים שסיפרו על הרגשת אי נוחות או ביישנות אל מול הרופא המטפל. הם אמרו שגם אם יש מילים משפטים של הרופא שאינם ברורים, הם לא שואלים אלא בודקים אחר כך בכוחות עצמם. המרואיינים סיפרו כי הם מרוצים מהרופא שלהם ומהטיפול שניתן על ידו. בזכות הרופא הם מרגישים כי קיימת אצלם שליטה בטיפול, הרגשה המקנה תחושת ביטחון. המרואיינים אף הוסיפו כי חשוב להם שהרופא יהיה קשוב, מתעניין ורגיש כלפיהם. גם בספרות מצאנו שתכונות כגון הקשבה, אמפתיה, סבלנות, רצון לעזור והיעדר שיפוטיות אצל המטפל חשובות מאוד, כיוון שחוויית שליליות שעברו מטופלים בעבר גרמו להקטנת ההיענות לטיפולים (Cousin et al., 2013).

ראוי לציין, שמלבד בודדים, גם המרואיינים שמעוניינים בהסברים ובמידע על המחלה ודרכי הטיפול, מעדיפים שלא לקבל בעצמם את ההחלטה על דרך הטיפול. הרוב המוחלט סומך על החלטת הרופא ומסכים לטיפול שהוא

מציע מתוך אמון שהרופא יודע מה הוא עושה. מצב זה מזכיר את דפוס התקשורת הניהולי על פי Ventres et al. (2005). דפוס זה הוא שילוב של סגנון אינפורמטיבי ובין אישי כלומר, איכות וכמות המידע הרפואי בשילוב עם התנהגויות בתחום הרגשי המשקפות את תשומת ליבו של הרופא ואת העניין שלו ברגשות המטופלים. בנושא תפיסת המחלה, המרואיינים סיפרו שהם לומדים על מנת להבין טוב יותר את המתרחש במחלתם. היו שהתייחסו להבנת המחלה לא כצבירת ידע מדעי אלא כהבנה שרכשו מתוך נסיונם האישי. עם זאת, היו גם מרואיינים שהביעו חוסר ענין בהבנת המחלה מתוך ההעדפה להימנע ממידע מחשש למשברים רגשיים. חלק מהמרואיינים אמרו שהם עדיין מנסים להתרגל לעצם היותם חולים כרוניים, מה המשמעות של זה ומה זה אומר. המרואיינים סיפרו שהמחלה משפיעה על כל תחומי החיים, בעיקר התחום הכלכלי-תעסוקתי, דורשת התארגנות מיוחדת יום-יומית ופוגעת באיכות החיים. המרואיינים התייחסו לתחושת השליטה על המחלה. חלק גדול העידו כי התרופות תורמות לתחושת השליטה במחלה, גם אם היא חלקית. היו שצינו את היעילות של הטיפול הביולוגי. עם זאת, היו מרואיינים שהעידו כי למרות התרופות הם מרגישים חוסר שליטה במחלה בעיקר בעת התפרצותה. היו שצינו שעצם היכולת להיעזר ולהתייעץ עם הצוות הרפואי היא זו שיוצרת תחושה של שליטה במצב ונותנת כח להתמודד, גם אם המחלה מתפרצת. היו מרואיינים שקישרו בין המצב הנפשי למצב הגופני וכאלה שצינו את התזונה כגורם משפיע ביכולת השליטה על המחלה.

מסקנות: מממצאי המחקר עולה 1. שדפוס התקשורת של הרופא המועדף על ידי חולים במחלות מעי דלקתיות בישראל הוא שיתוף פעולה. 2. דפוס התקשורת של הרופאים קשורים למרכיבים שונים של תפיסת המחלה וכן לצריכת שירותי בריאות בקרב חולים במחלות מעי דלקתיות.

למרות ממצאים מעודדים אלו יש לזכור שלמחקר הנוכחי מספר מגבלות. מערך המחקר הוא מתאמי בנקודת זמן אחת ולכן לא ניתן להסיק סיבתיות. בנוסף, דגימת הנוחות אינה מאפשרת להכליל את הממצאים על כל החולים במחלות מעי דלקתיות. וכן, ההיכרות של החולים עם הרופאים, יתכן שגרמה לרציה חברתית אשר גרמה להטיה במתן התשובות. אי לכך, מומלץ שמחקרי המשך יעשו שימוש במדגם גדול ומייצג יותר ובמערך מחקר פרוספקטיבי המאפשר הסקת סיבתיות.

6. המלצות למדיניות

דפוס התקשורת של הרופא המועדף על ידי חולים במחלות מעי דלקתיות בישראל הוא שיתוף פעולה, ודפוס זה כמו גם דפוס התקשורת של דאגה וענין קשורים למרכיבים שונים של תפיסת המחלה וכן לצריכת שירותי בריאות. בהתבסס על כך, על הממסד הרפואי לפתח תכניות ואסטרטגיות התערבות המיועדות לרופאי גסטרו וכן לרופאים פנימיים ומשפחה במטרה לחזק אצלם את דפוס התקשורת של שיתוף פעולה, דאגה וענין. תכניות אלו רצוי שיוטמעו בקהילה וגם בבתי החולים וידגישו את חשיבות הקשר שבין דפוס התקשורת (ובעיקר שיתוף פעולה ודאגה) לבין מרכיבים חשובים של תפיסת המחלה אצל החולים אשר קשורים ליכולת התמודדות טובה יותר של החולים עם המחלה והשלכותיה. כמו כן חשוב להדגיש את הקשר שבין דפוס התקשורת לבין צריכת שירותי בריאות. תכניות התערבות אלו יאפשרו מתן טיפול יעיל יותר לחולים אשר יתבטא בחיזוקם ובהעצמת משאביהם להתמודדות טובה יותר עם המחלה, ובנוסף, יעלו את שביעות רצונם מהשירות הניתן וגם צפוי שיקטינו את העלויות המוטלות על מערכת הבריאות.

7. רשימת המקורות

- גרבר, ר., ופינקלשטיין, ע. (2013). "חזרה הביתה": התמודדות ראשונית של אנשים עם מוגבלות המתרחשת במהלך חייהם הבוגרים (נכים חדשים). ירושלים: ג'וינט ישראל מסד נכויות.
- כרמל, ש., והלוי, י. (1999). שביעות רצון, הערכת איכות ושווינויות של שירותי בתי חולים: מחקר השוואתי בין חולים במסגרת השר"פ לחולים רגילים.
- פינקלשטיין, ע. (2014). 'אנחנו חיים בעולם האין': נשים חולות מדברות מתוך סבל גופני על עמימות רפואית והכחשה חברתית. *סוציולוגיה ישראלית* 15(2), 389 – 415.
- שקדי, א. (2011). המשמעות מאחורי המילים. מתודולוגיות במחקר איכותני-הלכה למעשה. תל אביב: הוצאת רמות ואוניברסיטת תל אביב.
- Bachner, Y.G., Carmel, S., Lubetzky N., Heiman, N., & Galil, A. (2005). Therapists' communication styles and parents' global trust in the therapists: A comparison between Jewish and Bedouin parents. *Pediatric Physical Therapy*, 17, 173-179.
- Bachner, Y.G., Carmel, S., Lubetzky, H., Heiman, N., & Galil, A. (2006). Parent-therapist communication and satisfaction with the services of a child development center: A comparison between Israeli parents- Jews and Bedouins. *Health Communication*, 19, 221-229.
- Baider, L., Cooper, C.L., & De-Nour, A. (1995). *Cancer and the family*. New-York, NY: Wiley & Sons.
- Bernstein, K. I., Promislow, S., Carr, R., Rawsthorne, P., Walker, J. R., & Bernstein, C. N. (2011). Information needs and preferences of recently diagnosed patients with inflammatory bowel disease. *Inflammatory bowel diseases*, 17(2), 590-598.
- Ben-Sira, Z. (1976). The function of the professionals' affective behavior in client satisfaction: A revised approach to social interaction theory. *Journal of Health and Social Behavior*, 17, 3-11.
- Ben-Sira, Z. (1980). Affective and instrumental components in the physician-patient relationship: An additional dimension of interaction theory. *Journal of health and social behavior*, 21, 170-180.
- Bertakis, K.D., Azari, R., Callahan, E.J., Helms, L.G., & Robbins, J.A. (1999). The impact of physician practice style on medical change. *Journal of Family Practice*, 48, 31-36.
- Bertakis, K.D., Roter, D., & Putman, S.M. (1991). The relationship of physician medical interview style to patient satisfaction. *The Journal of Family Practice*, 32, 175-181.
- Boyer, C. & Lutfey, K.E. (2010). Examining Critical Health Policy Issues within and beyond the Clinical Encounter: Patient–Provider Relationships and Help-seeking Behaviors. *Journal of Health and Social Behavior*, 51, S80–S93.

- Burström, B., & Fredlund, P. (2001). Self-rated health: is it as good a predictor of subsequent mortality among adults in lower as well as in higher social classes?. *Journal of Epidemiological Community Health*, 11, 836-840.
- Carlson, M.J., & Gabriel, R.M. (2001). Patient satisfaction, use of services, and one-year outcome in publicly funded substance abuse treatment. *Psychiatric Services*, 52, 1230-1236.
- Carmel, S. (1985). Satisfaction with hospitalization: A comparative analysis of three types of hospital services. *Social Science and Medicine*, 21, 1243-1249.
- Carmel, S., Lapidot, E.E., Mutran, E., & Shemi, G. (1996). Predictors of self-rated health: A comparative analysis of Kibbutz and urban elderly in Israel. *Society and Welfare (Hebrew)*, 16, 361-380.
- Carmel, S., Baron-Epel, O., & Shemi, G. (2007). The will to live and survival at old age: Gender differences. *Social Science & Medicine*, 65(3), 518-523.
- Carrigan, N., Rodger, S., & Copley, J. (2001). Parent satisfaction with a pediatric occupational therapy service: A pilot investigation. *Physical and Occupational Therapy in Pediatrics*, 21, 51-69.
- Chewning, B., & Sleath, B. (1996). Medication decision making and management: A client centered model. *Social Science and Medicine*, 42, 389-398.
- D'Inca, R., Bertomoro, P., Mazzocco, K., Vettorato, M.G., Rumiat, R., Sturniolo, G.C. (2008). Risk factors for non-adherence to medication in inflammatory bowel disease patients. *Aliment Pharmacol Ther*, 27, 166-172.
- Dorrian, A., Dempster, M., Adair, P. (2009). Adjustment to Inflammatory Bowel Disease: The Relative Influence of Illness Perceptions and Coping. *Inflamm Bowel Dis*, 15(1), 47 – 55.
- Epstein, R.M., Franks, P., Shields, C.G., Meldrum, M.S., Miller, K.N., Campbell, T.L., & Fiscella, K. (2005). Patient centered communication and diagnostic testing. *Annals of Family Medicine*, 3, 415-421.
- Finch, K.B., Hummer, R.A., Reindl, M. et al. (2002). Validity of a self-rated health among Latinos. *American Journal of Epidemiology*, 155, 755-759.
- Finkelstein, A., Carmel, S., & Bachner, Y. G. (2017). Physicians' communication styles as correlates of elderly cancer patients' satisfaction with their doctors. *European journal of cancer care*, 26(1), e12399.
- Fitzpatrick, R. (1991). Surveys of patient satisfaction: II--Designing a questionnaire and conducting a survey. *British Medical Journal*, 302, 1129-1132.
- Freeman, B., Negrete, V.F., Davis, M., & Korsch, B.M. (1971). Gaps in doctor-patient communication: doctor patient interaction analysis. *Pediatrics Research*, 5, 298-311.
- Galil, S., Bachner, Y.G., Merrick, J., Flusser, H., Lubetzky, H., Heiman, N. &

- Carmel, S. (2006). Physician-parent communication as predictor of parent satisfaction with child development services. *Research in Developmental Disabilities, 27*, 233-242.
- Green, M.G., Adelman, R.D., Friedman, E., & Charon, R. (1994). Older patient satisfaction with communication during an initial medical encounter. *Social Science & Medicine, 38*, 1279-1288.
- Hall, J.A., Roter, D.A., & Katz, N.R. (1988). Meta-analysis of correlates of provider behavior in medical encounters. *Medical Care, 26*, 657-675.
- Heidrich, J., Liese, A.D., Lowel, H. *et al.* (2002). Self-rated health and its relation to all cause and cardiovascular mortality in southern Germany. Results from the MONICA Augsburg cohort study 1984-1995. *Annals of Epidemiology, 5*, 338-345.
- Holliday, J., Wall, E., Treasure, J. & Weinman, J. (2005). Perceptions of illness in individuals with anorexia nervosa: A comparison with lay men and women. *International Journal of Eating Disorders, 37*, 50-56.
- Idler, E.L., & Binyamini, Y. (1997). Self rated health and mortality: A review of twenty seven communities studies. *Journal of Health and Social Behavior, 38*, 21-37.
- Idler, E.L., & Kasl, S.V. (1995). Self-ratings of health: do they also predict change in functional ability. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 50*, 6, S344-S353.
- Jones, M.P., Wessinger, S., Crowell, M.D. (2006). Coping strategies and interpersonal support in patients with irritable bowel syndrome and inflammatory bowel disease. *Clin Gastroenterol Hepatol, 4*(4), 474-481.
- Kane, S.V., Loftus Jr., E.V., Dubinsky, M.C., Sederman, R. (2008). Disease Perceptions among People with Crohn's Disease. *Inflamm Bowel Dis, 14*(8), 1097 – 1101.
- Kaplan, G., Barell, V., & Lusky, A. (1988). Perceived health and mortality: A nine year follow up of the human population laboratory cohort. *American Journal of Epidemiology, 117*, 292-304.
- Kaplan, S.H., Greenfield, S., Gandec, B., Rogers, W.H., & Ware, J.E. (1996). Characteristics of physicians with participatory decision making style. *American college of physicians, 124*, 497-504.
- Kaplan, S.H., Greenfield, S., & Ware, J.E. (1989). Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. *Medical Care, 27*, S110-127.
- Karnieli-Miller, O., Eisikovits, Z. (2009). Physician as partner or salesman? Shared decision-making in real-time encounters. *Social Science & Medicine, 69*, 1–8.

- Kennedy, B.J. (1998). Aging and cancer. In L. Balducci, G.H. Lyman, & W.B. Ershler (Eds.), *Comprehensive Geriatric Oncology* (pp.1-6). London: Harwood Academic Publishers.
- Kennedy, A., & Rogers, A. (2001) Improving self-management skills: a whole systems approach. *Br J Nurs*, 10, 734–737.
- Kennedy, A.P., Nelson, E., Reeves, D., Richardson, G., Roberts, C., Robinson, A., Rogers, A.E., Sculpher, M., Thompson, D.J. (2004). A randomised controlled trial to assess the effectiveness and cost of a patient orientated self management approach to chronic inflammatory bowel disease. *Gut*, 53, 1639–1645.
- Knowles, S.R., Wilson, J.L., Connell, W.R., & Kamm, M.A. (2011). Preliminary Examination of the Relations Between Disease Activity, Illness Perceptions, Coping Strategies, and Psychological Morbidity in Crohn's Disease Guided by the Common Sense Model of Illness. *Inflamm Bowel Dis*, 17(12), 2551 – 2557.
- Kovac, J.A., Patel, S.S., Peterson, R.A., & Kimmel, P.L. (2002). Patient satisfaction with care and behavioral compliance in end-stage renal disease patients treated with hemodialysis. *American Journal of Kidney Diseases*, 39, 1236-1244.
- Kushnir, T., Bachner, Y.G., Carmel, S., Flusser, H., & Galil, A. (2007). Pediatricians' communication styles as correlates of global trust among Jewish and Bedouin parents of disabled children. *J Dev Behav Pediatr*, 29, 18–25.
- Lakatos, P.L. (2009). Prevalence, predictors, and clinical consequences of medical adherence in IBD: How to improve it? *World J Gastroenterol*, 15(34), 4234-4239.
- Leventhal, H., Leventhal, E.A., & Schaefer, P.M (1992). Vigilant coping and health behavior. In M.G. Ory, R.D Abeles & P.D. Lipman (Eds.). *Aging & Health Behavior* (pp.109-140). Newbury Park: Sage.
- Lewin, S. A., Skea, Z. C., Entwistle, V., Zwarenstein, M. & Dick, J. (2001). Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4. London: John Wiley. CD003267.
- Lewis, J.R. (1994). Patient views on quality care in general practice: Literature review. *Social science and medicine*, 38, 655-670.
- May, C., Allison, G., Chapple, A., Chew-Graham, C., Dixon, C., Gask, L., Graham, R., Rogers, A., Roland, M. (2004). Framing the doctor-patient relationship in chronic illness: a comparative study of general practitioners' accounts. *Sociology of Health & Illness*, 26 (2), 135–158.
- Massie, M.J. (1990). Anxiety, panic and phobias. In J.C Holland & J. H. Rowland (Eds.), *Handbook of psychooncology: psychological care of the patient with cancer* (pp.300-305). New-York: Oxford University Press.

McCormick, J.B., Hammer, R.R., Farrell, R.M., Geller, G., James, Katherine, M., Loftus Jr., E.V., Mercer, M.B., Tilburt, J.C., Sharp, R.R. (2012). Experiences of patients with chronic gastrointestinal conditions: in their own words. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10(25), 1-12.

Mitchell, R., Kremer, A., Westwood, N., Younge, L., & Ghosh, S. (2009). Talking about life and IBD: A paradigm for improving patient–physician communication. *Journal of Crohn's and Colitis*, 3(1), 1-3.

Moss- Morris, R., Weinman, J., Petrie, K.J., Horne, R., Cameron, L.D. & Buick, D. (2002). The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ_R). *Psychology and Health*, 17, 1-16.

Mossey, J.M., & Shapiro, E. (1982). Self-rated health: A predictor of mortality among the elderly. *American journal of public health*, 72, 800-808.

Nijboer, C., Tempelaar, R., Sanderma, R., Triemstra, M., Spruijt, R.J., & Van den Bos, G.A.M. (1998). Cancer and caregiving: The impact on the caregivers health. *Psychooncology*, 7, 3-13.

Norton, B. A., Thomas, R., Lomax, K. G., & Dudley-Brown, S. (2012). Patient perspectives on the impact of Crohn's disease: results from group interviews. *Patient preference and adherence*, 6, 509.

Ong, L.M.L., Kruijver, I.P.M., Bensing, J.M., Van-Den Brink-Muinen, A., Stouthard, J.M.L., Lammes, F.B., & De Haes, J.C.J.M. (1998). The Roter interaction analysis system (RIAS) in oncology consultations: Psychometric properties. *Psycho-Oncology*, 7, 381-401.

Panés, J., O'Connor, M., Peyrin-Biroulet, L., Irving, P., Petersson, J., & Colombel, J. F. (2014). Improving quality of care in inflammatory bowel disease: what changes can be made today?. *Journal of Crohn's and Colitis*, 8(9), 919-926.

Penchansky, R., & Macnee, C.(1994). Initiation of medical malpractice suits: a conceptualization and test. *Medical Care*, 32, 813-831.

Petrie, K.J., Jago, A., & Devcich, D.A. (2007). The role of illness perceptions in patients with medical conditions. *Current Opinion in Psychiatry*, 20, 163-167.

Radley, A., Mayberry, J., Pearce, M. (2008). Time, space and opportunity in the outpatient consultation: 'The doctor's story'. *Social Science & Medicine*, 66, 1484-1496.

Rini, C., Jandorf, L., Goldsmith, R.E., Manne, S.L., Harpaz, N., Itzkowitz, S.H. (2011). Interpersonal influences on patients' surgical decision making: the role of close others. *J Behav Med*, 34, 396–407.

Rohrer, J.E., Young, R., Sicola, V., & Houston, M. (2007). Overall self rated health: a new quality indicator for primary care. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 13, 150-153.

- Rosich, K.J., & Hankin, J.R. (2010). Executive Summary: What Do We Know? Key Findings from 50 Years of Medical Sociology. *Journal of Health and Social Behavior*, 51, S1-S9.
- Rost, K., Carter, W., Inui, T. (1989). Introduction of information during the initial medical visit: consequences for patient follow-through with physician recommendations for medication. *Soc Sci Med*, 28, 315-321.
- Rubin, G., Hungin, A.P., Chinn, D., Dwarakanath, A.D., Green, L., Bates, J. (2002). Long-term aminosalicylate therapy is under-used in patients with ulcerative colitis: a cross-sectional survey. *Aliment Pharmacol Ther*, 16, 1889-1893.
- Saibil, F., Lai, E., Hayward, A., Yip, Gilbert, J. (2008). Self-management for people with inflammatory bowel disease. *Can J Gastroenterol*, 22(3), 281 – 287.
- Shale, M.J. & Riley, S.A. (2003). Studies of compliance with delayed-release mesalazine therapy in patients with inflammatory bowel disease. *Aliment Pharmacol Ther*, 18, 191–198.
- Siminoff, L.A., & Fetting, J.H. (1991). Factors affecting treatment decisions for a life-threatening illness: The case of medical treatment of breast cancer. *Social science and Medicine*, 32, 813-818.
- Stewart, M.A. (1995). Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *Can Med Assoc J*, 152 (9), 1423-1433.
- Stewart, M., Brown, J.B., Donner, A., McWhinney, I.R., Oates, J., Weston, W.W. & Jordan, J. (2000). The impact of patient centered care on outcomes. *Journal of Family practice*, 49, 796-804.
- Swallow, V. M. & Jacoby, A. (2001). Mothers' evolving relationships with doctors and nurses during the chronic childhood illness trajectory. *Journal of Advanced Nursing*, 36, 755-764.
- Takayama, T., Yamazaki, Y., & Katsumata, N. (2001). Relationship between outpatients' perceptions of physicians' communication styles and patients' anxiety levels in a Japanese oncology setting. *Social Science and Medicine*, 53, 1335-1350.
- Taylor, K.M. (1988). "Telling bad news": Physicians and the disclosure of undesirable information. *Social Health and Illness*, 10, 109-132.
- Trummer, U.F., Mueller, U.O., Nowak, P., Stidl, T., Pelikan, J.M. (2006). Does physician-patient communication that aims at empowering patients improve clinical outcome? A case study. *Patient Education and Counseling*, 61, 299–306.
- Ventres, W., Kooienga, S., Marlin, R., Vuckovic, N., & Stewart, V. (2005). Clinician style and examination room computers: A video ethnography. *Family Medicine*, 37, 276-281.

Waters, B.M., Jensen, L., Fedorak, R.N. (2005). Effects of formal education for patients with inflammatory bowel disease: a randomized controlled trial. *Can J Gastroenterol*, 19, 235-244.

Worchel, F.F., Prevatt, B.C., Miner, J., Allen, M., Wagner, L., & Nation, P. (1995). Pediatricians' communication style: relationship to parent's perceptions and behaviors. *Journal of Pediatric Psychology*, 20, 633-644.

World Gastroenterology Organisation .(2009). World Gastroenterology Organisation Global Guidelines.

נספח 1: טבלאות הממצאים

טבלה 1: סטטיסטיקה תיאורית של המשתנים הסוציו-דמוגרפיים והמשפחתיים של החולים (n=171)

משתנה	ממוצע (ס.ת)		טווח
גיל	41.65	(15.91)	18-83
מספר ילדים	2.29	(1.92)	0-9
משתנה	n	%	טווח
מין החולה			
זכר	86	50.3	1,2
נקבה	85	49.7	
מצב משפחתי			
נשוי	106	62.4	1,2
אחר	64	37.6	
השכלה			
תואר אקדמי	72	42.4	1,2
אחר	98	57.6	
רמת דתיות			
חילוני	67	39.9	1,2
אחר	101	60.1	
מצב כלכלי			
בינוני-טוב מאד	153	89	1,2
נמוך	19	11	

טבלה 2: סטטיסטיקה תיאורית של מדדי תפיסת המחלה בקרב החולים (n=171)

סטטיית תקן	ממוצע	טווח	
0.62	3.54	2-5	השקפות לגבי המחלה
3.26	5.93	0-14	הגדרת המחלה
0.86	4.08	1-5	הבנת החולה את המחלה
0.98	3.23	1-5	מהלך בזמן - מחזורי
1.04	2.79	1-5	ייצוגים רגשיים
0.66	4.16	2-5	שליטה באמצעות טיפול
1.19	2.96	1-5	שליטה עצמית
1.23	3.06	1-5	השלכות נתפסות של המחלה
1.01	4.23	1-5	משך מחלה נתפס
1.01	2.80	1-5	ייחוסים פסיכולוגיים
0.77	2.24	1-4.5	ייחוסים חיצוניים

טבלה 3: סטטיסטיקה תיאורית של מדדי צריכת שירותי הבריאות בקרב החולים (n=171)

משתנה	טווח	ממוצע	סטטיית תקן
מספר ביקורי רופא גסטרו	0-60	8.51	9.77
מספר ביקורי מומחה	0-30	5.15	4.79
מספר בדיקות דם	0-35	6.30	5.76
מספר בדיקות אנדו	0-5	1.06	0.98
מספר בדיקות הדמיה	0-8	1.06	1.28
מספר ביקורי דיאטנית	1-4	2.41	1.06
מספר ביקורי רפואת הנפש	1-4	3.27	1.25
מספר ביקורי אחות	1-4	2.17	1.01

טבלה 4: סטטיסטיקה תיאורית של דפוסי התקשורת רופא חולה ושביעות רצון (n=171)

סטטיית תקן	ממוצע	טווח	
1.82	4.60	1-8	עניין
1.45	6.73	1.25-8	שיתוף פעולה
1.01	6.89	4-8	דאגה
.82	5.31	2.50-6	שביעות רצון

טבלה 5: קשרים בין המשתנים הסוציו-דמוגרפיים לבין תפיסת המחלה של החולה (n=171)

השקפות לגבי המחלה	הגדרת המחלה	ייחוסים פסיכולוגיים	ייחוסים חיצוניים	
.059	-.067	.038	.019	גיל החולה
~-.111	-.041	-.015	-.204**	מספר ילדים
.070	.189**	~.106	.057	מין (זכר / נקבה) #
-.055	-.051	.008	-.073	סטטוס משפחתי (נשוי / אחר) #
.032	-.065	.093	.018	השכלה (אקדמית / אחר) #
-.065	-.150*	-.090	-.177*	מצב כלכלי (טוב / גרוע) #

spearman correlation *p<.05, **p<.01, ~p<.08

טבלה 6: קשרים בין המשתנים הסוציו-דמוגרפיים לבין צריכת שירותי הבריאות (n=171)

מספר								
מספר ביקורי רפואת הנפש	מספר בדיקות דיאטנית	מספר הדמיה אנדו	מספר בדיקות מספר בדיקות דם	מספר ביקורי מומחה	מספר ביקורי רופא			
~-.224	.126	.058	-.188*	-.253**	-.219**	-.178*	גיל	
-.052	.083	-.004	.070	-.019	-.162*	-.151*	מספר ילדים	
~.243	.112	.015	.170*	.010	.144*	.171*	מין (גברים/נשים) #	
~.229	-.087	-.017	-.030	-.002	-.045	-.138*	סטטוס משפחתי (נשוי/ אחר) #	
.164	.093	~-.124	-.052	-.074	-.041	-.310**	השכלה (אקדמית/אחר) #	
~.270	.077	~-.153*	.032	-.052	-.130*	-.179*	מצב כלכלי (טוב/גרוע) #	

spearman correlation *p<.05, **p<.01, ~p<.08.

טבלה 7: קשרים בין דפוסי התקשורת של הרופאים לבין מדדי תפיסת המחלה של החולים
(n=171)

הבנת											
מהלך		החולה	שליטה	משך			השקפות				
ייצוגים	בזמן -	את	באמצעו	שליטה	השלכות	מחלה	ייחוסים	ייחוסים	בנוגע	הגדרת	
רגשיים	מחזורי	המחלה	טיפול	במחלה	המחלה	נתפס	חיצוניים	פסיכולוגיים	למחלה	המחלה	
.142*	-.016	.054	.128*	.142*	.183**	.051	.032	.046	.179**	.018	עניין
.035	.015	.171*	-.010	-.111	-.010	.117~	-.097	.103~	.111*	.065	שיתוף פעולה
.125*	.042	.176*	.042	-.029	.126*	.096	-.060	.053	.206**	.037	דאגה
.004	.017	.197**	.022	.040	-.021	.077	.007	.048	.088	.044	שביעות רצון

*p<.05, **p<.01, ~p<.08.

טבלה 8: קשרים בין דפוסי התקשורת של הרופאים ושביעות רצון לבין צריכת שירותי הבריאות של החולים (n=171)

מספר ביקורי אחות	מספר טיפולי	מספר פגישות	מספר בדיקות	מספר בדיקות	מספר בדיקות	מספר בדיקות	מספר בדיקות	מספר בדיקות
בריאות הנפש	בריאות פגישות	בריאות פגישות	בריאות פגישות	בריאות פגישות	בריאות פגישות	בריאות פגישות	בריאות פגישות	בריאות פגישות
הנפש	דיאטנית	הדמיה	אנדו	דם	מומחה	רופא	מספר ביקורי אחות	מספר ביקורי אחות
.010	.184	.143*	.031	-.004	-.107~	-.097	-.014	-.014
-.262~	.385**	.074	.042	-.046	-.001	.018	-.125	-.125
.076	.302*	.044	-.040	.050	.075	-.025	-.110	-.110
.345*	.029	-.043	.028	.070	.118~	-.066	.068	.068

*p<.05, **p<.01, ~p<.08.

טבלה 9: תוצאות ניתוח רגרסיה היררכית להסבר השקפות בנוגע למחלה של החולה

בלוק	שם המשתנה	B	S.E	β	t	R ²
1	מספר הילדים	-.04	.03	-.11	-1.36	.012
2	מספר הילדים	-.04	.03	-.12	-1.49	.063*
	עניין	.03	.03	.09	.93	
	שיתוף פעולה	-.02	.04	-.04	-.45	
	דאגה	.11	.06	.17	1.64~	

N=170, R square = .06, * p<.05, ** p<.01, ~ p<.10

טבלה 10: תוצאות ניתוח רגרסיה היררכית להסבר הייחוסים הפסיכולוגיים של החולה

בלוק	שם המשתנה	B	S.E	β	t	R ²
1	מין+	.21	.15	.10	1.35	.01
2	מין+	.17	.15	.08	1.09	.02
	שיתוף פעולה	.06	.05	.09	1.21	

N=170, R square = .02, * p<.05, ** p<.01, ~ p<.10

+ Gender: 1= male, 2= female.

טבלה 11: תוצאות ניתוח רגרסיה היררכית להסבר מספר ביקורי החולה ברפואת הנפש

בלוק	שם המשתנה	B	S.E	β	t	R ²
1	גיל	-.03	.02	-.28	-1.73~	.29*
	מין+	.98	.41	.39	2.39*	
	מצב כלכלי+++	.43	.18	.36	2.28*	
2	גיל	-.02	.02	-.22	-1.34	.37
	מין+	.63	.44	.25	1.40	
	מצב כלכלי+++	.42	.18	.35	2.52*	
	שיתוף פעולה	.14	.13	.17	1.06	
	שביעות רצון	.35	.23	.25	1.53	

N=32, R square = 0.37, * p<.05, ** p<.01, ~ p<.10

+ Gender: 1= male, 2= female. ++Economic: 1= good, 0=not good.

טבלה 12: תוצאות ניתוח רגרסיה היררכית להסבר מספר ביקורי החולה אצל דיאטנית

בלוק	שם המשתנה	B	S.E	β	t	R ²
1	מצב משפחתי+	.26	.22	.18	1.17	.03
2	מצב משפחתי+	.11	.22	.07	.50	.18*
	שיתוף פעולה	.27	.13	.31	2.06*	
	דאגה	.19	.17	.17	1.07	

N=43, R square = 0.18, * p<.05, ** p<.01, ~ p<.10

+ Family status: 1= married, 0= not married.

טבלה 13: תוצאות ניתוח רגרסיה היררכית להסבר מספר ביקורי החולה אצל רופאים מומחים

בלוק	שם המשתנה	B	S.E	β	t	R^2
1	גיל	-.06	.02	-.21	-2.14*	.07*
	מין+	1.09	.78	.12	1.39	
	מספר ילדים	-.15	.21	-.07	-.72	
	מצב כלכלי++	-.18	.42	-.03	-.43	
2	גיל	-.05	.02	-.19	-2.00*	.08
	מין+	.98	.78	.11	1.24	
	מספר ילדים	-.17	.21	-.08	-.82	
	מצב כלכלי++	-.16	.42	-.03	.39	
	עניין	.23	.21	.09	1.07	
	שביעות רצון	.40	.45	.08	.88	

N=134, R square = .08, * $p < .05$, ** $p < .01$, ~ $p < .10$

+ Gender: 1= male, 2= female. ++Economic: 1= good, 0=not good.