

מבוא

המטרה של העבודה הנוכחית היא לבחון את הקשר בין חשיפה לקרינה מייננת לבין אורח חיים בריא. המושג קרינה מתאר העברה של אנרגיה ממקום אחד למקום אחר. קרינה מייננת היא קרינה רדיואקטיבית אשר קיימת במקורות טבעיים כגון האדמה וגם מקורות שאינם טבעיים כגון בדיקות הדמיה שונות, למשל, בדיקת ה-CT (קרינה מייננת מושגי יסוד והתמודדות עם נפגעי קרינה). עבור אנשים רבים, המילה קרינה משמעותה סכנה מכיוון שמושג זה קשור בצורה אסוציאטיבית למושגים כגון פצצות, מלחמה, סרטן ומוות (Brody & Guillerman, 2014). יחד עם זאת, אנשים רבים נחשפים לקרינה בכל מיני סיטואציות כגון בדיקות רפואיות למיניהן (Ratnapalan, Bentur, & Koren, 2008).

קרינה נתפסת כמסוכנת, היא מעוררת חרדה בקרב לחולים, משפתיים ורופאים כאחד (Dauer et al., 2011). כלומר, קרינה נתפסת כמקור סיכון. על פי פסיכולוגיה קוגניטיבית, כאשר אנשים מחשבים סיכון פוטנציאלי, הם לוקחים בחשבון לא רק את המידע הרציונאלי (למשל, את העובדה כי קרינה במידה מסוימת לא מזיקה) אלא נשענים גם על רגשות ותחושות כגון פחד מהלא נודע, פחד מחרטה, תפיסת מקור הידע ועוד (Dauer et al., 2011). כלומר, קבלת החלטות בתחומים רפואיים כמו גם בתחומים אחרים מושפעת מהגיון ומרגש.

על פי מודל אמונת הבריאות (The health belief model) (Glanz et al., 2008), התנהגות אשר קשורה לבריאות משקפת את המידה בה האדם תופס איום, ואת המידה בה האדם מצפה כי ההתנהגות תוריד את הסיכון לאיום זה (Green, & Murphy, 2014). כלומר, התנהגות הקשורה לבריאות אמורה להיות קשורה לתפיסת איום ואם, כפי שנטען לעיל, קרינה קשורה לאיום, הדבר אמור לבוא לידי ביטוי בהתנהגות בריאה יותר. בנוסף, על פי תיאורית תפיסת הסיכון (Brewer et al., 2007), אנשים ירצו לפצות על התנהגות זו באמצעות התנהגות בריאה יותר. כל זאת מוביל להשערה כי אנשים אשר נחשפים באופן תדיר לקרינה, יפגינו אורח חיים בריא יותר.

חוקרים רבים מנסים להבין מהו אורח חיים בריא, ומהם המשתנים אשר משפיעים עליו (Noar, Zimmerman, 2005). מודל אמונת הבריאות (The health belief model) הוא אחד המודלים הנפוצים בספרות אשר מסביר התנהגות אשר קשורה לבריאות (Glanz, Rimer, and Viswanath 2008). פסיכולוגים התעניינו בהגברת השימוש באמצעים אשר עוזרים לגילוי מוקדם של שחפת כגון צילומי בית חזה. הם הניחו כי אנשים מפחדים ממחלות רצוניות, וההתנהגות אשר קשורה לבריאות משקפת את המידה בה האדם תופס איום, ואת המידה בה

האדם מצפה כי ההתנהגות תוריד את הסיכון לאיום זה (Green, & Murphy, 2014). מימוש ההתנהגות, מהבחינה הזאת, הוא אמצעי להימנע מהמחלה המאיימת. נקיטה בהתנהגות מסוימת, כגון לאכול בריא, כוללת חישוב של התועלת בהימנעות מהמחלה המאיימת כגון מוות או כאב והמידה בה המחלה תשפיע מבחינה חברתית (פיטורים, משפחה וכד'). כמו כן, בחישוב שעושים אנשים יש את התפיסה של היתרונות של השינוי בהתנהגות לעומת הקשיים הפרקטיים והפסיכולוגיים של המכשולים. לסיכום, על פי תיאוריה זו, אנשים עושים שיקול של עלות תועלת לגבי השינוי ההתנהגותי ומחליטים האם לבצע את ההתנהגות או לא (Green, & Murphy, 2014).

לדוגמא, אדם שמפחד מהתקף לב, עשוי לשקול להתחיל לרוץ כל ערב, דבר אשר דורש התמדה, מוטיבציה, התמודדות עם אי נעימות מסוימת וזמן. מכיוון שהוא תופס את האיום כמוחשי (למשל, אם לחברו בדיוק היה התקף לב), הוא עשוי לתת יותר משקל ליתרונות של הריצה לעומת החסרונות ולבצע את ההתנהגות. אם לעומת זאת, האיום נתפס רחוק (כגון לאחר קריאה של כתבה בעיתון), החסרונות של ההתנהגות הבריאה עשויים לקבל משקל רב יותר וההתנהגות לא תצא בסופו של דבר לפועל.

רוב התיאוריות מתייחסות לתפיסת סיכון כהסתברות להיפגע אם לא ננקטת שום פעולה (1) והחומרה של הפגיעה במידה ולא ננקטת פעולה (3). במטה אנליזה של Brewer ועמיתיו, החוקרים התייחסו לכל שלושת הסוגים של תפיסת סיכון (Brewer et al., 2007). התוצאות של המטה אנליזה הראו כי מבחינת תפיסת סיכון במובן של ההסתברות להיפגע (1), רוב המחקרים עסקו בתחום של חיסונים. התוצאות הראו כי אנשים אשר תפסו את הסיכון להיפגע כגבוה יותר, התחסנו בסבירות גבוהה יותר – במיוחד כאשר הדבר נוגע לחיסוני שפעת. יחד אם זאת, האפקט היה חלש יותר עבור אנשי רופאה, עבור מבוגרים בריאים וגבוה יותר בקרב אוכלוסייה בסיכון.

מבחינת תפיסת הפגיעות (2), המטה אנליזה בחנה בעיקר מחקרים אשר עוסקים בחיסונים. במחקרים אלה נמצא כי אנשים אשר תפסו את עצמם כפגיעים יותר, התחסנו יותר. יחד עם זאת, החוקרים מציינים כי מכיוון שרק מספר קטן של מחקרים עסק בתחום זה של תפיסת סיכון, לא היה ניתן לבחון את ההשפעה של משתנים ממתנים (Brewer et al., 2007).

מבחינת תפיסת החומרה (3), המטה אנליזה מצאה כי הקשר בין תפיסת סיכון מסוג זה לבין התנהגות היה חלש יחסית, אבל מובהק. כלומר, אנשים שתפסו את ההשפעה של הסיכון כחמורה, התחסנו יותר. כמו כן, נמצא כי מחקרים על חיסון שפעת הראו קשר חזק יותר וכי אנשי רופאה ואנשים בוגרים ובריאים הראו קשר חלש יותר בין תפיסת סיכון לבין חיסונים.