

תפקיד הדחק בזיקה שבין מגדר לבריאות*

מיכל סופר גייל אוסלנדר

מחקר זה בוחן את תפקיד הדחק בקשר שבין מגדר לשני ממדים של בריאות: תפיסת הבריאות ומצב נפשי. אוכלוסיית המחקר כללה 402 נבדקים צעירים ובריאים שמילאו שאלונים אנונימיים, סגורים ומובנים. תפיסת הבריאות והמצב הנפשי של נשים היו ירודים יותר משל גברים, והן גם דיווחו על רמות גבוהות יותר של דחק. הקשר בין מגדר לתפיסת הבריאות היה קשר ישיר, או עקיף, באמצעות הדחק. הקשר בין מגדר למצב הנפשי היה קשר עקיף, כזה שבו מהווה הדחק משתנה מתערב. הממצאים מצביעים על מנגנונים הכורכים יחד מגדר, דחק ובריאות, ומדגישים את ההשלכות הפרקטיות הנובעות מהם.

מבוא

הספרות המערבית מדווחת כמעט פה אחד על פרדוקס הקיים, לכאורה, בקשר שבין מגדר ובריאות: לנשים תוחלת חיים ארוכה יותר בהשוואה לגברים, אולם נשים מדווחות על חולי גופני ונפשי רב יותר מאשר גברים, וכן משתמשות יותר מגברים בשירותי רפואה שונים (יפרת, 2000; רייס וסטייצקי, 1998).

קיימות שתי גישות עיקריות המסבירות תופעה זו (שוכל ואנסון, 2000; Verbrugge, 1985): הגישה הביורפואית מניחה שההבדלים בין המינים נובעים מהפיסיוולוגיה ומהגנים השונים שלהם. נטען שהבדלי התמותה בין המינים קשורים בכך שגברים הם המין החלש (ולכן תמותת תינוקות זכרים גבוהה יותר משל תינוקות נקבות). התיאוריה תולה את הבדלי התחלואה בין המינים בהבדלים במערכת הרבייה והפעילות ההורמונאלית המורכבת שמתלווה למערכת הזו (מעגל הפוריות – היריון ולידה – חושף נשים לתחלואה רבה יותר מגברים).

הגישה החברתית-רפואית לעומת זאת משערת כי ההבדלים נובעים בעיקר משוני התנהגותי בין המינים ומדגישה את חשיבותו של התפקיד החברתי להבנת ההבדלים

* המאמר מבסס על עבודת גמר של מיכל סופר לקבלת התואר מוסמך בעבודה סוציאלית (1999) בהנחיית פרופ' גייל אוסלנדר. ירושלים: האוניברסיטה העברית בירושלים.
תודה מיוחדת לד"ר שרון שויבין-עזרא על הסיוע בעיבוד הנתונים.

הנצפים. הטענה המרכזית שנשמעת כאן היא כי המגדר, כלומר ההגדרה הסוציולוגית של המין הביולוגי (ינאי ופרידמן, 1995), בהיותו תפקיד חברתי, שזור וכרוך בדחק שעשוי להשפיע על הבריאות עד כדי ביטויים של מחלה וחולי. בהקשר זה יש חוקרים הגורסים, בין היתר, שחלק מההסבר לתחלואת-היתר בקרב נשים נעוץ בצורת החיים הנשית שנסבה על טיפול באחרים (Hibbard & Pope, 1987; Spilman, 1988), כך שנשים קשובות יותר לסימפטומים ומערך שירותי הבריאות מוכר להן יותר. מכאן שנשים ייטו יותר מאשר גברים לקבל עזרה מקצועית, ובנוסף ייטו לקבל על עצמן את "תפקיד החולה" (Aoun, Palmer & Newby, 1998; Verbrugge, 1985). לצד הסברים אלה נשמעת גם הטענה שרוב "דיווחי היתר" של נשים על מחלות, אם לא כולם, קשורים לביוץ, או למה שמכונה "בעיות נשים" (Popay, Bartley, & Owen, 1993).

שובל ואנסון (2000) טוענות כי מבין שלל גורמי הסיכון המסבירים את ההבדלים בין המינים בתחלואה ותמותה, גברים נמצאים יותר בסיכון לתמותה (כגיל ההתבגרות ובתקופת הבגרות הצעירה) בגין גורמי סיכון נרכשים במהלך תהליך החיברות. גורמי סיכון אלה קשורים לסיבות חיצוניות, קרי תאונות דרכים, ספורט, תאונות עבודה ושאר תאונות שהן תוצר של התנהגויות המזוהות כ"גבריות". יש שמוסיפים על אלה את תגובותיהם של גברים לדחק וכן את התמיכה החברתית המועטה יותר שלה זוכים גברים, כגורמי סיכון נוספים לתמותה (Verbrugge, 1985).

קיים תיעוד עגף המתאר את קיומם של קשרים בין דחק ובין בריאות וחולי. הספרות מצביעה על היותם של קשרים אלה דו-כיווניים, הווה אומר: מחד גיסא דחק עשוי לתרום להתפתחות של מחלה, ומאידך גיסא, מחלה היא אירוע דחק (Feigin, 2002). תפקידו של הדחק כגורם סיכון לבריאות אינו מובן לחלוטין (Steptoe, Wardle, Pollard, Canaan, & Davies, 1996), ברם, כיום כבר ידוע שדחק יכול להשפיע על הבריאות הפיסית והנפשית על ידי השפעה ישירה או עקיפה על מערכת החיסון (Kiecolt-Glaser, McGuire, Robles, & Glaser, 2002). בנוסף ידוע כי דחק מתקשר באופן שלילי למצב נפשי (Turner, Wheaton, & Lloyd, 1995).

מודלים קוגניטיביים לדחק גורסים שאי-נוחות פסיכולוגית, כעס ואיום נתפס הנם משתנים מתערבים בקשר שבין דחק לחולי (Colby, Linsky, & Straus, 1994). בדומה לכך, חוויות רגשיות שליליות נמצאו קשורות לפגיעות לחולי (Salovey, Rothman, Detweiler & Steward, 2000).

מחקר זה מבקש להוסיף ולבחון את טיבם של הקשרים בין מגדר, דחק ובריאות, תוך התמקדות בשני מדדים סובייקטיביים לבריאות. השאלה העומדת בבסיסו היא: האם המגדר קשור לבריאות באמצעות הדחק? או לחילופין, האם מגדר מנבא את תחושת הבריאות הסובייקטיבית, ללא קשר לעוצמת הדחק שבו אדם

נמצא? תרומתו היא בניסיון לבנות מודל המקשר בין מגדר, דחק ובריאות, דבר שטרם נבחן בספרות. מודל כזה יסייע בהבנת המנגנונים הדיפרנציאליים שבאמצעותם גברים ונשים מגיבים לדחק, וכיצד הללו משליכים על בריאותם. הבנה שכזו תוכל לתרום לפיתוח שירותים שונים לגברים ולנשים.

דחק, דחק תפקידי, מגדר, בריאות ומה שביניהם

המושג דחק (stress) זכה להתייחסות ענפה בספרות המקצועית. ניתן לומר כי הוא יכול לקבל משמעויות והגדרות שונות המושפעות בעיקר משינויים בהלך החשיבה הפסיכולוגי (Ogden, 1995). כך לדוגמה נתפס מונח זה בתחילה כתגובה לגורם חיצוני (Cannon, 1932; Selye, 1956), ואילו מודלים מאוחרים יותר התמקדו בגורמי דחק אוניברסליים חיצוניים כמו לדוגמה המודל של הולמס וריי (Holmes & Rahe, 1967), בזמן שאחרים הדגישו את הפרשנות של האדם לאירוע (Lazarus & Folkman, 1984).

הטענה המשותפת לתיאוריות אלה היא, שככל שהדחק מצטבר יכולת הפרט להתמודד או להסתגל עלולה להתדלדל תוך ריקון משאביו הפיסיים או הנפשיים. התוצאה במצב כזה היא הגברת הסיכון לחולי, פציעה, מחלה, מצוקה נפשית או אי-תפקוד (Thoits, 1995).

פרלין וסקולר (Pearlin & Schooler, 1978) מאמצים גישה הגורסת כי רוב הבעיות הקשות שאנשים מתמודדים עמן אינן בעיות יוצאות-דופן הקורות לאנשים מסוימים, אלא קשיים מתמשכים המובנים בפעילויות שגרתיות. נקודת המבט המחקרית שלהם מתמקדת בדחקים מתמשכים שאנשים מתמודדים עמם בבצעם תפקידים שונים, כלומר "דחק תפקידי".

"דחק תפקידי" נוצר כשמבנה חברתי יוצר דרישות קשות, סותרות או בלתי-אפשריות עבור מבצע התפקיד (Thomas, 1997). גם המגדר מהווה תפקיד חברתי, וגם הוא, כמו כל תפקיד חברתי אחר, יכול להתאפיין בדחק תפקידי מגדרי (Gender Role Related Stress).

בספרות המקצועית מתרכזת שאלת הזיקה בין דחק למגדר בעיקר סביב הוויכוח מי מהמינים חש דחק רב יותר. מרבית הדיווחים מצביעים על כך שנשים חוות יותר דחק מגברים. תיאוריית הדחק התפקידי המגדרי הזכרי – Masculine Gender Role Stress (Copenhaver & Eisler, 1996; Mann & Kato, 1996) גורסת שגברים מנותבים על ידי ציפיות חברתיות לחיות על פי הגדרות של "גבריות" שנכפו עליהם תרבותית, והמאבק להשיג תכונות גבריות אלה יכול להוביל לתוצאות בריאותיות

בלתי־רצויות. ראוי לציין שממצאי המחקר לגבי תקפותה של תיאוריה זו אינם אחידים (McCreary et al., 1996).

מחקרים עדכניים יותר איששו את נקודת המבט של הדחק התפקידי (Gender Role Perspective), מתוך הדגשת סוגי הדחקים הדיפרנציאליים שניצבים בפני גברים ונשים, שעל פיה לנשים תפקידים חברתיים הדורשים מהן לספק יותר תמיכה לאחרים, להיות יותר אמפתיות ולהרחיב את דאגתן למגזר רחב יותר של אנשים, דבר המוביל למצוקה (Almeida & Kessler, 1998) ואף מהווה מקור ראשון במעלה לדחק מבחינתן (Thomas, 1997). חשוב לציין כי מחקרים עדכניים מצאו שהקשר בין מגדר למצוקה נפשית מתווך באמצעות דחקים תפקידיים (Almeida & Kessler, 1998).

תיאוריה מרכזית בחקר הדחק מעמידה אותו כגורם סיכון לבריאות הפיסית והנפשית, הן האובייקטיבית והן הנתפסת. תפיסת בריאות או בריאות נתפסת הינה הערכתו הסובייקטיבית של אדם את מצבו הגופני. שלא כמצב בריאות אובייקטיבי (כלומר, כזה שמאובחן על ידי מדדים קליניים), מדובר כאן על קבלת מידע מהאדם עצמו אודות תפישותיו והגדרותיו את מצב בריאותו. נמצא שתפיסת בריאות קשורה באופן ישיר לתמותה ללא תלות במצב הבריאות האובייקטיבי (Mossey & Shapiro, 1982). מחקרים מוקדמים גורסים שתפיסת בריאות היא אחד המנבאים העיקריים למוות, והיא קשורה גם לתחלואה (Kaplan & Idler & Benyamini, 1997; Camacho, 1983); כלומר תפיסת הבריאות עצמה מהווה מדרד למצב הבריאות האובייקטיבי, ובכך מהווה proxy measure. ההסברים לתופעה זו נעוצים בכך שתפיסת הבריאות מושפעת מגורמים רבים, כגון תוחלת החיים במשפחה, מאפיינים פסיכולוגיים, רגשיים או רוחניים, מעבר למאפיינים ביו־רפואיים גרידא (למשל, קיום מחלה), וכן מעבר להימצאותם של גורמי סיכון למחלה (Idler, Hudson, & Leventhal, 1999; Strawbridge & Wallhagen, 1999; Van Doorn, 1999).

חוקרים רבים טענו כי הדחק מנבא ירידה בבריאות (Kiecolt-Glaser et al., 2002). דחק יכול להשליך על הבריאות הפיסית באמצעות השפעה על מערכות שונות בגוף, לרבות מערכת החיסון (Kiecolt-Glaser et al., 2002; Selye, 1956). זאת ועוד, קיים קשר שלילי גם בין דחק ובין תפיסת הבריאות (Farmer & Ferraro, 1997; Salovey et al., 2000). הטענה היא שהשלכות על הבריאות הן גם מיידיות וגם ארוכות־טווח (Farmer & Ferraro, 1997). לין ואנסל (Lin & Ensel, 1989) לדוגמה מצאו שדחק משפיע באופן ישיר על חוויית סימפטומים גופניים. וו ולאם (Wu & Lam, 1993), במחקרם על מתכגרים בריאים, מדווחים שנבדקים שסבלו מיותר טרדות תפסו את בריאותם כירודה יותר גם בטווח הקצר וגם בטווח הארוך. בדומה לכך מצאו אחרים כי מאורעות שנתפסים כבלתי־רצויים וכבלתי־נשלטים מובילים למצוקה, לסימפטומים גופניים ולביקורים אצל רופאים (McFarlane, Norman, Streiner, & Roy, 1983).

במקביל לגוף הידע המחקרי והתיאורטי הבוחן את הקשרים בין דחק לבריאות ולתפיסת הבריאות, הספרות עוסקת גם בשאלת הזיקה שבין מגדר לאותה תפיסת בריאות. רוב המאמרים שנכתבו בנושא בוחנים את ההבדלים בין המינים באופן שבו הם תופסים סימפטומים.

יש הטוענים שקיימת "נטייה של נשים לקשב סלקטיבי בכל הנוגע לרמזים גופניים", "העדפה נשית לסגנון ייחוס גופני", ו"נטייה מוקדמת נשית לסומאטיזציה" (Van Wijk & Kolk, 1997, p. 244), ובנוסף, נכונות גדולה יותר בקרב נשים לרווח לאחרים על הסימפטומים שהן חוות. תופעה זו מיוחסת בעיקר לעודף במידע גופני (סומאטי), דבר שמייחד נשים בהשוואה לגברים, בגלל תהליך החיברות של נשים (Anson, Paran, Neumann & Chernichovsky, 1993; Van Wijk & Kolk, 1997).

גברים מעריכים את בריאותם כטובה יותר בשל היותם מודעים פחות מנשים לתהליכים ולמצבים גופניים פנימיים. בנוסף, גברים אינם תופסים את הסימפטומים ככאלה או מגמדים בחשיבותם. קיימת טענה שציפיות מתפקיד המגדר הגברי אינן מאפשרות לגברים להיות חולים (Möller-, Bekker, Croon, & Vermaas, 2002; Leimkübler, 2002).

נסכם את מערכות הקשרים הידועות לנו עד עתה ונאמר כי מגדר קשור לדחק: נשים מדווחות על יותר דחק מגברים. זאת ועוד – הן מגדר והן דחק קשורים לתפיסת הבריאות. מבחינת המגדר – נשים מדווחות על תפיסת בריאות ירודה יותר מאשר גברים; ואילו דחק מנבא תפיסת בריאות שלילית.

דחק עלול גם לפגוע במצבו הנפשי של הפרט. מושג זה קשה להגדרה, משום שהינו כוללני ורחב ומתפרס על עולמות תוכן שונים, חיוביים ושליליים. סוג אחד של מחקרים שם דגש על חוויות רגשיות חיוביות בלבד, דהיינו על "רווחה סובייקטיבית" (Diener, 1984; Diener, Suh, Lucas, & Smith, 1999). מחקרים אחרים התעניינו במדידה של אי־תפקוד, ליקוי או העדר רווחה (Diener, 1984). מחקר זה אימץ גישה שלישית, הרואה ברווחה פסיכולוגית מושג המורכב משני ממדים בלתי־תלויים: אפקט חיובי ואפקט שלילי (Bradburn, 1969). חוקרים שונים מסכימים ביניהם שקיים קשר שלילי בין דחק לבין מצב נפשי. הטענה המרכזית היא שחשיפה לדחק גוררת עמה מצב נפשי ירוד ואף חולי נפשי, וההתייחסות היא לרוב לדיכאון (Mechanic, 1999; Turner et al., 1995).

ישנן עדויות לכך שגם מגדר קשור למצב נפשי. כך למשל נשים משתמשות יותר בשירותי בריאות הנפש מאשר גברים, משתמשות יותר מגברים בתרופות פסיכותרפיות, וקיים שוני בין המינים בתגובה לתרופות אלו. זאת ועוד, נשים נוטות יותר מגברים לסבול מריבוי בעיות נפשיות. בנוסף נמצא שדיכאון חוזר מאפיינים נשים בשכיחות גבוהה מאשר גברים (Möller-Leimkübler, 2002; Padgett, 1997).

במחקר-אורך שבדק את התגובות הפסיכולוגיות לאירועי 11 בספטמבר בארה"ב נמצא קשר בין סימפטומים פוסט-טראומטיים ובין המגדר הנשי (Silver-Cohen, Holman, McIntosh, Paulin & Gil-Rivas, 2002). גם מחקרים שבדקו את ההבדלים ברווחה הפסיכולוגית בין המינים מצביעים על מגמות דומות, קרי על מצב נפשי ירוד יותר בקרב נשים. הללו מציעים שציות לתכתיבי הסטריאוטיפים המיניים המוסכמים מביא בעקבותיו רווחים לגברים והפסדים לנשים, משום ש"תכונות נשיות" מסווגות כשליליות בחברה שבה אנו חיים, עובדה שפוגעת ברווחתן הפסיכולוגית של הנשים (אור ובן-אליהו, 1993; Grimmell & Stern, 1992).

הסברים להבדלים בין המינים במצב הנפשי גורסים כי נשים עסוקות יותר מגברים במערכות יחסים, דבר שגורם להן להיות פגיעות יותר לתחושות ייאוש ולדיכאון. בנוסף, הן חשופות לגורמי סיכון הנוצצים במעמד הנחות של האישה כמעט בכל התרבויות (Nolen-Hoeksema, 1987).

השערות המחקר

סקירת הספרות מצביעה על כך שנשים תופסות את מצב בריאותן (הפיסי והנפשי) כירוד ומדווחות עליו יותר מאשר גברים. בנוסף, נמצא שנשים חוות יותר דחק תפקידי, וכן מדווחות על תחושה רבה יותר של דחק מאשר גברים. זאת ועוד, ידוע שדחק עלול לגרום לחולי (הן פיסי והן נפשי). הסקירה גם מצביעה על כך כי המושג דחק קשור ואף מובנה ממש בתפקיד המגדר מעצם מהותו, קרי הינו מעבר להבדל הביולוגי-גופני בין גברים ונשים, וכי הוא נעוץ בחברה ובתרבות. במילים אחרות: המגדר יוצר ומכתיב את הדחק.

ברם הספרות אינה מספקת מענה לשאלה: כיצד ומתי משחק הדחק תפקיד בקשר שבין מגדר לתפיסת הבריאות ולמצב הנפשי? מחקר זה בוחן אם הקשרים בין מגדר ובין תפיסת הבריאות והמצב הנפשי הנם ישירים או עקיפים, כלומר עוברים דרך משתנה נוסף, הדחק, ובכך תרומתו. שאלה זו היא ההשערה המרכזית העומדת בבסיס מחקר זה. אולם, לפני בדיקת ההשערה רצינו לוודא שאכן גם במדגם שלנו מתקיימים הקשרים בין מגדר, דחק ומשתני בריאות כפי שנמצא בספרות. על כן נבדקו ההשערות הבאות:

1. נשים יתפסו את בריאותן (הפיסית והנפשית) כירודה יותר בהשוואה לגברים.
2. נשים ידווחו על רמות דחק גבוהות יותר בהשוואה לגברים.
3. יימצא קשר שלילי בין רמת הדחק ובין תפיסת הבריאות והמצב הנפשי.

שיטת המחקר

המדגם

המדגם כלל 402 גברים ונשים (רובם בגילאי ה-20 לחייהם). מחציתם היו סטודנטים בשנה ב' לעבודה סוציאלית באוניברסיטה העברית, שמילאו שאלונים כחלק ממטלות לקורס חובה. המחצית השנייה נדגמה באמצעות "שיטת כדור השלג", וכללה אנשים צעירים הדומים לסטודנטים במאפייניהם הסוציודמוגרפיים אך הפוכים להם מבחינת המגדר (כלומר, ממין שונה). שיטת דגימה זו, כפי שיוכהר להלן, נבעה מכך שמאגר הנתונים שימש בראש ובראשונה למטרות הוראה, ונעשה בה שימוש גם במחקרים אחרים על אוכלוסיית סטודנטים בהקשר של דחק ובריאות (ראו לדוגמה אצל (Griffin, Friend, Eitel, & Lobel, 1993; Robbins, Spence & Clark, 1991).

איסוף הנתונים

איסוף הנתונים נעשה בשלושה מחזורים, בתחילת סמסטר בשנים תשנ"ו, תשנ"ז ותשנ"ט. כל סטודנט בקורס קיבל שני שאלונים לאחר שחתם על הסכמה מדעת להשתתף במחקר. כל סטודנט מילא שאלון אחד והעביר את השאלון השני לאחר ממכריו, בעל רקע אישי דומה אך בן המין השני. השאלון היה אנונימי, מובנה וסגור. השאלונים הוחזרו מלאים לאחר שבוע. שיעור ההיענות היה קרוב ל-100%. השאלון כלל נתוני רקע, נתונים על שימוש בשירותי בריאות שונים, הרגלי בריאות, מדדי דחק ותפיסות שונות. מדדי הדחק הספציפיים שעסקו בדחק בעבודה או בלימודים ובדחק משפחתי הוספו לשאלון הכללי רק בשנה האחרונה (תשנ"ט) לצורכי מחקר זה.

משתני המחקר ומדידתם

המחקר כלל שני משתנים תלויים: תפיסת הבריאות ומצב נפשי.

תפיסת הבריאות. השתמשנו בגרסה מורחבת של שאלה בודדת, שבה נעשה שימוש נרחב למדידת משתנה זה: האם היית מגדיר את מצב בריאותך כמצוין, טוב, בינוני או לא טוב? (Kaplan & Camacho, 1983). הגרסה המורחבת מבוססת על מחקרה של פולי (Foley, 1984), שבדק את תקפותו של הכלי. במסגרתו נוספו לשאלה המקורית פריטים של שביעות רצון מהמצב הפיסי, השוואה עם המצב הבריאותי מלפני שנתיים, מידת הדאגה מהמצב הבריאותי והשוואה של המצב הבריאותי לזה של קבוצת השווים. הציון על כל אחת מחמש השאלות נע בין 1 ל-4, כך שטווח הציונים של הסולם כולו נע בין 5 (בריאות לא טובה) ל-20 (בריאות מצוינת). מדובר בכלי

שנבדק במקור במסגרת מחקרים ארציים בארה״ב ונמצא מהימן ותקף (Foley, 1984). הוא תורגם לעברית ונעשה בו שימוש במחקרים קודמים בישראל (Auslander & Litwin, 1991). מהימנותו הפנימית במחקר הנוכחי: $\alpha = 0.73$.

מצב נפשי. המצב הנפשי נמדד באמצעות סולם HAY (How are you?). מדובר בכלי קצר ופשוט למילוי שפותח במסגרת סקר ארצי שבחן הרגלי בריאות (National Survey of Personal Health Practices and Consequences) בארצות הברית (Wilson & Elinson, 1981). הכלי מורכב מארבע שאלות סגורות, שתיים חיוביות ושתיים שליליות (במשך החודש שעבר, כל כמה זמן הרגשת: (1) שמחה; (2) אהובה ורצויה; (3) עצובה ומדוכאת; (4) בודדה?). סולם התשובות נע בין 1 (אף פעם) ל-4 (לעיתים קרובות). לאחר הפיכת הכיוון של שאלות 3 ו-4, מתקבל סולם ציונים שנע בין 4 ל-16. במחקר אמריקאי, בשתי בדיקות חוזרות בהפרש של שנה נמצא קשר חזק בין הציונים, $r = 0.53$, $p < .001$ (Simonsick, 1991). בנוסף נמצא קשר בינו לבין התנהגויות בריאות שונות. לדעתה של החוקרת יתרונו של כלי זה בכך שאינו כולל סימפטומים ״צמחיים״ (vegetative symptoms), כמו שינה ואובדן תיאבון, הקשורים לכמה מדדי בריאות והתנהגות בריאות. הכלי תורגם לעברית ונעשה בו שימוש במחקרים קודמים בישראל (Auslander & Litwin, 1991). במחקרים אלה נמצא שלכלי מהימנות פנימית של $\alpha = 0.82$, וכי קיים קשר מובהק בינו לבין מדדי בריאות שונים, כגון תפיסת הבריאות ($r = 0.44$, $p < .001$) ומצב תפקודי ($r = 0.23$, $p < .01$). מהימנותו הפנימית של הכלי במחקר הנוכחי הייתה $\alpha = 0.65$.

דחק. המשתנה דחק נמדד באמצעות שלושה כלים:

1. כלי הבודק דחק בעבודה וכלימודים (כאמור, התווסף לשאלון הכללי רק בשנה האחרונה, תשנ״ט, לצורכי מחקר זה). הוא מבוסס על פריטי דחק תפקודי (Occupational Stress Items) של פרלין וסקולר (Pearlin & Schooler, 1978), שמצאו אותו מהימן ותקף במחקרם. הכלי תורגם לעברית בידי החוקרת הראשונה ולאחר מכן נבדק התרגום (באמצעות הסבתו חזרה לשפת המקור) בידי החוקרת השנייה. לכלי המקורי נוספה אופציה של ״לימודים״ (בנוסף ל״עבודה״), כדי להתאימו לאוכלוסיית המחקר הספציפית. הכלי כולל שבע שאלות שהתשובה לכל אחת מהן יכולה להיות ״כלל לא״, ״מעט״, ״באופן בינוני״, ו״מאוד״. סולם הציונים נע בין 7 ל-28. מהימנותו הפנימית עמדה על $\alpha = 0.88$.
2. כלי הבודק דחק במשפחה (התווסף לשאלון הכללי רק בשנה האחרונה, תשנ״ט, לצורכי מחקר זה), מבוסס על פריטים של דחק בנישואין (Marital Stress Items) של פרלין וסקולר (Pearlin & Schooler, 1978), שמצאו אותו מהימן ותקף במידה גבוהה. גם כלי זה תורגם לעברית בידי החוקרת הראשונה ואחר כך בחזרה

לאנגלית בידי החוקרת השנייה. בשאלון זה שונה הנוסח המקורי משאלות לגבי בן/בת זוג לשאלות לגבי המשפחה. גם שינוי זה נעשה כדי להתאימו לאוכלוסיית המחקר. בכלי זה תשע שאלות עם סולם תשובות זהה לזה שבכלי הקודם. טווח הציונים בסולם נע בין 9 ל-36. מהימנותו הפנימית עמדה על $\alpha = 0.89$.

3. שאלה כללית בנושא, כלומר מדד דחק כללי (נבדק בכל שלוש השנים – תשנ"ו, תשנ"ז, תשנ"ט). השאלה מבוססת על הגדרת המושג על פי לזרוס ופולקמן (Lazarus & Folkman, 1984): באיזו מידה היית לאחרונה במצב שבו הרגשת שיש לך בעיות שאינך מסוגלת להתמודד איתן? (1) "אף פעם"; (2) "לעיתים רחוקות"; (3) "לפעמים"; (4) "לעיתים קרובות"; (5) "כל הזמן". טיבה של שאלה זו, כלומר המידה שבה השאלה אכן מודדת את הדחק, נבחן היות וסולמות הדחק האחרים הועברו לסטודנטים בשנת תשנ"ט בלבד. לגבי שאלה זו אין נתונים בספרות על תקפות ומהימנות, ועל כן על מנת לעמוד על טיבה מן ההיבטים הללו בדקנו את הקשר בינה לבין הסולמות התקפים והמהימנים של פרלין וסקולר (שמדרו כאמור דחק). בבדיקת מתאם באמצעות מבחן Spearman שנערכה בין שאלה זו לבין שני סולמות הדחק של פרלין וסקולר (Pearlin & Schooler, 1978), נמצאו קשרים חיוביים הן לסולם הדחק בעבודה/לימודים ($r = 0.44, p < 0.001$) והן לסולם הדחק במשפחה ($r = 0.50, p < .001$). עובדה זו אפשרה השוואות בין השנים לגבי כל המדדים של משתנה הדחק.

משתני רקע כללי. בנוסף למין הנבדק, נשאלו הנבדקים על כמה משתני רקע שניתן היה לשער שיהיו קשורים לדיווח על בריאות ו/או על דחק: לאום (ערבי או יהודי), דת (יהודי, מוסלמי, נוצרי או אחר), מידת הדתיות (חרדי, דתי, מסורתי, חילוני), מקום הלידה של הנבדק והוריו (אסיה/אפריקה, אירופה/אמריקה וישראל) ומקום המגורים (בשכירות או במעונות, בבית ההורים או בדירה בבעלות הנבדק).

ניתוח הנתונים

מחקר זה כלל בעצם שלושה מדגמים שונים בהתאם לשנת הלימודים (תשנ"ו, תשנ"ז ותשנ"ט). כדי שניתן יהיה להתייחס לכל שלושת המדגמים כאל יחידה אחת, היה צורך לבחון אם קיימים הבדלים מובהקים בין הקבוצות לגבי כל משתני המחקר (למעט סולמות דחק בעבודה/לימודים ובמשפחה, שהוספו רק בתשנ"ט). הבדיקות הצביעו על הבדלים מסוימים בין השנים באחד מהמשתנים התלויים (מצב נפשי) ובשלושה ממשתני הרקע: לאום, דת ומידת הדתיות. משמעותם של ההבדלים האפריוריים הללו בין שנות הלימודים היא שיתכן שהבדלים בין קבוצות (או קשרים

בין משתנים), שיתגלו בשלב בדיקת ההשערות, ינבעו מכך שהקבוצות לא היו שוות מלכתחילה. במילים אחרות, מקורם של הבדלים או קשרים שכאלה יימצא בשנת הלימודים, והם לא ישקפו הבדלים או קשרים אמיתיים בין הנשים והגברים. על מנת להימנע ממשגים שכאלה היה צורך לנטרל את השפעת שנת הלימודים על המבדקים הסטטיסטיים, כלומר להפוך אותה למשתנה בקרה.

השערות המחקר נבדקו בכמה שלבים. נבדקה התפלגות דו-משתנית שכללה השוואה בין הקבוצות (גברים, נשים) לגבי מדדי הבריאות תוך פיקוח על שנת הלימודים בעזרת מבחן Anova. ההבדלים בין המינים בדחק נבדקו בשני אופנים: (1) במבחן t – לגבי סולמות דחק בעבודה/בלימודים ודחק במשפחה (שנבדקו רק בתשנ"ט ולכן לא היה צורך לנטרל את השפעת שנת הלימודים על הבדיקה); (2) במבחן U (Mann-Whitney U) – מבחן לא-פרמטרי שמשמש בו לבדיקת קשר בין משתנה נומינלי-דיכוטומי למשתנה אורדינלי והוא מהווה תחליף למבחן הפרמטרי, מבחן t (Weinbach & Grinnell, 1997).

ההשערות בדבר הקשרים בין דחק למדדי הבריאות השונים נבדקו במבחני מקדם המתאם של פירסון. לגבי הדחק הכללי נבדק המתאם החלקי על מנת לנטרל את השפעת שנת הלימודים על הקשר.

בשלב האחרון, לצורך בחינת ההשערה המרכזית, הווה אומר תפקידו של הדחק כמשתנה מתערב בין מגדר לבריאות, נותחו הנתונים באמצעות "מודלים של משוואות מבניות" (Structural Equation Models) בעזרת תוכנת Amos 4.0 (Arbuckle & Worthke, 1999), שיטה סטטיסטית ששימשה במחקר זה לניתוח נתיבים. מדובר בשיטה הכוללת הן משתנים נצפים, כלומר כאלה הניתנים לצפייה ישירה כגון מגדר, לאום, דת וגיל, והן משתנים חבויים, כלומר מושגים תיאורטיים שאינם ניתנים לצפייה או למדידה ישירה – כגון מצב נפשי, דחק או תפיסת הבריאות, אשר לצורך מדידתם נעזרים במדדים נצפים אחרים. הכוונה כאן לסדרת השאלות שהציון של כל התשובות עליהן נותן מדד לתפיסת הבריאות, דחק או מצב נפשי – מושגים שכאמור אין אפשרות לצפות בהם ישירות. ראוי לציין כי התוכנה מודדת משתנים חבויים באמצעות מדדים נצפים המעידים עליהן, או במקרה שלנו, על ידי סך השאלות שהרכיבו את מדד תפיסת הבריאות, המצב הנפשי או הדחק לסוגיו.

טיבו של המודל הסטטיסטי המתקבל מן התוכנה נבחן על פי מדדי התאמה שונים. מודל טוב יתאפיין במדדי טיב התאמה הכוללים: (1) ערך נמוך ולא מובהק של χ^2 ; (2) RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation), מדד המתחשב בטעות האומדן באוכלוסייה, קטן מ-0.08; (3) NFI (Normed Fit Index), מדד המשווה בין התאמת המודל למודל אחר (Null Model) המתבסס על אותם נתונים בעל ערך הגבוה מ-0.9; (4) CFI (Comparative Fit Index), מדד דומה המתחשב בגודל המדגם, בעל ערך הגבוה מ-0.9 (Byrne, 2001; Klem, 2000).

ממצאים

לוח 1: משתני הרקע לפי מגדר

מובהקות	נשים		גברים		משתני רקע
	%	N	%	N	
N.S.					לאום
	67.5	139	64.9	124	יהודי
	32.5	67	35.1	67	ערבי
N.S.					דת
	67.2	137	65.3	124	יהודי
	23.0	47	26.8	51	מוסלמי
	9.8	20	7.9	15	נוצרי
N.S.					מידת הדתיות
	23.5	48	18.2	35	חרדי/דתי
	27.9	57	32.3	62	מסורתי
	48.5	99	49.5	95	חילוני
N.S.					יבשת/ארץ הלידה
	1.0	2	1.5	3	אסיה/אפריקה
	7.7	16	10.8	21	אירופה/אמריקה
	91.3	189	87.7	171	ישראל
N.S.					יבשת/ארץ הלידה של האם
	14.0	29	18.0	35	אסיה/אפריקה
	24.6	51	23.7	46	אירופה/אמריקה
	61.6	127	58.2	113	ישראל
N.S.					יבשת/ארץ הלידה של האב
	18.4	38	18.5	36	אסיה/אפריקה
	21.7	45	24.1	47	אירופה/אמריקה
	59.9	124	57.4	112	ישראל
N.S.					מגורים
	76.4	155	76.0	111	במעונות, בשכירות
	23.6	48	24.0	35	בבית ההורים או בדירה בבעלות הנבדק/ת
					גילאים
					ממוצע
					סטיית תקן
					מובהקות
					גברים
					נשים
					t = 5.44, df = 352,
					p < .001

מלוח 1 ניתן ללמוד כי אין הבדלים מובהקים בין הנבדקות (N=207, 51.5%) לנבדקים (N=195, 48.5%), בכל משתני הרקע, מלבד הגיל. בשתי הקבוצות ניכר רוב יהודי (כשני שלישים מן הנבדקים). כמחצית הנבדקים בשתי הקבוצות הם חילוניים, כ-90% ילידי הארץ, ולמעלה ממחציתם הם בניס ובנות להורים ילידי ישראל. כשלושה רבעים מן הנבדקים והנבדקות גרים בשכירות או במעונות. ישנו קשר בין מין הנבדקים לבין גילם: גיל הגברים גבוה יותר מזה של הנשים באופן מובהק (ממוצע גיל הגברים עמד על 24.5, סטיית תקן 4.3, ממוצע גיל הנשים עמד על 23, סטיית תקן 2.4)*.

ממוצע "תפיסת הבריאות" של הנבדקים עמד על 14.6 (סטיית תקן 2.4, הטווח האפשרי של המשתנה 5-19); המצב הנפשי עמד על 12.1 (סטיית תקן 2.2, הטווח האפשרי של המשתנה 16-). במשתנה דחק, ממוצע "דחק במשפחה" היה 15.0 (סטיית תקן 5.3, הטווח האפשרי של המשתנה 9-33) ושל ה"דחק בעבודה/לימודים" 14.2 (סטיית תקן 4.7, הטווח האפשרי של המשתנה 7-26). החציון של שאלת הדחק הכללית היה 2 (מתוך טווח אפשרי של 1-4), "לעיתים רחוקות". התוצאות לגבי תפיסת הבריאות ודחק מצביעות שמדובר באנשים התופסים עצמם כבריאים.

בדיקת הקשרים הדו-משתניים / בדיקת ההשערות

לוח 2 מסכם את הממצאים לגבי הקשר בין מגדר ובין משתני הבריאות ודחק, תוך פיקוח על שנת הלימודים. כפי ששוער, נמצא שתפיסת הבריאות של הנשים ירודה מזו של הגברים. כמו כן נמצא כי המצב הנפשי של הנשים ירוד מזה של הגברים. השערת המחקר לגבי ההבדלים בין המינים ברמות הדחק אוששה חלקית. נמצאו הבדלים משמעותיים ומובהקים בין נשים וגברים לגבי הדחק בעבודה/לימודים ולגבי הדחק הכללי בשתיים מתוך שלוש שנות הלימוד המרכיבות את המדגם (תשנ"ז ותשנ"ט). לגבי הדחק במשפחה ולגבי הדחק הכללי בשנת תשנ"ו, לא נמצאו הבדלים מובהקים בין נשים לגברים, אולם ההבדלים ביניהם היו בכיוון המשוער.

לוח 3 מסכם את הקשרים בין שלושת מדדי הדחק למשתני הבריאות. מהלוח ניתן ללמוד כי ההשערה אוששה חלקית. נמצא קשר שלילי ומובהק בין דחק כללי לבין תפיסת הבריאות ובין דחק בעבודה/לימודים לבין תפיסת הבריאות. לא נמצא קשר בין הדחק במשפחה לבין תפיסת הבריאות. נמצאו קשרים שליליים בין כל אחד ממדדי הדחק לבין המצב הנפשי, והקשר החזק ביותר נמצא בין הדחק במשפחה לבין המצב הנפשי.

* מכיוון שהגיל לא נמצא קשור לאף אחד ממשתני התוצאה (תפיסת הבריאות והמצב הנפשי) או למשתנה המתערב (דחק, כפי שנמדד באמצעות סולם דחק כללי, דחק במשפחה ודחק בעבודה/בלימודים), לא פיקחנו על משתנה זה בבדיקת ההשערות.

תפקיד הדחק בזיקה שבין מגדר לבריאות

לוח 2: מדדי בריאות ודחק לפי מגדר (תוך כדי פיקוח על שנת הלימודים)

מובהקות	גברים			נשים			מדד הבריאות
	סטיית תקן	ממוצע דירוג הממוצע	N	סטיית תקן	ממוצע דירוג הממוצע	N	
F(2,387) = 8.30 ***	2.46	15.03	189	2.36	14.21	201	תפיסת הבריאות
F(2,395) = 11.75 ***	2.21	12.45	194	2.26	11.84	204	מצב נפשי
							סוג הדחק
							דחק במשפחה ^א
							דחק בעבודה/לימודים ^א
							דחק כללי
לא מובהק	4.79	14.19	59	5.59	15.87	62	שנה ראשונה
t(117) = -2.29 *	4.33	13.19	57	4.80	15.13	62	שנה שנייה
לא מובהק		38.89	40		45.78	44	שנה שלישית
U = 3594 **		85.65	93		105.82	98	
U = 1454 *		54.73	60		68.05	62	

* p < .05 ** p < .01 *** p < .001 ^א נבדקו רק בשנת תשנ"ט.

לוח 3: הקשר בין מדדי דחק לבין מדדי בריאות (Pearson's R)

דחק בעבודה/בלימודים (N = 119)	דחק במשפחה (N = 121)	דחק כללי ¹ (N = 397)	סוג דחק/מדד בריאות
-0.17 *	-0.14	-0.26 ***	תפיסת הבריאות ²
-0.38 ***	-0.56 ***	-0.34 ***	מצב נפשי ²

¹ partial correlation תוך פיקוח על שנת הלימודים. ² one tailed test

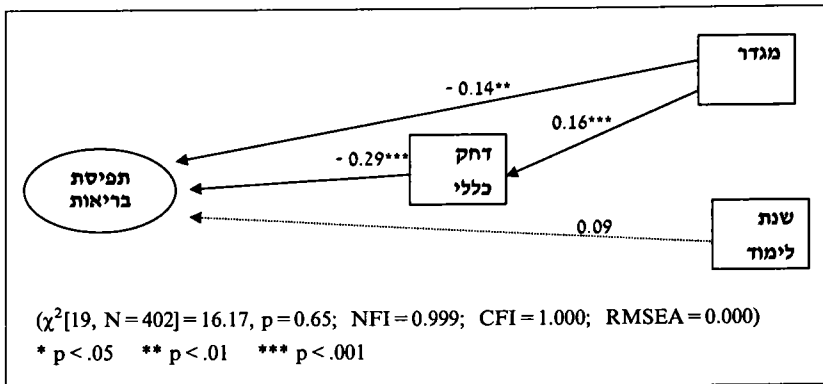
בדיקת משתני הרקע

בבדיקת הקשרים בין משתני הרקע לבין המשתנה הבלתי-תלוי (מגדר), בין המשתנים התלויים (תפיסת הבריאות ומצב נפשי) ובין המשתנה המתערב (דחק), נמצאו כאמור קשרים מובהקים בין גיל למגדר (ראו לוח 1), ובין הלאום למצב הנפשי (אצל יהודים: 12.3, סטיית תקן 2.2; אצל ערבים: 11.8, סטיית תקן 2.4, p < .05, t = 2.33, df = 391). מכיוון שמשתנה הלאום נמצא קשור לאחד ממשתני התוצאה, הוא נלקח בחשבון בבדיקת ההשערה המרכזית. לא נמצאו קשרים מובהקים בין שאר משתני הרקע למשתני הבריאות או הדחק.

הממצאים שהתקבלו מבדיקת תפקידו של הדחק כמשתנה מתערב בין מגדר לבריאות מוצגים בתרשימים 1 ו-2. הקשרים המובהקים ($p < .05$) מסומנים בתרשימים בקו רציף, בעוד שאלה שלא נמצאו מובהקים מופיעים בקו מקווקו (ראו לדוגמה אצל Pierce, Vinokur & Buck, 1998). המספרים בכל תרשים מייצגים את מקדמי הרגרסיה המתוקננים. כפי שניתן ללמוד מן התרשימים, השערת המחקר אוששה חלקית.

תרשים 1 מציג את הקשרים שנמצאו בין מגדר, דחק כללי ותפיסת הבריאות. כפי שניתן ללמוד מהתרשימים, המודל גילה התאמה גבוהה מאוד לנתונים. התרשים מעיד על כך שמגדר קשור הן באופן ישיר והן באופן עקיף לתפיסת הבריאות. משמעות הנתוב הישיר היא שלנשים יש תפיסת בריאות ירודה יותר מאשר לגברים ללא קשר לרמת הדחק שהן חשות. משמעות הנתוב העקיף היא שמגדר קשור לתפיסת הבריאות באמצעות דחק כללי.

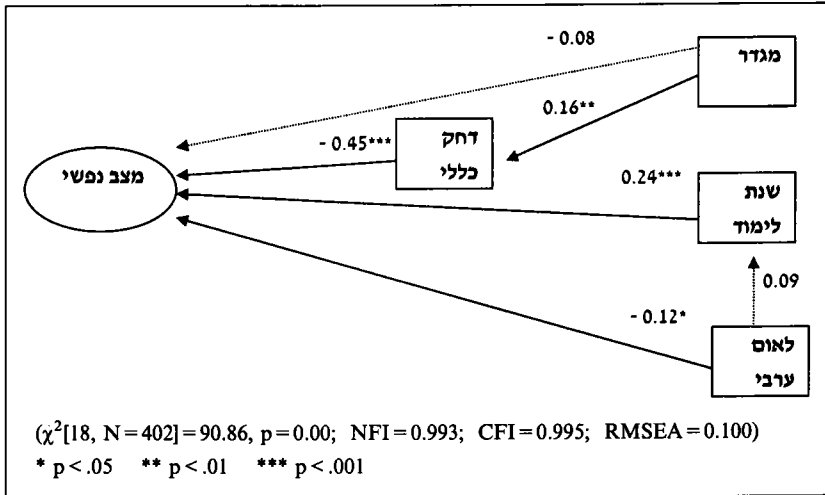
תרשים 1: הקשר בין מגדר לבין דחק כללי ותפיסת הבריאות ($N=402$)



תרשים 2 מציג את הקשרים בין מגדר, דחק כללי ומצב נפשי. מודל זה גילה התאמה סבירה לנתונים. כפי שניתן ללמוד מהתרשימים, הקשר בין מגדר לדחק כללי הינו חיובי – נשים מדווחות על דרגות דחק כללי גבוהות יותר מגברים. בנוסף, הקשר בין דחק כללי למצב נפשי הינו שלילי, כלומר, ככל שעולה הדחק הכללי המצב הנפשי יורד.

עוד ניתן ללמוד מן התרשימים כי קיימים קשרים מובהקים בין שנת הלימוד למצב נפשי וכן בין לאום למצב נפשי. אולם בעוד שהקשר בין מגדר לבין מצב נפשי עובר דרך דחק כללי, כלומר, מדובר בקשר עקיף, הרי הקשר בין משתני הרקע – שנת לימוד ולאום ערבי – לבין מצב נפשי הוא ישיר.

תרשים 2: הקשר בין מגדר לבין דחק כללי ומצב נפשי (N=402)



דיון

מחקר זה ביקש לזרות אור על טיב הקשר בין מגדר לשני מדדי בריאות שונים: תפיסת בריאות ומצב נפשי. הממצאים העיקריים של המחקר איששו את השערותיו כמעט במלואן. בהתאם למשוער גם כאן נמצא שנשים מדווחות על תפיסת בריאות ומצב נפשי ירודים יותר מאשר גברים. בנוסף, הן מדווחות על תחושת דחק גבוהה יותר משל גברים (מלבד דחק במשפחה).

בהתאם לציפיותינו, מצאנו קשר בכיוון המשוער בין דחק כללי ודחק בעבודה/לימודים לבין תפיסת הבריאות, ובנוסף מצאנו קשר בכיוון המשוער בין כל שלושת מדדי הדחק לבין מצב נפשי (הקשר בין מצב נפשי לבין דחק במשפחה היה החזק ביותר). הקשר בין מגדר לבין תפיסת הבריאות יכול להיות ישיר או עקיף, כלומר באמצעות הדחק. מצאנו כי הקשר בין מגדר לבין מצב נפשי הינו עקיף בלבד, כלומר כזה העובר דרך הדחק הכללי בלבד.

הקשר הישיר בין מגדר לתפיסת הבריאות ראוי לשימת לב במיוחד לאור העובדה שהיה ניתן לצפות כי עם משתנה הדחק יחול שינוי כלשהו בקשר בין מגדר לתפיסת הבריאות (כפי שקרה לגבי מצב נפשי), כלומר, הכנסת אלמנט נוסף (דחק) למשוואה מגדר-תפיסת בריאות תשנה את פני התמונה.

הסבר לתופעה זו ניתן למצוא במודל (Van Wijk & Kolk, 1997) המסביר את

תפיסת הבריאות הירודה של נשים בהשוואה לזו של גברים כתופעה רב-סיבתית. לפי החוקרים נשים נחשפות לכמות מוגזמת של מידע גופני-סומאטי כתוצאה משני גורמים: (1) התפקיד הנשי הקשור ברבייה; (2) המיקום החברתי של הנשים. הטענה היא שאישה עוברת תהליכי חיברות שונים משל הגבר המדגישים את החיבור והדיאלוג המתמשך הקיים בינה לבין גופה. לכן, תפיסת הבריאות הירודה בקרב נשים הינה אוניברסלית למדי ומאחדת נשים כאשר הן בשל היות נשיותן תוצר של תהליכים חברתיים, נלמדים ומוכתבים על ידי התרבות.

הסבר נוסף לפערים המדווחים בתפיסת הבריאות בין נשים וגברים לפי המודל המוצע הוא שנשים מעדיפות סגנון ייחוס גופני-סומאטי. תופעה זו נובעת מתהליכים חברתיים הקושרים בין חולי לנשיות. התיאוריה הפסיכולוגית של בם (Bem, 1981) יכולה להציע הסבר לתופעה זו. בם טוענת שניסוח חיצוניות והתנהגויות של אנשים עוזרים להם לפרש את רגשותיהם הפנימיים. כלומר, ההגדרה החברתית של נשיות וכן ההתנהגויות שנשים מאמצות כחלק ממילוי תפקידן החברתי משליכים על עולמן הסובייקטיבי. באופן זה נוצר מעין טשטוש גבולות בין המציאות החברתית ה"אובייקטיבית" לבין זו הפנימית של הנשים. תיאוריה זו מאירה לנו את המנגנון שדרכו תהליכים חברתיים מופנמים ומאמצים אצל הפרט כחלקים סובייקטיביים-פנימיים. בעניין שלנו ניתן אם כן לטעון כי חולי ונשיות הם מושגים שהולכים יד ביד בחברה שלנו, ומכאן שנשים אכן מרגישות ומדווחות על תפיסת בריאות ירודה יותר מאשר זו של גברים.

הסבר אחר שמציעים ואן ויק וקולק (Van Wijk & Kolk, 1997) לתפיסת הבריאות הירודה בקרב נשים בהשוואה לגברים, טוען בדבר קיומה של "נטייה מוקדמת של נשים לסומאטיזציה" (Van Wijk & Kolk, 1997, p. 244), או נכונות גדולה יותר של נשים לדווח לאחרים על הסימפטומים שהן חוות. לסיכום, "שפת הבריאות" או ה"חולי" היא שפה לגיטימית לנשים, שהופנמה ונלמדה על ידן כחלק מהחיברות לתפקיד הנשי, משום כך הקשר בין מגדר לתפיסת הבריאות מוטבע באופן אימננטי בהגדרת המגדר ואינו תלוי גורמים אחרים.

דיווח על רמת בריאות גבוהה יותר בקרב גברים נובע מכך שהם סובלניים יותר כלפי מצבי אי-נוחות פיסיים, פחות מודאגים ופחות מתעניינים בבריאותם האישית, בעלי פחות ידע על סימנים של מחלות רציניות, חשים שזה לא "גברי" להיות חולה ובוחרים להתעלם מההשלכות של הסימפטומים על פעילותם היומיומית (Verbrugge, 1985; Verbrugge & Wingard, 1987). כלומר גברים עוברים תהליך חיברות שונה משל נשים. גברים, בשונה מנשים, מחונכים שלא להתייחס בכובד ראש לסימפטומים גופניים שהם חשים. גברים אינם מקיימים דיאלוג עם גופם לאורך תהליך התפתחותם, משום שבתורה שבה אנו חיים לא מושם דגש על תהליכי ההתבגרות הפיסיים של הגבר (puberty). בעוד שנשיות קשורה בחולי, להיות גברי

משמעותו בדיוק ההיפך, לא להיות חולה. אי לכך, גם המחיר החברתי שגברים צריכים לשלם בעבור כניסה ל"תפקיד החולה" הוא רב יותר מזה של הנשים, ולעיתים תהליך זה של כניסה לתפקיד החולה נתפס בראי החברה כתופעה דה-לגיטימית ובמקרים קיצוניים יותר אף כתופעה של סטייה חברתית.

הקשר בין מגדר למצב נפשי הינו עקיף בלבד, באמצעות דחק. נשים סובלות מדרגות דחק גבוהות יותר מגברים, והקשר בין דחק לבין מצב נפשי הינו שלילי, כלומר ככל שעולה הדחק המצב הנפשי יורד. מדוע דווקא המצב הנפשי מקושר למגדר ורק באמצעות הדחק?

ראשית, נראה כי המצב הנפשי הינו מדד הנשען על שינויים יומיומיים ותלוי בתהליכי הערכה ותפיסה סובייקטיביים, ובכך מהווה מדד רגיש יותר לדחק.

שנית, נראה שניתן לבחון את הממצאים באמצעות ה-Rumination Theory, תיאוריה שגורסת כי האופן שבו פרט מגיב לאירועים דיספוריים תורם לחומרת האירוע וכן למשכו ולהישנותו. על פי תיאוריה זו נשים מגיבות לאירועים שליליים בדישה בהם, דבר המעצים את האירוע ואף תורם להתמשכותו על ידי פגיעה ביכולת החשיבה, פגיעה ביכולת לפתרון בעיות יעיל וכן בפגיעה בהתנהגויות אינסטרומנטליות. לא ברור מדוע נשים מגיבות בצורה כזו לאירועים שליליים, אולם אחת ההשערות היא שמקורות הדחק של נשים שונים משל גברים. תיאוריה זו מרמזת על הקשרים ההדוקים שבין מגדר, דחק ומצב נפשי. גם ממצאי מחקר זה יכולים להיות מוסברים באמצעותה: נשים חוות ומגיבות באופן כזה לדחק שמעצים אותו, מחריף אותו ופוגע במצבן הנפשי. זאת ועוד, מקורות הדחק של נשים אחרים משל גברים, וכנראה, לאור התוצאות, דוחקים יותר (Almeida & Kessler, 1998). ראוי לציין כי העובדה שדחק יכול להתערב בשני מדדי הכריאות שנבחנו מצביעה על החשיבות שיש למניעת הדחק או לצמצומו, כדי להקטין את הפגיעה בכריאות.

מגבלות המחקר

מחקר זה עסק בניתוח משני של נתונים שנאספו לצורכי הוראה. אי לכך, נתונים לגבי שניים ממדדי הדחק (דחק כמשפחה ודחק בעבודה/לימודים), מדדים שטרם נוסו בישראל ואף עברו שינויים קלים לצורך המחקר, יושמו רק בשנת תשנ"ט. מעבר לזאת, מדדים אלה אינם ממצים את "הדחק התפקידי" המאפיין דווקא סטודנטים (בעיקר מדד הדחק כמשפחה).

במחקר זה קיימת בעיה בייצוגיות המדגם. ממדגם לא הסתברותי שמורכב לפחות במחציתו מסטודנטים לעבודה סוציאלית, הלומדים באוניברסיטה אחת בארץ, קיים קושי להכליל את הממצאים לגבי אוכלוסייה של סטודנטים/צעירים אחרים בארץ ובעולם. מכאן שיש חשיבות לבצע מחקרים הן בקרב אוכלוסיות אחרות (אוכלוסיות

בגילאים אחרים, מגוונות מבחינה אתנית וכו') והן שיעשו שימוש במדגמים הסתברותיים, לבחינת הקשרים בין מגדר, דחק ובריאות. מעבר לכך, כפי שכבר ראינו, העובדה שהנתונים נאספו בשלוש תקופות נפרדות, כלומר שאוכלוסיית המחקר הורכבה משלוש תת-קבוצות נפרדות, גם היא טמנה בחובה מכשלה, דבר שאילץ אותנו להתייחס אל שנת הלימוד כאל משתנה בקרה. נקודה אחרונה לציון היא שמחקר זה היה מנוע מלקבוע קשר סיבתי בין המשתנה המתערב (דחק) לבין המשתנים התלויים (תפיסת הבריאות ומצב נפשי) בשל העובדה שהקשרים בין דחק ובריאות הינם דו-כיווניים ובשל מערך המחקר המסתמך על מדידה אחת. חשוב לבצע מחקר המשך אשר יוכל לבסס ולטעון לסיבתיות בין שלושת המשתנים הללו, למשל באמצעות מחקר-אורך שיעשה על קבוצה גדולה מאוד של גברים ונשים, עם מערך שמאפשר מדידות חוזרות (Time Series Interrupted) (Tripodi, 1985) שבו יבוצעו כמה מדידות של משתני הבריאות בטרם חל אירוע דחק בחיי כל נבדק, דבר שיאפשר קבלת "קו בסיס" (base line) של מצב הבריאות. לאחר אירוע הדחק יבוצעו מספר בדיקות נוספות של הבריאות. נצפה כי יהיה הבדל בין רמת הבריאות שנמדדה לפני הדחק ובין זו שנמדדה אחריו.

השלכות המחקר וחשיבותו

ראשית חשוב לציין כי חרף מגבלותיו, מחקר זה שנערך בקרב אוכלוסייה צעירה שתפסה עצמה בריאה, אישש מסקנות של מחקרים שקדמו לו. ומעבר לכך, תרומתו העיקרית היא בפיתוח מודל להבנת המנגנון שכורך יחד מגדר, דחק ותפיסת בריאות (נפשית ונפשית).

נראה שמסקנה כללית חשובה היא שנשים וגברים נבדלים זה מזה בהיבט הבריאות, או ליתר דיוק הם נבדלים באופן שבו הם חווים ומדווחים על בריאותם. למדנו כי נשים, ללא קשר לרמת הדחק שהן חוות, יחוו את בריאותן הגופנית כירודה יותר מאשר גברים. מתוקף ההבדלים הללו בבריאות בין המינים נראה כי יש מקום לדון בשאלה האם רצוי לפתח מנגנון שירותי בריאות דיפרנציאלי לגברים ולנשים או לפחות לחנך את העובדים במערכות הבריאות להיות רגישים להבדלים הללו בין המינים ולביטויים שלהם.

זאת ועוד, העובדה כי נשים מדווחות באופן עקבי על בריאות ירודה משל גברים למדת כי חשוב להתייחס הן לממדים האובייקטיביים והן לממדים הסובייקטיביים של הבריאות. בהקשר של תכנון שירותי בריאות אמור ממצא זה להיות קו מנחה לחשיבות שבבניית שירותים המושתתים על תפיסת אדם הוליסטית, כלומר כזה שבו הגוף והנפש שלובים זה בזה ומשפיעים זה על זה, ולכן המענים למצוקותיו אמורים להתייחס לשתי מערכות אלו.

- אור, א., וכן־אליהו, ע. (1993). דימויי מין, תפיסה עצמית והערכה עצמית: הבדלים בין המינים בגיל ההתבגרות. *מגמות, ל"ד(4)*, 538–562.
- ינאי, נ., ופרידמן, א. (1995). זהות וג'נדר: מהות פסיכולוגית או שיח תרבותי? *פסיכולוגיה, ה(1)*, 7–15.
- יפרח, א. (2000). *בריאות נשים בישראל, 1999–2000*, ספר נתונים. פתח תקווה: הרסה, ארגון נשים ציוניות באמריקה, שדולת הנשים בישראל, המרכז הלאומי לבקרת מחלות משרד הבריאות והרסה, ישראל.
- רייס, נ., וסטיצקי, ל. (1998). נשים בישראל, ריכוז נתונים ומידע, 1998. ירושלים: שדולת הנשים בישראל.
- שובל, י. ט. ואנסון, ע. (2000). העיקר הבריאות: מבנה חברתי ובריאות בישראל. ירושלים: הוצאת ספרים ע"ש י"ל מאגנס, האוניברסיטה העברית.
- Almeida, D. M., & Kessler, R. C. (1998). Everyday stressors and gender differences in daily distress. *Journal of Personality and Social Psychology, 75*, 670–680.
- Anson, O., Paran, E., Neumann, L., & Chernichovsky, D. (1993). Gender differences in health perceptions and their predictors. *Social Science and Medicine, 36*, 419–427.
- Aoun, S., Palmer, M., & Newby, R. (1998). Gender issues in psychosocial morbidity in general practice. *Australian Journal of Social Issues, 33*, 335–353.
- Arbuckle, J.L., & Worthke, W. (1999). *Amos 4.0 users guide*. Chicago: Small Waters Corporation.
- Auslander, G.K., & Litwin, H. (1991). Social networks, social support, and self-rating of health among the elderly. *Journal of Aging and Health, 3*, 493–510.
- Bekker, M.H.J., Croon, M.A., & Vermaas, S. (2002). Inner body and outward appearance: The relationship between orientation toward outward appearance, body awareness and symptom perception. *Personality and Individual Differences, 33*, 213–225.
- Bem, S.L. (1981). Gender schema theory: A cognitive account of sex typing. *Psychological Review, 88*, 91–97.
- Bradburn, N. (1969). *The structure of psychological well-being*. Chicago, IL: Aldine.
- Byrne, B. M. (2001). *Structural equation modeling with Amos: Basic concepts, applications, and programming*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Cannon, W.B. (1932). *The wisdom of the body*. New York: Norton.
- Colby, J.P., Linsky, A.S., & Straus, M.A. (1994). Social stress and state-to-state differences in smoking and in smoking mortality in the United States. *Social Science and Medicine, 38*, 373–381.
- Copenhaver, M. M., & Eisler, R. M. (1996). Masculine gender role stress: A perspective on men's health. In P.M. Kato & T. Mann (Eds.), *Handbook of diversity issues in health psychology* (pp. 219–235). New York: Plenum Press.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin, 95*, 542–575.
- Diener, E., Suh, E.M., Lucas, R.E., & Smith, H.L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin, 125*, 276–302.

- Farmer, M.F., & Ferraro, K.F. (1997). Distress and perceived health: Mechanisms of health decline. *Journal of Health and Social Behavior*, 39, 298–311.
- Feigin, R. (2002). Group therapy with individuals and families coping with illness or disability in Israel. *Group*, 26, 61–80.
- Foley, S.H. (1984). *Social networks and self-perception of health*. Unpublished doctoral dissertation, Columbia University, New York.
- Griffin, K.W., Friend, R., Eitel, P., & Lobel, M. (1993). Effects of environmental demands, stress, and mood on health practices. *Journal of Behavioral Medicine*, 16, 643–661.
- Grimmell, D., & Stern, G.S. (1992). The relationship between gender role ideals and psychological well-being. *Sex Roles*, 27, 487–497.
- Hibbard, J.H., & Pope, C.R. (1987). Women's roles, interest in health and health behavior. *Women and Health*, 12(2), 67–84.
- Holmes, T.H., & Rahe, R.H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213–218.
- Idler, E.L., & Benyamini, Y. (1997). Self rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior*, 38, 21–37.
- Idler, E.L., Hudson, S.V., & Leventhal, H. (1999). The meaning of self rated health: A qualitative and quantitative approach. *Research on Aging*, 21, 458–476.
- Kaplan, G.A., & Camacho, T. (1983). Perceived health and mortality: A nine year follow up of the human population laboratory cohort. *American Journal of Epidemiology*, 117, 292–304.
- Kiecolt-Glaser, J.K., McGuire, L., Robles, T.F., & Glaser, R. (2002). Psychoneuroimmunology: Psychological influences on immune function and health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 537–547.
- Klem, L. (2000). Structural equation modeling. In L.G. Grimm & P.R. Yarnold (Eds.), *Reading and understanding more multivariate statistics* (pp. 227–260). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lin, N., & Ensel, W.M. (1989). Life stress and health: Stressors and resources. *American Sociological Review*, 54, 382–399.
- Mann, T., & Kato, P.M. (1996). Diversity issues in health psychology. In P. M. Kato & T. Mann (Eds.), *Handbook of diversity issues in health psychology* (pp. 3–18). New York: Plenum Press.
- McCreary, D.R., Wong, F.Y., Wiener, W., Carpenter, K.M., Engle, A., & Nelson, P. (1996). The relationship between masculine gender role stress and psychological adjustment: A question of construct validity? *Sex Roles*, 34, 507–516.
- McFarlane, A.H., Norman, G.R., Streiner, D.L., & Roy, R.G. (1983). The process of social stress: Stable, reciprocal, and mediating relationships. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 160–173.
- Mechanic, D. (1999). *Mental health and social policy: The emergence of managed care*. Boston, MA: Allyn and Bacon.
- Möller-Leimkühler, A. M. (2002). Barriers to help-seeking by men: A review of sociocultural

- and clinical literature with particular reference to depression. *Journal of Affective Disorders*, 71, 1–9.
- Mossey, J. M., & Shapiro, E. (1982). Self-rated health: A predictor of mortality among the elderly. *American Journal of Public Health*, 72, 800–808.
- Nolen-Hoeksema, S. (1987). Sex differences in unipolar depression: Evidence and theory. *Psychological Bulletin*, 101, 259–282.
- Ogden, J. (1995). Psychosocial theory and the creation of the risky self. *Social Science and Medicine*, 40, 409–415.
- Padgett, D. K. (1997). Women's mental health: Some directions for research. *American Journal of Orthopsychiatry*, 67, 522–534.
- Pearlin, L.I., & Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 2–21.
- Pierce, P.F., Vinokur, A.D., & Buck, C.L. (1998). Effects of war-induced maternal separation on children's adjustment during the Gulf war and two years later. *Journal of Applied Social Psychology*, 28, 1286–1311.
- Popay, J., Bartley, M., & Owen, C. (1993). Gender inequalities in health: Social position, affective disorders and minor physical morbidity. *Social Science and Medicine*, 36, 21–32.
- Robbins, A.S., Spence, J.T., & Clark, H. (1991). Psychological determinants of health and performance: The tangled web of desirable and undesirable characteristics. *Personality Processes and Individual Differences*, 61, 755–765.
- Salovey, P., Rothman, A.J., Detweiler, J.B., & Steward, W.T. (2000). Emotional states and physical health. *American Psychologist*, 55, 110–121.
- Selye, H. (1956). *The stress of life*. New York: McGraw- Hill.
- Silver-Cohen, R., Holman, E.A., McIntosh, D.N., Poulin, M., & Gil-Rivas, V. (2002). Nationwide longitudinal study of psychological responses to September 11. *Journal of the American Medical Association*, 288, 1235–1244.
- Simonsick, E.M. (1991). Personal health habits and mental health in a national probability sample. *American Journal of Preventive Medicine*, 7, 425–437.
- Spilman, M.A. (1988). Gender differences in worksite health promotion activities. *Social Science and Medicine*, 26, 525–535.
- Steptoe, A., Wardle, J., Pollard, T.M., Canaan, L., & Davies, G.J. (1996). Stress, social support and health-related behavior: A study of smoking, alcohol consumption and physical exercise. *Journal of Psychosomatic Research*, 41, 171–180.
- Strawbridge, W.J., & Wallhagen, M.I. (1999). Self-rated health and mortality over three decades: Results from a time-dependent covariate analysis. *Research on Aging*, 21, 402–416.
- Thoits, P.A. (1995). Stress, coping, and social support processes: Where are we? What next? *Journal of Health and Social Behavior*, 35 [extra issue], 53–79.
- Thomas, S.P. (1997). Distressing aspects of women's roles, vicarious stress, and health consequences. *Issues in Mental Health Nursing*, 18, 539–557.
- Tripodi, T. (1985). Research designs. In R. M. Grinnell (Ed.), *Social work research and evaluation* (pp. 231–259). Itasca, IL: Peacock.

- Turner, R.J., Wheaton, B., & Lloyd, D.A. (1995). The epidemiology of social stress. *American Sociological Review*, 60, 104–125.
- Van Doorn, C. (1999). A qualitative approach to studying health optimism, realism, and pessimism. *Research on Aging*, 21, 440–457.
- Van Wijk, C.M., & Kolk, A.M. (1997). Sex differences in physical symptoms: The contribution of symptom perception theory. *Social Science and Medicine*, 45, 231–246.
- Verbrugge, L.M. (1985). Gender and health: An update on hypotheses and evidence. *Journal of Health and Social Behavior*, 26, 156–182.
- Verbrugge, L. M., & Wingard, D. L. (1987). Sex differences in health and mortality. *Women and Health*, 12, 103–145.
- Weinbach, R.W., & Grinnell, R.M., Jr. (1997). *Statistics for social workers*. New York: Longman.
- Wilson, R.W., & Elinson, J. (1981). National survey of personal health practices and consequences: Background, conceptual issues, and selected findings. *Public Health Reports*, 96, 218–225.
- Wu, K.K., & Lam, D.J. (1993). The relationship between daily stress and health: Replicating and extending previous findings. *Psychology and Health*, 8, 329–344.