

משתנים קוגניטיביים ותמיכה זוגית כמסבירים הבדלים בביצוע התנהגות שיקומית בין חולי לב ערבים ליהודים

אמל טאהא-פאהום

מחלות לב וכלי דם הם גורמי התמותה העיקריים באוכלוסיית העולם המערבי, וישראל בכלל זה. האתגר החשוב והעיקרי העומד בפני חולה לב לאחר אירוע לבבי הוא החזרה לתפקוד המקסימלי כפי שהיה לפני האירוע (Drory, 1993; קרסו ופוגל, 2004). רוב חולי הלב מפחדים לחזור לתפקוד מלא, ובתחומי חיים רבים הם מתקשים להכריע בין פעולות מותרות לאסורות (Drory, 1998; Kravetz, Florian & Weingarten, 1998). על כן קיימת חשיבות רבה בליווי המחלימים בהדרכה נכונה, בהתוויית דרכי חיים חדשות, בהכוונה לשינוי התנהגותי וברכישת הרגלי חיים בריאים יותר. למרות העדויות על התרומה של שיקום חולי לב לירידה משמעותית בתחלואה ובתמותה ממחלות לב ועל שיפור איכות חיי החולה, כמו גם תרומה רבה לקופה הציבורית בצמצום העלויות של האשפוזים החוזרים, שיעורי ההשתתפות בתכניות שיקום לב עדיין נמוכים (קרסו ופוגל, 2004) וקיימות ראיות רבות בעולם להבדלים בין קבוצות אוכלוסייה שונות. ידוע כי למרות שיעורי התחלואה והתמותה בארץ ממחלות לב, הגבוהים יותר בקרב המגזר הערבי, שיעורי ההשתתפות בתכניות לשיקום לב בקרב חולים ערבים נמוכים בהרבה מאלו של חולים יהודים (Leibowitz, Reges, Manor, 2005; Bental & David, 2005). השאלה היא מדוע? מה יכולים להיות הגורמים לפערים אלו בהתנהגות השיקומית? השאלה חשובה במיוחד על רקע מיעוט המידע הקיים לגבי התמודדות עם מחלת לב בקרב האוכלוסייה הערבית בישראל. טרם נבדק

* מחקר זה נכתב בהנחייתם של פרופ' ורדה סוסקולני וד"ר נעה וילצנסקי מאוניברסיטת בר אילן, בשיתוף עם ד"ר ג'רייס שחאדה מבית החולים הכרמל.

השיקום בהקשר התרבותי, בהתייחס למרכיבים קוגניטיביים: עמדות, אמונות ותפיסות, על המחלה ועל יכולת השליטה בשני המגזרים, כמו גם למרכיבים חברתיים, כמו מידת התמיכה מצד בני משפחה.

המחקר הנוכחי בא לבחון הסברים לפערים בהתנהגויות השיקומיות בין חולי לב ערכים ליהודים בהקשר התרבותי באמצעות מודל תאורטי משולב של גורמים קוגניטיביים ומשאב חברתי – התמיכה הזוגית. זיהוי גורמים אלו עשוי לתרום לתכנון התערבויות שיהיו מותאמות תרבותית, כך שיגבירו את שיעור המחלימים והחוזרים לתפקוד אחרי אירועי הלב השונים, דבר שיש לו יעילות נפשית, כלכלית וחברתית.

מחלות לב: היבטים רפואיים ושיקומיים

היבטים רפואיים

מחלות כלי הדם והלב הן גורם התמותה הראשון בעולם המודרני המערבי (World Health Organization, 2009). בשנת 2005 מתו בעולם 17.5 מיליון איש ממחלות לב וכלי דם, מהם 7.2 מיליון ממחלות לב טרשתיות. כיוון ששכיחות מחלות הלב הטרשתיות (תעוקת חזה והתקפי לב), שבץ מוחי ומחלת עורקים היקפית ברחבי העולם הולכת וגדלה, צופים שבשנת 2030 יעמוד מספר הנפטרים השנתי ממחלות לב וכלי דם בעולם המערבי על 23.6 מיליון. התמותה מטרשת העורקים בעולם המערבי גבוהה יותר מהתמותה מכל הסיבות האחרות גם יחד: כלל מקרי הסרטן והמחלות האחרות וכלל מקרי המוות מתאונות וממלחמות (American Heart Association, 2009).

על אף שהמחלה היא גורם התמותה הראשון, ראוי לציין שבעשרים השנים האחרונות חלה ירידה בתחלואה ובתמותה ממחלות לב באירופה המערבית, ומנגד חלה עלייה מתמדת במזרח אירופה ובאסיה (רובינשטיין, 2006). בארצות הברית ניכרת כבר הפחתה של מקרי המוות משנת 1981 בעקבות ירידה בשכיחות גורמי הסיכון. הפחתה זו מביאה לירידה של 50% בתמותה ממחלת לב. ההתפתחות המדעית והגברת יעילות הטיפול באירועים הלבביים אחראיות ל-43% נוספים.

בישראל מתרחשים מדי שנה כ-30,000 התקפי לב, מתוכם כ-4,200 קטלניים (גולדשמידט, 2007). על פי סקר בריאות לאומי בשנים 2003–2004 (משרד הבריאות, 2004) מחלות קרדיו-וסקולריות הן הסיבה העיקרית לנכות ולמוות בטרם עת בישראל. קרוב לעשירית (8.7%) מכלל בני 21 ומעלה דיווחו כי רופא

אבחן אצלם מחלת לב אי פעם. השיעור עולה עם הגיל: 1.8% אצל בני 21–44, לעומת 28.2% אצל בני 65 ומעלה. 3.6% מכלל בני 21 ומעלה דיווחו על התקף לב שאירע פעם אחת לפחות, והשיעור עולה עם הגיל ומגיע עד 13.8% בבני 75 ומעלה. שיעורי התחלואה גבוהים בקרב גברים יותר מאשר בקרב נשים בכל קבוצות הגיל.

אחד הגורמים השכיחים ביותר למחלות הלב הנפוצות, מחלת לב כלילית (Coronary Artery Disease) או מחלת לב איסכמית (Ischemic Heart Disease), הוא סתימה הנוצרת מהצטברות של רבדים טרשתיים (plaque) בדופן העורקים (טרשת עורקים) (קרסו ופוגל, 2004). מחלת לב יכולה להתבטא בכמה אופנים על פי חומרתם מהקל אל הכבד: איסכמיה שקטה, שבה עורקי הלב מוצרים, אך אין שום סימנים קליניים; תעוקת חזה (אנגינה פקטוריס), שבה עורקי הלב מוצרים וגורמים לכאבי חזה המופיעים בעיקר בעת מאמץ, רוגז ולעתים בזמן מנוחה; התקף לב (אוטם שריר הלב) (Myocardial infarction), שהוא סתימה פתאומית של אחד או כמה עורקי לב, הגורמת למוות של תאי שריר בלב. הביטוי הדרמטי ביותר של מחלת לב כלילית הוא מוות פתאומי כתוצאה מהפרעה חמורה בקצב הלב, המכונה דום לב (Sudden Cardiac Death, Cardiac Arrest). קיימות מחלות לב נוספות שמקורן לרוב במחלת לב כלילית (אך ייתכנו גם סיבות אחרות), כגון הפרעות קצב ואי ספיקת לב (קרסו ופוגל, 2004). אירוע לבבי (שהוא מוקד המחקר הנוכחי) מוגדר כאוטם חריף בשריר הלב או צנתור טיפולי, או ניתוח מעקפים (שהם המצבים המזכים במימון ציבורי לתכנית שיקום חולי לב, הנכלל בסל שירותי הבריאות שבאחריות קופות החולים). שיקום חולי לב ניתן לאחר אוטם שריר הלב או לאחר ניתוח מעקף כלי דם כליליים וכולל: (1) תכנית שיקום: הדרכה, חינוך לבריאות והתעמלות שיקומית – עד שלושה חודשים. מעבר לתקופה זו ועד שישה חודשים קופת החולים משתתפת בעלות כספית של התעמלות שיקומית; (2) החלמה בבית מלון בהשגחה רפואית: השתתפות כספית של הקופה לחמשת הימים שלאחר השחרור מבית החולים; (3) ניתוח קצב הלב: באמצעות מכשיר ניטור אישי לאחר אוטם חריף בשריר הלב או לאחר ניתוח לב – עד שישה שבועות (משרד הבריאות, 2006).

עם גורמי הסיכון למחלות לב נמנים גורמים שאינם ניתנים לשינוי, כגון גיל, מין ותורשה, וגורמים הניתנים לשינוי, כמו הפרעה במשק השומנים, יתר לחץ דם, סוכרת, השמנה, עישון וחוסר פעילות גופנית (רובינשטיין, 2006; Graves 2003 & Miller). יש שני סוגי טיפול מונע בגורמי סיכון למחלות לב וכלי דם: מניעה

ראשונית, לשם הפחתה של גורמי הסיכון למחלת הלב לפני הופעת תסמיני המחלה, ומניעה שניונית, לשם הפחתת גורמי סיכון אצל מי שכבר הופיעו אצל תסמינים, וזאת על ידי שינוי באורח החיים כמו הפסקת עישון, פעילות גופנית ושינויים בתזונה (רובינשטיין, 2006). זיהוי גורמי הסיכון האישיים של חולה הלב הוא צעד הכרחי בתכנון הטיפול הרפואי של כל מחלים, כי לפיו יקבע הרופא את התרופות שיומלצו למחלים ואת תכנית השיקום (קרסו ופוגל, 2004).

היבטים שיקומיים

לפי ארגון הבריאות העולמי, שיקום חולי לב הוא "מכלול הפעולות הנדרשות על מנת להביא את חולה הלב לרמת תפקוד מיטבית מבחינה גופנית, נפשית וחברתית, כדי שיוכל לתפוס מחדש את מקומו בחברה, בכוחות עצמו" (WHO, 1964). הטיפול השיקומי מבוסס על שני רכיבים עיקריים: אימון גופני בפינוק רפואי, המותאם למצב הרפואי ולכושר הגופני של המחלים, וחינוך, ייעוץ והתערבויות טיפוליות-התנהגותיות שנועדו להפחית את החשיפה לגורמי הסיכון הנוספים על מחלת לב ולהשיג את השינויים הדרושים באורח החיים שלו. מחקרים מראים כי ההשתתפות בתכניות שיקום תורמת לירידה משמעותית בתחלואה ובתמותה ממחלות לב (Oldrige, Guyatt, Fischer & Rimm, 1988; Dorn, Naughton, Imamura & Trevisan, 1999), ומקטינה את הסיכון לתמותה המגיעה עד 20%–25% (קרסו ופוגל, 2004). ירידה זו מתרחשת הודות לשיפור הכושר הגופני, התמעטות התסמינים (תעוקה, קוצר נשימה ועייפות), הפחתת רמות השומנים בדם ובערכי לחץ הדם, שיפור בחילוף החומרים של הסוכרים, ירידה במשקל, האטת תהליך טרשת העורקים ומניעת אירועי לב חוזרים (Yoshida, Yoshida, Yamamoto, Nagasaka, Tadaura, Meguro, 2001). הפסקת עישון, וכן שיפור ברווחה הנפשית והפחתת הדחק הנפשי (דרורי, 1993). כמו כן נמצא ששיקום לבבי מפחית את שיעורי האשפוז החוזרים (Ades, Huang & Weaver, 1992) ומשפיע לטובה על מצב הבריאות הכללי (Levin, Perk & Hedback, 1991). התועלת הפסיכולוגית באה לידי ביטוי בשיפור איכות החיים ובהפחתת דיכאון, מתח ורמות לחץ (Engelbreton, et al., 1999; Linden, 2000). לפיכך, ההתנהגות השיקומית מוגדרת בין השאר באמצעות חזרה לעבודה, שמירה על תזונה נכונה וביצוע פעילות גופנית (Broadbent, Petrie, Ellis, Ying, & Gamble, 2004).

האתגר העיקרי העומד לפני חולה לב לאחר אירוע לבבי, כגון צנתור לב,

אוטם שריר הלב או ניתוח לב (מכל סוג), הוא החזרה לשגרה ולתפקוד הרגיל (Drory, Kravetz, Florian & Weingarten, 1998), ושינוי הרגלי חיים כדי למנוע אירוע נוסף (דרורי, 1993, קרסו ופוגל, 1994). רוב חולי הלב פוחדים לחזור לתפקוד מלא, ובתחומי חיים רבים הם מתקשים להכריע בין פעולות מותרות לאסורות (Drory et al., 1998). לכן זו אפוא חובה ללוות את המחלימים מאירוע לבבי בהדרכה נכונה ובהתוויית דרכי חיים חדשות, באמצעות שינוי התנהגותי ורכישת הרגלי חיים בריאים יותר, יחד עם טיפול בגורמי סיכון קיימים במטרה לעורר בחולה מוטיבציה "לפתוח דף חדש". אולם למרות היתרונות של תכניות לשיקום הלב, ועל אף הימצאותן של מחלקות לשיקום חולי לב בבתי החולים ותכניות שונות בקהילה שנועדו להמשיך את הטיפול ולתת הדרכה למחלים מיד לאחר האשפוז, שיעורי ההשתתפות בתכניות אלו נמוכים יחסית: 20% בארצות הברית ו-40% במדינות אירופה, ונמוכים אף יותר בישראל, כ-10%-15% (קרסו ופוגל, 2004). לכן, למחקר הבוחן את הסיבות לשיעורי ההשתתפות הנמוכים יש חשיבות רבה.

מחלות לב בישראל: פערים בין המגזר היהודי למגזר הערבי

לאוכלוסייה הערבית בישראל מאפיינים חברתיים, תרבותיים, כלכליים וגנטיים ייחודיים, המתבטאים בין השאר בדפוסי תחלואה, תמותה והתנהגות בריאותית שונים מאלה של האוכלוסייה היהודית. כל זאת על רקע תקופת מעבר שבה נמצאת האוכלוסייה הערבית, הן מבחינת אופי התחלואה והתמותה הן מבחינת גורמי הסיכון (משרד הבריאות, 2004). למאפיינים אלו שני צדדים: מצד אחד, חל שיפור במצב הבריאות של אוכלוסייה זו – תוחלת החיים עלתה, שיעור תמותת התינוקות ירד, פחתה התמותה ממחלות זיהומיות וכן ממחלות לב וכלי דם. שינויים אלה קשורים לשיפור בתנאי החיים ובתנאי הסביבה ובהם עלייה ברמת ההשכלה, ירידה בשיעור הפרייה ושיפור ברמת שירותי הבריאות והנגישות אליהם. מצד שני, חלה בקרב הערבים בישראל עלייה בשיעורי תחלואה במחלות כרוניות ובהן סוכרת ומחלות לב וכלי דם, שהיא ככל הנראה תוצאה של המעבר לאורח חיים מערבי יותר (משרד הבריאות, 2004).

כאמור, הנתונים מהשנים האחרונות מצביעים על עלייה בתחלואה ובשיעורי תמותה ממחלות לב בקרב האוכלוסייה הערבית וגם על פערים משמעותיים בין המגזר היהודי לערבי: השיעור (מתוקנן לגיל) בשנת 2004 היה גבוה ב-28.4% בקרב גברים ערבים (168.3 ל-100.000) לעומת גברים יהודים (131.1).

ל-100,000) (משרד הבריאות, 2004). הבדלים דומים בתחלואה ובתמותה נמצאו בין הערבים במזרח ירושלים ליהודים במערבה, וכן מספר גדול יותר של מקרי אוטם חריף בשריר הלב אצל הערבים לעומת היהודים (Jabara, Namouz, Kark, & Lotan, 2007; Kark, Gordon, Haklai, 2000; Kark, Goldberger, Fink, & Adler, Kuulasmaa & Goldman, 2005).

הפערים מתבטאים גם בגורמי סיכון למחלות לב, כגון השמנה ועישון, שהם גבוהים יותר בקרב גברים ערבים. ההשמנה בקרב הערבים (18.1%) שכיחה יותר מאשר בקרב היהודים (14.1%). שיעור הפעילות הגופנית נמוך יותר (14.7%) מאשר בקרב היהודים (30.3%), ושיעור עישון הסיגריות גבוה בקרב הגברים הערבים (48.8%) מאשר בקרב היהודים (27.9%). 31.8% מהגברים הערבים המעשנים הם "מעשנים כבדים" לעומת 12.8% מהגברים היהודים (דוח העישון, משרד הבריאות, 2010). גולדמן וקרק (2001), שחקרו את ההבדלים בהתמודדות עם מחלת הלב בקרב חולים ערבים ויהודים בירושלים מצאו כי החולים הערבים נוטים יותר מהיהודים להמשיך לעשן לאחר אירוע לב (Goldman & Kark, 2001). הם הצביעו גם על הבדלים בתפקוד אחרי שלוש שנים: הערבים דיווחו על יותר כאבים בחזה בעת מאמץ, ועל יותר מוגבלות בתפקוד היום-יומי ושיבה פחותה או מאוחרת לעבודה.

ההבדלים בין שני המגזרים התבטאו במדדים נוספים. מחקר שכלל מדגם כללי של גברים בנפת חדרה הראה כי רמת המודעות לגורמי הסיכון הקלאסיים – יתר לחץ דם, היפרליפדימיה (יתר שומנים בדם) וסוכרת – הייתה נמוכה בשני המגזרים (קלטר-ליבוויץ, עתמנה, אלפרט וגולדבורט, 2007). עם זאת, לא נמצאו הבדלים משמעותיים ביניהם ברמת הידע והמודעות לגבי גורמי סיכון למחלות לב וכלי דם וגם לא היה שוני באחוזי ההשמנה או ברמת הפעילות הגופנית בין הגברים הערבים ליהודים. בניגוד לממצאי מחקרם של קלטר-ליבוויץ ועמיתיה, הרי שבמחקר שנערך בקרב חולי לב במחלקה הקרדיולוגית בבית חולים מאיר כפר סבא נמצאו הבדלי ידע בין המגזרים: חולי לב יהודים הראו ידע רב יותר לגבי גורמי סיכון מאשר הערבים באופן כללי, אך בבדיקה מעמיקה יותר לא נמצא פער משמעותי ביניהם בכל הנוגע לידע על גורמי הסיכון הקלאסיים באופן ספציפי (עישון, עודף כולסטרול, לחץ דם, סוכרת ותזונה לקויה) (הלינגר, 2009). מחקרים שנערכו לאחרונה על שיקום חולי לב בישראל מצביעים אף הם על הבדלים בהתנהגות שיקומית בין חולים יהודים לערבים, וזאת אף על פי ששירותי שיקום הלב כלולים בסל שירותי הבריאות: 15%–18% בלבד מהחולים היהודים

שעברו אירוע לב הגיעו לתכניות שיקום, ובקרב החולים הערבים השיעור נמוך בהרבה (משרד הבריאות, 2005). במחקר שנערך בשנת 2001 היה שיעור ההשתתפות בשיקום 46.6% בקרב החולים היהודים לעומת 6.3% בלבד בקרב הערבים (Leibowitz, Reges, Manor, Bental & David, 2005). מחקר עדכני יותר שנערך במרכז רפואי זה (הלינגר, 2009), הצביע על שיעורי השתתפות גבוהים יותר בתכניות שיקום בקרב שתי האוכלוסיות, אך הפערים נשמרו: חולי לב יהודים הצטרפו לתכנית שיקום כוללנית יותר מחולים ערבים (60.5% לעומת 24.5%, בהתאמה). גם שיעורי הפסקת עישון, רמות פעילות גופנית ואיזון תזונתי היו גבוהים יותר בקרב החולים היהודים, אף על פי שהחולים בשתי האוכלוסיות דיווחו על שינויים דומים הן בהקפדה על אכילה מאוזנת הן בביצוע פעילות גופנית בעקבות המחלה.

לנוכח הנתונים העקביים על שיעורי התחלואה והתמותה הגבוהים באוכלוסייה הערבית ועל הפערים שבין שני המגזרים בהשתתפות בתכניות לשיקום לב ובביצוע התנהגויות שיקומיות, יש חשיבות רבה לבחינת הגורמים לפערים בהתנהגויות השיקומיות לאחר מחלת הלב, שהן מוקד מאמר זה.

תרומת משתנים פסיכולוגיים וחברתיים להסבר התנהגות שיקומית לאחר אירוע לב

כיום יש בידינו בסיס ידע מחקרי רחב המצביע על קשר בין משתנים פסיכו-סוציאליים שונים ובין מחלות לב טרשתיות וההתמודדות עמן (Allan & Scheidt, 1996) משתנים כגון דחק, דיכאון, חרדה, היעדר תמיכה חברתית, בעיות בקשר הזוגי, מצב סוציו-אקונומי ומשתני אישיות מגבירים את הסיכון להתפתחות של מחלת לב וגם את הסיכוי להישנות אירוע לב (Allan & Scheidt, 1996; Luttike, et al., 2005; Rankin-Esquer, 2000; Steptoe, 2007). על כן חשוב להעריך את גורמי הסיכון הפסיכולוגיים הקשורים לפריצת המחלה במטרה להפחית הישנות אירועי הלב. יש להעריך ולטפל בדיכאון, בעוינות, בבידוד חברתי באותה מידה שמחנכים חולים לגבי שיפור הרגלי התזונה, הפעילות הגופנית והפסקת העישון (Carny & Freedland, 2007).

מקובל לראות במחלת לב מצב דחק שהוא הפרעה בשיווי המשקל הרגשי והגופני של הפרט, הנובע מאי יכולתו להתמודד עם תביעות החיים בגלל חיסרון במשאבים (Lazarus & Folkman, 1984). במחלת הלב קיים הפוטנציאל של אָבדנים ושינויים המאיימים על הביטחון הכלכלי או הרגשי, ועל היכולת להמשיך

בשגרת החיים. על החולים להתמודד עם שינויים בתפקוד גופני, שינויים בתפקידים החברתיים, פגיעה בתכניות לעתיד, בדימוי העצמי ובהערכה העצמית (Taylor, Helgeson, Reed & Skokan, 1991; Carny & Freedland, 2007). המודל השכיח להערכת הסתגלות למצבי דחק הוא המודל של לזרוס ופולקמן, הרואה בדחק תהליך דינמי של אינטראקציה בין ההערכה הקוגניטיבית של המצב על ידי הפרט, המשאבים העומדים לרשות הפרט ודרכי ההתמודדות שלו, וכיצד כל אלה משפיעים על ההסתגלות (Lazarus & Folkman, 1984).

מחקרים קודמים בקרב חולי לב הצביעו על כך שמשאבי ההתמודדות הפסיכולוגיים והחברתיים של הפרט, כגון אמונות החולה לגבי יכולתו להתמודד בהצלחה עם דרישות המשטר הרפואי (Kurtz, 1990), יכולתו להתמודד עם הדחק שמתלווה למחלה (Fisher, Delamater, Bertilson & Kirkley, 1982) ויכולתו להיעזר בתמיכה מאחרים משמעותיים, ובייחוד סיועה של בת הזוג (Hagedroon et al., 2000) קשורים להסתגלות טובה למחלת הלב ולשיקום.

מודלים קוגניטיביים של התנהגות מסתגלת למחלה כרונית

מחלת הלב היא אחת המחלות שההסתגלות והשיקום ממנה תלויים מאוד בהתנהגות האדם (Naidoo & Wills, 2000). ההתנהגויות השיקומיות של חולה הלב דורשות שמירה על ההמלצות הרפואיות וכוללות הפסקת עישון ומניעת החזרה אליו, פעילות גופנית, חידוש הפעילות המינית וחזרה לעבודה (Haskell, Taylor king, Kraemer & DeBusk, 1991) וכן שמירה על כללי תזונה (Newton, Sivarajan & Clarke, 1985). התנהגויות אלו מושפעות במידה רבה מהערכים ומהנורמות התרבותיות בריאותיות של הפרט. על כן, מודלים של התנהגות מסתגלת למחלה כרונית רלוונטיים ביותר לשם הבנת הפערים בהתנהגות שיקומית בין בני תרבויות שונות.

בפסיכולוגיה חברתית קיימות כמה תאוריות עיקריות בדבר הגורמים התורמים או מעכבים שינוי בהתנהגות בריאותית. תאוריות אלו הן קוגניטיביות ביסודן ואחת הבולטות שבהן היא תיאוריית ההתנהגות המתוכננת (The Theory of Planned Behavior, TPB) (Ajzen, 1988; 1991). על פי תאוריה זו, ההתנהגות בפועל תתבצע רק לאחר שיש כוונה (intention) לבצע אותה, כוונה המלמדת על מידת המאמץ שאנשים מוכנים להשקיע כדי לעשות דבר מה. כוונה זו מושפעת משלושה משתנים: עמדות אישיות כלפי ההתנהגות (attitudes), נורמות

סובייקטיביות (subjective norms) ושליטה התנהגותית נתפסת (perceived behavioral control).

עמדות אישיות כלפי ההתנהגות הן ההערכה הכוללת של הפרט כלפי ההתנהגות והן מורכבות מאמונות של הפרט לגבי התוצאות הצפויות מההתנהגות, והערכתן (כחיוביות או כשליליות); נורמות סובייקטיביות הן תפיסות הפרט את העדפותיהם של האנשים המשמעותיים לו (משפחה, חברים, בני זוג) כלפי ההתנהגות, כלומר תפיסת הפרט את הלחצים החברתיים – להתנהג או לא להתנהג לפי ציפיות אחרים משמעותיים; השליטה ההתנהגותית הנתפסת מוגדרת כתפיסת מידת היכולת – הקלות או הקושי – לבצע התנהגות, תפיסה המושפעת מניסיון העבר ומעכבות ומכשולים (Ajzen & Maddan, 1986). השליטה ההתנהגותית הנתפסת יכולה להיות פנימית או חיצונית: הפנימית משמעותה אמונת האדם שהוא אחראי לבריאותו, והחיצונית – אמונת האדם שתפקודו ופעולתו מושפעים מאחרים, ממזל או מגורל.

השליטה ההתנהגותית הנתפסת הפנימית נבדקת בדרך כלל על ידי המושג מסוגלות עצמית, שייבדק גם במחקר הנוכחי. זהו מושג מרכזי בתאוריית הלמידה החברתית (Bandura, 1977, 1986) והוא מתייחס למידת ביטחונו של האדם ביכולתו האישית להתמודד בהצלחה בתחומי החיים השונים. מסוגלות עצמית לאחר משבר או במצבי דחק נמדדת על פי הערכת היכולת האישית לחזור לתפקוד הרגיל בתחומי החיים השונים ועל פי היכולת לעמוד בהצלחה בשינויים הנדרשים באורח החיים (Bandura, 1977, 1982). אנשים עם שליטה פנימית חזקה יתפסו את עצמם כיכולים לתפקד באופן החלטי יותר, ינקטו פעולות בריאות מניעתית והם עשויים לשנות הרגליהם לכיוון של התנהגות בריאותית רבה יותר (Ajzen, 1988; 1991).

השליטה ההתנהגותית הנתפסת החיצונית נבדקת לעתים קרובות באמצעות המושג פטליזם, גישה שננקטה גם במחקר הנוכחי. פטליזם מוגדר כאמונה או כעמדה לגבי גורל האדם. האדם מאמין שכל מאורע בחייו נקבע על ידי האל ושעליו, האדם, לקבל זאת. לכן כל מאבק נגד הגורל או נגד האל הוא חסר תועלת ושעליו, האדם, לקבל זאת. יש לציין, כי תחושת שליטה חיצונית או פנימית אינם בהכרח קצוות קיצוניים של רצף או הפכים מוחלטים. לגבי השליטה בבריאות נמצא כי הם מתקיימים במידות שונות זה לצד זה, אם כי אנשים בעלי תחושת שליטה פנימית גבוהה ייטו להאמין פחות בשליטה חיצונית (Walston, Walston, & de Vellis, 1978).

השימוש בתאוריית ההתנהגות המתוכננת בתחום הבריאות הוא רחב מאוד (Werner, 2003) ותאוריה זו הוכחה כמסגרת הולמת להבנת התנהגויות הקשורות למניעה ולטיפול (Bogart, Cecil, & Pinkerton, 2000; Sheeran & Orbell, 2000). גם המחקר הנוכחי יתבסס על המודל של תאוריית ההתנהגות המתוכננת. מודל זה, המדגיש עמדות ונורמות הנובעות מתפיסות תרבותיות וכולל גם את המרכיב החשוב של שליטה התנהגותית, הוא מסגרת תאורטית הולמת, שכן הוא משווה בין שתי אוכלוסיות תרבותיות השונות מבחינת מערכת הערכים והאמונות שלהן.

אחת הביקורות העיקריות על התאוריות השונות של התנהגות בריאותית, ובכללן תאוריית ההתנהגות המתוכננת, היא הסתמכותן על משתנים קוגניטיביים בלבד (Naidoo & Wills, 2000). על כן, נוסף על מרכיבי המודל הקוגניטיבי כמסבירים את ההתנהגות השיקומית של חולי לב בחן המחקר הנוכחי את משתנה התמיכה החברתית, הנחשב למשאב חשוב המסייע בשיקום ממחלת לב (Lett et al., 2005).

משאבים חברתיים: תמיכה חברתית ותמיכה זוגית

אחרי אירוע לבבי החולים נמצאים לרוב במצב לחץ אקוטי (Moos & Schaefer, 1984; Randall et al., 2009). סביר להניח שחולים אלה יזדקקו לכל משאביהם, הפנימיים והחיצוניים, כדי להתמודד בהצלחה עם ההשפעות החמורות של מצב זה, היינו איום מתמשך על החיים ועל היכולת לתפקד כראוי בכל תחומי החיים. אחד המשתנים המרכזיים בתהליכי הסתגלות למחלה בכלל ולמחלות לב בפרט הוא התמיכה החברתית (Luttike, Jaarsma, Moser, 2005; Sanderman & Veldhuisen, 2005). במחקר זה נכלל המשתנה תמיכה זוגית כמייצג משאב חברתי, לשם בדיקת ההבדלים בין יהודים לערבים מבחינת ההתנהגות השיקומית.

השתייכות האדם לרשת בין-אישית היכולה לספק תמיכה היא משאב חשוב ביותר בהתמודדות עם מחלה כרונית. הרשת יכולה להיות רחבה ולכלול בני משפחה, חברים, עמיתים ושכנים. העזרה החברתית יכולה לבוא לידי ביטוי בעזרה מעשית, בהכרה ברגשות, בעידוד ההתמודדות והשליטה במצב, בקבלת אחריות ובמתן מידע (House, Landis & Umberson, 1988; Luttike et al., 2005). העזרה המעשית והתמיכה יכולות להשפיע על מהלך המחלה עצמה (Kerns & Weiss, 1994; Reich & Zautra, 1995; Thompson & Pitts, 1992) וכן

על אמונות החולה באשר לייצוגי המחלה והבריאות (Croyle & Hunt, 1991). ממחקרים שבדקו כיצד תמיכה חברתית משפיעה על הבריאות או על ההחלמה ממחלות עולה כי ההשפעה אינה רק בשל קשר ישיר בין תמיכה ובין בריאות/החלמה, אלא שהתמיכה משמשת משתנה ממתן (buffer), כך שהקשרים בין גורמי הסיכון ובין תחלואה חלשים יותר בקרב חולים בעלי תמיכה רבה מאשר הקשרים בקרב בעלי תמיכה מעטה (House et al., 1988; Thoits, 1995). כמו כן נמצא כי תמיכה חברתית רבה קשורה להפחתת דיכאון במעקב אחרי חולי לב ובייחוד בקרב מי שהיו פגיעים יותר, אלה שרמת הדיכאון שלהם הייתה גבוהה בתחילת המחקר (Barefoot, Brummett, Clapp-Channing et al., 2000). חשוב לציין בעיקר כי תמיכה חברתית רבה קשורה לשיפור בהתנהגות שיקומית (Fraser, Rodgers, Murray & Daub, 2007).

רבים הדגישו כי מבין סוגי הקרבה של האנשים ברשת החברתית של הפרט החולה, התמיכה הניתנת על ידי בן הזוג האינטימי עולה בחשיבותה על גורמי תמיכה אחרים (Coyne & DeLongis, 1986; Helgeson & Cohen, 1996; Randall et al., 2009; Sarason, Sarason & Pierce, 1994). באופן כללי, נראה כי בני זוג הם מקור לתמיכה רגשית ואינסטרומנטלית לחולים כרוניים (Thompson & Pitts, 1992). תפקודם של בן/בת הזוג ומערכת התמיכה המתקיימת בעקבות האירוע הלבבי יכולים להשפיע מאוד על המוטיבציה לשיקום של החולה, על ביטחונו העצמי, על הרגשתו, על אופן תפקודו, על קצב השיקום ועל איכותו, ועל התהליך כולו (קרסו ופוגל, 2004). תמיכה זוגית נמצאה כגורם משמעותי בהחלמה מאירוע לב ובהפחתת התמותה בקרב חולי לב (Orth-Gomer, Rosengren & Wiklund et al., 1988; Wilhelmsen, 1993). ממצאים שעלו עוד בשנות השבעים במחקר מקיף בישראל על עובדי מדינה (Medalie & Goldbourt, 1976). בדומה לכך נמצא שתמיכה זוגית קשורה להתנהגות שיקומית רצויה, כגון הפסקת עישון (Lichtenstein et al., 2002).

קוין וסמית (Coyne & Smith, 1991, 1994) הבחינו בין שלושה סגנונות של תמיכת בן/בת הזוג בחולה. לסגנון הראשון הם קראו מעורבות פעילה (active engagement), והיא מתוארת כעירוב החולה או שיתופו בהחלטות בנוגע לרגשותיו, יחד עם הגשת עזרה ומידע ושימוש בשיטות נוספות של התמקדות בבעיה. מעורבות פעילה קשורה חיובית עם שביעות רצון מחיי הנישואין (Buunk, Berkhuysen, Sanderman, Nieuwland & Ranchor, 1996). הסגנון השני נקרא שיטת החוצץ המגן (protective buffering) ומשמעותו התנהגויות של

בן/בת הזוג שיש בהם הסתרת דאגות, הכחשת פחדים, הסתרת מידע מדאיג, כניעה וציותנות לחולה כדי להימנע מחילוקי דעות. בני זוג עשויים להתנהג על פי סגנון זה משום שאינם יודעים כיצד לספק תמיכה או שאינם רוצים להכביד בדרך נוספת על החולה (Hagedoorn et al., 2000). סגנון התמיכה השלישי מכונה הגנתיות-יתר (overprotection) והוא כולל הערכה נמוכה מדי של יכולות החולה, הגורמת למתן עזרה בלתי הכרחית, מחמאות מוגזמות על תפקודו או ניסיונות להגביל את פעילותו. הגנתיות-יתר, בדומה לשיטת החוץ המגן, יכולה לנבוע מחוסר ידע כיצד לתמוך בחולה. הממצאים במחקרים אינם אחידים, ולכן אין תמימות דעים בנוגע לקשר שבין סוגי התמיכה השונים ושיקום חולי הלב (Buunk et al., 1996; Kuijer et al., 2000).

מוצא אתני והתנהגות שיקומית

הקשר בין מוצא אתני להתמודדות עם חולי והתנהגות שיקומית בקרב חולי לב אף על פי שנמצא כי אחד המשתנים העיקריים המשפיע על ההסתגלות למחלה ועל ההתמודדות עמה הוא הרקע התרבותי-אתני של החולים (Aranda & Knight, 1997), מחקרים מעטים התמקדו בקשר שבין מוצא אתני ובין התמודדות עם מחלת לב. היעדר מחקר מסוג זה בולט במיוחד בישראל, מדינה שהמגוון האתני שבה רב, והנתונים מצביעים על הבדלים דרמטיים בתחלואה לבבית בין הרוב היהודי למיעוט האתני הגדול, המיעוט הערבי מוסלמי, כפי שפורטו לעיל (סעיף 2).

אתניות מוגדרת כהרגשת שותפות בין חברי קבוצה מתוך תחושה של "ביחד" המבוססת על מורשת חברתית, תרבותית והיסטורית קבועה המועברת מגיל לגיל (Gordon, 1964). לאתניות ולתרבות תפקיד חשוב בהתמודדות במצבי לחץ כמו מחלות כרוניות, והשפעה על הערכת מצב הלחץ, על מידת השימוש בתמיכה המשפחתית ועל דרכי ההתמודדות (Aranda & Knight, 1997). מחקרים הראו כי המודעות של קבוצות מיעוט אתני להתנהגויות לשמירה על הבריאות נמוכה בדרך כלל. למשל בארה"ב נשים אפרו-אמריקאיות עוברות ממוגרפיה בשיעורים נמוכים מהנשים הלבנות (Gotay & Wilson, 1998), וזו גם התמונה גם בקרב נשים ערביות לעומת יהודיות בישראל (Cohen & Azaiza, 2005).

הבדלים בין קבוצות אתניות נמצאו גם בכל הנוגע להתנהגות שיקומית לאחר אירוע לבבי. בדומה לפערים שפורטו לעיל בהתנהגות השיקומית בישראל נמצאו שיעורי אי-ההשתתפות בתכניות שיקום בקרב מיעוטים בארצות אחרות, למשל

חולי לב דרום-אסיאתיים החיים באנגליה (Chauhan, Baker, Lester & Edwards, 2010). כמה מחקרים ניסו להסביר פערים אלה. מחקר איכותני העלה תמות עיקריות כהסבר לאי-השתתפות בני מיעוטים בתכניות שיקום לב באנגליה: רמת ההבנה את סיבות המחלה ודרכי מניעתה, ניסיון שלילי בטיפול לבבי, מידת חשיבות הרישיות החברתי, השפעת המגדר והדת, אמונות בריאות פטליסטיות, הבנה נמוכה של מטפלים בשיקום הלב את צרכיהם הייחודיים של מטופלים ממוצאים אתניים שונים, ותפקידם ושיקולים מעשיים כמו בריאות לקויה, היעדר זמן ובעיות תחבורה (Chauhan et al., 2010).

מחקרים אחרים שהשוו את ההתייחסות לשיקום לב בקרב חולים מקבוצות מיעוטים אתניים לחולים מאוכלוסייה לבנה הדגישו את ההשפעה של מערכת מורכבת של אמונות לגבי העצמי ואת ההשפעה של ידע מקצועי על הנטייה להשתקם (Clark, Barbour, White, & Macintyre, 2004; Clark, Whelan, 2001; Barbour & Macintyre, 2005; Wyer, Joseph & Earll, 2001). במחקר איכותני בקרב חולי לב דרום-אסיאתיים באנגליה נמצאה קשת רחבה של עמדות ושל רמות שונות של ידע בדבר גורמי סיכון למחלת הלב, וכן מחסומי ידע בכל הנוגע לשיפור אורח חיים על ידי שינוי בתזונה ובפעילות הגופנית, מחסומים תרבותיים (כגון מחסור בשירותי פעילות גופנית לנשים) ומחסומים הנובעים מקשיי שפה המונעים את ההגעה לשירותים המקדמים בריאות (Farooqi, Nagro, Edgar, & Khunti, 2000). מחקר אחר, שנערך בקנדה בקרב חולי לב מהמיעוט הדרום-אסיאתי ולבנים, הצביע על קיומם של הבדלים בתפיסת המחלה וברמות התמיכה החברתית, כך שחולי לב דרום-אסיאתיים דיווחו על קבלת רמות נמוכות של תמיכה חברתית בהשוואה ללבנים, וגם אמונתם בכך שיש להם שליטה על מחלתם נמצאה נמוכה יותר, והם שייכו את מקור המחלה לגורם חיצוני כמו טבע, לחץ ומתח וקבלת שירותי בריאות דלים בעבר (Grewal, Stewart, & Grace, 2010). ממצאים אלו עולים בקנה אחד עם ממצאי מחקר קודם שאף הוא מצא רמות נמוכות של תמיכה חברתית התורמות להגברת גורמי הסיכון לחלות בלב ומביאות לעלייה בשיעורי המחלה בקרב דרום-אסיאתיים (Williams, Bhopal, & Hunt, 1994). חוקרים אחרים הראו כי המודעות של הצוות המטפל לאתניות, לשפה ולאוריינות בריאות הם גורמים נוספים בהבדלים בשיעורי השתתפות בשיקום (Wyer, Joseph & Earll, 2001). ואמנם, חוקרים טוענים שתכניות בריאות צריכות להיות מותאמות לתפיסות הספציפיות של המגזר האתני, למחסומי ולדאגותיו (Champion, Ray, Heilman et al., 2000; Frisby, 2002).

אמונות לגבי התמודדות עם חולי בחברה הערבית
 כאמור, מחקרים מועטים בלבד השוו את ההסתגלות לחולי של חולים או של בני משפחה ממוצא ערבי (בעיקר מוסלמים) לעומת יהודי בישראל. מחקרים אלה, בדומה לאלו שפורטו בסעיף הקודם, מצביעים על מקומם של ערכים ואמונות כקובעים את התנהגות החולה ובני המשפחה (Azaiza & Brodsky, 1996; Baron-Epel, Granot, Badarna, Avrami, 2004; Lowenstein, 1999; Leichtentritt, Schwartz & Rettig, 2004).
 על סמך ממצאים אלה ניתן לשער כי במחקר הנוכחי יימצאו הבדלים בעמדות כלפי ההתנהגויות השיקומיות בקרב שני המגזרים, על רקע השוני התרבותי ביניהם.

החוקרות סלבין-בועז ושרעבי (2005), במחקרן על שימוש בממוגרפיה בקרב יהודיות, מצאו שפחד ודאגה מתוצאות הבדיקה, קושי במציאת זמן לביצועה, תחושת התערבות בגורל ומוטיבציה בריאותית כללית הם הגורמים המשפיעים ביותר על ההיענות לבדיקת ממוגרפיה. נשים שנבדקו באופן קבוע נמצאו כבעלות גישה חיובית לחיים, נוטלות אחריות על גופן ומגלות נכונות לדעת, בעוד שנשים שנמנעו מהבדיקה נטו להשתמש במנגנוני הגנה כמו הדחקה. ממחקר של בר-און ועמיתיה (2004) על ביצוע ממוגרפיה בקרב נשים ערביות עולה שהעמדה שלהן משפיעה על שיעור ההיענות לביצוע הבדיקה. הן ציינו את מחלת הסרטן כמחלה סופנית, וגילו עמדות כמו רחמים מצד הסוכבים, תחושת ערך עצמי נמוכה, תחושת חוסר משמעות, בידוד וחשש שהמחלה תביא לנטישתן על ידי הבעל או הילדים.

מסקירת הספרות העדכנית בנושא עמדות כלפי מחלות בולט מיעוט המחקרים בקרב גברים ערבים ובפרט בקרב גברים חולים. מחקר אחד בדק את דפוסי ההתנהגות הבריאותית בקרב גברים בני 40–45 בצפון הארץ, יהודים בהשוואה לערבים (הנדלר, 2008). נמצא כי רוב הגברים אינם נבדקים, בטענה של חוסר זמן, הערכה סובייקטיבית של בריאותם כגבוהה וחשש של רובם מן הממצאים האפשריים. כמו כן נמצא כי הגורם המעכב פנייה לרופא המשפחה היה עמדות של "גבריות בבריאות", הבאות לידי ביטוי למשל באמירה כי "גבר" יכול להתגבר על בעיותיו הרפואיות בעצמו. המחקר הראה כי הגברים היהודים היו בעלי עמדה גברית בבריאות גבוהה מהערבים ונטו פחות לפנות לרופא המשפחה. אף על פי שבמחקר זה היו בעיות מתודולוגיות ניכרות בשל שיעורי היענות נמוכים מאוד (פחות מ-25%), הממצא על הקשר עם עמדות גבריות בבריאות

חשוב כשלעצמו. הסבר לכך ניתן באמצעות תהליך רכישת הזהות הגברית הכולל התגברות על חולשות (Badinter, 1995) ובתפיסה שהכרה בחולשה מצביעה על מידת גבריות נמוכה בייחוד בקרב הגברים הערבים החוששים כי קיומה של מחלה כלשהי עלול לתייג אותם וליצור סטיגמה לגביהם (Samer, 2003).

עם זאת, ייתכן שלאחר אבחנה של מחלה, המאפיין הקולקטיביסטי של החברה הערבית לעומת החברה היהודית (חאג'–יחיא, 1985) תורם להפעלת לחץ על החולה מהאנשים המשמעותיים בעבורו במטרה שיציית להוראות הצוות הרפואי ויעמוד בדרישות ההתנהגות השיקומית. למרות היעדר ממצאי מחקרים קודמים ניתן לשער כי החולה הערבי יתפוס את הנורמות החברתיות באשר לביצוע התנהגות שיקומית לאחר אירוע לבבי כחזקות ולוחצות יותר מהחולה היהודי.

בחברה הערבית המוסלמית עדיין שכיח הפטליזם, כלומר האמונה שהאל שולט על גורלו של האדם (חאג'–יחיא, 1985; כנאענה, 1982). על פי דובובסקי (Dubovsky, 1983), פטליזם פירושו תפיסה של גזרות "מלמעלה" – גזרות טובות כמו שיפור מצבו של האדם, וגזרות רעות כמחלה קשה ואפילו מוות – כולן מידי האל. תפיסה כזאת עלולה להוביל להתנהגות פסיבית של חוסר אונים ומחסום בפני מימוש הברית הטיפולית שבה החולה צריך להיות פעיל בעצמו. עם זאת, נמצא שבחברה הערבית, למרות האמונה בשליטה אלוהית בגורל האדם, עדיין מצופה מן האדם לגלות אחריות לשמירה על חייו ולבצע בדיקות הנחוצות לשמירת בריאותו (Baron-Epel et al., 2004).

על רקע הספרות שהוזכרה לעיל על מקומו של הפטליזם בחברה הערבית המוסלמית, בחן המחקר הנוכחי את מקום הפטליזם כסוג של תפיסת שליטה חיצונית היכולה לשמש משתנה מבחין חשוב בין יהודים ובין ערבים באשר למידת ההשתקמות. ניתן לשער שיהיו הבדלים בין החולים הערבים ליהודים בשליטה ההתנהגותית הנתפסת – הפנימית או החיצונית. ייתכן שהחולה הערבי תופס את עצמו כבעל מסוגלות עצמית לחזור לתפקוד הקודם ועושה מאמץ בכיוון זה, בעיקר כדי להמשיך לפרנס את המשפחה, אולם הוא לא ישתתף בתכניות השיקום ויחזור לאי שמירה על הרגלי אכילה ועישון מתוך פטליזם, היינו מתוך התפיסה שהכול בידי אלוהים.

מוצא אתני ותפיסת האישה את תפקידה החברתי מבחינת בריאות בני משפחה
בכואנו לבחון את ההבדלים בין התרבויות יש להביא בחשבון גם את השוני
המשמעותי בין שתי האוכלוסיות במעמד ובתפקיד החברתי של בת הזוג, בהיותה
מקור התמיכה המרכזי של חולה הלב.

בעקבות מחלת הבעל בת הזוג הופכת להיות דמות הטיפול המרכזית
(caregiver) שתומכת בבעלה בזמן האשפוז ולאחריו. במצב זה מודגש יותר
התפקיד המעשי והרגשי של האישה. היא נדרשת לגלות נחישות ורואה את עצמה
כאחראית להתקדמות מצב בריאותו של בעלה, דבר שבא לידי ביטוי במתן עזרה
אינסטרומנטלית, נפשית וחברתית לבעל החולה, כולל עידוד ההיענות לשינויים
התנהגותיים שהצוות הרפואי ממליץ עליהם (Coyne & Delongis, 1986).

בישראל לא נערכו מחקרים מקיפים על הבדלים בין האוכלוסייה הערבית
ליהודית לגבי תפקיד האישה בשמירה על בריאות הבעל. יש לציין כי מעמד הגבר
והאישה בחברה הערבית ובתוך המשפחה הם פועל יוצא של המבנה הפטריארכלי
וההיררכי בהם. המבנה הנורמטיבי הרווח במשפחה הערבית מצדיק אי-שוויון בין
גברים לנשים. למרות השינויים שעברו החברה והמשפחה בעשורים האחרונים,
שחזיקו יחסית את מעמדה של האישה ואפשרו לה לצאת לעבודה ולסייע בפרנסת
המשפחה, לבעל עדיין יש כוח רב, וסמכותו גוברת על זו של האישה. כוח זה
מבוסס על מעמדו הכלכלי והחברתי של הגבר, על חלוקת תפקידים סטראוטיפית
בין שני המגדרים ועל החינוך הדיפרנציאלי שמקבלים בנים ובנות במשפחה
הערבית (חאג' יחיא, 1994).

לעומת זאת, המשפחה היהודית מאופיינת כמערכת פוסט-גרעינית בכך
שהפרטים בתוכה הם יותר אוטונומיים ופחות תלויים הדדית. קונפורמיות
ותחושת חובה לאחרים כערכים מרכזיים פינו במידה רבה את מקומם להגשמה
עצמית ולחיפוש אחר האושר האישי שבני הזוג מצפים לממש במסגרת
המשפחתית או מחוצה לה. בצד אלה נמשך המעבר של תפקידים מהמשפחה
למערכות חברתיות אחרות, וכך גם הטיפול בבני המשפחה לעת מחלה וזקנה.
ערכי שוויון חודרים למשפחה והופכים יחסי סמכות ודומיננטיות לבלתי מקובלים
במישור הבין-מגדרי והבין-דורי (כץ ופרס, 1996).

לנוכח ההבדל התרבותי בין שתי האוכלוסיות ומעמד הגבר במשפחה הערבית
בפרט ובחברה בכלל, ניתן לשער כי חולה הלב הערבי יתפוס את התמיכה
הפעילה הניתנת על ידי בת זוגו כחלק מתפקידה ומעורבותה ללוות אותו ולתמוך

בו לאחר מחלתו ובתקופת שיקומו, ולא יראה בה רמה גבוהה של הגנתיות-יתר. על בסיס המחקרים בעולם, ובהתייחס להבדלים המגזריים בתפיסת מעמד האישה, ניתן לשער שיהיה שוני בתפיסת החולה את תמיכת בת זוגו: חולים ערבים יעריכו את תמיכת בת זוגן ברמות נמוכות של מעורבות פעילה וגם של הגנתיות-יתר. בעוד שלגבי הסגנון שלישי, חוצץ מגן, לא ניתן לשער מהו כיוון ההבדלים המגזריים. נוסף על כך ייבדק משתנה התמיכה הזוגית כמתווך בקשר בין המגזר וההתנהגויות השיקומיות וגם כמתן את הקשר ביניהם ותורמתו הכוללת להסבר השינוי בהתנהגויות השיקומיות.

סיכום

שאלות המחקר המרכזיות

- א. האם יש הבדלים מגזריים (בין חולי לב ערבים ויהודים) בביצוע ההתנהגויות השיקומיות (חזרה לעבודה, שיפור הרגלי תזונה, הפסקת עישון ושיפור פעילות גופנית, והשתתפות בתוכנית שיקום פורמלית)?
- ב. האם המשתנים הקוגניטיביים (עמדות, נורמות סובייקטיביות, שליטה פנימית וחיצונית), ומשאב התמיכה הזוגית מתווכים את הקשר בין מגזר אתני להתנהגות השיקומית?
- ג. מה השפעתו הממתנת של משאב התמיכה הזוגית על הקשר בין מגזר אתני לבין ביצוע התנהגויות שיקומיות?
- ד. אילו משתנים מכלל המודל תורמים להסבר ההתנהגויות השיקומיות?

השערות המחקר גרסו כי התנהגות השיקומית של החולים הערבים תהיה ירודה מזו של החולים היהודים, יהיה שוני ביניהם בעמדות, תפיסת הנורמות הסובייקטיביות, מידת השליטה הפנימית (המסוגלות העצמית) והחיצונית (הפטליזם), ויהיה שוני בתפיסתם את תמיכת בת הזוג מהחולים היהודים. כן היו השערות לגבי הקשר בין המשתנים המתווכים וההתנהגויות השיקומיות, והשערות לגבי תיווכן של המשתנים הקוגניטיביים והתמיכה בקשר בין מגזר והתנהגות שיקומית. לבסוף היו השערות לגבי מיתון משתנה התמיכה הזוגית בקשר בין מגזר וההתנהגויות השיקומיות.

המחקר הנוכחי בא לבחון את ההבדלים בין המגזרים (יהודי וערבי) בהתנהגות השיקומית לאחר אירוע לב. ההנחה הבסיסית במחקר זה היא שהבדלים אלו מוסברים על ידי משתנים מתווכים. לפיכך, בהסתמך על תאוריית

ההתנהגות המתוכננת (TPB), נבדקו משתנים קוגניטיביים כמסבירים (ע"י תיווך) את ההבדלים בין המגזרים בביצוע ההתנהגות השיקומית. כמו כן, לאור המחקרים הרבים שמצאו קשרים הדוקים בין משתנים חברתיים ובין שיקום והתמודדות עם מחלת לב, נראה כי בדיקת ההבדלים בין הקבוצות האתניות מהפרספקטיבה הקוגניטיבית בלבד תחשוף רק תמונה חלקית של התהליך הפסיכו-חברתי הנחקר. לכן, בהסתמך על הספרות שהצביעה על קשר ישיר בין תמיכה חברתית ובין החלמה מחולי והתנהגות שיקומית, כמו גם השפעה ממתנת של תמיכה חברתית, המודל המושגי של המחקר מציע מודל תאורטי שאמנם מבוסס על תאוריית ההתנהגות המתוכננת, אך מרחיב אותה על ידי הכללת משתנה חברתי (תמיכה זוגית) כמשתנה מתווך וממתן את הקשרים בין המגזר האתני ובין ביצוע התנהגות שיקומית. לבסוף, המודל בא לבדוק את תרומתם של כל המשתנים להסבר ההתנהגות השיקומית. במחקר הנוכחי לא נבדק המשתנה "כוונה התנהגותית", שהיא מרכיב בתאוריית ההתנהגות המתוכננת, כיוון שנבדקה ההתנהגות השיקומית של המטופלים עצמה.

מסקנות והשלכות המחקר

בעקבות מחקר זה אפשר לבדוק את התרומה של תאוריית ההתנהגות המתוכננת בהסבר התנהגויות שיקומיות בקרב שתי קבוצות אתניות שונות, והוא גם יכול להשליך על מחקרים עתידיים בנושאי בריאות ושיקום. חשיבות המחקר נובעת מכך שגם הכלים שלא היו בשפה הערבית תורגמו, והתרגום עבר תרגום חוזר. שאלוני העמדות והנורמות במודל נבנו על פי הפרוטוקול של אייזן, ולצורך התאמה תרבותית הם נבנו על ידי שתי חוקרות, אחת ערבייה ואחת יהודייה, כדי לייצג את הראייה התרבותית. השאלונים תורגמו ונבדקו על ידי שני מומחים לשפה הערבית והועברו למספר חולים במבחן מקדים כדי לבדוק את בהירותם. תרומה מיוחדת הייתה בניית שאלון הפטליזם במטרה לבדוק את השוני בתפיסה הדתית אצל שני המגזרים ואת ההסבר לכך. השאלון נמצא מהימן ועבר תיקוף, נבדק על ידי מספר מומחים ערבים ויהודים ונמצא כי הוא יכול לשמש למחקרים אחרים בעתיד.

במחקרנו הנוכחי היה ניסיון ראשון לבדוק את תפיסת החולה לסגנון התמיכה הזוגית של בת זוגו ובמיוחד בחברה הערבית. זהו נושא חדש שעדיין לא נבדק במידה מספקת בהקשר של חולי, ויש לו חשיבות רבה להתמודדות עם משבר המחלה וההחלמה לאחר מכן. נבדקה תרומתו כמשתנה מתווך וממתן. אפשר

להיעזר בממצא של התמיכה של מעורבות פעילה בתכנון התערבויות עתידיות על ידי אנשי טיפול (רפואיים, חברתיים ופסיכולוגיים) שייקחו בחשבון את הקשר שבין תמיכה פעילה של האישה בבעל החולה לשינוי בהתנהגותו.

נושא השיקום מורכב ולמעשה השינוי יביא לתרומה משמעותית בכל הרמות, החל משיפור בחיי אדם ועד לחיסכון הכלכלי. יש מקום להשקעה בהון האנושי (חולה) מתוך רגישות תרבותית והתאמת התכנית מבחינה שפתית, כי אי ידיעת שפת המטפל עלולה להוות אחד החסמים להשתקמות. השיקום מתחיל מידית בתקופה הראשונה לאחר השחרור, הנחשב לשלב קריטי, ומעורבים בו הצוות המטפל הרפואי, הסייעודי והעובדים הסוציאליים במחלקה הקרדיולוגית במטרה לאבחן את מערכת החולה, לבנות תכנית התערבות בקהילה ולעזור לחולה לשנות הרגלים בתמיכת מערכתו הזוגית והמשפחתית.

ברמת המדיניות יש חשיבות לפיתוח תכניות שיקום לחולי לב בפריפריה כמו במרכז הארץ, בכל מרכז רפואי שיש בו מחלקה לטיפול נמרץ לב ויחידת צנתורים. כן חשוב להקים שירותי שיקום קהילתיים שיהוו תחליף נגיש מבחינת מיקום ועלות כדי להבטיח רמות השתתפות והיענות מיטביות, כמו בניית תכניות התערבויות קוגניטיביות והתנהגותיות בקהילה על ידי קופות החולים והארגונים הפועלים בתוך הקהילות לשיפור המצב הבריאותי. כל זאת כדי להביא להעלאת המודעות לחשיבות לקיחת האחריות האישית ושינוי התנהגותי. יש אפשרות לעבודה מאומצת בקרב אוכלוסיות בסיכון לחלות במחלת הלב, מבחינת גיל והתנהגות שאינן בריאותיות.

תכניות התערבות למטפלים

יש להעשיר רופאים, אחיות, עובדים סוציאליים ופסיכולוגים על ידי השתתפות בימי עיון בנושאים מגוונים, תוך התייחסות לאספקטים רפואיים, נפשיים, חברתיים, כלכליים ותרבותיים.

ביבליוגרפיה

- גולדשמידט, ר' (2007). **מחלות לב בישראל – שכיחות, טיפול ומניעת מוות**. גרסה אלקטרונית. נדלה בתאריך 20 בפברואר 2008 מאתר כנסת ישראל: www.knesset.gov.il/mmm/data/pdf/m01986.pdf
- דרורי, י' (1993). **שיקומו של חולה הלב**. מפעלים אוניברסיטאיים להוצאה לאור. הזה-פילדרמן, ל' (2007). הקשר בין דפוס ההתקשרות של החולה וסוג התמיכה של בת זוגו, לבין תוצאות החלמתו הנפשית והפיסית לאחר אירוע לב ראשון. עבודת מוסמך, המחלקה לפסיכולוגיה, רמת-גן: אוניברסיטת בר-אילן
- הלינגר, ג' (2009). **תרומת הבושה והאשמה בהתמודדות עם אירוע לב בקרב יהודים וערבים בישראל**. עבודת מוסמך, המחלקה לפסיכולוגיה, רמת-גן: אוניברסיטת בר-אילן
- חאג' יחיא, מ' (1985). **מסורתיות ומודרניות בחברה הערבית – אוריינטציה ביחס לחולי נפש: הנטייה להעסיק חולי נפש**. עבודת מוסמך, בית הספר לעבודה סוציאלית, ירושלים: האוניברסיטה העברית
- חאג' יחיא, מ' (1994). "המשפחה הערבית בישראל: ערכיה התרבותיים וזיקתם לעבודה הסוציאלית". **חברה ורווחה**, 3, עמ' 249–264
- כנאענה, ש' (1982). **שינוי והמשכיות**. ירושלים: האגודה למחקרים ערביים
- כץ, ר' ופרס, י' (1996). המשפחה בישראל: שינוי והמשכיות. בתוך: ל' שמגר-הנדלמן ור' בר-יוסף (עורכות). **משפחות בישראל** (עמ' 9–32). ירושלים: אקדמון
- משרד הבריאות, המרכז הלאומי לבקרת מחלות (מלב"ם), סקר בריאות האוכלוסייה הערבית בישראל, 2004. מספר פרסום 226, נדלה בתאריך <http://www.health.gov.il/download/icdc/BookArab.pdf>: 26.9.10
- משרד הבריאות, (2005). נתוני מחקר שנערך במחלקה הקרדיולוגית ב"ח מאיר כפר סבא, נדלה בתאריך <http://www.health.gov.il>: 29.9.10
- משרד הבריאות, (2009). דו"ח שר הבריאות על העישון בישראל 2008, המרכז הלאומי לבקרת מחלות, פרסום 318. נדלה בתאריך <http://www.health.gov.il/download/pages/smoke18052009.pdf>: 26.9.10
- סלבין-בועז, א' ושרעבי, ל' (2005). היענות לבדיקות סקר לגילוי מוקדם של סרטן שד. **ביטאון הסיעוד האונקולוגי בישראל**, י"ד, עמ' 26–34

- קלטר-ליבוביץ, ע', עתמנה, א', אלפרט, ג' וגולדבורט, א' (2007). **גורמי סיכון למחלות לב וכלי-דם בקרב ערבים ויהודים בישראל**. מצגת מתוך מחקר של היחידה לאפידמיולוגיה של מחלות לב וכלי-דם, מכון גרטנר, תל-השומר קרסו, ר' ופוגל, א' (2004). **הלב: המדריך המלא לבריאות ולשיקום**. ירושלים: כתר הוצאה לאור
- רובינשטיין, א' (2006). **הכול על הלב, איך לשמור על לב בריא**. תל אביב: אריה ניר הוצאה לאור
- Ades, P. A., Huang, D. & Weaver, S. O. (1992). "Cardiac rehabilitation participation predicts lower rehospitalization costs". *American Heart Journal*, 123, pp. 916–921
- Ajzen, I. (1985). "From intentions to actions: A theory of planned behavior". In: J. Kuhl & J. Beckman (Eds.), *Action-control: From cognition to behavior*. Heidelberg: Springer, pp. 11–39
- Ajzen, I. (1988). *Attitudes, personality and behavior*. Chicago: Dorsey Press
- Ajzen, I. (1991). "The theory of planned behavior". *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, pp. 179–211
- Ajzen, I. & Madden, T. J. (1986). "Prediction of goal-directed behavior: Attitudes, intentions, and perceived behavioral control". *Journal of Experimental Social Psychology*, 22, pp. 453–474
- Allan, R. & Scheidt, S. (1996). *Heart and Mind: The Practice of Cardiac Psychology*. Washington, DC: American Psychological Association
- Aranda, M. P. & Knight, B. (1997). "The Influence of Ethnicity and Culture on the Caregiver Stress and Coping Process: A Sociocultural Review and Analysis". *Gerontologist*, 37, pp. 342–354
- Azaiza, F. & Brodsky, J. (1996). "Changes in the Arab family and development of services for Arab elderly in Israel during the last decade". *Journal of Gerontological Social Work*, 27, pp. 37–53
- Badinter, E. (1995). *On Masculine identity*, New York
- Bandura, A. (1986). "The explanatory and predictive scope of self efficacy theory". *Journal of Social and Clinical Psychology*, 4, pp. 359–373

- Bandura, A. (1977). "Self efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change". *Psychological Review*, 84, pp. 191–215
- Barefoot, J. C., Brummett, B. H., Clapp-Channing, N. E., Siegler, I. C., Vitaliano, P. P., Williams, R. B. & Mark, D. B. (2000). "Moderators of the effect of social support on depressive symptoms in cardiac patients". *American Journal of Cardiology*, 86, pp. 438–442
- Bandura, A. (1982). "Self mechanism in human agency". *American Psychologist*, 37, pp. 122–147
- Baron-Epel, O., Granot, M., Badarna, S. & Avrami, S. (2004). "Perceptions of breast cancer among Arab Israeli women". *Women & Health*, 40, pp. 101–116
- Bogart, L. M., Cecil, H. & Pinkerton, S. D. (2000). "Intentions to use the female condom among African American women". *Journal of Applied Social Psychology*, 30, pp. 1923–1953
- Broadbent, E., Petrie, K., Ellis, C., Ying, J. & Gamble, G. (2004). "A picture of health-myocardial infraction patients' drawings of their hearts and subsequent disability A longitudinal study". *Journal of Psychosomatic Research*, 57, pp. 583–587
- Buunk, B. P., Berkhuisen, M. Sanderman, R., Nieuwland, W. & Ranchor, A. V. (1996). "Actieve betrokkenheid, beschermend buffereren en overbescherming: De rol van de partner bij hartrevalidatie. [The role of the partner in heart disease: Active engagement, protective buffering, and overprotection]". *Gedrag en Gezondheid*, 24, pp. 304–313
- Champion, V. L., Ray, D. W., Heilman, D. K. & Springston, J. K. (2000). "A tailored intervention for mammography among low-income African-American women". *Journal of Psychosocial Oncology*, 18, pp. 1–13
- Chauhan, U., Baker, D., Lester, H. & Edwards, R. (2010). "Exploring uptake of cardiac rehabilitation in a minority ethnic population in England: A qualitative study". *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 9, pp. 68–74

- Clark, A. M., Barbour, R. S., White, M. & MacIntyre, P. D. (2004). "Promoting participation in cardiac rehabilitation: patient choices and experiences". *Journal of Advanced Nursing*, 47, pp. 5–14
- Clark, A. M., Whelan, H. K., Barbour, R. & MacIntyre, P. D. (2005). "A realist study of the mechanisms of cardiac rehabilitation". *Journal of Advanced Nursing*, 52, pp. 362–371
- Cohen, M. & Azaiza, F. (2005). "Early breast cancer detection practices, health beliefs, and cancer worries in Jewish and Arab women". *Preventive Medicine*, 41, pp. 852 – 858
- Coyne, J. C. & DeLongis, A. (1986). "Going beyond social support: the role social relationship in adaptation". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, pp. 454–460
- Coyne, J. C., Ellard, J. H. & Smith, D. A. (1990). "Social support, interdependence, and the dilemma's of helping". In: B. R. Sarason, I. G. Sarason, & G. R. Pierce (Eds.). *Social support: An interactional view* New York: Wiley, pp. 120–149
- Coyne, J. C. & Smith, D. A. (1991). "Couples coping with myocardial infraction: Contextual perspective on wives' distress". *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, pp. 404–412
- Coyne, J. C. & Smith, D. A. (1994). "Couples coping with myocardial infraction: Contextual perspective on patient self-efficacy". *Journal of Family Psychology*, 8, pp. 43–54
- Croyle, R. T. & Hunt, J. R. (1991). "Coping with health threat: social influence processes in reaction to medical test results". *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, pp. 382–389
- Dorn, J., Naughton, J., Imamura, D. & Trevisan, M. (1999). "Result of multi-center randomized term myocardial infraction patient: The National Exercise and Heart Disease project". *Circulation*, 100, pp. 1764–1769

- Drory, Y., Kravetz, S., Florian, V. & Weingarten, M. (1998). "Sexual Satisfaction After First Acute Myocardial Infarctions in Middle-aged Men: Demographic, Psychological and Medical Predictors". *Cardiology*, 90, pp. 207–211
- Dubovsky, S. (1983). "Psychiatry in Saudi Arabia". *American Journal of Psychiatry*, 140, pp. 1455–1459
- Engebretson, T. O., Clark, M. M., Niaura, R. S., Phillips, T., Albrecht, A. & Tilkemeier, P. (1999). "Quality of life and anxiety in a phase II cardiac rehabilitation program". *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 31, pp. 216–223
- Farooqi, A., Nagra, D., Edgar, T. & Khunti, K. (2000). "Attitudes to lifestyle risk factors for coronary heart disease amongst South Asians in Leicester: a focus group study". *Family Practice*, 17, pp. 293–297
- Fisher, E. B., Delamater, A. M., Bertilson, A. D. & Kirkley, B. G. (1982). "Psychological factors in diabetes and its treatment". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, pp. 993–1003
- Fraser, S., Rodgers, W., Murray, T. & Daub, B. (2007). "The Enduring Impact of Social Factors on Exercise Tolerance in Men Attending Cardiac Rehabilitation". *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention*, 27, pp. 92–96
- Frisby, C. M. (2002). "Messages of hope: health communications strategies that address barriers preventing black women from screening for breast cancer". *Journal of Black Studies*. 32, pp. 489–505
- Goldman, S. & Kark, J. D. (2001). "Follow-up of acute myocardial infarction (AMI) patients in the community – Patient function and medical care: A comparison of Arabs and Jews in Jerusalem (2000–2001)". *Annual Research Reports (NIHP) 2000–2001*, 4, pp. 33–39
- Gordon, M. (1964). *Assimilation in American life*. New York: Oxford University Press.
- Gotay, C. C. & Wilson, M. E. (1998). "Social support and cancer screening in African American, Hispanic and Native American women", *Cancer Practice*, 6, pp. 1–31

- Graves, K. & Miller, P. (2003). "Behavioral medicine in the prevention and treatment of cardiovascular disease". *Behavior Modification*, 27, pp. 3–25
- Grewal, k. Stewart, D. & Grace, Sh. (2010). "Differences in social support and illness perceptions among South Asian and Caucasian patients with coronary artery disease". *Heart & lung*, 39, pp. 180–187
- Hagedroon, M., Kuijer, R. G., Buunk, B. P., DeJong, G. M., Wobbes, T. & Sanderman, R. (2000). "Marital satisfaction in patients with cancer: Does support from intimate partners benefit those who need it most?" *Health Psychology*, 19, pp. 274–282
- Helgeson, V. S. & Cohen, S. (1996). "Social support and adjustment to cancer: Reconciling descriptive, correlational, and intervention research". *Health Psychology*, 15, pp. 135–148
- House, J. S., Landis, K. R. & Umberson, D. (1988). "Structures and processes of social support". *Annual of Reviews in Sociology*, 14, pp. 293–318
- Jabara, R., Namouz, S. Kark, J. & Lotan, C. (2007). "Risk characteristics of Arab and Jewish women with CHD in Jerusalem". *Israel medical association journal*, 9, pp. 316–320
- Leichtentritt, R. D., Schwartz, V. & Rettig, K. D. (2004). "The lived experiences of Israeli Arab Moslems who are caring for a relative with cognitive decline". *International Journal of Aging and Human Development*, 59, pp. 363–389
- Lichtenstein, E., Andrews, J., Barckley, M., Akers, L. & Severson, H. (2002). "Women Helping Chewers: Partner Support and Smokeless Tobacco Cessation". *Health psychology*. 21, pp. 273–278
- Luttike, M. L., Jaarsma, T., Moser, D., Sanderman, R. & Veldhuisen, D. J. (2005). "The importance and impact of social support on outcomes in patients with heart failure". *Journal of Cardiovascular Nursing*, 20, pp. 162–169

- Lowenstein, A. (1999). "Caring for parents with Alzheimer's: Comparing perceptions of physical and mental health in the Jewish and Arab sectors in Israel". *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 14, p. 65
- Kark, J., Gordon, E. & Haklai, Z. (2000). "Coronary heart disease mortality among Arab and Jewish residents of Jerusalem". *Lancet*, 356, pp. 1410–1411
- Kark, J., Goldberger, N., Fink, R., Adler, B., Kuulasmaa, K. & Goldman, S. (2005). "Myocardial infraction occurrence in Jerusalem: A Mediterranean anomaly". *Atherosclerosis*, 178, pp. 129–138
- Kerns, R. D. & Weiss, L. H. (1994). "Family influences on the course of chronic illness: A cognitive-behavioral transactional model". *Annals of Behavioral Medicine*, 16, pp. 116–121
- King, A. C., Haskell, W. L., Taylor, C. B., Kraemer, H. C. & DeBusk, R. F. (1991). "Group- vs home – based exercise training in healthy older men and women: A community – based clinical trial". *Journal Of American Medical Association*, 266, pp. 1525–1542
- Kuijjer, R. G., Ybema, J. F., Buunk, B. P., De Jong, G. M., Thijs-Boer, F. & Sanderman, R. (2000). "Active Engagement, Protective Buffering and Overprotection: Three Ways of Giving Support by Intimate Partners of Patients With Cancer". *Journal of Social and Clinical Psychology*, 19, pp. 256–275
- Kurtz, S. M. S. (1990). "Adherence to diabetes regiments: Empirical status and clinical applications". *Diabetes Educator*, 16, pp. 50–56
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Leibowitz, M., Reges, O., Manor, D., Bental, T. & David, D. (2005). "Nonparticipation in Cardiac Rehabilitation: An analysis utilizing classification and regression trees". *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, 25, pp. 88–92

- Lett, H. S., Blumenthal, J. A., Babyak, M. A., Strauman, T. J., Robins, C. & Sherwood, A. (2005). "Social support and coronary heart disease: Epidemiologic evidence and implications for treatment". *Psychosomatic Medicine*, 67, pp. 869–878
- Levin, L. A., Perk, J. & Hedback, B. (1991). "Cardiac rehabilitation – A cost analysis". *Journal of Internal Medicine*, 230, pp. 427–434
- Linden, W. (2000). "Psychological treatments in cardiac rehabilitation: Review of rationales and outcomes". *Journal of Psychosomatic Research*, 48, pp. 443–454
- Luttike, M. L., Jaarsma, T., Moser, D., Sanderman, R. & Veldhuisen, D. J. (2005). "The importance and impact of social support on outcomes in patients with heart failure". *Journal of Cardiovascular Nursing*, 20, 162–169
- Medalie, J. & Goldbourt, U. (1976). "Angina pectoris among 10,000 men: Psychosocial and other risk factors as evidenced by multivariate analyses of five year incidence study". *American Journal of Medicine*. 60, pp. 910–921
- Moos, R. H., & Schaefer, J. A. (1984). "The crisis of physical illness: an overview and conceptual approach", in: R. H. Moos (Ed.), *Coping with physical illness. 2 :New perspectives* .New York: Plenum Medical Book, pp. 3–25
- Naidoo, J. & Wills, J. (2000). *Health Promotion, Foundations for Practice*. Bailliere Tindale, London, pp. 219–240
- Newton, K. M., Sivarajan, E. S. & Clarke, J. L. (1985) "Patient perceptions of risk factor changes and cardiac rehabilitation outcomes after myocardial infarction". *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, 5, pp. 159–168
- Oldrige, N. B., Guyatt, G. H., Fischer, M. E. & Rimm, A.A. (1988). "Cardiac rehabilitation after myocardial infraction: combined experience of randomized clinical trails". *Journal of the American Medical Association*, 260, pp. 945–950

- Orth-Gomer, K., Rosengren, A. & Wilhelmsen, L. (1993). "Lack of social support and incidence of coronary heart disease in middle aged Swedish men". *Psychosomatic Medicine*, 55, pp. 37–43
- Randall, G., Molloy, G. & Steptoe, A. (2009). "The impact of an acute cardiac event on the partners of patients: a systematic review". *Health Psychology Review*, 3, pp. 1–84
- Rankin-Esquer, L. A., Deeter, A. & Talor, C. B. (2000). "Coronary heart disease and couples". In: K. B. Schmaling & T. Goldman-Sher (Eds.) *The Psychology of Couples and Illness*. Washington, DC: American Psychological Association, pp. 43–70
- Reich, J. W. & Zautra, A. J. (1995). "Spouse encouragement of self-reliance and other-reliance in rheumatoid arthritis couple". *Journal of Behavioral Medicine*, 18, pp. 249–260
- Samer, J. (2003). "Health and development in the Arab world: Which way forward". *British Medical Journal*, 326, pp. 1141–1143
- Sarason, I. G., Sarason, B. R. & Pierce, G. R. (1994). "Social support Global and relationship-based levels of analysis". *Journal of Social and Personal Relationships*, 11, pp. 295–312
- Sheeran, P. & Orbell, S. (2000). "Using implementation intentions to increase attendance for cervical cancer screening". *Health Psychology*, 19, pp. 283–289
- Steptoe, A. (2007). *Depression and physical illness*. Cambridge: Cambridge university press
- Taylor, S. E., Helgeson, V. S., Reed, G. M. & Skokan, L. A. (1991). "Self generated feeling of control and adjustment to physical illness". *Journal of Social Issues*, 47, pp. 91–109
- Thoits, P. A. (1995). "Stress, coping, and social support processes: Where are we? what next?" *Journal of health and Social Behavior*, 36, pp. 53–79

- Thompson, S. C. & Pitts, J. S. (1992). "In sickness and in health: Chronic illness, marriage, and spousal caregiving". In: S. Spacapan, and S. Oskamp (Eds.), *Helping and being Helped: Naturalistic Studies*. Newbury Park: Sage publications, pp. 115-151
- Yoshida, T., Yoshida, K., Yamamoto, C., Nagasaka, M., Tadaura, H., Meguro, T. et al. (2001). "Effects of a 2-week, hospitalized phase II cardiac rehabilitation program on physical capacity, lipid profiles, and psychological variables in patients with acute myocardial infarction". *Japanese Circulation Journal*, 65, pp. 87-93
- Wallston, K. A., Wallston, B. S. & de Vellis, R. F. (1978). "Development of the Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) scales". *Health Education Monographs*, 6, pp. 160-171
- Werner, P. (2003). The theory of Reasoned Action and the Theory of Planned Behavior: Conceptual, Methodological, and Application Issues. In: T. Bredow (Ed.), *Middle-range theories in nursing research*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, pp. 126-137
- Wiklund, I., Oden, A., Sanne, H., Ulvenstam, G., Wilhelmsson. & Wilhelmsen, L. (1988). "Prognostic importance of somatic and psychosocial variables after myocardial infarction". *American Journal of Epidemiology*, 128, pp. 786-795
- Williams, R., Bhopal, R. & Hunt, K. (1994). "Coronary risk in a British Punjabi population: Comparative profile of non-biochemical factors". *International Journal of Epidemiology*, 23, pp. 28-37
- World Health Organization. (1964). "Rehabilitation of Patient with Cardiovascular Diseases; Report of a WHO Expert Committee". *World Health Organization Technical Report Series*, 270
- World Health Organization. (2009). Cardiovascular diseases (CVDs). Retrieved on 25.1.10 from:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/index.html>
- Wyer, S., Joseph, S. & Earll, L. (2001). "Predicting attendance at cardiac rehabilitation: A review and recommendations". *Coronary Health Care*, 5, pp. 171-177

