

דוח סופי למחקר

חלק ב': תקציר ומילות מפתח - עברית

כותרת מלאה של המחקר

הקשר בין גורמים חברתיים ורשתות (Networking) לבין פערים בשימוש בשירותי בריאות בקרב ערבים ויהודים בישראל.

חוקרים: שם מלא ושיוך מוסדי

ח'יתאם מוחסן¹, וואסף נעאמנה¹, מנפרד גרין²
¹ החוג לאפידמיולוגיה ורפואה מונעת, בית הספר לבריאות הציבור, הפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר, אוניברסיטת תל אביב.
² הפקולטה למדעי הרווחה והבריאות, בית הספר לבריאות הציבור, אוניברסיטת חיפה.

מילות מפתח

רשת חברתית, רשתות, שימוש בשירותי בריאות, מצב חולי משמעותי, פערים בין קבוצות אוכלוסייה

תקציר

רקע

הקשר בין גורמים חברתיים כגון רשת חברתית, לבין ניצול שירותי בריאות בישראל לא נבחן אמפירית. **מטרות (1)** להשוות בין ערבים ויהודים בשימוש ברשת חברתית; **(2)** לבדוק את הקשר בין רשת חברתית, רשתות (Networking), לבין שימוש בשירותי בריאות במצב חולי משמעותי.

שיטה

בוצע סקר בקרב בני 40+ ($N=400$ ראיון טלפוני ו- $N=400$ פאנלים אינטרנטיים). השימוש בשירותי בריאות סווג כפניה לצוות הרפואי בקהילה, בבית החולים, או לאף אחד מהגורמים הללו. המשתנים המסבירים כללו משתנים דמוגרפיים-כלכליים, מבנה ואיכות רשת ותמיכה חברתית, ותחלואה נלווית.

ממצאים

נכללו 808 משתתפים (גיל ממוצע 52.8 שנים), 50.1% יהודים ו-49.9% ערבים. רשתות חברתיות עשירות יותר, ושימוש בקשרים לקידום ענייני בריאות היו שכיחים יותר בקרב יהודים לעומת ערבים. רמת התמיכה ורשת החברתית להתמודדות עם בעיות בריאות הייתה יותר גבוהה בערבים. מודל רגרסיה לוגיסטית מולטינומית הראה סיכוי נמוך יותר לפניה לצוות רפואי בקרב ערבים וקשר חיובי חזק בין השימוש בקשרים לקידום ענייני בריאות לבין הפניה לצוות בקהילה ובבית חולים. נמצאו קשרים חיוביים בין השכלה, סרטן, ורשת חברתית משפחתית לבין פניה לצוות בבית החולים.

מסקנות

קיימים הבדלים בין ערבים ויהודים ברשתות החברתיות, שימוש בקשרים לקידום ענייני בריאות ודפוסי הפניה לצוות רפואי בחולי משמעותי. ניצול קשרים לקידום ענייני בריאות נמצא בקשר חזק עם הפניה לצוות רפואי.

המלצות והשלכות לקובעי המדיניות

שימוש בקשרים אישיים לקידום ענייני בריאות יכול להצביע על חוסר שביעות רצון מהשירותים הקיימים, שגורם להפעלת קשרים אלו. התופעה שכיחה יותר באוכלוסייה היהודית, ועלולה להגביר את הפערים בבריאות בין קבוצות אוכלוסייה. הבנת המנגנונים המשפיעים שימוש בקשרים אלה חשובה לשיפור הטיפול בחולים.

חלק ג': תקציר ומילות מפתח - אנגלית

Full title of research project

The association of social determinants and networking with inequalities in health services utilization among Jews and Arabs in Israel.

Investigators: full name and affiliations

Khitam Muhsen¹, Wasef Na'amni¹, Manfred Green²

¹ Department of Epidemiology and Preventive Medicine, School of Public Health, Sackler Faculty of Medicine, Tel Aviv University, Tel Aviv, Israel.

² Faculty of Social Welfare and Health Sciences, School of Public Health, Haifa University, Haifa, Israel.

Key Words

Social networks, networking, health care utilization, significant illness, disparities between population groups

Abstract

Scientific Background: The relationship between social determinants such as social networks and health services utilization in Israel has not been examined empirically.

Objectives: **1)** To compare social networks and networking between Arabs and Jews with significant illness. **2)** To assess the association of social networks and networking, with health services utilization in the case of significant illness.

Methodology: A cross-sectional study was conducted among 40+ year-olds (N=400 telephone survey and N=400 online panels). Health services utilization was defined as outreach to community-based medical professionals, hospital-based medical professionals, or neither. Independent variables included socio-demographics, social structure, social network and support, and comorbidities. Multivariable multinomial logistic regression was performed.

Findings: Overall 808 (mean age 52.8 years) participants were included, 50.1% Jewish and 49.9% Arab. Richer social networks and using connections to address health matters were more common among Jews. The level of support and social network for dealing with health issues was higher among Arabs. The likelihood of reaching out to medical professionals was lower among Arabs. A strong association was found between the use of connections to address health matters and reaching out to community-based and hospital-based medical professionals. Positive relationships were found between education, cancer and familial social network with reaching out to hospital-based medical professionals.

Conclusions: There are differences between Arabs and Jews in the structure and quality of social networks, the use of connections to address health matters and health care services utilization patterns when significantly ill. Utilizing connections to address health matters was strongly related to reaching out medical professionals.

Policy Implications/Recommendations: Using connections to address health matters may indicate dissatisfaction with the health services that triggered the use of these connections. This phenomenon is more common among Jews and might widen health disparities between sub-populations. Understanding mechanisms and triggers of the utilization of personal connections is essential to improve medical care.

חלק ה': Executive Summary- English

Background

Social determinants such as social networks and support might affect various health outcomes (1-4). Differences in the burden of non-communicable diseases exist between Arab and Jewish populations in Israel. However, to the best of our knowledge, there have been no studies on the differences in social networks and networking between these groups. Moreover, the potential involvement of social networking in the utilization of health care services for patients with significant health issues is unclear.

Objectives

- (1) To compare the structure and quality of social networks and networking between Arabs and Jews with significant medical conditions.
- (2) To examine the association of social networks and networking, with health services utilization in the case of significant illness.

Methodology

We conducted a survey among 40+-year-olds, via telephone interviews (400 participants) and online panels (400 participants). We defined health care services utilization based on the reported contact of participants to community-based medical professionals, hospital-based medical professionals, or neither. We obtained self-reported information on potential explanatory factors such as socio-demographic characteristics, social structure, social network and support, and comorbidities. We constructed and validated the study questionnaire that was used in data collection.

Findings

Overall, 808 individuals participated in the study, their mean age was 52.8 years, 50.1% of them were Jews and 49.9% were Arabs. Heart disease, cancer, and rehabilitation comprised the most common significant health issues. The study questionnaire was highly reliable.

Jewish participants had richer and more developed social networks in general, based on family members and friends, as compared to Arab participants. Additionally, Jewish participants reported use of their

connections (both personal and indirect connections) to deal with health issues significantly more often than Arab participants. On the other hand, the level of support and social network for dealing with health issues was more developed among Arabs. Moreover, reaching out to community-based or hospital-based medical professionals was lower among Arabs. The use of connections to deal with health issues was related to a ~10-fold higher chance of reaching out to community-based and a 5-fold higher chance of reaching out to hospital-based medical professionals during significant health issues. Having a higher level of education and having cancer, as well as a more developed familial social network, were positively related to reaching out to hospital-based medical professionals.

Conclusions

There are differences between Arab and Jewish individuals in the structure and quality of social networks and the use of connections to deal with health issues. Arabs tended towards lower utilization of health care services during a significant illness than Jews. Reaching out to medical professionals when in the case of significant illness was strongly related to using connections to deal with health issues.

Policy Implications and Recommendation

Using personal connections to address health issues might indicate dissatisfaction with the existing health services that triggered the use of these connections in persons with a significant health issue. This phenomenon is more common among Jews than Arabs and might contribute to widening health disparities between the two sub-population groups. Understanding mechanisms and triggers of the utilization of personal connections is essential to improving medical care for persons with significant illness.

References

1. Ellwardt L, Van Tilburg TG, Aartsen MJ. The mix matters: complex personal networks relate to higher cognitive functioning in old age. *Social science & medicine (1982)* 2015; **125**: 107-15.

2. Laugesen K, Baggesen LM, Schmidt SAJ, et al. Social isolation and all-cause mortality: a population-based cohort study in Denmark. *Scientific reports* 2018; **8**(1): 4731.
3. Adhikari N, Uddin S. Health Inequalities in Older Norwegians and the Mediating Role of Social Networks. *International journal of aging & human development* 2022: 914150221112281.
4. Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *PLoS medicine* 2010; **7**(7): e1000316.

1. הרקע המדעי

הבדלים בין קבוצות אתניות בשיעורי התחלואה והתמותה של מחלות לא מדבקות וגורמי סיכון למחלות אלו תוארו במדינות רבות בעולם.¹⁻⁴ הבדלים אלה מיוחסים בין היתר לשכיחות שונה של התנהגויות סיכון ואורח חיים (כגון עישון והשמנה), יתר לחץ דם, סרטן וסוכרת, ובחלקם מוסברים על ידי גורמים חברתיים, כגון: עוני, הכנסה והשכלה נמוכות.^{3,5} מצב סוציו-אקונומי והבדלים בנגישות לטיפול ושימוש בשירותי בריאות גם כן קשורים לפערים בשיעורי תמותה ונטל התחלואה במחלות שאינן מדבקות.⁵⁻⁸

בעבודות קודמות, אנחנו ואחרים, הדגמנו את ההבדלים בין ערבים ויהודים בישראל בתוחלת חיים ובשיעורי התחלואה והתמותה ממחלות לא מדבקות ובגורמי הסיכון לכך.^{2,9-12} במחקר חתר שביצענו בקרב 520 משתתפים יהודים וערבים בגיל 40 שנים ומעלה עם תחלואה כרונית (מחלת לב, יתר לחץ דם וסוכרת), הראינו כי גורמים פסיכו-סוציאליים, כגון: הערכה עצמית למצב הבריאות, רוחחה נפשית, מספר צאצאים ותפיסה שלילית של נטל התחלואה או הקשיים, היו קשורים לאשפוז במחלקות פנימיות, בנוסף לעומס האובייקטיבי של התחלואה הכרונית (לפי מדד צ'רלסון).¹³ בקרב יהודים נמצא כי מספר צאצאים ותפיסה שלילית של נטל התחלואה או הקשיים היו קשורים לאשפוז, בעוד שבקרב ערבים הערכה עצמית נמוכה למצב הבריאות הייתה קשורה לאשפוז.¹³ מחקרים אחרים בעולם בדקו את הקשר בין גורמים חברתיים ואשפוז, כך למשל נמצא קשר הפוך בין קבלת תמיכה מחברים ומצב משפחתי לבין אשפוז בבית חולים.¹⁴ במחקר שבוצע בגרמניה בקרב קשישים בגיל 85 ומעלה הגורמים שהיו קשורים לאשפוז היו ירידה תפקודית, דכאון, תחלואה כרונית ורשתות חברתיות (Social networks).¹⁵ במחקר שכלל 11 מדינות מאירופה נמצא קשר בין הערכה עצמית למצב הבריאות וניצול שירותי בריאות בקרב קשישים בני 70 ומעלה.¹⁶ ממצאים אלה מצביעים על מעורבותם של גורמים משפחתיים וחברתיים רחבים, מעבר למאפיינים אישיים ולצרכים רפואיים, בשימוש בשירותי בריאות.¹³⁻¹⁶

מחקר עוקבה שבוצע בקרב קשישים בהולנד, הראה כי מספר גדול יותר של קשרים ותפקידים חברתיים קשור לסיכוי גבוה יותר להישרדות, כאשר רשתות חברתיות (Networks) גדולות והטרוגניות יותר נקשרו לפוטנציאל תמיכה גבוה יותר ולתוצאות בריאותיות טובות יותר.¹⁷ מחקר עוקבה שבוצע בדנמרק הראה כי בידוד חברתי מגדיל את הסיכוי לתמותה ב-60%-70%, כאשר לקשרים חברתיים חלשים יותר, כמו מספר מוגבל של אנשי קשר ובידוד חברתי הייתה השפעה שלילית על בריאות והישרדות.¹⁸ רשת חברתית המתבטאת במספר הקשרים ותמיכה רבה של חברים הייתה גורם מתווך משמעותי בקשר שבין מצב סוציואקונומי לבין מצב הבריאות.¹⁹ בסקירת ספרות שיטתית נמצא כי מאפיינים מבניים ותפקודיים של הרשת החברתית קשורים לבריאות, כאשר רשתות חברתיות גדולות, כמות גדולה של קשרים ורמות גבוהות של קבלת תמיכה נקשרו להישרדות טובה יותר.²⁰

גברים ונשים במצב סוציאקונומי גבוה יותר היו עם רשתות חברתיות שמגנות טוב יותר מפני בדידות, ואשר קשורות לתוצאי בריאות טובים יותר²¹. מחקר שבוצע בארצות הברית הראה כי גורמים חברתיים שליליים לבריאות כגון: אלימות, חוסר יציבות בדיוור, בעיות תעסוקה או בעיות כלכליות, משפטיות, חברתיות או משפחתיות, חוסר גישה לטיפול או תחבורה וצרכים פסיכו-סוציאליים היו קשורים לעלייה במספר הביקורים למיון²². מחקר נוסף הראה כי מצב סוציאקונומי נמוך היה קשור לסיכון מוגבר לתחלואה אשר תחילה נקשרה להפרעות פסיכיאטריות, שימוש בסמים ופגיעה עצמית ובהמשך למחלות כבד וכליות, מחלת לב איסכמית, שבץ מוחי, סרטן ריאות ועוד לעומת מצב סוציאקונומי בינוני או גבוה, זאת בתקנון לאורח חיים והתנהגויות בריאות²³. מחקרים שונים הראו כי נשים מדווחות על שיעורים גבוהים יותר של תחלואה, נכות וניצול שירותי בריאות לעומת גברים, כאשר הגברים מתפקדים טוב יותר במבחנים גופניים²⁴⁻²⁶. במחקר SHARE שבוצע באירופה בקרב 29,824 גברים ו-37,263 נשים בגילאי 50+, נמצא כי הכנסה ועושר נקשרו לתפקוד קוגניטיבי טוב יותר, עוצמת האחיזה (grip strength), איכות חיים ותסמיני דיכאון בשני המינים²⁷. הקשר בין מצב סוציאקונומי לעוצמת האחיזה היה חזק יותר בגברים²⁷. כל אלה מצביעים על קשר בין רשת חברתית לבין מצב הבריאות ושימוש בשירותי בריאות.

במחקר שביצענו בקרב כ-28,000 נבדקים בני 40 שנים ומעלה עם מחלות כרוניות (מחלות לב, סוכרת או יתר לחץ דם), השיעור המתוקן לגיל לאשפוז במחלקה פנימית היה גבוה פי 1.5 בגברים ערבים לעומת יהודים ופי 1.4 בנשים ערביות לעומת יהודיות, הבדל שנשמר גם לאחר תקנון לתחלואת רקע, עישון, השמנה ושימוש בשירותי בריאות²⁸. במחקר המשך הדגמנו את תרומתם של משתנים חברתיים ותפיסה עצמית של מצב הבריאות לאשפוזים במחלקה פנימית בתת-מדגם של 520 מרואיינים מבין עוקבה זו¹³. הקשר בין מצב סוציאקונומי לבין אי שוויון בבריאות בין קבוצות אוכלוסייה, נמצא במדינות רבות באירופה וארצות הברית²⁹⁻³³. במחקרה של דאוד וחבריה³⁴, נמצא כי הערכה עצמית של מצב הבריאות כפחות טוב הייתה שכיחה יותר בצורה מובהקת בקרב משתתפים ערבים לעומת יהודים בתקנון לגיל ומין. בנוסף, נמצא קשר בין מצב סוציאקונומי וסביבת המגורים לבין אי שוויון אתני בבריאות, גורמים פסיכו-סוציאליים והתנהגויות בריאות³⁴.

המודל של אנדרסן אודות שימוש בשירותי בריאות מחלק את הגורמים הקובעים שימוש בשירותי בריאות ל-3 גורמי ליבה: מאפיינים של "עלילות" (*predisposing factors*) (מאפיינים דמוגרפיים, מבנה חברתי ואמונות בריאות), משאבים מאפשרים – *enabling resources* (אישיים, משפחה, קהילה) וצורך – *Need* וכאן נכלל הצורך בשימוש בשירותי בריאות, הן הנתפס על ידי הפרט וגם הצורך האובייקטיבי³⁵. מאמר סקירה שכלל 10 מחקרי עוקבה בארצות הברית, קנדה, גרמניה וצפון קוריאה הראה קשר חיובי בין צרכים (הערכה עצמית למצב הבריאות ומחלות כרוניות) ושימוש בשירותי הבריאות (ביקור אצל רופא כללי, רופא

מומחה, פנייה למיון ואשפוז)³⁶. מצד שני היו תוצאות סותרות בנוגע לקשר בין מאפיינים של "עלילות" ומשאבים מאפשרים, לבין שימוש בשירותי בריאות³⁶. מחקר שבוצע ב-20 מדינות באירופה ובישראל הראה כי גורמים חברתיים כגון, השכלה, תעסוקה, הכנסה, ורשת חברתית, היו קשורים לבדלים בפניות לרופא ראשוני ולרופא מומחה, אך הקשרים שנצפו עם כל אחד מהמשתנים היו שונים בין המדינות בכיוון ובעוצמה שלהם, עם נטייה כללית לפניה לרופא מומחה בקרב נבדקים ממעמד סוציאקונומי גבוה³⁷.

לסיכום, הקשרים של משתנים חברתיים, במיוחד רשת חברתית, לבין שימוש בשירותי בריאות נחקרה מעט. לרוב נעשה מיקוד בפניות לרופא ראשוני או לרופא מומחה, נכללו לרב משתתפים צעירים, שלא בהכרח מייצגים את אוכלוסיית החולים הכרוניים, שמהווה קבוצת יעד לניתוב שימוש נכון בשירותי בריאות. כמו כן, לרוב נבדק מספר מצומצם של משתנים חברתיים, שלא בהכרח "תופסים" את כל הקשת של המשתנים הרלוונטיים של רשת חברתית. ממצאים של מחקרים בנושא ממדינות אחרות לא בהכרח רלוונטיים לישראל עקב הבדלים במבנה מערכת הבריאות ומאפייני האוכלוסייה. המחקר הנוכחי התמקד בנושא של הקשר בין גורמים חברתיים, רשת חברתית ורשות על פערים לבין שימוש בשירותי בריאות בקרב ערבים ויהודים בישראל.

2. שאלות המחקר

מטרת העל: לבדוק את המשתנים החברתיים, לפי המודל של אנדרסן, הקשורים לשימוש בשירותי בריאות במצב חולי משמעותי בקרב ערבים ויהודים.

מטרות ספציפיות

1. לבדוק הבדלים אפשריים בין ערבים ויהודים בשימוש ברשת חברתית, רשות (Networking) במצב חולי משמעותי.
2. לבדוק את הקשר בין קבוצת אוכלוסייה (ערבים או יהודים), גורמים חברתיים, לפי המודל של אנדרסן, למשל השכלה, רשת חברתית, רשות (Networking), תמיכה חברתית ועוד, לבין שימוש בשירותי בריאות במצב חולי משמעותי.

3. שיטות העבודה

סוג המחקר

בוצע מחקר חלוץ בחלקו איכותני בקרב 74 מבוגרים עם אירוע בריאות משמעותי (ראה הגדרה מטה). בוצע סקר ארצי בקרב 808 משתתפים, שהתבסס על תוצאות המחקר החלוץ.

אוכלוסיית המחקר ושיטת הדגימה

מחקר החלוץ בוצע בנפת חדרה בשל ייצוג טוב של האוכלוסייה הערבית והיהודית, בקרב מדגם נוחות של אנשים שגויסו במהלך אשפוזם במרכז הרפואי הילל יפה או מהקהילה בשיטת snow ball sampling. בסקר הארצי היו שני מדגמים: סקר טלפוני בקרב מדגם

אקראי של כ-400 משתתפים בשכבות של קבוצת אוכלוסייה (200 ערבים ו-200 יהודים), וסקר בקרב 400 אנשים הרשומים בפאנלים אנטרנטיים (200 ערבים ו-200 יהודים).

קריטריונים להכללה: מבוגרים שדיווחו על אירוע בריאות משמעותי אצל המרואיין/ת או אחד מבני משפחתו. אירוע בריאות משמעותי הוגדר כמחלה או מצב בריאות משמעותי שקרו בשנתיים שקדמו לראיון ואשר דרשו בירור ו/או טיפול, של מחלה כרונית או חריפה בקהילה ו/או במסגרת אשפוז דחוף או אלקטיבי: כגון מחלת לב (אוטם חריף בשריר הלב, אי-ספיקת לב, צנתור לב, ניתוח מעקפים), שבץ מוחי, סרטן, מחלות כליה, שיקום ועוד. אם היה יותר מאירוע אחד, המשתתף התבקש להתייחס לאירוע שנחשב משמעותי יותר מבחינתו.

הליך וכלי המחקר

במחקר החלוץ/איכותני, על סמך הספרות המקצועית בנושא, בנינו טיטות שאלון שעבר הערכה של תוקף פנים, תוקף תוכן ותוקף הסכמה על ידי צוות המחקר. בוצעו כ-5 ראיונות על בסיס הגרסה הראשונה של השאלון ובהתאם למשוב שהתקבל מן המראיינות בשטח בוצעו התאמות בשאלון (**נספח 1**). הראיונות במחקר זה בוצעו פנים מול פנים, בשפה העברית למרואיינים דוברי עברית ובערבית למרואיינים דוברי ערבית. לפני הסקר הטלפוני, בוצעו שינויים בשאלון, על בסיס הממצאים מהמחקר האיכותני (**נספח 2**).

הגדרת משתני המחקר

כל משתני המחקר הוגדרו על בסיס דיווח עצמי.

המשתנה התלוי: דפוס השימוש בשירותי בריאות העיקרי בעת מחלה או מצב בריאות משמעותי בקרב המרואיין או בן/בת משפחה כפי שהוגדר לעיל. דפוס השימוש בשירותי בריאות: בעיקר באמצעות צוות רפואי בקהילה (רופא או אחות בקהילה), משתנה דיכוטומי: כן או לא. משתנה תלוי נוסף כלל 3 קטיגוריות: שימוש בשירותי בריאות באמצעות צוות רפואי בקהילה, צוות רפואי בבית החולים (רופא או אחות), או אף אחד מהגורמים הללו.

משתנים בלתי תלויים – הוגדרו לפי המודל של אנדרסן

מאפיינים של עלילות Predisposing factors

- א. משתנים דמוגרפיים:** גיל של המרואיין בשנים (משתנה רציף), מין (זכר/נקבה), מצב משפחתי (רווק/נשוי או חי אם בן/בת זוג/גרשו/אלמן), מספר ילדים (משתנה בדיד), תעסוקה נוכחית (עובד, לא עובדת, עבד בעבר), מספר שנות לימוד (משתנה רציף), מידת דתיות (חילוני, מסורתי, דתי או חרדי), וקבוצת אוכלוסייה (ערבים או יהודים).
- ב. מבנה ואיכות הרשת החברתית באופן כללי:** מבנה הרשת החברתית והרכבה בשני מישורים: בני משפחה וחברים, בדרגות קירבה שונות.

ג. רשת חברתית בענייני בריאות: המשתתפים תבקשו לדרג את מידת הסכמתם עם היגדים המתייחסים לרשת חברתית שבה משתמשים בעת בעיה בריאותית.

ד. שימוש בקשרים להתמודדות עם בעיות בריאות: שימוש בקשרים שונים, כדי לקדם טיפול בענייני בריאות, כולל קשרים בעבודה, קשרים משפחתיים, קשרים חבריים, קשר ישיר/עקיף לבעל/ת תפקיד במערכת הבריאות, השתייכות לקהילה מסוימת (למשל בית כנסת, מפלגה, קהילה וירטואלית) ופרוטקציה.

משאבים מאפשרים Enabling resources

ה. ביטוח משלים (כן [פרטי או של קופת החולים], או לא)

משתנים של צורך Need factors

- ו. תחלואת רקע: דיווח עצמי על מחלות כרוניות כגון סרטן, לחץ דם, מחלת לב, שבץ מוחי.
- ז. סוג אירוע הבריאות: דיווח עצמי מחלת לב, שבץ מוחי, סרטן, מחלות כליה, מחלות דרכי הנשימה, מחלה נירולוגיות, בעיות אורטופדיות/ שיקום, אחר.
- ח. התנהגויות בריאות: דיווח עצמי על ביצוע פעילות גופנית (לפחות 20 דקות כמעט כל יום או פעם-פעמיים בשבוע, לעומת תדירות נמוכה יותר) ועישון (אי פעם לעומת אף פעם).

טיפול בנתונים ועיבוד נתוני המחקר

בחינת סקלת המדידה עבור המרכיבים השונים של "רשת חברתית" שבנינו נעשתה באמצעות ניתוח גורמים (factor analysis) ובדיקת מהימנות נעשתה באמצעות מדד אלפא של קרונברך (Cronbach's alpha). לבניית סקלות שבוחנות את הנושא של רשת חברתית נעשה חיבור של הנקודות שניתנו לתשובות של כל משתתף על השאלות שנכללו בסקלה. ככל שהציון היה יותר גבוה כך הנבדק מסכים יותר עם העמדה/נושא. הציונים חולקו לשתי קטגוריות בחציון (שווה או נמוך מהחציון או מעל החציון).

המדגם תואר באמצעות ממוצעים, סטיות תקן, חציון וטווח בין רבעוני למשתנים רציפים, מספרים מוחלטים ואחוזים עבור משתנים קטגוריאליים. ההבדלים בין ערבים ויהודים בהתפלגות משתני המחקר נבדקו תוך שימוש במבחן חי בריבוע עבור משתנים קטגוריאליים, מבחן t למדגמים בלתי תלויים עבור משתנים רציפים המתפלגים נורמלית ומבחן מן-וויטני עבור משתנים שלא מתפלגים נורמלית. מבחנים אלו שימשו גם לבדיקת הקשרים בין המשתנים הבלתי תלויים לבין המשתנה התלוי- פניה לצוות רפואי בקהילה (רופא או אחות) בעת אירוע בריאות משמעותי (משתנה דיכוטומי כן לעומת לא). בהמשך בוצע מודל רגרסיה לוגיסטית לבדיקת הקשר של המשתנים הבלתי תלויים לבין המשתנה התלוי. כמו כן נבחן הקשר בין המשתנים הבלתי תלויים לבין משתנה תלוי בעל 3 קטגוריות: דפוס השימוש בשירותי: בעיקר באמצעות צוות רפואי (רופא או אחות) בקהילה, צוות רפואי בבית החולים (רופא או אחות), או אף אחד מהגורמים הללו, תוך שימוש במבחן חי בריבוע, ANOVA עבור

משתנים רציפים ורגרסיה מולטינומית כאשר קבוצת הייחוס היא העדר פניה לצוות רפואי בקהילה או בבית חולים. עבור כל משתנה חושב היחס הצולב (OR) Odds ratio ורווח בר סמך של 95%. ערכי P נמוכים מ-0.05 נחשבו מובהקים סטטיסטית. העיבודים בוצעו בתוכנת IBM SPSS (IBM, Armonk, New York, USA) גרסה 28.

4. ממצאים

התוצאות של מחקר החלוצי/איכותני מתוארים בנספח 3.

תוצאות ממחקר חתך

השתתפו בסקר 808 (53.1% גברים) אנשים 50.1% מהם היו יהודים ו-49.9% ערבים. גיל המשתתפים נע בין 40 ל-84 שנים, עם ממוצע של 52.8 שנים. כ-40% מהמשתתפים הגדירו את עצמם כחילוניים. רב המשתתפים היו נשואים או שחיו בזוגיות. בכל המדגם החציון של מספר שנות הלימוד היה 14 שנים. רב המשתתפים דיווחו כי הם מועסקים וכמחציתם היו מבוטחים בקופת חולים כללית. המשתתפים הערבים היו יותר צעירים לעומת היהודים. רק 9.2% מהמשתתפים הערבים הגדירו את עצמם כחילוניים בהשוואה ל-69.6% מהמראוינים היהודים, בעוד ש-51.9% ו-38.9% מהערבים הגדירו את עצמם כמסורתיים או דתיים/דתיים מאוד בהתאמה, בהשוואה ל-15.6% ו-14.8% בקרב יהודים בהתאמה ($P<0.001$). מספר שנות הלימוד היה יותר נמוך בקרב ערבים לעומת יהודים וכך גם שיעור המשתתפים שדיווחו שהם מועסקים ($P<0.001$). ביטוח בריאות משלים דווח על ידי בקרב 94.6% מהמשתתפים היהודים לעומת 61.3% מהמשתתפים הערבים (טבלה 1).

אירוע בריאות משעמתי אצל המראויין עצמו דווח בקרב 355 (43.9%) מהמשתתפים, בעוד שאירוע בריאות משמעותי בקרב בני משפחה דווח על ידי 59.5%. סרטן, מחלות לב, ושיקום היוו 22.6%, 22.8%, ו-16.6% מסך אירועי הבריאות המשמעותיים (טבלה 1).

בדיקת מהימנות השאלון וניתוח גורמים

נבנו סקלות להערכת משתני המחקר הקשורים לרשת חברתית (networking) כללי ובתחום הבריאות (טבלה 2). המהמנות של מרבית הסקלות הייתה טובה מאוד עם ערכים של מדד קרונברך של אלפא שנע בין 0.744 לבין 0.810. המהמנות עבור מקורות המידע הלא רפואיים הייתה בינונית (אלא קרונברך 0.661). ניתוח גורמים לבחינת סקלה להערכת השימוש בקשרים לקידום ענייני בריאת הניב גורם אחד עם Eigenvalue מעל 1, שהסביר 40.2% מהשונות. עם מדד Kaiser-Meyer-Olkin של 0.830 כלומר הניתוח מתאים לנתוני הסקר. נמצא $P<0.001$ עבור Bartlett's test of Sphericity שמצביע על קורלציות בין הפריטים.

טבלה 1: מאפייני המשתתפים בסקר לפי קבוצת אוכלוסייה

משתנה	ערבים N=403	יהודים N=405	כל המדגם N=808	P*
מין, מספר (%)				0.203
זכר	223 (55.3%)	206 (50.9%)	429 (53.1%)	
נקבה	180 (44.7%)	199 (49.1%)	379 (46.9%)	
ממוצע גיל (סטיית תקן)	50.9 (7.9)	54.7 (11.4)	52.8 (9.9)	<0.001
מידת דתיות, מספר (%)				<0.001
חילוני	37 (9.2%)	282 (69.6%)	319 (39.5%)	
מסורתי	208 (51.6%)	63 (15.6%)	271 (33.5%)	
דתי או דתי מאד	156 (38.7%)	60 (14.8%)	216 (26.7%)	
מידע חסר	2 (0.5%)	0 (0.0%)	2 (0.2%)	
מצב משפחתי, מספר (%)				0.155
נשוי או חי בזוגיות	302 (74.9%)	287 (70.9%)	589 (72.9%)	
לא נשוי (רווק, אלמן, גרוש או פרוד)	99 (24.6%)	118 (29.1%)	217 (26.9%)	
מידע חסר	2 (0.5%)	0 (0.0%)	2 (0.2%)	
חציון מספר ילדים, (טווח בין רבעוני)	3 (2)	2 (1)	3 (2)	<0.001
מידע חסר	23 (5.7%)	9 (2.2%)		
חציון מספר שנות לימוד (טווח בין רבעוני)	12 (2)	15 (4)	14 (4)	<0.001
מידע חסר	55 (13.6%)	4 (1.0%)		
תעסוקה, מספר (%)				<0.001
לא עובד	59 (14.6%)	6 (1.5%)	65 (8.0%)	
עובד	239 (59.3%)	293 (72.3%)	532 (65.8%)	
עבד בעבר	97 (24.1%)	106 (26.2%)	203 (25.1%)	
מידע חסר	8 (2.0%)	0 (0.0%)	8 (1.0%)	
קופת חולים, מספר (%)				<0.001
כללית	207 (51.4%)	194 (47.9%)	401 (49.6%)	
לאומית	71 (17.6%)	31 (7.7%)	102 (12.6%)	
מכבי	60 (14.9%)	129 (31.9%)	189 (23.4%)	
מאוחדת	64 (15.9%)	49 (12.1%)	113 (14.0%)	
מידע חסר	1 (0.2%)	2 (0.5%)	3 (0.4%)	
ביטוח משלים, מספר (%)				
כן, של קופ"ח או פרטי	247 (61.3%)	383 (94.6%)	630 (78.0%)	
לא	153 (38.0%)	22 (5.4%)	175 (21.7%)	
מידע חסר	3 (0.7%)	0 (0.0%)	3 (0.4%)	
מאפייני אירוע הבריאות				
אירוע בריאותי משמעותי אצל המראויין עצמו	211 (52.4%)	144 (35.6%)	355 (43.9%)	<0.001
אירוע בריאותי משמעותי אצל בן משפחה	201 (49.9%)	280 (69.1%)	481 (59.5%)	<0.001
סוג אירוע הבריאות המשמעותי				<0.001
סרטן	85 (21.1%)	98 (24.2%)	183 (22.6%)	
מחלות לב	116 (28.8%)	68 (16.8%)	184 (22.8%)	
שבץ והפרעות נוירולוגיות	31 (7.7%)	45 (11.1%)	76 (9.4%)	
שיקום	25 (6.2%)	41 (10.1%)	66 (8.2%)	
בעיות גב, אורטופדיה, מפרקים ועצמות	79 (19.6%)	55 (13.6%)	134 (16.6%)	
סוכרת	32 (7.9%)	2 (0.5%)	34 (4.2%)	
מחלות זיהומיות	17 (4.2%)	29 (7.2%)	46 (5.7%)	
אחר	18 (4.5%)	67 (16.5%)	85 (10.5%)	
בירור או טיפול בעניין הבריאותי				
האירוע הבריאותי דרש בירור בקהילה	285 (70.7%)	138 (34.1%)	423 (52.4%)	<0.001
אירוע הבריאותי דרש בירור באשפוז	249 (61.8%)	245 (60.5%)	494 (61.1%)	0.706
האירוע הבריאותי דרש בירור במרפאות חוץ	205 (50.9%)	152 (37.5%)	357 (44.2%)	<0.001

* ערך P עבור ההבדל בין משתתפים ערבים ויהודים

טבלה 2: סקולות להערכת משתני המחקר בתחום רשת חברתית networking כללי ובתחום הבריאות

משתנה	פריטים שנכללו בסקלה	Cronbach's Alpha	Min-Max	Mean (Sd)	Median (25 th -75 th percentiles)
מקורות לא רפואיים להשגת מידע רפואי עבורך או עבור אדם קרוב כאשר אתה זקוק לו	• מחפש/ת מידע באינטרנט (גוגל, פייסבוק, יוטיוב) • מתייעצ/ת עם אנשים קרובים בדרגה ראשונה • מתייעצ/ת עם אנשים קרובים בדרגה שניה • מתייעצ/ת עם חברים • מתייעצ/ת עם אנשים בעבודה	0.661	0-5	1.3 (1.3)	1.0 (0-2)
רשת חברתית כללית שמתבססת על בני משפחה	• מספר בני משפחה שאתה מרגיש מספיק קרוב כדי לפנות אליהם לבקשת עזרה • מספר בני משפחה שאתה מרגיש מספיק בנוח כדי לשתף אותם בעניינים אישיים	0.761	2-12	6.4 (2.2)	7 (5-8)
רשת חברתית כללית שמתבססת על חברים	• מספר חברים שאתה מרגיש מספיק קרוב כדי לפנות אליהם לבקשת עזרה • מספר חברים שאתה מרגיש מספיק בנוח כדי לשתף אותם בעניינים אישיים	0.803	2-12	5.2 (2.4)	5 (4-7)
תמיכה ורשת חברתית להתמודדות בענייני בריאות	• אני מבקש/ת עזרה באירועי בריאות כשאני צריכה/ • אני מקבל/ת עזרה באירועי בריאות אם אני צריכה אותה • יש הרבה אנשים בסביבה החברתית שלי שאני יכול/ה לסמוך עליהם באירועי בריאות • אם יש עניין בריאותי שאני רוצה לברר לגביו, אני שואל/ת אנשים סביבי • אם אני צריכה/ת תמיכה באירועי בריאות, אני פונה לאנשים כדי לקבל את עצתם או עזרתם	0.810	5-25	15.8 (4.0)	16 (13-19)
שימוש בקשרים להתמודדות וטיפול בענייני בריאות	• קשרים בעבודה הנוכחית או הקודמת • קשרים משפחתיים • קשרים חבריים • קשר ישיר לבעל/ת תפקיד במערכת הבריאות (חוץ מהרופא המטפל) • קשר עקיף לבעל/ת תפקיד במערכת הבריאות (חוץ מהרופא המטפל) • השתייכות לקהילה מסוימת (למשל, בית כנסת, מפלגה, קהילה) • פרוטקציה	0.744	0-7	0.95 (1.5)	0 (0-1)

הבדלים בין ערבים ויהודים במשתנים בריאותיים ורשת חברתית

סוכרת, מחלת לב איסכמית ועישון היו יותר שכיחים בקרב משתתפים ערבים לעומת יהודים, ואילו שיעורי ההמצאות של סרטן, ופעילות גופנית היו יותר נמוכים בקרב ערבים. רשת חברתית כללית רחבה ואיכותית יותר על בסיס בני משפחה הייתה יותר שכיחה בקרב משתתפים יהודים לעומת ערבים וכך גם רשת חברתית על בסיס חברים, שימוש בקשרים, אישיים ולא אישיים לקידום ענייני בריאות. אחוז המשתתפים עם ציון מעל החציון בנושא תמיכה ורשת חברתית להתמודדות עם בעיות בריאות היה מעט יותר גבוה בקרב ערבים לעומת יהודים. משתתפים ערבים השתמשו בשני מקורות מידע רפואיים באחוז גבוה יותר לעומת יהודים. לעומת זאת השימוש בשני מקורות מידע לא רפואיים, היה יותר שכיח יהודים (טבלה 3).

במחקר היו 104 משתתפים (12.9%) שפנו לרופא או אחות בקהילה להתייעצות בנגע לאירוע הבריאות, 191 (23.6%) שפנו לרופא או אחות בבית החולים (עם או בלי התייעצות עם הצוות בקהילה), ו-513 (63.5%) שלא פנו להתייעצות עם גורמים אלה.

טבלה 3: מחלות רקע, התנהגויות בריאות ורשת חברתית לפי קבוצת אוכלוסייה

משתנה	ערבים N=403 מספר (%)	יהודים N=405 מספר (%)	P	קשר בין מאפיינים סוציודמוגרפים, קליניים, ורשת חברתית לבין שימוש בשירותי בריאות התוצאות של הגורמים הקשורים לפניה לצוות רפואי בקהילה כמשתנה דיכוטומי מתוארות בנספח 4. התוצאות העיקריות
יתר לחץ דם	138 (35.2%)	121 (30.5%)	0.17	לא
לא	254 (64.8%)	276 (69.5%)		
סוכרת	146 (36.9%)	74 (18.7%)	<0.001	מחלת לב איסכמית
מחלת לב איסכמית	69 (17.6%)	42 (10.6%)	0.006	
אירוע מוחי	10 (2.5%)	12 (3.0%)	0.8	סרטן
סרטן	20 (5.1%)	47 (11.9%)	0.001	
פעילות גופנית	94 (23.3%)	249 (61.5%)	<0.001	עישון
עישון	164 (40.7%)	117 (28.9%)	0.001	
רשת חברתית כללית-בני משפחה			0.005	רשת חברתית כללית-בני משפחה
עד 7 אנשים	287 (71.2%)	250 (61.7%)		
8 אנשים ויותר	116 (28.8%)	155 (38.3%)		רשת חברתית כללית-חברים
רשת חברתית כללית-חברים	262 (65.0%)	162 (40.0%)	<0.001	
עד 5 אנשים	141 (35.0%)	243 (60.0%)		שימוש בקשרים לקידום ענייני בריאות
6 אנשים ויותר			<0.001	
שימוש בקשרים לקידום ענייני בריאות	270 (67.0%)	188 (46.4%)		אין
אין	133 (33.0%)	217 (53.6%)		
קשר אחד ויותר			0.02	רשת חברתית להתמודדות עם בעיות בריאות
רשת חברתית להתמודדות עם בעיות בריאות	205 (50.9%)	241 (59.5%)		
ציון של החציון (16) או יותר נמוך	198 (49.1%)	164 (40.5%)		השגת מידע ממקור רפואי
ציון מעל החציון (פחות מ-16)			<0.001	
השגת מידע ממקור רפואי	149 (37.0%)	277 (68.4%)		מקור רפואי אחד
מקור רפואי אחד	254 (63.0%)	128 (31.6%)		
שני מקורות ומעלה			<0.001	השגת מידע ממקורות לא רפואיים
השגת מידע ממקורות לא רפואיים	296 (73.4%)	234 (57.8%)		
מקור לא רפואי אחד	107 (26.6%)	171 (42.2%)		שני מקורות ומעלה
שני מקורות ומעלה				

מתייחסות לגורמים הקשורים לדפוס הפניה לצוות רפואי כמשתנה בעל 3 קטגוריות: פניה לצוות רפואי בקהילה, פניה לצוות רפואי בבית חולים, העדר פניה לגורמים אלה

שאלון רשתות סופי Networking

משתתפים שפנו לצוות רפואי בקהילה היו יותר מבוגרים לעומת אלו שפנו לצוות בבית חולים או שלא פנו לגורמים אלה. ממוצע שנות הלימוד היה גבוה ביותר בקרב הקבוצה שפנתה לצוות רפואי בבית החולים לעומת שתי הקבוצות האחרות. אחוז המשתתפים הערבים היה גבוה ביותר בקרב אלו שלא פנו לצוות רפואי בקהילה או בבית חולים. ואילו שיעור חילוניים היה נמוך ביותר בקבוצה זו. שיעור המשתתפים שדיווחו כי הם עובדים היה גבוה ביותר בקבוצה שפנתה לצוות רפואי בבית החולים, בעוד ששיעור אלו עם ביטוח משלים היו יותר גבוה בשתי הקבוצות שפנו לצוות רפואי לעומת משתתפים שלא פנו לגורמים אלה. אחוז חולי סוכרת היה נמוך ביותר בקבוצה שפנתה לצוות רפואי בבית חולים, בעוד שאחוז חולי הסרטן היה גבוה ביותר בקבוצה זו. אחוז המשתתפים שדיווח על ביצוע פעילות גופנית היה גבוה יותר בקבוצות שפנו לצוות רפואי בקהילה או בית חולים לעומת אלו שלא פנו לגורמים אלה. אחוז המשתתפים עם רשת חברתית כללית עשירה על בסיס משפחה וחברים, ושימוש בקשרים לקידום ענייני בריאות היה גבוה ביותר בקבוצה שפנה לצוות רפואי בקהילה ונמוך ביותר בקבוצה שלא פנתה לגורמים אלה. אחוז המשתתפים עם תמיכה ורשת חברתית עשירה להתמודדות עם בעיות בריאות היה דומה בין אלו שפנו לצוות רפואי בקהילה או בבית חולים, אך יותר גבוה לעומת משתתפים שלא פנו לשירותים אלה. אחוז המשתתפים שהשתמשו בשני מקורות מידע רפואיים או יותר היה יותר גבוה בקרב אלה שלא פנו לצוות רפואי בקהילה או בבית חולים. מבחינת סוג האירוע, מחלת לב וסוכרת היו יותר שכיחים בקבוצה שלא פנתה לצוות רפואי, מחלה זיהומית הייתה שכיחה ביותר בקבוצה שפנתה לצוות בקהילה, ובעיות אחרות היו שכיחות ביותר בקרב אלו שפנו לצוות רפואי בבית חולים (טבלה 4).

מודל רב משתני

נבנו מודלים של רגרסיה נומינלית רבת משתנים להערכת גורמים הקשורים לפניה לצוות רפואי באנשים עם אירוע בריאות משמעותי בקהילה, בבית חולים ואלו שלא פנו לצוות רפואי בקהילה או בבית חולים (קבוצת ייחוס), המודל הראשון נחשב למודל טוב לפי ערכי השונות המוסברת ($R^2 \text{ Nagelkerke} = 0.41$). מודל זה הראה כי הסיכוי לפניה לצוות רפואי בקהילה היה נמוך בקרב משתתפים ערבים לעומת יהודים ($P=0.001$), מגמה דומה אך לא מובהקת סטטיסטית נמצאה לגבי הסיכוי לפניה לצוות רפואי בבית חולים ($P=0.06$). הסיכוי לשימוש בקשרים לקידום ענייני בריאות היה גבוה פי 5 בפניה לצוות בקהילה ופי 11 בפניה לצוות בבית חולים ($P<0.001$). קשרים חיוביים מובהקים עם הפניה לצוות בבית חולים כללו: שנות לימוד ($P=0.004$), מחלת סרטן ($P=0.001$), וקשר הפוך בגבול המובהקות נמצא כאשר סוג אירוע הבריאות היה מחלות זיהומית (טבלה 5).

במודל השני ($R^2 \text{ Nagelkerke} = 0.38$), נמצא קשר מובהק סטטיסטי בין קבוצת אוכלוסייה ושימוש בקשרים לקידום ענייני בריאות ופניה לצוות הרפואי, כאשר הסיכוי בפניה לצוות רפואי בקהילה ובבית חולים היה נמוך בקרב ערבים לעומת יהודים וגבוה עבור אלו שהשתמשו בקשרים לקידום ענייני בריאות לעומת אלו שלא השתמשו ($P<0.001$). במודל זה בנוסף למשתנים שהיו מובהקים עבור הפניה לבית חולים, נמצא קשר חיובי עם רשת חברתית כללית-בני משפחה, כאשר הסיכוי היה גדול פי 1.6 בפניה לצוות בית חולים ($P=0.04$) (טבלה 6).

טבלה 4: מאפיינים סוציודמוגרפיים, קליניים ורשת חברתית לפי שימוש בשירותי בריאות

משתנה	העדר פניה לגורמים אלה	פניה רפואי בקהילה	פניה לבית חולים	P
מספר	513	104	191	
מאפיינים סוציו-דמוגרפיים, מספר (%)				
גיל (שנים) ממוצע, (סטיות תקן)	52.2 (9.7)	55.2 (11.3)	53.0 (9.8)	0.020

שאלון רשתות סופי Networking

<0.001	(2.9) 15.4	(3.0) 14.1	(3.1) 13.5	שנות לימוד, ממוצע, (סטיית תקן)
<0.001				קבוצת אוכלוסייה
	(73.3%) 140	(67.3%) 70	(38.0%) 195	יהודים
	(26.7%) 51	(32.7%) 34	(62.0%) 318	ערבים
0.651				מין,
	(52.9%) 101	(49.0%) 51	(54.0%) 277	זכר
	(47.1%) 90	(51.0%) 53	(46.0%) 236	נקבה
0.569				מצב משפחתי
	(75.4%) 144	(75.0%) 78	(71.8%) 367	נשוי
	(24.6%) 47	(25.0%) 26	(28.2%) 144	לא נשוי
<0.001				מידת דתיות
	(55.5%) 106	(50.5%) 52	(31.4%) 161	חילוני
	(24.6%) 47	(29.1%) 30	(37.9%) 194	מסורתי
	(19.9%) 38	(20.4%) 21	(30.7%) 157	דתי/דתי מאוד
<0.001				תעסוקה
	(79.1%) 151	(61.5%) 64	(62.8%) 317	כן עובד
	(2.6%) 5	(6.7%) 7	(10.5%) 53	לא עובד
	(18.3%) 35	(31.7%) 33	(26.7%) 135	לא עובד, אבל עבד בעבר
<0.001				ביטוח משלים
	(91.1%) 174	(84.6%) 88	(72.2%) 368	כן (קופ"ח או פרטי)
	(8.9%) 17	(15.4%) 16	(27.8%) 142	לא
				מחלות רקע והתנהגות בריאות מספר (%)
0.355				יתר לחץ דם
	(71.3%) 134	(64.1%) 66	(66.3%) 330	כן
	(28.7%) 54	(35.9%) 37	(33.7%) 168	לא
0.047				סוכרת
	(20.7%) 39	(30.8%) 32	(29.8%) 149	כן
	(79.3%) 149	(69.2%) 72	(70.2%) 351	לא
0.124				מחלת לב איסכמית
	(9.6%) 18	(14.4%) 15	(15.6%) 78	כן
	(90.4%) 170	(85.6%) 89	(84.4%) 421	לא
0.671				שבץ מוחי
	(3.2%) 6	(3.8%) 4	(2.4%) 12	כן
	(96.8%) 183	(96.2%) 100	(97.6%) 486	לא
<0.001				סרטן
	(15.4%) 29	(10.7%) 11	(5.4%) 27	כן
	(84.6%) 159	(89.3%) 92	(94.6%) 469	לא
P	פניה לצוות רפואי בבית חולים	פניה לצוות רפואי בקהילה	העדר פניה לגורמים אלה	משתנה
	191	104	513	מספר
0.220				עישון
	(32.5%) 62	(28.8%) 30	(36.8%) 189	כן, אי פעם
	(67.5%) 129	(71.2%) 74	(63.2%) 324	לא
<0.001				פעילות גופנית
	(55.0%) 105	(53.8%) 56	(35.5%) 182	כן
	(45.0%) 86	(46.2%) 48	(64.5%) 331	לא
				מאפיינים של רשת חברתית, מספר (%)
<0.001				רשת חברתית כללית - בני משפחה
	(56.5%) 108	(61.5%) 64	(71.2%) 365	עד 7 אנשים
	(43.5%) 83	(38.5%) 40	(28.8%) 148	8 אנשים או יותר
<0.001				רשת חברתית כללית - חברים
	(37.2%) 71	(44.2%) 46	(59.8%) 307	עד 5 אנשים
	(62.8%) 120	(55.8%) 58	(40.2%) 206	שש אנשים או יותר
<0.001				שימוש בקשרים לקידום ענייני בריאות
	(17.3%) 33	(31.7%) 33	(76.4%) 392	אין
	(82.7%) 158	(68.3%) 71	(23.6%) 121	קשר אחד ומעלה
<0.001				תמיכה ורשת חברתית להתמודדות עם בעיות בריאות
	(44.5%) 85	(49.0%) 51	(60.4%) 310	≤16

שאלון רשתות סופי Networking

>16	203 (39.6%)	53 (51.0%)	106 (55.5%)
השגת מידע ממקור רפואי			
מקור רפואי אחד	243 (47.4%)	66 (63.5%)	117 (61.3%)
2 מקורות או יותר	270 (52.6%)	38 (36.5%)	74 (38.7%)
0.063			
השגת מידע ממקורות לא רפואיים			
מקור לא רפואי אחד	351 (68.4%)	66 (63.5%)	113 (59.2%)
2 מקורות או יותר	162 (31.6%)	38 (36.5%)	78 (40.8%)
סוג אירוע בריאות, מספר (%)			
0.378			
סרטן			
כן	109 (21.2%)	24 (23.1%)	50 (26.2%)
לא	404 (78.8%)	80 (76.9%)	141 (73.8%)
0.006			
מחלות לב וכלי דם			
כן	135 (26.3%)	16 (15.4%)	33 (17.3%)
לא	378 (73.7%)	88 (84.6%)	158 (82.7%)
0.340			
שבץ מוחי ומחלות נירולוגיות			
כן	45 (8.8%)	8 (7.7%)	23 (12.0%)
לא	468 (91.2%)	96 (92.3%)	168 (88.0%)
0.072			
שיקום			
כן	35 (6.8%)	14 (13.5%)	17 (8.9%)
לא	478 (93.2%)	90 (86.5%)	174 (91.1%)
0.449			
בעיות גב, מפרקים ועצמות			
כן	90 (17.5%)	18 (17.3%)	26 (13.6%)
לא	423 (82.5%)	86 (82.7%)	165 (86.4%)
0.009			
סוכרת			
כן	30 (5.8%)	2 (1.9%)	2 (1.0%)
לא	483 (94.2%)	102 (98.1%)	189 (99.0%)
0.031			
מחלות זיהומיות			
כן	29 (5.7%)	11 (10.6%)	6 (3.1%)
לא	484 (94.3%)	93 (89.4%)	185 (96.9%)
<0.001			
אחר			
כן	40 (7.8%)	11 (10.6%)	34 (17.8%)
לא	473 (92.2%)	93 (89.4%)	157 (82.2%)

טבלה 5: מודל רגרסיה נומינאלית רבת משתנים לבדיקת גורמים הקשורים לפנייה לצוות רפואי בקהילה/בית חולים בעת אירוע בריאות משמעותי- מודל 1-מורחב

פנה לצוות רפואי בבית חולים		פנה לצוות רפואי בקהילה		משתנה
P value	Adjusted OR (95% CI)	P value	Adjusted OR (95% CI)	
0.06	0.55 (0.29-1.03)	0.001	0.30 (0.14-0.62)	קבוצת אוכלוסייה (ערבים לעומת יהודים)
				מידת דתיות
	קבוצת ייחוס		קבוצת ייחוס	חילוני
0.6	0.85 (0.47-1.53)	0.9	0.97 (0.49-1.90)	מסורתי
0.7	0.88 (0.48-1.62)	0.8	0.93 (0.46-1.88)	דת/דתי מאוד
				תעסוקה
	קבוצת ייחוס		קבוצת ייחוס	לא עובד
0.8	0.87 (0.25-2.96)	0.7	1.25 (0.31-5.03)	כן עובד
0.2	0.47 (0.13-1.71)	0.6	1.44 (0.36-5.85)	לא עובד אך עבדתי בעבר
0.6	1.007 (0.98-1.03)	0.4	1.01 (0.98-1.04)	גיל, בשנים, משתנה רציף
0.004	1.11 (1.03-1.19)	0.5	0.97 (0.88-1.06)	מספר שנות לימוד, משתנה רציף
0.9	0.97 (0.62-1.51)	0.5	1.21 (0.73 -2.02)	מין (נקבה לעומת זכר)
0.8	1.06 (0.61-1.85)	0.3	1.38 (0.77-2.50)	סוכרת (כן לעומת לא)
0.5	0.78 (0.37-1.65)	0.8	1.11 (0.50-2.46)	מחלת לב איסכמית (כן לעומת לא)
0.007	2.80 (1.32-5.91)	0.4	1.43 (0.60-3.38)	סרטן (כן לעומת לא)
0.3	1.47 (0.72-2.99)	0.7	1.15 (0.53-2.51)	ביטוח משלים (קופ"ח או פרטי לעומת אין)
0.7	1.09 (0.69-1.70)	0.9	1.009 (0.60-1.70)	פעילות גופנית (כן לעומת לא)
0.3	0.77 (0.48-1.23)	0.7	0.90 (0.52-1.54)	השגת מידע ממקורות רפואיים (2 מקורות או יותר לעומת מקור אחד)

שאלון רשתות סופי Networking

0.7	0.93 (0.58-1.48)	0.7	0.89 (0.52-1.51)	השגת מידע ממקורות לא רפואיים (2 מקורות או יותר לעומת מקור אחד)
0.1	1.47 (0.91-2.38)	0.4	1.25 (0.73-2.15)	רשת חברתית כללית-בני משפחה (8 או יותר לעומת עד 7 אנשים)
0.2	1.34 (0.83-2.18)	0.5	1.20 (0.69-2.08)	רשת חברתית כללית-חברים (6 או יותר לעומת עד 5 אנשים)
<0.001	10.86 (6.79-17.37)	<0.001	5.24 (3.16-8.69)	שימוש בקשרים לקידום ענייני בריאות (כן לעומת לא)
0.2	1.36 (0.86-2.12)	0.1	1.54 (0.92-2.57)	תמיכה ברשת חברתית להתמודדות עם בעיות בריאות (ציון מעל 16 לעומת ≤16)
0.7	0.89 (0.49-1.61)	0.6	0.85 (0.42-1.71)	סוג אירוע בריאות- מחלות לב וכלי דם (כן לעומת לא)
0.7	1.16 (0.52-2.60)	0.1	1.93 (0.84-4.42)	סוג אירוע בריאות-שיקום (כן לעומת לא)
0.07	0.38 (0.13-1.07)	0.3	1.60 (0.66-3.83)	סוג אירוע בריאות-מחלה זיהומית (כן לעומת לא)
0.2	1.64 (0.84-3.22)	0.9	1.02 (0.44-2.36)	סוג אירוע בריאות-אחר (כן לעומת לא)

*N=725, Nagelkerke R²= 0.41

טבלה 6 : מודל רגרסיה נומינאלית רבת משתנים לבדיקת גורמים הקשורים לפנייה לצוות רפואי בקהילה/בית חולים בעת אירוע בריאות משמעותי- מודל 2- מצומצם

פנה לצוות רפואי בבית חולים		פנה לצוות רפואי בקהילה		משתנה
P value	Adjusted OR (95% CI)	P value	Adjusted OR (95% CI)	
<0.001	0.36 (0.22-0.58)	<0.001	0.28 (0.16-0.50)	קבוצת אוכלוסייה (ערבים לעומת יהודים)
0.7	0.99 (0.97-1.02)	0.1	1.02 (0.99-1.04)	גיל, בשנים, משתנה רציף
0.003	1.11 (1.04-1.20)	0.4	0.97 (0.88-1.06)	מספר שנות לימוד, משתנה רציף
0.01	2.48 (1.23-4.98)	0.4	1.46 (0.64-3.31)	סרטן (כן לעומת לא)
0.04	1.59 (1.03-2.44)	0.4	1.26 (0.77-2.06)	רשת חברתית כללית-בני משפחה (8 או יותר לעומת עד שבע אנשים)
<0.001	11.42 (7.23-18.05)	<0.001	5.43 (3.31-8.92)	שימוש בקשרים לקידום ענייני בריאות (כן לעומת לא)
0.1	1.44 (0.94-2.20)	0.1	1.44 (0.88-2.36)	תמיכה ברשת חברתית להתמודדות עם בעיות בריאות (ציון מעל 16 לעומת ≤16)

*N=733, Nagelkerke R²= 0.38

5. דיון ומסקנות

במחקר הנוכחי בדקנו את ההבדלים בין ערבים ויהודים בנושא של רשת חברתית ורשות (Networking) והקשר שלהם לשימוש בשירותי בריאות במצב של אירוע בריאות משמעותי, זאת לפי המודל של אנדרסן שלוקח בחשבון משתנים של עלילות (predisposing factors), משאבים מאפשרים ומשתנים של צורך בשימוש בשירותי בריאות.

ממצאי המחקר העיקריים המתייחסים למטרה הספציפית הראשונה במחקר, הראו הבדלים בין משתתפים ערבים ויהודים בכל התחומים של הרשת החברתית ורשות, כאשר רשתות חברתיות כללית רחבה ואיכותית יותר על בסיס בני משפחה וחברים היו רחבות ואיכותיות יותר בקרב משתתפים יהודים. כמו כן השימוש בקשרים, אישיים ולא אישיים לקידום ענייני בריאות היה יותר גבוה בקרב יהודים. לעומת זאת תמיכה ורשת חברתית להתמודדות עם בעיות בריאות הייתה מעט יותר גבוהה בקרב ערבים. הבדלים אלה ברשת החברתית ורשות בין ערבים ויהודים בישראל מתוארים לראשונה במחקר זה. תמיכה ורשת חברתית נמצאו קשורים למצב הבריאות במחקרים קודמים בישראל ובעולם. כך למשל במחקר SHARE שבוצע בקרב בני 50+ בישראל נמצא כי תדירות המגעים בתוך הרשת החברתית וסביבה חברתית קרובה היו קשורים באופן חיובי לתפקוד קוגניטיבי³⁸, כאשר קשר זה היה מתווכ באמצעות הפחתה של תסמיני דכאון³⁸. מחקר נוסף שבוצע בהולנד הראה כי ירידה במורכבות של הרשת החברתית נקשר לירידה בתפקוד קוגניטיבי בקרב מבוגרים, אך לא נמצא קשר דומה עם גודל הרשת החברתית או סוג מסוים של קשר¹⁷. במהלך מגפת הקורונה נמצא קשר שלילי בין רשת חברתית עם קשר/מגע אישי לבין ההשלכות השליליות של מגפת הקורונה על בריאות נפשית³⁹. רשת חברתית חשובה גם בהפחתת הסיכון לתמותה, כך למשל נמצא שבידוד חברתית קשור לסיכון גבוה לתמותה בנטרול לתחלואה נלווית ומצב סוציאקונומי^{18,40}. בהתאם לכך אחד מכיווני המחקר העתידיים בעקבות הממצאים מהמחקר שלנו הוא לבדוק את החלק היחסי של רשת חברתית בהבדלים בין ערבים ויהודים בתחלואה ותמותה ממחלות לא מדבקות.

הממצאים המרכזיים המתייחסים למטרה הספציפית השנייה במחקר איששו את השערת המחקר בדבר קיומם של קשרים בין המשתנים רשת חברתית לבין שימוש בשירותי בריאות בעת אירוע בריאות משמעותי. המסגרת של בניית המודלים הסטטיסטיים בחנה משתנים בלתי תלויים לפי המודל של אנדרסן³⁵ של שימוש בשירותי בריאות, ובפרט מאפיינים של עלילות כולל משתנים סוציו-דמוגרפיים, רשת חברתית ורשות, משתנים מאפשרים למשל ביטוח בריאות, ומשתנים של צורך כמו סוג אירוע הבריאות ותחלואה נלווית.

נמצא כי משתתפים ערבים היו בעלי סיכוי יותר נמוך לפניה לצוות רפואי בקהילה ובבית חולים בעת אירוע בריאות משמעותי בהשוואה למשתתפים יהודים, בעוד שלא נמצא קשר מובהק עם מאפיינים דמוגרפיים אחרים כמו גיל, מין, תעסוקה ומידת דתיות לבין שימוש בשירותי בריאות. בעבודה קודמת שהתבססה על עיבוד נתונים מסקר ארצי באוכלוסייה הכללית נמצא כי הסיכוי לפניה לרופא משפחה היה יותר גבוה בקרב ערבים לעומת יהודים לאחר נטרול למאפיינים דמוגרפיים ותחלואה, אך ההפך נמצא בנוגע לפניה לרופא מומחה⁴¹. בדומה לכך, במחקר שבוצע במספר מדינות באירופה נמצאו הבדלים בשימוש בשירותי רופא כללי ורופא מומחה לפי מצב סוציאקונומי, כאשר אנשים ממעמד סוציאקונומי נמוך השתמשו יותר בשירותי רופא כללי ואלו ממעמד סוציאקונומי גבוה השתמשו יותר בשירותי רופא מומחה. נמצא כי השכלה ותעסוקה היו גורמים מנבאים במיוחד עבור השימוש בשירותי רופא מומחה³⁷. המחקר הנוכחי מביא נקודת מבט ייחודית וממחיש הבדלים בין קבוצות האוכלוסייה בשימוש בשירותי בריאות גם בעת אירוע בריאות משמעותי, זאת לצד קשר חיובי בין השכלה לבין פניה לצוות רפואי בבית חולים בלבד.

הקשר עם השכלה מצביע עם החשיבות של צמצום פערים חברתיים-כלכליים באופן כללי בדרך לצמצום אי-שוויון בבריאות או שימוש בשירותי בריאות.

המשתנה עם עוצמת הקשר החזקה ביותר עם השימוש בשירותי בריאות, פניה לצוות רפואי הן בקהילה והן בבית החולים היה שימוש בקשרים לקידום ענייני בריאות. מדובר כאן בכל סוג של קשרים, כולל קשרים ישירים עם קרובי משפחה, עבודה וחברים וקשרים לא ישירים עם בעלי תפקידים במערכת הבריאות ופרוטקציה. בעוד שהמחקר הנוכחי לא בחן מה בדיוק מוביל אנשים להפעיל את הקשרים שלהם לקידום ענייני בריאות, אנו מניחים כי שילוב של גורמים אישיים כגון רמות לחץ וחרדה בעת אירוע בריאות משמעותי, ומאפיינים של מערכת הבריאות כגון תורים ארוכים⁴² הם אלה שככל הנראה הגורמים המשפיעים לשימוש בקשרים אישיים. התוצאות של מודל רב משתני מצומצם יותר (מודל 2), הראה קשר חיובי בין רשת חברתית כללית לא בסיס בני משפחה לבין פניה לצוות רפואי בבית החולים. תוצאות הניתוח הדו משתני הראו גם כן הבדלים בסוג הפניה לצוות רפואי לפי המשתנים רשת חברתית כללית על בסיס חברים, תמיכה ורשת חברתית להתמודדות עם מצבי בריאות. רשתות חברתיות יכולות להשפיע על צריכת שירותי בריאות בדרכים שונות. למשל פרטים ברשתות אלה יכולים לספק מידע חיוני על מאפיינים של מערכת הבריאות או עלויות של שירותי בריאות. במחקר שבוצע בקנדה נמצאו קשרים חזקים בין רשתות חברתיות לבין צריכת שירותי בריאות⁴³. מחקר זה הראה כי צריכת שירותי בריאות בקרב מהגרים עלתה ככל שמספר הרופאים דוברי אותה השפה עלה בשכונתם⁴³. מחקר אחר שבוצע בקרב מהגרים באיטליה מצא כי הישענות על רשת חברתית חזקה מקצרים את זמן ההגעה לטיפול רפואי ראשוני מאז הנכיסה למדינה⁴⁴. הקשר בין רשת חברתית לבין שימוש בשירותי בריאות שתועד במחקרים אלה ובמחקר שלנו יכול להיות מוסבר בין היתר בתמיכה, עידוד וחיזוק הנלווים לרשת חברתית.

מבין המשתנים של צורך רפואי, תחלואה נלווית בסרטן נקשרה לסיכוי גבוה יותר לפניה לצוות רפואי בבית חולים. ממצא זה בהלימה עם צרכיהם המורכבים של חולים אלה, שלרב הטיפול שלהם מנוהל במסגרות אשפוז ופחות בקהילה. לא נמצא קשר בין המשתנה ביטוח משלים, כמשתנה מתחום המשאבים המאפשרים לבין סוג הפניה לצוות רפואי, ככל הנראה מצב זה משקף את הנגישות הגבוהה של שירותי הרפואה בישראל.

היה שוני בין ערבים ויהודים במקורות המידע המשמשים להתמודדות עם אירוע בריאות משמעותי, כאשר ערבים התייעצו יותר עם אנשי מקצועות הרפואה והבריאות ואילו משתתפים יהודים פנו יותר למקורות מידע לא רפואיים, כולל בני משפחה, חברים, ואינטרנט. בנוסף היה הבדל בסוג הפניה לצוות רפואי לפי מקורות המידע בניתוח חד משתני בלבד. אנחנו מניחים שההתייעצות עם אנשי מקצועות הרפואה/בריאות ושימוש במקורות מידע לא רפואיים הינם משלימים ולא מחליפים אחד את השני, בהתמודדות עם אירוע בריאות משמעותי.

במחקר הנוכחי פיתחנו מספר סקלות עם מהימנות פנימית גבוהה להערכת הנושא של רשת חברתית כללית, תמיכה ורשת חברתית להתמודדות עם בעיות בריאות ושימוש בקשרים לקידום ענייני בריאות. סקלות אלה יכולות לשמש חוקרים אחרים שמעוניינים לחקור את הנושא של רשת חברתית ובריאות.

למחקר מספר מגבלות. המידע התקבל באמצעות דיווח עצמי של המשתתפים, כך שתתכן הטיית סיווג חלק ממשתני המחקר. יש לציין שאין דרך אחרת להשיג מידע על רשת חברתית מלבד דיווח עצמי של המשתתפים, היות ומידע כזה לרב אינו קיים במאגרי מידע אדמיניסטרטיביים. בנוסף בסוג זה של משתנים התפיסה האישית של המשתתפים היא החשובה, ועל כן עצם הדיווח העצמי של המשתנים של רשת חברתית לא בהכרח מהווה מגבלה. מטעמי

שאלון רשתות סופי Networking

מגבלות אתיות, ועצם תבנית המחקר שכללה איסוף מידע כלל לא מזוהה, לא הייתה לנו אפשרות להצליב את המידע הרפואי המדווח על ידי המשתתפים עם המידע בתיק הרפואי שלהם. עבור חלק ממשתני המחקר היה מידע חסר, אבל זה היה בשיעור נמוך מאוד.

חוזקות המחקר כוללות מדגם גדול מאוזן מבחינת הרכב קבוצות האוכלוסייה, טווח גילאים רחב ושני המינים. המיקוד בקבוצת גיל +40 שנים אפשר שלנו לחקור קבוצת היעד של אנשים עם תחלואה כרונית שלרוב מאופיינת בצריכה מוגברת של שירותי בריאות. ההערכה של המרכיבים של רשת חברתית נעשתה באופן שיטתי ומקיף באמצעות מספר סקלות מדידה שבנינו לצורכי המחקר הנוכחי תוך התאמה תרבותית לאוכלוסייה היהודית והערבית בישראל, כאשר מהימנות הסקלות שיצרנו הייתה טובה מאוד. הייתה הערכה מעמיקה של השימוש בשירותי בריאות בעת אירוע בריאות משמעותי שכלל בחינה בו זמנית של פניה לצוות רפואי בקהילה ולצוות רפואי בבית חולים. הסקר שלנו נערך בתקופה יחסית רגועה, אחרי הגל הרביעי של מגפת הקורונה, אך לפני ההתפרצות הגדולה של זן האומיקרון בישראל, כך שהשפעה משמעותית של גלי התחלואה על תשובות הנבדקים כלל הנראה הייתה זניחה. עיתוי זה מצד שני סביר להניח שהוא מדמה את השלב הכרוני והאנדמי של מגפת הקורונה, כך שאנחנו מניחים כי התוקף החיצוני של ממצאי המחקר לא מוגבלים לתקופה הקורונה.

מסקנות

1. קיימים הבדלים בין ערבים ויהודים במאפיינים של רשת חברתית ורשות, כולל במבנה והאיכות של הרשת החברתית הכללית, וגם בתמיכה ורשת חברתית להתמודדות עם מצבי בריאות, ושימוש בקשרים ופרוטקציה לקידום ענייני בריאות.
2. קיים הבדלים בין ערבים ויהודים, שאינם מוסברים במאפיינים סוציו-דמוגרפיים אחרים או סוג תחלואה, בדפוסי הפניה לצוות רפואי בעת אירוע בריאות משמעותי.
3. ישנו קשר חזק בין ניצול קשרים אישיים ולא אישיים לקידום ענייני בריאות לבין סוג הפניה לצוות רפואי בעת אירוע בריאות משמעותי, בנטרול למאפיינים סוציו-דמוגרפיים, סוג התחלואה, ומשתנים אחרים של רשת חברתית.
4. ישנו קשר חיובי בין השכלה לבין פניה לצוות רפואי בבית חולים בקרב אנשים עם אירוע בריאות משמעותי.
5. ניתן להעריך בצורה מהימנה את המשתנים של רשת חברתית ורשות באוכלוסייה הערבית והיהודית בישראל, וניתן לבחון שאלות מחקר דומות בנושא ביחס לתת-קבוצות אחרות בישראל.
6. כיווני מחקר עתידיים כוללים בחינה של המנגנונים שיכולים להסביר את הקשר בין משתנים של רשת חברתית, רשות ושימוש בקשרים לבין דפוסי השימוש בשירותי הבריאות בעת אירוע בריאות משמעותי, והבנה של הגורמים המשפיעים שימוש בקשרים אלה.
7. בנוסף נדרשת בחינה של ההשפעה של המשתנים של רשת חברתית, רשות ושימוש בקשרים ישירים ועקיפים על מצב הבריאות ועל פערים בבריאות בין ערבים ויהודים ותת-קבוצות נוספות באוכלוסייה.

נספח 1 – שאלון מחקר פיילוט (ראה צרופה מספר 1)

נספח 2 – שאלון מחקר חתך (ראה צרופה מספר 2)

נספח 3 - תוצאות ממחקר הפיילוט

תיאור הממצאים מהמחקר האיכותני

השתתפו במחקר היאכותני 74 חולים שסבלו מאירוע בריאות משמעותי כפי שהוגדר לעיל: 45 ערבים (42% גברים) ו-29 יהודים (38% גברים). ל-71% היה עניין בריאותי משמעותי בשנתיים האחרונות, ו-29% היה עניין בריאותי אצל בן משפחה, בקרב מרואיינים ערבים, לעומת 52% ו-48%, בהתאמה, בקרב המשתתפים היהודים. ממוצע הגילאים היה 55.6 שנים בקרב משתתפים ערבים בהשוואה ל-61.7 שנים בקרב משתתפים יהודים ($P=0.03$). למשתתפים הערבים היו יותר צאצאים לעומת משתתפים יהודים (חציון של 5 לעומת 3, $P=0.001$). רב המשתתפים הערבים הגדירו את עצמם כמסורתיים (73%) ואילו רב המשתתפים היהודים (69%) הגדירו את עצמם כחילוניים ($P<0.001$). ממוצע שנות הלימוד בקרב המשתתפים הערבים היה נמוך משמעותית (10.6 שנים) לעומת המשתתפים היהודים (13.1 שנה), ($P=0.01$). אחוז המרואיינים שדיווחו כי הם לא עובדים היה גבוה יותר בקרב ערבים לעומת יהודים: 27% ו-7%, בהתאמה ($P=0.02$). רב המשתתפים היו מבוטחים בקופת חולים כללית: 76% בקרב ערבים ו-59% בקרב יהודים ($P=0.09$), כאשר ל-87% ו-82% מהמשתתפים בהתאמה, היה ביטוח משלים של קופת החולים. כל המשתתפים הערבים דיווחו כי הם פונים לרופא המטפל לבירור מידע רפואי, בהשוואה ל-90% בקרב נבדקים יהודים, שציינו כי הם מחפשים מידע באינטרנט (7%) ולהתייעץ עם אנשים קרובים (3%) (טבלה 7).

לא נמצא הבדל מובהק בהתפלגות העניין הבריאותי המשמעותי בין משתתפים ערבים ויהודים, ולרב הבעיה הייתה מחלת לב (49% ו-69%, בהתאמה). רב המשתתפים דיווחו כי ביצעו את הטיפול בעניין הבריאותי במסגרת הקהילה והאשפוז (טבלה 8).

מבנה ואיכות הרשת החברתית כללית

מידע על רשת חברתית כללית נאסף לפי מספר שאלות במפורט בפרק השיטות. ניתוח גורמים הראה שני פקטורים: אחד על רשת חברתית המתבססת על בני משפחה ורשת חברתית המתבססת על חברים, כאשר בכל גורם נכללו 3 שאלות (טבלה 9): ערכי אלפא של קרונברך היו 0.676 ו-0.620, בהתאמה. הורדת השאלה הראשונה בכל גורם (על מספר האנשים) העלתה את ערכי אלפא של קרונברך ל-0.757 ו-0.744, בהתאמה. לפיכך, בנינו את שני הפקטורים מחדש תוך שימוש בשתי שאלות עבור כל פקטור: מספר אנשים שמרגישם בנוח כדי לשתף בעניינים אישיים ומספר אנשים שמרגיש קרוב אליהם לבקשת עזרה

טבלה 7: מאפייני המשתתפים לפי קבוצת אוכלוסייה

משתנה	ערבים N=45 (%) מספר	יהודים N=29 (%) מספר	P
מין			0.7
זכר	19 (42%)	11 (38%)	
נקבה	26 (58%)	18 (62%)	
ממוצע הגיל בשנים, (סטיית תקן)	55.6 (11.8)	61.7 (12.0)	0.03
מידע חסר	1	0	
רמת דתיות			<0.001
חילוני	1 (2%)	20 (69%)	

שאלון רשתות סופי Networking

	5 (17%)	32 (73%)	מסורתי
	2 (7%)	10 (23%)	דתי
	2 (7%)	1 (2%)	דתי מאד
0.2			מצב משפחתי
	25 (86%)	40 (89%)	נשוי או חי בזוגיות
	4 (14%)	5 (11%)	לא נשוי (רווק, אלמן, גרוש או פרוד)
0.001	3 (0-8)	5 (0-8)	חציון מספר ילדים, (מינימום-מקסימום)
0.01	13.1 (3.4)	10.6 (4.5)	מוצע שנות לימוד, (סטיית תקן)
	1	0	מידע חסר
0.02			תעסוקה
	2 (7%)	12 (27%)	לא עובד
	16 (55%)	23 (52%)	עובד
	11 (38%)	9 (21%)	עבד בעבר
0.09			קופת חולים
	17 (59%)	34 (76%)	כללית
	2 (7%)	4 (9%)	לאומית
	7 (24%)	2 (4%)	מכבי
	3 (10%)	5 (11%)	מאוחדת
0.6			ביטוח משלים
	24 (83%)	39 (87%)	כן, של קופ"ח
	5 (17%)	6 (13%)	כן, ביטוח פרטי
0.09			עניין בריאותי משמעותי בשנתיים אחרונות
	15 (52%)	32 (71%)	כן, אני עברתי
	14 (48%)	13 (29%)	כן, בן משפחה
0.09			בירור מידע רפואי
	26 (90%)	45 (100%)	רופא מטפל
	0 (0%)	0 (0%)	איש מקצוע אחר
	2 (7%)	0 (0%)	חיפוש מידע באינטרנט
	1 (3%)	0 (0%)	התייעצות עם אנשים קרובים

טבלה 8: התפלגות העניין הבריאותי לפי קבוצת אוכלוסייה

P	יהודים N=29 מספר (%)	ערבים N=45 מספר (%)	משתנה
0.5			אירוע בריאותי*
	4 (14%)	3 (7%)	סרטן
	18 (63%)	22 (49%)	מחלת לב
	1 (3%)	3 (7%)	שבץ מוחי
	1 (3%)	1 (2%)	שיקום נוירולוגי או אורטופדי
	1 (3%)	8 (18%)	בעיות בגב (פריצת דיסק, שבר בחוליות)
	4 (14%)	7 (16%)	אחר
0.3			בירור או טיפול בעניין הבריאותי
	1 (3%)	5 (11%)	כן, רק במסגרת הקהילה
	2 (7%)	1 (2%)	כן, רק במסגרת האשפוז
	26 (90%)	38 (87%)	כן, במסגרת הקהילה והאשפוז

טבלה 9: פריטים שנכללו בניתוח גורמים אודות רשת חברתית כללית

גורם 1 - רשת חברתית כללית שמבטסת על בני משפחה	אלפא קרונברך 1	אלפא קרונברך 2
1. מספר בני משפחה שנפגשת או דברת בחודש אחרון	0.676	0.757 (פריטים 2+3)
2. מספר בני משפחה שאתה מרגיש מספיק קרוב אליהם לבקשת עזרה		
3. מספר בני משפחה שאתה מרגיש מספיק בנוח כדי לשתף אותם בעניינים אישיים		
גורם 2 - רשת חברתית כללית שמבטסת על חברים	אלפא קרונברך 1	אלפא קרונברך 2
1. מספר חברים שנפגשת או דברת בחודש אחרון	0.620	0.744 (פריטים 2+3)
2. מספר חברים שאתה מרגיש מספיק קרוב אליהם לבקשת עזרה		
3. מספר חברים שאתה מרגיש מספיק בנוח כדי לשתף אותם בעניינים אישיים		

כל גורם שנוצר בניתוח גורמים הינו משתנה רציף שמבוטא כציון תקן, ככל שהציון גבוה יותר כך הרשת החברתית רחבה יותר ובאיכות טובה יותר. לא היה הבדל משמעותי בציון של רשת חברתית כללית על בסיס המשפחה בין

שאלון רשתות סופי Networking

מרואיינים ערבים ויהודים, אך הציון של רשת חברתית כללית המבוססת על חברים היה נמוך יותר בקרב ערבים ($P=0.005$) (טבלה 11).

טבלה 10: רשת חברתית כללית לפי קבוצת אוכלוסייה

משתנה	ערבים N=45	יהודים N=29	P
ציון רשת חברתית על בסיס משפחה, ממוצע (סטיית תקן)	-0.13 (0.92)	0.19 (1.09)	0.18
ציון רשת חברתית על בסיס חברים ממוצע (סטיית תקן)	-0.29 (0.70)	0.45 (1.21)	0.005
המידה בה היית רוצה שיהיו לך יותר קשרים עם אנשים	מספר (%)	מספר (%)	
כלל לא	27 (60%)	17 (59%)	1.0
במידה מועטה	4 (9%)	3 (10%)	
במידה בינונית	6 (13%)	4 (14%)	
במידה רבה ורבה מאד	8 (18%)	5 (17%)	

רשת חברתית להתמודדות בענייני בריאות

ניתוח גורמים שכלל את השאלות על רשת חברתית להתמודדות עם ענייני בריאות הניב גורם (פקטור) אחד עיקרי שכלל את השאלות הבאות

- אני מבקש/ת עזרה בענייני בריאות כשאני צריכה/
 - אני מקבל/ת עזרה בענייני בריאות אם אני צריכה אותה
 - יש הרבה אנשים בסביבה החברתית שלי שאני יכול/ה לסמוך עליהם בענייני בריאות
 - אם יש עניין בריאותי שאני רוצה לברר לגביו, אני שואל/ת אנשים סביבי
 - אם אני צריכה/ת תמיכה בענייני בריאות, אני פונה לאנשים כדי לקבל את עצתם או עזרתם
- בניתוח זה נוצר ציון תקן על בסיס שאלות אלה. ככל שהציון גבוה יותר, כך הרשת החברתית להתמודדות עם ענייני בריאות רחבה ואיכותית יותר, מאפשרת בירור מידע ונותנת מענה לשאלות ובירורים. ערך אלפא קרונברך למהימנות הפריטים שנכללו בסקלה זו היה 0.832.
- לא היה הבדל מובהק בממוצע הציון של רשת חברתית להתמודדות עם ענייני בריאות בין משתתפים ערבים ויהודים, אך היה שוני מובהק בניהם בדיווח על רצון ביותר אנשים שיכולים לפנות אליהם בענייני בריאות, וגם בהעדפה להתמודד עם בעיה בריאותית לבד (טבלה 12).

טבלה 11: רשת חברתית להתמודדות בענייני בריאות לפי קבוצת אוכלוסייה

משתנה	ערבים N=45	יהודים N=29	P
ציון רשת חברתית בענייני בריאות, ממוצע (סטיית תקן)	0.12 (0.96)	-0.19 (1.01)	0.18
הייתי רוצה שיהיו לי יותר אנשים שאוכל לפנות אליהם בענייני בריאות	מספר (%)	מספר (%)	
כלל לא	6 (14%)	15 (52%)	0.001
במידה מועטה	7 (16%)	0 (0.0)	
במידה בינונית	8 (18%)	1 (3%)	
במידה רבה ורבה מאד	23 (52%)	13 (45%)	
אני מעדיף/ה להתמודד עם בעיה בריאותית בעצמי מאשר לבקש שמישהו יעזור לי			0.03
כלל לא	11 (25%)	8 (28%)	
במידה מועטה	8 (18%)	3 (10%)	
במידה בינונית	8 (18%)	3 (10%)	
במידה רבה ורבה מאד	17 (39%)	15 (52%)	

שימוש בקשרים להתמודדות עם בעיות בריאות

הדיווח על שימוש בקשרים להתמודדות וטיפול בענייני בריאות היה שונה בין משתתפים ערבים ויהודים, כאשר אחוזים יותר גבוהים של משתתפים יהודים דיווחו על שימוש בקשרים בעבודה, קשרי משפחה, קשרים חברתיים והשתייכות לקהילה לקידום ענייני בריאות (טבלה 13).

טבלה 12: שימוש בקשרים להתמודדות וקידום ענייני בריאות לפי קבוצת אוכלוסייה

משתנה	ערבים N=45 מספר (%)	יהודים N=29 מספר (%)	P
קשרים בעבודה נוכחית או קודמת			
כן רלוונטי	9 (21%)	27 (93%)	<0.001
לא רלוונטי	35 (79%)	2 (7%)	
קשרים משפחתיים			
כן רלוונטי	32 (73%)	29 (100%)	0.002
לא רלוונטי	12 (27%)	0 (0%)	
קשרים חברתיים			
כן רלוונטי	20 (47%)	27 (96%)	<0.001
לא רלוונטי	23 (53%)	1 (4%)	
קשר ישיר לבעל תפקיד במערכת הבריאות*			
כן רלוונטי	14 (32%)	9 (31%)	0.9
לא רלוונטי	30 (68%)	20 (69%)	
קשר עקיף לבעל תפקיד במערכת הבריאות*			
כן רלוונטי	8 (18%)	10 (34%)	0.1
לא רלוונטי	36 (82%)	19 (66%)	
השתייכות לקהילה מסוימת			
כן רלוונטי	3 (7%)	7 (24%)	0.04
לא רלוונטי	41 (93%)	22 (76%)	
פרוטקציה			
כן רלוונטי	4 (9%)	2 (7%)	0.7
לא רלוונטי	40 (91%)	27 (93%)	

* חוץ מהרופא המטפל

ניתוח גורמים שהתבסס על פריטים אלה זיהה שני גורמים עיקריים שהסבירו יחד 58.3% מהשונות של המדגם, (טבלה 13): גורם אחד של שימוש בקשרים אישיים, וגורם שני של שימוש בקשרים לא אישיים - פרוטקציה. הניתוח הניב שני משתנים חדשים, רציפים שמתבטאים כציוני תקן. בסקלות אלו ככל שהערך נמוך יותר, כך השימוש בקשרים גבוה יותר. הציון של השימוש בקשרים אישיים להתמודדות עם ענייני בריאות היה יותר נמוך (כלומר השימוש יותר גבוה) בקרב משתתפים יהודים לעומת משתתפים ערבים ($P < 0.001$), אך לא היה הבדל מובהק בין הקבוצות בשימוש בקשרים לא אישיים (פרוטקציה) (טבלה 13).

טבלה 13: ניתוח גורמים על שימוש בקשרים להתמודדות וטיפול בענייני בריאות

מס'	גורם 1 – שימוש בקשרים אישיים	אלפא קרונברך	הבדלים בקשרים בענייני לפי אוכלוסייה
1.	קשרים חברתיים	0.712	
2.	קשרים בעבודה נוכחית או קודמת		
3.	קשרים משפחתיים		
	גורם 2 – שימוש בקשרים לא אישיים - פרוטקציה		
1.	קשר ישיר לבעל תפקיד במערכת הבריאות	0.631	
2.	קשר עקיף לבעל תפקיד במערכת הבריאות		
3.	השתייכות לקהילה מסוימת		
4.	פרוטקציה		

טבלה 14:
בשימוש
לטיפול
בריאות
קבוצת

משתנה	ערבים N=45	יהודים N=29	P
ציון שימוש בקשרים אישיים, ממוצע (סטיית תקן)	0.50 (0.93)	-0.78 (0.36)	<0.001
ציון שימוש בקשרים לא אישיים (פרוטקציה) ממוצע (סטיית תקן)	0.09 (0.97)	-0.15 (1.02)	0.30

נספח 4 תוצאות נוספות: גורמים הקשורים לפניה לצוות רפואי בקהילה-משתנה דיכוטומי

האחוזים של המשתתפים הערבים ואלו שהגדירו את עצמם כמסורתיים היו נמוכים יותר בקרב המשתתפים שפנו לצוות רפואי בקהילה (רופא או אחות) בעת אירוע בריאות משמעותי לעומת אלו שלא פנו לצוות בקהילה, בעוד שאחוז המשתתפים שדיווחו כי הם עובדים, ואלו עם ביטוח משלים היה יותר גבוה בקבוצה שפנתה לצוות רפואי בקהילה, וכך גם ממוצע שנות הלימוד היה גבוה יותר בקבוצה זו. מבחינת תחלואת הרקע, נמצא קשר חיובי בין סרטן לבין פניה לצוות רפואי בקהילה וכך גם עם ביצוע פעילות גופנית. מבחינת סוג אירוע הבריאות, נמצא קשר שלילי בין מחלות לב וכלי דם וסוכרת לבין פניה לצוות הרפואי בקהילה, ואילו קשר חיובי נמצא עם מחלות אחרות (מחלות כליה, דרכי הנשימה ודרכי העיכול). מבחינת הרשת החברתית נמצאו קשרים חיוביים בין רשת חברתית כללית עשירה יותר על בסיס בני משפחה וחברים, שימוש בקשרים (אישיים ולא אישיים) לקידום ענייני בריאות, ותמיכה ורשת חברתית עשירה להתמודדות עם בעיות בריאות לבין פניה לצוות רפואי בקהילה להתמודדות עם עניין בריאותי משמעותי, אך קשר שלילי נמצא עם שימוש בשני מקורות מידע רפואיים (התייעצות עם שני אנשי מקצוע או יותר) (טבלה 15).

במודל רב משתני מורחב שכלל את המשתנים שהיו מובהקים בניתוח דו משתני, נמצא כי משתתפים ערבים היו בעלי סיכוי יותר נמוך לעומת יהודים לפנות לצוות רפואי בקהילה בעת אירוע בריאות משמעותי, בעוד שנמצאו קשרים חיוביים עם רשת חברתית כללית עשירה, שימוש בקשרים לקידום ענייני בריאות ותמיכה ורשת חברתית להתמודדות עם בעיות בריאות לבין פניה לצוות רפואי בקהילה בעת אירוע בריאות משמעותי. הקשר החזק ביותר נמצא עם המשתנה שימוש בקשרים לקידום ענייני בריאות (טבלה 16). במודל רב משתני יותר מצומצם שכלל משתנים סוציו-דמוגרפיים, ואת המשתנים ביטוח משלים, וסרטן כאירוע בריאות משמעותי, ומאפיינים של רשת חברתית התקבלו תוצאות דומות (טבלה 17).

שאלון רשתות סופי Networking

טבלה 15: גורמים הקשורים לפניה לצוות רפואי בקהילה

משתנה	פנייה לצוות רפואי בקהילה	ללא פנייה לצוות רפואי בקהילה	P
מספר	227	581	
מאפיינים סוציודמוגרפיים, מספר (%)			
קבוצת אוכלוסייה			
יהודים	160 (70.5%)	245 (42.2%)	<0.001
ערבים	67 (29.5%)	336 (57.8%)	
מין			
זכר	118 (52.0%)	311 (53.5%)	0.7
נקבה	109 (48.0%)	270 (46.5%)	
מצב משפחתי			
נשוי	171 (75.3%)	418 (72.2%)	0.4
לא נשוי	56 (24.7%)	161 (27.8%)	
מידת דתיות			
חילוני	119 (52.7%)	200 (34.5%)	<0.001
מסורתי	63 (27.9%)	208 (35.9%)	
דתי/דתית מאוד	44 (19.5%)	172 (29.7%)	
תעסוקה			
כן עובד	160 (70.5%)	372 (64.0%)	0.04
לא עובד	11 (4.8%)	54 (9.3%)	
לא עובד אך עבדתי בעבר	56 (24.7%)	147 (25.3%)	
מסרב לענות	0 (0.0%)	8 (1.4%)	
ביטוח משלים			
כן (קופ"ח או פרטי)	201 (88.5%)	429 (74.2%)	<0.001
חציון הגיל בשנים, (טווח בין רבעוני)	52.0 (18.0)	50.0 (13.0)	0.1
חציון מספר שנות לימוד, (טווח בין רבעוני)	15.0 (4.0)	12.0 (4.0)	<0.001
חציון מספר צאצאים, (טווח בין רבעוני)	3.0 (2.0)	3.0 (2.0)	0.9
מחלות רקע והתנהגויות בריאות, מספר (%)			
יתר לחץ	76 (33.9%)	183 (32.4%)	0.7
סוכרת	57 (25.4%)	163 (28.7%)	0.4
מחלת לב איסכמית	26 (11.6%)	85 (15.0%)	0.3
שבץ מוחי	9 (4.0%)	13 (2.3%)	0.2
סרטן	27 (12.1%)	40 (7.1%)	0.03
עישון	73 (32.2%)	208 (35.8%)	0.4
פעילות גופנית	124 (54.6%)	219 (37.7%)	<0.001
מאפיינים של רשת חברתית, מספר (%)			
רשת חברתית כללית-בני משפחה			
עד שבע אנשים	128 (56.4%)	409 (70.4%)	<0.001
שמונה אנשים ומעלה	99 (43.6%)	172 (29.6%)	
רשת חברתית כללית-חברים			
עד חמש אנשים	88 (38.8%)	336 (57.8%)	<0.001
שש אנשים ומעלה	139 (61.2%)	245 (42.2%)	
שימוש בקשרים לקידום ענייני בריאות			
אין	56 (24.7%)	402 (69.2%)	<0.001
קשר אחד או יותר	171 (75.3%)	179 (30.8%)	
רשת חברתית להתמודדות עם בעיות בריאות			
≤16	101 (44.5%)	345 (59.4%)	<0.001
>16	126 (55.5%)	236 (40.6%)	
השגת מידע ממקור רפואי			
מקור רפואי אחד	144 (63.4%)	282 (48.5%)	<0.001
שני מקורות או יותר	83 (36.6%)	299 (51.5%)	
השגת מידע ממקורות לא רפואיים			
מקור לא רפואי אחד	137 (60.4%)	393 (67.6%)	0.06
שני מקורות או יותר	90 (39.6%)	188 (32.4%)	
משתנה	פנייה לצוות רפואי בקהילה	ללא פנייה לצוות רפואי בקהילה	P
מספר	227	581	
סוג אירוע הבריאות, מספר (%)			

שאלון רשתות סופי Networking

0.1	(67.6%) 123	(60.4%) 60	סרטן
0.02	(25.0%) 145	(17.2%) 39	מחלות לב
0.8	(9.6%) 56	(8.8%) 20	שבץ ומחלות נוירולוגיות
0.2	(7.2%) 42	(10.6%) 24	שיקום
0.7	(16.9%) 98	(15.9%) 36	בעיות גב, מפרקים ועצמות
0.002	(5.5%) 32	(0.9%) 2	סוכרת
1.0	(5.7%) 33	(5.7%) 13	מחלות זיהומיות
0.03	(9.0%) 92	(14.5%) 33	אחר

טבלה 16: מודל רגרסיה לוגיסטית רבת משתנים לבדיקת גורמים הקשורים לפנייה לצוות רפואי בקהילה (רופא/אחות) בעת אירוע בריאות משמעותי- מודל 1 - מורחב

P value	Adjusted OR (95% CI)	משתנה
0.006	0.47 (0.27-0.80)	קבוצת אוכלוסייה (ערבים לעומת יהודים)
0.8	Df=2	מידת דתיות
	קבוצת ייחוס	חילוני
0.9	1.01 (0.61-1.66)	מסורתי
0.6	0.87 (0.51-1.46)	דתי/דתי מאוד
0.6	1.005 (0.99-1.02)	גיל, בשנים, משתנה רציף
0.9	1.00 (0.94-1.07)	מספר שנות לימוד, משתנה רציף
0.9	1.02 (0.70-1.48)	מין (זכר לעומת נקבה)
0.8	1.09 (0.58-2.07)	סרטן (כן לעומת לא)
0.3	1.38 (0.76-2.49)	ביטוח משלים (קופ"ח או פרטי לעומת אין)
0.8	1.05 (0.72-1.54)	פעילות גופנית (כן לעומת לא)
0.2	0.77 (0.52-1.14)	השגת מידע ממקורות רפואיים (2 מקורות או יותר לעומת מקור אחד)
0.8	0.96 (0.64-1.42)	השגת מידע ממקורות לא רפואיים (2 מקורות או יותר לעומת מקור אחד)
0.04	1.52 (1.02-2.26)	רשת חברתית כללית-בני משפחה (8 או יותר לעומת עד שבע אנשים)
0.4	1.18 (0.78-1.77)	רשת חברתית כללית-חברים (6 או יותר לעומת עד חמש אנשים)
<0.001	4.52 (3.09-6.62)	שימוש בקשרים לקידום ענייני בריאות (כן לעומת לא)
0.03	1.54 (1.05-2.26)	תמיכה רשת חברתית להתמודדות עם בעיות בריאות (ציון מעל 16 לעומת ≤16)
0.2	1.40 (0.85-2.32)	סוג אירוע בריאות-סרטן (כן לעומת לא)
0.9	1.02 (0.61-1.73)	סוג אירוע בריאות-מחלות לב וכלי דם (כן לעומת לא)
0.3	1.44 (0.73-2.82)	סוג אירוע בריאות-שיקום (כן לעומת לא)
0.4	0.51 (0.11-2.45)	סוג אירוע בריאות-סוכרת (כן לעומת לא)
0.5	1.25 (0.68-2.31)	סוג אירוע בריאות-אחר (כן לעומת לא)

*N=732, Nagelkerke R²= 0.28

שאלון רשתות סופי Networking

טבלה 17: מודל רגרסיה לוגיסטית רבת משתנים לבדיקת גורמים הקשורים לפנייה לצוות רפואי בקהילה (רופא/אחות) בעת אירוע בריאות משמעותי- מודל 2 - מצומצם

משתנה	Adjusted OR (95% CI)	P value
קבוצת אוכלוסייה (ערבים לעומת יהודים)	0.46 (0.29-0.73)	<0.001
גיל, בשנים, משתנה רציף	1.00 (0.99-1.03)	0.4
מספר שנות לימוד, משתנה רציף	1.00 (0.94-1.07)	0.9
מין (זכר לעומת נקבה)	1.07 (0.74-1.53)	0.7
ביטוח משלים (קופ"ח או פרטי לעומת אין))	1.32 (0.74-2.34)	0.3
השגת מידע ממקורות רפואיים (2 מקורות או יותר לעומת מקור אחד)	0.72 (0.49-1.05)	0.09
רשת חברתית כללית-בני משפחה (8 או יותר לעומת עד שבע אנשים)	1.40 (0.95-2.07)	0.09
רשת חברתית כללית-חברים (6 או יותר לעומת עד חמש אנשים)	1.27 (0.85-1.89)	0.2
שימוש בקשרים לקידום ענייני בריאות (כן לעומת לא)	4.87 (3.35-7.09)	<0.001
תמיכה רשת חברתית להתמודדות עם בעיות בריאות (ציון מעל 16 לעומת ≤16)	1.53 (1.06-2.22)	0.02
סוג אירוע בריאות-סרטן (כן לעומת לא)	1.40 (0.85-2.32)	0.2

*N=749, Nagelkerke R²= 0.28

- .1 Allen L, Williams J, Townsend N, et al. Socioeconomic status and non-communicable disease behavioural risk factors in low-income and lower-middle-income countries: a systematic review. *The Lancet Global health* 2017; **5**(3): e277-e89.
- .2 Muhsen K, Green MS, Soskolne V, Neumark Y. Inequalities in non-communicable diseases between the major population groups in Israel: achievements and challenges. *Lancet* 2017; **389**(10088): 2531-41.
- .3 Niessen LW, Mohan D, Akuoku JK, et al. Tackling socioeconomic inequalities and non-communicable diseases in low-income and middle-income countries under the Sustainable Development agenda. *Lancet* 2018; **391**(10134): 2036-46.
- .4 Lago-Peñas S, Rivera B. The impact of socioeconomic position on non-communicable diseases: what do we know about it? 2021; **141**(3): 158-76.
- .5 Di Cesare M, Khang YH, Asaria P, et al. Inequalities in non-communicable diseases and effective responses. *Lancet* 2013; **381**(9866): 585-97.
- .6 Shaaban AN, Morais S, Peleteiro B. Healthcare Services Utilization Among Migrants in Portugal: Results From the National Health Survey 2014. 2019; **21**(2): 219-29.
- .7 Klein J, von dem Knesebeck O. Inequalities in health care utilization among migrants and non-migrants in Germany: a systematic review. *International journal for equity in health* 2018; **17**(1): 160.
- .8 Van Minh H, Oh J, Giang KB, et al. Health Service Utilization Among People With Noncommunicable Diseases in Rural Vietnam. *Journal of public health management and practice : JPHMP* 2018; **24 Suppl 2**: S60-s6.
- .9 Na'amni W, Muhsen K, Tarabeia J, Saabneh A, Green MS. Trends in the gap in life expectancy between Arabs and Jews in Israel between 1975 and 2004. *Int J Epidemiol* 2010; **39**(5): 1324-32.
- .10 Benderly M, Chetrit A, Murad H, et al. Cardiovascular health among two ethnic groups living in the same region: A population-based study. *Int J Cardiol* 2017; **228**: 23-30.
- .11 Abu-Saad K, Chetrit A, Eilat-Adar S, et al. Blood pressure level and hypertension awareness and control differ by marital status, sex, and ethnicity: a population-based study. *Am J Hypertens* 2014; **27**(12): 1511-20.
- .12 Kalter-Leibovici O, Atamna A, Lubin F, et al. Obesity among Arabs and Jews in Israel: a population-based study. *Isr Med Assoc J* 2007; **9**: 525-30.
- .13 Sagie S, Na'amni W, Frej J, Alpert G, Muhsen K. Associations of psychosocial factors, knowledge, attitudes and practices with hospitalizations in internal medicine divisions in different population groups in Israel. *International journal for equity in health* 2021; **20**(1): 105.
- .14 Hallgren J, Fransson EI, Kåreholt I, Reynolds CA, Pedersen NL, Dahl Aslan AK. Factors associated with hospitalization risk among community living middle aged and older persons: Results from the Swedish Adoption/Twin Study of Aging (SATSA). *Archives of gerontology and geriatrics* 2016; **66**: 102-8.
- .15 Hajek A, Brettschneider C, Eisele M, et al. Correlates of hospitalization among the oldest old: results of the AgeCoDe-AgeQualiDe prospective cohort study. *Aging clinical and experimental research* 2020; **32**(7): 1295-301.
- .16 Roquebert Q, Sicsic J. Health measures and long-term care use in the European frail population. 2021; **22**(3): 405-23.
- .17 Ellwardt L, Van Tilburg TG, Aartsen MJ. The mix matters: complex personal networks relate to higher cognitive functioning in old age. *Social science & medicine (1982)* 2015; **125**: 107-15.
- .18 Laugesen K, Baggesen LM, Schmidt SAJ, et al. Social isolation and all-cause mortality: a population-based cohort study in Denmark. *Scientific reports* 2018; **8**(1): 4731.
- .19 Adhikari N, Uddin S. Health Inequalities in Older Norwegians and the Mediating Role of Social Networks. *International journal of aging & human development* 2022: 914150221112281.
- .20 Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *PLoS medicine* 2010; **7**(7): e1000316.

- .21 Aartsen M, Veenstra M, Hansen T. Social pathways to health: On the mediating role of the social network in the relation between socio-economic position and health. *SSM - population health* 2017; **3**: 419-26.
- .22 Davis CI, Montgomery AE, Dichter ME, Taylor LD, Blosnich JR. Social determinants and emergency department utilization: Findings from the Veterans Health Administration. *The American journal of emergency medicine* 2020; **38**(9): 1904-9.
- .23 Kivimäki M, Batty GD, Pentti J, et al. Association between socioeconomic status and the development of mental and physical health conditions in adulthood: a multi-cohort study. *The Lancet Public health* 2020; **5**(3): e140-e9.
- .24 Ahrenfeldt LJ, Möller S, Thinggaard M, Christensen K, Lindahl-Jacobsen R. Sex Differences in Comorbidity and Frailty in Europe. *International journal of public health* 2019; **64**(7): 1025-36.
- .25 Scheel-Hincke LL, Möller S. Cross-national comparison of sex differences in ADL and IADL in Europe: findings from SHARE. 2020; **17**(1): 69-79.
- .26 Ahrenfeldt LJ, Scheel-Hincke LL, Kjærgaard S, Möller S, Christensen K, Lindahl-Jacobsen R. Gender differences in cognitive function and grip strength: a cross-national comparison of four European regions. *European journal of public health* 2019; **29**(4): 667-74.
- .27 Ahrenfeldt LJ, Möller S. The Reciprocal Relationship between Socioeconomic Status and Health and the Influence of Sex: A European SHARE-Analysis Based on Structural Equation Modeling. 2021; **18**(9)
- .28 Sagie S, Na'amni W. Correlates of hospitalizations in internal medicine divisions among Israeli adults of different ethnic groups with hypertension, diabetes and cardiovascular diseases. 2019; **14**(4): e0215639.
- .29 Mindell JS, Knott CS, Ng Fat LS, et al. Explanatory factors for health inequalities across different ethnic and gender groups: data from a national survey in England. *Journal of epidemiology and community health* 2014; **68**(12): 1133-44.
- .30 Lorant V, Bhopal R. Comparing policies to tackle ethnic inequalities in health: Belgium 1 Scotland 4. *European journal of public health* 2011; **21**(2): 235-40.
- .31 Delgado-Angulo EK, Mangal M, Bernabé E. Socioeconomic inequalities in adult oral health across different ethnic groups in England. 2019; **17**(1): 85.
- .32 Milner A, Baker E, Jeraj S, Butt J. Race-ethnic and gender differences in representation within the English National Health Service: a quantitative analysis. *BMJ open* 2020; **10**(2): e034258.
- .33 Terhaag S, Fitzsimons E, Daraganova G, Patalay P. Sex, ethnic and socioeconomic inequalities and trajectories in child and adolescent mental health in Australia and the UK: findings from national prospective longitudinal studies. *Journal of child psychology and psychiatry ,and allied disciplines* 2021; **62**(10): 1255-67.
- .34 Daoud N, Soskolne V, Mindell JS, Roth MA, Manor O. Ethnic inequalities in health between Arabs and Jews in Israel: the relative contribution of individual-level factors and the living environment. *International journal of public health* 2018; **63**(3): 313-23.
- .35 Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav* 1995; **36**(1): 1-10.
- .36 Hajek A, Kretzler B, König HH. Determinants of Healthcare Use Based on the Andersen Model: A Systematic Review of Longitudinal Studies. 2021; **9**(10)
- .37 Fjær EL, Balaj M, Stornes P, Todd A, McNamara CL, Eikemo TA. Exploring the differences in general practitioner and health care specialist utilization according to education, occupation, income and social networks across Europe: findings from the European social survey (2014) special module on the social determinants of health. *European journal of public health* 2017; **27**(suppl_1): 73-81.
- .38 Schwartz E, Khalaila R, Litwin H .Contact frequency and cognitive health among older adults in Israel. *Aging Ment Health* 2019; **23**(8): 1008-16.

- .39 Litwin H, Levinsky M. Social networks and mental health change in older adults after the Covid-19 outbreak. *Aging & Mental Health* 2022; **26**(5):925-31 : (
- .40 Keller BK, Magnuson TM, Cernin PA, Stoner JA, Potter JF. The significance of social network in a geriatric assessment population. *Aging clinical and experimental research* 2003; **15**(6): 512-7.
- .41 Baron-Epel O, Garty N, Green MS. Inequalities in use of health services among Jews and Arabs in Israel. *Health Serv Res* 2007; **42**(3 Pt 1): 1008-19.
- .42 Luxenburg O, Myers V, Ziv A, et al. Factors Affecting the Patient Journey in Scheduling a Specialist Appointment in a Public Healthcare System. *J Patient Exp* 2022; **9**: 23743735221092547.
- .43 Deri C. Social networks and health service utilization. *J Health Econ* 2005; **24**(6): 1076-107.
- .44 Devillanova C. Social networks, information and health care utilization: evidence from undocumented immigrants in Milan. *J Health Econ* 2008; **27**(2): 265-86.

למראיינ/ת קרא/י

בסקר זה אנחנו מנסים להבין כיצד אנשים משתמשים ברשתות החברתיות שלהם כדי להתמודד עם אירועי בריאות. נודה לך אם תוכל/י לענות על השאלות הבאות. חשוב לציין שאין תשובות נכונות או לא נכונות, לכל אדם יש דרך התמודדות ייחודית. תודה רבה על שיתוף הפעולה!

למראיינ/ת קרא/י: לפני שנתחיל, נשמח אם תוכל/י לענות בבקשה על מספר שאלות כלליות

להוסיף לקובץ הגולמי:

מספר משתתף: _____

תאריך הריאיון: ____/____/____

שנת לידה: _____

שאלות סינון

1. גיל _____ שנים 99. מסרב לענות (להמשיך עם גילאי 40 ויותר).

2. האם בשנתיים האחרונות את/ה או מישו מבני המשפחה שלך עבר/ה אירוע בריאותי משמעותי או מצב של מחלה משמעותית? (ניתן לסמן יותר מתשובה אחת)

(1) כן, אני עברתי

(2) כן, בן/בת משפחה שלי עברו (א2) מה הקרבה המשפחתית למי שעבר/ה? (אח/ אחות/ אבא/ אבא/ אבא/ סבא/ סבתא וכדומה)

(3) לא, גם אני וגם בני המשפחה שלי לא עברנו אירוע בריאותי משמעותי/מחלה (אם ענה רק את התשובה הזו- להפסיק את הסקר)

1. שאלות כלליות

3. מגדר:

(1) גבר

(2) אישה

4. לאום:

(1) יהודי/ה

(2) ערבי/ה

(3) אחר, פרט/י: _____

(99) מסרב/ת לענות

5. כיצד את/ה מגדיר/ה את עצמך מבחינת דתיות?

- (1) חילוני/ת
- (2) מסורתי/ת
- (3) דתי/יה
- (4) חרדי או דתי/ה מאד
- (99) מסרב לענות

6. מצב משפחתי:

- (1) רווק/ה
- (2) נשוי/נשואה או חי/ה בזוגיות
- (3) אלמנה
- (4) גרושה או פרוד/ה
- (99) מסרב/ת לענות

7. מספר ילדים: _____ 99. מסרב/ת לענות

8. מספר שנות לימוד בסה"כ _____ 99. מסרב/ת לענות

9. תעסוקה:

- (1) לא עובד/ת ולא עבדתי בעבר
- (2) עובד/ת
- (3) לא עובד/ת אבל עבדתי בעבר
- (99) מסרב לענות

10. באיזו קופ"ח את/ה חברה:

- (1) כללית
- (2) לאומית
- (3) מכבי
- (4) מאוחדת
- (99) מסרב/ת לענות

11. האם יש לך ביטוח בריאות משלים או פרטי?

- (1) כן, של קופ"ח
- (2) כן, ביטוח משלים פרטי
- (3) לא, אין לי ביטוח בריאות משלים
- (99) מסרב/ת לענות

למראיינת/קרא/י: עכשיו נעבור לשאלות לגבי אירועי הבריאות, נבקש ממך להתייחס לאירוע הבריאותי המשמעותי ביותר שלך או של בן משפחתך

12. מה היה האירוע הבריאותי/מחלה שאת/ה או מישהו מבני המשפחה שלך עברתם?

- (1) סרטן
- (2) מחלת לב (אוטם חריף בשריר הלב, הפרעות קצב, אי-ספיקת לב, ניתוח מעקפים).
- (3) שבץ מוחי

שאלון רשתות סופי Networking

- (4) שיקום (נוירולוגי או אורתופדי)
(5) בעיות בגב (פריצת דיסק, שבר בחוליות)
(6) אחר, פרטי: _____

13. האם האירוע הבריאותי/ המחלה דרשו בירור או טיפול בקהילה (קופות חולים, שירות פרטי וכדומה) ו/או במסגרת

אשפוז/אשפוז יום? **(ניתן לסמן יותר מתשובה אחת)**

- (1) כן, במסגרת הקהילה
(2) כן, במסגרת אשפוז/אשפוז יום
(3) כן, במסגרת מרפאות חוץ במרכז רפואי
(4) לא, לא נדרש בירור או טיפול

14. כשאתה/זקוקה למידע רפואי עבורך או עבור אדם קרוב אליך, מה אתה עושה כדי להשיג אותו? **(ניתן לסמן יותר מתשובה אחת)**

- (1) שואל/ת את הרופא/ה המטפל/ת
(2) שואל/ת איש מקצוע אחר, נא לסמן (אח, רוקח, מזכירה רפואית, מנהל אדמיניסטרטיבי, רופא מומחה)
(3) מחפש/ת מידע באינטרנט. נא לסמן איפה (גוגל, פייסבוק, יוטיוב, אנציקלופדיה)
(4) מתייעצ/ת עם אנשים קרובים בדרגה ראשונה (אבא, אמא, אח/ות, בן/בת)
(5) מתייעצ/ת עם אנשים קרובים בדרגה שניה (בן דוד, דוד ועוד)
(6) מתייעצ/ת עם חברים
(7) מתייעצ/ת עם אנשים בעבודה

2. שאלות על רשת חברתית כללית

15. לכמה בני משפחה אתה/מרגיש/ה מספיק קרוב/ה כדי לפנות אליהם בבקשת עזרה באופן כללי?

- (1) אף אחד
(2) אחד
(3) שניים
(4) שלושה או ארבעה
(5) חמישה עד שמונה
(6) תשעה ויותר

16. עם כמה קרובי משפחה אתה/מרגיש/ה מספיק בנוח כדי לשתף אותם בעניינים אישיים?

- (1) אף אחד
(2) אחד
(3) שניים
(4) שלושה או ארבעה
(5) חמישה עד שמונה
(6) תשעה ויותר

למראיינת/קראי: השאלות הבאות מתייחסות לכל החברים שלך כולל שכנים.

17. לכמה חברים אתה/מרגיש/ה מספיק קרוב/ה כדי לפנות אליהם בבקשת עזרה באופן כללי?

- (1) אף אחד
(2) אחד
(3) שניים
(4) שלושה או ארבעה
(5) חמישה עד שמונה
(6) תשעה ויותר

18. עם כמה חברים מרגיש/ה מספיק בנוח כדי לשתף אותם בעניינים אישיים?

- (1) אף אחד

שאלון רשתות סופי Networking

- (2) אחד
- (3) שניים
- (4) שלושה או ארבעה
- (5) חמישה עד שמונה
- (6) תשעה ויותר

19. באיזו מידה היית רוצה שיהיו לך יותר קשרים עם אנשים?

- (1) כלל לא
- (2) במידה מועטה
- (3) במידה בינונית
- (4) במידה רבה
- (5) במידה רבה מאוד

20. האם אובחנה אצלך אי פעם אחת מהמחלות הבאות?

20.1 לחץ דם גבוה	1. לא	2. כן	3. לא יודע/ת	99. מסרב/ת לענות
20.2 סוכרת	1. לא	2. כן	3. לא יודע/ת	99. מסרב/ת לענות
20.3 מחלת לב כלילית	1. לא	2. כן	3. לא יודע/ת	99. מסרב/ת לענות
20.4 שבץ מוחי	1. לא	2. כן	3. לא יודע/ת	99. מסרב/ת לענות
20.5 סרטן	1. לא	2. כן	3. לא יודע/ת	99. מסרב/ת לענות
20.6 מחלות אחרות	1. לא	2. כן, פרט/י איזה _____		

21. האם בד"כ את/ה נוהג/ת לעסוק בפעילות ספורטיבית כלשהי לפחות 20 דקות רצופות, כגון: הליכה, ריצה, שחייה, התעמלות או משחקי כדור?

- 1. כמעט כל יום
- 2. פעם-פעמיים בשבוע
- 3. פעם-פעמיים בחודש
- 4. פחות מפעם בחודש
- 5. בכלל לא

22. האם את/ה מעשן/ת?

- 1. לא
- 2. עישנתי בעבר
- 3. כן

למראיין/ת קרא/י: בחלק הבא נתייחס למספר דרכים בהן אנשים יכולים להשתמש כדי לקדם טיפול באירועי בריאות (כמו הגעה לרופאה

3. שאלות- דרכים להתמודדות באירועי בריאות

האם קידמת טיפול באירועי בריאות באמצעות כל אחת מהאפשרויות הבאות?

23.

24. באיזו מידה אפשרות זו פגעה או עזרה לך בהתמודדות עם האירוע הבריאותי?							23. האם קידמת טיפול באירועי בריאות באמצעות האפשרויות הבאות?		האפשרויות
7. עזרה במידה רבה מאוד	6. עזרה במידה רבה	5. עזרה במידה מסוימת	4. לא עזרה פגעה ולא	3. פגעה במידה מסוימת	2. פגעה במידה רבה	1. פגעה במידה רבה מאוד	2. לא	1. כן	
							24.1		23.1 קשרים בעבודה הנוכחית או הקודמת
							24.2		23.2 קשרים משפחתיים
							24.3		23.3 קשרים חבריים
							24.4		23.4 קשר ישיר לבעל/ת תפקיד במערכת הבריאות (חוץ מהרופא המטפל)
							24.5		23.5 קשר עקיף לבעל/ת תפקיד במערכת הבריאות (חוץ מהרופא המטפל)
							24.6		23.6 השתייכות לקהילה מסוימת (למשל, בית כנסת, מפלגה, קהילה וירטואלית)
							24.7		23.7 פרוטקציה

4. שאלות על קשר עם בעלי תפקידים במערכת הבריאות

למראינ/ת קרא/י: עכשיו נתייחס לאנשים בעלי תפקיד במערכת הבריאות בתפקיד משמעותי אחר שאת/ה מכיר/ה או יכול/ה להגיע אליהם

.25

האם יש לך קשר עם כל אחד מבעלי התפקידים הבאים?

27. מה הייתה השפעת הפנייה לאנשים אלו על ההגעה לטיפול טוב יותר? (בקרב מי שיש לו קשר ופנה)							26. האם פנית לאדם זה לגבי אירוע הבריאות שצינת? (בקרב מי שיש לו קשר)			25. האם יש לך קשר עם כל אחד מבעלי התפקידים הבאים?		תפקיד
7. עזרה במידה רבה מאוד	6. עזרה במידה רבה	5. עזרה במידה מסוימת	4. לא פגעה ולא עזרה	3. פגעה במידה מסוימת	2. פגעה במידה רבה	1. פגעה במידה רבה מאוד	2. לא	1. כן		2. אין קשר	1. יש קשר	
							27.1			26.1		25.1 רופאה/ה בבית חולים
							27.2			26.2		25.2 רופא/ה בקהילה
							27.3			26.3		25.3 אח/ות בבית חולים
							27.4			26.4		25.4 אח/ות בקהילה

28. באיזו מידה היית רוצה שיהיו לך יותר קשרים עם אנשים במערכת הבריאות?

- (1) בכלל לא
 (2) במידה מועטה
 (3) במידה בינונית
 (4) במידה רבה

5. שאלות בריאות - המשך

למראיינת/קרא/י: בחלק הבא נתייחס לאירועי בריאות באופן כללי, ולא דווקא לזה שאת/ה או מישהו מבני משפחתך חוויתם. אם חלילה היית נתקלת היום באירוע בריאותי משמעותי או מחלה משמעותית שהיו מצריכים טיפול, באיזו מידה המשפטים הבאים היו נכונים עבורך?
למראיינת, אם יש סתירה בין התשובות לשאלות השונות, צריך לבקש הסבר לסתירה.

מספר	כלל לא	במידה מועטה	במידה בינונית	במידה רבה	במידה רבה מאוד
29.1	1	2	3	4	5
29.2	1	2	3	4	5
29.3	1	2	3	4	5
29.4	1	2	3	4	5
29.5	1	2	3	4	5
29.6	1	2	3	4	5
29.7	1	2	3	4	5



למראיינת, יש לבדוק שיש תשובות לכל השאלות בחלק זה ושהתשובות עונות על השאלות

תודה רבה על שיתוף הפעולה!

למראיין/ת קרא/י

בפרויקט הנוכחי אנחנו מנסים להבין אם ואיך אנשים משתמשים ברשתות החברתיות שלהם לצורך התמודדות עם ענייני בריאות. נודה לך אם תוכל/י לענות על השאלות הבאות בפירוט. חשוב להדגיש שאין כאן תשובות נכונות או לא נכונות, לכל אדם יש דרך התמודדות ייחודית. התשובה הנכונה היא זו שמשקפת את תפיסתך בצורה הטובה ביותר. הפרויקט נמצא ממש בהתחלה כך שנשמח לקבל כל הארה ומחשבה שיש לך! אם נראה לך שלא התייחסנו לעניינים חשובים שקשורים לנושא, נשמח מאוד לשמוע זאת.

למראיין/ת קרא/י: לפני שנתחיל, נשמח אם תוכל/י לענות בבקשה על מספר שאלות

1. שאלות כלליות

1. מספר משתתף: _____

2. תאריך הריאיון _____
שנה חודש יום

3. מגדר:

(3) גבר

(4) אישה

3. לאום:

(4) יהודי/ה

(5) ערבי/ה

(6) אחר, אנא פרט/י

פירוט/הערות:

4. דת:

(1) יהודי/ה

(2) מוסלמי/ת

(3) נוצרי/ה

(4) דרוזי/ת

(5) אחר, נא לפרט _____

99. מסרב/ת לענות

5. כיצד את/ה מגדיר/ה את עצמך מבחינת דתיות?

(5) חילוני/ת

(6) מסורתי/ת

(7) דתי/ה

(8) דתי/ה מאד

(9) אחר, אנא פרט/י: _____

99. מסרב לענות

6. שנת לידה _____ 6.1 גיל _____ שנים 99. מסרב לענות

7. מצב משפחתי:

(5) רווק/ה

(6) נשוי/נשואה או חי/ה בזוגיות

(7) אלמנ/ה

(8) גרוש/ה

(9) פרוד/ה

(10) אחר, נא לפרט: _____

99. מסרב/ת לענות

8. מספר ילדים: _____ 99. מסרב/ת לענות

9. מספר שנות לימוד בסה"כ _____ 99. מסרב/ת לענות

10. איזה תעודה יש לך?

(1) יסודי/ אין תעודה

(2) סיימתי תיכון

(3) תעודה מקצועית

(4) תואר ראשון

(5) תואר שני ומעלה

(6) אחר, נא לפרט: _____

99. מסרב/ת לענות

11. מקצוע:

(4) לא עובד/ת ולא עבדתי בעבר

(5) עובד/ת: לפרט במה _____

(6) לא עובד/ת אבל עבדתי בעבר: לפרט במה _____

99. מסרב לענות

12. באיזה קופ"ח את/ה חברה:

(5) כללית

(6) לאומית

(7) מכבי

(8) מאוחדת

99. מסרב/ת לענות

13. האם יש לך ביטוח בריאות משלים?

(4) כן, של קופ"ח

(5) כן, ביטוח משלים פרטי

(6) לא, אין לי ביטוח בריאות משלים

(7) אחר, אנא פרטי _____

99. מסרב/ת לענות

פירוט/הערות: _____

למראיין/ת קרא/י: עכשיו נעבור לשאלות לגבי ענייני הבריאות

14. האם בשנתיים האחרונות את/ה או מישהו מבני המשפחה שלך עבר/ה עניין בריאותי משמעותי או מצב של מחלה משמעותית?

למראיין/ת: נא לסמו את כל התשובות המתאימות

- (4) כן, אני עברתי
 (5) כן, בן/בת משפחה שלי עברו (2) מה הקרבה המשפחתית למי שעבר/ה
 (6) לא, גם אני וגם בני המשפחה שלי לא עברנו עניין בריאותי משמעותי/מחלה
 (7) אחר, נא לפרט

למראיין/ת: אם ענו בשאלה 15 תשובה 1 או 2 המשתתף מתאים למחקר. להמשיך את הריאיון

אם ענו יותר מעניין אחד, יש לבקש מהמשתתף להתייחס רק לזה שהיה המשמעותי ביותר עבורו, ולכתוב בשאלה מספר 15 מה נבחר.
 אם ענו תשובה 3 לא מתאים למחקר. להפסיק את הריאיון

למראיין/ת: נא לסמן את כל התשובות המתאימות

15. כשאת/ה זקוק/ה למידע רפואי עבורך או עבור אדם קרוב אליך, מה את/ה עושה כדי להשיג אותו?

- (8) שואל/ת את הרופא/ה המטפל/ת
 (9) שואל/ת איש מקצוע אחר, נא לפרט את מי וביחס למה:
 (10) מחפש/ת מידע באינטרנט. נא לפרט מה חיפשו
 (11) מתייעצ/ת עם אנשים קרובים. נא לפרט עם מי מתייעצים ובקשר למה
 (12) מחפש/ת מידע בספרים או עיתונים מקצועיים
 (13) אחר, נא לפרט



למראיין/ת, יש לבדוק שיש תשובות לכל השאלות בחלק זה ושהתשובות עונות על השאלות

2. שאלות על רשת חברתית כללית

למראיין/ת קרא/י: השאלות הבאות מתייחסות לכל האנשים במשפחה שלך- גם אלו שהקשר איתם הוא מלידה (הורים, אחים, דודות, וכדומה) וגם מכאלו שהקשר הוא

16. **עם כמה בני משפחה נפגשת או דיברת בחודש האחרון (כולל שיחות טלפון)?**

- (1) אף אחד
 - (2) אחד
 - (3) שניים
 - (4) שלושה או ארבעה
 - (5) חמישה עד שמונה
 - (6) תשעה ויותר
- פירוט/הערות:

17. **לכמה בני משפחה את/ה מרגיש/ה מספיק קרוב/ה כדי לפנות אליהם בבקשת עזרה?**

- (7) אף אחד
 - (8) אחד
 - (9) שניים
 - (10) שלושה או ארבעה
 - (11) חמישה עד שמונה
 - (12) תשעה ויותר
- פירוט/הערות:

18. **עם כמה קרובי משפחה את/ה מרגיש/ה מספיק בנוח כדי לשותף אותם בעניינים אישיים?**

- (7) אף אחד
 - (8) אחד
 - (9) שניים
 - (10) שלושה או ארבעה
 - (11) חמישה עד שמונה
 - (12) תשעה ויותר
- פירוט/הערות:

למראיין/ת קרא/י: השאלות הבאות מתייחסות לכל החברים שלך כולל שכנים.

19. **עם כמה חברים נפגשת או דיברת בחודש האחרון (כולל שיחות טלפון)?**

- (1) אף אחד
 - (2) אחד
 - (3) שניים
 - (4) שלושה או ארבעה
 - (5) חמישה עד שמונה
 - (6) תשעה ויותר
- פירוט/הערות:

20. לכמה חברים את/ה מרגיש/ה מספיק קרוב/ה כדי לפנות אליהם בבקשת עזרה?

- (7) אף אחד
- (8) אחד
- (9) שניים
- (10) שלושה או ארבעה
- (11) חמישה עד שמונה
- (12) תשעה ויותר

פירוט/הערות: _____

21. עם כמה חברים מרגיש/ה מספיק בנוח כדי לשתף אותם בעניינים אישיים?

- (7) אף אחד
- (8) אחד
- (9) שניים
- (10) שלושה או ארבעה
- (11) חמישה עד שמונה
- (12) תשעה ויותר

פירוט/הערות: _____

22. באיזו מידה היית רוצה שיהיו לך יותר קשרים עם אנשים?

- (6) כלל לא
- (7) במידה מועטה
- (8) במידה בינונית
- (9) במידה רבה
- (10) במידה רבה מאוד

פירוט/הערות: _____



**למראיין/ת, יש לבדוק שיש תשובות לכל השאלות בחלק זה
ושהתשובות עונות על השאלות**

3. שאלות על רשת חברתית - בריאות

למראיינ/ת קרא/י: בחלק הבא נבקש ממך לציין את אנשים בחיים שלך שאת/ה יכול/ה לפנות אליהם בעניינים בריאותיים. זה יכול להיות אדם שיש לך קשר רגשי חזק (חיובי/שלילי/גם וגם) או חלש וגם כאלו שהקשר שלך אליהם הוא דרך אנשים שקרובים אליך (יש לציין דרך מי הקשר). סדר הופעתם ברשימה אינו משנה. חשוב למלא את כל העמודות בטבלה עבור כל אדם שאת/ה מציין/ת. בנוסף, נבקש ממך לציין מי מהאנשים שצינת מתאים לאפשרויות הבאות **(למראיינ/ת, יש לסמן ✓ בעמודה המתאימה עבור האדם שבכל שורה)**.

1. אנשים שהיית רוצה לפנות אליהם כשאת/ה נתקל/ת בבעיה בריאותית (בין אם את/ה פונה אליהם בפועל או לא).
2. אנשים שאת/ה פונה אליהם בפועל כשאת/ה נתקל/ת בבעיה בריאותית.
3. אנשים שהיית רוצה לדעת שתוכל לסמוך עליהם שתמיד יהיו שם בשבילך כשאת/ה נתקל/ת בבעיה בריאותית.
4. אנשים שאת/ה יודע/ת שבאמת יהיו שם בשבילך תמיד כשאת/ה נתקל/ת בבעיה בריאותית
5. אור דרג/י אחד האומרים רומזים לפי מידת הסברה וזלר אליהם (1= רלל לא. 2= רחידה מונומה. 3= רחידה ריווית. 4= רחידה ררה. 5= רחידה ררה מאוד)

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N
מספר	שם האדם (שם פרטי או ראשי תיבות)	הקשר אליך*	מגדר 1. גבר 2. אישה	גיל בשנים	מקצוע של האדם אליו את/ה פונה	סוג הקשר ביניכם 1. פגישות, 2. קשר דיגיטלי 3. אחר: ציין איזה	תדירות הקשר ביניכם*	משך ההיכרות (בשנים)	1. היית רוצה לפנות (בין אם פונה או לא)	2. את/ה פונה בפועל	3. היית רוצה לדעת שתמיד יהיו שם בשבילך	4. מרגיש/ה שאת/ה סומכת עליהם שיהיו שם תמיד בשבילך	5. אנא דרג/י את האנשים ברשימה לפי מידת הקרבה שלך אליהם בציון בין 1 ל-5 כאשר 5 במידה רבה מאוד
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													



למראיינ/ת, יש לבדוק שיש תשובות לכל השאלות בחלק זה ושהתשובות עונות על השאלות

4. שאלות- דרכים להתמודדות בענייני בריאות

למראיין/ת קרא/י: בחלק הבא נתייחס למספר דרכים בהן אנשים יכולים להשתמש כדי לקדם טיפול בענייני בריאות (כמו, הגעה לרופאה מומחית, קיצור תורים, השגת אישורים ועוד).

נשמח להתייחסותך לכל אחת מהדרכים, גם אם השתמשת בה בעבר וגם אם לא.

אנא צייני/ באיזו מידה האפשרויות הבאות עזרו או פגעו בהתמודדות עם אירוע הבריאות שצינת. **למראיין/ת רשום ✓ בעמודה המתאימה**

האם רלוונטי? 1.כן 2.לא	1. פגע/ה במידה רבה מאוד	2. פגע/ה במידה רבה	3. פגע/ה במידה מסוימת	4. לא פגע/ה ולא עזר/ה	5. עזר/ה במידה מסוימת	6. עזר/ה במידה רבה	7. עזר/ה במידה רבה מאוד	נא לפרט איך כל דרך התמודדות פגעה או עזרה לצורך ההתמודדות עם אירוע הבריאות שצינת
								1. רכישת השכלה גבוהה בארץ
								2. רכישת השכלה גבוהה בחו"ל
								3. קשרים בעבודה נוכחית או קודמת
								4. קשרים משפחתיים
								5. קשרים חבריים
								6. קשר ישיר לבעל/ת תפקיד במערכת הבריאות (חוץ מהרופא המטפל)
								7. קשר עקיף לבעל/ת תפקיד במערכת הבריאות
								8. השתייכות לקהילה מסוימת (למשל, בית כנסת, מפלגה, קהילה וירטואלית). נא לפרט איזו קהילה
								9. פרוטקציה- נא לפרט איזו
								10. אחר, אנא פרטי



למראיינ/ת, יש לבדוק שיש תשובות לכל השאלות בחלק זה
משבחים/שורח עווה על השעלוח

5. שאלות בריאות - 2

למראיין/ת קרא/י: עכשיו נחזור לעניין הבריאותי שציננת, ונשמח לקבל תשובות מפורטות

24. מה היה העניין הבריאותי/מחלה שאתה או מישהו מבני המשפחה שלך עברתם?

למראיין/ת: יש לשאול קודם כשאלה פתוחה, ולכתוב את התשובה, ואז לסמן את כל התשובות המתאימות.

הכוונה היא לנזק רציני או מחמיר. שפעת/הצטננות הן כרוניות להוצאה

- (1) סרטן, פרטי/י איזה _____
- (2) מחלת לב (אוטם חריף בשריר הלב, הפרעות קצב, אי-ספיקת לב, ניתוח מעקפים). פרטי/י איזה _____
- (3) שבץ מוחי _____
- (4) מחלות נירולוגיות (פרקינסון) _____
- (5) שיקום (נירולוגי או אורתופדי), פרטי/י _____
- (6) בעיות בגב (פריצת דיסק, שבר בחוליות), פרטי/י _____
- (7) אחר, נא לפרט _____

25. אנא תאר/י את השתלשלות העניינים מהרגע שהופיעו הסימפטומים ועד שהבעיה טופלה (או עד היום, אם הטיפול עדיין לא הסתיים).

למראיין/ת- הכוונה כאן היא לתאר את השתלשלות העניינים. אם מתקשים, אפשר לשאול מה הדבר הראשון שעשו, מה קרה אח"כ, למי פנו, מה היה סדר ההתרחשויות, וכדומה

26. האם העניין הבריאותי/ המחלה דרשו בירור או טיפול בקהילה (קופות חולים, שירות פרטי וכדומה) ו/או במסגרת אשפוז/אשפוז יום?

למראיין/ת: נא לסמו את כל התשובות המתאימות

- (5) כן, במסגרת הקהילה, נא לפרט _____
- (6) כן, במסגרת אשפוז/אשפוז יום, נא לפרט _____
- (7) כן, במסגרת אחרת, נא לפרט _____
- (8) לא, לא נדרש בירור או טיפול _____

27. לפעמים, חוץ לפנייה לרופא המטפל, אנשים עושים דברים נוספים כדי להגיע לטיפול טוב יותר. אם נתייחס כעת ל _____ (העניין הבריאותי שתואר), מה את/ה עשית חוץ מפנייה לרופא המטפל?

28. מה עזר לך להגיע לטיפול טוב יותר?

למראיין/ת, הכוונה היא לדברים בנוסף

29. מה הפריע לך להגיע לטיפול טוב יותר?

למראיין/ת, הכוונה היא לדברים בנוסף



**למראיין/ת, יש לבדוק שיש תשובות לכל השאלות בחלק זה
ושהתשובות עונות על השאלות**

6. שאלות על קשר עם בעלי תפקידים במערכת הבריאות

למראיין/ת קרא/י: עכשיו נתייחס לאנשים בעלי תפקיד במערכת הבריאות בתפקיד משמעותי אחר שאת/ה מכיר/ה או יכול/ה להגיע אליהם דרך אנשים שקרובים אליך.

תפקיד	הקשר אליך (נא להשתמש בכרטיסיה). אם אין קשר- לכתוב שאין	האם פנית לאדם זה לגבי אירוע הבריאות שציינת? 1.כן 2.לא	מה היה אופי הפנייה? 1. התייעצות 2. הפנייה לגורם אחר 3. קבלת טיפול 4. קבלת המלצה/דיס- המלצה 5. אחר, נא לפרט	מה הייתה השפעת הפנייה לאנשים אלו על ההגעה לטיפול טוב יותר? 1. פגיעה במידה רבה מאוד 2. פגיעה במידה רבה 3. פגיעה במידה מסוימת 4. לא פגיעה ולא עזרה 5. עזרה במידה מסוימת 6. עזרה במידה רבה 7. עזרה במידה רבה מאוד	אנא תאר/י את ההשפעה של כל אחד מאנשים אלו על ההגעה לטיפול טוב יותר.
1. רופאה/ה בבית חולים					
2. רופא/ה בקהילה					
3. אח/ות בבית חולים					
4. אח/ות בקהילה					
5. רוקח/ת					
6. בעל/ת תפקיד אחר בבית חולים (יש לכתוב מה התפקיד)					
7. בעל/ת תפקיד אחר בקהילה (יש לכתוב מה התפקיד)					
8. עו"ס בבית חולים					
9. עו"ס בקהילה					
10. עובד/ת בביטוח הלאומי					
11. עובד/ת במשרד הבריאות					
12. האם יש מישהו אחר שפנית אליו? (יש לכתוב מה התפקיד)					

פירוט/הערות:



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

30. באיזה אופן הפנייה לאנשים אלו נמדה לך להגיע לטיפול טוב יותר?

31. באיזו מידה היית רוצה שיהיו לך יותר קשרים עם אנשים במערכת הבריאות?

- (5) בכלל לא
 - (6) במידה מועטה
 - (7) במידה בינונית
 - (8) במידה רבה
 - (9) במידה רבה מאוד
- פירוט/הערות:

32. אם את/ה או אדם קרוב אליך הייתם נתקלים היום בעניין דומה, מה היית עושה או ממליצה לעשות?

(למראיין/ת, אם לא מבינים את השאלה, לשאול- עם מי היית מתייעצ/ת? בקשר למה? עם מי לא היית מתייעצ/ת? האם היית בוחר/ת שלא להתייעץ?)



**למראיין/ת, יש לבדוק שיש תשובות לכל השאלות בחלק זה
ושהתשובות עונות על השאלות**

7. שאלות בריאות - 3

למראיינת/קרא/י: בחלק הבא נתייחס לענייני בריאות באופן כללי, ולא דווקא לזה שאת/ה או מישהו מבני משפחתך חוויתם. אם חלילה היית נתקלת היום בעניין בריאותי משמעותי או מחלה משמעותית שהיו מצריכים טיפול, באיזו מידה המשפטים הבאים היו נכונים עבורך?
למראיינת/ת, אם יש סתירה בין התשובות לשאלות השונות, צריך לבקש הסבר לסתירה.

מספר		כלל לא	במידה מועטה	במידה בינונית	במידה רבה	במידה רבה מאוד
33.	יש לי מעט אנשים שאני יכול/ה לפנות אליהם בשביל תמיכה בענייני בריאות	1	2	3	4	5
34.	אני מבקש/ת עזרה בענייני בריאות כשאני צריך/ה	1	2	3	4	5
35.	הייתי רוצה שיהיו לי יותר אנשים שאוכל לפנות אליהם בענייני בריאות	1	2	3	4	5
36.	אני מקבל/ת עזרה בענייני בריאות אם אני צריכה אותה	1	2	3	4	5
37.	יש הרבה אנשים בסביבה החברתית שלי שאני יכול/ה לסמוך עליהם בענייני בריאות	1	2	3	4	5
38.	אם יש עניין בריאותי שאני רוצה לברר לגביו, אני שואל/ת אנשים סביבי	1	2	3	4	5
39.	אני מעדיף/ה להתמודד עם בעיה בריאותית בעצמי מאשר לבקש שמישהו יעזור לי	1	2	3	4	5
40.	אם אני צריך/ה תמיכה בענייני בריאות, אני פונה לאנשים כדי לקבל את עצתם או עזרתם	1	2	3	4	5

פירוט/הערות:

תודה רבה על שיתוף הפעולה!



למראיינת/ת, יש לבדוק שיש תשובות לכל השאלות בחלק זה ושהתשובות עונות על השאלות

