

ירושלים, כ"ב כסלו תשע"א
29 נובמבר, 2010

1. בפרוטוקול זה להלן מתוארת כוונת התקשרות לביצוע מיזם ללא כוונת רווח. ככל שיש ספק אחר המסוגל ומעוניין לספק את השירותים, עליו לפנות בדואר אלקטרוני לכתובת: meitalb@pmo.gov.il או באמצעות פקס מס' 02-6547066 לידי מרכזת ועדת המכרזים, גבי מיטל בן נון, והפנייה תועבר לבחינת ועדת המכרזים.

2. פרוטוקול ועדת המכרזים אינו מהווה התקשרות או התחייבות להתקשרות כלפי מאן דהוא. התקשרות תיעשה אך ורק על ידי הוצאת הזמנה ו/או הסכם חתומים על ידי מורשי החתימה המוסמכים לחייב את המדינה.

פרוטוקול ועדת מכרזים מיום 17.5.10
פרוטוקול מס' 68/10

נוכחים: מר אהרון אזולאי, המנהל הכללי, יו"ר
מר מאיר פרץ, סגן ראש תחום בנאי"מ בטיחות, גהות ותעבורה במשרד רהמ"ש, חבר
רו"ח שי מילמן, סגן חשב המשרד, חבר
עו"ד סורל חרלב, היועץ המשפטי, חבר
גבי קרינה קליגר, ראש תחום תקציבים, חברה
עו"ד אורית בקר, עוזרת ליועמ"ש, משקיפה
מר שלום בוחבוט, ראש תחום, משקיף
גבי מיטל בן נון, מרכזת ועדת מכרזים

מיזם משותף לביצוע מחקרים בתחום הזיקנה עם אוניברסיטת חיפה

רצ"ב בקשה שהגיש מר שלום בוחבוט, ראש תחום.

נוכח הגידול במספר הזקנים ושיעורם באוכלוסיה, תהליך שימשך גם בשנים הבאות, המשרד מבקש לפתח את תשתית הידע בנושא הזקנה, ובכלל זה הוא מעוניין לקדם מחקרים שונים בתחום ובהפצת ידע בנושא הזקנה לאנשי המקצוע בתחום. מר בוחבוט מסביר כי התשתית שתוכן תשמש ליצור הבנה והבנייה של התהליכים החברתיים, דמוגרפיים ותרבותיים, אשר ישמשו בסיס להשוואה בין לאומית.

לצורך כך, המשרד מעוניין להתקשר עם אוניברסיטת חיפה לביצוע מחקרים בתחום הזקנה זאת, בדרך של פטור ממכרז לפי תקנה 3(30), כך שאוניברסיטת חיפה תעמיד סכום שלא יפחת ממחצית תקציב המיזם.

מר בוחבוט מציין בבקשתו כי למיטב ידיעתו פועלים כיום בישראל שישה גופי מחקר המבצעים מחקרים בתחום הזקנה: מכון הרצג באוניברסיטת תל אביב; מרכז רב תחומי לחקר הזקנה באוניברסיטת בן גוריון; אוניברסיטת חיפה; מכון לחקר הזקנה ויזמות חברתית בבית ברל; מרכז הידע לחקר הזקנה באוניברסיטה העברית; והאגודה הישראלית לגרונטולוגיה. בוצעה פנייה לכל הגופים לביצוע מיזם משותף במימון ממשלתי של עד 50%, וגובשו נושאי מחקר רלוונטיים עם הגופים המעוניינים (למעט מרכז הידע לחקר הזקנה באוניברסיטה העברית עימו כבר קיימת התקשרות בנושא). רצ"ב אישור מר בוחבוט בעניין.

בהתאם לאמור לעיל, מבוקש כי ועדת המכרזים תאשר התקשרות במיזם משותף עם אוניברסיטת חיפה לביצוע ארבעה מחקרים המתמקדים בנושאים הבאים: מחקר בקרב אוכי פגיעות; שיפור

היענות לטיפול בדיכאון; מד מצוקה לחולי סרטן; הזנחה עצמית בזקנים. מחקרים אלו ישמשו לצורך איתור התחומים בהם ניתן להגדיל את מעורבות הקשיש במצבו ובסביבתו הקרובה ויכולת התערותו בחברה, בחינת ישימותן של תוכניות אינדיבידואליות להיענות לטיפול בחולים בדיכאון, בחינת תופעת "ההזנחה העצמית" בקרב זקנים וכן מתן תקפות לכלי סקר לזיהוי מצוקה נפשית בקרב חולי סרטן זקנים.

המיזם ילווה על ידי ועדת היגוי. ככל שתמומש אופציה לשנה נוספת, הכוללת הכנת מחקרים נוספים, אלו יאושרו על ידי ועדת ההיגוי בכפוף לאישור תקציבי על ידי חשב המשרד.

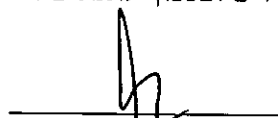
סגן החשב עבר על תקציב המיזם והעיר הערותיו. מצורף תקציב מעודכן לכל אחד מהמחקרים, הסך הכולל (השתתפות שני הצדדים) של המיזם עומד על סך של 686,702 ₪. כן מאושר לכלול בתקציב תקורה עד 5.67%, בתנאי שסך התקציב הכולל לא ישתנה ובתנאי שבוצעו ההתאמות הנדרשות באישור חשב המשרד.

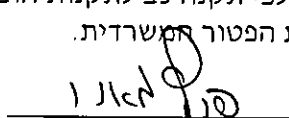
ועדת המכרזים קובעת כי ביחס לרכישות שיבוצעו במסגרת המיזם לרכיבים שאינם מתכלים (כגון מחשב נייד), בהסכם עם אוניברסיטת חיפה יובהר כי המשרד הוא הבעלים במשותף של הצידוד שימשם עבור הפרויקט בלבד וכי בסיום הפרויקט תמסור אוניברסיטת חיפה למשרד מחצית מהציוד. ביחס לזהות הפרופסור אשר מוביל את מחקר בקרב אוכלוסיות פגיעות בקרב קשישים עצמאיים בקהילה מר בוחבט מבהיר כי מדובר בפרופ' אריק פרימרמוץ.

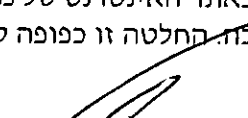
ועדת המכרזים סבורה כי ההתקשרות לפי תקנה 3(30) לתקנות חובת המכרזים הנה מתאימה בנסיבות העניין נוכח העובדה נערכה פנייה לכל גופי המחקר המבצעים מחקרים בתחום הזיקנה כמפורט בדברי ההסבר של מר בוחבט וכן לנוכח נכונותה של אוניברסיטת חיפה להעמיד ממקורותיה לא פחות ממחצית העלות של המחקרים המבוקשים.

הוחלט:

בהתאם לתקנה 3(30) הועדה מאשרת התקשרות במסגרת מיזם משותף עם אוניברסיטת חיפה בסך של עד 343,351 ₪ (כולל מיסים) על פי העקרונות המפורטים לעיל. תקופת ההתקשרות תהא שנה עם אופציה למשרד להארכת תקופת ההתקשרות בשתי תקופות נוספות בנות שנה כל אחת. הכל בכפוף לכך שאוניברסיטת חיפה תעמיד סכום שלא יפחת ממחצית עלות ביצוע המיזם, שההתקשרויות שיבוצעו במסגרת הפרויקט יהיו כפופות לדיני המכרזים ולאחר שפורסמה הודעה באתר האינטרנט של מינהל הרכש לפי תקנה 33 לתקנות חובת המכרזים ובכפוף לתנאים הנוכחים בה. החלטה זו כפופה לאישור ועדת הפטור המשרדית.


קרינה קליגר


מאיר פרץ

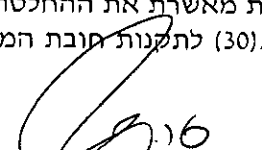

אהרון אזולאי

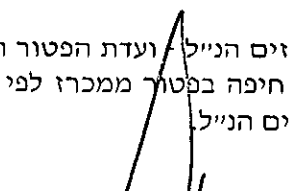

אורית בקר

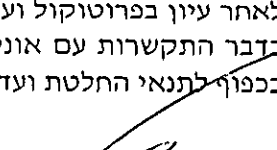

שי מילמן

אישור ועדת הפטור המשרדית

לאחר עיון בפרוטוקול ועדת המכרזים הנ"ל ועדת הפטור המשרדית מאשרת את ההחלטה הנ"ל בדבר התקשרות עם אוניברסיטת חיפה בפטור ממכרז לפי תקנה 3(30) לתקנות חובת המכרזים בכפוף לתנאי החלטת ועדת המכרזים הנ"ל.


סורל הרלב


יוסי שטראוס


אהרון אזולאי



המשרד לענייני גמלאים

יום שני ד' סיון תשי"ע

17 מאי 2010

הקדמה לכלל הבקשות למיזמים משותפים עם גופי המחקר בתחום הזקנה

מחקר וישום בתחום הזקנה

רקע

מספר הזקנים בעולם הולך וגדל ומספרם מוערך כיום בכ-600 מליון איש המונים כ-10% מאוכלוסיית העולם. התחזיות מדברות שעד שנת 2050 יגיע שעורם באוכלוסיה ל-21%. בארץ התחזיות התמוגרפיות מצביעות על גידול באוכלוסיית הזקנים בשנת 2020 ל-15% מכלל האוכלוסיה. גידול דרמטי זה מייצג את השינוי הדמוגרפי המשמעותי ביותר באוכלוסיה בהיסטוריה האנושית. זהו גם אחד ההישגים הגדולים של האנושות המציב גם אתגרים גדולים לעולם. הזדקנות מוגדרת על ידי ארגון הבריאות העולמי כתהליך של שינוי מתקדם במבנה הביולוגי, הפסיכולוגי והחברתי של הפרט.

השינוי הדמוגרפי הזה מחייב בניית תשתית שתאפשר מתן מענה לצרכים השונים של אוכלוסיה זו בתחומי הבריאות, הדיור, הבטחת ההכנסה, תכנון אקטוארי, התחבורה והשירותים האישיים והחברתיים כדי להבטיח איכות חיים לאוכלוסיה זו. כל אלה מחייבים התבססות על ידע מוכח. המחקר על בגרות וזקנה, על מכלול היבטיו, הוא תחום מחקר חדש יחסית שקיבל תנופה רבה במהלך 20 השנים האחרונות. הדבר בא לידי ביטוי בעושר של פרסומים, אם זה כתבי עת או ספרים בתחום ספציפי זה. יש לנו היום הרבה יותר נתונים ובסיס יותר מוצק של ידע העשוי לשרת את כל מי שעוסקים בפרקטיקה בתחומי, הבריאות, המשפט, הפסיכולוגיה, העבודה הסוציאלית או הסיעוד. יחד עם זאת חשוב להמשיך ולפתח גישה בינתחומית כדי לקדם וליישם תיאוריה, מדיניות ופרקטיקה. לצורך זה נדרש שיתוף פעולה בין חוקרים ומחנכים באקדמיה לבין מתכננים, מנהלים ואנשי פרקטיקה כדי לאגם את הידע המצטבר

משרד לענייני גמלאים, רח' קפלן 3, ירושלים 91919,

טל: 02-6547001, פקס: 02-6547034

Prime Minister's Office, 3 Kaplan St., Jerusalem 91919,

Tel: 972-2-6547001, Fax: 972-2-6547034



המשרד לענייני גמלאים

ברמות השונות ולהפוך אותו לידע שימושי ולפרקטיקה טובה. על אנשי המקצוע השונים לראות את הדברים מעבר לדיסציפלינות והאסטרטגיות המסורתיות על מנת לפתח תשתית כוללת שתסייע בפיתוח שיטות ופרקטיקות המתבססות ומחזקות ערכים תרבותיים המקדמים את הרווחה של הזקנים מכל הקבוצות האתניות והתרבותיות, ודבר זה נכון לגבי מדינת ישראל שהיא ארץ של קיבוץ גלויות.

המשרד לענייני גמלאים מאז הקמתו עוסק בפיתוח מיזמים ותוכניות בכל תחומי החיים של האוכלוסיה הזקנה בישראל במטרה לשפר את איכות חיו של הזקן החל מהצרכים הבסיסיים ועד להגשמה עצמית.

יחד עם זאת רואה המשרד חשיבות עליונה בקידום מחקרים בתחום הזקנה וישומן זאת לנוכח תחזיות דמוגרפיות המצביעות על גידול משמעותי כאמור והצורך בזהוי מוקדם של צרכי אוכלוסיית הזקנים בישראל והערכות מתאימה של תשתיות, דיוור, בריאות תכנון פנסיוני-אקטואריה, תחבורה, מתן שירותים חברתיים ותרבותיים.

זאת בנוסף לקידום חקיקה או תקנות מתאימות וגיבוש מדיניות כוללת בתחום הזקנה בישראל.

לאור התפתחויות אלה בתחום עולה החשיבות של שילוב ידיים בין האקדמיה לבין השדה, בין אנשי מחקר והוראה לבין קובעי מדיניות ומטפלים בדיסציפלינות השונות בכל הרמות. שיתוף פעולה כזה יכול להניב רווחה גדולה יותר לאוכלוסיית הזקנים.

פניה לגופי המחקר

המשרד פנה באופן יזום אל כל הגופים העוסקים בחקר הזקנה בישראל במטרה לפתח מיזמים משותפים בתחומי המחקר, כנסים, סימנריונים והפצת הידע בקרב אנשי מקצוע, סטודנטים, זקנים ובני משפחותיהם וכלל הציבור. המשרד הציע לכל גוף לגבש תוכניות משותפות בהיקף של עד 700,000 ₪ באופן שהגוף יעמיד מחצית מהתקצוב, דהיינו 350,000 ₪.

משרד לענייני גמלאים, רח' קפלן 3, ירושלים 91919,
טל: 02-6547001, פקס: 02-6547034
Prime Minister's Office, 3 Kaplan St., Jerusalem 91919,
Tel: 972-2-6547001, Fax: 972-2-6547034



המשרד לענייני גמלאים

יום חמישי כ"א סיון תשי"ע

03 יוני 2010

אל ועדת המכרזים

הנדון: פניה למכונני/גופי המחקר בתחום הזקנה.

הרני להצהיר, כי פניתי לכל גופי המחקר בתחום הזקנה בהצעה לביצוע מיזם משותף.

הגופים הם:

מכון הרצג-אוני ת"א

מרכז רב תחומי לחקר הזקנה –אוני בן גוריון

אוני חיפה

בית ברל-מכון לחקר הזקנה ויזמות חברתית

מרכז הידע לחקר הזקנה –אוני העברית.

פניתי לכל הגופים הנ"ל למעט מרכז הידע לחקר הזקנה באוני העברית וזאת בשל

התקשרות חוזית למיזם משותף שיש בין המשרד למרכז הידע.

אל רשימה זו הגעתי לאחר ברור עם אנשי מקצוע בתחום הזקנה

לא ידוע לי על עוד גופי מחקר נוספים שעוסקים בתחום הזקנה.

שלום בוחבט

ראש תחום פרויקטים וחינוך מבוגרים

משרד לענייני גמלאים, רח' קפלן 3, ירושלים 91919,

טל: 02-6547001, פקס: 02-6547034

Prime Minister's Office, 3 Kaplan St., Jerusalem 91919,

Tel: 972-2-6547001, Fax: 972-2-6547034

Prime Minister's office



משרד ראש הממשלה

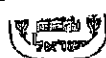
1
1/1/10

ירושלים, י"ט סיוון, תשי"ע
1 יוני, 2010

לכבוד
יו"ר ועדת מכרזים

הנדון: התקשרות בנושא מחקרים בתחום הזקנה

1. נושא ההתקשרות והצורך בה:
מופיע במכתב נלווה
2. ההיקף הכספי של ההתקשרות: 696,300 ₪ ~~ממוינת~~ (לפי \$ בשער של)
האם הספק/היועץ פטור ממע"מ: כן/לא. אם כן, נא לצרף אישור מתאים לטופס הבקשה.
3. התקנה התקציבית לביצוע ההתקשרות: _____
4. תקופת ההתקשרות המבוקשת: שנה
אופציה להארכת ההתקשרות, ככל שנדרשת: שנה ועוד שנה
5. ההליך המבוקש לביצוע ההתקשרות (סמן בעכבר את הרצוי):
 - ☐ מכרז פומבי;
 - ☐ ביצוע הליך תיחור בין ספקים שזכו במכרז מרכזי של החשב הכללי. מספר המכרז המרכזי: _____
 - ☐ מכרז סגור ימוקים: _____
 - ☐ התקשרות עם מומחה תוך פניה למספר מציעים (תקנה 5 לתקנות חובת המכרזים); נימוקים: _____
 - ☒ פטור ממכרז. הספק עימו מבוקשת ההתקשרות: אונברסי חיפה - רשות המחקר
נימוקים: מיזם משותף במימון של 50% אונ' חיפה ו-50% משרד לענייני גמלאים



המשרד לענייני גמלאים

עניין

יום שני ד' סיון תש"ע

17 מאי 2010

בקשה לפטור ממכרז

מיזם משותף בין משרד לענייני גמלאים לבין רשות המחקר של אוני' חיפה

1. מחקר בקרב אוכלוסיות פגיעות בקרב קשישים עצמאים בקהילה

רקע לנושא המחקר

בארצות המפותחות ובישראל בכללן, קיימת אוכלוסיה גדלה של זקנים במיוחד בתוכה זו של הישישים 75 שנים ומעלה, בשעורים של מעל 50% מכלל הזקנים. בתוכה המאמץ הלאומי הנראה בתקציבי המדינות ובהוצאת הלאומית לבריאות, מתבטא ומדגש באילו שהם "שבירים" (FRAIL ELDERLY) שעלולים להיכנס במהירות לאוכלוסיה הזקנית לעזרה על פי חוקי המדינה – כתשוש, או כסיעודי בקהילה או במוסד. שיעור הקשישים המצטרפים כל שנה למעגל הנזקקים לשרותים קבועים אילו הולך ומתרחב, ומעמיק את הנטל התקציבי בגין אוכלוסיה זו, בלא השקעות ברורות בעיכוב התדרדרותם, בלא כל דרך לאתר את הקבוצה הזו בין "העצמאיים", להגדיר ולאפיין אותה, ולנסות למנוע את הצטרפותה למעגל הנזקקים. עשייה מדעית כוון זה היא חשובה ביותר.

ממשלות ארה"ב והאחד האירופי שמו בשנים האחרונות קבוצה זו בלב העשייה המחקרית והתכנונית.

המיזם המשותף שיתבצע באמצעות המרכז לסטנדרטים במוגבלות ובריאות בזקנה (בייסוד) – יתמקד במיזם זה ובו שני פרויקטים מחקרניים:

פרויקטים 1 ו-2

הפרויקטים יבוצעו באוכלוסיה הזקנה החיה בקהילה המוגדרת על ידנו כ"אוכלוסיה עצמאית בסיכון", שאינה סעודית או תשושה בשלב זה. זו אוכלוסיה הזקנה לתשומת לב, עדוד וקידום, ולתהליכי מניעה על מנת שלא תצטרף לאוכלוסיה הלא מתפקדת והנזקקת. אוכלוסיה זו תאותר ותסווג באמצעות כלי הערכה מתוקפים ומהימנים לפגיעות וסיכון אפשרי, ויוגדרו התחומים בהם ניתן להגדיל מעורבות הקשיש במצבו שלו, במשפחתו ובחברה הקרובה.

משרד לענייני גמלאים, רח' קפלן 3, ירושלים 91919,

טל: 02-6547001, פקס: 02-6547034

Prime Minister's Office, 3 Kaplan St., Jerusalem 91919,

Tel: 972-2-6547001, Fax: 972-2-6547034



המשרד לענייני גמלאים

מדדי

המחקר יעקוב אחריהם במשך כ-1/2 שנה ויבדוק באמצעות כלי מעקב מתאימים את התפתחותם מבחינה בריאותית, תפקודית, ורגשית, וכן אשפוזים ותמותה, אך גם מעורבות וחזרה לחברה.

פרויקט 1

במסגרת זו, קבוצת ההערכה טרם פנתה לשרותי הביטוח הלאומי בהכרח, וונשתף פעולה עם אחת הרשויות המקומיות הגדולות לאיתורה ממסגרותיהן וברישומיהן.

פרויקט 2

במסגרת זו קבוצה ההערכה והמעקב הם קשישים שפנו ונדחו ע"י הביטוח הלאומי לגמלת סיעוד, נעקוב אחריהם במשך כשנתיים. קשישים אלו הכריזו על רצונם בעזרה, אך לא עמדו בקריטריונים המתאימים.

שני הפרויקטים המשלימים זה את זה, אך נפרדים בדרך ההגעה אל האוכלוסיה והאפיון שלה, יאתרו ויעריכו את האוכלוסיות הזקנות החלשות בקרב מי שמוגדר עדיין כעצמאי במדינת ישראל. שני המחקרים הם מחקרי יתכנות מוגבלים באוכלוסיות מדגם, אך יצביעו על הצורך בסקרים גדולים, בין אם בקנה מידה ממלכתי ובין אם בשיתופי פעולה בינלאומיים יזמתקיימים כעת בארצות המפותחות באוכלוסיות אלו.

אוכלוסיה

האוכלוסיה בכל אחד משני המדגמים תכלול כ-350 קשישים מעל גיל 70 שיוגדרו עם שירותי הרווחה ברשות המקומית הנזכרת בפרויקט 1, וע"י ועדות חוק הסיעוד בביטוח הלאומי בפרויקט 2.

מהלך המחקר

המחקר יעקוב אחרי הקשישים בשתי הקבוצות במשך כחצי שנה ויימשך מראשית המחקר ועד סיומו כשנה. מחקר זה מוגדר כמחקר ייתכנות והצלחתו עשויה להתבטא בצורך בפרויקט המשך. סקר שלב ראשון יתקיים ע"י כניסה לבתים, וראיון ע"י סוקרים מיומנים בעזרת כלי מתוקף ואמין, כאשר הכלי חייב להיות קביל בינלאומית, על מנת שאפשר יהיה לבצע באמצעותו השוואות בינלאומיות בהמשך. באמצעות הכלי ייסקרו הקשישים ב"זמן 0". מצבם לאחר חצי שנה ייבדק בסקר נוסף, טלפוני. במקרים נדרשים אף יורחב בכניסה חוזרת לבתים. במקביל, ייבדקו גם תמותה ואשפוזים באותה תקופה של חצי שנה.

*

S

4

משרד לענייני גמלאים, רח' קפלן 3, ירושלים 91919,

טל: 02-6547001, פקס: 02-6547034

Prime Minister's Office, 3 Kaplan St., Jerusalem 91919,

Tel: 972-2-6547001, Fax: 972-2-6547034

הצעת עלויות מיזם משותף רשות מחקר אונ' חיפה/ פרופ' גינדין

הצרכים המסוימים של המיזם והזמנת מחיר

27000	ציוד קשה ומתכלה לתחנות השטח
31878	נסיעות 690*33*1.4
7000	הפצה ודיוור 1000*3*1.6
	כ"א
47600	סקרים 700*68 ש"ח
71544	פרופ' 22 ש"ח 271* ש"ח 12* ח
56880	ד"ר 30 ש"ח 158* ש"ח 12* ח
27800	עוזר מ. בא 40 ש"ח 570*
27800	עוזר מ. בא 40 ש"ח 570*
6800	תרגום והגהה
12000	סטיטיסטיקה 80 ש"ח 150*
5000	איש מחשוב 100 ש"ח 50*
9000	יועצים בינ"ל

330302

סה"כ

בדיקת התאמה ותקפות כלי סקר להערכת מצוקה נפשית בקרב זקנים חולי סרטן

Research Title:

Assessment of Adaptability and Validity of a Screening Tool for Emotional Distress in Elderly Cancer Patients

שם החוקר הראשי: ד"ר מירי כהן

חוקרים נוספים:

- | | |
|-------------------------------|--------------------------------|
| 1. שם החוקר: שירי שנאן-אלטמן | מוסד מחקר: המרכז הרפואי רמב"ם |
| 2. שם החוקר: רוני גאגין | מוסד מחקר: המרכז הרפואי רמב"ם |
| 3. שם החוקר: פרופ' אברהם קוטן | מוסד המחקר: המרכז הרפואי רמב"ם |

תקציר מדעי בעברית

רקע: אנשים זקנים, מעל גיל 85, נמצאים בסיכון גבוה פי-10 לפתח מחלת סרטן, לעומת אנשים מתחת לגיל 65. בשנים האחרונות נפוץ השימוש בכלים מקוצרים לאיתור חולי סרטן הסובלים ממצוקה נפשית. כלים כאלו נבדקו ונמצאו כבעלי רגישות וספציפיות גבוהים. אך, לא קיימים כלים המותאמים באופן ספציפי לחולי סרטן זקנים ולביטויים היחודיים של מצוקה נפשית בגיל המבוגר.

מטרות המחקר: 1. לבדוק התאמת כלי סקר קצר, הכולל מד מצוקה נפשית ורשימת תחומי קשיים, ולבדוק את תקפותו, מידת הרגישות והסגוליות שלו, לזיהוי מצוקה בקרב חולי סרטן זקנים. 2. לבדוק את מידת התאמתו של הכלי לקבוצות שונות של זקנים (ותיקים, עולים, ערבים, יהודים) לסוגי טיפול ולשלבים שונים של המחלה.

השערות המחקר: 1. הכלי המקוצר ימצא תקף ומהימן ובעל רגישות וסגוליות טובים בשלבים שונים של המחלה, ובמגזרי אוכלוסיה שונים לאבחון מצוקה נפשית בקרב חולי סרטן זקנים. 2. ימצא ציון חתך המותאם לחולים זקנים, בהתאם לשלבים שונים של המחלה, ובהתאם לקבוצות אוכלוסיה שונות. 3. ירידה ברמת המצוקה הנפשית תמצא בקרב החולים שקיבלו טיפול פסיכו-סוציאלי בעקבות איתורם כסובלים ממצוקה נפשית גבוהה והתאמת ההתערבות לתחומי הקושי.

שיטה: המחקר הוא מחקר אורך אשר יתבצע במכון האונקולוגי במרכז הרפואי רמב"ם. בשלב 1, ירואיינו 300 נבדקים ויזוהה ציון החתך המתאים להגדרת מצוקה נפשית בקרב זקנים. החולים ישיבו על מד המצוקה, שאלון תחומי קושי, שאלון BSI לסימפטומים פסיכולוגיים, שאלון HADS לחרדה ודיכאון בקרב חולים זקנים. בשלב 2, חולים שיזוהו במצוקה (ציון גבוה מהחתך במד המצוקה) ו-80 חולים עם ציון הנמוך מהחתך, שיידגמו אקראית מתוך המדגם הראשוני, יופנו לריאיון מקיף ובהתאם לצורך להתערבות

פסיכו-סוציאלית מתאימה, על פי תחומי הקשיים שיזוהו באמצעות השאלון. בשלב 3 יתבצע מעקב לבדיקת שינוי ברמת המצוקה הנפשית בעקבות ההתערבות שהחולים הופנו אליה.

ממצאים צפויים: כלי הסקר לזיהוי מצוקה יימצא תקף, ובעל רגישות וסגוליות טובים, לזיהוי מצוקה נפשית בקרב חולי סרטן זקנים, בשלבי מחלה שונים ובמגזרים השונים.

חשיבות המחקר: חולי סרטן זקנים רבים המצויים במצוקה נפשית אינם מאותרים ואינם פונים ביוזמתם לקבלת סיוע נפשי. בדיקת תקפות הכלי והתאמתו לאוכלוסיית הזקנים בישראל ולשלבים השונים של מחלת הסרטן, תתרום לידע האמפירי בנושא. כלי הסקר יאפשר זיהוי מהיר של חולי סרטן זקנים במצוקה נפשית ויאפשר הפניה לקבלת סיוע אשר ישפר את מצבם, רווחתם ואיכות חייהם. לכלי סקר כזה חשיבות מיוחדת, לאור המצוקה ההולכת וגוברת בכוח-אדם מקצועי והעדר האפשרות לבצע ראיון פסיכו-סוציאלי מקיף עם כלל החולים המטופלים במכונים האונקולוגיים.

השלכות אפשריות לרווחת הזקנים ובריאותם: ניתן יהיה ליישם את הכלי לביצוע בדיקות סקר רוטיניות לזיהוי חולי סרטן זקנים הסובלים ממצוקה נפשית. חולים אלו יאותרו ויקבלו טיפול פסיכו-סוציאלי בהתאם לשלב המחלה בו הם נמצאים, תוך התחשבות במאפייני גיל הזקנה. בנוסף, תוצאות המחקר ישמשו בסיס לבניית פרוטוקולים להתערבות מותאמת למצוקת חולי סרטן זקנים בשלבי המחלה השונים.

מילות (ביטויי) מפתח:

מצוקה נפשית, חולי סרטן זקנים, כלי סקר, התערבות פסיכו-סוציאלית

ABSTRACT (English)

Background: Although several short instruments for assessing emotional distress among cancer patients have been developed and validated, no such instruments have been adapted for older cancer patients or for the specific expressions of distress in the old age.

Aims: (a) To assess the adaptability of a short screening tool for identifying elderly cancer patients suffering from high emotional distress. (b) To assess its efficiency in identifying emotional distress in different cancer types and across different stages of the disease. (c) To assess change in level of emotional distress in elderly patients who have received psycho-social intervention due to being identified in high distress.

Working hypotheses: (a) The screening tool will be found valid and reliable and with reasonable specificity and sensitivity and approved for use with elderly cancer patients. (b) The tool will be sensitive to a decrease in level of emotional distress in elderly patients assigned to psycho-social therapy.

Methods: The study will be conducted at the oncology department at Rambam Medical Center. In stage 1, the tool will be validated with 300 elderly patients, and a cutoff score will be identified. Patients will be assessed with the short screening tool, including a distress thermometer and a list of problem dimensions and with BSI for psychological symptoms and HADS for identifying anxiety and depression. In stage 2, elderly patients in high distress as identified by the screening tool and 80 randomly sampled elderly patients with a low distress

score will be referred for further evaluation, and if necessary for psycho-social intervention adapted to the specific dimensions of problems identified. In stage 3, patients assessed in stage 2 will be assessed again three months later.

Expected results: The short screening tool will be found reliable for identification of emotional distress in older cancer patients, and will be found with high reasonable specificity and sensitivity.

Importance: The screening tool will make possible efficient screening of elder patients for emotional distress and thus offer them the right intervention. The study will accordingly make a substantial contribution to elder patients' wellbeing.

Probable implications for the welfare and health of the aged population Medicine: Older cancer patients with high emotional distress will be identified and will receive medical or psychosocial treatment.

א. השערות המחקר:

1. הכלי המקוצר ימצא תקף ומהימן ובעל רגישות וסגוליות טובים בשלבים שונים של המחלה, ובמגזרי אוכלוסייה שונים לאבחון מצוקה נפשית בקרב חולי סרטן זקנים. 2. ימצא ציון חתך המותאם לחולים זקנים, בהתאם לשלבים שונים של המחלה, ובהתאם לקבוצות אוכלוסייה שונות. 3. ירידה ברמת המצוקה הנפשית תמצא בקרב החולים שקיבלו טיפול פסיכו-סוציאלי בעקבות איתורם כסובלים ממצוקה נפשית גבוהה והתאמת ההתערבות לתחומי הקושי.

ב. מטרת המחקר:

1. לבדוק התאמת כלי סקר קצר, הכולל מד מצוקה נפשית ורשימת תחומי קשיים, ולבדוק את תקפותו, מידת הרגישות והסגוליות שלו, לזיהוי מצוקה בקרב חולי סרטן זקנים.
2. לבדוק את מידת התאמתו של הכלי לקבוצות שונות של זקנים (ותיקים, עולים, ערבים, יהודים) לסוגי טיפול ולשלבים שונים של המחלה.

ג. חשיבות התוצאות הצפויות לרווחת הזקנים ובריאותם:

חולי סרטן זקנים רבים, המצויים במצוקה נפשית, אינם מאותרים ואינם פונים ביוזמתם לקבלת סיוע נפשי, ובכך נפגעת באופן משמעותי רווחתם הנפשית ואיכות חייהם. התאמת הכלי לזיהוי מצוקה נפשית בקרב זקנים עדיין לא נבדקה. המחקר הנוכחי יאפשר התאמת הכלי לזיהוי מצוקה בקרב חולי סרטן זקנים. ברמה היישומית, המחקר יאפשר לצוותים המטפלים כלי יעיל לזיהוי קבוצות סיכון ומתן טיפול הולם בהתאם לשלב המחלה בו הם נמצאים, תוך התחשבות במאפייני גיל הזקנה. לכלי סקר כזה חשיבות מיוחדת, לאור המצוקה ההולכת וגוברת בכוח-אדם מקצועי והעדר האפשרות לבצע ראיון פסיכו-סוציאלי מקיף עם כלל החולים המטופלים בממונים האונקולוגיים. בנוסף, תוצאות המחקר ישמשו בסיס לבניית פרוטוקולים להתערבות מותאמת למצוקת חולי סרטן זקנים בשלבי המחלה השונים בבתי חולים ובהתאם

ניתן יהיה להכשיר עובדים במרכזים הרפואיים. הפחתת רמת המצוקה הנפשית של זקנים חולי סרטן תשפר את איכות חייהם ותפחית תופעות לוואי של המחלה.

תכנית המחקר

א. רקע מדעי

הקדמה

אוכלוסיית ישראל, כמו מרבית אוכלוסיות המערב, נמצאת במגמת הזדקנות. כיום חיים בישראל כ-693 אלף זקנים (בני 65+), המהווים כ-10% מכלל האוכלוסייה. עד שנת 2020 צפויים הזקנים בישראל למנות למעלה ממיליון. תהליך זה מדגיש את חשיבות הבעיות היחודיות לאוכלוסייה הזקנה ואת הצורך בהיערכות הולמת. כך, אנשים זקנים, מעל גיל 85, נמצאים בסיכון גבוה פי-10 לפתח מחלת סרטן, לעומת אנשים מתחת לגיל 65 (ברודסקי, שוור ובר, 2007). נמצא כי מתוך כלל חולי הסרטן, מידי שנה, כ-56% ממקרי הסרטן החדשים וכ-71% ממקרי המוות מתרחשים בקרב בני 65 ומעלה (Yancik, Ganz, 2001; Varricchio, & Conley, 2001).

מצוקה נפשית בקרב חולי סרטן זקנים

מצוקה נפשית מוגדרת כחוויה שלילית, רב-גורמית, המתבטאת בסימפטומים של חרדה ודיכאון, הפוגעת ביכולת האדם להתמודד עם הסימפטומים הפיזיים של מחלת הסרטן ועם הטיפול בה (National Comprehensive Cancer Network, 2003). אבחון מחלת הסרטן והטיפולים במחלה נמצאו כגורמים למצוקה נפשית גבוהה בקרב חולים בכלל (D'Arrigo, Cecchini, Hendricks-Hoffman, & Zevon, 2000) ובקרב אנשים זקנים בפרט (Northous et al., 2002).

למצוקה נפשית השפעות נרחבות על חולי הסרטן והטיפול בהם, מעבר לסבל הישיר שעלולה לגרום. הספרות המחקרית מדווחת כי רמות גבוהות של מצוקה נפשית בקרב חולי סרטן, קשורות להענות פחותה לטיפול רפואי (Kennard et al., 2004), כמו גם לשביעות רצון נמוכה יותר מהחיים בכלל ומהטיפול במחלה, בפרט (Von Essen, Larsson, Oberg, & Sjoden, 2002). מטופלים החווים מצוקה נפשית, מתקשים יותר בקבלת החלטות ומרוצים פחות ממצבם הרפואי. מצוקה נפשית גבוהה נמצאה קשורה למספר ועוצמה רבה יותר של סימפטומים ולתופעות-לוואי קשות יותר בעקבות הטיפולים, כמו כאב, עייפות, ירידה ברמת תפקוד (Diemo et al., 2004).

בנוסף להתמודדות עם מחלת הסרטן, חולי סרטן זקנים מתמודדים עם אובדנים בריאותיים נוספים ואובדנים חברתיים ומשפחתיים, המהווים חלק בלתי נפרד מתהליך הזקנה, התורמים לתחושת מצוקה. בנוסף, הם צריכים להתמודד עם מצבי דחק הנובעים מהמחלה כמו, התמודדות עם משמעות האבחנה, עם הטיפולים הרפואיים, תקשורת עם צוות רפואי והתמודדות עם חשש לגבי הישנות המחלה (Knight, 1996; McInnis-Ditrich, 2005). כמו כן, בשל מחלות נלוות ומצב תפקודי ירוד, ישנם מצבים בהם אנשים זקנים מקבלים טיפולים פחות אגרסיביים ובמקרים מסוימים אף מתקבלת החלטה שלא לתת להם טיפול למחלה (Balducci & Extermann, 2000). מצבים אלו עשויים להעצים את מצוקתם הנפשית של חולי סרטן זקנים.

מצוקה נפשית גבוהה בקרב זקנים נמצאה קשורה למספר ולעוצמה גבוהים יותר של סימפטומים ותופעות-לוואי בעקבות הטיפולים, כמו כאב, עייפות, ירידה ברמת תפקוד (Northouse et al., 1999) כמו גם בעיות בתפקוד המיני ופגיעה בדימוי הגוף, אצל נשים זקנות החולות בסרטן השד (Kornblith et al., 2007). בנוסף, נמצא כי מצוקה נפשית גבוהה יותר קשורה להישרדות נמוכה יותר (Kennard et al., 2004).

מצבים של דיכאון וחרדה בקרב זקנים נוטים יותר להפוך למצבים כרוניים שאינם חולפים, והם מהווים גורם סיכון להתפתחות או האצה של דמנציה, ירידה תפקודית, התדרדרות כללית ותלות בזולת (McInnis-Ditrich, 2005). על כן, הצורך בזיהוי מצבי מצוקה נפשית בקרב חולי סרטן זקנים הינו קריטי יותר, בהשוואה לכלל חולי הסרטן.

זיהוי מצוקה נפשית בקרב חולי סרטן זקנים

למרות שכיחותה הגבוהה של מצוקה נפשית בקרב חולי סרטן, פעמים רבות היא אינה מאובחנת על ידי אנשי מקצועות הבריאות (Payne et al., 1999; Sollner et al., 2001). סולנר ועמיתיו (Sollner et al., 2001) בדקו עד כמה מדייקים רופאים אונקולוגים בזיהוי רמות מצוקה נפשית בקרב מטופליהם (מתונה, בינונית או חמורה). הממצאים הראו כי הרופאים לא זיהו באופן מדויק את מידת המצוקה של 68% מחולי סרטן הריאות, 67% מחולי סרטן הראש והצוואר ו-52% מהחולים בסרטן מסוגים אחרים. מגבלות משאבי זמן וחוסר ביטחון בנוגע לזיהוי סימפטומים פסיכו-סוציאליים בקרב החולים (Maguire, 1999) נמצאו אף הם כמקשים על זיהוי מצוקה נפשית. רוט ועמיתים (Roth et al., 1998) מצאו כי 25% ממדגם חולי הסרטן שנבדקו, נזקקו לתמיכה פסיכו-סוציאלית בשל מצוקתם, בעוד שפחות מ-10% הופנו לסיוע מתאים. הסימפטומים שאינם מזוהים כוללים בעיקר דיכאון, כאב, עייפות, ודאגות הקשורות באיכות החיים (Oi-Ling, Man-Wah, & Kam-Hung, 2005).

גורם נוסף המקשה על זיהוי מצוקה נפשית בקרב חולים הינו העדר מנבאי מצוקה ברורים. מספר מחקרים הצביעו שמצוקה נפשית ברמות קליניות בקרב חולי סרטן אינה קשורה למשתנים כמו שלב המחלה או סוג הטיפול שניתן (Graves et al., 2007; Jacobsen et al., 2005; Zabora et al., 2001). במדגם שכלל מעל 9,000 חולי סרטן, דיווחו זבורה וחבריו (Zabora et al., 2001) כי דיאגנוזת המחלה והשלכותיה, לא נמצאו קשורים לרמות המצוקה הנפשית. ממצאים אלו מקשים על הזיהוי של קבוצות סיכון למצוקה נפשית גבוהה.

תת-זיהוי של מצוקה נפשית הינו בולט יותר בקרב חולים זקנים, זאת בשל גורמים כמו אפליה על רקע גיל, בעיות תקשורת ותשומת לב מועטה לצרכיהם המיוחדים של הזקנים (Giacalone et al., 2007). בנוסף, זיהוי מצוקה נפשית בקרב זקנים הינו מורכב וקשה יותר בהשוואה לקבוצות גיל צעירות יותר, זאת בשל קיומן של בעיות גופניות וקוגניטיביות שונות אשר הסימפטומים שלהם יכולים להסוות סימני דיכאון או חרדה, או שסימני מצוקה נפשית מיוחסים לבעיותיהם הגופניות והקוגניטיביות של הזקנים (Knight, 1996; McInnis-Ditrich, 2005).

מן העבר השני, שיעור ניכר מהמטופלים, בעיקר זקנים, אינם מדווחים על מצוקתם, בין השאר בשל מבוכה לדבר על בעיות נפשיות כמו סימפטומים דיכאוניים (Valente, Saunders, & Cohen, 1994). מגווייר (Maguire, 1999) מצא כי פחות מ-25% מהמטופלים המתמודדים עם בעיות פסיכו-סוציאליות

חושפים אותן ביוזמתם לצוות המטפל, בשל דאגה מהטרדת האחיות והרופאים, או מחשש שתודבק להם סטיגמה על שסובלים מבעיות נפשיות. הדבר נכון במיוחד בקרב אנשים זקנים, אשר חוששים יותר מפניה לגורמים מטפלים ומנסים להסתיר את מצוקתם (Knight, 1996).

אי-זיהוי מצוקה בקרב החולים מונע מהם לקבל סיוע מקצועי, בין אם תרופתי או שיחתי, בשיטות שהוכחו כיעילות בהפתחת מצוקה בקרב אוכלוסייה זו (Fisch, 2004). מצוקה נפשית המזוהה ומטופלת, חוסכת בהוצאות שירותי הבריאות ותורמת לעלייה באיכות חיי החולים (Payne et al., 1999).

כלי סקר לזיהוי מצוקה נפשית בקרב חולי סרטן

לאור החשיבות שבזיהוי מצוקה נפשית בקרב חולי סרטן, ומתוך העדר זמן ומשאבים לבצע הערכה מקיפה לכלל החולים המקבלים טיפול אונקולוגי, פותח לאחרונה כלי מקוצר ומהיר להעברה לסקר מצוקה נפשית בקרב חולי סרטן – הנקרא מד מצוקה (Distress Thermometer) (Roth et al., 1998). הכלי פותח על ידי ה-NCCN National Comprehensive Cancer Network (NCCN) ומהימנותו ותקפותו נוסתה בתחילה בבית החולים סלאון-קטרינג בארה"ב ובהמשך במקומות נוספים בארה"ב ומחוצה לה בארצות שונות. הכלי כולל שני חלקים, מד מצוקה (Distress Thermometer, DT) בו החולים מתבקשים לדרג את רמת המצוקה הנפשית שחווים בסולם מ-1 עד 10, ורשימת תחומי קושי (Problem List), הכוללת 7 קטגוריות: בעיות יום-יום, משפחתיות, רגשיות, פיזיות וקוגניטיביות, דאגות הקשורות בדת/רוחניות ודאגות כתוצאה מהיעדר מידע. רשימת תחומי הקושי פותחה על ידי ה-DMGP (Distress Management Guidelines) Panel, השייך ל-NCCN (National Comprehensive Cancer Network, 2004). כלים אלו הינם קצרים ועל כן, מאפשרים זיהוי מצוקה נפשית בזמן קצר וללא צורך במשאבים נרחבים.

מד המצוקה נבדק בקרב מספר אוכלוסיות של חולי סרטן ריאה (Graves et al., 2007), סרטן שד (Hegel et al., 2006) סרטן הערמונית (Roth et al., 1998) וקבוצה מעורבת של חולי סרטן מסוגים שונים (Jacobsen et al., 2005). בדיקות תקפות של הכלי הראו רמות התאמה גבוהות ביותר בין הכלי המקוצר לכלים אבחוניים ארוכים יותר ובדוקים (למשל, BSI, HADS) לזיהוי מצוקה נפשית (Jacobsen et al., 2005; Roth et al., 1998), אשר מצביעים על התאמתו לביצוע סקר מצוקה לאיתור חולים הזקוקים לסיוע נפשי. כמו כן, מחקר מטא-אנליטי של כלי סקר קצרים, הכולל 19 מחקרים אשר השתמשו במד המצוקה (Mitchell, 2007), ושנכללו בהם בסך הכל 6,414 חולים, מצא יכולת ניבוי חיובית של כ-34% ויכולת ניבוי שלילית של כ-94%. מכאן שלכלי הסקר הקצרים הייתה יכולת טובה מאוד לשלול מצוקה נפשית בקרב חולים שאינם סובלים ממנה, אך יכולת פחותה לזהות מצוקה בקרב חולים החווים מצוקה נפשית.

חשוב להדגיש שלא נעשתה בדיקה של התאמת הכלי ומידת רגישותו בהתייחס לחולי סרטן זקנים. המחקרים אשר בדקו כלים לזיהוי מצוקה הכלילו חולי סרטן זקנים בתוך המדגם, אולם לא נתנו לנושא הגיל, על היבטיו השונים, התייחסות מיוחדת (Akizuki et al., 2003; Hegel et al., 2006).

- לסיכום: 1.** זיהוי מצוקה נפשית בקרב חולי סרטן זקנים הינו מורכב וקשה יותר לעומת זיהוי מצוקה נפשית בקרב קבוצות גיל צעירות יותר.
- 2.** השלכותיה של המצוקה הנפשית על מצבם הנפשי והקוגניטיבי של הזקנים הינן ארוכות טווח, חמורות יותר ולעיתים קרובות אינן רברסביליות.
- 3.** כלי הסקר שפותחו ונבדקו בהרחבה בשנים האחרונות, לא בדקו התאמת הכלים לזיהוי מצוקה נפשית בקרב זקנים.

על כן, מטרת המחקר תהייה:

1. לבדוק התאמת כלי סקר קצר, הכולל מד מצוקה נפשית ורשימת תחומי קשיים, ולבדוק את תקפותו, מידת הרגישות והסגוליות שלו, לזיהוי מצוקה בקרב חולי סרטן זקנים.
2. לבדוק את מידת התאמתו של הכלי לקבוצות שונות של זקנים (ותיקים, עולים, ערבים, יהודים) לסוגי טיפול ולשלבים שונים של המחלה.

ב. תוצאות ראשוניות של המחקר המוצע:

1. הכלי המקוצר ימצא תקף ומהימן ובעל רגישות וסגוליות טובים בשלבים שונים של המחלה, ובמגזרי אוכלוסיה שונים לאבחון מצוקה נפשית בקרב חולי סרטן זקנים. 2. ימצא ציון חתך המותאם לחולים זקנים, בהתאם לשלבים שונים של המחלה, ובהתאם לקבוצות אוכלוסיה שונות. 3. ירידה ברמת המצוקה הנפשית תמצא בקרב החולים שקיבלו טיפול פסיכו-סוציאלי בעקבות איתורם כסובלים ממצוקה נפשית גבוהה והתאמת ההתערבות לתחומי הקושי.

ג. תכנית המחקר

1. מערך המחקר

שלוש מאות חולי סרטן בני 65 ומעלה, המטופלים במכון האונקולוגי במרכז הרפואי רמב"ם, ואשר במידת הידוע אינם סובלים מירידה קוגניטיבית או מחלה פסיכיאטרית הקודמת למחלה, יתבקשו לענות על שאלון הסקר. מספר חולים זה נחוץ על מנת שיתקבל מספר מספיק של חולים בכל אחת מהקטגוריות הנבדקות:

קבוצות אוכלוסיה: ותיקים, עולים, ערבים ויהודים.
סוגי מחלה: סרטן שד, סרטן המעי הגס, סרטן ריאה, סרטן הערמונית.
שלב מחלה: מחלה ראשונית מקומית, מחלה חוזרת ומחלה גרורתית.
גודל המדגם הנדרש בהתחשב בתתי הקבוצות (כל מערכת תתי קבוצות תיבדק בניתוח נפרד) נמצא מתאים להשגת עוצמה של 90% ברמת מובהקות $p < 0.01$.

כלי המחקר

שאלון דמוגרפי אשר יכלול פרטים אישיים, כגון: גיל, מגדר, מצב משפחתי, רמת הכנסה, מגור. **שאלון מידע רפואי** אשר ימלא מתיקו של החולה, על פי הסכמתו, אשר יכלול פרטים על המחלה, השלב והטיפול אשר מקבל.

מד מצוקה Distress Thermometer (DT) הינו שאלון למילוי עצמי בעל פריט בודד, שפותח על ידי רוט ועמיתים (Roth et al., 1998). הנבדקים מדרגים את מידת המצוקה הנפשית שחוו בשבוע האחרון על גבי סולם בן 11 נקודות (סולם ליקרט), כאשר 0 מסמן "לא חוויתי מצוקה כלל" ו-10 משמעו "חוויתי מצוקה קיצונית". ה-DT שימש להערכת מצוקה נפשית בקרב חולי סרטן הערמונית (Roth et al., 1998) וחולי סרטן מסוגים שונים, המטופלים במחלקות אמבולטוריות, ונמצא בעל תקפות ומהימנות גבוהים (Akizuki et al., 2003; Jacobsen et al., 2005).

רשימת תחומי קשיים (Problem List) (Roth et al., 1998), רשימת קשיים פוטנציאליים המקובצים תחת 7 קטגוריות: בעיות יום-יום, משפחתיות, רגשיות, פיזיות וקוגניטיביות, דאגות הקשורות בדת/רוחניות ודאגות כתוצאה מהיעדר מידע.

שאלון סימפטומים נפשיים מקוצר (Brief Symptom Inventory, BSI) (Derogatis & Melisaratos, 1983), כולל 53 פריטים הבודקים סימפטומים נפשיים של מצוקה נפשית, ונמצא במספר רב של מחקרים מתאים לבדיקת מצוקה נפשית בקרב חולי סרטן. השאלון בודק 9 תחומים של סימפטומים פסיכולוגיים. התשובות ניתנות על פני סולם בטוח של 0-4. השאלון נמצא בעל מהימנות ותקפות גבוהים, וקיימות נורמות לגבי האוכלוסיה הישראלית.

שאלון דיכאון וחרדה לחולים (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) (Zigmond & Snaith, 1983), מיועד לזיהוי חרדה ודיכאון בקרב חולים במחלות שונות, במסגרת בית החולים ובקהילה, ונמצא מתאים, במספר רב של מחקרים, להערכת רמות של חרדה ודיכאון בקרב חולי סרטן. בעל מהימנות ותקפות טובים. השאלון מכיל 14 פריטים, מתוכם 7 הבודקים רמות חרדה ו-7 הבודקים רמות דיכאון. התשובות ניתנות על פני סולם בטוח של 0-3.

ראיון הערכת רמת מצוקה נפשית – ייבנה מדריך ראיון להערכת מצוקה נפשית לביצוע הערכה על-ידי עובדת סוציאלית.

2. שיטות עבודה לביצוע המחקר:

שלב 1: הכלי יועבר לכ-300 חולים בני 65 ומעלה המגיעים לטיפול במכון האונקולוגי במרכז הרפואי רמב"ם. יאותרו חולים במהלך שלושה ימים קבועים בשבוע. חולים המגיעים לטיפול בימים אלו יענו על שאלונים למילוי עצמי בעברית, רוסית ובערבית. חולים שיתקשו במילוי עצמי, יוקראו להם השאלות (תתבצע בקרה סטטיסטית על משתנה דרך מילוי השאלון). בהתבסס על מחקר מקדים, משך מילוי השאלון הינו כ-10 דקות בממוצע.

שלב 2: חולים אשר יקבלו ציון ברמת ציון החתך או גבוה ממנו, יופנו לראיון של עובדת סוציאלית במכון האונקולוגי. כן, יידגמו אקראית 80 חולים שהציון שלהם היה נמוך מנקודת החתך וירואיינו גם הם. הערכת העובדת הסוציאלית תושווה לתוצאות הסקר, כאמצעי תיקוף נוסף.

לנבדקים שיווהו במצוקה נפשית גבוהה תוצע התערבות פסיכו-סוציאלית על ידי עובדות סוציאליות בבית החולים, או תיעשה הפנייה לשירותים מתאימים בקהילה, אשר תתואם לפי תחומי הקושי שיווהו.

שלב 3: הנבדקים במחקר ימלאו שאלונים הזהים לשאלונים שניתנו בשלב הראשון, שלושה חודשים לאחר מילוי השאלון הראשון. אנו משערים שנאתר ונראיין כ-200 חולים מתוך ה-300. מילוי השאלונים יעשה בביתם של הנבדקים.

המראיינים יהיו עובדים סוציאליים העובדים במכון האונקולוגי, בעלי ניסיון בעבודה עם חולי סרטן, אשר יעברו הכשרה מתאימה לצורך המחקר (בהתאם לצורך יגויסו מראיינים נוספים שיהיו גם הם עובדים סוציאליים בעלי ניסיון בעבודה עם חולי סרטן).

התקבל אישור ועדת הלסינקי של המרכז הרפואי רמב"ם לביצוע המחקר.

ניתוחים סטטיסטיים

יתבצעו ניתוחי סטטיסטיקה תיאורית לבדיקת המאפיינים הדמוגרפיים ומאפייני המחלה של הנבדקים. תיבדק תקפות הכלי באמצעות convergent validity ביחס לשאלון HADS ותת-סולמות חרדה ודיכאון של ה-BSI. בצעד הבא יתבצע ניתוח פונקציה מבחינה (Discriminate Function Analysis - DFA) בו ייבדק ציון המצוקה הנפשית וציון תחומי הקושי ביחס לראיון המובנה של העובדת הסוציאלית במכון האונקולוגי.

באמצעות ניתוח ROC (Receiver Operator Curve) יחושבו הרגישות (sensitivity) והסגוליות (specificity) של הכלי. הרגישות הינו המדד ליכולת לזהות באמצעות מד המצוקה חולים בסיכון למצוקה

נפשית גבוהה, בעוד שסגוליות הינו מדד ליכולת לזהות נכון את אלו בעלי סבירות נמוכה למצוקה נפשית. יעשה חישוב נקודת החיתוך (cut off point).

בהמשך, יעשה שימוש במבחני T ובמבחני ANOVA לבדיקת הבדלים בציוני המצוקה הנפשית על פי קבוצות (יהודים, ערבים, ותיקים, עולים), על פי סוג הטיפול (כימותרפיה, הקרנות) ושלב המחלה (ראשונית, חוזרת, גרורתית). יעשה שימוש ב- Repeated Measures ANOVA לבדיקת הבדלים ברמת המצוקה הנפשית בין זמני המחקר ולבדיקת אפקט זמן x קבוצה (בכל פעם לקבוצות המחקר השונות). לבסוף תתבצע סדרה של מבחני רגרסיה לבדיקת תרומת המשתנים הדמוגרפיים, משתני המחלה ותחומי הקושי לרמת המצוקה הנפשית של החולים.

3. חלוקת התפקידים והאחריות בין השותפים למחקר

כל החוקרים שותפים לבניית מערך המחקר. גבי שירי שנאן-אלטמן וגבי רוני גאגין תהיינה אחראיות על העברת השאלונים וביצוע הראיונות וההתערבויות הפסיכו-סוציאליות. ד"ר מירי כהן תהיה אחראית על ניתוח הנתונים. כל החוקרים יהיו שותפים להסקת המסקנות וכתובת הדו"ח המסכם. בנוסף, פרופ' קוטן יתרום מהידע המדעי והמעשי בנושא הסרטן והטיפולים והשלכותיהם, הן לשם בניית מערך המחקר והן בשלב הסקת המסקנות מממצאי המחקר.

ד. רשימה ביבליוגרפית

ברודסקי, גי., שנור, י., ובאר, ש. (2007). קשישים בישראל- שנתון סטטיסטי. ירושלים: משאב, גיוינט- מכון ברוקדייל ואש"ל.

Akizuki, N., Akechi, T., Nakanishi, T., Yoshikawa, E., Okamura, M., Nakano, T., Murakami, Y., & Uchitomi, Y. (2003). Development of a brief screening interview for adjustment disorders and major depression in patients with cancer. *Cancer*, 97, 2605-2613.

Balducci, L., & Extermann, M. (2000). Management of cancer in the older person: A practical approach. *The Oncologist*, 5, 224-237.

D'Arrigo, M.C., Cecchini, T.B., Hendricks-Hoffman, B., & Zevon, M.A. (2000). *Screening for distress in cancer patients*. Poster session presented at the annual meeting of the American Psychological Association, Washington, DC.

Derogatis, L.R., & Melisaratos, N. (1983). The brief symptom inventory: An introductory report. *Psychological Medicine*, 13, 595-605.

Fisch, M.J. (2004). Treatment of depression in cancer. *Journal of the National Cancer Institute. Monographs*, 32, 105-111.

Giacalone, A., Blandino, M., Talamini, R., Bortolus, R., Spazzapan, S., Valentini, M., & Tirelli, U. (2007). What elderly cancer patients want to know? Differences among elderly and young patients. *Psyco-oncology*, 16(4), 365-370.

- Graves, K.D., Arnold, S.M., Love, C.L., Kirsh, K.L., Moore, P.G., & Passik, S.D. (2007). Distress screening in a multidisciplinary lung cancer clinic: Prevalence and predictors of clinically significant distress. *Lung Cancer*, 55, 215-224.
- Hegel, M.T., Moore, C.P., Collins, E.D., Kearing, S., Gillock, K.L., Riggs, R.L., Clay, K.F., & Ahles, T.A. (2006). Distress, psychiatric syndromes, and impairment of function in women with newly diagnosed breast cancer. *Cancer*, 107, 2924-2931.
- Jacobsen, P.B., Donovan, K.A., Trask, P.C., Fleishman, S.B., Zabora, J., Baker, F., & Holland, J.C. (2005). Screening for psychologic distress in ambulatory cancer patients: A multicenter evaluation of the Distress Thermometer. *Cancer*, 103, 1494-1502.
- Kennard, B.D., Stewart, S.M., Olvera, R., Bawdon, R.E., hAilin, A.O., Lewis, C.P., & Winick, N.J. (2004). Nonadherence in adolescent oncology patients: Preliminary data on psychological risk factors and relationships to outcome. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 11(1), 31-39.
- Kornblith, A.B., Powell, M., Regan, M.M., Bennett, S., Krasner, C., Moy, B., Younger, J., Goodman, A., Berkowitz, R., & Winer, E. (2007). Long-term psychosocial adjustment of older and younger survivors of breast and endometrial cancer. *Psycho-Oncology*, 16, 895-903.
- Knight, B.G. (1996). *Psychotherapy with older adults*. (pp. 86-112). Thousand oaks: Sage.
- Maguire, P. (1999). Improving communication with cancer patients. *European Journal of Cancer*, 35, 1415-1422.
- McInnis-Dittrich, K. (2005). *Social work with elders: A biopsychosocial approach to assessment and intervention*. Chapter 5: Differential assessment and diagnosis of cognitive and emotional problems of elders. (pp.116-150). Boston: Pearson.
- National Comprehensive Cancer Network (NCCN). (2003). Distress management clinical practice guidelines. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 1, 344-374.
- National Comprehensive Cancer Network. (2004). Clinical Practice Guidelines in Oncology: Distress Management (Version 1.2004). Jenkintown, PA. Retrieved from URL: http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/PDF/distress.pdf, on Nov 16, 2004.
- Northouse, L.L., Caffey, M., Deichelbohrer, L., Schmidt, L., Guziatek-Trojniak, L., West, S., Kershaw, T., & Mood, D. (1999). The quality of life of African American women with breast cancer. *Research in Nursing and Health*, 22, 449-460.
- Northouse, L.L., Mood, D., Kershaw, T., Schafenacker, A., Mellon, S., Walker, J., Galvin, E., & Decker, V. (2002). Quality of life of women with recurrent breast cancer and their family members. *Journal of Clinical Oncology*, 20 (19), 4050-4064.

- Oi-Ling, K., Man-Wah, D.T., & Kam-Hung, D.N. (2005). Symptom distress as rated by advanced cancer patients, caregivers and physicians in the last week of life. *Palliative Medicine*, 19, 228-233.
- Payne, D.K., Hoffman, R.G., Theodoulou, M., Dosik, M., & Massie, M.J. (1999). Screening for anxiety and depression in women with breast cancer. *Psychosomatics*, 40(1), 64-69.
- Roth, A.J., Kornblith, A.B., Batel-Copel, L., Peabody, E., Scher, H.I., & Holland, J.C. (1998). Rapid screening for psychological distress in men with prostate carcinoma: A pilot study. *Cancer*, 82, 1904-1908.
- Sollner, W., DeVries, A., Steixner, E., Lukas, P., Sprinzl, G., Rumpold, G., & Maislinger, S. (2001). How successful are oncologists in identifying patient distress, perceived social support, and need for psychosocial counseling? *British Journal of Cancer*, 84, 179-185.
- Valente, S.M., Saunders, J.M., & Cohen, M.Z. (1994). Evaluating depression among patients with cancer. *Cancer Practice*, 2, 65-71.
- Von Essen, L., Larsson, G., Oberg, K., & Sjoden, P.O. (2002). 'Satisfaction with care': Associations with health-related quality of life and psychosocial function among Swedish patients with endocrine gastrointestinal tumors. *European Journal of Cancer Care*, 11, 91-99.
- Yancik, R., Ganz, P.A., Varricchio, C.G., Conley, B. (2001). Perspectives on comorbidity and cancer in older patients: approaches to expand the knowledge base. *Journal of Clinical Oncology*, 19, 1147-1151.
- Zabora, J., Brintzenhofesoc, K., Curbow, B., Hooker, C., & Piantadosi, S. (2001). The prevalence of psychological distress. *Psychooncology*, 10, 19-28.
- Zigmond, A.S, & Snaith, R.P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.

6. האמצעים העומדים לרשות החוקרים: פרופ' אברהם קוטן וד"ר מירי כהן הינם בעלי מומחיות בהובלת מחקר, בניית מערך מחקר בהקשר למחלות הסרטן. ד"ר כהן בעלת ניסיון רב בניחות נתונים ובהליכים הסטטיסטיים הנדרשים לתיקוף כלים חדשים. גבי רוני גאגין וגבי שירי שגיא-אלטמן מגיעות מתוך מערך הרווחה במרכז הרפואי רמב"ם, דבר שיאפשר גישה לנבדקים ובניית מערך המחקר הדרוש בתוך מערכת בית החולים.

בדיקת התאמה ותקפות כלי סקר להערכת מצוקה נפשית בקרב זקנים חולי סרטן

תקציב והסברים:

מהות	פירוט	השתתפות החוקר הראשי/ אוניברסיטת חיפה	השתתפות המשרד לענייני גמלאים
מרכז מחקר	מרכז מחקר, משרה מלאה, עלות חודשית - 5,800 ₪ תלמיד/ת תואר שני לריכוז המחקר ותיאום, ריכוז נתונים, סיוע בכתיבת דו"ח סופי.	34,800 ₪ המרכזות תעבוד באוניברסיטה רק במסגרת מחקר זה.	34,800 ₪
מראיינים	ביצוע בפועל של הראיונות בשתי נקודות זמן. 60 ₪ לשעה X 300 שעות.	9,000 ₪ מזוהר בעובדים סוציאליים, בעלי תואר ראשון או סטודנטים לתואר שני	9,000 ₪
יעוץ סטטיסטי	22.5 ש"ש 200	2,500 ₪	2,500 ₪
סדנת הכשרה	למראיינים ולמבצעי ההתערבות	4000 ₪	4000 ₪
הוצאות נסיעה	הוצאות נסיעה של החוקרים ועוזרת המחקר	600 ₪	600 ₪
הוצאות משרדיות	נייר הדפסה, צילומים, דיו למדפסת, וכיו"ב	858 ק"מ * 1.4 ₪ לקמ	1,000 ₪
ציוד מחשבים	מחשב נייד קל, אשר ישמש כלי העבודה לריאיון ותיעוד חומרי המחקר	1,500 ₪ + 1750 תוכנת origin pro8.1	1750 + 1,500
סה"כ		55,150 ₪	55,150 ₪

הסברים לסעיפי התקציב

התפקיד	הנמקה
מרכז מחקר	ריכוז ותאום, פיקוח, קידוד נתונים, סיוע בכתיבת הדו"ח הסופי
מראיינים	כולל העברת שאלונים ל-300 איש בשלב 1, ביצוע ראיונות עומק לכ-200 איש בשלב 2 והעברת שאלון חוזר לכ-200 איש בשלב 3. תשלום לפי ראיון = 60 ₪ לשעה
נסיעות	בשלב 3 השאלונים יועברו בבתי המשתתפים, ומבוקשת עלות הנסיעות באזור חיפה והסביבה.
סדנת הכשרה	מיועדת לעוזרי המחקר ולעניינים אליהם יופנו החולים שימצאו במצוקה גבוהה לטיפול בנושא של מצוקה נפשית בקרב חולי סרטן זקנים – הערכה וטיפול

שיפור ההיענות לטיפול בדיכאון: בחינת יעילותה של תכנית התערבות לזיהוי חסמים ולהגדלת ההיענות לטיפול

פרלה ורנר, ערד קדוש, יפעת שטיין-שוואכמן

תקציר:

ארגון הבריאות העולמי מעריך שעד שנת 2020 דיכאון יהפך למחלה השנייה בשכיחותה מבין כל המחלות לפי מדד Burden of disease. למרות קיום טיפול יעיל, חולים רבים (13% - 52%) אינם נענים לו. אי היענות לטיפול, משפיעה על בריאות החולה וכרוכה בעלויות כספיות גבוהות. התערבות לצמצום התופעה תתרום רבות לפרט ולארגון.

מטרות: לבחון את הישימות והיעילות של תכנית התערבות אינדיבידואלית על ההיענות לטיפול של חולים בדיכאון.

השערות:

- חולים בקבוצת ההתערבות יענו במידה גבוהה יותר לטיפול בתום ההתערבות ולאחריה בהשוואה לקבוצת הביקורת.
- חולים בהתערבות יחוו ירידה משמעותית יותר בסימפטומים הדיכאוניים ועלייה משמעותית באיכות החיים, שיתבטאו בהערכות המעקב, בהשוואה לביקורת.
- חולים בהתערבות ידווחו על שימוש בשירותי בריאות הנפש במידה נמוכה יותר בהשוואה לביקורת.
- עם תום ההערכה, רמת החסמים לטיפול תהיה נמוכה יותר בקרב החולים בקבוצת ההתערבות מאשר בקרב החולים בביקורת.
- העלות הכללית של הטיפול בחולים בקבוצת ההתערבות תהיה נמוכה מעלות הטיפול בחולים בביקורת.

שיטה:

150 חולים (75 בני 18 - 64 ו-75 בני 65+) בדיכאון מז'ורי ותגובתי שהומלץ להם טיפול תרופתי, יגויסו ממרפאות הקהילה באזור ירושלים, הצפון והמרכז ויחולקו באקראיות לקבוצת התערבות וביקורת. ההתערבות, שתשען על מודל Treatment Initiation and Participation Program, תבוצע בידי עובדים סוציאליים/אחיות שישתמשו בטכניקות טיפוליות לזיהוי חסמים לטיפול (אמונות לגבי המחלה, הטיפול, סטיגמה והערכה-עצמית), במטרה להגביר את שיתוף פעולת המטופלים והיענותם לטיפול. ההתערבות תכלול: הבנת הסימפטומים ואופן נטילת הטיפול; הגדרת מטרה אישית לגבי ההיענות; מידע לגבי דיכאון וטיפול תרופתי; השגת שיתוף פעולה בין המטפל למטופל לזיהוי החסמים; יצירת אסטרטגיית היענות, ייעוץ והעצמת המטופל לשוחח עם הרופא על המחלה. השפעת ההתערבות תיבדק בתחילתה, בשבוע ה-6 (בתום ההתערבות), וכשבועות ה-12 וה-24 באמצעות סולם היענות לטיפול וקניית התרופות בפועל. יבדקו שינויים בחסמים, השימוש בשירותי בריאות והעלות/תועלת של ההתערבות.

חשיבות:

לראשונה תבחן המידה בה תכנית ההתערבות קצרת-מועד יעילה וישימה, מבחינת הפרט והארגון, בשירותי הבריאות בארץ, במטרה לתרום לקבלת טיפול יעיל יותר ולהוביל להיסכון במשאבים כספיים של שירותי הבריאות, ויכללו חולים צעירים וזקנים.

Abstract:

Improving depression treatment adherence: Examining the effectiveness of an intervention program aimed at recognizing barriers and increasing patients' treatment adherence

By the year 2020, depression will become the second most common disease according to the burden of disease measure. Although there are effective treatments, many patients (13% - 52%) do not adhere to treatment. Non-adherence is associated with high economic expenses and negative influences on patients' health. An intervention to decrease this phenomenon would contribute greatly at the individual and organizational level.

Objectives - To examine the feasibility and effectiveness of an individual intervention program on treatment adherence of depressed patients.

Working hypothesis – Compared to patients in the control group, patients in the intervention group will show higher adherence rates to treatment; will report significant decreases in depressive symptoms, increases in quality of life, and a lower use of mental health services. The level of treatment barriers and treatment expenses will be lower in patients in the intervention group than in the control group.

Methodology - 150 patients (75 aged 18 – 64 and 75 aged 65+) diagnosed with major and reactive depression, which were recommended to antidepressant treatment will be recruited from primary care clinics in Jerusalem, the northern and central parts of Israel, and will be divided randomly into intervention and control group. The intervention, based on the Treatment Initiation and Participation Program, will be executed by social workers/nurses using therapeutic techniques to identify barriers to treatment, in order to increase patients' collaboration and treatment adherence. The intervention will include: reviewing symptoms and antidepressant treatment regimen; defining personal goals about adherence; providing education about depression and antidepressant therapy; collaborating to address barriers to treatment; creating an adherence strategy, facilitating and empowering patients to talk directly with family physician about the disease. The influence of the intervention will be examined at weeks 6, 12, and 24 using treatment adherence scales and actual purchase of medication. Changes in barriers, use of mental health services and cost-effectiveness of the intervention will be examined.

Significance – For the first time, the extent of short-term intervention program efficiency and feasibility at the individual and organizational level will be examined in Israel among young and older adults, in order to contribute to more efficient treatment and to reduce health care services economic expenses.

תכנית המחקר:

1. הרקע המדעי וסקירת ספרות

דיכאון הינו מחלת נפש נפוצה בקרב צעירים וזקנים. ההערכות הן שכ-5% עד 10% מהאוכלוסייה ברחבי העולם סובלים מדיכאון ושיעור זה עתיד אף לגדול בשנים הבאות ולהפוך בשנת 2020 לבעיה הבריאותית השנייה בחשיבותה בכל הנוגע לעלויות כלכליות ולשיעורי נכות של החולים בה (World Health Organization, 2008). לדיכאון השלכות שליליות רבות על החולים ועל החברה כדוגמת השלכות בריאותיות, פגיעה באיכות החיים, סטיגמה, פגיעה בתעסוקה ובמצב הכלכלי ועלויות כלכליות ניכרות לחברה (Alonso et al., 2008; Berlim, McGirr, & Fleck, 2008; Ebmeier, Donaghey, & Steele, 2006; Greenberg et al., 2003; Luppá, Heinrich, Angermeyer, König, & Riedel-Heller, 2007; World Health Organization, 2008).

היום ידוע כי ניתן לצמצם השלכות אלה במידה והחולים מקבלים טיפול יעיל (Hu, He, Zhang, & Chen, 2007). אולם, למרות שקיים טיפול יעיל במחלה, חולים רבים (13% עד 52%) אינם נענים לטיפול (Bosworth, Voils, Potter, & Steffens, 2008; Julius, Novitsky, & Dubin, 2009; Lingam & Scott, 2002; Maidment, Livingston, & Katona, 2002). אי ההיענות יכולה להתבטא בדרכים שונות כגון נשירה מהטיפול לפני שהושגו יעדיו, חוסר עקביות בנטילת התרופה ו/או במילוי ההנחיות הטיפוליות כלשונן (Pampallona, Bollini, Tibaldi, Kupelnick, & Munizza, 2004).

עד כה זוהו מספר חסמים להיענות לטיפול בדיכאון. אחד החסמים שזוהה כבעל השפעה רבה על ההיענות לטיפול הינו אמונות החולים לגבי המחלה. אמונות אלה מתייחסות לאמונות בנוגע לסיבות להיווצרות המחלה, לסימפטומים (זיהוי), למשך המחלה (אקוטי, כרוני או אפיוודי) (זמן), להשלכותיה וליכולת החולה לשלוט או להירפא ממנה (שליטה/ריפוי). לדוגמה, נמצא שחולים בדיכאון שהאמינו כי מחלתם ניתנת לשליטה על ידי גורמים חיצוניים (כגון, פנייה לאנשי מקצוע וקבלת טיפול למחלה) ושהם אינם צריכים לטפל בכוחות עצמם בסימפטומים של המחלה נטו להיענות לטיפול במידה גבוהה יותר (Adams & Scott, 2000; Edlund, Fortney, Reaves, Pyne, & Mittal, 2008). יתרה מכך, חולים שהאמינו כי מחלתם חמורה יותר נטו להיענות לטיפול במידה גבוהה יותר מאשר חולים שהאמינו כי מחלתם חמורה במידה נמוכה (Adams & Scott, 2000).

אמונות אחרות לגבי המחלה הן אמונות לגבי הסיבות להיווצרות המחלה וידע החולים בנוגע לאפשרויות הטיפול הקיימות עבורה. נמצא, שחולים בעלי ידע רב יותר לגבי הסיבות למחלה ואפשרויות הטיפול הקיימות בה נטו להיענות לטיפול במידה גבוהה יותר. בנוסף, מודעות החולים למחלתם (Waite & Killian, 2008) ואמונה כי שמירה על ההוראות הטיפוליות תועיל לשיפור במצבם הבריאותי, על אף אי הנוחות ותופעות הלוואי הכרוכות בקבלת הטיפול ובהתמדתו, ניבאו היענות גבוהה יותר לטיפול במחלה.

חסמים אחרים להיענות לטיפול הינם אמונות החולים לגבי הטיפול במחלה. אמונות אלה יכולות להיות שליליות או חיוביות ונמצא שככל שאמונות אלה שליליות יותר כך ההיענות לטיפול נמוכה יותר. בחינת

ההשפעה שיש לאמונות לגבי הטיפול על ההיענות לו בקרב חולים בדיכאון הצביעה על כך, שחששם של החולים ליטול את התרופות נוגדות-הדיכאון נוכח אמונות שליליות לגביהן, כדוגמת היותן ממכרות, הוביל להיענות נמוכה לטיפול (Brown, Battista, Bruehlman, Sereika, Thase, & Dunbar-Jacob, 2008; Edlund et al., 2005). לעומת זאת, אמונות חיוביות יותר לגבי הטיפול כגון, אמונה ששמירה על הטיפול בהתאם להנחיות המטפלים תועיל לשיפור במצב הבריאותי, היו קשורות להיענות גבוהה יותר לטיפול (Tsang, Fung, & Corrigan, 2006).

יש לציין, כי אמונות לגבי הטיפול יכולות להיות כלליות (נוק שעלול להיגרם מנטילת תרופות ואמונות לגבי שימוש יתר של רופאים בתרופות באופן כללי) או ספציפיות (בהתייחס לנחיצות הטיפול התרופתי הספציפי בדיכאון ודאגות מנטילתו). בראון ועמיתיו (Brown et al., 2005) בחנו במחקרם את האמונות הספציפיות והכלליות של 192 חולים בדיכאון ומצאו, כי האמונות הכלליות נסובו בעיקר סביב הדאגות בנוגע לשימוש היתר של רופאים בתרופות. כאשר לאמונות הספציפיות נמצא, שאמונות אלה כללו אמונה שהמצב הבריאותי הנוכחי והעתידי תלוי בהיענות לטיפול, כאשר יותר ממחצית מהחולים סברו שהטיפול שומר עליהם מפני התדרדרות מצבם הבריאותי.

במחקרים אחרים (Aikens, Nease, & Klinkman, 2008; Aikens, Nease, Nau, Klinkman, 2005; Schwenk, 2005) שבחנו את ההשפעות של האמונות הספציפיות על ההיענות לטיפול בדיכאון נמצא שההיענות הייתה גבוהה כאשר אמונות החולים בנוגע לנחיצות הטיפול גברו על הדאגות ממנו. התפיסות לגבי נחיצות הטיפול, שהובילו להיענות גבוהה יותר לטיפול, היו קשורות לגיל מבוגר יותר של החולים, לחומרת המחלה, לאמונה שהסימפטומים יימשכו זמן רב ולייחוסם לחוסר איזון כימי. מנגד, אמונות לגבי הנזק שעלול להיגרם לחולים כתוצאה מקבלת הטיפול, שהובילו להיענות נמוכה יותר לטיפול, היו קשורים בהבנה דלה של הסימפטומים של המחלה ובהיעדר שימוש בעבר בנוגדי-דיכאון.

בנוסף לאמונות אלה, נמצא שסטיגמה עצמית והערכה עצמית גם קשורות לאי ההיענות (Sirey et al., 2006; Tsang et al., 2001). סטיגמה עצמית היא התפיסות הסובייקטיביות של יחידים לגבי היותם בעלי ערך פחות מאחרים בשל מחלתם, ללא קשר למידה האובייקטיבית של האפליה הקיימת כלפיהם (Corrigan, 2000, 2004). למרות שסטיגמה עצמית זוהתה כמנבאת של היענות לטיפול תרופתי ופסיכו-חברתי, עד כה בחינת היחסים בין הסטיגמה העצמית לבין ההיענות לטיפול בכלל וההיענות לטיפול בדיכאון בפרט נחקרה בצורה מצומצמת בלבד. אולם, ממיעוט המחקרים שבוצעו בתחום עולה תמונה ברורה המצביעה על כך שסטיגמה עצמית מהווה חסם ממשי להיענות לטיפול (Corrigan & Rusch, 2006; Tsang et al., 2006; Fung, Tsang, Corrigan, Lam, & Cheung, 2007; Sirey et al., 2001). כך מידה גבוהה יותר של סטיגמה-עצמית מביעה היענות נמוכה יותר לטיפול (Sirey et al., 2001). כך לדוגמה, נמצא במחקר שכלל חולים בדיכאון בגילאי 30 עד 46 לפיו, חולים שהיו מידה גבוהה יותר של סטיגמה עצמית נענו במידה נמוכה יותר לטיפול הפסיכו-חברתי שנועד להיטיב את מצבם הבריאותי והנפשי. לחולים אלה הייתה מוטיבציה נמוכה להצטרף לתוכנית הטיפולית, הם לא שמרו על הרצף הטיפולי הנדרש לשיפור מצבם ונטו להגיע פחות לפגישות הטיפוליות (Fung et al., 2007).

בנוגע להערכה עצמית, למרבה ההפתעה, היחסים בין ההערכה העצמית של חולים בדיכאון לבין היענותם לטיפול נחקרו בצורה מצומצמת ביותר (Fung et al., 2007; Tsang et al., 2006). במחקרים אלה, שכללו רק חולים צעירים בדיכאון נמצא כי הערכה עצמית הייתה בעלת השפעה מובהקת על ההיענות לטיפול. הערכה עצמית גבוהה יותר של החולים הייתה קשורה להיענות גבוהה יותר לטיפול הפסיכו-חברתי וחולים אלה נטו יותר להיות נוכחים ולהשתתף בפגישות הטיפוליות. ממצאים אלה חשובים כהיותם פורצי דרך בחקר ההשפעה של ההערכה העצמית על ההיענות לטיפול בדיכאון. אולם, לא נכללו בהם חולים זקנים. יתרה מכך, נחקרה בהם ההיענות לטיפול פסיכו-חברתי בלבד ונעדרה מהם בחינת ההיענות לטיפול תרופתי, שהינו דרך שכיחה לטיפול במחלה. לכן, הכרחי לפתח את הידע בתחום ולכלול את ההשפעה שיש להערכה עצמית על היענות לטיפול תרופתי של חולים זקנים.

נדגיש, כי זיהוי חסמים אלה והבנתם חשוב ביותר לאור השלכות אי ההיענות הן ברמת הפרט והן ברמה הארגונית והחברתית. אכן, ברמת הפרט, תופעת אי ההיענות מהווה חסם מרכזי לטיפול יעיל ועלולה להוביל להתדרדרות המחלה ולירידה באיכות החיים (Schlenk, Dumbbar-Jacob, & Engberg, 2004). ברמה הארגונית והחברתית, תופעת אי ההיענות כרוכה בעלויות כלכליות גבוהות, הנובעות מהוצאות עקיפות, כגון היעדר ימי עבודה, התדרדרות המצב הבריאותי של החולים ואשפוזים חוזרים, ושימוש מיותר בשירותי הבריאות (Von-Knorrning, Akerblad, Bengtsson, Carlsson, & Ekselius, 2006).

בהקשר זה, חשוב להדגיש כי אי היענות לטיפול הינה תופעה בעייתית בתהליך הטיפולי בכללותו אך השלב המוקדם של הטיפול (ששת השבועות הראשונים) מהווה את התקופה המכריעה בה הסיכון גבוה יותר לנשור מהטיפול ובה החולים פגיעים יותר לבצע ניסיונות אובדניים (Sirey, Bruce, & Kales, in press).

לכן, כבר בשלב זה חשוב לפעול להגברת ההיענות לטיפול ולנקוט באסטרטגיות שמוכחות כמגבירות אמפתיה למטופל, מזהות חסמים ומקורות התנגדות לטיפול, כוללות בירור ושיקוף מחשבות, רגשות והתנהגויות תוך הדגשת המעורבות וההדדיות בין המטפל והמטופל. בהתאם למטרה זו ובשאיפה לצמצם את ההשלכות השליליות של אי ההיענות, נעשה לאחרונה בארה"ב ניסיון ראשוני וייחודי לבחון את יעילותה של התערבות יישומית אינדיבידואלית קצרת-מועד ה - Treatment Initiation and Participation Program - TIP. התערבות זו נועדה לתרום לשיפור ההיענות לטיפול של זקנים בדיכאון, הנמצאים בשלב המוקדם של הטיפול. ה - TIP היא התערבות ה"נפתרת" לצרכי המטופל הבודד, המזהה את החסמים שלו להיענות לטיפול ומתמקדת בהעצמתו בניהול-עצמי בטיפול התרופתי. במחקר מבוקר בקרב בני 60 ומעלה, הוכחה יעילותה וחשיבותה לשיפור היענות מוקדמת לטיפול תרופתי ובהפחתת הסימפטומים הדיכאוניים בהשוואה לחולים שקיבלו טיפול תרופתי בלבד (Sirey et al., in press).

אולם, למרבה ההפתעה, על אף חשיבותו של ממצא זה, נכון להיום הידע בתחום מצומצם ביותר ויש עדויות מעטות בלבד לכך שהתערבויות קצרות-מועד, המשלכות טיפול תרופתי, אכן משפרות את תוצאות ההיענות ומובילות להפחתת הסימפטומים הדיכאוניים (Sirey et al., in press). על כן, הכרחי להרחיב

את הידע בתחום ולבצע את ההתערבות קצרת המועד במציאות ארגונית ותרבותית שונה מארה"ב ולכלול גם חולים צעירים יותר, המהווים נתח נכבד מהחולים בה, שהרי הגיל הממוצע בו מופיעה המחלה הוא 40 ומחצית מהחולים מאובחנים בגילאי 20 עד 50 (World Health Organization, 2008). זו מטרתו של המחקר המוצע. בנוסף, המחקר המוצע יבחן את השפעת ההתערבות לא רק על ירידה בסימפטומים הדיכאוניים (כפי שנעשה במחקר המקורי ארה"ב) אלא גם על רמת החסמים לטיפול, איכות החיים של החולים ועלות הטיפול. לסיכום, אנו מציעים לבחון לראשונה עד כמה תכנית ההתערבות קצרת-מועד (ה – TIP) יעילה וישימה הן מבחינת הפרט והן מבחינת הארגון במסגרת שירותי הבריאות בארץ, וזאת במטרה לתרום לקבלת טיפול יעיל יותר ולהוביל לחיסכון במשאבים כספיים של שירותי הבריאות.

2. מטרת המחקר וחיבורו

המטרה המרכזית הינה לבחון את הישימות וההשפעה שיש לתכנית התערבות טיפולית אינדיבידואלית על ההיענות לטיפול של חולים בדיכאון, שקיבלו לאחרונה מרשם לתרופות. ביתר פירוט, במסגרת המחקר ייבחנו שאלות המחקר הבאות:

א. האם חולים בקבוצת ההתערבות ייענו במידה רבה יותר לטיפול בהשוואה לחולים מקבוצת הביקורת?

ב. האם יהיו הבדלים בין קבוצת ההתערבות לקבוצת הביקורת בנוגע לעוצמת הסימפטומים הדיכאוניים, איכות החיים, החסמים לטיפול ועלות הטיפול?

חיבור התוצאות: תוצאות המחקר תוכלנה לתרום לבחינת יעילותה ויישומיותה של תכנית התערבות קצרה וממוקדת שטרם נבדקה בארץ, המשלבת שיחות וטיפול תרופתי בדיכאון, ויובילו לטיפול יעיל, להגדלת ההיענות, לצמצום ההשלכות השליליות של חוסר היענות ולחסכון כספי.

3. השערות העבודה

א. חולים בדיכאון שיחולקו באופן אקראי לקבוצת ההתערבות יענו במידה גבוהה יותר לטיפול מיד בתום ההתערבות ולאחריה (בשבוע 6, 12 ו-24) בהשוואה לחולים בקבוצת הביקורת.

ב. חולים בקבוצת ההתערבות יחוו ירידה משמעותית יותר בסימפטומים הדיכאוניים, כפי שיבואו לידי ביטוי בהערכות המעקב שיבוצעו, בהשוואה לחולים חולים בקבוצת הביקורת.

ג. חולים בקבוצת ההתערבות יחוו עלייה משמעותית יותר באיכות החיים, כפי שיבואו לידי ביטוי בהערכות המעקב שיבוצעו, בהשוואה לחולים בקבוצת הביקורת.

ד. חולים בקבוצת ההתערבות ידווחו על שימוש בשירותי בריאות הנפש במידה נמוכה יותר בהשוואה לחולים בקבוצת הביקורת.

ה. עם תום ההערכה, רמת החסמים לטיפול תהיה נמוכה יותר בקרב החולים בקבוצת ההתערבות מאשר בקרב החולים בקבוצת הביקורת.

ו. העלות של הטיפול בחולים בקבוצת ההתערבות תהיה נמוכה מעלות הטיפול בחולים בקבוצת הביקורת.

4. **השיטה ותכנית הביצוע:** הגדרת משתנים תלויים ובלתי תלויים; אוכלוסיית המחקר ו/ או מסדי הנתונים בהם יעשה שימוש; תיאור כלי המחקר, תוקפם ומהימנותם; שיטת הדגימה והנמקה סטטיסטית

לגודל המדגם ומבנהו; אופן איסוף הנתונים והקידוד; פירוט השיטות הסטטיסטיות לניתוח הנתונים וההנמקה לבחירה בהן; זיהוי הטיות אפשריות ושיטות לצמצום השפעתן; הרצת מחקר חלוץ (אם נחוץ).

משתתפים: במחקר המוצע ישתתפו 150 חולים בדיכאון (75 בני 18 - 64 ו-75 בני 65+) שיגויסו ממרפאות הקהילה של מכבי שירותי בריאות בירושלים, בצפון ובמרכז ויחולקו באקראי לקבוצת התערבות וביקורת. מדגם בסדר גודל זה דומה למחקר קודם שבחן את יעילותה של תכנית ההתערבות המוצעת על ההיענות לטיפול של זקנים בדיכאון ובגודלו נלקחה בחשבון נשירה אפשרית של חולים מהמחקר כלומר, גם אם בדומה למחקר קודם שיעורי הנשירה יגיעו לכ-20% (Sirey et al., in press), שאיפתנו היא שגודל המדגם הסופי יהיה כ-120 איש. קריטריונים להכללה במחקר: חולים בדיכאון מזוירי או תגובתי שהחלו לקבל בתקופה האחרונה טיפול תרופתי (בסביבות שישה שבועות אחרונים). קריטריונים להוצאה: חולים בדמנציה, חולים בהפרעה דו-קוטבית, בדיכאון פסיכוטי ובעלי נטייה אוכדנית. הליך: המחקר יחל לאחר קבלת אישורים משירותי הקופה ומוועדת הלסינקי. בהמשך, המשתתפים יגויסו ממרפאות הקהילה. במאגר המידע של הקופה יאותרו (אחרי קבלת האישורים) חולים שהחלו לקבל טיפול תרופתי לדיכאון לאחרונה. בעת פנייתנו לרופאים הראשוניים נציג בפניהם את מטרת המחקר והם יתבקשו לתת את הסכמתם (אישור פרטני) לכך שהמטופלים שלהם (שאותרו במאגרי המידע ומתאימים לקריטריונים) ישתתפו במחקר. לאחר קבלת האישור מהרופאים, ניצור קשר טלפוני עם החולים, במהלכו נסביר שאנו פונים אליהם בשם הרופא המטפל בהם, שנתן לנו את אישורו לפנות אליהם ולהציג בפניהם את מטרת המחקר, לאחר שהוא סבר שהם עשויים להתאים למחקר. לאחר שמטרת המחקר תוצג בפני המטופלים, הם יתבקשו לתת את הסכמתם להשתתף בו ויתבקשו תחילה לחתום על טופס הסכמה מדעת. לאחר מכן, במטרה להעריך את השפעת ההתערבות הם ירואיינו פנים אל פנים באמצעות שאלון מוכנה בארבע נקודות זמן: בתחילת ההתערבות, בשבוע ה-6 (תום ההתערבות), בשבוע ה-12 וה-24. תשובות המשתתפים יקודדו ויוזנו לתוכנה סטטיסטית באמצעותה ינותחו הנתונים (ראה בחלק "פירוט השיטות הסטטיסטיות לניתוח הנתונים").

תיאור תכנית ההתערבות: ההתערבות תשען על מודל ה-TIP (Sirey et al., in press) לזיהוי חסמים לטיפול (כגון, אמונות לגבי המחלה, הטיפול, סטיגמה והערכה-עצמית). היא תבוצע בידי עובדים סוציאליים/אחיות שישתמשו בטכניקות טיפוליות (כדוגמת התנהגות קוגניטיבית ואמפתיה) בכדי לזהות חסמים, להגביר את שיתוף פעולת המטופלים וההיענות לטיפול. ההתערבות תכלול: הבנת הסימפטומים ואופן נטילת הטיפול; הגדרת מטרה אישית ברת השגה לגבי ההיענות; מידע לגבי דיכאון וטיפול תרופתי; השגת שיתוף פעולה בין המטפל למטופל לזיהוי החסמים; יצירת אסטרטגיית היענות, ייעוץ והעצמת המטופל לשוחח עם הרופא על המחלה. ההתערבות תכלול שלשה מפגשים אישיים פנים אל פנים בין המטפל (אחות/עו"ס) למטופל כאשר משך כל מפגש הוא כשעה. כמו כן, תוכנית ההתערבות תכלול שתי שיחות מעקב טלפוניות (משך כל שיחה הינו כחצי שעה).

כלים להערכת השפעת ההתערבות: התוצרים העיקריים שיוערכו הם:

1. המשתנה התלוי: היענות לטיפול: ההיענות לטיפול תיבדק במספר אופנים בכדי לקבל תמונה כוללת על התופעה. ראשית, באמצעות דיווח עצמי של 2 פריטים שיעריכו את תדירות ודפוס הכדורים שהמטופלים

הזנחה עצמית בזקנים: ההתמודדות החוקית

הצעת מחקר

ד"ר ישראל (איסי) דורון וד"ר טובה בנד-וינטרשטיין

מבוא

מאז שנות ה-70 של המאה הקודמת, קיימת במדינות רבות בעולם, עלייה גוברת והולכת במודעות לתופעת ההתעללות וההזנחה של זקנים. כמו כן היקף המחקר האמפירי המנסה לאפיין ולהבין את התופעה התרחב אף הוא (Kurtle, 2004; National Elder Abuse Study, 1998; O'Keeffe, 2008; Payne, 2005; Pillemer & Finkelhor, 1988; Podnieks, 2002; Yan & Tang, 2001). גם במדינת ישראל, מאז שנות ה-90 של המאה הקודמת ניתן לזהות מגמה דומה של עליה ניכרת במודעות ובהכרה ביחס לחשיבות הלימוד של תופעת ההתעללות וההזנחה של זקנים בישראל (אלון, 2004; גרין, 1997; להמן, 1989; זועבי, 1994, 2000; כצמן וליטוויץ, 2002; לבנשטיין ורון, 1995, 2000; רונן ונייקרוג, 1993). רק בשנים האחרונות נערך סקר ארצי מקיף ומייצג של התופעה בישראל. ממצאיו חשפו לראשונה את היקפה הנרחב של התופעה וברמה מסוימת הפתיעו בתוכנם ויצרו בעקבותיהם דינמיקה של פעילות מקצועית וציבורית להתמודדות עם התופעה (Lowenstein, Eisikovits, Winterstein, Enosh, 2008; וינטרשטיין, איזיקוביץ, ולבנשטיין, 2007).

אחד מסוגי ההתעללות הכלולים בתופעת "ההתעללות וההזנחה של זקנים", היא ההזנחה. קיימת אבחנה מוכרת בין הזנחת הזקנים על ידי אחרים (בני משפחה, מטפלים עיקריים בשכר או שלא בשכר), לבין הזנחה עצמית של הזקנים. בעוד שההזנחה מהסוג הראשון נגרמת, באופן אקטיבי או פסיבי, על ידי צד שלישי (כדוגמת בני משפחה או מטפלים), ההזנחה העצמית מתאפיינת בכך שהיא תוצר של פעולה (או אי פעולה) של הזקן עצמו. בפועל, ההזנחה העצמית מתאפיינת לרב בחוסר נכונות לקבל טיפול רפואי בסיסי ואי דאגה עצמית לצרכי חיים בסיסיים. ההזנחה העצמית באה לידי ביטוי בדרך כלל גם במראה חיצוני מוזנח, מצב בריאותי ותזונתי ירוד, וסביבת מגורים מזוהמת המגיעה לכדי מטרד לסביבה (Burnett et al., 2006; Poythress et al., 2006).

על אף שבספרות המדעית תופעת ההזנחה העצמית של זקנים" הופיעה בדרך כלל כ"תת קטיגוריה" של תופעת ההתעללות וההזנחה של זקנים בכלל, גוברת כיום הנטייה בקרב אנשי המחקר, לראות בה תופעה ייחודית העומדת בפני עצמה. בעוד שהתופעה, על היקפה והשלכותיה הנרחבים, מוכרים וידועים לאנשי המקצוע העוסקים בתחום, הרי שעד היום, תופעה זו כתופעה

ייחודית העומדת בזכות עצמה זכתה להתייחסות מחקרית מצומצמת יחסית (Longres, 1994; Byers, 1993; Dolon & Blakely, 1989; Pillemer & Wolf, 1986; Quinn & Tomitta, 1986). בנוסף, גם ההמשגה התיאורטית של התופעה עדיין לא גובשה באופן מלא (Dyer & Prati, 2006; Poythress et al., 2006). על רקע מורכבות הנושא והחסר המחקרי היחסי בתחום הן בישראל והן בעולם, מבצעים החוקרים הראשיים בימים אלה מחקר שמטרתו להבין את משמעות התופעה עבור אלה שחווים אותה תוך שימוש בגישה מחקרית פנומנולוגית. מחקר זה לעומת זו בא להוסיף נדבך נוסף ולבחון את התגובה החוקית – בארץ ובעולם – ביחס לתופעת ההזנחה העצמית, ולהמליץ המלצות מדיניות בתחום פיתוח החקיקה ועיצוב דרכי ההתערבות החוקיות הראויות.

1. נושא המחקר והרקע המדעי

1.1. סוגיית ההגדרה: מהי "הזנחה עצמית" בקרב זקנים?

הספרות העוסקת ב"הזנחה עצמית" של זקנים מתקשה להציג הגדרה ברורה ומוסכמת של המושג. בסקירתם המקיפה של פאבלו ולש (Pavlou & Lachs, 2006), מפורטות יותר מעשר הגדרות שונות שאומצו לאורך השנים במחקרים ו/או מאמרים שונים שעסקו בסוגיית ההזנחה העצמית. הניסיונות הראשונים להגדיר ולאפיין את התופעה נעשו עוד בשנות ה-60 של המאה הקודמת על ידי החוקרים הבריטים מקמילן ושאו (MacMillan & Shaw, 1966). חוקרים אלה עסקו וכינו את התופעה כ- "self-abuse" או "senile breakdown syndrome". הביטויים החיצוניים וההתנהגותיים שהיוו את המכנה המשותף להגדרתם כללו: לכוך, זוהמה והזנחה של דירת המגורים, הפסקת הדאגה להיגיינה האישית וזאת לצד סירוב לקבל סיוע או תמיכה. מאז מחקרים של מקמילן ושאו נעשו ניסיונות בריטים אחרים לתאר ולאפיין את תופעת ההזנחה העצמית, כאשר המוקד של ניסיונות אלה היה "מודל רפואי", המנסה לתאר את התופעה בכלים רפואיים-פסיכיאטריים (Clark et al, 1975). ציון הדרך בכיוון זה נעשה ברמה המושגית על ידי החוקרים הבריטיים קלרק ואח' אשר הטביעו את המושג "סינדרום דיוגניס" (Diogenes Syndrome), מושג שהפך לרווח בתיאור התופעה באותה תקופה. חולים שאובחנו בסינדרום זה ואופיינו ב"הזנחה עצמית" זהו באמצעות ההתנהגויות הבאות: התנתקות חברתית, אפטיה, נטייה לאסוף זבל וגרוטאות ואובדן תחושת הבושה האישית בכל הנוגע להתנהגותם והופעתם בציבור. אחד הממצאים החשובים בחקשר זה היה כי ה"לוקים" בו היו מרקע סוציו אקונומי מגוון ולא כללו רק עניים או חסרי השכלה.

בניגוד למחקרים הבריטיים, המחקרים האמריקאיים המוקדמים שעסקו בחקר תופעת ההזנחה העצמית, התמקדו פחות במודל ה"רפואי-פסיכיאטרי", ויותר במודלים חברתיים-פונקציונליים של אובדן כושר תפקוד. לדוגמא, בשנות ה-60 של המאה הקודמת, החוקרים האמריקאיים גרונברג, ברנדון וקסיוס (Gruenbert, Brandon, & Kasius, 1966), אימצו את המושג "סינדרום השבר החברתי" (social break-down syndrome) (או בקיצור – SBS), המתאר זקנים המזניחים את עצמם כמי שחיים בזהמה, חסרי הגיינה אישית, ועל פי רוב מסרבים לקבל עזרה.

פיתוח נוסף של המודל החברתי נעשה על ידי סנגסטוק ועמיתיה (Sengstock et al., 1999), אשר ניסו לעשות טיפולוגיה דו-קבוצתית: 1. סרבני-טיפול - הכוללת זקנים המסרבים לטפל ולדאוג לעצמם, אינם לוקחים תרופות, אינם שומרים על הגיינה. להתנהגותם השלכה על בריאותם וגם על קשריהם עם בני משפחתם וקרובים אחרים. 2. אספנים ומתבודדים - הכוללת זקנים אספנים החיים בדרך כלל בתנאים סביבתיים קשים. על קבוצה זו נמנים גם הזקנים הסובלים מסינדרום דיוגנס. זקנים אלה מסתגרים, מגיבים באדישות מבודדים את עצמם מהסביבה ונוטים לאגור זבל. התנהגות זו משליכה ומשפיעה בדרך כלל על סביבתם (שכנים) ועל הקהילה (החברה והקהילה המקצועית).

לבסוף, מספר חוקרים (O'Brien et al., 1999), ניסו לצמצם את מרכיבי ההגדרה תוך חזרה להקשר הרפואי-הטיפול העצמי. הגדרה זו מתמקדת באנשים הסובלים ממחלה אך באופן מודע ומכוון מזניחים את הטיפול הרפואי בה, כל זאת למרות נגישות לשירותים ויכולתם לקבל את הטיפול הרפואי הראוי. חוקרים אלה אף ניסו להתוות מספר מאפיינים הנדרשים לצורך אבחון הזנחה עצמית: 1. התנהגות שיש בה פוטנציאל לגרימת נזק עד לכדי סכנת חיים עצמית; 2. אין כל סיבה ברורה או ניראית לעין לבחירת ההתנהגות המזניחה; 3. ההתנהגות איננה מכוונת לשים קץ לחיים באופן מיידי; 4. ההשלכות והנזקים של ההתנהגות המזניחה הם מצטברים ובאים לידי ביטוי לאורך זמן; 5. ההתנהגות מייצגת דפוס חוזר שפוגע בהיבטים שונים ומגוונים של הטיפול העצמי.

למרות מורכבות התופעה והעדר ההסכמה ביחס להגדרה, כמו גם העדר הבנה קונצפטואלית טובה, ה- NAAPSA – National Association of Adult Protective Services Administration בארה"ב, אימץ הגדרה שניסתה להקיף ולאפיין את התופעה כדלקמן:

Self neglect is the result of an adult's inability, due to physical and/or mental impairments or diminished capacity, to perform

essential self-care tasks including: providing essential food, clothing, shelter, and medical care; obtaining goods and services necessary to maintain physical health, mental health, emotional well-being, and general safety; and/or managing financial affairs (NAAPSA, 1991, p.3).

לסיכום ניתן אם כך לומר כי נכון לחיום סוגיית ההגדרה של תופעת ההזנחה העצמית לא נפתרה סופית. יתרה מכך, קיימת הסכמה כי ההכרעה בשאלת ההגדרה כורכת בחובה גם היבטים ערכיים-תרבותיים שיכולים להשתנות לא רק מחברה אנושית אחת לרעותה, אלא שאף יכולים להשתנות לאורך זמן.

1.2. היקף התופעה ומאפייניה

בהמשך לאי הבהירות בתחום ההגדרה, מסקירת הספרות המדעית הקיימת עולה גם הקושי לתאר תמונה ברורה ביחס ל"היקף" תופעת ההזנחה העצמית של זקנים או מאפייניה. מספר המחקרים האמפיריים המתייחסים להיקף התופעה הוא מצומצם יחסית והממצאים לעיתים שונים באופן מהותי ממחקר למחקר. כך לדוגמא, פבליקה ושות' (Pavlika et al., 2001), מצאו כי במדינת טקסס בשנת 1997, דווחו לשירותי הרווחה 39,658 מקרים של התעללות בזקנים והזנחתם, 54% מהם היו מקרי הזנחה (neglect). 86% ממקרי ההזנחה היו של "הזנחה עצמית". במחקר אחר שאסף מידע מכל רשויות הטיפול וההגנה על מבוגרים בארה"ב, נמצא ששיעור המקרים של הזנחה עצמית של זקנים במהלך השנה שקדמה לסקר, עמד על 1.15 מליון מקרים, זאת בהשוואה ל- 1.10 מליון מקרים "אחרים" של התעללות בזקנים והזנחתם, למעט הזנחה עצמית (Tatara & Kuzmeskus, 1997). חוקרים אחרים (Smith et al., 2006), שאספו אף הם נתונים משלושים וארבע סוכנויות להגנת המבוגרים (APS), מדווחים כי בשנת 2005 היתה עלייה של 44% במספר מקרי ההזנחה העצמית המדווחים. התמונה הכללית מצביעה עם כך שתופעת ההזנחה העצמית תופסת מקום יחסי נרחב בדיווחים ובפעילות הכללית של אנשי המקצוע בתחום ההתעללות וההזנחה של קשישים (Duke, 1991).

יש לציין כי המחקרים העוסקים בהיקף תופעת ההזנחה העצמית ושכיחותה לוקים בקשיים מתודולוגיים. על כך נמתחה לדוגמא, ביקורת של דיאר ועמיתיה (Dyer et al., 2007), אשר טענו כי המחקרים המתבססים על נתוני הסוכנויות להגנת המבוגרים אינם משקפים את היקף התופעה שכן במדינות מסוימות בארה"ב כלל לא קיימת חובת דיווח על הזנחה עצמית, ולפיכך היקף התופעה עלול להיות נרחב הרבה יותר. כמו כן, במרבית המחקרים שהוזכרו לעיל

צויין כי הדיווחים הפומביים עלולים לשקף רק את "קצה הקרחון" של היקפה האמיתי של התופעה. לפיכך, היקף התופעה לאשורו אינו ידוע ומוחלט.

גם כאשר מנסים להבין את מאפייני התופעה התמונה המדעית איננה פשוטה. הזנחה עצמית מתוארת בחלק מן המחקרים כמאפיינת זקנים, בגיל גבוה יחסית (Abrams et al., 2002; Kuzmeskus, 1997), נמצא בנוסף כי למגדר יש משמעות (65.3% ממקרי ההזנחה העצמית כללו נשים); וכן למוצא האתני (77.4% היו ממוצא לבן ו-20.4% היו אפרו-אמריקאיים - נתונים שמשקפים דווקא ייצוג יתר לאחרונים). מחקרים נוספים הצביעו על כך שמרבית הזקנים שסבלו מהזנחה עצמית התגוררו בגפם (Longres, 1994; O'Brien et al., 1999). בהשוואה לאוכלוסייה הכללית, המחקרים מצאו כי זקנים המזניחים עצמם סובלים יותר מחולי ומוגבלויות פיזיות/או נפשיות כגון בעיות זיכרון, דמנציה לסוגיה, דיכאון, ואלכוהוליזם, אבל רובם לא היו עם מחלה נפשית מזוהה (Abrams et al., 2002; Dyer et al., 2007; Grunberg et al., 1987; Vinton, 1991). ראוי לציין ממעט המחקרים עולה כי לא ניתן לקבל פרופיל אחיד ביחס למאפייני ההזנחה העצמית בקרב זקנים. כך לדוגמא, במימד המגדר, בניגוד למחקרים של טטרה וקוזמסקוס (Tatara & Kuzmeskus, 1997), ופבליקה ושות' (Pavlika et al., 2001), אברמס ועמיתיו מצאו כי דווקא גברים חשופים יותר לתופעה של הזנחה עצמית מאשר נשים.

לתופעת ההזנחה העצמית השלכות חברתיות ובריאותיות משמעותיות. מחקרים מצאו קשר מובהק בין שיעור התמותה בקרב זקנים ובין הזנחה עצמית (Dyer et al., 2007; O'Brien et al., 1999). בהתאם למחקרים אלה, שיעור התמותה של זקנים הסובלים מהזנחה עצמית הינו כפול מזה של זקנים שמעולם לא דווחו ליחידות לטיפול במבוגרים (Adult Protective Services). נמצא גם קשר מובהק בין רמת ההזדקקות לפתרון מוסדי לבין הזנחה עצמית (Lachs et al., 1998; Pavlik, Hyman, Festa, & Dyer, 2001).

ההשלכות הבריאותיות הן כל כך משמעותיות עד כי חוקרים מסוימים טוענים לאחרונה כי ראוי לכנות את תופעת ההזנחה העצמית כ- Geriatric Syndrome, כלומר, לראות בה "סינדרום" הקשור באופן מובהק עם זיקנה ומאופיין בשיעורי תמותה גבוהים, ירידה קוגניטיבית, חולי נפשי, וירידה תפקודית (Pavlou & Lachs, 2006; Pickens et al., 2006). בהקשר הפסיכו-

חברתי נמצאו קשרים מובהקים בין דיכאון, ירידה בכישורים קוגניטיביים, וירידה בתפקוד האישי והחברתי, לבין הזנחה עצמית (Pavlou & Lachs, 2006; Pickens, Naik, & Dyer, 2006).

1.3. הסברים תיאורטיים לתופעת ההזנחה העצמית

ידע מוגבל וחוסר בהירות לגבי הנתונים האפידמיולוגיים מקשים את הבנת תופעת ההזנחה העצמית של זקנים. יחד עם זאת, ניתן למצוא בספרות המדעית מספר הסברים ותיאוריות המנסות לעגן את התופעה. אחד ההסברים התיאורטיים המוקדמים ביותר הינו כאמור של מקמילן ושאו (MacMillan & Shaw, 1966). ההסבר התיאורטי שלהם היה נעוץ בפרופיל אישיותי טרום-זיקנתי: מדובר באנשים עם אישיות בעלת מאפיינים שתלטנים, עצמאיים, לא-ידידותיים, עקשנים, אגרסיביים, חשדניים ומתרחרי ריב. פרופיל אישיותי שכזה, הגם שאינו עונה בהכרח להגדרת מחלת נפש, בהחלט יכול היה להסביר את התרחשותה של ההזנחה העצמית בזקנה.

גישה פסיכיאטרית זו נתמכה על ידי חוקרים נוספים, כדוגמת אונגוארי והנס (Ungvari & Hantz, 1991), שהציעו להסביר את התופעה כמשקפת – atypical adjustment disorder – שהיא תולדה של אבנורמליות אישיותית הכוללת מימדים פרנואידיים וסכיזופרניים. עוד הסבר פסיכיאטרי מקורו במודל ה-diathesis-stress model of mental illness שהוצג על ידי מיל (Meehl, 1962). על פי מודל זה, בתגובה למתחים ספציפיים, אדם שסובל מחולשות קיימות עקב הפרעות אישיות, עלול לפתח מחלה נפשית. לפיכך, אדם "בסיכון" המאופיין בהפרעות אישיות שאינן באות לידי ביטוי משמעותי בחי היום יום, עשוי להגיב בצורה חריפה הרבה יותר לאובדני הנלווים להזדקנותו (Abrams et al., 2002).

גישה אחרת ניסתה לעגן את תופעת ההזנחה העצמית בהקשר החברתי של תיאורית ההתנתקות (disengagement theory), אשר מדגישה כי הזקנים מתנתקים באופן הדרגתי ממעגלי החיים הפעילים בקהילה ובחברה. ההתנתקות כוללת גם דחייה ואי נכונות לקבל סיוע ותמיכה ממערכי תמיכה פורמליים ובלתי פורמליים. מקרים אלה ידועים ומוכרים היטב לרשויות הרווחה (Wringley & Cooney, 1992). הסבר חברתי זה של תופעת ההזנחה העצמית נתמך לאחרונה על ידי מחקרם של בורנט ושות' (Burnett et al., 2006). חוקרים אלה מצאו שזקנים שסבלו מהזנחה עצמית בדרך כלל התגוררו לבד ומספר הביקורים והקשרים החברתיים שלהם עם משפחתם וסביבתם היה נמוך באופן מובהק מזקנים שאינם סובלים מהזנחה עצמית.

הסבר תיאורטי אחר, אשר הוצע על ידי חוקרים כדוגמת וויטהד (Whitehead, 1975) או קלרק ואח' (Clark et al., 1975), התחבר לתיאוריית ההמשכיות (Continuity theory), והתמקד בדפוס החיים שקדם להתגלות ההזנחה העצמית בזיקנה, לפיו הזנחה עצמית בזיקנה משקפת העדפות אישיות שבאו לידי ביטוי במהלך החיים שקדם לה. כלומר, טיפוח עצמי, שמירה על היגיינה אישית, או השקעה בטיפוח הביתי, המצויים במקום נמוך בסדר העדיפויות האישי, עלולים להיות מוקצנים לכדי הזנחה עצמית בזיקנה והירידה התפקודית הכרוכה עימה. גישה תיאורטית זו נתמכת ברמה מסוימת גם בממצאי מחקרה האיכותני של בוזינובסקי (Bozinovski, 2000) אשר מצאה כי ההזנחה העצמית איננה נתפסת ככזו על ידי הזקן עצמו, אלא מובנת כאמצעי לשימור הזהות העצמית והקיום ההמשכי שלה עם מעגל החיים שקדם לה.

לבסוף, ראוי לציין כי יש כאלה המנסים להסביר את תופעת ההזנחה העצמית בזיקנה כמעין "מרד" של זקנים בחברה הגילנית המקיפה אותם (Thibault, ; Thibault et al., 1999). על פי הסבר זה, הזנחה עצמית היא בעצם ניסיון פעיל מצידם של הזקנים לרכוש בחזרה את השליטה על חייהם להגן על האוטונומיה והחירות האישית. ההזנחה היא ביטוי לצורך שלהם להתגונן מפני ההשתלטות הפטרנליסטית של החברה הסובבת אותם. גישה שכזו רואה בהזנחה העצמית מעין הליך אמנציפציה של הזקנים והגשמת רצונם לחופש ושליטה.

תיאור מפורט של המחקר המוצע Detailed description of the proposed research

1. היפותזות העבודה – Working Hypothesis

בהתאם לשיטת המחקר האיכותנית עליה יתבסס מחקר זה, המחקר לא יבוסס על היפותזות עבודה, אלא יתבסס על שאלת המחקר הבאה: מה הם דרכי הפעולה החוקיות הקיימות והראויות, בארץ ובעולם, בתחום ההתמודדות עם תופעת ההזנחה העצמית של הזקנים.

2. תוכנית ושיטות עבודה = Experimental Design & Methods

כללי:

על מנת לחקור ולהעמיק את ההבנה של תופעת ההזנחה העצמית בקרב זקנים החיים בקהילה והבנת האינטראקציות של זקנים אלה עם מערכת החוק והמשפט, ייערך מחקר משפטי השוואתי, המבוסס על ניתוח טקסטואלי של חוקים, פסקי דין, ומסמכי מדיניות שיפוטיים = בארץ ובמזרח נוחות של ארצות מפותחות בעולם.

מטרות המחקר:

לסקור ברמה התיאורית את תגובת החוק והמשפט בישראל לתופעת ההזנחה העצמית, לבחון ברמה ההשוואתית את התמודדות המשפט הישראלי ביחס לשיטות משפט נבחרות נוספות, ולהמליץ עיצוב דרכי התמודדות חוקיות ומשפטיות חלופיות, בין היתר בהתבסס על ממצאי מחקר איכותני אותו מבצעים החוקרים הראשיים של מחקר זה.

תקציב

המחקר המוצע צפוי לארוך כשנה. להלן הצעת התקציב תוך חלוקה למימון המשרד לענייני גימלאים ו"תקציב תואם" מאת החוקרים הראשיים:

א.			
ב.			
ג.			

הזנחה עצמית בזקנים: ההתמודדות החוקית

תקציב

המחקר המוצע צפוי לארוך כשנה. להלן הצעת התקציב תוך חלוקה למימון המשרד לענייני גימלאים ו"תקציב תואם" מאת החוקרים הראשיים:

מהות התקציב	סה"כ הנדרש	מתוך זה במימון תקציבי אוניברסיטת חיפה	מתוך תמיכת המשרד לענייני גמלאים
א. תשלום עבור עוזרי מחקר אשר: יסייעו בהשלמת סקירת הספרות; יבצעו בפועל את המחקר, ויסייעו בכתיבת דוח המחקר; חישוב עלות לפי:		(ההעסקה היא דרך האוניברסיטה, הם יועסקו על ידי החוקר לצורך מחקר זה בלבד) 34,800 ₪	34,800 ₪
(1). מנהל/ת מחקר, תלמיד/ת תואר שני, חצי משרה, 5,800 ₪ (כולל עלויות מעביד) – ל 12 חודשים;	69,600	18,000 ₪	
(2). עוזר/ת מחקר, תלמיד תואר ראשון, לפי שעות עבודה, לפי 100 ש"ע לחודש, לפי 30 ₪ לש"ע (כולל עלויות מעביד).	36,000 ₪		18,000 ₪
ב. תשלום עבור ציוד מחשבים הנדרש לצורך ביצוע המחקר: מדובר במחשב נייד קל אשר מאפשר לעוזר המחקר לשאת אותו במהלך ביצוע הראיונות בשטח, ואשר מצוייד בתוכנות חוקיות וסטנדרטיות הכוללות בנוסף למערכת ההפעלה ותוכנות אופיס, גם תוכנות ניתוח נתונים	6,000 ₪ (לרבות: מחשב נייד, תוכנת הפעלה, חוקית, ערכת תוכנות אופיס, חוקית, ערכת	3,000 ₪ +	3,000 ₪
		תוכנת ATLAS לניתוח נתונים איכותניים = \$598 (מחיר מיוחד למוסד אקדמי – לעומת \$1,800 מחיר רגיל) = 2,400 ₪	

איכותנית. העלות הכוללת של המחשב הנייד והתוכנות הנלוות מפורטת בתקציב.	תוכנת נרליזר לניתוח איכותני, ותוכנת אנדנוט (לציטוטים)	לערך. תוכנת Endnote לניהול מקורות ואסמכתאות אקדמיות = \$250 (מחיר לאקדמיה) = 1,000 ₪ לערך.	
ג. הוצאות משרדיות גלובליות שונות: לרבות נייר, דיו, ציוד משרדי ומחשבי: מדובר על עלויות הנדרשונ ישירות לשם ביצוע המחקר, כדוגמת הדפסת תמלולי הראיונות ל- HARD COPY לשם ניתוח תוכן איכותני, או דיו למדפסת הנדרש לשם הדפסת מסמכים אלה.	5,000 ₪	2,500 ₪	2,500 ₪
ד. הוצאות בגין תרגום ועריכה לשונית באנגלית של דו"ח המחקר והוצאות הכרוכות בפרסומו.	8,000 ₪	4,000 ₪	4,000 ₪
סה"כ	119,600	59,800 ₪	59,800 ₪

פספסו לטיפול או שהפסיקו לגמרי ואת תדירות היענותם לביקורים אצל הרופא המטפל. הפריטים ידורגו בסולם מסוג-ליקרט בן 6 דרגות, כאשר 0 פירושו "אי היענות" ו-6 פירושו "היענות מצוינת" (Glick, Sirey et al., in press; Clarkin, Spencer, Haas, Lewis, Peyser et al., 1985; Sirey et al., 2001). בכלי זה נעשה שימוש במחקר קודם שבחן היענות לטיפול של חולים צעירים וזקנים בדיכאון (Sirey et al., 2001; Sirey et al., in press). שנית, באמצעות סולם היענות כללית (General Adherence Scale – GAS) (Sherbourne, Hays, Ordway, DiMatteo, & Kravitz, 1992) שהינו דיווח עצמי של החולים על היענותם לטיפול הרפואי. המשתתפים יתבקשו לציין באיזו מידה כל פריט נכון עבורם במהלך ארבעת השבועות האחרונים, תוך שימוש ב-5 פריטים המדורגים על פני סולם מסוג-ליקרט בן 6 דרגות הנע בין (0) שפירושו "אף פעם" עד (5) שפירושו "כל הזמן". דוגמה לפריט: "אני מוצא שקל לי לבצע את הדברים שהרופא שלי מציע". אחרי היפוך של שניים מהפריטים לצורך התאמה לשאר הפריטים, יורכב אינדקס כללי מהמוצע של כולם, כאשר ניקוד גבוה יותר יצביע על רמת היענות כללית גבוהה יותר. לכלי ישנה מהימנות פנימית טובה ($\alpha = 0.88$) (Hamilton, 2003) בגרסתו באנגלית ובגרסה העברית כפי שנבדקה בקרב פרה-טסט מצומצם ($n = 34$) נמצאה מהימנות פנימית טובה ($\alpha = 0.77$).

שלישית, היענות לטיפול תיבדק באמצעות סולם היענות לטיפול של מוריסקי (Morisky Medication Adherence Scale) (Morisky, Green, & Levine, 1986). סולם זה מבוסס על דיווח עצמי של החולים לגבי היענותם לטיפול התרופתי. הכלי כולל 4 פריטים לגביהם המשתתפים יתבקשו לציין באיזו מידה כל פריט נכון או לא נכון כאשר 0 פירושו "לא נכון" ו-1 פירושו "נכון". דוגמה לפריט: "האם אתה אי פעם שוכח לקחת את התרופה?". ניקוד הפריטים מסוכם וטווח הניקוד האפשרי נע בין 0 ל-4. ניקוד סופי של 3-4 נקודות יצביע על היענות נמוכה, 1-2 היענות בינונית ו-0 היענות גבוהה לטיפול. המהימנות הפנימית של כלי זה בגרסתו האנגלית היא $\alpha = 0.62$ והוא נפוץ ביותר להערכת ההיענות לטיפול של חולים בדיכאון (Bosworth et al., 2008; Brown et al., 2005).

רביעית, ההיענות לטיפול תיבדק גם באמצעות שאלון מדורג להערכת היענות לטיפול (Visual Analog Scale for Assessing Treatment Compliance) (Smith et al., 1999). בפני המשתתפים יוצג visual analog לגביהם יתבקשו לדרג את מידת שיתוף פעולתם עם הטיפול שנקבע להם על פני סולם הנע בין (0) שפירושו "חוסר שיתוף פעולה", עד (100) שפירושו "שיתוף פעולה מלא ללא התנגדות". בדומה למחקר קודם (רוטר, 2002), המשתתפים והרופאים המטפלים יעריכו את מידת שיתוף הפעולה של החולים עם הטיפול, זאת במטרה לקבל תמונה אמינה ככל האפשר על ההיענות לטיפול. בנוסף, תיבדק קניית התרופות בפועל.

המשתתפים הבלתי-תלויים

1. איכות חיים סובייקטיבית תיבדק על ידי 28 פריטים משאלון WHOQOL-BREF. הכלי מתייחס למספר תחומים: איכות חיים פיזית, פסיכולוגית, חברתית, סביבתית, איכות חיים באופן כללי ושביעות רצון מהבריאות. לכלי תוקף ומהימנות טובים בגרסתו האנגלית ($\alpha = 0.69$ עד $\alpha = 0.87$) (Skevington, Lotfy, & O'Connell, 2004) והוא תוקף לעברית (בן יעקב ואמיר, 2001). מחקרים קודמים הצביעו על כך שיש לו מהימנות פנימית טובה בעברית, הנעה בין 82 לבין 92 (לשם, 1999; בר-

לבב, 1998). לשם העיבוד הסטטיסטי מחושב הציון בכל תחום לפי הממוצע של סך הפריטים בתחום. הציון הממוצע מוכפל פי 4 כדי ליצור השוואה לציוני התחומים ב- WHOQOL-100 (שהינו הגרסה הארוכה של הכלי). ציוני התחומים ניתנים על סולם בכיוון החיובי, למשל, ציון גבוה בבריאות פיזית מציין בריאות פיזית טובה יותר (בן יעקב ואמיר, 2001; סולומון, 2005).

2. שימוש בשירותים: יבחן שימוש בשירותי בריאות הנפש וברופאים מטפלים באמצעות אינדקס קורנל לשירותים (The Cornell Service Index – CSI) (Sirey et al., 2005). המשתתפים יתבקשו להשיב האם, בשלשת החודשים האחרונים שקדמו לראיון, הם השתמשו בשירות רפואי כלשהו, בשירותים פסיכולוגיים שונים (פסיכותרפיה, קבוצת תמיכה ועוד), בשירותי תמיכה מקצועית (שירותי אחות, שירותי עזרה אישית בבית וכדומה) והאם השתמשו בשירותים כגון ביקור בחדר מיון, ביקור צוות חירום ועוד. לגבי כל אחת מהשאלות הם יתבקשו להשיב מי סיפק להם את השירות (רופא, פסיכיאטר, עובד סוציאלי ועוד), מקום השירות (בית חולים, מרפאות חוץ וכו'), סיבת השירות (למשל, בעיה פיזית, נפשית, אחר), תדירות השירות, משכו, הערכת תשלום ושיטות עיקריות לתשלום. בכדי למדוד את מידת השימוש בשירותים יחושב סך כל השימוש בכל שירות בנפרד. המהימנות הפנימית של כלי זה בגרסתו האנגלית טובה (Sirey et al., 2005) והוא יתורגם הלך וחזור לעברית.

3. אמונות לגבי המחלה: אמונות לגבי המחלה יוערכו באמצעות שאלון תפיסות המחלה (Illness Perceptions Questionnaire – IPQ) (Weinman, Petrie, Moss-Morris, & Horne, 1996). הכלי מורכב מחמישה סולמות, כאשר כל סולם מעריך כל אחד מהמידים של האמונות שיפורטו להלן. במחקר המוצע ייעשה שימוש בכלי הקיים בעברית, כאשר בדומה למחקר קודם בו נבחנו אמונות החולים בדיכאון לגבי מחלתם (Fortune, Barrowclough, & Lobban, 2004) הביטוי "מחלתי" הוחלף בביטוי "דיכאון שלי" והפריטים שהותאמו ונוספו עבור חולים בדיכאון במימד הזמן (1 פריט) ובמימד ההשלכות (1 פריט) תורגמו לעברית ובחזרה לאנגלית. המהימנות הפנימית של הסולמות בגרסה המותאמת לדיכאון בגרסה האנגלית נעה בין $\alpha = 0.56$ לבין $\alpha = 0.78$ (Fortune et al., 2004). המהימנות הפנימית של הסולמות בגרסה העברית, כפי שבדקנו במחקר מקדים, נעה בין $\alpha = 0.70$ לבין $\alpha = 0.79$.

א. סולם הזיהוי (סימפטומי המחלה) – תוצג למשתתפים רשימה של 14 סימפטומים של דיכאון והם יתבקשו לדרג את השכיחות בה הם חוו כל אחד מהסימפטומים האלה במהלך האפיזודה האחרונה של הדיכאון. דוגמה לפריט: "מצב רוח דיכאוני". כל פריט ידורג בסולם מסוג-ליקרט בן 4 דרגות, כאשר (1) פירושו "אף פעם" ו-(4) פירושו "כל הזמן". אם המשתתפים ישיבו "אף פעם" הפריט ינוקד כ-0, כל תשובה אחרת תחושב כ-1. יחושב אינדקס על ידי סיכום תשובות כל הפריטים, כאשר ניקוד גבוה יותר יצביע על מידה גבוהה יותר של התנסות בסימפטומים של דיכאון.

ב. סולם הזמן – המשתתפים יתבקשו לדרג את מידת הסכמתם עם 4 הצהרות לגבי תפיסותיהם באשר למשך הזמן של המחלה. דוגמה לפריט: "סביר יותר שהדיכאון שלי יהיה קבוע מאשר זמני". כל פריט ידורג על פני סולם מסוג-ליקרט בן 5 דרגות, כאשר (1) פירושו "לא מסכים כלל" ו-(5) פירושו "מסכים במידה רבה". לאחר הפיכת אחד הפריטים, ייבנה אינדקס שיחושב כממוצע התשובות.

ג. סולם הסיבות – רשימת סיבות בת 17 פריטים תוצג בפני המשתתפים, שיתבקשו לדרג את המידה בה כל אחת מהסיבות קשורה להיווצרות מחלתם. דוגמה לפריט: "דחק (סטריס) היה הגורם העיקרי למחלתי". כל פריט ידרג על פני סולם מסוג-ליקרט בן 5 דרגות, כאשר (1) פירושו "לא מסכים כלל" ו-(5) פירושו "מסכים במידה רבה". למימד זה יבוצע ניתוח גורמים ובאמצעותו יזהו גורמים מובחנים של האמונות הסיבתיות של החולים. לכל גורם שיזוהה ייבנה אינדקס על ידי חישוב ממוצע תשובות הפריטים השייכים לגורם זה.

ד. סולם ההשלכות – המשתתפים יתבקשו לדרג את המידה בה הם מסכימים עם 7 פריטים לגבי חומרת מחלתם ואמונותיהם לגבי ההשפעה של המחלה על חייהם. דוגמה לפריט: "לדיכאון שלי ישנן השלכות כלכליות משמעותיות עבורי". כל פריט ידרג בסולם מסוג-ליקרט בן 5 דרגות, כאשר (1) פירושו "לא מסכים כלל" ו-(5) פירושו "מסכים במידה רבה". לאחר הפיכת שני פריטים, ייבנה אינדקס שיהיה מורכב מממוצע התשובות, כאשר ניקוד גבוה יותר יצביע על מידה גבוהה יותר של אמונה שלמחלה ישנן השלכות חמורות.

ה. סולם השליטה/ריפוי – המשתתפים יתבקשו לדרג את מידת הסכמתם עם 6 פריטים לגבי אמונתם בנוגע לריפוי או שליטה. דוגמה לפריט: "הדיכאון שלי ישתפר במשך הזמן". כל פריט ידרג בסולם מסוג-ליקרט בן 5 דרגות, כאשר (1) פירושו "לא מסכים כלל" ו-(5) פירושו "מסכים במידה רבה". לאחר הפיכת שני פריטים, ייבנה אינדקס שיהיה מורכב מממוצע התשובות, כאשר ניקוד גבוה יותר יצביע על מידה גבוהה יותר של אמונה שהמחלה ניתנת לשליטה או לריפוי.

5. אמונות לגבי הטיפול – אמונות אלה יוערכו על ידי שני תתי-סולמות משאלון אמונות לגבי תרופות (Beliefs about Medication Questionnaire - BMQ) (Brown et al., 2005). שאלון זה נועד להעריך תפיסות קוגניטיביות לגבי הטיפול והמשתתפים יתבקשו לציין את המידה בה הם מסכימים עם 18 פריטים, ש-10 מהם יעריכו תפיסות לגבי טיפול ספציפי במחלת הדיכאון (טיפול בתרופות נוגדות-דיכאון) ו-8 מהם יעריכו תפיסות לגבי תרופות באופן כללי. תת-הסולם הראשון יעריך אמונות ספציפיות לגבי שני היבטים: נחיצות התרופה שנרשמה לטיפול במחלתם (5 פריטים) ודאגותיהם ליטול אותה (5 פריטים). תת-הסולם השני יעריך את האמונות הכלליות לגבי שני היבטים: שימוש יתר של רופאים בתרופות (4 פריטים) ואמונות בנוגע לנזק שהתרופות יכולות לגרום לחולים הנוטלים אותן (4 פריטים). דוגמה לפריט שיעריך אמונות ספציפיות לגבי נחיצות התרופה: "ללא התרופה שלי, אהיה חולה מאד". דוגמה לפריט שיעריך אמונות ספציפיות לגבי דאגות מנטילת התרופה: "הצורך ליטול תרופות מדאיג אותי". דוגמה לפריט שיעריך אמונות כלליות לגבי שימוש-יתר בתרופות מצידם של הרופאים: "רופאים משתמשים יותר מדי בתרופות" ודוגמה לפריט שיעריך אמונות כלליות לגבי נזק שעלול להיגרם לחולים הנוטלים באופן כללי תרופות: "רוב התרופות הן ממכרות". כל פריט ידרג בסולם מסוג-ליקרט בן 5 דרגות, כאשר (1) פירושו "לא מסכים בכלל" עד (5) "מסכים במידה רבה".

במחקר קודם נמצא שהמהימנות הפנימית עבור ארבעת תתי הסולמות נעה בין $\alpha = 0.67$ לבין $\alpha = 0.80$ (Brown et al., 2005). כלי זה תורגם לעברית ובחזרה לאנגלית והמהימנות הפנימית שלו בגרסה העברית, כפי שנבדקה על ידינו במחקר מקדים, נעה בין $\alpha = 0.51$ לבין $\alpha = 0.89$. לשם העיבוד

הסטטיסטי יסרכמו סך כל הנקודות של כל אחד משני ההיבטים המרכיבים את תתי-הסולמות וייבנה עבור כל אחד מהם אינדקס. הניקוד עבור כל אינדקס של אמונות ספציפיות יכול לנוע בין 5 לבין 25, כאשר ניקוד גבוה יותר יצביע על מידה גבוהה יותר של אמונות לגבי נחיצות הטיפול או דאגות ממנו. במטרה לזהות את החשיבות היחסית של כל אחד מהאינדקסים, יחושב ההפרש בין הניקוד המירבי של אינדקס הנחיצות לבין הניקוד המינימלי של אינדקס הדאגות, ולהיפך. התוצאה שתתקבל (בטווח 20- עד 20) תצביע על תפיסת עלות-תועלת (דאגות-נחיצות, בהתאמה) של החולים לגבי הטיפול. בהתייחס לתת-הסולם של אמונות כלליות, הניקוד של כל אינדקס יכול לנוע בין 4 לבין 20, כאשר ניקוד גבוה יותר יצביע על מידה גבוהה יותר של אמונות לגבי שימוש יתר בתרופות מצידם של רופאים או אמונות שתרופות מזיקות לחולים שנוטלים אותן (Horne & Weinman, 1999).

6. סטיגמה-עצמית. דהיינו התפיסות הסובייקטיביות של יחידים לגבי היותם פחותי ערך מאחרים בשל מחלתם (ללא קשר למידה האובייקטיבית של אפליה הקיימת כלפיהם) תוערך באמצעות גרסה מותאמת של סולם סטיגמה עצמית של בריאות נפשית (Self-stigma of Mental Health scale - SSMIS) כאשר הביטוי "מחלת נפש" יוחלף בביטוי "דיכאון". בכלי זה נעשה שימוש בקרב חולים במחלות נפש שונות כגון, דיכאון וסכיזופרניה (Watson, Corrigan, Larson, & Sells, 2007). בפני המשתתפים יוצגו 30 פריטים, המייצגים שלשה תתי-סולמות: מודעות לסטריאוטיפים, הסכמה עם הסטריאוטיפים, הסכמה-עצמית עם הסטריאוטיפים. המשתתפים יתבקשו לדרג את הסכמתם על גבי סולם מסוג-ליקרט בן 9 דרגות, הנע בין (1) שפירושו "לא מסכים כלל" עד (9) שפירושו "מסכים במידה רבה". דוגמה לפריט שיעריך מודעות לסטריאוטיפים: "אני חושב שהציבור מאמין שרוב האנשים החולים בדיכאון הם בלתי צפויים"; דוגמה לפריט שיעריך הסכמה עם הסטריאוטיפים: "אני חושב שרוב החולים בדיכאון הם בלתי צפויים"; דוגמה לפריט שיעריך הסכמה-עצמית עם הסטריאוטיפים: "בגלל שאני חולה בדיכאון אני בלתי צפוי". מחקר קודם שהשתמש בכלי זה בקרב חולים במחלות נפש וביניהם חולים בדיכאון הצביע על כך שהמהימנות הפנימית של הסולמות נעה בין $\alpha = 0.64$ לבין $\alpha = 0.87$ (Fung et al., 2007). כלי זה תורגם לעברית ובחזרה לאנגלית. המהימנות הפנימית של הסולמות בגרסה העברית, כפי שנבדקה על ידינו במחקר מקדים, נעה בין $\alpha = 0.76$ לבין $\alpha = 0.89$. לשם העיבוד הסטטיסטי ייבנה אינדקס עבור כל תת-סולם כממוצע של 10 הפריטים בכל תת-סולם, כאשר ניקוד גבוה יותר יצביע על רמות גבוהות יותר של אפליה נתפסת וסטיגמה עצמית.

7. הערכה-עצמית – הערכה-עצמית תוערך באמצעות סולם ההערכה-העצמית של רוזנברג (Rosenberg, 1979). בפני המשתתפים יוצגו 10 פריטים לגביהם המשתתפים יתבקשו לציין את המידה בה הם מסכימים עם כל אחד מהפריטים. כל פריט ידרג בסולם מסוג-ליקרט בן 4 דרגות, כאשר (1) פירושו "מסכים מאד" ו- (4) פירושו "מתנגד מאד". לאחר הפיכת חמישה פריטים, ניקוד הפריטים יחושב כממוצע לשם בניית אינדקס כולל. ניקוד גבוה יותר יצביע על מידה גבוהה יותר של הערכה-עצמית. דוגמה לפריט: "אני מרגיש שאין הרכה דברים שאוכל להתגאות בהם". לכלי תוקף ומהימנות טובים מאד בעברית (מהימנות פנימית נעה בין $\alpha = 0.84$ ל- $\alpha = 0.90$) (מיקל, 2001; Schmitt & Allik, 2005).

8. עלות הטיפול ועלות ההתערבות: אנו נעריך את העלות הכוללת של הטיפול הרפואי הניתן לכל משתתף (מוגדר כעלות לביקורי רופאים ראשוניים ומומחים, טיפול תרופתי לדיכאון). עלות ההתערבות תוערך על ידי רישום מדויק של השעות המושקעות על ידי המטפלים השונים ותרגומו למונחים של השכר הממוצע המשולם לאנשי מקצוע אלה (כולל 30% עבור עלויות מעביד) וכל עלות נוספת הכרוכה במתן ההתערבות (כגון ציוד, טלפונים ועוד).

משתני רקע ומאפיינים קליניים: אלה יכללו גיל, מין, ארץ מוצא, שנת עלייה, מצב משפחתי, מצב בריאותי סובייקטיבי ומצב תפקודי, שייבדק באמצעות כלים מקובלים ומתוקפים בעברית להערכת קושי לבצע פעולות יומיומיות (ADL) ופעולות אינסטרומנטליות יומיומיות (IADL) (Katz, Downs, Cash, & Grotz, 1970; Lawton & Brody, 1969). הכלי להערכת קושי לבצע פעולות יומיומיות כולל 5 פריטים לגביהם המשתתפים יתבקשו להשיב באיזו מידה הם זקוקים לעזרה בביצוע הפעולות הבאות: אכילה, הלבשה, רחצה, שליטה על הסוגרים וניידות. מחקר קודם הצביע על כך שלכלי מהימנות פנימית טובה ($\alpha = 0.82$) (כספי, 2003). הכלי להערכת פעולות אינסטרומנטליות יומיומיות כולל 8 פריטים לגביהם המשתתפים יתבקשו לתאר את יכולת לבצע פעולות שונות כדוגמת יכולת להשתמש בטלפון, לבצע קניות ולהכין אוכל. מחקר קודם הצביע על כך שלכלי מהימנות פנימית טובה ($\alpha = 0.79$) (רביע, 2008).

בשתי ההערכות האחרונות השאלון יכלול תיעוד בנוגע למספר אפיוזות דיכאוניות קודמות ולמשך הטיפול התרופתי והתרופה אותה נטלו המשתתפים. בכדי לקבל תמונה אמינה ככל האפשר, פרטים בנוגע למשך הטיפול התרופתי והתרופה עצמה יתקבלו הן מהרופא המטפל והן מהחולים עצמם. בהקשר זה נציין, כי במקרה של סתירה בנתוני שני המקורות האלה נשתמש בדיווח שיתקבל מהחולים עצמם.

פירוט השיטות הסטטיסטיות לניתוח הנתונים וההנמקה לבחירה בהן:

ניתוח הנתונים יתבצע באמצעות שימוש בתוכנת SPSS לבחינת הבדלים בין הקבוצות בנוגע למשתני המחקר. הניתוח יכלול בין היתר סטטיסטיקה תיאורית למדגם (ממוצעים, סטיות תקן וכדומה), בניית אינדקסים של משתני המחקר וביצוע ניתוחי שונות (ANOVA), זאת לשם ביצוע השוואה של משתני המחקר בין קבוצת ההתערבות לקבוצת הביקורת.

זיהוי הטיות אפשריות ושיטות לצמצום השפעתן:

כמו לכל מחקר גם למחקר המוצע מספר מגבלות. ראשית, המחקר המוצע יעריך כאמור את השפעת ההתערבות בארבע נקודות זמן: בתחילת ההתערבות, בשבוע ה-6 (תום ההתערבות), בשבוע ה-12 וה-24. ייתכן שחלק מהמשתתפים יבקשו לנשור מהתהליך בטרם יסתיים ולא יחפצו לשתף פעולה עם ארבעת ההערכות הללו. בכדי להתגבר על קושי אפשרי זה אנו נעשה כל שביכולתנו לשוחח עם המשתתפים הפוטנציאליים ולהסביר להם בטרם ובמהלך השתתפותם במחקר את חשיבות השתתפותם ותרומתם להרחבת הידע בנושא חשוב זה. קושי אפשרי נוסף שאנו עלולים להיתקל בו במהלך ביצוע ההערכות הינו למידת המשתתפים את שאלון המחקר. בכדי לצמצם את ההשפעה האפשרית של הלמידה ננחה את עוזרי המחקר להקריא את שאלון המחקר בסדר שונה מזה שהוצג למשתתפים בהערכה הקודמת. שנית, ההיענות לטיפול תוערך באמצעות כלים לדיווח-עצמי שהינם בעלי מהימנות טובה. ייתכן ששימוש בכלים אחרים

יפיקו מידע אחר לגבי ההיענות לטיפול. אולם, השימוש בכלים לדיווח עצמי נפוץ ומקובל ביותר בחקר ההיענות לטיפול בדיכאון (Brown et al., 2001; Maidment et al., 2002; Von-Knorrning et al., 2006). נציין, שבמטרה לצמצם את השפעת ההטיה האפשרית הזו, במחקר המוצע ייעשה שימוש במספר כלים להערכת ההיענות לטיפול ולא בכלי בודד בלבד. כמו כן, תיבדק קניינת התרופות בפועל. שלישית, יש לציין שהמחקר המוצע יתמקד בחסמים לטיפול מנקודת מבטם של המטופלים ולא ייכללו בו חסמים כדוגמת תפיסת המחלה מנקודת מבטם של הרופאים המטפלים.

מסקנות יישומיות אפשריות: תועלת מעשית והמלצות למקבלי ההחלטות

תוצאות המחקר הצפויות תוכלנה לתרום לעולם הרפואה בכלל ולתכנון מדיניות בשירותי הקופה בפרט בקבלת ידע באשר ליעילותה, יישומיותה ועלותה של תכנית התערבות קצרה וממוקדת המשלבת שיחות וטיפול תרופתי בדיכאון. כמו כן, זיהוי החסמים והטיפול בהם יוביל לקבלת טיפול יעיל, להגדלת ההיענות לטיפול, לשיפור איכות החיים של החולים, לצמצום ההשלכות השליליות של חוסר היענות ולחסכון במשאבים כספיים.

אמצעים העומדים לרשות החוקרים כולל תשתיות, צוות עובדים וציוד

צוות המחקר ושיתוף פעולה עם אחרים: ד"ר ערד קודש יהיה אחראי על המחקר יחד עם פרופ' פרלה ורגר מאוניברסיטת חיפה. הצוות יסתייע במרכזת המחקר, גב' יפעת שטיין-שוואכמן, שתהיה אחראית לתאום עם הגורמים השונים המעורבים בביצוע המחקר, על הנחיית ופיקוח עוזר המחקר, על הכנת הראיון, הקלדת הנתונים וניתוחים ראשוניים. כמו כן, הצוות יסתייע בשיתוף פעולה של עו"ס/אחיות שנגייס לביצוע ההתערבות. בנוסף, לביצוע הערכת ישימות ויעילות ההתערבות הצוות יסתייע בעוזר מחקר שיבצע את הראיונות ובייעוץ סטטיסטי שיעזור בניתוח הנתונים הסטטיסטיים. הציוד העומד לרשות החוקרים הינו חדר באוניברסיטת חיפה מהם ניתן יהיה לעבוד, טלפון ומחשב. בנוסף, לרשות החוקרים באוניברסיטת חיפה עומדות תוכנות סטטיסטיות נדרשות לעיבוד הנתונים (SPSS ו-AMOS).

רשימת המקורות

בן יעקב, י. ואמיר, מ. (2001). איכות חיים סובייקטיבית: המשגה ומדידה על-פי ארגון הבריאות העולמי. גרונטולוגיה, כח' (3), 186-169.

בר-לבב, פ. (1998). הקשר בין תפקידי מין, סגנונות התמודדות, סגנונות שליטה ותמיכה חברתית נתפסת לבין איכות חיים סובייקטיבית. עבודת גמר לקבלת התואר מוסמך, אוניברסיטת בן גוריון.

כספי, א. (2003). הקשר בין ייצוגי מחלת אלצהיימר בקרב מטפלים בחולי אלצהיימר לעומס הטיפול. עבודת גמר לקבלת התואר מוסמך, החוג ללימודי זיקנה – גרונטולוגיה, אוניברסיטת חיפה.

לשם, מ. (1999). ההשפעות הפסיכולוגיות ארוכות-הטווח של השתתפות במלחמות ישראל באוכלוסיית גברים מבוגרים. עבודת גמר לקבלת התואר מוסמך, אוניברסיטת בן גוריון.

מייקל, ק. (2001). הקשר בין גורמים חברתיים, גורמים אישיים וגורמי מצב רוח ורגש לבין נטילת סיכון בקרב בני נוער. עבודת גמר לקבלת התואר מוסמך, בית הספר לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת חיפה.

סולומון, ר. (2005). השפעת השימוש בשירותים פורמאליים על איכות חייהם של קשישים בני 75 ומעלה. עבודת גמר לקבלת התואר מוסמך, החוג ללימודי זיקנה – גרונטולוגיה, אוניברסיטת חיפה.

רביע, ח. (2008). מודרניזציה ומסירות ילדים להורים קשישים בחברה הערבית בישראל. עבודת גמר לקבלת התואר דוקטור לפילוסופיה, האוניברסיטה העברית בירושלים.

רוטר, א. (2002). תובנה והיענות לטיפול באפיזודה ראשונה של סכיזופרניה: הקשר לתפקוד מטה-קוגניטיבי. עבודת גמר לקבלת תואר "מוסמך", החוג לפסיכולוגיה, אוניברסיטת חיפה.

Adams, J., & Scott, J. (2000). Predicting medication adherence in severe mental disorders.

Acta Psychiatrica Scandinavica, 101, 119 - 124.

Aikens, J. E., Nease, D. E., & Klinkman, M. S. (2008). Explaining patients' beliefs about necessity and harmfulness of antidepressants. *Annals of Family Medicine*, 6(1), 23 - 29.

Aikens, J. E., Nease, D. E., Nau, D. P., Klinkman, M. S., & Schwenk, T. L. (2005). Adherence to maintenance-phase antidepressant medication as a function of patient beliefs about medication. *Annals of Family Medicine*, 3(1), 23 - 30.

Alonso, J., Buron, A., Bruffaerts, R., He, Y., Posada-Villa, J., Lepine, J. P., et al. (2008). Association of perceived stigma and mood and anxiety disorders: Results from the World Mental Health Surveys. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118, 305 - 314.

Berlim, M. T., McGirr, A., & Fleck, M. P. (2008). Can sociodemographic and clinical

variables predict the quality of life of outpatients with major depression ?

Psychiatry

Research, 160, 364 – 371.

Bosworth, H. B., Voils, C. I., Potter, G. G., & Steffens, D. C. (2008). The effects of antidepressant medication adherence as well as psychosocial and clinical factors on

depression outcome among older adults. *International Journal of Geriatric*

Psychiatry,

23, 129 – 134.

Brown, C., Battista, D. R., Bruehlman, R., Sereika, S. S., Thase, M. E., & Dunbar-Jacob, J.

(2005). Beliefs about antidepressant medications in primary care patients:

Relationship

to self-reported adherence. *Medical Care*, 43(12), 1203 – 1207.

Brown, C., Dunbar-Jacob, J., Palenchar, D. R., Keller, K. J., Bruehlman, R. D.,

Sereika, S., & Thase, M. E. (2001). Primary care patients' personal illness models for depression: A preliminary investigation. *Family Practice*, 18(3), 314 – 320.

Corrigan, P. (2000). Mental health stigma as social attribution: Implications for research

methods and attitude change. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7(1), 48 – 67.

Corrigan, P. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, 59(7), 614 – 625.

Corrigan, P. W., & Rusch, N. (2002). Mental illness stereotypes and clinical care: Do people avoid treatment because of stigma ? *Psychiatric Rehabilitation Skills*, 6(3), 312 – 334

Ebmeier, K. P., Donaghey, C., & Steele, J. D. (2006). Recent developments and current

controversies in depression. *Lancet*, 367, 153 – 167.

Edlund, M. J., Fortney, J. C., Reaves, C. M., Pyne, J. M., & Mittal, D. (2008). Beliefs about depression and depression treatment among depressed veterans. *Medical Care*,

46(6), 581 – 589.

Fortune, G., Barrowclough, C., & Lobban, F. (2004). Illness representations in depression. *British Journal of Clinical Psychology*, 43, 347 – 364.

Fung, K. M., Tsang, H. W., Corrigan, P. W., Lam, C. S., & Cheung, W. M. (2007). Measuring self-stigma of mental illness in China and its implications for recovery. *International Journal of Social Psychiatry*, 53(6), 408 – 418.

Glick, I. D., Clarkin, J. F., Spencer, J. H., Haas, G. L., Lewis, A. B., Peyser, J., et al., (1985). A

controlled evaluation of inpatient family intervention. *Archives of General Psychiatry*, 42(9), 882 – 886.

Greenberg, P. E., Kessler, R. C., Birnbaum, H. G., Leong, S. A., Lowe, S. W., Berglund,

P. A., et al. (2003). The economic burden of depression in the United States: How did it change between 1990 and 2000 ? *The Journal of Clinical Psychiatry*, 64(12), 1465 – 1475.

Hamilton, G. A. (2003). Measuring adherence in a hypertension clinical trial. *European*

Journal of Cardiovascular Nursing, 2, 219 – 228.

- Horne, R., & Weinman, J. (1999). Patients' beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic illness. *Journal of Psychosomatic Research*, 47(6), 555 – 567.
- Hu, T., He, Y., Zhang, M., & Chen, N. (2007). Economic costs of depression in China. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42, 110 - 116.
- Julius, R. J., Novitsky, M. A., & Dubin, W. R. (2009). Medication adherence: A review of the literature and implications for clinical practice. *Journal of Psychiatric Practice*, 15(1), 34 – 44.
- Katz, S., Downs, T. D., Cash, H. R., & Grotz, R. C. (1970). Progress in development of the index of ADL. *Gerontologist*, 10(1), 20 – 30.
- Lawton, M. P., & Brody, E. M. (1969). Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, 9, 179 – 186.
- Lingam, R., & Scott, J. (2002). Treatment non-adherence in affective disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105, 164 – 172.
- Luppa, M., Heinrich, S., Angermeyer, M. C., König, H. H., & Riedel-Heller, S. G. (2007). Cost-of-illness studies of depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 98, 29 – 43.
- Maidment, R., Livingston, G., & Katona, C. (2002). 'Just keep taking the tablets': Adherence to antidepressant treatment in older people in primary care. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17, 752 – 757.

Morisky, D.E., Green, L.W., & Levine, D.M. (1986). Concurrent and predictive validity of a self-

reported measure of medication adherence. *Medical Care*, 24(1), 67-74.

Pampallona, S., Bollini, P., Tibaldi, G., Kupelnick, B., & Munizza, C. (2004).

Combined pharmacotherapy and psychological treatment for depression. *Archives of*

General Psychiatry, 61(7), 714 – 719.

Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the self*. New York: Basic Books.

Schlenk, E. A., Dumbar-Jacob, J., & Engberg, S. (2004). Medication non-adherence among older adults: A review of strategies and interventions for improvement.

Journal

of Gerontological Nursing, 30(7), 33 – 43.

Schmitt, D. P., & Allik, J. (2005). Simultaneous administration of Rosenberg self-esteem

scale in 53 nations: Exploring the universal culture-specific features of global self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 89(4), 623 – 642.

Sherbourne, C. D., Hays, R. D., Ordway, L., DiMatteo, M. R., & Kravitz, R. L. (1992).

Antecedents of adherence to medical recommendations: Results from the medical outcomes study. *Journal of Behavioral Medicine*, 15(5), 447 – 468.

Skevington, S. M., Lotfy, M., & O'Connell, K.A. (2004). The World Health Organization's

WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the

international field trial. A Report from the WHOQOL Group. *Quality of Life Research*, 13(2), 299 – 310.

Sirey, J. A., Bruce, M. L., Alexopoulos, G. S., Perlick, D. A., Raue, P., Friedman, S. J.,

et al. (2001). Perceived stigma as a predictor of treatment discontinuation in young and older outpatients with depression. *American Journal of Psychiatry*, 158(3), 479 – 481.

Sirey, J. A., Bruce, M. L., & Kales, H. C. (in press). Improving antidepressant adherence and

depression outcomes in primary care: The treatment initiation and participation program.

American Journal of Geriatric Psychiatry.

Sirey, J. A., Meyers, B. S., Teresi, J. A., Bruce, M. L., Ramirez, M., Raue, P. J., et al. (2005).

The Cornell Service Index as a measure of Health Service Use. *Psychiatric Services*, 56(12), 1564 – 1569.

Smith, T.E., Hull, J. W., Goodman, M., Hedayat-Harris, A., Willson, D. F., Israel, L.

M., et al. (1999). The relative influences of symptoms, insight, and neurocognition on

social adjustment in schizophrenia and schizoaffective disorder. *The Journal of Nervous*

and Mental Disease, 187(2), 102 – 108.

Tsang, H. W. H., Fung, K. M. T., & Corrigan, P. W. (2006). Psychosocial treatment compliance scale for people with psychotic disorders. *Australian and New Zealand*

Journal of Psychiatry, 40, 561 – 569.

Von-Knorring, L. V., Akerblad, A. C., Bengtsson, F., Carlsson, A., & Ekselius, L. (2006).

Cost of depression: Effect of adherence and treatment response. *European Psychiatry*,

21, 349 – 354.

Waite, R., & Killian, P. (2008). Health beliefs about depression among African American

women. *Perspectives in Psychiatric Care*, 44(3), 185 – 195.

Watson, C., Corrigan, P., Larson, J. E., & Sells, M. (2007). Self-stigma in people with mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, 33(6), 1312 – 1318.

Weinman, J., Petrie, K. J., Moss-Morris, R., & Horne, R. (1996). The illness perception questionnaire: A new method for assessing the cognitive representations of illness. *Psychology and Health*, 11, 431 – 445.

World Health Organization, *Depression*. Retrieved February 9, 2008 from the World Wide Web:

http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/print.html, 2008

שיפור ההיענות לטיפול בדיכאון- פר

התפקיד במחקר	תואר אקד'	עלות* ליחידה	כמות יחידות	סה"כ
1 מרכז מחקר דוקטורנטית		50 ש"ח לשעה	800 שעות	40,000
2 עו"ס אחיות		55 ש"ח לשעה	75 איש בקבוצת ההתערבות (3 התערבויות פנים אל פנים עם כל משתתף כאשר משך כל מפגש שעה + 2 שיחות טלפוניות כאשר משך כל שיחה חצי שעה+ביטול זמן)	25,500
3 עוזר מחקר		50 ש"ח לראיון	600 ראיונות (150 ראיונות ב-4 נקודות זמן) משך הראיון כ - 40 - 60 דקות	30,000
4 יועצת למחקר			מדובר בתשלום הונורריום לפרופ' סירי החוקרת האמריקאית שפיתחה את ההתערבות ותדריך את הצוות הישראלי	2,000
5 סטטיסטיקאי/ייעוץ סטטיסטי	20 ש"ח	200 ש"ח לשעה	מא בסטטיסטיקה (עד 253-נשמ)	4,000
6 נסיעות		40	600 ראיונות- 28.6 ק"מ בממוצע * 1.4 ש"ח לק"מ ע"פ נש"מ	24,000
7 הוצאות משרד			צילום, ציוד משרדי, שכפול, הוצאות טלפון וכו'	1000
סה"כ				126,500

מחצית הסכום תמומן על ידי האוניברסיטה ומחצית מבוקשת מהמשרד לענייני גימלאים

* הצ"ע: ג'סטי טאו' ארנז וג'מילי-חל