

פרק 13

שנת החיים האחרונה : ממצאים ראשוניים

ליאת איילון

מוות הוא תופעה בלתי נמנעת, גם בעידן הקדמה והטכנולוגיה (Fries, 1980). בגלל העיסוק הרב בנושא המוות והחרדה הגדולה מפניו המאפיינים את החברה המערבית (Greenberg, Bell, Solomon, & Pyszczynski, 1997 et al., 2009; Costantini et al., 1993; Elkington, White, Addington-Hall, Higgs, & Pettinari, 2004). נמצא כי שנה זו מאופיינת בעלויות רפואיות גבוהות מאוד, הקשורות למספר אשפוזים תכוף ולטיפולים רפואיים יקרים ומורכבים (Hogan, Lunney, Gabel, & Lynn, 2001; Shmueli, Messika, Zmora, & Oberman, 2010; Stooker et al., 2001). מחקרים אשר התמקדו בניסיונות מניעה וצמצום משאבים בשנה האחרונה לחיים מצאו כי הדבר כמעט בלתי אפשרי, וכי סכומי כסף עצומים מושקעים בשנה זו בטיפול באדם החולה (Stooker et al., 2001).

עוד נמצא, כי שנה זו מאופיינת בתפקוד קוגניטיבי ופיזי ירוד (Addington-Hall, Altmann, & McCarthy, 1998). עם זאת, קיימת שונות מסוימת בסוג הירידה הנצפה, כאשר מספר מחקרים דיווחו על טיפולוגיות שונות של ירידה בתפקוד בשנה האחרונה לחיים. מחקרים אלו הצביעו על כמה דפוסים: חלק מהאנשים יתחילו ממצב ירוד ויישארו כך לאורך השנה כולה, ואילו אחרים יראו דפוס יציב ללא כל פגיעה תפקודית עד למוות (Gill, Gahbauer, et al., 2001).

(Han, & Allore, 2010). עוד נמצא, כי התפקוד הירוד ביותר מאפיין את הזקנים ביותר (Addington-Hall et al., 1998).

בגלל ירידה זו בתפקוד, יש צורך בהיערכות שונה הן של המערכת הפורמאלית (בתשלום) והן של המערכת הבלתי פורמאלית (שלא בתשלום, הכוללת בני משפחה וחברים). מחקר עדכני אשר נערך על בסיס הנתונים של סקר הבריאות, הזקנה והפרישה האירופי וכלל אחת עשרה ארצות (לא כולל ישראל) מצא כי סוג הטיפול הניתן לאדם בשנה האחרונה לחייו משתנה בהתאם למיקום הגיאוגרפי. בארצות הצפוניות באירופה, קיימת נטייה להסתמך על המערכת הפורמאלית, ואילו בארצות הדרומיות המערכת הבלתי פורמאלית היא המרכזית ביותר בטיפול באדם בשנה האחרונה לחייו (Hank & Jürges, 2010).

בנוגע למקום המוות, נמצא כי רוב האנשים ציינו את הבית כמקום שבו היו רוצים למות (Dunlop, Davies, & Hockley, 1989). ממצא זה אושש לא רק באירופה ובארצות הברית, אלא גם בישראל (Iecovich, Carmel, & Bachner, 2009). עם זאת, מעטים מתים בביתם, מרבית האנשים מתים בבתי חולים (Dunlop et al., 1989; Hank & Jürges, 2010). אפשר לייחס עובדה זו, בין השאר, לפחד הגדול מפני מוות הרווח כל כך בחברה המערבית, שמתאמצת להרחיק את המוות מהחיים ככל האפשר (Greenberg, Pyszczynski, & Solomon, 1986; Greenberg et al., 1997).

המחקר הנוכחי מהווה מחקר חלוץ הבוחר לראשונה את השנה האחרונה לחיים בקרב ישראלים. בדומה למחקר האירופי (Hank & Jürges, 2010), התמקד מחקר זה במקום המוות, בסוג הטיפול הניתן לאדם בסוף ימיו וברמת התפקוד הפיזי בשנה האחרונה לחיים. נושא ייחודי לישראל הוא ההבדלים בין קבוצות שונות באוכלוסייה. סקר הבריאות, הזקנה והפרישה האירופי שנערך בישראל לקח בחשבון בשלב איסוף הנתונים את ההטרונגיות הרבה של אוכלוסיית מדינת ישראל. הטרונגיות זו מאפשרת להשוות בין שלוש אוכלוסיות מרכזיות בישראל: יהודים ותיקים, עולים חדשים מברית המועצות לשעבר וערבים ישראלים. כיום, כ-75% מאוכלוסיית ישראל מזוהים כיהודים ואילו כ-20% מזוהים כערבים (Statistical abstracts of Israel, 2006).

הן האוכלוסייה הערבית והן האוכלוסייה היהודית הטרונגיות ביותר, ולא ניתן להתייחס אליהן כאל מקשה אחת. לדוגמה, בעוד 70% מהאוכלוסייה היהודית בישראל נולדו בארץ, כ-30% הגיעו ממדינות שונות בעולם. אחד מגלי העלייה הגדולים ביותר התרחש בשנות ה-90, כאשר כמיליון וחצי עולים הגיעו לישראל מחבר המדינות (ברית המועצות לשעבר). קבוצה זו מהווה כ-14% מהאוכלוסייה הכללית, אולם כ-25% מאוכלוסיית הזקנים (Statistical abstracts of Israel, 2006). העלייה מברית המועצות מאופיינת באוכלוסייה משכילה ומבוגרת יחסית. דפוסי הטיפול שנחקרו ביחס לאוכלוסייה זו עד כה, מצאו כי קיימת נטייה לטיפול בתוך

המשפחה, במיוחד כאשר מדובר בהורים זקנים, זאת אף במחיר של רמות לחץ וחרדה גבוהות (Remennick, 2001). יתרה מכך, קיימים מספר מחקרים אשר מעידים על כך שאוכלוסייה זו פגיעה יותר מהאוכלוסייה הוותיקה בישראל מבחינה פיזית ונפשית גם יחד (Baron-Epel & Kaplan, 2009; Lerner, Kertes, & Zilber, 2005).

האוכלוסייה הערבית מהווה את המיעוט הגדול ביותר בישראל, וגם היא הטרוגנית מאוד. האוכלוסייה מורכבת משלוש קבוצות דתיות עיקריות: מוסלמים, נוצרים ודרוזים. המחקר הנוכחי, כמו גם מחקרים אחרים שנערכו על אוכלוסייה זו (Ayalon, Heinik, & Litwin, 2010), התייחס לאוכלוסייה הערבית כאל מקשה אחת ולא נערכו הבחנות בין הקבוצות השונות, בגלל מיעוט יחסי של נבדקים. למרות מיעוט יחסי של מחקרים שבדקו אוכלוסייה זו, ניתן לטעון כי גם היא מאופיינת בדפוסי שימוש נמוכים בשירותים פורמאליים ובנטייה להסתמך על המערכת הבלתי פורמאלית בכל הנוגע לטיפול (Azaiza, Lowenstein, & Brodsky, 1999). בדומה לאוכלוסייה של העולים מחבר המדינות, כך גם האוכלוסייה הערבית בישראל מזוהה כפגיעה יחסית לילידי הארץ. פגיעות זו באה לידי ביטוי הן במישור הפיזי והן במישור הנפשי (Baron-Epel et al., 2005; Levav et al., 2007).

לאור מחקרים אלו, השערות המחקר היו כי בקרב יהודים ילידי הארץ תהיה נטייה גבוהה יותר לשימוש בשירותים פורמאליים לעומת שתי קבוצות האוכלוסייה האחרות. נטייה זו תבוא לידי ביטוי לא רק בדפוסי השימוש בשירותי טיפול אלא גם במקום המוות, כך שמקום המוות של יהודים ילידי הארץ יהיה בית החולים בשכונות גבוהה יותר לעומת עולי חבר המדינות או ערבים ישראלים. לגבי תפקודי היומיום, שוער כי בקרב עולי חבר המדינות והערבים הישראלים התפקוד יהיה ירוד יותר לעומת יהודים ילידי הארץ.

מתודולוגיה

מחקר זה מבוסס על נתוני סקר הבריאות והפרישה האירופי. המחקר מבוסס על אותם ישראלים אשר השתתפו בגל הראשון בשנים 2005–2006, אך נפטרו בין שני הגלים ולא הספיקו להיכלל בגל השני בשנים 2009–2010. בגל השני, נערך ריאיון מקיף עם אחד המקורבים למת על מנת לעמוד מקרוב על השנה האחרונה בחייו של הנפטר. בסך הכול נערכו 182 ראיונות כאלה. מרבית הראיונות נערכו עם בעל או אישה של הנפטרים (36.3%), עם אחד מילדיהם (28.6%) או עם אדם שאינו קרוב משפחה (27.5%). נמצאו הבדלים מובהקים בין המשיבים על פי קבוצת אוכלוסייה ($\chi^2(10)=35.2, p<.01$), כאשר באוכלוסייה הערבית כל המתראיינים היו

קרובי משפחה, ואילו בקרב ילידי הארץ ויוצאי חבר המדינות כשליש מהמרוואיינים לא היו קרובי משפחה. גם התפלגות קרובי המשפחה שהתראינו הצביעה על שונות בקרב קבוצות האוכלוסייה השונות: באוכלוסייה הערבית, כמעט 60% מהמרוואיינים היו בעל או אישה, ואילו בקרב ילידי הארץ או עולי חבר המדינות רק 32% או 41%.

נתונים לגבי קבוצת אוכלוסייה, השכלת הנפטר, מצב משפחתי והכנסת המשפחה מבוססים על דיווח עצמי שניתן בגל הראשון. שאר הנתונים מבוססים על הדיווח של המקורב לנפטר.

משתנים תלויים

מקום פטירה – חולק באופן דיכוטומי לבית לעומת בית חולים/בית אבות. החלוקה הדיכוטומית נעשתה משום שמדובר במדגם קטן יחסית; מטפל ראשי – גם כאן נעשתה חלוקה דיכוטומית למטפל ראשי בן משפחה לעומת מטפל ראשי בתשלום. לא נעשו חלוקות נוספות או אבחנה בין בני משפחה שונים בגלל המדגם המצומצם; תפקודי היומיום – במסגרת הריאיון, נשאלו המרוואיינים לגבי מוגבלות בעשרה תפקודי יומיום של הנפטר בשנה האחרונה לחיים. עבור כל נבדק חושב ציון מסכם (מ=0=אין פגיעות כלל, עד 10=פגיעות מקסימלית). בנוסף, חושב ציון דיכוטומי כפגיעה בשני תפקודים או יותר או פגיעה בפחות משני תפקודים.

משתנים בלתי תלויים

קבוצת אוכלוסייה – נקבעה על פי השפה שנערך בה הריאיון בגל הראשון (עברית, ערבית או רוסית); מצב משפחתי – נשוי/בזוגיות או לא, נקבע על פי נתוני הגל הראשון; מספר הילדים – נקבע על פי דיווח המקורב בגל השני; השכלה – נקבעה על פי דיווח עצמי בגל הראשון (תוך חלוקה לשלוש רמות: השכלה ראשונית, השכלה תיכונית והשכלה גבוהה); הכנסה – נקבעה על פי דיווח עצמי בגל הראשון (ההכנסה הכללית לבית חולקה לשלוש רמות); סיבת המוות – נקבעה תוך חלוקה דיכוטומית למוות כתוצאה מסרטן לעומת מוות מכל סיבה אחרת עקב מיעוט הנבדקים.

ניתוח הנתונים

תחילה נערכו ניתוחים תיאוריים וניתוחים דו משתניים במטרה לזהות קשרים בין המשתנים התלויים לבלתי תלויים. משתנים אשר נמצאו מובהקים ברמה של $p \leq 0.05$ הוכנסו לניתוחי רגרסיה רב משתניים. נערכו שלוש רגרסיות לוגיסטיות, עם מקום המוות, סוג מטפל ופגיעות פיזית כמשתנים תלויים.

תוצאות

סך הכול, נאספו נתונים לגבי השנה האחרונה לחיים בנוגע ל-144 יהודים ישראלים ותיקים, 23 ערבים ישראלים ו-17 עולים מחבר המדינות. נמצאו הבדלים מובהקים לגבי גיל המוות של הנפטר על פי קבוצות האוכלוסייה במדגם ($F(158,2)=3.75, p=.03$). גיל המוות הממוצע של הישראלים הוותיקים היה 76.4 שנים ($SD=12.2$). מנגד, גיל המוות הממוצע של ערבים ישראלים במדגם הנוכחי היה 71.1 ($SD=9.6$) וגיל המוות של עולי חבר המדינות היה 69.2 ($SD=8.9$). לא נמצאו הבדלי מגדר בין הנפטרים על פי קבוצת אוכלוסייה ($\chi^2(2)=3.1, p=.21$). ככל שלוש הקבוצות, גברים היוו את רוב הנפטרים: 55% מקרב הישראלים הוותיקים, 74% מקרב הערבים הישראלים ו-53% מקרב העולים מחבר המדינות.

ניתוחים דו משתניים

לוח 13.1 מציג את מיקום המוות על פי המשתנים הבלתי תלויים השונים. כ-126 איש נפטרו בבית אבות או בבית החולים ואילו 48 איש נפטרו בבית. לא נמצאו הבדלים מובהקים על פי קבוצת אוכלוסייה, כאשר בקרב כל שלוש האוכלוסיות, מוות בבית אבות או בית חולים היה רווח יותר ממוות בבית. בנוסף, לא היו הבדלים מובהקים בנוגע לאף אחד מהמשתנים הבלתי תלויים שנבדקו במחקר זה: מצב משפחתי, מספר ילדים, סיבת המוות, השכלה והכנסה. אף אחד ממשתנים אלו לא התפלג באופן שונה על פי מיקום המוות.

לוח 13.2 מציג את הטיפול בשנת החיים האחרונה תוך חלוקה למטפל עיקרי בן משפחה מול מטפל בתשלום. כ-82 איש קיבלו טיפול עיקרי על ידי בן משפחה ואילו 34 קיבלו טיפול עיקרי על ידי מטפל בתשלום. בנוגע למשתנה זה, נמצאו הבדלים מובהקים בין הישראלים הוותיקים לבין הערבים הישראלים והעולים מחבר המדינות. בעוד שחלק ניכר מהישראלים הוותיקים השתמשו במטפל בתשלום כמטפל עיקרי, רק מיעוט של ערבים ישראלים ועולים מחבר המדינות השתמשו במטפל בתשלום כמטפל עיקרי. בנוסף, נמצאו הבדלים מובהקים בנוגע למטפל העיקרי על פי מספר הילדים והמצב המשפחתי. נפטרים עם מספר רב יותר של ילדים ואלו אשר חיו בזוגיות נטו לקבל טיפול עיקרי ממטפל בלתי פורמאלי. לעומת זאת, אלו עם מספר מצומצם יותר של ילדים או שלא נמצאו בזוגיות נטו לקבל טיפול עיקרי ממטפל פורמאלי.

לוח 13.1 מקום המוות

מובהקות	בית (48)	בית אבות/בית חולים (126)	
0.09	42 (30.7%) 5 (25.0%) 1 (5.9%)	95 (69.3%) 15 (75.0%) 16 (94.1%)	קבוצת אוכלוסייה ילידי הארץ ערבים עולים מברית המועצות לשעבר
0.54	26 (25.7%) 21 (30.0%)	75 (74.3%) 49 (70.0%)	מצב משפחתי עם בן/ת זוג אחר
0.90	3.53 (2.83)	3.47 (2.98)	מספר ילדים
0.36	14 (30.4%) 32 (69.6%)	43 (38.1%) 70 (61.9%)	סיבת המוות סרטן אחר
0.11	19 (41.3%) 23 (50.0%) 4 (8.7%)	54 (43.9%) 44 (35.8%) 25 (20.3%)	השכלה ראשונית תיכונה גבוהה
0.17	20 (42.6%) 11 (23.4%) 16 (34.0%)	44 (35.5%) 48 (38.7%) 32 (25.8%)	הכנסה שליש תחתון שליש שני שליש עליון

לוח 13.2 מטפל עיקרי

מובהקות	בתשלום (34)	בן משפחה (82)	
.02	31 (91.2%) 1 (2.9%) 2 (5.9%)	54 (65.9%) 19 (23.2%) 9 (11.0%)	קבוצת אוכלוסייה ילידי הארץ ערבים עולים מברית המועצות לשעבר
<.01	15 (44.1%) 19 (55.9%)	59 (72.8%) 22 (27.2%)	מצב משפחתי עם בן/ת זוג אחר
<.01	2.73 (2.54)	4.45 (3.36)	מספר ילדים
.96	6.20 (2.76)	6.17 (3.34)	מצב תפקודי
.20	8 (26.7%) 22 (73.3%)	31 (39.7%) 47 (60.3%)	סיבת המוות סרטן אחר
.89	16 (47.1%) 12 (35.3%) 6 (17.6%)	41 (51.9%) 25 (31.6%) 13 (16.5%)	השכלה ראשונית בינונית גבוהה
.20	11 (32.4%) 15 (44.1%) 8 (23.5%)	35 (43.2%) 22 (27.2%) 24 (29.6%)	הכנסה שליש תחתון שליש שני שליש עליון

לוח 13.3 מציג את הנתונים לגבי התפקוד הפיזי בשנת החיים האחרונה. 70 איש סבלו מבעיה תפקודית אחת או לא סבלו מכל בעיה, ואילו 112 איש סבלו מפגיעה בשני תפקודים ומעלה. המשתנה היחיד שנמצא מבדיל את שתי הקבוצות הוא השכלה, כאשר משתתפים בעלי השכלה נמוכה היוו אחוז גבוה יחסית מקרב אלו שנפגעו בשני תפקודים ומעלה.

לוח 13.3 תפקוד פיזי

מובהקות	יותר מתפקוד אחד פגוע (112)	פחות משני תפקודים פגועים (70)	
.19	84 (75.0%) 18 (16.1%) 10 (8.9%)	60 (83.3%) 5 (6.9%) 7 (9.7%)	קבוצת אוכלוסייה ילידי הארץ ערבים עולים מברית המועצות לשעבר
.90	36 (34.6%) 68 (65.4%)	21 (35.6%) 38 (64.4%)	סיבת המוות סרטן אחר
<.01	58 (53.7%) 32 (29.6%) 18 (16.7%)	21 (30.0%) 38 (54.3%) 11 (15.7%)	השכלה ראשונית בינונית גבוהה
.98	42 (38.2%) 38 (34.5%) 30 (27.3%)	26 (36.6%) 25 (35.2%) 20 (28.2%)	הכנסה שליש תחתון שליש שני שליש עליון

ניתוחים רב משתניים

לוח 13.4 מציג נתונים מרגרסיה רב משתנית לניבוי מקום המוות. אף אחד מהמשתנים שנבדקו לא נמצא קשור באופן מובהק למקום המוות.

לוח 13.4 מודל רב משתני לניבוי מקום המוות

CI 95%	OR	
		קבוצת אוכלוסייה
1		ילידי הארץ
(.40 - 4.01)	1.26	ערבים
(.53 - 39.18)	4.57	עולים מברית המועצות לשעבר
		השכלה
1		ראשונית
(.29 - 1.35)	.63	בינונית
(.46 - 6.19)	1.69	גבוהה
		הכנסה
1		שליש תחתון
(.78 - 4.58)	1.89	שליש שני
(.39 - 2.27)	.93	שליש עליון

-2log likelihood=186.5

לוח 13.5 מציג רגרסיה רב משתנית לניבוי המטפל העיקרי. הסיכויים של נפטרים שחיו בזוגיות להיות מטופלים על ידי מטפל שאינו בתשלום כמטפל עיקרי היו גבוהים מסיכוייהם של אלו שלא חיו בזוגיות. בנוסף, בהשוואה לנבדקים עם הכנסה בשליש התחתון, נבדקים עם הכנסה בשליש האמצעי נטו לקבל טיפול בתשלום כטיפול עיקרי. אף אחד מהמשתנים האחרים שנבדקו לא נמצא קשור לסוג המטפל העיקרי.

לוח 13.6 מציג רגרסיה רב משתנית לניבוי התפקוד בשנת החיים האחרונה. בעלי השכלה שדורגה כבינונית תפקדו טוב יותר לעומת בעלי השכלה נמוכה. אף אחד מהמשתנים האחרים לא הראה קשר מובהק עם המשתנה של תפקוד פיזי.

לוח 13.5 מודל רב משתני לניבוי המטפל העיקרי

CI 95%	OR	
		קבוצת אוכלוסייה
1		ילידי הארץ
(.49 -46.35)	4.78	ערבים
(.88 -87.60)	20.78	עולים מברית המועצות לשעבר
		מצב משפחתי
1		אחר
(1.09 -9.20)	3.17	עם בן/ת זוג
		סיבת המוות
1		אחר
(.70 -5.93)	2.03	סרטן
(.97 -1.54)	1.22	מספר ילדים
		הכנסה
1		שליש תחתון
(.06 -.74)	.20	שליש שני
(.21 -2.74)	.76	שליש עליון

-2log likelihood=100.15

לוח 13.6 מודל רב משתני לניבוי תפקוד פיזי בשנת החיים האחרונה

CI 95%	OR	
		קבוצת אוכלוסייה
1		ילידי הארץ
(.63 -5.67)	1.89	ערבים
(.35 -3.38)	1.08	עולים מברית המועצות לשעבר
		השכלה
1		ראשונית
(.16 -.68)	.33	בינונית
(.24 -1.81)	.66	גבוהה

-2log likelihood=225.12

מחקר זה בחן את שנת החיים האחרונה של משתתפי הגל הראשון בסקר הבריאות, הזקנה והפרישה האירופי. למיטב ידיעתי, זהו המחקר הראשון המתמקד בסוף החיים כפי שנחויה בקרב מדגם מייצג של משתתפים ישראלים. ייחודו של המחקר הוא היכולת לבחון שלוש קבוצות אוכלוסייה בשנה האחרונה לחייהן. המחקר מצא שמרבית המשתתפים נפטרו בבית החולים או בבית אבות, טופלו על ידי בן משפחה שלא בתשלום וסבלו מפגיעה בשני תפקודים או יותר בשנת חייהם האחרונה. ברמה הדו משתנית, נמצאו הבדלים בקשר בין קבוצת אוכלוסייה לבין סוג המטפל, כאשר ישראלים ותיקים השתמשו במטפל בתשלום יותר מערבים ישראלים או מעולים מחבר המדינות, אך הבדלים אלו לא נשמרו בניחותים הרב משתנים. לעומת השכלה נמוכה, השכלה בינונית נמצאה כקשורה לתפקוד פיזי טוב יותר בשנת החיים האחרונה, ונבדקים בעלי הכנסה בינונית נטו להשתמש במטפל עיקרי בתשלום יותר מנבדקים בעלי ההכנסה הנמוכה. בנוסף, לאלו שהיו בזוגיות היה סיכוי טוב יותר להיות מטופלים על ידי מטפל בן משפחה, לעומת אלו ללא זוגיות.

מחקרים שנערכו בישראל ובעולם מצאו כי רוב האנשים מעדיפים למות בביתם (Dunlop et al., 1989; Iecovich et al., 2009). עם זאת, ממצאי המחקר מצביעים על כך כי מרבית המשתתפים לא נפטרו בביתם, אלא בבית החולים או בבית אבות. אף אחד מהמשתנים שנבדקו במחקר זה לא נמצא קשור למקום המוות. ייתכן כי משתנים אחרים אשר לא נבחנו במחקר זה, כגון פחד מוות, הם הקשורים קשר ישיר למקום המוות של האדם (Greenberg et al., 1986; Greenberg et al., 1997). לפיכך, ראוי שמחקרי המשך ינסו לזהות גורמים פסיכולוגיים המסבירים את מקום המוות של האדם.

המחקר מצא כי בישראל, כמו בשאר מדינות הים התיכון, קיימת נטייה להסתמך על הטיפול הבלתי פורמאלי. בעבר הוסבר כי נטייה זו אינה נובעת רק מהעדפות הפרט והשקפותיו התרבותיות, אלא גם משקפת את האפשרויות לטיפול פורמאלי ובלתי פורמאלי הקיימות במדינה (Andersen, 1995). במחקר זה ניתן לראות בבירור כיצד הגורמים המאפשרים משחקים תפקיד משמעותי בקביעת סוג המטפל העיקרי בסוף החיים. אנשים אשר חיו בזוגיות היו בעלי סיכוי גבוה יותר לקבל טיפול מידי מטפל עיקרי שלא בתשלום. לעומתם, אלו שלא היו בזוגיות נטו להסתמך על המערכת הפורמאלית. בדומה, נבדקים במצב כלכלי טוב יותר היו בעלי סיכוי טוב יותר להשתמש בשירותי מטפל עיקרי בתשלום. מעניין כי דווקא הקבוצה במצב הכלכלי הטוב ביותר לא הראתה הבדל בדפוסי השימוש לעומת נבדקים במצב כלכלי גרוע. ייתכן כי הדבר נובע מכך שקבוצה זו נהנית לא רק ממצב כלכלי טוב יותר, אלא גם ממשאבים חברתיים

מורחבים. העובדה שמצב כלכלי חושב על פי משק בית מציעה כי אלו במצב כלכלי טוב יותר הם גם בעלי משק בית מורחב יותר, ולפיכך ייתכן כי הם נהנים מאפשרויות טיפול רבות יותר. כפי שנמצא במחקרי עבר (Hank & Jürges, 2010), גם מחקר זה הראה כי מרבית האנשים סובלים מפגיעה בתפקוד הפיזי בשנת חייהם האחרונה. במודל הדו משתני נמצא כי בקרב קבוצת הוותיקים התפקוד הפיזי טוב יותר לעומת קבוצת הערבים הישראלים, אך הבדלים אלו בין הקבוצות התבטלו ברגע שהוכנסו משתנים נוספים למשוואה. במודל הרב משתני, נבדקים בעלי השכלה תיכונית היו בסיכון נמוך יותר לסבול מפגיעה בתפקוד לעומת נבדקים בעלי השכלה נמוכה. המחקר הנוכחי מצא קשר בין השכלה לבין רמת התפקוד. כלומר, משכילים יותר זוכים לתפקד באופן טוב יותר, אפילו בשנה האחרונה לחייהם.

לסיכום, חשוב לציין כי זהו מחקר ראשוני המבוסס על מספר קטן יחסית של נבדקים אשר נפטרו מאז הגל הראשון בשנים 2005–2006. כפי שכבר צוין במאמר על בסיס הנתונים האירופי (Hank & Jürges, 2010), מדובר בקבוצה בעלת נתוני פתיחה טובים במיוחד, זאת משום שכל משתתפי הגל הראשון גרו בביתם. בנוסף, המידע שנאסף באמצעות הריאיון עם המקורב קיים רק לגבי נפטרים שזכו למטפל עיקרי. בשלב זה, אין נתונים על מספר הנפטרים בין שני הגלים שלגביהם לא נערך ריאיון עם מקורב. על אף מגבלות המחקר, הוא מספק זווית ראייה ראשונית לגבי שנת החיים האחרונה בישראל. המחקר מראה כי בדומה לשאר העולם המערבי, המוות מתרחש במקומות ציבוריים והטיפול נעשה בעיקר על ידי בני משפחה ומקורבים אחרים שלא בתשלום. יש לבחון בזהירות את ההבדלים המועטים שנמצאו בין קבוצות האוכלוסייה השונות, כי ייתכן שהיעדר הממצאים נובע מהמדגם המצומצם.

מקורות

- Addington-Hall, J., Altmann, D., & McCarthy, M. (1998). Variations by age in symptoms and dependency levels experienced by people in the last year of life, as reported by surviving family, friends and officials. *Age and Ageing*, 27(2), 129–136.
- Andersen, R. M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 1–10.
- Ayalon, L., Heinik, J., & Litwin, H. (2010). Population group differences in cognitive functioning in a national sample of Israelis 50 years and older. *Research on Aging*, 32(3), 304–322.

- Azaiza, F., Lowenstein, A., & Brodsky, J. (1999). Institutionalization for the elderly is a novel phenomenon among the Arab population in Israel. *Journal of Gerontological Social Work, 31*(3-4), 65–85.
- Baron-Epel, O., & Kaplan, G. (2009). Can subjective and objective socioeconomic status explain minority health disparities in Israel? *Social Science & Medicine, 69*(10), 1460–1467.
- Baron-Epel, O., Kaplan, G., Haviv-Messika, A., Tarabeia, J., Green, M. S., & Nitzan Kaluski, D. (2005). Self-reported health as a cultural health determinant in Arab and Jewish Israelis: MABAT – National Health and Nutrition Survey 1999–2001. *Social Science & Medicine, 61*(6), 1256–1266.
- Bell, C. L., Davis, J., Harrigan, R. C., Somogyi-Zalud, E., Tanabe, M. K., & Masaki, K. H. (2009). Factors associated with place of death for elderly Japanese-American men: The Honolulu Heart Program and Honolulu-Asia Aging Study. *Journal of American Geriatrics Society, 57*(4), 714–718.
- Costantini, M., Camoirano, E., Madeddu, L., Bruzzi, P., Verganelli, E., & Henriquet, F. (1993). Palliative home care and place of death among cancer patients: A population-based study. *Palliative Medicine, 7*(4), 323–331.
- Dunlop, R. J., Davies, R. J., & Hockley, J. M. (1989). Preferred versus actual place of death: A hospital palliative care support team experience. *Palliative Medicine, 3*(3), 197–201.
- Elkington, H., White, P., Addington-Hall, J., Higgs, R., & Pettinari, C. (2004). The last year of life of COPD: A qualitative study of symptoms and services. *Respiratory Medicine, 98*(5), 439–445.
- Fries, J. F. (1980). Aging, natural death, and the compression of morbidity. *New England Journal of Medicine, 303*(3), 130–135.
- Gill, T. M., Gahbauer, E. A., Han, L., & Allore, H. G. (2010). Trajectories of disability in the last year of life. *New England Journal of Medicine, 362*(13), 1173–1180.
- Greenberg, J., Pyszczynski, T., & Solomon, S. (1986). The causes and consequences of the need for self-esteem: A terror management theory. In R. F. Baumeister (Ed.), *Public self and private self* (pp. 189–212). New York: Springer-Verlag.
- Greenberg, J., Solomon, S., & Pyszczynski, T. (1997). Terror management theory of self-esteem and cultural worldviews: Empirical assessments and conceptual

- refinements. In M. P. Zana (Ed.), *Advances in Experimental Social Psychology*, 29 (pp. 61–139). Academic Press.
- Hank, K., & Jürges, H. (2010). The last year of life in Europe: Regional variations in functional status and sources of support. *Ageing & Society*, 30(06), 1041–1054.
- Hogan, C., Lunney, J., Gabel, J., & Lynn, J. (2001). Medicare beneficiaries' costs of care In the last year of life. *Health Affairs*, 20(4), 188–195.
- Iecovich, E., Carmel, S., & Bachner, Y. G. (2009). Where they want to die: Correlates of elderly persons' preferences for death site. *Social Work in Public Health*, 24(6), 527–542.
- Lerner, Y., Kertes, J., & Zilber, N. (2005). Immigrants from the former Soviet Union, 5 years post-immigration to Israel: Adaptation and risk factors for psychological distress. *Psychological Medicine*, 35(12), 1805–1814.
- Levav, I., Al-Krenawi, A., Ifrah, A., Geraisy, N., Grinshpoon, A., Khwaled, R., & Levinson, D. (2007). Common mental disorders among Arab-Israelis: Findings from the Israel National Health Survey. *Israel Journal of Psychiatry and Related Science*, 44(2), 104–113.
- Remennick, L. I. (2001). "All my life is one big nursing home": Russian immigrant women speak about double caregiver stress. *Women's Studies International Forum*, 24, 685–700.
- Shmueli, A., Messika, D., Zmora, I., & Oberman, B. (2010). Health care costs during the last 12 months of life in Israel: Estimation and implications for risk-adjustment. *International Journal Health Care Finance Econ*, 10(3), 257–273.
- Statistical abstracts of Israel (2006). Central Bureau of Statistics.
- Stoker, T., van Acht, J. W., van Barneveld, E. M., van Vliet, R. C., van Hout, B. A., Hessing, D. J., & Busschbach, J. J. V. (2001). Costs in the last year of life in The Netherlands. *Inquiry*, 38(1), 73–80.