

מאי 2023

דו"ח מחקר

גילנות בקרב מטפלות בית בזקנים: תרומתם של הפגיעות הפיזית, נפשית וחברתית

של המטפלות והמאפיינים התפקודיים של המטופל הזקן

מספר המענק בקרן: 18362

מספר המענק בבר-אילן: 205925

ד"ר שגית לב, בית הספר לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת בר אילן
ד"ר לאה זנבר, הפקולטה לעבודה סוציאלית, המכללה האקדמית, אשקלון
ד"ר יפעת פארן, הפקולטה לעבודה סוציאלית, המכללה האקדמית, אשקלון

מוגש לקרן המחקרים – המוסד לביטוח לאומי

מחקר זה מומן על ידי המוסד לביטוח לאומי

תודות

תודה לגב' אורנה זמיר, מנהלת אגף הסיעוד, על שיתוף הפעולה והסיוע הרב בעריכת המחקר.
תודה רבה לגב' תניא מקרוב, על ניהול המחקר ביעילות, אסרטיביות ובהצלחה רבה.
תודה רבה לכל המראיינות והמראיינים על איסוף הנתונים ברגישות ומקצועיות.
ולבסוף, תודה רבה לכל מטפלות הבית, אשר הקדישו מזמנן לקחת חלק במחקר זה.

תמצית

רקע: על פי תיאוריית ניהול האימה, גילנות נובעת מהאיומים הלא מודעים המוטמעים בזיקנה. חיזוק לתיאוריה זו נמצא במחקרים אשר הצביעו על קשר בין חרדת מוות לבין עמדות גילניות בקרב האוכלוסייה הכללית ובקרב אנשי מקצועות הבריאות. המפגש עם ההידרדרות התפקודית של הזקנים עלול להעצים את חרדת המוות של אנשי המקצוע ובכך לחזק את עמדותיהם הגילניות. בנוסף, גוף ידע מחקרי מצביע על מצבי פגיעות שונים שהאדם חווה, כמתקשרים לחרדת מוות ומעוררים אותה. הדבר עשוי להצביע על כך שייתכן ומצבי הפגיעות השונים יהיו קשורים בגילנות, באמצעות תיווכה של חרדת המוות. עם זאת, אפשרות זו טרם נבחנה אמפירית.

מטרות: מטרת המחקר הנוכחי היא להעמיק ולהרחיב את הידע בנוגע לגורמי הסיכון לגילנות בקרב מטפלות בזקנים מטעם חוק סיעוד, על ידי בחינת הקשר בין מצבי פגיעות פיזיים, פסיכולוגיים וחברתיים של המטפלות, כמו גם המצב התפקודי של המטופל הזקן, לבין גילנות, תוך בחינת התפקיד המתווך של חרדת מוות.

שיטה: אוכלוסיית המחקר כללה 400 מטפלות ומטפלים בזקנים מטעם חוק הסיעוד של הביטוח הלאומי. ניתוח הנתונים נעשה באמצעות ניתוח נתיבים, המבוסס על ניתוח משוואות מבניות בין המשתנים (structural equation modeling [SEM]) באמצעות תוכנת AMOS.

ממצאים: נמצאו ארבעה נתיבי תיווך. נתיב התיווך הראשון הצביע על תיווך חלקי. כלומר, בנוסף לקשר הישיר שבין מצוקה נפשית לגילנות, שלפיו, מצוקה נפשית גבוהה יותר הייתה קשורה לגילנות במידה רבה יותר, חרדת המוות הקשורה באופן חיובי לשתיהן, הגבירה את עוצמת הקשר הזה, והגדילה את האפקט הכולל של מצוקה נפשית על גילנות. נתיב התיווך השני הצביע על תיווך מלא של הקשר בין בדידות לבין גילנות, באמצעות חרדת המוות. כלומר, הקשר בין חרדת מוות לגילנות מתקיים אך ורק באמצעות תיווך זה. נתיב התיווך השלישי כלל אפקט דיכוי ("suppressing effect"). הקשר הישיר בין תמיכה חברתית לגילנות היה שלילי. לעומתו, הקשר בין תמיכה חברתית לחרדת מוות היה חיובי, וכמוהו הקשר בין חרדת מוות לגילנות, כך שנוצר תיווך בכיוון ההפוך – של קשר חיובי בין תמיכה חברתית לגילנות, המנוגד לכיוון הקשר הישיר, ולמעשה, שני הכיוונים ביטלו זה את זה. ולבסוף, נתיב התיווך הרביעי הצביע גם הוא על כך שהקשר בין תפיסת מצבו התפקודי של האדם הזקן לבין גילנות, תווך במלואו על ידי חרדת המוות.

דיון: ממצאי המחקר, המצביעים על כך שמצבי פגיעות מנבאים גילנות בתיווך חרדת מוות, משמעותיים לאור מאפייניה של אוכלוסיית מטפלות הבית, המתמודדות פעמים רבות עם מצבי פגיעות שונים. הרחבת הידע בנוגע לגורמי סיכון לגילנות בקרב אוכלוסייה זו, תוכל לסייע באיתור מטפלות המתמודדות עם מצב פגיע מבחינה נפשית או חברתית ומתן תמיכה והדרכה, כמו גם בבניית תוכניות הכשרה, הדרכה ותמיכה לכלל המטפלות מטעם חוק סיעוד, אשר יעסקו בגילנות והשלכותיה.

תקציר

רקע ומטרות

גילנות מוגדרת כ"רגשות, אמונות או התנהגות כתגובה לגיל הנתפס של יחיד או קבוצה" (Levy & Banaji, 2004, עמ' 5). מחקרים מצביעים כי הסיכון לגילנות בקרב עובדים במקצועות הבריאות גבוה יותר מאשר באוכלוסייה הכללית (Crutzen et al., 2022) ויכול להתבטא, בין השאר, ביחס פטרוני, התעלמות מצרכים והתנהגות מפלה (Ben-Harush et al., 2017; Phibbs & Hooker, 2017), ולהוביל לפגיעה משמעותית ברווחה הנפשית והפיזית של הזקנים (Allen, 2016; Kang & Kim, 2022; Kydd & Fleming, 2015).

אחת התיאוריות המרכזיות להסברת מקורות הגילנות, היא תיאוריית ניהול האימה (Terror Management Theory). על-פי תיאוריה זו, גילנות נובעת מהאיומים הלא מודעים המוטמעים בזיקנה, ובעיקר איום המוות, המתייחס למודעות האנושית שזיקנה מובילה למוות בלתי נמנע (Martens et al., 2005). חיזוק לתיאוריה זו נמצא במחקרים אשר הצביעו על קשר בין חרדת מוות לבין עמדות גילניות בקרב האוכלוסייה הכללית (Bodner et al., 2012; Martens et al., 2004) ובקרב אנשי מקצועות הבריאות (Kolushev et al., 2021; Rababa et al., 2023). בקרב אנשי מקצועות אלו, המפגש עם ההידרדרות הקוגניטיבית והתפקודית של הזקנים עלול להעצים את חרדת המוות של המטפלים ובכך לחזק את עמדותיהם הגילניות. חיזוק עמדות אלו עלול להוביל לטיפול הממוקד פחות באדם ויותר במשימה, להגביר את הדחק והשחיקה של המטפלים ולפגוע ברווחתם הנפשית (McKenzie et al., 2017).

גוף ידע מחקרי מצביע על מצבי פגיעות שונים, בהם פגיעות פיזית (Eggen et al., 2020; Shakeri et al., 2021; Kagan, 2021; Shakil et al., 2022; Soleimani et al., 2020; Starcevic, 2005), פגיעות נפשית פסיכולוגית (Kagan, 2021; Shakil et al., 2022; Soleimani et al., 2020; Starcevic, 2005), ופגיעות חברתית (Azaiza et al., 2010; Bibi & Khalid, 2020; Sadeghi et al., 2015). כמתקשרים לחרדת מוות. בנוסף, נמצא כי מצבי פגיעות רגשית (רווחה נפשית ירודה ומצוקה פוסט טראומתית) ופגיעות חברתית (תמיכה חברתית נמוכה) היו קשורים לגילנות (Zanbar et al., 2023). עם זאת טרם נבחנה האפשרות שקשר זה מתווך על-ידי חרדת המוות.

על אף גוף ידע מחקרי רחב המצביע על גילנות בקרב אנשי מקצוע והשלכותיה (Ben-Harush et al., 2017; Phibbs & Hooker, 2017), המחקר שמתמקד במטפלות בית ובעמדותיהן כלפי אנשים זקנים הוא מועט (Eymard & Douglas, 2012; Heyman et al., 2020). זאת על אף שדווקא אוכלוסייה זו נמצאת בקשר יומיומי וקרוב עם אנשים זקנים, וממלאות תפקיד קריטי בדאגה לרווחתם ולשלומם. על רקע התמודדותן של מטפלות אלו, פעמים רבות, עם מצבי פגיעות כלכליים ובריאותיים (אסיסקוביץ', 2017; כורזים ואחרים, 2002), מטרת המחקר הנוכחי היתה להעמיק ולהרחיב את הידע בנוגע לגורמי הסיכון לגילנות בקרב מטפלות

בזקנים מטעם חוק סיעוד, על ידי בחינת הקשר בין המצב התפקודי הנתפס של המטופלים הזקנים ומצבי פגיעות פסיכולוגיים וחברתיים של המטפלות, לגילנות, תוך בחינת התפקיד המתווך של חרדת מוות. שיערנו כי שככל שהמטפלות יחוו פגיעות גבוה יותר שתבטא בהיבטים פיזיים (מצב בריאות נתפס) נפשיים (מצוקה נפשית) והיבטים חברתיים (תמיכה חברתית ירודה ובדידות), וככל שהן יתפסו את מצבו התפקודי של האדם הזקן שבו הן מטפלות כירוד יותר, כך תתעצם חרדת המוות שלהם; וככל שחרדת המוות של המטפלות תתעצם, כך יתעצמו עמדותיהן הגילניות. כלומר, הקשר בין פגיעות לגילנות, יתווך במלואו או בחלקו על-ידי חרדת מוות.

שיטה

אוכלוסיית המחקר כללה 400 מטפלות ומטפלים בזקנים מטעם חוק הסיעוד של הביטוח הלאומי. מתוכם, 380 היו נשים, ו-20 גברים, באופן התואם את מאפייני המטפלים/ות מטעם חוק סיעוד בשטח. גיוס המשתתפות במחקר נעשה באמצעות חברות הסיעוד בהן הן מועסקות, וזאת לאחר קבלת אישורה של וועדת האתיקה המוסדית של אוניברסיטת בר-אילן, והסכמתה של מנהלת אגף הסיעוד בביטוח הלאומי. למשתתפות התאפשר למלא את השאלון בכל אחת משלוש השפות לנוחיותן: עברית, עברית, ורוסית, ובהתאם – עוזרות המחקר שהגיעו אליהן למלא את השאלון, שלטו בשפה הנדרשת (ברמת שפת אם). ניתוח הנתונים נעשה באמצעות ניתוח הנתבי, המבוסס על ניתוח משוואות מבניות בין המשתנים (structural equation modeling [SEM]) באמצעות תוכנת AMOS.

ממצאים

נערך ניתוח נתיבים (באמצעות SEM), לבדיקת הקשרים בין משתני המחקר, העלה כי רק המשתנים הבלתי תלויים: מצוקה נפשית ותמיכה חברתית קשורים באופן מובהק למשתנה גילנות, וכמוהם המשתנה המתווך – חרדת מוות. תמיכה חברתית היתה קשורה ברמות נמוכות יותר של גילנות, ומצוקה נפשית וחרדת מוות היו קשורות ברמות גבוהות שלה. בנוסף, עלה כי כל המשתנים הבלתי תלויים: מצוקה נפשית, בדידות, תמיכה חברתית, ומצבו התפקודי הנתפס של האדם הזקן – המטופל, היו קשורים לחרדת מוות. כלומר, ככל שהמשיבה חשה יותר מצוקה נפשית, בדידות, ועם זאת – גם תמיכה חברתית גבוהה יותר, ותופסת את מצבו התפקודי של האדם הזקן – המטופל, כירוד יותר, כך היא מדווחת על חרדת מוות במידה רבה יותר. נמצאו ארבעה נתיבי תיווך: שלושה נתיבים של תיווך מלא או חלקי, ונתיב אחד של דיכוי. נתיב התיווך הראשון הצביע על תיווך חלקי. כלומר, מצוקה נפשית היתה קשורה בקשר ישיר וחיובי לגילנות, ובנוסף, היא גם היתה קשורה באופן חיובי לחרדת המוות, הקשורה אף היא באופן חיובי לגילנות, ולפיכך, חרדת המוות הגבירה את עוצמת הקשר הזה, והגדילה את האפקט הכולל של מצוקה נפשית על גילנות. נתיב התיווך השני הצביע על תיווך מלא של הקשר בין בדידות לבין גילנות, באמצעות חרדת המוות. התיווך השלישי העלה אפקט דיכוי ("suppressing effect"). הקשר השלילי בין תמיכה חברתית לגילנות דוכא על

ידי חרדת מוות. היינו, הקשר החיובי בין תמיכה חברתית לחרדת מוות שאליו התווסף הקשר החיובי בין חרדת מוות לגילנות, דיכא את הקשר השלילי בין תמיכה חברתית לגילנות. ולבסוף, נתיב התיווך הרביעי הצביע שוב על כך שהקשר בין תפיסת מצבו התפקודי של האדם הזקן לבין גילנות, תווך במלואו על ידי חרדת המוות.

דיון

מחקר זה מרחיב את הידע המחקרי על גילנות וחרדת מוות, בכך שהוא בוחן לראשונה את הקשר בין מצבי הפגיעות עימם מתמודדת מטפלת בית בזקנים, כמו גם המצב התפקודי של האדם הזקן, לבין העמדות הגילניות שלה, תוך בחינת התפקיד המתווך של חרדת המוות. ממצאי המחקר, המצביעים על קשר בין מצבי פגיעות חברתיים ונפשיים ומצב תפקודי ירוד של המטופל לבין חרדת מוות, ועל הקשר בין חרדת מוות לבין גילנות מבוססים על תיאוריית ניהול האימה ובכך תומכים בתיאוריה זו. כך, ממצאי המחקר מצביעים כי מטפלות בית המתמודדות עם מצוקה נפשית ובדידות וכן מטפלות בית המטפלות באדם זקן עם ירידה תפקודית, נמצאות בסיכון גבוה יותר לחוות חרדת מוות. ככל שהמטפלות חוות חרדת מוות במידה רבה יותר, הן נמצאות בסיכון גבוה יותר להחזיק בעמדות גילניות. על רקע הסיכון לעמדות גילניות בקרב אנשי מקצוע (Ben-Harush et al., 2017; Phibbs & Hooker, 2017) והשלכותיהן על רווחתם הנפשית והפיזית של הזקנים (Allen, 2016; Kydd & Fleming, 2015), המחקר הנוכחי שופך אור על גורמי הסיכון לעמדות גילניות בקרב מטפלות בית בישראל. ממצאי המחקר, מצביעים על כך שמצבי פגיעות מנבאים גילנות בתיווך חרדת מוות. ממצאים אלו רלוונטיים לאוכלוסיית מטפלות הבית שכן אוכלוסייה זו מאופיינת פעמים רבות במשאבים מועטים ופגיעות, בשל מצב כלכלי ירוד, גיל מבוגר ומאפייני הגירה (אסיסקוביץ', 2017; כורזים ואחרים, 2002). הרחבת הידע בנוגע לגורמי סיכון לגילנות בקרב מטפלות בית בזקנים, תוכל לסייע באיתור מטפלות, המתמודדות עם מצב פגיע מבחינה נפשית או חברתית ומתן תמיכה והדרכה לאנשים אלו. מתן התמיכה וההדרכה יסייע לא רק למטפלות עצמן, המתמודדות עם מצבי פגיעות, אלא גם יסייע לשפר את רווחתם וביטחונם של הזקנים. יתרה מכך, ממצאי המחקר יוכלו לסייע בבניית תוכניות הכשרה, הדרכה ותמיכה לכלל המטפלות מטעם חוק סיעוד, אשר יעסקו בגילנות והשלכותיה, תוך התמקדות בהיבטים הלא מודעים ובגורמי סיכון לגילנות, כמו גם במתן מידע, כלים ושיטות התמודדות עם מצבים מורכבים בטיפול.

סקירת ספרות

גילנות מוגדרת כ"רגשות, אמונות או התנהגות כתגובה לגיל הנתפס של יחיד או קבוצה" (Levy & Banaji, 2004, עמ' 5). בקרב אנשי מקצוע, תפיסות גילניות כלפי זקנים יכולות להתבטא, בין השאר, ביחס פטרוני, התעלמות מצרכים והתנהגות מפלה (Ben-Harush et al., 2017; Phibbs & Hooker, 2017) ולהוביל לפגיעה משמעותית ברווחה הנפשית והפיזית של הזקנים (Allen, 2016; Kang & Kim, 2022; Kydd & Fleming, 2015).

מחקרים מצביעים כי הסיכון לגילנות בקרב עובדים במקצועות הבריאות גבוה יותר מאשר באוכלוסייה הכללית (Crutzen et al., 2022). בשל ההשלכות החמורות של גילנות ושכיחותה בקרב אנשי מקצועות הבריאות, גוף ידע מחקרי רחב עסק בגורמי סיכון, המתקשרים עם תפיסות גילניות בקרב אנשי מקצועות אלו, כמו גם גורמים המגנים מפני התפתחותה של גילנות. על-פי מחקרים אלו, נמצא כי חרדת הזדקנות (Liu et al., 2015), קשיים בעבודה עם זקנים (Uğurlu et al., 2019), וקשר שלילי עם זקנים (Drury et al., 2017) היוו גורמי סיכון לגילנות. מנגד, העדפה לעבודה עם זקנים, השכלה, ידע והכשרה בתחום הזיקנה (Liu et al., 2013; Liu et al., 2015), כמו גם ניסיון בעבודה עם זקנים (Rush et al., 2017), היוו גורמים מגנים מפני גילנות. אף כי קיים גוף ידע מחקרי רחב העוסק בגילנות בקרב אנשי מקצוע בתחום הבריאות והרווחה, כגון רופאים, אחיות ועובדים סוציאליים (Wyman et al., 2018; Ben-Harush et al., 2017), המחקר אשר בחן גילנות בקרב מטפלים העוסקים בטיפול ישיר בזקנים (כגון מטפלות בבית הזקן או כוחות עזר סיעודיים במוסדות סיעודיים) הינו מצומצם (Eymard & Douglas, 2012; Heyman et al., 2020).

אחת התיאוריות המרכזיות להסברת מקורות הגילנות, היא תיאוריית ניהול האימה (Terror Management Theory). על-פי תיאוריה זו, גילנות נובעת מהאיומים הלא מודעים המוטמעים בזיקנה, ובעיקר איום המוות, המתייחס למודעות האנושית שזיקנה מובילה למוות בלתי נמנע (Martens et al., 2005). חיזוק לתיאוריה זו נמצא במחקרים אשר הצביעו על קשר בין חרדת מוות לבין עמדות גילניות בקרב האוכלוסייה הכללית (Bodner et al., 2012; Martens et al., 2004) ובקרב אנשי מקצועות הבריאות (Kolushev et al., 2021; Rababa et al., 2023). בקרב אנשי מקצועות אלו, המפגש עם ההידרדרות הקוגניטיבית והתפקודית של הזקנים עלול להעצים את חרדת המוות של המטפלים ובכך לחזק את עמדותיהם הגילניות. חיזוק עמדות אלו עלול להוביל לטיפול הממוקד פחות באדם ויותר במשימה, להגביר את הדחק והשחיקה של המטפלים ולפגוע ברווחתם הנפשית (McKenzie et al., 2017).

גוף ידע מחקרי מצביע על מצבי פגיעות שונים, בהם פגיעות פיזית (Eggen et al., 2020; Shakeri et al., 2022; Soleimani et al., 2020; Starcevic, 2005; Kagan, 2021; Shakil et al., 2022), פגיעות נפשית פסיכולוגית (Kagan, 2021; Shakil et al., 2022; Soleimani et al., 2020; Starcevic, 2005), פגיעות נפשית פסיכולוגית (Kagan, 2021; Shakil et al., 2022; Soleimani et al., 2020; Starcevic, 2005).

(et al., 2022) ופגיעות חברתית (Azaiza et al., 2010; Bibi & Khalid, 2020; Sadeghi et al., 2015) כמתקשרים לחרדת מוות. בנוסף, נמצא כי מצבי פגיעות רגשית (רווחה נפשית ירודה ומצוקה פוסט טראומתית) ופגיעות חברתית (תמיכה חברתית נמוכה) היו קשורים לגילנות (Zanbar et al., 2023). עם זאת טרם נבחנה האפשרות שקשר זה מתווך על-ידי חרדת המוות.

בישראל, מטפלות הבית, הפועלות מטעם תוכנית ביטוח סיעוד, מעניקות סיוע לזקנים, הזקוקים לעזרה בתפקוד היומיומי ולהשגחה ובכך מאפשרות להם המשך מגורים בקהילה (הביטוח הלאומי, 2017). אוכלוסיית מטפלות הבית בישראל מורכבת ברובה מנשים (91%), אשר גילן הממוצע הינו 50, כאשר 27% מהן מעל גיל שישים. כמו כן, 42% ממטפלות הבית עלו לארץ לאחר שנות התשעים (אסיסקוביץ, 2017). בנוסף, רוב המטפלות דרגו את מצבן הכלכלי כקשה (33%) ובינוני (45%) (כורזים ואחרים, 2002). מרכיבים אלו של מגדר נשי, גיל מבוגר יחסית, הגירה ומשאבים כלכליים מצומצמים יכולים להעצים את פגיעותן של המטפלות (Brocklehurst & Laurenson, 2008; Derose et al., 2007; Krekula, 2007).

לפיכך, מטרת המחקר הנוכחי היא לבחון את תרומתם של מצבי פגיעות של מטפלות בית בזקנים, הכוללים היבטים פיזיים (בריאות נתפסת ירודה), היבטים נפשיים (מצוקה נפשית) והיבטים חברתיים (תמיכה חברתית ירודה ובדידות), כמו גם תפיסת המטפלת את המצב התפקודי של המטופל הזקן, לעמדות גילניות. זאת תוך בחינת התפקיד המתווך של חרדת המוות.

גילנות בקרב אנשי מקצוע

מחקרים מצביעים על תמונה מורכבת ורב ממדית של גילנות בקרב אנשי מקצוע. גילנות זו יכולה להתבטא בהדרה ויחס לא שוויוני לאנשים זקנים לעומת אנשים צעירים יותר, כאשר, הטיפול הניתן לאנשים זקנים עלול להיות לא מתאים או באיכות נמוכה (Ben-Harush et al., 2017). לחלופין, מתוך תפיסה גילנית של האדם הזקן כחסר יכולת (Cuddy & Fiske 2002; Fiske et al., 2002), אנשי מקצוע יכולים לתת לאדם הזקן טיפול שאינו נצרך (Chrisler et al., 2016).

אחד ההיבטים המרכזיים של גילנות בקרב אנשי מקצוע, אשר עולה מהספרות המחקרית, הינו הנטייה להימנע משיתוף האדם הזקן בתהליך הטיפול והתייחסות אליו כנוכח-נפקד. כך, תפיסה גילנית זו יכולה להתבטא בהיעדר תשואל של האדם הזקן על עברו, הימנעות מהסברים, כמו גם הימנעות משיתוף בקבלת החלטות, הנוגעות לו (Ben-Harush et al., 2017; Chrisler et al., 2016). היבט דומה של אותה תופעה עלול לבוא לידי ביטוי בנטיית אנשי המקצוע לעקוף את האדם הזקן, להתעלם מנוכחותו, ולשוחח על מצבו עם בני משפחה צעירים ממנו (Ben-Harush et al., 2017; Chrisler et al., 2016). גילנות בקרב אנשי מקצוע יכולה להתבטא בנוסף ביחס מתנשא ומתיילד כלפי האנשים הזקנים. יחס זה בא לידי ביטוי בשימוש באוצר מילים ילדותי, הנאמר בטון גבוה, בדומה לאופן שבו לרוב אנשים מבוגרים פונים לילדים קטנים, כמו

גם שימוש בכינויים כגון "מתוקה", "ילדה טובה" וכד' (Chrisler et al, 2016; McLafferty & Morrison, 2004). בנוסף, הגילנות יכולה להתבטא גם בתפיסות סטראוטיפיות כלפי האנשים הזקנים כמי שאינם מבינים בדיחות או קמצנים. או בשימוש בתוויות מכלילות ופוגעניות כלפיהם כגון "מבולבלים" או "משוטטים" (McLafferty & Morrison, 2004). לבסוף, גילנות של אנשי מקצוע יכולה להתבטא בתפיסה שיפוטית שלהם כלפי זקנים, אשר דורשים להיות מעורבים באופן אקטיבי בטיפול בהם או מציבים דרישות. מאחר והתנהגות זו שונה מהסטראוטיפ של אדם זקן כאדם חס אך מוגבל ביכולותיו, אנשי מקצוע עלולים לתפוס זקנים כאלו כתוקפנים או מפריעים לטיפול. זאת בשונה, לדעת החוקרים, מהאופן שבו אנשי המקצוע היו תופסים אנשים צעירים יותר עם התנהגות דומה (Ben-Harush et al., 2017; Cuddy & Fiske 2002; Fiske et al. 2002).

ואכן, מחקרים שבחנו גילנות בקרב אחיות מצאו כי אחיות במחלקות אונקולוגיות תמכו פחות בטיפולים מרפאים ומשחזרים עבור חולים זקנים לעומת חולים צעירים יותר. דבר המצביע על תפיסת הזקן כפחות אנושי ולא כאדם עם דימוי גוף ורצון לחיות (Schroyen et al., 2016). בנוסף, גילנות בקרב אחיות התקשרה להפחתה באיכות וביעילות של ההתקשרות והאינטראקציה הטיפולית (Deasey et al., 2014) כמו גם להפחתה בהתנהגות מסוגרת שלהם ביחס לחולים (El Moniem et al., 2019).

התנהגות גילנית ומפלה מצד אנשי מקצוע עלולה להקשות על אנשים זקנים לפנות לעזרה ולקבל טיפול העונה לצרכיהם (Chrisler et al, 2016) ובכך להביא לפגיעה משמעותית בבריאותם הפיזית וברוחותם הנפשית (Allen, 2016). יתרה מכך, זקנים, הנחשפים לתפיסות גילניות ולאפליה מצד אנשי מקצוע, עלולים להפנים את הסטראוטיפים השליליים כלפיהם ובאופן לא מודע להופכם לינבואה המגשימה את עצמה (Chrisler et al., 2016; Levy, 2009). כך, גוף ידע מחקרי רחב מצביע על קשר בין גילנות ואפליה נתפסים לבין מדדים שונים של בריאות פיזית ונפשית בקרב אנשים זקנים (Allen et al., 2022; Browning et al., 2020). בדומה לכך, מחקרים ניסויים מצביעים כי הפנמה של תפיסות שליליות לגבי הגיל הובילו לירידה ביכולות הביצוע של משימות קוגניטיביות ופיזיות של אנשים זקנים (Barber et al., 2020; Haslam et al., 2012; Kang & Chasteen 2009). בדומה לכך, מחקרי אורך מצאו כי תפיסות של אנשים זקנים בנוגע להזדקנותם וסטראוטיפים שליליים של זיקנה, היו במתאם שלילי עם תוחלת חייהם של הזקנים, בריאותם וביצועיהם הקוגניטיביים (Levy et al., 2002; Wurm & Benyamini, 2014; Wurm et al., 2007; Stephan et al., 2021).

גילנות וחרדת מוות

על פי תיאוריית ניהול האימה, היכולת הקוגניטיבית של בני אדם להיות מודעים לפגיעותם ולהיות בני תמותה, יוצרת פוטנציאל לאימה משתקת. במטרה לשלוט באימה זו, בני אדם, באופן לא מודע, מביעים

תמיכה בתפיסת עולם תרבותית, אשר מאפשרת להם לתאר את חיי האדם כבעלי משמעות, חשובים ומתמידים. האימוץ של הכללים החברתיים והתרבותיים, מאפשר להם להרגיש בעלי הערכה עצמית, המתבטאת באמונה שהם בעלי ערך וראויים בתוך תרבותם. תפיסת עולם תרבותית וערך עצמי מספקים הגנות סימבוליות ומתמשכות, המאפשרות לבני אדם לחסום את החרדה ולשמור על איזון על אף המודעות לפגיעותם ולהיותם בני תמותה (Greenberg et al., 1986; Greenberg et al., 1997; Pyszczynski et al., 1999). מכניזם נוסף המגן מפני חרדת מוות, אשר קיבל תמיכה אמפירית, מתייחס להזדהות חברתית ומערכות יחסים קרובות. על פי מכניזם זה, חברות בקבוצה חברתית מספקת הרחבה של העצמי במרחב ובזמן, וכך מספקת לבני האדם חווית התעלות אשר מגנה מפני ההכרה של היותנו בני תמותה (Castano et al., 2003; Mikulincer, et al., 2004).

על פי תיאוריית ניהול האימה, גילנות נובעת מהאיזמים הלא מודעים המוטמעים בזיקנה. איזמים אלו כוללים: 1. איום המוות, המתייחס למודעות האנושית שזיקנה מובילה למוות בלתי נמנע; 2. איום החייתיות- המתייחס להידרדרות הפיזית של הגוף בגיל הזיקנה, אשר מזכירה לנו, שאנו בדומה לחיות, יצורים בשר ודם אשר פגיעים למחלות והתדרדרות הגוף בזיקנה; לבסוף, 3. איום חוסר המשמעות- המתייחס לאובדניים המתמשכים של יכולות ומשאבים, אשר נתפסים כהכרחיים בכדי להשיג ולשמר ערך עצמי (Martens et al., 2005). ההשערה המתייחסת למערכת היחסים בין חרדת מוות לבין גילנות, הוכחה במחקרים רבים. כך, אשר הצביעו על קשר בין גילנות לבין חרדת מוות (למשל, Martens et al., 2004; Bodner et al., 2012; Depaola et al., 2003).

בריאות פיזית וחרדת מוות

מכיוון שמוות כולל הפסקה של תפקודי גוף חיוניים, מרכיב משמעותי של חרדת מוות מורכב מפחד מהידרדרות גופנית. בנוסף, פחד המוות יכול לבוא לידי ביטוי כפחד מהידרדרות גופנית, כאב, ואובדן שליטה (Starcevic, 2005). מחקרים מצאו כי חרדת מוות הייתה קשורה להידרדרות במצב בריאותי (Haroon et al., 2009; Moreno et al., 2018). במחקרי מטא-אנליזה על חולי סרטן, נמצאו רמות חרדת מוות בינוניות עד גבוהות בקרב אוכלוסייה זו, כאשר רמות חרדת המוות הגבוהות ביותר נמצאו בקרב חולות סרטן שד (Shakeri et al., 2022; Soleimani et al., 2020). בדומה לכך, במחקר שנערך בקרב אנשים המתמודדים עם סרטן ריאתי, חרדת המוות התקשרה, בנוסף לסימפטומים נפשיים ותפיסתיים, גם לתסמיני הסרטן, ומידת החודרנות של המחלה (Eggen et al., 2020). בנוסף, חרדת המוות התקשרה להפרעות פסיכולוגיות, הקשורות לתפיסה בריאותית, כגון סומטיזציה (Abdel-Khalek & Lester, 2009; Noyes et al., 2002) והיפוכונדריה (Hiebert et al., 2005; Noyes et al., 2002).

מצוקה נפשית וחרדת מוות

מצוקה נפשית מוגדרת כ"מצב הרגשי הייחודי והאי-נוחות שחוה אדם בתגובה ללחץ או דרישה ספציפיים שגורמת לנוק, זמני או קבוע, לאדם." (Ridner, 2004, עמ' 539). גוף ידע מחקרי רחב קושר בין מצוקה נפשית לבין חרדת מוות. כך, נמצאו קשר בין מצוקה נפשית לבין חרדת מוות בקרב אחיות (Kagan, 2021), כמו גם בקרב אוכלוסייה כללית בתקופת הקורונה (Shakil et al., 2022).

בדידות נתפסת, תמיכה חברתית וחרדת מוות

בדידות מתארת רגשות של מצוקה, דיכאון, דה-הומניזציה וניתוק אשר אדם סובל מהן כאשר הוא חווה ריקנות בשל חיים חברתיים ו/או רגשיים אשר אינם מספקים (Killeen, 1998). לעומתה, תמיכה חברתית מוגדרת כתמיכה חברתית ופסיכולוגית המסופקת בסביבתו של האדם על ידי אנשים, שאינם אנשי מקצוע (Cohen et al., 2000).

כפי שצוין לעיל, על פי תיאוריית ניהול האימה, הזדהות חברתית ומערכות יחסים חברתיות משמשות כמכניזם המגן מפני חרדת מוות. השערה זאת הוכחה בגוף ידע מחקרי, אשר מצא כי מערכת יחסים קרובות משמשות תפקיד חשוב כהגנה מפני חרדות הקשורות למוות (Plusnin et al., 2018). כך, נמצא כי רמות גבוהות של בדידות ניבאו רמות גבוהות של חרדת מוות (Chow, 2017; Guner et al., 2023). בדומה לכך, תמיכה חברתית מועטה התקשרה לחרדת מוות גבוהה יותר (Azaiza et al., 2010; Bibi & Khalid, 2020; Sadeghi et al., 2015).

מצב תפקודי של המטופל הזקן וחרדת המוות של המטפל

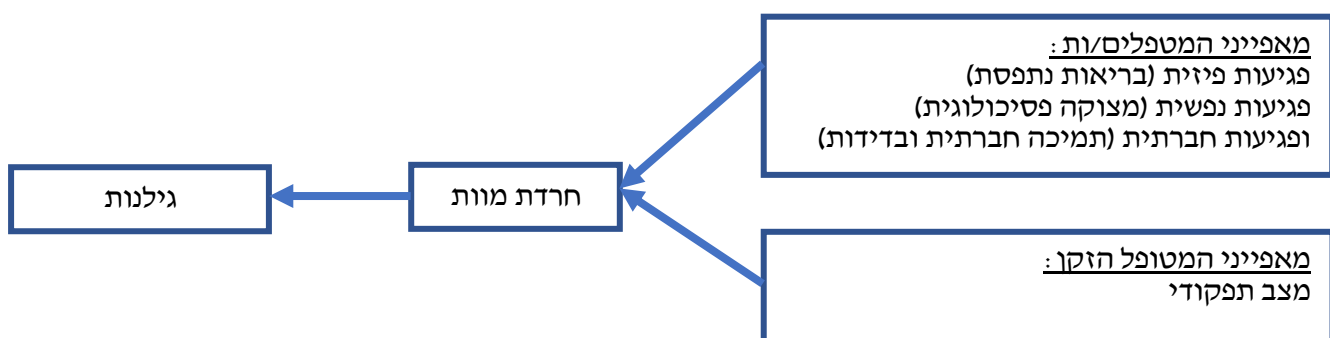
חרדת המוות של המטפלים בזקנים, המתקשרת למפגש עם הזיקנה, עלולה להתעצם במצבים בהם האדם הזקן בו הם מטפלים, סובל מירידה קוגניטיבית או תפקודית (McKenzie et al., 2017). מחקרים מצאו כי העלאת המודעות לאנשים עם מוגבלות פיזית העצים את חרדת המוות של הנבדקים (Hirschberger et al., 2005). באופן דומה, נמצא כי אנשים הרחיקו את עצמם יותר מאנשים חולים בסרטן בהשוואה למצבי בריאות פחות מאיימי חיים, כגון נקע בקרסול. לטענת החוקרים, הרחקה זו נבעה מכך שחולי הסרטן הציגו איום קיומי יותר (Pyszczynski et al., 1995). יתרה מכך, מוגבלות פיזית העצימה גם את השאיפה להתרחק מאנשים זקנים והפחיתה בחמלה כלפיהם (הבאה לידי ביטוי ברצון להעניק טיפול והערכת היעילות בסיפוק עזרה) (Bergman & Bodner, 2015). חרדת המוות, במפגש עם חולי ומוגבלות, יכולה להתקשר גם לחוויית חוסר האונים של איש המקצוע. כך נמצא שחרדת מוות גבוהה בקרב רופאים פסיכיאטריים התקשרה לרגשות שליליים יותר כלפי מטופליהם, שסבלו מהפרעת אישיות גבולית. החוקרים פירשו ממצאים אלו

בכך שחרדת המוות מתקשרת לחוויה של חוסר אונים ו"אימפוטנטיות" מקצועית בקרב הרופאים הפסיכיאטריים, דבר המוביל לרגשות שליליים כלפי החולים (Bodner et al., 2015).

מטרת המחקר

על אף גוף ידע מחקרי רחב המצביע על גילנות בקרב אנשי מקצוע והשלכותיה (Ben-Harush et al., 2017 ; Phibbs & Hooker, 2017), המחקר שמתמקד במטפלות בית ובעמדותיהן כלפי אנשים זקנים הוא מועט (Eymard & Douglas, 2012; Heyman et al., 2020). זאת על אף שהן נמצאת בקשר יומיומי עם אנשים זקנים וממלאות תפקיד משמעותי בדאגה לרווחתם. על רקע התמודדותן של מטפלות אילו, פעמים רבות, עם מצבי פגיעות כלכליים ובריאותיים (אסיסקוביץ', 2017; כורזים ואחרים, 2002), מטרת המחקר הנוכחי היא להעמיק ולהרחיב את הידע בנוגע לגורמי הסיכון לגילנות בקרב מטפלות בזקנים מטעם חוק סיעוד, על ידי בחינת הקשר בין המצב התפקודי הנתפס של המטופלים הזקנים ומצבי פגיעות פיזיים, פסיכולוגיים וחברתיים של המטפלות, לגילנות, תוך בחינת התפקיד המתווך של חרדת מוות. השערת המחקר היא כי שככל שהמטפלות יחוו פגיעות גבוה יותר שתתבטא בהיבטים פיזיים (בריאות נתפסת ירודה), היבטים נפשיים (מצוקה נפשית) והיבטים חברתיים (תמיכה חברתית ירודה ובדידות), וככל שהן יתפסו את מצבו התפקודי של האדם הזקן שבו הן מטפלות כירוד יותר, כך תתעצם חרדת המוות שלהם. ככל שחרדת המוות של המטפלות תתעצם, כך יתעצמו עמדותיהן הגילניות. כלומר, הקשר בין פגיעות לגילנות, יתווך במלואו או בחלקו על-ידי חרדת מוות (ראו תרשים 1).

תרשים 1: מודל המחקר



שיטת המחקר

משתתפים

אוכלוסיית המחקר כללה 400 מטפלות ומטפלים בזקנים מטעם חוק הסיעוד של הביטוח הלאומי. מתוכם, 380 היו נשים, ו-20 גברים, באופן התואם את מאפייני המטפלים/ות מטעם חוק סיעוד בשטח (מאחר ומרביתן המוחלט של המשתתפים היו נשים, להלן, לאורך המשך דו"ח המחקר, שימוש בלשון נקבה, המתייחס לשני המינים כאחד). גיל המשתתפות נע בין 19 ל-80 (ממוצע- 51.21 שנים, ס.ת.: 14.41). קרוב למחצית מהמשתתפות (44.8%) היו בעלי השכלה אקדמית, 15.8% סיימו לימודי תעודה, 13% דיווחו על כך שעברו קורסים של הכשרה מקצועית בתחומים שונים, והיתר דיווחו על כך שסיימו לימודי תיכון (24.8%) או לימודי ביי"ס יסודי בלבד (1.8%). ממוצע שנות ההשכלה עמד על 13.47 (ס.ת.: 3.42). מעל מחצית מהמשתתפות (53.5%) היו נשואות, 15% רווקות, 22.5% גרושות, ו-9% אלמנות. מרבית המשתתפות – 62.7% דיווחו על הכנסה חודשית נמוכה מהממוצע במשק (11,000 ₪), 25.3% דיווחו על הכנסה בערך כפי הממוצע, ו-12% דיווחו על הכנסה מעל לממוצע.

מעל למחצית מהמשתתפות – 54.8% היו יהודיות, 20.8% מוסלמיות, 11% נוצריות, והיתר ביקשו שלא להגדיר עצמן. מבחינת אורח החיים, 55.3% דיווחו על אורח חיים חילוני, 32.8% – אורח חיים מסורתי, 11% – אורח חיים דתי, ומשתתפת אחת יחידה דיווחה על אורח חיים יהודי-חרדי.

הליך המחקר

גיוס המשתתפות במחקר נעשה באמצעות חברות הסיעוד בהן הן מועסקות, וזאת לאחר קבלת אישורה של וועדת האתיקה המוסדית של אוניברסיטת בר-אילן, והסכמתה של מנהלת אגף הסיעוד בביטוח הלאומי. בסיועה של מנהלת האגף, נשלחו מכתבי פנייה לכל הסניפים של חברות הסיעוד בארץ. במכתב פורט הסבר על המחקר, חשיבותו ותיאור תהליך המחקר, הכולל מענה על שאלון כמותי. עוד הובהר במכתב כי ההשתתפות במחקר היא וולונטרית, וניתן להפסיק אותה בכל שלב של מילוי השאלון המחקר, ושפרטי המשתתפות יישארו חסויים כך שהאנונימיות שלהן תובטח. למכתב הפנייה צורף קישור לטופס הרשמה אינטרנטי למחקר, בו נציגות חברות הסיעוד התבקשו לרשום את פרטיהן של המטפלות שהביעו הסכמה להשתתפות במחקר וליצירת קשר עימן, לצורך תיאום הגעה של עוזרת המחקר – לסיוע במילוי השאלון. זאת, על-פי דיווחיהן של נציגות חברות הסיעוד, אודות רמת האוריינות הנמוכה של המטפלות, המצריכה סיוע זה. מנהלת המחקר יצרה קשר עם המטפלות שנרשמו להשתתף במחקר, ותיאמה עבורן את הגעתן הפיזית של המראיינות (עוזרות המחקר). למשתתפות התאפשר למלא את השאלון בכל אחת משלוש השפות לנוחיותן: עברית, עברית, ורוסית, ובהתאם – עוזרות המחקר שהגיעו אליהן למלא את השאלון, שלטו בשפה הנדרשת (ברמת שפת אם). יצוין כי לצורך כך, אותרו גרסאות של כל כלי המחקר בכל אחת משלוש

השפות. במקרים הבודדים בהם לא נמצאו כלי מחקר תואמים, כלי המחקר המקוריים נשלחו לחברת תרגום מקצועית המנוסה בתרגום כלי מחקר, והתרגום תוקף (בשיטת 'הלוך-חזור') מספר פעמים נוספות על ידי חוקרות הבקיאות בשפות אלו.

כלי המחקר

המשתנה התלוי

גילנות, נמדדה באמצעות שאלון Fraboni של גילנות (FSA; Fraboni et al., 1990). שאלון זה כולל 29 פריטים שקשורים לתפיסות כלפי זקנים ומקומם בחברה (למשל: "זקנים מתלוננים יותר מאנשים אחרים"). התשובות ניתנו על סולם ליקרט בן 4 דרגות הנע בין 1 (מאוד לא מסכים) ל-4 (מסכים מאוד). עבור כל משתתף חושב ממוצע התשובות, כאשר ציון גבוה מצביע על רמה גבוהה של גילנות. מחקר קודם של השאלון בגירסה העברית הצביע על מהימנות פנימית של $\alpha = .75$ (Faran & Zanbar, 2019). במחקר הנוכחי המהימנות הפנימית הייתה $\alpha = .71$.

המשתנה המתווך

חרדת מוות נבחנה על ידי שאלון פחד ממוות (Carmel & Mutran, 1997). השאלון המקורי נכתב בעברית וכולל שישה היגדים (לדוגמא "אני מאוד פוחד/ת ממוות"; "העובדה שמוות פירושו סוף של כל דבר שאני מכיר, מאוד מפחידה אותי"). מידת ההסכמה של המשיב עם על פריט דורגה בסולם ליקרט מ-1 (לא מסכימה לחלוטין) ל-5 (מסכימה לחלוטין). הציון הסופי מבוסס על ממוצע התשובות, כאשר ציון גבוה מצביע על חרדת מוות גבוהה. המהימנות הפנימית בשאלון המקורי הייתה $\alpha = .71$ (Carmel & Mutran, 1997). במחקר הנוכחי המהימנות הפנימית הייתה $\alpha = .86$.

המשתנים הבלתי תלויים

בריאות נתפסת של המטפלת נבחנה על ידי שאלה אחת בסולם ליקרט של חמש דרגות, כאשר תוצאה גבוהה יותר משקפת מצב בריאותי טוב יותר. השימוש בשאלה עם פריט אחד להערכת מצב בריאותי הינה נפוצה והוכחה כמנבא חזק לתחלואה ותמותה במחקרים קודמים (Ayalon & Covinsky, 2009). מצוקה נפשית נמדדה באמצעות הכלי של קסלר (K6; Kessler et al., 2003). הכלי מכיל שש שאלות המבקשות לדעת באיזו תדירות חשה המשיב/ה את כל אחת משש התחושות המובאות בשאלות, במהלך החודש האחרון: עצבנות, חוסר תקווה, חוסר מנוחה וחוסר שקט, עצבות עד כדי כך שדבר לא יכול היה לשמח (את המשיב/ה), תחושה שכל דבר מחייב מאמת, ותחושה של חוסר ערך. התשובות ניתנו על סולם

ליקרט בן חמש דרגות הנע בין 1 (בכלל לא) ל-5 (כל הזמן). מהימנות הכלי המקורי היתה $\alpha = .89$, ובמחקר הנוכחי $\alpha = .88$.

בדידות נמדדה באמצעות שאלון R-UCLA מקוצר (Hughes et al., 2004) בן שלושה היגדים. בשאלון זה מתבקשים המשתתפים לדווח באיזה תדירות הם חשו תחושת בדידות שונות (למשל: "עד כמה אתה מרגישה מבודדת/ת מאחרים?"). התשובות ניתנו על סולם ליקרט בן שלוש דרגות הנע בין 1 (כמעט ולא) ל-3 (כמעט תמיד). הציון עבור כל משתתפת/ת חושב כסך ערכי התשובות שלו, כאשר ציון גבוה מצביע על בדידות רבה יותר. המהימנות הפנימית המקורית של השאלון היתה 0.72. השאלון תורגם לעברית על ידי הוכדורף (1989). במחקר בו נעשה שימוש בכלי בעברית, נמצאה מהימנות פנימית של $\alpha = .86$ (דובדבני ונאור, 2004). במחקר הנוכחי נמצאה מהימנות פנימית של $\alpha = .78$.

תמיכה חברתית נמדדה באמצעות מדד תמיכה חברתית של זימט ועמיתיו (*Multidimensional Scale of Perceived Social Support - MSPSS*; Zimet et al., 1988). בשאלון זה, מתבקשים הנבדקים לדווח על תחושת התמיכה החברתית שלהם. השאלון כולל 12 פריטים (למשל, יש לי אדם קרוב שמהווה מקור תמיכה אמיתי עבורי). התשובות ניתנו על סולם ליקרט בן 7 דרגות הנע בין 1 (מאוד לא מסכים) ל 7 (מסכים מאוד). הציון של כל משתתפת/ת חושב כממוצע התשובות שלו כאשר ציון גבוה מצביע על תמיכה חברתית נתפסת גבוהה. מהימנות פנימית של השאלון במאמר המקורי היא $\alpha = .88$, ובמאמר הנוכחי $\alpha = .91$. השאלון תורגם לעברית על ידי סטטמן (1995). במחקרה נמצאה מהימנות פנימית גבוהה לשלושת הסולמות המודדים את עולמות התוכן של המשתנה. סולם משפחה: $\alpha = .93$, סולם חברים: $\alpha = .91$, סולם אחר משמעותי: $\alpha = .91$. מצב תפקודי של האדם הזקן, יוערך על פי יכולתו של מקבל הטיפול לבצע שש פעולות בסיסיות (ADL - כגון, אכילה והתלבשות; Katz, Downs, Cash, & Grotz, 1970) ושש פעולות יומיומיות (IDAL - כגון הכנת ארוחות וניהול עניינים כספיים; Lawton & Brody, 1969). לגבי כל אחד מההיגדים הנבדק יתבקש לדרג, האם המטופל הינו עצמאי או לא עצמאי. הסכום של המצב התפקודי חושב כמשקף את שני סוגי התפקוד. הטווח נע בין 0 ל 12, כאשר ציון גבוה יותר הצביע על לקות גבוהה יותר. בנוסח העברי של השאלון, נמצאה מהימנות פנימית של 0.82 (Ayalon & Green, 2013).

שיטת ניתוח הנתונים

ראשית, נערכו מתאמי פירסון כדי לבחון אילו משתנים מתאימים להיכלל בניתוח המרכזי של המחקר – ניתוח הניתוב, וכן כדי לוודא שאין מתאמים גבוהים מידי בין המשתנים, המעידים על חפיפה ביניהם. בנוסף,

נבדקו ערכי ה-VIF (variance inflation factor) של כל משתנה, כדי לוודא שאין מולטיקולינאריות בין המשתנים.

בשלב הבא נערך הניתוח המרכזי של המחקר – ניתוח הנתיה, המבוסס על ניתוח משוואות מבניות בין המשתנים (structural equation modeling [SEM]) באמצעות תוכנת AMOS. הניתוח כלל שלוש רמות של משתנים: המשתנים הבלתי תלויים: מצוקה נפשית, בדידות, תמיכה חברתית, והמצב התפקודי של האדם הזקן – המטופל; המשתנה המתווך: חרדת מוות; והמשתנה התלוי: גילנות. הניתוח העלה כי נמצאו מדדי התאמה טובים בין המודל לבין הנתונים: $\chi^2=4.21$, $df=5$, $p=.519$. $N=400$. מדדי ה-NFI וה-CFI היו 0.990 ו-1 בהתאמה, ומדד ה-RMSEA היה 0.00. כל מדדים האלו מצביעים על התאמה טובה של המודל (Byrne, 2016).

לבסוף, ניתוח התיווכים (Indirect) באמצעות תוכנת ה-AMOS ומודל המשוואות המבניות (SEM) עמד על טיבם של קשרי התיווך הפוטנציאליים שבין המשתנים (האם מתקיימים קשרי תיווך, ואם כן – האם הם מלאים או חלקיים).

ממצאים

לוח מספר 1, מציג את המתאמים בין משתני המחקר ואת הסטטיסטיקה התיאורית שלהם. שלושה מבין המשתנים הבלתי תלויים: מצוקה נפשית, בדידות, ותמיכה חברתית, היו קשורים גם למשתנה המתווך – חרדת מוות, וגם למשתנה התלוי – גילנות. באשר לשני המשתנים הבלתי תלויים הנוספים: הבריאות הנתפסת של המטפלת היתה קשורה רק לגילנות, ומצבו התפקודי של האדם הזקן – המטופל, היה קשור רק לחרדת מוות. לכן, בהתאם למסגרת התאורטית המתמקדת בתיווך של חרדת מוות את הקשר שבין משתני הפגיעות לבין גילנות, נכנסו רק המשתנים הקשורים אליה לניתוח הסופי.

בנוסף, בדיקת המתאמים הצביעה על כך שאין קשרים גבוהים מידי העשויים להעיד על חפיפה בין משתנים. כמו כן, מכיוון שכל ערכי ה-VIF היו נמוכים מ-2, הסיכון למולטיקולינאריות נשלל (ראו Gujarati & Porter, 2008).

לוח 1

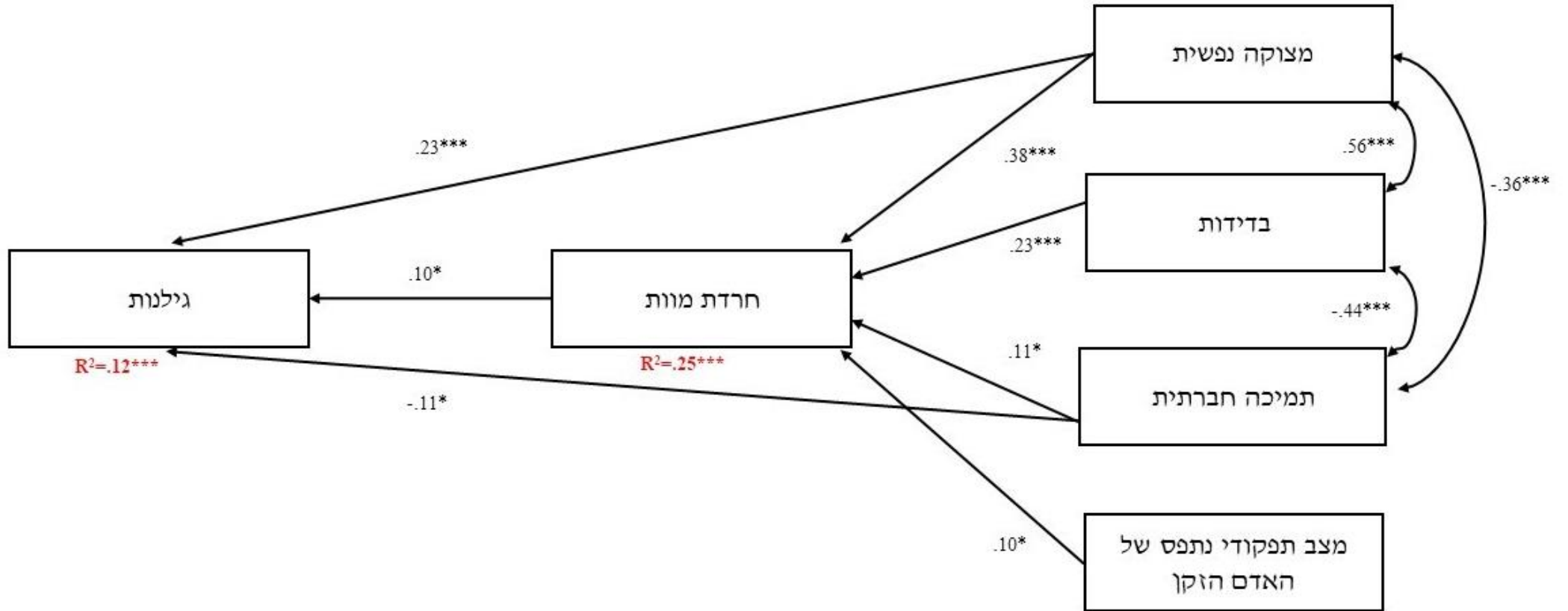
מתאמים בין משתני המחקר (N = 300)

משתנים	1	2	3	4	5	6	7
1. בריאות נתפסת של המטפלת	----						
2. מצוקה נפשית	-.28***	----					
3. בדידות	-.13**	.56***	----				
4. תמיכה חברתית	.14**	-.36***	-.44***	----			
5. מצב תפקודי נתפס של האדם הזקן	.00	-.00	-.01	.06	----		
6. חרדת מוות	-.03	.44***	.38***	-.11*	.10*	----	
7. גילנות	-.10*	.31***	.24***	-.20***	.07	.22***	----
ממוצע	2.84	1.87	1.50	5.64	2.14	1.73	2.22
סטיית תקן	0.75	0.89	0.56	1.25	0.72	0.93	0.31
טווח	1-4	1-5	1-3	1-7	1-4	1-5	1.21-2.95
VIF	1.10	1.78	1.68	1.30	1.02	1.33	----

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$

בשלב הבא נערך ניתוח נתיבים (structural equation model, SEM), לבדיקת הקשרים בין משתני המחקר, הישירים והעקיפים. תרשים 1 מציג את התוצאות שהתקבלו, ואת ערכי המתאמים (β) שבין המשתנים וערכי ה-R square עבור המשתנה המתווך – חרדת מוות, והמשתנה התלוי – גילנות.

תרשים מס. 1: ניתוח הנתיב להסבר השונות של המשתנה גילנות, ובאמצעות התיווך של המשתנה חרדת מוות



ראשית, ניתוח הנתביב העלה כי רק המשתנים הבלתי תלויים : מצוקה נפשית ותמיכה חברתית קשורים באופן מובהק למשתנה גילנות, וכמוהם המשתנה המתווך – חרדת מוות. בעוד שתמיכה חברתית היתה קשורה לרמות נמוכות של גילנות, מצוקה נפשית וחרדת מוות היו קשורות לרמות גבוהות שלה. בנוסף, עלה כי כל המשתנים הבלתי תלויים : מצוקה נפשית, בדידות, תמיכה חברתית, ומצבו התפקודי הנתפס של האדם הזקן – המטופל, היו קשורים באופן מובהק לחרדת מוות. כלומר, ככל שהמשיבה חשה יותר מצוקה נפשית, בדידות, ועם זאת – גם תמיכה חברתית גבוהות יותר, ותופסת את מצבו התפקודי של האדם הזקן – המטופל, כירוד יותר, כך היא מדווחת על חרדת מוות במידה רבה יותר.

לבסוף, תיווכים פוטנציאליים בין המשתנים (באמצעות המשתנה חרדת מוות) נבדקו באמצעות חישוב רווח בר סמך (Confidence Interval, 95%), ובאמצעות bootstrapping). טבלה מספר 2 מציגה את תוצאות בדיקת התיווך. כפי שניתן לראות מהטבלה, נמצאו שלושה נתיבים של תיווך ונתיב אחד של דיכוי. ערכי רווח סמך מצביעים על מובהקות התוצאות עבור כל אחד מיחסי התיווך, כאשר הערכים הנעים בין הגבול התחתון לגבול העליון שלהם לא כוללים את הערך 0 (see Cumming, 2012).

ניבוי גילנות באמצעות המשתנים הבלתי תלויים. אפקט התיווך של חרדת המוות

משתנים	אפקט ישיר		אפקט כולל		אפקט תיווך באמצעות אינטרפרטציה של ממצאי התיווך	
	bootstrapping					
	95% רווח בר סמך					
	גבול עליון	גבול תחתון				
מצוקה נפשית			$b = .27, SE = .05, p < .001$	$b = .23, SE = .03, p < .01$.064	.006
בדידות			$b = .02, SE = .01, p < .001$	$b = .00, SE = .00, p < .05$.049	.005
תמיכה חברתית			$b = -.10, SE = .05, p > .05$	$b = -.11, SE = .05, p < .05$.029	.002
מצב תפקודי נתפס של האדם הזקן			$b = .01, SE = .01, p < .05$	$b = .00, SE = .00, p > .05$.029	.002

¹ אפקט 'דיכוי': הקשר בין המשתנה הבלתי תלוי (תמיכה חברתית) למשתנה התלוי (גילנות) מתבטל בעקבות המשתנה המתווך (חרדת מוות) והקשרים שלו עם שניהם, המצויים בכיוונים מנוגדים

נתיב התיווך הראשון הצביע על תיווך חלקי. כלומר, בנוסף לקשר הישיר שבין מצוקה נפשית לגילנות, שלפיו, תחושה של מצוקה נפשית ברמה גבוהה יותר הייתה קשורה לגילנות במידה רבה יותר, חרדת המוות הגבירה את עוצמת הקשר הזה, והגדילה את האפקט הכולל של מצוקה נפשית על גילנות באופן מובהק. כלומר, המצוקה הנפשית היתה קשורה לרמות גבוהות יותר של חרדת מוות, ובהתאם, חרדת המוות היתה קשורה לרמות גבוהות יותר של גילנות, אשר חיזקו כאמור את הקשר שבין מצוקה נפשית לגילנות.

נתיב התיווך השני הצביע על תיווך מלא של הקשר בין בדידות לבין גילנות, באמצעות חרדת המוות. כלומר, לא קיים קשר ישיר בין תחושת הבדידות של המטפלות לבין גילנות, אלא אך ורק באמצעות התיווך של חרדת המוות. משיבות שדיווחו על רמות גבוהות יותר של בדידות, חשו חרדת מוות ברמות גבוהות יותר, וחרדת המוות הייתה כאמור קשורה לרמות גבוהות יותר של גילנות.

התיווך השלישי העלה אפקט מעניין וייחודי – אפקט דיכוי ("suppressing effect"), המתקיים במקרים שבהם כיווני הקשר בין המשתנים: הבלתי תלוי, המתווך, והתלוי אינם בהתאמה. כלומר, המשתנה הבלתי תלוי קשור בכיוונים מנוגדים (חיובי / שלילי) למשתנה המתווך ולמשתנה התלוי. כאן לצורך העניין – הקשר עם המשתנה התלוי – גילנות, היה שלילי, ואילו הקשר עם המשתנה המתווך – חרדת מוות, היה חיובי. ובנוסף, הקשר שבין המשתנה המתווך למשתנה התלוי היה כאמור חיובי. במקרה כזה, התיווך, מצד אחד אמור להמשיך את הקשר שבין המשתנה הבלתי תלוי למשתנה המתווך, כלומר – אם המשתנה הבלתי תלוי קשור באופן חיובי למשתנה המתווך, והמשתנה המתווך קשור גם הוא באופן חיובי למשתנה התלוי, התיווך צפוי ליצור קשר חיובי בין המשתנה הבלתי תלוי למשתנה התלוי. אך מצד שני, כאמור, הקשר המקורי שבין המשתנה הבלתי תלוי למשתנה התלוי הוא דווקא שלילי, כך שאין כאן קשר שאותו התיווך יכול להגביר, אלא להיפך. במצב כזה, ישנו סוג של 'קיצוץ' בין הקשרים בכיוונים המנוגדים, והקשר שבין המשתנה הבלתי תלוי למשתנה התלוי מתבטל (הוא איננו מובהק, כפי שניתן לראות בטבלה).

ולבסוף, נתיב התיווך הרביעי הצביע שוב על מצב של תיווך מלא של הקשר בין תפיסת מצבו התפקודי של האדם הזקן לבין גילנות, באמצעות חרדת המוות. כלומר, לא קיים קשר ישיר בין תפיסת מצבו התפקודי של הזקן לגילנות, אלא רק באמצעות התיווך של חרדת המוות. משיבות שתפסו את מצבו התפקודי של האדם הזקן – המטופל כירוד יותר, חשו חרדת מוות ברמות גבוהות יותר, וחרדת המוות כאמור הייתה קשורה לרמות גבוהות יותר של גילנות.

דיון

מטרת המחקר הנוכחי הייתה להעמיק ולהרחיב את הידע בנוגע לגורמי סיכון לגילנות בקרב מטפלות באנשים זקנים מטעם חוק סיעוד. שיערנו שמצבי פגיעות פיזיים, נפשיים וחברתיים של המטפלת והמצב התפקודי של האדם הזקן יהיו קשורים לעמדות הגילניות, ושחרדת מוות תתווך קשרים אלו. מודל התיווך מבוסס על תיאוריית ניהול האימה ועל מחקרים שהתבססו על תיאוריה זו, אשר הצביעו על קשר בין חרדת מוות לבין גילנות (Martens et al., 2005), כמו גם על קשר בין מצבי פגיעות פיזיים, נפשיים וחברתיים לבין חרדת מוות (לדוגמה (Bibi & Khalid, 2020; Kagan et al., 2021).

הקשר בין חרדת מוות לבין גילנות, אשר אכן נמצא במחקר זה, מבוסס על תיאוריית ניהול האימה, הטוענת כי הגילנות מגנה באופן סימבולי מפני האיומים המוטמעים בזיקנה, המתייחסים לאיום המוות הבלתי נמנע, ההידרדרות הגופנית ואובדן הערך העצמי (Martens et al., 2005). קשר זה הוכח במחקרים רבים (למשל, (Depaola et al., 2003; Bodner et al., 2012; Martens et al., 2004).

השערות המחקר נתמכו בחלקן הגדול. כך נמצא שמצבי פגיעות של המטפלת, שכללו מצוקה נפשית ובדידות, וכן מצבו התפקודי של האדם הזקן ניבאו גילנות בתיווך של חרדת מוות. באופן מורכב יותר, חרדת מוות דיכאה את הקשר שבין תמיכה החברתית לגילנות. כאמור, מבין חמשת המשתנים התלויים שנבחנו בתחילה, ארבעה מתוכם נמצאו קשורים לחרדת מוות: מצוקה נפשית, בדידות, תמיכה חברתית, ומצבו התפקודי של האדם הזקן – המטופל, ולפיכך, הוכנסו לניתוח הנתיבים. הבריאות הנתפסת של המטפלת לא היתה קשורה לחרדת מוות, ולכן, לא נכללה בניתוח.

ניתוח הנתיב העלה כי שניים מבין ארבעת המשתנים האלו: מצוקה נפשית ותמיכה חברתית, נמצאו קשורים ישירות גם לגילנות. במקרה של המצוקה הנפשית, חרדת המוות תיווכה את הקשר בינה לבין גילנות באופן חלקי (ולא מלא), כלומר, הקשר בין מצוקה נפשית לגילנות, מתקיים גם ללא תיווכה של חרדת המוות, אך חרדת המוות מתערבת בקשר זה. לעומת זאת, במקרה של התמיכה החברתית, קשר התיווך לא הפך את הקשר הישיר לתיווך חלקי, אלא דווקא ביטל אותו, משום שהוא היה בכיוון המנוגד כפי שיורחב להלן. באשר לשני המשתנים הנוספים: בדידות ומצבו התפקודי הנתפס של האדם הזקן – המטופל, הקשר לגילנות היה מתווך באופן מלא באמצעות חרדת המוות. להלן פירוט הנתיבים וקשרי התיווך עבור כל אחד ממשתני המחקר.

נתיב התיווך הראשון הצביע על כך שלצד הקשר הישיר בין המצוקה הנפשית לגילנות, התיווך של חרדת המוות חיזק את הקשר הזה. זאת בהתאם לספרות שמתייחסת מחד, לקשר הישיר בין מצב נפשי ירוד לבין גילנות (Zanbar et al., 2023), ומאידך, לקשר בין מצוקה נפשית לבין חרדת מוות (Kagan et al., 2021; Shakil et al., 2022). כתוצאה מכך, ככל שהמצוקה הנפשית של המטפלת הייתה גבוהה יותר, כך היא חוותה יותר חרדת מוות, וככל שהיא חוותה יותר חרדת מוות כך היא הביעה יותר גילנות. במובן הזה, הימצאותו

של הקשר הישיר בין מצוקה פסיכולוגית לבין גילנות, מרחיב את הידוע לנו באמצעות תיאוריית ניהול האימה, וייתכן והוא נגרם כתוצאה מתיווכם של משתנים נוספים. יחד עם זאת, יש מקום לסבור שאנשים החווים מצוקה בעצמם, ונושאים איתם את הפגיעות הרבה הכרוכה בה, הם במצב סיכון להתנהגות פוגענית כלפי אחרים, במקרה זה – גילנות, כפי שאכן נתמך מחקרית (Zanbar et al., 2023).

נתיב התיווך השני הצביע על כך שהקשר בין בדידות לגילנות תווך באופן מלא על ידי חרדת מוות. כך, שככל שהמטפלת חשה יותר בדידות כך היא חשה יותר חרדת מוות, וככל שהיא חשה יותר חרדת מוות היא הביעה יותר גילנות. תיווך מלא זה מוצא סימוכין בספרות התיאורטית והמחקרית. בהתבסס על תיאוריית ניהול האימה, מערכות יחסים קרובות מזוהות כמכניזם שלישי, בנוסף להשקפת עולם והערכה עצמית המשמש כהגנה סימבולית מפני חרדת המוות. על פי מכניזם זה, קשרים חברתיים קרובים מציעים לאדם הזדמנות להיות חלק מישות חברתית גדולה יותר (כגון, זוג, קהילה או קבוצה). חוויה זו מרחיבה את הגבולות והיכולות של העצמי ומחזקת את תחושת החיבור לעולם (Mikulincer, et al., 2003). כך ניתן לשער שחווית הבדידות, המתייחסת לחוויה של ריקנות ורגשות שליליים בשל חיים חברתיים או רגשיים שאינם מספקים (Killeen, 1998) תעצים את חרדת המוות. ממצאים אלו מוצאים תמיכה בגוף ידע מחקרי רחב אשר מצביע על כך כי רמות גבוהות של בדידות ניבאו רמות גבוהות של חרדת מוות (למשל, Chow, 2017; Guner, et al., 2023).

נתיב התיווך השלישי הצביע על כך שהקשר הישיר בין תמיכה חברתית לגילנות דוכא על ידי התיווך של חרדת המוות. לצד הקשר השלילי שבין תמיכה חברתית לגילנות, התקיימה שרשרת קשרים הפוכה: התמיכה החברתית היתה קשורה בחרדת מוות גבוהה יותר, וחרדת המוות היתה קשורה ברמה גבוהה יותר של גילנות, דבר שיצר לכאורה קשר חיובי מוגבר בין תמיכה חברתית לגילנות, כאמור – בכיוון מנוגד לקשר השלילי הישיר הראשוני שנמצא בין תמיכה חברתית לגילנות. כך שלבסוף, שתי המגמות ההפוכות של הקשרים (הישיר והמתווך) ביטלו זו את זו, והאפקט הכולל של התיווך לא היה מובהק. כתוצאה מכך, נותר רק הקשר הישיר הלא מתווך – לפיו, רמות נמוכות של תמיכה חברתית קשורות ברמות גבוהות יותר של גילנות. זאת, בהתאם לממצאים קודמים, המראים שבדומה למצבי פגיעות נוספים, רמות נמוכות יותר של תמיכה חברתית עשויות לגרום לגילנות. ניתן להסביר קשר זה בכך שמי שחווה תמיכה פחותה יותר מקבוצת ההשתייכות שלו, עשוי לפחת יחס לא סובלני ואף פוגעני כלפי קבוצת אוכלוסייה אחרות ('out-group'), בנייהן – אוכלוסיית הזקנים (Storey, 2020; Zanbar et al., 2023).

לצד זאת, הממצא שלפיו התמיכה החברתית הייתה קשורה באופן חיובי לחרדת מוות, הינו הפוך לכאורה מתפיסתה של תיאוריית ניהול האימה, הרואה במערכות יחסים הגנה סימבולית מפני חרדת מוות (Mikulincer et al., 2003), כמו גם למחקרים קודמים אשר הצביעו על קשר שלילי בין תמיכה חברתית לבין חרדת מוות (Bibi & Khalid, 2020; Sadeghi et al., 2015). עם זאת, יש לזכור שהמתאמים במחקר הנוכחי

מציעים הסבר הפוך, באשר הם מעידים על קשר ישיר שלילי בין תמיכה חברתית לבין חרדת מוות, ורק בניתוח הנתיב, קשר זה התהפך לכיוון החיובי, כך שיש מקום להניח שגם כאן ישנו משתנה מתערב/מתווך נוסף, הגורם לאפקט של היפוך הקשר (ו/או דיכוי שלו), ומנוגד לקשר השלילי שבין תמיכה חברתית לחרדת מוות.

לבסוף, בהתאם להשערות, בחינת נתיב התיווך הרביעי הצביעה על כך שחרדת מוות תיווכה את הקשר בין המצב התפקודי של המטופל הזקן, לבין גילנות. ככל שהמטפלת חוותה את מצבו התפקודי של המטופל הזקן כירוד יותר, כך היא חוותה יותר חרדת מוות, וככל שהיא חוותה יותר חרדת מוות, כך היא הביעה יותר גילנות. ממצאים אלו תומכים בממצאים קודמים אשר מצביעים על כך שמפגש עם אנשים שיש להם מוגבלות תפקודית מעורר חרדת מוות (Hirschberger et al., 2005), ועל קשר דומה בין מפגש עם חולי לבין חרדת מוות (Pyszczyński et al., 1995). ממצאים אלו עולה כי האיום הקיומי הנוגע למצבו התפקודי של האדם, ומקושר למוגבלות ולחולי, המצויים במידה רבה יותר אצל אנשים בגילאי הזקנה המתקדמים בכלל, ואצל אנשים הנוזקים לסיוען של מטפלות בית בפרט, מעורר חרדת מוות, כפי שאכן נתמך גם במחקר הנוכחי.

לסיכום, גוף ידע רחב, תיאורטי ומחקרי קושר בין מצבי פגיעות פיזיים, נפשיים וחברתיים לבין חרדת מוות (לדוגמה, Bibi & Khalid, 2020; Kagan et al., 2021). בנוסף, גוף ידע תיאורטי ומחקרי רחב קושר בין חרדת מוות לבין גילנות (לדוגמה, Martens et al., 2004; Bodner et al., 2012). עם זאת, ככל הידוע לנו, טרם נחקר הקשר בין מצבי פגיעות לבין גילנות בתיווך של חרדת מוות. מחקר זה מרחיב את הידע המחקרי על גילנות וחרדת מוות, בכך שהוא בוחן לראשונה את הקשר בין מצבי הפגיעות עימם מתמודדת מטפלת בית בזקנים, כמו גם המצב התפקודי של האדם הזקן, לבין העמדות הגילניות שלה, תוך בחינת התפקיד המתווך של חרדת המוות. כך, ממצאי המחקר מצביעים כי מטפלות בית המתמודדות עם מצוקה נפשית ובדידות, וכן מטפלות בית המטפלות באדם זקן עם ירידה תפקודית, נמצאות בסיכון גבוה יותר לחוות חרדת מוות. ככל שהמטפלות חוות יותר חרדת מוות, הן נמצאות בסיכון גבוה יותר להחזיק בעמדות גילניות שעלולות להיות פוגעניות כלפי הזקנים המטופלים.

תרומה מחקרית והשלכות למחקר

על אף הספרות הרחבה העוסקת בהשלכות הפוגעניות של עמדות גילניות של אנשי מקצוע על רווחתם ושלומם של המטופלים הזקנים (לדוגמה, El Moniem et al., 2019; Chrisler et al., 2016), הרי שכלל הידוע לנו, הספרות העוסקת בגורמי סיכון לגילנות שיש לאתרם כדי להפחית סיכון זה, היא מצומצמת (Zanbar et al., 2023). מחקר חדשני זה מצביע לראשונה על מצבי פגיעות של מטפלות בית, כמו גם על מצבו התפקודי של האדם הזקן בו הן מטפלות, כגורמי סיכון לגילנות, בתיווך של חרדת מוות. מחקר זה יכול להוות בסיס למחקרי המשך, אשר יבחנו גורמי סיכון נוספים לגילנות, כמו גם את הקשר בין מצבי פגיעות לגילנות בקרב אנשי מקצוע אחרים.

תרומה לפרקטיקה

על רקע הסיכון לעמדות גילניות בקרב אנשי מקצוע (Ben-Harush et al., 2017; Phibbs & Hooker, 2017;) והשלכות עמדות אילו על רווחתם הנפשית והפיזית של הזקנים (Allen, 2016; Kydd & Fleming, 2015), המחקר הנוכחי שופך אור על גורמי הסיכון לעמדות גילניות בקרב מטפלות בית בישראל. ממצאי המחקר, המצביעים על כך שמצבי פגיעות מנבאים גילנות בתיווך חרדת מוות, משמעותיים לאור מאפייניה של אוכלוסייה זו, הבאים לידי ביטוי פעמים רבות במשאבים מועטים ופגיעות, המתקשרת למצב כלכלי ירוד, גיל מבוגר ומאפייני הגירה (אסיסקוביץ', 2017; כורזים ואחרים, 2002).

בשל ההיקף הרחב של שירותי הטיפול האישי בבית מחד, וההשלכות החמורות של גילנות של אנשי מקצוע על הזקנים מאידך (Allen, 2016; Kydd & Fleming, 2015), ישנה חשיבות בזיהוי גורמי סיכון לגילנות, הכוללים את מצבי הפגיעות הפיזיים, הנפשיים והחברתיים של המטפלות כמו גם את מצבו התפקודי של האדם הזקן. הרחבת הידע בנוגע לגורמי סיכון לגילנות בקרב מטפלות בית בזקנים, תוכל לסייע באיתור מטפלות, המתמודדות עם מצב פגיע מבחינה פיזית, נפשית או חברתית ומתן תמיכה והדרכה לנשים אלו. מתן התמיכה וההדרכה יסייע לא רק למטפלות עצמן, המתמודדות עם מצבי פגיעות, אלא עשוי גם לסייע לשפר את רווחתם וביטחונם של הזקנים.

יתרה מכך, ממצאי המחקר יוכלו לסייע בבניית תוכנית הכשרה, הדרכה ותמיכה לכלל המטפלות מטעם חוק סיעוד, אשר יעסקו בגילנות ובהשלכותיה, תוך התמקדות בהיבטים הלא מודעים ובגורמי סיכון לגילנות, כמו גם במתן מידע, כלים ושיטות התמודדות עם מצבים מורכבים בטיפול.

רשימת מקורות

- אסיסקוביץ, ש. (2017). היבטים בביטוח סיעוד 2017. ירושלים: המוסד לביטוח לאומי, ביטוח לאומי (2017).
דוח שנתי (סקירה שנתית): ביטוח סיעוד.
https://www.btl.gov.il/Publications/Skira_shnatit/2017/Pages/siud.aspx
- הוכדורף, צ. (1989). מניעה ראשונית של התנהגות אובדנית לתלמידי חטיבות ביניים. עבודת גמר לקבלת תואר "מוסמך". בית-הספר לחינוך, אוניברסיטת חיפה.
- כורזים, מ., גורן, ט. ונירן, ר. (2002). מטפלות בית בישראל: מאפיינים, תפיסת תפקיד ודפוסי עבודה והעסקה. המוסד לביטוח לאומי.
- סטטמן, ר. (1995). הסתגלותן של נשים לפרישתן מצה"ל. עבודת גמר לקבלת תואר מוסמך, בית הספר לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת חיפה.
- Allen, J. O. (2016). Ageism as a risk factor for chronic disease. *The Gerontologist*, 54(4), 610-614.
<https://doi.org/10.1093/geront/gnu158>
- Allen, J.O., Solway E., Kirch M., Singer, D., Kullgren, J.T. (2022). Experiences of everyday ageism and the health of older US adults. *JAMA Network Open*, 5(6), e2217240-e2217240.
doi: 10.1001/jamanetworkopen.2022.17240
- Ayalon, L., & Green, O. (2015). Live-in versus live-out home care in Israel: Satisfaction with services and caregivers' outcomes. *The Gerontologist*, 55(4), 628-642.
<https://doi.org/10.1093/geront/gnt122>
- Azaiza, F., Ron, P., Shoham, M., & Gigini, I. (2010). Death and dying anxiety among elderly Arab Muslims in Israel. *Death Studies*, 34(4), 351-364.
<https://doi.org/10.1080/07481181003613941>
- Barber, S. J., Hamel, K., Ketcham, C., Lui, K., & Taylor-Ketcham, N. (2020). The effects of stereotype threat on older adults' walking performance as a function of task difficulty and resource evaluations. *Psychology and Aging*, 35(2), 250-266.
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/pag0000440>
- Ben-Harush, A., Shiovitz-Ezra, S., Doron, I. Alon, S., Leibovitz, A., Golander, H., & Haron, Y. (2017). Ageism among physicians, nurses, and social workers: Findings from a qualitative study. *European Journal of Ageing*, 14, 39-48. <https://doi.org/10.1007/s10433-016-0389-9>

- Bergman, Y.S., & Bodner, E. (2015). Ageist attitudes block young adults' ability for compassion toward incapacitated older adults. *International Psychogeriatrics*, *27*, 1541-1550. <https://doi.org/10.1017/S1041610215000198>
- Bibi, A., & Khalid, M. A. (2020). Death anxiety, perceived social support, and demographic correlates of patients with breast cancer in Pakistan. *Death Studies*, *44*(12), 787-792. <https://doi.org/10.1080/07481187.2019.1614108>
- Bodner, E., Bergman, Y. S., & Cohen-Fridel, S. (2012). Different dimensions of ageist attitudes among men and women: A multigenerational perspective. *International Psychogeriatrics*, *24*(6), 895-901. <https://doi.org/10.1017/S1041610211002936>
- Bodner, E., Shrira, A., Hermesh, H., Ben-Ezra, M., & Iancu, I. (2015). Psychiatrists' fear of death is associated with negative emotions toward borderline personality disorder patients. *Psychiatry Research*, *228*(3), 963-965. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.06.010>
- Brocklehurst, H., & Laurenson, M. (2008). A concept analysis examining the vulnerability of older people. *British Journal of Nursing*, *17*(21), 1354-1357. <https://doi.org/10.12968/bjon.2008.17.21.31738>
- Browning, S. D., Penning, M. J., & Wu, Z. (2020). Perceived age discrimination: Implications for mental health and life satisfaction in middle and later life—A research note. *Canadian Studies in Population*, *47*, 245-262. <https://doi.org/10.1007/s42650-020-00035-7>
- Byrne, B. M. (2016). *Structural equation modeling with AMOS (3rd ed.)*. Routledge.
- Carmel, S., & Mutran, E. (1997). Wishes regarding the use of life-sustaining treatments among elderly persons in Israel: An explanatory model. *Social Science & Medicine*, *45*(11), 1715-1727. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(97\)00104-4](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(97)00104-4)
- Castano, E., Yzerbyt, V., & Paladino, M. (2004). Transcending oneself through social identification. *Handbook of experimental existential psychology*, *15*, 305-321.
- Chrisler, J. C., Barney, A., & Palatino, B. (2016). Ageism can be hazardous to women's health: Ageism, sexism, and stereotypes of older women in the healthcare system. *Journal of Social Issues*, *72*(1), 86-104. <https://doi.org/10.1111/josi.12157>
- Chow, H. P. (2017). A time to be born and a time to die: Exploring the determinants of death anxiety among university students in a western Canadian city. *Death Studies*, *41*(6), 345-352. <https://doi.org/10.1080/07481187.2017.1279240>

- Cohen, S., Underwood, L. G., & Gottlieb, B. H. (Eds.). (2000). *Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists*. New York: Oxford University Press. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1093/med:psych/9780195126709.003.0002>
- Crutzen, C., Missotten, P., Adam, S., & Schroyen, S. (2022). Does caring lead to stigmatisation? The perception of older people among healthcare professionals and the general population: A cross-sectional study. *International Journal of Older People Nursing, 17*(5), e12457. <https://doi.org/10.1111/opn.12457>
- Cuddy, A. J., & Fiske, S. T. (2002). Doddering but dear: Process, content, and function in stereotyping of older persons. In T. D. Nelson (Ed.), *Ageism: Stereotyping and prejudice against older persons* (pp. 3–26). Cambridge, MA: MIT Press.
- Cumming, G. (2012). *Understanding the new statistics: Effect sizes, confidence intervals, and meta-analysis*. Routledge.
- Derosé, K. P., Escarce, J. J., & Lurie, N. (2007). Immigrants and health care: sources of vulnerability. *Health Affairs, 26*(5), 1258-1268. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.26.5.1258>
- Depaola, S. J., Griffin, M., Young, J. R., & Neimeyer, R. A. (2003). Death anxiety and attitudes toward the elderly among older adults: The Role of gender and ethnicity. *Death Studies, 27*(4), 335-354. <https://doi.org/10.1080/07481180302904>
- Deasey, D., Kable, A., & Jeong, S. (2014). Influence of nurses' knowledge of ageing and attitudes towards older people on therapeutic interactions in emergency care: A literature review. *Australasian Journal on Ageing, 33*(4), 229-236. <https://doi.org/10.1111/ajag.12169>
- Drury, L., Abrams, D., Swift, H. J., Lamont, R. A., & Gerocova, K. (2017). Can caring create prejudice? An investigation of positive and negative intergenerational contact in care settings and the generalization of blatant and subtle age prejudice to other older people. *Journal of Community & Applied Social Psychology, 27*(1), 65-82. <https://doi.org/10.1002/casp.2294>
- Eggen, A. C., Reyners, A. K., Shen, G., Bosma, I., Jalving, M., Leighl, N. B., ... & Rodin, G. (2020). Death anxiety in patients with metastatic non-small cell lung cancer with and without brain metastases. *Journal of Pain and Symptom Management, 60*(2), 422-429. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.02.023>

- El Moniem, M. M. A., Saleh, M. S., & Hassan, E. A. (2019) Critical care nurses' attitudes toward ageism and its relation to their perception of geriatric patients' advocacy behaviors. *International Journal of Novel Research in Healthcare and Nursing*, *6*(2), 1519-1529.
- Eymard, A. S., & Douglas, D. H. (2012). Ageism among health care providers and interventions to improve their attitudes toward older adults: an integrative review. *Journal of Gerontological Nursing*, *38*(5), 26-35. <https://doi.org/10.3928/00989134-20120307-09>
- Faran, Y. & Zanbar, L. (2019). Do required fields in online surveys in the social science impair reliability?. *International Journal of Social Research Methodology*, *22*(6), 637-649. <https://doi.org/10.1080/13645579.2019.1630899>
- Fiske, S. T., Cuddy, A. J., Glick, P., & Xu, J. (2002). A model of (often mixed) stereotype content: competence and warmth respectively follow from perceived status and competition. *Journal of Personality and Social Psychology*, *82*(6), 878. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-3514.82.6.878>
- Fraboni, M., Saltstone, R., & Hughes, S. (1990). The Fraboni Scale of Ageism (FSA): An attempt at a more precise measure of ageism. *Canadian Journal on Aging/La Revue Canadienne Du Vieillessement*, *9*(1), 56–66. <https://doi:10.1017/S0714980800016093>
- Greenberg, J., Pyszczynski, T., & Solomon, S. (1986). The causes and consequences of a need for self-esteem: A terror management theory. In R. F. Baumeister (Ed.), *Public self and private self*(pp. 189–212). New York: Springer.
- Greenberg, J., Solomon, S., & Pyszczynski, T. (1997). Terror management theory of self-esteem and cultural worldviews: Empirical assessments and conceptual refinements. *Advances in Experimental Social Psychology*, *29*, 61–139. [https://doi.org/10.1016/S0065-2601\(08\)60016-7](https://doi.org/10.1016/S0065-2601(08)60016-7)
- Gujarati, D., & Porter, D. (2008). *Basic econometrics (5th edition)*. McGraw-Hill companies.
- Guner, T. A., Erdogan, Z., & Demir, I. (2023). The effect of loneliness on death anxiety in the elderly during the COVID-19 pandemic. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, *87*(1), 262-282. <https://doi.org/10.1177/00302228211010587>
- Haslam, C., Morton, T. A., Haslam, S. A., Varnes, L., Graham, R., & Gamaz, L. (2012). “When the age is in, the wit is out”: Age-related self-categorization and deficit expectations

- reduce performance on clinical tests used in dementia assessment. *Psychology and Aging*, 27(3), 778. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0027754>
- Heyman, N., Osman, I., & Ben Natan, M. (2020). Ageist attitudes among healthcare professionals and older patients in a geriatric rehabilitation facility and their association with patients' satisfaction with care. *International Journal of Older People Nursing*, 15(2), e12307. <https://doi.org/10.1111/opn.12307>
- Hirschberger, G., Florian, V., & Mikulincer, M. (2005). Fear and compassion: A terror management analysis of emotional reactions to physical disability. *Rehabilitation Psychology*, 50, 246. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0090-5550.50.3.246>
- Hughes, M. E., Waite, L. J., Hawkey, L. C., & Cacioppo, J. T. (2004). A short scale for measuring loneliness in large surveys: Results from two population-based studies. *Research on Aging*, 26(6), 655-672.
- Kagan, M. (2021). Social support moderates the relationship between death anxiety and psychological distress among Israeli nurses. *Psychological Reports*, 124(4), 1502-1514. <https://doi.org/10.1177/0033294120945593>
- Kang, S. K., & Chasteen, A. L. (2009). The moderating role of age-group identification and perceived threat on stereotype threat among older adults. *The International Journal of Aging and Human Development*, 69(3), 201–220.
- Kang, H., & Kim, H. (2022). Ageism and psychological well-being among older adults: A systematic review. *Gerontology and Geriatric Medicine*, 8, 1-22. <https://doi.org/10.1177/23337214221087023>
- Katz, S., Downs, T. D., Cash, H. R., & Grotz, R. C. (1970). Progress in development of the index of ADL. *The Gerontologist*, 10, 20–30. https://doi.org/10.1093/geront/10.1_Part_1.20
- Kessler, R. C., Barker, P. R., Colpe, L. J., Epstein, J. F., Gfroerer, J. C., Hiripi, E., Howes, M. J., Normand, S. L. T, Manderscheid, R. W., Walters, E. E., & Zaslavsky, A. M. (2003). Screening for serious mental illness in the general population. *Archives of General Psychiatry*, 60, 184-189. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.60.2.184>
- Killeen, C. (1998). Loneliness: an epidemic in modern society. *Journal of Advanced Nursing*, 28(4), 762-770. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1998.00703.x>

- Kolushev, I., Punchik, B., Digmi, D., Haiman, K., Ritsner, M., Moller, O., ... & Press, Y. (2021). Ageism, aging anxiety, and death and dying anxiety among doctors and nurses. *Rejuvenation Research*, *24*(5), 366-374. <https://doi.org/10.1089/rej.2020.2385>
- Krekula, C. (2007). The intersection of age and gender: Reworking gender theory and social gerontology. *Current Sociology*, *55*(2), 155-171.
- Kydd, A., & Fleming, A. (2015). Ageism and age discrimination in health care: Fact or fiction? A narrative review of the literature. *Maturitas*, *81*(4), 432-438. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2015.05.002>
- Lawton, M. P., & Brody, E. M. (1969). Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, *9*(3), 179–186. https://doi:10.1093/geront/9.3_Part_1.179
- Levy, B. (2009). Stereotype embodiment a psychosocial approach to aging. *Current Directions in Psychological Science*, *18*(6), 332–336. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2009.01662.x>
- Levy, B., & Banaji, M. R. (2004). Implicit ageism. In T. Nelson (Ed.), *Ageism: Stereotyping and prejudice against older persons* (pp. 49-75). Cambridge, MA: MIT Press.
- Levy, B. R., Slade, M. D., Kunkel, S. R., & Kasl, S. V. (2002). Longevity increased by positive self-perceptions of aging. *Journal of Personality and Social Psychology*, *83*(2), 261. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-3514.83.2.261>
- Liu, Y. E., Norman, I. J., & While, A. E. (2013). Nurses' attitudes towards older people: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, *50*(9), 1271–1282. doi:10.1016/j.ijnurstu.2012.11.021
- Liu, Y. E., Norman, I. J., & While, A. E. (2015). Nurses' attitudes towards older people and working with older patients: an explanatory model. *Journal of Nursing Management*, *23*(8), 965-973. <https://doi.org/10.1111/jonm.12242>
- Martens, A., Greenberg, J., Schimel, J., & Landau, M. J. (2004). Ageism and death: Effects of mortality salience and perceived similarity to elders on reactions to elderly people. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *30*(12), 1524–1536. <https://doi.org/10.1177/0146167204271185>
- Martens, A., Goldenberg, J. L., & Greenberg, J. (2005). A terror management perspective on ageism. *Journal of Social Issues*, *61*(2), 223-239.

<https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.2005.00403.x>

McKenzie, E. L., Brown, P. M., Mak, A. S., & Chamberlain, P. (2017). 'Old and ill': Death anxiety and coping strategies influencing health professionals' well-being and dementia care. *Aging & Mental Health, 21*(6), 634-641.

<https://doi.org/10.1080/13607863.2016.1144711>

McLafferty, I., & Morrison, F. (2004). Attitudes towards hospitalized older adults. *Journal of Advanced Nursing, 47*(4), 446-453. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03122.x>

Mikulincer, M., Florian, V., & Hirschberger, G. (2003). The existential function of close relationships: Introducing death into the science of love. *Personality and Social Psychology Review, 7*(1), 20-40.

Phibbs, S., & Hooker, K. (2017). An exploration of factors associated with ageist stereotype threat in a medical setting. *The Journals of Gerontology: Series B, 73*(7), 1160-1165. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbx034>

Pyszczynski, T., Greenberg, J., Solomon, S., Cather, C., Gat, I., & Sideris, J. (1995). Defensive distancing from victims of serious illness: The role of delay. *Personality and Social Psychology Bulletin, 21*, 13-20. <https://doi.org/10.1177/0146167295211003>

Pyszczynski, T., Greenberg, J., & Solomon, S. (1999). A dual-process model of defense against conscious and unconscious death-related thoughts: An extension of terror management theory. *Psychological Review, 106*(4), 835.

<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0033-295X.106.4.835>

Rababa, M., Masha'al, D., & Shahrour, G. (2023). Association of ageism with death anxiety, self-esteem, interpersonal reactivity, and symbolic immortality among nurses. *OMEGA-journal of Death and Dying, 87*(1), 231-245. <https://doi.org/10.1177/00302228211019200>

Ridner, S. H. (2004). Psychological distress: concept analysis. *Journal of Advanced Nursing, 45*(5), 536-545. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02938.x>

Rush, K. L., Hickey, S., Epp, S., & Janke, R. (2017). Nurses' attitudes towards older people care: An integrative review. *Journal of Clinical Nursing, 26*(23-24), 4105-4116.

<https://doi.org/10.1111/jocn.13939>

- Sadeghi, H., Saeedi, M., Rahzani, K., & Esfandiary, A. (2015). The relationship between social support and death anxiety in hemodialysis patients. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing, 2*(4), 36-48.
- Schroyen, S., Missotten, P., Jerusalem, G., Gilles, C., & Adam, S. (2016). Ageism and caring attitudes among nurses in oncology. *International Psychogeriatrics, 28*(5), 749-757.
<https://doi.org/10.1017/S1041610215001970>
- Shakeri, B., Abdi, K., Bagi, M., Dalvand, S., Shahriari, H., Sadeghi, S., & Ghanei Gheshlagh, R. (2022). A systematic review and meta-analysis of death anxiety among Iranian patients with cancer. *OMEGA - Journal of Death and Dying*.
<https://doi.org/10.1177/00302228211070400>
- Shakil, M., Ashraf, F., Muazzam, A., Amjad, M., & Javed, S. (2022). Work status, death anxiety and psychological distress during COVID-19 pandemic: Implications of the terror management theory. *Death Studies, 46*(5), 1100-1105.
<https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1865479>
- Shaw, C. A., & Gordon, J. K. (2021). Understanding elderspeak: an evolutionary concept analysis. *Innovation in Aging, 5*(3), 1–18. <https://doi.org/10.1093/geroni/igab023>
- Soleimani, M. A., Bahrami, N., Allen, K. A., & Alimoradi, Z. (2020). Death anxiety in patients with cancer: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Oncology Nursing, 48*, 101803. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2020.101803>
- Starcevic, V. (2005). Fear of death in hypochondriasis: Bodily threat and its treatment implications. *Journal of Contemporary Psychotherapy, 35*(3), 227-237.
<https://doi.org/10.1007/s10879-005-4317-0>
- Stephan, Y., Sutin, A. R., Wurm, S., & Terracciano, A. (2021). Subjective aging and incident cardiovascular disease. *The Journals of Gerontology: Series B, 76*(5), 910-919.
<https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa106>
- Storey, J. E. (2020). Risk factors for elder abuse and neglect: A review of the literature. *Aggression and Violent Behavior, 50*, 1-13. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2019.101339>

- Uğurlu, Z., Kav, S., Karahan, A., & Akgün Çıtak, E. (2019). Correlates of ageism among health care professionals working with older adults. *Journal of Transcultural Nursing, 30*(3), 303-312. <https://doi.org/10.1177/1043659618810128>
- Wurm, S., & Benyamini, Y. (2014). Optimism buffers the detrimental effect of negative self-perceptions of ageing on physical and mental health. *Psychology & Health, 29*(7), 832–848. <https://doi.org/10.1080/08870446.2014.891737>
- Wurm, S., Tesch-Römer, C., & Tomasik, M. J. (2007). Longitudinal findings on aging-related cognitions, control beliefs, and health in later life. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 62*(3), 156–164. <https://doi.org/10.1093/geronb/62.3.P156>
- Wyman, M. F., Shiovitz-Ezra, S., & Bengel, J. (2018). Ageism in the health care system: Providers, patients, and systems. In *Contemporary perspectives on ageism* (pp. 193-212). Springer, Cham. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-73820-8>
- Zanbar L, Lev S, Faran Y. (2023). Can physical, psychological, and social vulnerabilities predict ageism? *International Journal of Environmental Research and Public Health, 20*(1),1-15. <https://doi.org/10.3390/ijerph20010171>
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment, 52*(1), 30-41. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2

נספח א' - שאלון המחקר בעברית

שלום רב,

אנו פונות אלייך בבקשה להשתתף במחקר שיבחן את חווית העבודה שלך, והיבטים שונים בחייך. אנו מאמינות כי מחקר זה יסייע בהבנת חווית העבודה של מטפלות בית בישראל ויתרום לפיתוח כלים לשיפור רווחתן ורווחת הזקנים.

אנו מודעות לכך שהשאלון עוסק בנושאים אשר יכולים להיות רגישים, בשל כך חשוב לציין כי השאלון הינו אנונימי לחלוטין. המידע שייאסף ישמש לצורכי המחקר בלבד ובשום אופן לא תהיינה לו השלכות עליך ועל מקום עבודתך.

השתתפות במחקר זה ומילוי השאלון הינם בהסכמתך המלאה בלבד ומרצונך החופשי. במידה ואינך מעוניינת להשתתף במחקר זה, הינך רשאית לא להשתתף בו או להפסיק את השאלון בכל שלב. במידה והשאלון מעורר בך חוסר נוחות מכל סוג שהוא, הינך מוזמנת לשוחח ולהתייעץ עימי. בנוסף לכל שאלה, בקשה או הבהרה, הנוגעת למחקר ולשאלון, ניתן לפנות לד"ר שגית לב לדואר האלקטרוני: levsagit4@gmail.com או בטלפון הנייד: 054-2277431.

משך מילוי השאלון הינו כשלושים דקות. מענה על שאלון זה מהווה הסכמה להשתתפות במחקר.

תודה רבה על הסכמתך להקדיש מזמנך למילוי שאלון זה

בברכה,

ד"ר שגית לב, בית הספר לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת בר אילן

ד"ר לאה זנבר, בית הספר לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת אריאל

ד"ר יפעת פארן, בית הספר לעבודה סוציאלית, מכללת אשקלון

1. להלן מוצגות פעולות יומיומיות, אנא צייני לגבי כל פעולה, האם המטופל/ת עצמאית בביצוע פעולות אלו ובמידה ואת מסייעת למטופל/ת, צייני עד כמה מתן הסיוע שוחק אותך

אם את/ה מסייעת – עד כמה הדבר שוחק אותך? (0=אין שחיקה; 1=שחיקה קלה; 2=שחיקה בינונית; 3=שחיקה רבה מאוד)	1=עצמאי-אינו זקוק לעזרה 2=זקוק לעזרה מועטה 3=זקוק לעזרה בינונית 4=זקוק לעזרה רבה		
		האם המטופל/ת זקוק/ה לעזרה להתרחץ?	1
		האם המטופל/ת זקוק/ה לעזרה להתלבש?	2
		האם המטופל/ת זקוק/ה לעזרה להשתמש בשירותים-הולך/ת לשירותים, משתמש/ת בשירותים, מארגן/ת בגדיה/ה בלא כל עזרה (ניתן להשתמש במקל או הליכון לתמיכה)?	3
		האם המטופל/ת שולט/ת בסוגרים באופן מלא (במידה ולא שולט/ת – האם זקוק/ה לעזרה בהחלפת מוצרי ספיגה או בניקיון והחלפת בגדים כתוצאה מאי שליטה בסוגרים)	4
		האם המטופל/ת זקוק/ה לעזרה להתנייד בבית- לזוז מהמיטה/כיסא ולחזור אליה/ו בלא כל עזרה של אדם אחר (ניתן להשתמש במקל או בהליכון)?	5
		האם המטופל/ת זקוק/ה לעזרה באכילה?	6

		7 האם המטופל/ת זקוק/ה לעזרה בחימום אוכל?
		8 האם המטופל/ת זקוק/ה לעזרה בקניית מצרכים?
		9 האם המטופל/ת זקוק/ה לעזרה בשיחות טלפון?
		10 האם המטופל/ת זקוק/ה לעזרה בלקיחת תרופות?
		11 האם המטופל/ת זקוק/ה לעזרה בעבודות הבית או הגינה?
		12 האם המטופל/ת זקוק/ה לעזרה בניהול כספים כגון תשלום חשבוניות ומעקב אחר הוצאות?

2.

כיצד את/ה מתאר/ת את בריאותך?	1. גרועה	2. לא כל כך טובה	3. טובה	4. מצוינת
------------------------------	----------	------------------	---------	-----------

3. **אנו מבקשות לדעת מהי הרגשתך ברגע זה לגבי המשפטים הבאים.** התשובות האפשריות הן מ-1 עד-5, כאשר הספרה 1 מציינת שאינך מסכימ/ה בכלל, והספרה 5 מציינת הסכמה במידה רבה מאד.

מסכימ/ה מאוד	מסכימ/ה	מסכימ/ה חלקית	אין לי דעה	לא כל כך מסכימ/ה	לא מסכימ/ה	מאוד לא מסכימ/ה	
7	6	5	4	3	2	1	1. יש אדם קרוב לי הנמצא בקרבותי כאשר אני נזקק/ת לו
7	6	5	4	3	2	1	2. יש אדם קרוב שאני יכול/ה לשתף בצער ובשמחה
7	6	5	4	3	2	1	3. משפחתי באמת מנסה לעזור לי
7	6	5	4	3	2	1	4. אני מקבל/ת ממשפחתי את העזרה והתמיכה הרגשית שאני זקוק/ה לה
7	6	5	4	3	2	1	5. יש אדם קרוב אלי המהווה לגבי מקור עידוד ממשי
7	6	5	4	3	2	1	6. חברי/ותי מנסים באמת לעזור לי
7	6	5	4	3	2	1	7. אני יכול/ה לסמוך על חברי/ותי כאשר מתעוררות בעיות
7	6	5	4	3	2	1	8. אני יכול/ה לשוחח על בעיותי עם משפחתי
7	6	5	4	3	2	1	9. יש לי חברים/ות שאותם אני יכול/ה לשתף בשמחתי ובצערי
7	6	5	4	3	2	1	10. יש אדם קרוב לי שרגשותי חשובים לו
7	6	5	4	3	2	1	11. משפחתי מוכנה לעזור לי לקבל החלטות
7	6	5	4	3	2	1	12. אני יכול/ה לדבר על בעיותי עם חברי

4. **אנו מבקשות לדעת את מידת הסמכתך עם המשפטים הבאים.** התשובות האפשריות הן מ 1 (בהחלט לא מסכימה) עד ל 5 (בהחלט מסכימה)

בהחלט לא מסכימה	מסכימה/ה	מסכימה/ה	מסכימה/ה	מסכימה/ה	בהחלט לא מסכימה/ה
1	2	3	4	5	אני פוחדת מאוד מהמוות
2	2	3	4	5	אני חושבת הרבה על המוות שלי
3	2	3	4	5	זה שאינני יודעת מה קורה איתנו לאחר המוות מטריד אותי מאוד
4	2	3	4	5	השאלה אם יש או אין חיים לאחר המוות מטרידה אותי מאוד
5	2	3	4	5	מטרידה אותי המחשבה שלא ארגיש כלום אחרי מותי
6	2	3	4	5	העובדה שמוות משמעותו הסוף של כל מה שאני מכירה/ה מטרידה אותי מאוד

5. **אנו מבקשות לדעת מהי הרגשתך לגבי המשפטים הבאים.** התשובות האפשריות הן מ 1 (כמעט ולא) עד 3 (כמעט תמיד)

כמעט ולא	לפעמים	כמעט תמיד	
1	2	3	1. עד כמה את/ה חשה שחסרה לך חברה?
1	2	3	2. עד כמה את/ה חשה שאת/ה נשארת מחוץ למעגל החברתי שלך?
1	2	3	3. עד כמה את/ה מרגישה מבודדת מאחרים?

6. **צייני/י באיזו תכיפות (עד כמה) הרגשת כל הרגשה מהמופיעות בטבלה הבאה בחודש האחרון (1=בכלל לא עד 4=כל הזמן).**

בכלל לא	חלק קטן מהזמן	כמחצית מהזמן	רב הזמן	כל הזמן	
1	2	3	4	5	1 הרגשת עצבנית
1	2	3	4	5	2 הרגשת חוסר תקווה
1	2	3	4	5	3 הרגשת חוסר מנוחה וחוסר שקט
1	2	3	4	5	4 הרגשת כל כך מדוכאת/ש שום דבר לא יכול לשמח אותך
1	2	3	4	5	5 הרגשת שכל דבר מחייב מאמץ

6	הרגשת חסרת/ ערך	1	2	3	4	5
---	-----------------	---	---	---	---	---

7. להלן רשימה של עמדות שיש לאנשים בנוגע לזקנים. אנא סמך/י את מידת הסכמתך עם כל היגד (1 = מאד לא מסכימה/ה עד 4 = מסכימה/ה מאד)

מסכימה/ה מאד	מסכימה/ה	לא מסכימה/ה	מאד לא מסכימה/ה	
4	3	2	1	1. הרבה אנשים זקנים הם קמצנים ואוגרים את כספם ורכושם
4	3	2	1	2. הרבה אנשים זקנים לא מעוניינים ביצירת חברים חדשים, אלא מעדיפים את אותו מעגל חברים שיש להם כבר הרבה שנים
4	3	2	1	3. הרבה אנשים זקנים פשוט חיים בעבר
4	3	2	1	4. ברוב האנשים הזקנים לא ניתן לבטוח בטיפול בפעוטות
4	3	2	1	5. הרבה אנשים זקנים שמחים יותר להיות בחברת בני גילם
4	3	2	1	6. הרבה אנשים זקנים יכולים להיות מעצבנים כי הם מספרים את אותם סיפורים שוב ושוב
4	3	2	1	7. אנשים זקנים אינם מתלוננים יותר מאנשים אחרים
4	3	2	1	8. התאבדות בקרב בני נוער היא יותר טראגית מהתאבדות בקרב אנשים זקנים
4	3	2	1	9. אני לפעמים מתחמק מקשר עין עם אנשים זקנים כשאני רואה אותם
4	3	2	1	10. אני לא אוהבת את זה כשאנשים זקנים מנסים לפתח איתי שיחה
4	3	2	1	11. לא ניתן לצפות מאדם זקן שינהל שיחה מורכבת ומעניינת
4	3	2	1	12. סביר להניח שהרגשת דיכאון היא הרגשה נפוצה כשנמצאים ליד אנשים זקנים
4	3	2	1	13. אנשים זקנים צריכים למצוא חברים בגילם
4	3	2	1	14. אנשים זקנים צריכים להרגיש רצויים במפגשים חברתיים של אנשים צעירים
4	3	2	1	15. מוטב שאנשים זקנים יחיו במקום שבו הם לא מהווים מטרד לאף אחד
4	3	2	1	16. חברתם של רוב האנשים הזקנים היא מהנה
4	3	2	1	17. צריך לעודד אנשים זקנים להשמיע את דעתם בעניינים פוליטיים
4	3	2	1	18. רוב האנשים הזקנים הם אנשים מעניינים ואינדיבידואליסטים
4	3	2	1	19. אישית, לא הייתי רוצה לבלות הרבה זמן עם אדם זקן
4	3	2	1	20. לאנשים זקנים מגיעה אותה רמת חופש ומגיעות אותן זכויות כמו לשאר האנשים
4	3	2	1	21. אנשים זקנים יכולים להיות מאד יצירתיים
4	3	2	1	22. לאנשים זקנים אין צורך בהרבה כסף כדי למלא את צורכיהם
4	3	2	1	23. עצוב לשמוע על הבעיות והמצוקות של אנשים זקנים בחברה שלנו בימינו
4	3	2	1	24. אסור להרשות למרבית האנשים הזקנים לחדש את רישיון הנהיגה שלהם
4	3	2	1	25. יש להקצות לאנשים זקנים מועדונים נפרדים עם מתקני ספורט כך שיוכלו להתחרות עם אנשים ברמתם
4	3	2	1	26. אנשים זקנים לא באמת זקוקים להשתמש במתקני ספורט קהילתיים
4	3	2	1	27. אם אוזמן למפגש חברתי במועדון של אנשים זקנים אעדיף לא להגיע

4	3	2	1	28. מרבית האנשים הזקנים נתפסים כבעלי היגיינה אישית נמוכה
4	3	2	1	29. הייתי מעדיפה/ לא להתגורר עם אדם זקן

8. פרטים דמוגרפיים.

אנחנו מעוניינות לדעת מספר פרטים עליך. אנו מזכירות שהשאלון הוא אנונימי, ואין לנו דרך לדעת מי משיב על השאלות.

1. מהו גילך? _____
2. מגדר: גבר / אישה
3. מהו מצבך המשפחתי?
 - א. רווק/ה
 - ב. נשוי/אה
 - ג. פרוד/ה או גרוש/ה
 - ד. אלמנה
4. מהו מספר הילדים שלך? _____
5. מהי ארץ המוצא שלך?
 - א. ישראל
 - ב. אחר: _____
6. במידה ולא נולדת בארץ, באיזו שנה עלית? _____
7. מהו מספר שנות השכלתך? _____
8. מהו סוג השכלתך
 - א. יסודית
 - ב. תיכונית
 - ג. על-תיכונית – הכשרות בקורסים שונים
 - ד. על-תיכונית – לימודי תעודה
 - ה. על-תיכונית – לימודים אקדמאיים
9. ההכנסה הממוצעת במשק היא 11,000 ₪. האם ההכנסה של משפחתך היא –
 - א. מתחת לממוצע
 - ב. בערך כפי הממוצע
 - ג. מעל לממוצע
10. מהי הדת שלך?
 - א. יהודית
 - ב. נוצרית
 - ג. מוסלמית
 - ד. אחר: _____
11. מהו אורח החיים שלך?
 - א. חילונית/ה
 - ב. מסורתית/ת
 - ג. דת/ה
 - ד. חרדית/ת
12. האם עברת הכשרה המיועדת למטפלות/ים? כן/ לא
13. כמה שנים הינך עובדת/ת כמטפלת/ת בזקנים? _____

14. כמה זמן הינך עובד/ת עם המטופל/ת הנוכחי/ת? _____

15. כמה שעות בשבוע את/ה עובד/ת עם המטופל/ת? _____

16. האם חווית מוות של קרוב משפחה מדרגה ראשונה (אב, אם, בן זוג, בן, בת, אח, אחות) במהלך

חמש השנים האחרונות? כן/לא

17. האם חווית מוות של מטופל/ת בחמש השנים האחרונות? כן/לא

תודה רבה על שהקדשת מזמנך למילוי השאלון!

מעריכות ומוקירות צוות המחקר

נספח ב' - השאלון בערבית

מרחבًا,

نتوجه اليك في الطلب للمشاركة في بحث علمي الذي سيفحص بدوره خبرتك العملية، والجوانب المختلفة من حياتك. نحن نؤمن أن هذا البحث سيساعد على فهم تجربة عمل المرافقات المنزليات في إسرائيل وسيساهم في تطوير وتحسين أدوات الرفاه الخاص بالمرافقات ورفاه المسنين.

نحن ندرك أن الاستبيان يتناول القضايا التي يمكن أن تكون حساسة، ولذلك من المهم أن نذكر أن الاستبيان مجهول الهوية تمامًا. سيتم استخدام المعلومات التي تم جمعها لاحتياجات البحث فقط ولن يكون لها أي حال من الأحوال آثار عليك وعلى مكان عملك.

المشاركة في هذه الدراسة وملاً الاستبيان هي بموافقتك وإرادتك الكاملة لك حرية الاختيار. إذا كنت لا ترغب/ي في المشاركة في هذا البحث، يحق لك عدم المشاركة فيها أو التوقف عن ملاً الاستبيان في أي مرحلة. إذا كان الاستبيان يجعلك غير مرتاحة، فأنت أي مدعو للتحدث والتشاور معي.

بالإضافة، لأي أسئلة أو طلب أو توضيحات تتعلق بالبحث والاستبيانات، يمكنك التواصل بالدكتورة سجيت ليف عبر البريد الإلكتروني levsagit4@gmail.com أو عن طريق الهاتف المحمول: 0542277431 مدة ملاً الاستبيان حوالي ثلاثين دقيقة. تشكل الإجابة على هذا الاستبيان موافقة على المشاركة في البحث.

شكرا جزيلا لموافقتك على التقديم من وقتك لملاً هذا الاستبيان.

د. ساحيت ليف، كلية العمل الاجتماعي، جامعة بار إيلان

د. ليا زنبار، كلية العمل الاجتماعي، جامعة أرييل

د. يفات فاران، كلية العمل الاجتماعي، كلية اشكيلون

من فضلك اذكر عدد المتعالجين الذين تقوم/ين بمرافقتهم ثلاثة اشهر فاكثر _____

1. أدناه، يتم عرض الإجراءات اليومية، يرجى الإشارة إلى كل إجراء هل المتعالج/ة مستقل/ة في أداء العمليات التالية؟ فقط إذا كنت تساعد/ين المتعالج/ة، فصل/ي إلى أي مدى كانت تؤدي المساعدة إلى انهالك؟

	هل يحتاج المريض إلى مساعدة في أداء هذه العمليات؟ (1) مستقل - لا يحتاج إلى مساعدة 2 = يحتاج الى القليل من المساعدة 3 = يحتاج إلى مساعدة متوسطة 4 = يحتاج إلى الكثير من المساعدة	إذا كنت تساعد/ين - إلى أي مدى كم ينهك ذلك؟ 0 = لا يوجد انهاك 1 = انهاك طفيف 2 = انهاك متوسط 3 = انهاك شديد جدًا
1	هل يحتاج المريض/ة إلى مساعدة في الاستحمام؟	
2	هل يحتاج المريض/ة إلى مساعدة في ارتداء الملابس؟	
3	هل يحتاج المريض/ة إلى المساعدة في استخدام المراض؟ يذهب/ تذهب إلى المراض، يستخدم/ تستخدم المراض، ويرتب/ ترتب ملابسه / ملابسها دون أي مساعدة (يمكن استخدام عصا أو مشاية للدعم)؟	
4	هل المريض قادر على التحكم في التبرز - يتحكم/ تتحكم بشكل كامل في التبرز (إذا لم يكن كذلك - هل تحتاج/ يحتاج	

		إلى مساعدة في تبديل المنتجات الماصة أو تنظيف الملابس وتغييرها نتيجة عدم التحكم في التبرز)	
5		هل المريض قادر على التنقل في المنزل - الخروج من السرير / الكرسي والعودة إليه / وبدون مساعدة أي شخص آخر (يمكن استخدام عصا أو مشاية)	
6		هل يحتاج المريض إلى مساعدة في تناول الطعام؟	
7		هل يحتاج المريض إلى مساعدة في تسخين الطعام؟	
8		هل يحتاج المريض إلى مساعدة في شراء البقالة؟	
9		هل يحتاج المريض إلى مساعدة في المكالمات الهاتفية؟	
10		هل يحتاج المريض إلى مساعدة في تناول الدواء؟	
11		هل يحتاج المريض إلى مساعدة في أعمال المنزل أو الحديقة؟	
12		هل يحتاج المريض إلى مساعدة في إدارة الأموال مثل دفع الفواتير وتتبع النفقات؟	

2. الأسئلة التالية تتعلق بك وبصحتك :

كيف تصف/ بين صحتك؟	1. سيئة	2. ليست جيدة	3. جيدة	4. ممتازة
--------------------	---------	--------------	---------	-----------

3. نحن نهتم بشعورك تجاه العبارات التالية. اقرأ كل عبارة بدقة. ثم اشر كيف تشعر حيال كل بيان بوضع دائرة حول الرقم المناسب باستخدام المقياس التالي :

لا أوافق بشدة	لا أوافق	لا أوافق بشده	محايد	وافق باعتدال	أنا أوافق	أنا أوافق بشدة
1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7

7	6	5	4	3	2	1	7. يمكنني أن اعتمد علي أصدقائي عندما تسوء الأمور
7	6	5	4	3	2	1	يمكن أن أتحدث عن مشاكلي مع أصدقائي
7	6	5	4	3	2	1	9. لدى من الاصدقاء من يشاركني الافراح والاحزان.
7	6	5	4	3	2	1	10. هناك شخص خاص في حياتي يهتم دوماً بمشاعري
7	6	5	4	3	2	1	11. عائلتي قادرة على مساعدتي في اتخاذ القرارات
7	6	5	4	3	2	1	12. يمكنني ألتحدث عن مشاكلي مع أصدقائي

4. نود معرفة مدى موافقتك مع على الجمل التالية. الإجابات المحتملة هي من 1 (لا أوافق بشدة) إلى 5 (أوافق بشدة)

أوافق بشدة	أوافق إلى حد كبير	أوافق بشكل متوسط	أوافق قليلاً	لا أوافق بشدة	
5	4	3	2	1	1 أنا أخاف جداً من الموت
5	4	3	2	1	2 أفكر كثيراً في موتي
5	4	3	2	1	3 حقيقة أنني لا أعرف ما يحدث لنا بعد الموت هو أمر يزعجني/ تزعجني للغاية
أوافق بشدة	أوافق إلى حد كبير	أوافق بشكل متوسط	أوافق قليلاً	لا أوافق بشدة	
5	4	3	2	1	4 السؤال عما إذا كانت هناك حياة بعد الموت يزعجني جداً
5	4	3	2	1	5 تزعجني/ يزعجني فكرة أنني لن أشعر بأي شيء بعد موتي
5	4	3	2	1	6 حقيقة أن الموت يعني نهاية كل ما هو مألوف بالنسبة لي يزعجني/ تزعجني للغاية

5. تعلق الأسئلة التالية بما تشعر به حيال الجوانب المختلفة لحياتك. بالنسبة لكل جانب، أخبرني بعدد المرات التي تشعر فيها بهذه الطريقة. الإجابات المحتملة هي من 1 (تقريباً لا) إلى 3 (دائماً تقريباً)

تقريباً دائماً	أحياناً	نادرًا	
3	2	1	1. كم مرة تشعر أنك بحاجة إلى صداقة
3	2	1	2. كم مرة تشعر بالإهمال؟
3	2	1	3. كم مرة تشعر بالعزلة عن الآخرين؟

6. تتعلق الأسئلة التالية بمشاعرك خلال الثلاثين يومًا الماضية؟ في كل سؤال، يُرجى وضع دائرة حول الرقم الذي يوضح عدد مرات شعورك بهذا الشعور بشكل أفضل. حدد عدد المرات التي شعرت فيها بإحدى المشاعر الظاهرة في الجدول التالي خلال الشهر الماضي (1 = لا على الإطلاق حتى 4 = طوال الوقت).

لا على الإطلاق	جزء صغير من الوقت	نصف الوقت	معظم الوقت	طوال الوقت	
1	2	3	4	5	1 شعرت بالتوتر
1	2	3	4	5	2 شعرت باليأس
1	2	3	4	5	3 شعرت بالقلق وعدم الراحة
1	2	3	4	5	4 شعرت بالاكتئاب الشديد بحيث لا تجد السعادة في أي شيء؟
1	2	3	4	5	5 شعرت أن كل شيء كان مرهقًا؟
1	2	3	4	5	6 شعرت بأنك شخص عديم القيمة؟

7. هنا لائحة مواقف اشخاص حول كبار السن . ضع إشارة موافقتك مع كل موقف (1=لا أوافق بشدة حتى 4= أوافق بشدة)

لا أوافق بشدة	لا أوافق	لا أوافق	أوافق	أوافق بشدة	
1	2	3	4	5	1. يتصف الكثير من كبار السن بالبخل ويدخرون الأموال والممتلكات.
1	2	3	4	5	2. لا يهتم الكثير من كبار السن بتكوين صداقات جديدة ويفضلون مجموعة الأصدقاء الذين يمتلكونها منذ سنوات بدلاً من ذلك.
1	2	3	4	5	3. يؤمن الكثير من كبار السن يعيشون بمعتقدات الماضي.
1	2	3	4	5	4. لا ينبغي الوثوق في قدرة معظم كبار السن في رعاية الأطفال
1	2	3	4	5	5. يشعر الكثير من كبار السن بسعادة أكبر عند قضاء أوقاتهم مع أشخاص من نفس فئتهم العمرية.
1	2	3	4	5	6. يمكن أن يكون معظم كبار السن مروعين لأنهم يروون القصص نفسها مرارًا وتكرارًا
1	2	3	4	5	7. كبار السن لا يشتمكون أكثر من غيرهم
1	2	3	4	5	8. انتحار المراهقين أكثر مأسوية من انتحار كبار السن.
1	2	3	4	5	9. أحيانًا أتجنب التواصل البصري مع كبار السن عند مشاهدتهم.
1	2	3	4	5	10. إن محاولة شخص كبير السن إجراء محادثة معي أمر لا يعجبني.
1	2	3	4	5	11. يصعب على كبار السن إجراء محادثات مركبة ومثيرة للاهتمام.
1	2	3	4	5	12. ربما يكون الشعور بالاكتئاب في حالة وجود كبار السن شعورًا شائعًا.
1	2	3	4	5	13. يجب أن يكون كبار السن صداقات مع أشخاص من نفس فئتهم العمرية.
1	2	3	4	5	14. يجب أن يشعر كبار السن بالترحيب في اللقاءات الاجتماعية للشباب.
1	2	3	4	5	15. من الأفضل أن يعيش كبار السن في أماكن لا يتسببون فيها بإزعاج أي شخص آخر.
1	2	3	4	5	16. إن قضاء وقت مع معظم كبار السن أمر ممتع للغاية.

4	3	2	1	17. ينبغي تشجيع كبار السن على التعبير عن آرائهم بشأن المسائل السياسية
4	3	2	1	18. معظم كبار السن مثيرون للاهتمام ويؤمنون بمبدأ الاستقلالية.
4	3	2	1	19. أنا شخصياً لا أفضل قضاء كثير من الوقت مع شخص كبير في السن.
4	3	2	1	20. كبار السن يستحقون نفس مستوى الحرية ويستحقون نفس الحقوق التي يستحقها بقية الناس.
4	3	2	1	21. يمكن أن يكون كبار السن مبدعين بدرجة كبيرة.
4	3	2	1	22. لا يحتاج كبار السن إلى الكثير من المال لتلبية احتياجاتهم.
4	3	2	1	23. إن المحنة التي يمر بها كبار السن في مجتمعنا خلال هذه الأيام أمر محزن.
4	3	2	1	24. لا ينبغي السماح لمعظم كبار السن بتجديد رخص القيادة.
4	3	2	1	25. يجب توفير اندية للمسنين منفصلة تشمل منشآت رياضية ليتسنى للمسنين التنافس مع اشخاص مع نفس القدرات!؟.
4	3	2	1	26. كبار السن لا يحتاجون حقاً لاستخدام المرافق الرياضية الجماهيرية
4	3	2	1	27. أفضل عدم الذهاب إلى زيارة أحد نوادي كبار السن، في حالة دعوتي.
4	3	2	1	28. يُنظر إلى معظم كبار السن أنهم يعانون من سوء النظافة الشخصية.
4	3	2	1	29. أفضل عدم الحياة مع شخص كبير في السن.

8. تفاصيل ديموغرافية

نحن معنيات بمعرفة بعض التفاصيل عنك. نذكر أن الاستبيان مجهول الهوية، وليس لدينا طريقة لمعرفة من يجيب على الأسئلة.

1. ما هو عمرك؟ _____

2. الجنس: ذكر/ أنثى

3. ما هو وضعك العائلي؟

أ. عزب/ عزباء

ب. متزوج/ ة

ت. منفصل/ ة أو مطلق/ ة

ث. أرمل/ ة

4. ما هو عدد اولادك؟ _____

5. ما هو بلدك الأصلي؟

اسرائيل

آخر: _____

6. إذا لم تكن قد ولدت في إسرائيل، في أي سنة قدمت إلى البلاد؟ _____

7. ما هو عدد سنوات تعليمك؟ _____

8. ما هي درجة تعليمك:

أ. ابتدائي

ب. ثانوي

ت. فوق ثانوي

ث. تدريب في مختلف الدورات فوق ثانوي

ج. دراسات شهادة فوق ثانوي - دراسات أكاديمية

9. متوسط الدخل في الاقتصاد 11,000 ₪. هل دخل عائلتك:

أ. أقل من المتوسط

ب. المتوسط

ت. تقريبا فوق المتوسط

10. ما هي ديانتك؟

أ. اليهودية

ب. المسيحية

ت. الإسلام

ث. اخر: _____.

11. ما هو نمط حياتك؟

أ. علماني/ة

ب. تقليدي/ة

ت. متدين/ة ي

ث. متزمت/ة

12. هل مررت بتدريب مخصص للمعالجين بالبيوت الخاصة؟ نعم/لا

13. كم سنة تعمل/ين كمقدم/ة رعاية لكبار السن؟ _____

14. منذ متى وأنت تعمل/ين مع متعاجك الحالي/ة؟ _____

15. كم ساعة في الأسبوع تعمل/ين مع المتعاج/ة؟ _____

16. هل تعرضت لوفاة قريب من الدرجة الأولى (الأب، الأم، الزوج، الابن، الابنة، الأخ، الأخت) خلال الخمس سنوات الأخيرة؟ نعم/لا

17. هل تعرضت لوفاة متعاج/ة ؟ نعم/لا

إذا أجبت بنعم على السؤال السابق، قبل كم سنة حدث ذلك (ضعي رقم الإجابة فقط)؟ _____

شكراً جزيلاً على الوقت الذي كرسته لملأ الاستبيان!

نشكر ونقدر، فريق الدراسة

Здравствуйте,

Мы призываем вас принять участие в исследовании, которое позволит изучить ваш опыт работы и различные аспекты вашей жизни. Мы считаем, что это исследование поможет понять опыт работы лиц, осуществляющих уход на дому в Израиле, и внесет вклад в разработку инструментов для улучшения их благополучия и благополучия пожилых людей.

Нам известно, что анкета касается вопросов, которые могут быть деликатными, поэтому важно отметить, что анкета полностью анонимна. Собранные информация будет использоваться только в исследовательских целях и никоим образом не будет иметь последствий для вас и вашего рабочего места.

Участие в этом исследовании и заполнение анкеты принимаются только с вашего полного согласия и по вашей доброй воле. Если вы не заинтересованы в участии в этом исследовании, вы не можете участвовать в нем или прекратить заполнение анкеты на любом этапе.

Если анкета вызывает у вас дискомфорт, вы можете поговорить и проконсультироваться со мной.

В дополнение к любому вопросу, запросу или разъяснению относительно исследования и анкеты вы можете связаться с доктором Сагит Лев по электронной почте: levsagit4@gmail.com или по мобильному телефону: 054-2277431.

Большое спасибо за ваше согласие посвятить время заполнению анкеты.

С уважением,

Д-р Сагит Лев, Школа социальной работы, Университет Бар-Илан

Д-р Лия Зенбер, Школа социальной работы, Университет Ариэль

Д-р Ифат Паран, Школа социальной работы, Ашкелонский колледж

Укажите количество подопечных, которым Вы предоставляете уход более трёх месяцев

1. Ниже представлены ежедневные действия; укажите, пожалуйста, о каждом действии, является ли пациент независимым в выполнении этих действий, и, если вы помогаете пациенту, укажите, насколько эта помощь вас отягощает.

		Нуждается ли подопечный в помощи при выполнении данных действий? (1=справляется самостоятельно без помощи 2=нуждается в небольшой помощи 3=довольно-таки нуждается в помощи, 4=сильно нуждается в помощи)	Если Вы оказываете помощь, насколько 0) это Вас отягощает ,совсем нет = ,совсем немного=1 ,средне=2 ,(очень сильно =3
1	Нужна ли подопечному помощь в купании?		
2	Нужна ли подопечному помощь в одевании?		
3	Нуждается ли подопечный в помощи при посещении туалета: самостоятельно ходит, раздевается и одевается?		
4	пособен ли подопечный регулировать мочеиспускание и дефекацию: подопечный вполне самостоятелен или нуждается в помощи? Если нуждается в помощи, то означает ли это, что работник по уходу должен помогать менять подгузники и/или вытирать подопечного?		

5	Способен ли подопечный передвигаться по дому: самостоятельно поднимается с постели / со стула, ходит (возможно, опираясь на палку)?		
6	Нуждается ли подопечный в помощи при приёме пищи?		
7	Нуждается ли подопечный в помощи при разогревании пищи?		
8	Нуждается ли подопечный в помощи при покупке продуктов?		
9	Нуждается ли подопечный в помощи при телефонных разговорах?		
10	Нуждается ли подопечный в помощи при приёме лекарств?		
11	Нуждается ли подопечный в помощи при работе по дому или работы в саду?		
12	Нуждается ли подопечный в помощи при работе с денежными делами: оплачивает счета и следит за расходами?		

2.

.4 отличное	.3 хорошее	.2 не очень хорошее	1 плохое	Как бы Вы описали своё здоровье?
----------------	---------------	------------------------	-------------	----------------------------------

3. Прочитайте внимательно каждое из приведённых ниже предложений и выберите соответствующий ответ в зависимости от степени Вашего согласия с вопросом. Возможные ответы: от 1 до 7 (1= Абсолютно не согласен; 2= Не согласен; 3= Скорее не согласен; 4= Не знаю; 5= Скорее согласен; 6= Согласен; 7= Абсолютно согласен)

		Абсолютно не согласен	Не согласен	Скорее не согласен	Не знаю	Скорее согласен	Согласен	Абсолютно согласен
1	Рядом со мной всегда есть близкий человек, который поможет в трудную минуту.	1	2	3	4	5	6	7
2	Есть кто-то близкий, с кем я могу разделить свои беды и радости	1	2	3	4	5	6	7
3	Моя семья действительно старается мне помочь	1	2	3	4	5	6	7
4	Я получаю эмоциональную поддержку, в которой нуждаюсь, от моей семьи	1	2	3	4	5	6	7

5	У меня есть близкий человек, с кем я чувствую себя хорошо	1	2	3	4	5	6	7
6	Мои друзья искренне пытаются мне помочь	1	2	3	4	5	6	7
7	Я могу рассчитывать на моих друзей, когда мне плохо	1	2	3	4	5	6	7
8	Я могу говорить о моих проблемах с моей семьей	1	2	3	4	5	6	7
9	У меня есть друзья, с которыми я могу разделить свои беды и радости	1	2	3	4	5	6	7
10	В моей жизни есть близкий человек, которому не безразличны мои чувства и переживания	1	2	3	4	5	6	7
11	Моя семья готова помочь мне принимать решения.	1	2	3	4	5	6	7
12	Со своими друзьями я могу поговорить о своих проблемах	1	2	3	4	5	6	7

4. Мы хотели бы узнать уровень Вашей компетентности с помощью следующих предложений.
 Возможные ответы - от 1 до 5 (1= Совершенно не согласен/на; 2= В некоторой степени согласен/на; 3= Умеренно согласен/на; 4= В целом согласен/на; 5=совершенно согласен/на)

		Совершенно не согласен/на	В некоторой степени согласен/на	Умеренно согласен/на	В целом согласен/на	Совершенно согласен/на
1	Я очень боюсь смерти	1	2	3	4	5
2	Я много думаю о своей смерти	1	2	3	4	5
3	Меня очень беспокоит незнание того, что с нами происходит после смерти	1	2	3	4	5
4	Меня очень беспокоит вопрос, есть ли жизнь после смерти	1	2	3	4	5
5	Меня беспокоит мысль, что я ничего не буду чувствовать после смерти	1	2	3	4	5
6	Меня очень беспокоит тот факт, что смерть означает конец всего, что я знаю	1	2	3	4	5

5. Следующие вопросы касаются того, как вы относитесь к различным аспектам своей жизни. В связи с каждым из них скажите мне, как часто вы так себя чувствуете. Возможные ответы: от 1 до 3 (1= Практически никогда; 2= Иногда; 3=часто)

		Практически никогда	Иногда	Часто
1	Как часто вы чувствуете недостаток ?дружеского общения	1	2	3
2	?Как часто вы чувствуете себя покинутым	1	2	3
3	Как часто вы чувствуете себя ?изолированным от других	1	2	3

6. Следующие вопросы выясняют, как вы себя чувствовали в течение последних 30-ти дней. В связи с каждым вопросом обведите число, лучше всего указывающее на то, как часто вы испытывали это ощущение. (1=Вообще не чувствовал; 2=Короткое время; 3=Какое-то время; 4=Большую часть времени; 5=Всё время)

		Вообще не чувствовал	Короткое время	Какое-то время	Большую часть времени	Всё время
1	Я чувствовал\а нервозность	1	2	3	4	5
2	Я чувствовал\а безнадёжность	1	2	3	4	5
3	Я чувствовал\а беспокойство и суетливость	1	2	3	4	5
4	Я чувствовал\а себя так подавленно, что ничто не могло поднять мне настроение	1	2	3	4	5
5	Я чувствовал\а что любое моё действие требует усилия	1	2	3	4	5
6	Я чувствовал\а собственную никчемность	1	2	3	4	5

7. Рядом с каждым пунктом поставьте число, которое лучше всего описывает ваш ответ на основе следующей шкалы (1 = категорически не согласен, 4= полностью согласен)

	Кategori- чески не согласен	не согласен	согласен	полностью согласен
Многие пожилые люди скупы и копят деньги и имущество.	1	2	3	4

Многие пожилые люди не желают заводить новых друзей, предпочитая круг людей, с которыми они дружат долгие годы.	1	2	3	4
Многие пожилые люди просто живут прошлым.	1	2	3	4
Большинству пожилых людей не следует доверять уход за маленькими детьми	1	2	3	4
Многие пожилые люди счастливее всего, когда они находятся среди своих сверстников	1	2	3	4
Большинство пожилых людей могут раздражать, поскольку они снова и снова рассказывают одни и те же истории.	1	2	3	4
чем други Старики не жалуются больше, люди	1	2	3	4
Самоубийство среди подростков более трагично, чем самоубийство среди пожилых людей.	1	2	3	4
Иногда, когда я вижу стариков, я избегаю зрительного контакта с ними.	1	2	3	4
Я не люблю, когда пожилые люди заводят со мной беседу.	1	2	3	4
От большинства пожилых людей нельзя ожидать сложного и интересного разговора.	1	2	3	4
Подавленность, вероятно, является обычным чувством, когда вы находитесь среди пожилых людей.	1	2	3	4
Пожилые люди должны находить друзей своего возраста.	1	2	3	4
Пожилые люди должны чувствовать себя желанными гостями на общественных молодёжных мероприятиях.	1	2	3	4
Лучше всего, чтобы старики жили там, где они никому не мешают.	1	2	3	4
Общество большинства пожилых людей доставляет удовольствие.	1	2	3	4
Пожилых людей следует поощрять к высказываниям о политике	1	2	3	4
Большинство пожилых людей - интересные люди и индивидуалисты	1	2	3	4
Я лично не хотел бы проводить много времени со пожилым человеком.	1	2	3	4
Пожилые люди заслуживают тех же прав и свобод, что и другие члены нашего общества	1	2	3	4
Старики могут быть очень креативными	1	2	3	4
Пожилым людям не нужно много денег для удовлетворения своих потребностей	1	2	3	4

В наши дни прискорбно слышать о тяжёлом положении стариков в нашем обществе	1	2	3	4
Большинству пожилых людей нельзя разрешать продлевать водительские права	1	2	3	4
В спортивных сооружениях должны быть созданы специальные клубы, чтобы пожилые люди могли соревноваться на своём уровне.	1	2	3	4
Пожилым людям на самом деле не нужно пользоваться нашими общественными спортивными сооружениями	1	2	3	4
Считается, что большинство пожилых людей не соблюдают личную гигиену	1	2	3	4
Я бы не хотел жить с пожилым человеком	1	2	3	4

8. Демографические данные.

анонимной, и мы Мы хотели бы узнать о Вас некоторые данные. Напоминаем, что анкета является не можем знать, кто отвечает на вопросы

1. Каков Ваш возраст? _____

2. Пол: мужчина/женщина

3. Каково Ваше семейное положение

А. Холост / не замужем

Б. Женат / замужем

В. Разведён / разведена

Д. Вдовец / вдова

4. Сколько у Вас детей? _____

5. Какова страна Вашего происхождения?

А. Израиль

Б. Другая: _____

6. Если Вы родились не в Израиле, в каком году Вы репатриировались? _____

7. Сколько лет Вы учились? _____

8. Какое у Вас образование?

А. Начальное

Б. Среднее

В. Выше среднего – обучение на различных курсах

Г. Выше среднего – обучение на получение аттестата

Д. Выше среднего – изучение академических дисциплин

9. Средний доход в экономике составляет 11,000 шекелей. Доход Вашей семьи-

- А. Ниже среднего
- Б. Приблизительно соответствует среднему
- В. Выше среднего

10. Какую религию Вы исповедуете?

- А. Иудаизм
- Б. Христианство
- В. Ислам
- Г. Другую: _____

11. Каков Ваш образ жизни?

- А. Светский
- Б. Соблюдаю традиции
- В. Религиозный
- Д. Ультраортодоксальный

12. Проходили ли вы курсы профессиональной подготовки по уходу за пожилыми людьми?

13. Сколько лет Вы работаете в сфере ухода за пожилыми людьми? _____

14. Как долго Вы работаете со своим/ей нынешним/ей подопечным/ой? _____

15. Сколько часов в неделю Вы работаете с подопечным/ой? _____

16. Переживали ли Вы смерть близкого родственника (отца, матери, супруга, сына, дочери, брата, сестры) за последние пять лет? Да/Нет

17. Переживали ли Вы смерть подопечного/ой за последние пять лет? Да/Нет

Большое спасибо за то, что уделите время для заполнения анкеты!

Благодарим Вас за участие. Исследовательский коллектив