

Reviewing Vignettes as an Implicit Measurement of Ageism among Health Care Professionals /

סקירת כלים למדידה עקיפה של גילנות באמצעות תיאורי מקרה בקרב אנשי מקצועות הבריאות
Author(s): בן-הרוש, יאסי (דורון, ליאת איילון, חוה גולנדר, שרה אלון, ארתור ליבוביץ.
Sharon Shiovitz-Ezra, Aya Ben-Harush, Israel (Issi) Doron, Liat Ayalon, Hava Golander, Sara Alon and Arthur Leibovitz

Source:

Gerontology /
גרונטולוגיה

Vol. No. 2/3, Special Issue: Ageism in Israel and Abroad / - 2011), pp. 41-71 גילנות בארץ (תשע"א
גיליון מיוחד:

Published by: Israel Gerontological Society / האגודה הישראלית לגרונטולוגיה

Stable URL: <https://www.jstor.org/stable/23486362>

Accessed: 09-12-2019 18:51 UTC

Your use of the JSTOR archive indicates your acceptance of the Terms & Conditions of Use, available at <https://www.jstor.org/page/info/about/policies/terms.jsp>

JSTOR is a not-for-profit service that helps scholars, researchers, and students discover, use, and build upon a wide range of content in a trusted digital archive. We use information technology and tools to increase productivity and facilitate new forms of scholarship. For more information about JSTOR, please contact support@jstor.org.



Israel Gerontological Society / האגודה הישראלית לגרונטולוגיה is collaborating with JSTOR to digitize, preserve and extend access to
Gerontology / גרונטולוגיה.

JSTOR

<https://www.jstor.org>

סקירת כלים למדידה עקיפה של גילנות באמצעות תיאורי מקרה בקרב אנשי מקצועות הבריאות

שרון שיוביץ-עזרא,¹ איה בן-הרוש,¹ ישראל (איסי) דורון,² ליאת איילון,³
חוה גולנדר,⁴ שרה אלון,⁵ וארתור ליבוביץ⁶

¹ ביה"ס לעבודה סוציאלית ולרווחה חברתית, האוניברסיטה העברית בירושלים
² ביה"ס לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת חיפה ³ ביה"ס לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת בר-אילן
⁴ ביה"ס למקצועות הבריאות, אוניברסיטת תל-אביב
⁵ אשל, תוכנית למניעת התעללות והזנחה של קשישים
⁶ הפקולטה לרפואה, אוניברסיטת תל-אביב והמרכז הרפואי הגריאטרי, בי"ח שמואל הרופא

גילנות נמדדת בספרות המחקרית בשלוש דרכים מקובלות: בחינת היקף הידע אודות האוכלוסייה הזקנה, מדידת עמדות ביחס לאנשים זקנים ומדידה של התנהגות גילנית. מבין דרכים אלו, מדידת מרכיב העמדות היא הדרך השכיחה ביותר למדידת גילנות. ניתן לבצע מדידה ישירה (גלויה) ועקיפה (סמויה) של עמדות. בעוד שבמדידה הישירה נמדדות העמדות באמצעות דיווח ישיר של הנבדקים על עמדותיהם בנוגע לגיל המבוגר ולמאפייניו, במדידה הסמויה אין הנבדקים יודעים שעמדות ביחס לגיל הן הגורם המרכזי שעליו הם מתבקשים לדווח. חשיבותה של המדידה העקיפה מתחדדת כאשר מודדים תופעה בעלת דימוי חברתי או אישי שלילי, כדוגמת גילנות, אשר עלולה להניב דיווחים מוטים בשל הנטייה המוכרת כרצייה חברתית. לאור יתרונה של שיטה זו בבחינת תופעת הגילנות, המאמר הנוכחי מתמקד בדרכים עקיפות למדידת עמדות וסוקר כלים למדידה עקיפה של גילנות באמצעות תיאורי מקרה. סקירת הספרות לאיתור הכלים נערכה באמצעות חיפוש בארבעה מאגרי מידע ביבליוגרפיים מרכזיים בתחומי החברה והרפואה. סקירת הכלים התמקדה באוכלוסיית אנשי מקצועות הבריאות וכך היא מוצגת במאמר: תיאורי מקרה שנבחנו בקרב רופאים, אחיות, עובדים סוציאליים ופסיכולוגים ולבסוף תיאורי מקרה שנבחנו בקרב פיזיותרפיסטים. הסקירה העלתה כי הרוב המכריע של המחקרים שהשתמשו בתיאורי מקרה למדידת גילנות ראה אור רק בעשור האחרון, ומספר המחקרים הללו אינו גדול. מטרת הסקירה היא להנגיש ולהרחיב בקרב ציבור החוקרים את השימוש בשיטה זו למדידת גילנות באמצעות חשיפה לאותם כלי מדידה והפיכתם לזמינים.

הסקירה המוצגת במאמר הינה חלק מפרויקט מחקר בנושא "ביטויי גילנות בקרב אנשי מקצועות הבריאות והרווחה בבתי חולים, קופות החולים ומסגרות לטיפול ממושך". פרויקט זה הוא במימון המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות [הצעת מחקר מס' א/102/2010].

מבוא

סטריאוטיפים שליליים, דעות קדומות ואפליה על רקע גיל מרכיבים את המושג 'גילנות' (Ageism) (Iversen, Larsen, & Solem, 2009). מאז טבע אותו בטלר בסוף שנות השישים של המאה העשרים, עורר המושג עניין תיאורטי ומחקרי רב אשר תרם מחד גיסא לפיתוח משמעותו וזיהוי מקורותיו ומאידך גיסא למאמצים אמפיריים לאמוד את שכיחות התופעה, לנבא אותה ולבחון את השלכותיה. המאמצים התיאורטיים באים לידי ביטוי בפיתוחן של הגדרות למושג 'גילנות', כאשר ההגדרות השונות מוסיפות לתופעה נדבכים ומימדים שונים.

בטלר הגדיר את הגילנות כתהליך שיטתי ומתמשך המערב סטריאוטיפים ואפליה נגד פרטים משום שהם זקנים (Butler, 1969). בהמשך נעשתה הקבלה בין המושג 'גילנות' לסוגי אפליה נוספים על רקע מין (Sexism) ומוצא אתני (Racism) (Butler, 1975; Palmore, 1999). במסגרת זו הודגש גם ההבדל בין סוגי האפליה על רקע מין ומוצא אתני וגילנות. מגילנות, כך נטען, לא ניתן לחמוק במידה והאדם זוכה לאריכות ימים, בעוד שאת שני סוגי האפליה האחרים לא כל אדם יחווה בהכרח במהלך חייו (Palmore, 2004). התפתחות נוספת בהבנת המושג הציעה נקודת מבט מאוזנת המתייחסת לגילנות כאל תופעה רב-ממדית ומבחינה בין גילנות שלילית לגילנות חיובית (Angus & Reeve, 2006). לסוג הראשון משתייכים סטריאוטיפים שליליים נגד זקנים וכן התנהגות המפלה אותם לרעה. לעומת זאת, גילנות חיובית כוללת סטריאוטיפים שלפיהם אנשים זקנים הם בדרך כלל אדיבים, חכמים ושמחים, וכן התנהגויות שמפלות לטובת את קבוצת הגיל הזקנה. כך או אחרת, לשני הסוגים עשויות להיות השלכות מזיקות, בעיקר בשל הישענותם הבלעדית על הבחנה על פי גיל (Palmore, 1999).

לצד הבנת המורכבות של גילנות, התפתחו תיאוריות המבקשות להסביר את שורשיה ומקורותיה של התופעה. תיאוריות פסיכולוגיות מתייחסות על פי רוב לרמת המיקרו, בעוד שתיאוריות סוציולוגיות בוחנות את מקורות התופעה ברמה החברתית, רמת המאקרו. תיאוריית ניהול האימה היא דוגמה לתיאוריה מתחום הפסיכולוגיה החברתית אשר קושרת את הגילנות לחרדת המוות של אנשים. חרדה זו מתעוררת בנוכחותם של אנשים זקנים, היות שהאחרונים מהווים אזכור תמידי למוות האישי הבלתי נמנע (להרחבה בנושא ראו מאמרו של בודנר בגיליון זה). לעומת זאת, תיאוריות סוציולוגיות מדגישות את ההפרדה הגילית (age separation) המתקיימת בחברות המתאפיינות בריבוד גילי. הטענה היא כי לכל שכבת גיל מיועדים תפקידים שונים ויש ממנה ציפיות שונות, כך שהמגע והאינטראקציה בין אנשים בגילים שונים מצומצמים ביותר. ההפרדה בין אנשים בגילים שונים וחוסר ההיכרות הבין-דורית מהווים כר להתפתחות תפיסות ועמדות גילניות (Hagestad & Uhlenberg, 2005).

במקביל להתפתחויות התיאורטיות נערכו מחקרים לבחינת תופעת הגילנות בקרב אוכלוסיות שונות ובמדינות שונות (e.g. Cherry & Palmore, 2008; Bodner & Lazar, 2008). במסגרת מחקרים אלה נמדדה על פי רוב גילנות בשלוש דרכים שכיחות: בחינת ידע

(Palmore, 1981, 1998), התנהגות (Cherry & Palmore, 2008; Palmore, 2001) ועמדות (Golde & Kogan, 1959; Kogan, 1961; Rosencranz & McNevin, 1969; Rupp,) (Vodanovich, & Crede, 2005). מבין שלוש הדרכים, מדידת עמדות כלפי אנשים זקנים היא הדרך הנפוצה ביותר למדידת גילנות.

ניתן לבחון עמדות באמצעות מדידה ישירה (גלויה) ועקיפה (סמויה). באופן המדידה הישיר נמדדות העמדות באמצעות דיווח גלוי של הנבדקים על עמדותיהם בנוגע לגיל המבוגר ולמאפייניו. כך למשל מתבקשים הנבדקים לדווח באיזו מידה הם מסכימים עם ההיגד הבא "לא נעים לי כשאנשים זקנים מנסים לפתח אתי שיחה" (Fraboni Scale of Ageism בתוך Fraboni, Saltstone, & Hughes, 1990). בניגוד לכך, במדידה הסמויה אין הנבדקים יודעים שעמדות ביחס לגיל הן הנושא המרכזי שעליו הם מתבקשים לדווח. חשיבותה של המדידה העקיפה מתחדדת כאשר מודדים תופעה בעלת דימוי חברתי או אישי שלילי. זאת משום שמדידת תופעות מעין אלו עשויה להניב דיווחים מוטים בשל הנטייה המוכרת בספרות האמפירית כרצייה חברתית (Crowne & Marlowe, 1964). רצייה חברתית היא תוצר של הצורך של הנבדקים לדווח על המקובל לדעתם מבחינה חברתית במקום להודות במה שהם חושבים באמת ביחס לתופעה הנמדדת. הטיה זו ניכרת כאשר נמדדת תופעה רגישה מבחינה חברתית שקיימת לגביה מוסכמה חברתית מקובלת. גילנות נחשבת לתופעה מן הסוג המתואר, ולכן מדידתה בדרכים עקיפות נתפסת כאמינה יותר ממדידה בדרכים ישירות וגלויות (Lambert, Payne, Ramsey, & Shaffer, 2005).

מבחינה כרונולוגית, הערכה עקיפה של עמדות גילניות התפתחה מאוחר יותר, במטרה להתגבר על הכשלים במדידה ישירה. מדידה עקיפה של עמדות כלפי זקנים מתבצעת על פי הספרות האמפירית בשני אופנים שכיחים. האחד מערב את פרדיגמת ההטרמה (priming), כאשר הנבדק נחשף תחילה לגירוי המציג את הקבוצה שבה מדובר, ואז מגיב לתכונות או לתיאורים. הגירוי הראשוני המוצג טרם המדידה, מוצג באופן תת-חוש, כך שהנבדק לא מודע לקיומו ולפיכך תגובותיו ביחס לתכונות ולתיאורים נעשות כביכול באופן בלתי תלוי בגירוי הראשוני המייצג את הקבוצה הנדונה (Perdue & Gurtman, 1990). האופן השני למדידת עמדות סמויות בנוגע לגילנות מערב שימוש בתיאורי מקרה זהים, למעט גיל הדמות המתוארת (צעיר לעומת מבוגר). הצגת תיאור מקרה כוללת לפחות שני נוסחים, כאשר בנוסח אחד יתואר אדם צעיר או אדם בשנות אמצע החיים ובנוסח האחר אדם זקן, בשני המקרים תוך ציון הגיל הכרונולוגי. למעט ההבדל בגיל, תיאור המקרה זהה בכל יתר פרטיו. כדי לבחון עמדות גילניות נחלקים הנבדקים באופן אקראי לשתי קבוצות, כאשר קבוצה אחת מקבלת גרסה שבה מתואר אדם צעיר, והשנייה מקבלת גרסה זהה, אבל הדמות המתוארת בה זקנה. לאחר תיאור המקרה מוצגות לנבדקים בשתי הקבוצות שאלות זהות. ההבדלים בתשובות בין הקבוצות יעידו על עמדות שונות ביחס לגיל.

בהשוואה לכלים המודדים עמדות גלויות כלפי אוכלוסייה זקנה (לדוגמה הכלי של פרבוני [Fraboni Scale of Ageism, בתוך Fraboni et al., 1990], שהשימוש בו רווח בחקר הגילנות בארץ [Bodner & Lazar, 2008] ובעולם [Rupp et al., 2005]), מדידה עקיפה של גילנות באמצעות תיאורי מקרה אינה שכיחה בספרות המחקרית, על אף יתרונותיה בצמצום

ההטיה במדידת התופעה. אי לכך, מטרת המאמר הנוכחי היא לסקור את תיאורי המקרה המוצגים בספרות ככלים למדידה עקיפה של עמדות כלפי זקנים. זאת כדי לתרום להרחבת השימוש בשיטה זו במחקרים עתידיים. סקירת הספרות לצורך איתור תיאורי המקרה תתמקד באוכלוסיית נותני שירותי הבריאות. זאת לנוכח הידע ההולך ומצטבר באשר להיקף תופעת הגילנות בקרבם ולהשפעה שיש לתפיסות ולעמדות גילניות בקרב אנשי מקצועות הבריאות על טיבו ואיכותו של הטיפול הניתן ללקוחות הזקנים של מערכת הבריאות (Kagan, 2008; Jacelon, 2002; Rohan, Berkman, Walker, & Holmes, 1994; Wai-Tong, 1997; Woolfe & Biggs, 2007; Lee, 2007).

שיטת המחקר

לשם איתור מקורות המציגים תיאורי מקרה למדידת גילנות בקרב אנשי מקצועות הבריאות נערך חיפוש בשלושה מאגרי מידע בינלאומיים מובילים במדעי החברה והרפואה: Medline; Psycinfo, Web of Science. מילות החיפוש שהוזנו היו: ageism, vignettes, physicians, nursing, social work, psychologists, physiotherapists. טווח השנים לחיפוש לא הוגבל, ולכן אותרו כל המקורות שהתייחסו למדידת גילנות באמצעות תיאורי מקרה במאגרי מידע אלה. בנוסף לשלושת מאגרי המידע, נערך חיפוש גם במאגר הביבליוגרפי של מרכז הידע לחקר הזדקנות האוכלוסייה באוניברסיטה העברית. מטרת החיפוש במאגר זה הייתה לסקור מקורות שנכתבו בשפה העברית והציגו תיאורי מקרה למדידת גילנות. המאגר של מרכז הידע סוקר ספרות החל משנת 2000 ועל כן נסקרו כל המקורות בעברית שהתפרסמו בעשור האחרון. אחד מיתרונותיו הבולטים של מאגר מרכז הידע הוא בהעלאתה של ספרות אפורה* (שויביץ-עזרא, פסקל ויוסים, 2010) ועל כן נסקרה גם היא. להלן יוצגו ממצאי החיפוש על פי חלוקה לפרופסיות. תחילה יוצגו ממצאי האיתור של מדידת גילנות באופן עקיף בקרב רופאים ולאחר מכן בקרב אחיות, בקרב עובדים סוציאליים ופסיכולוגים ולבסוף בקרב פיזיותרפיסטים. בכל אחד מהפרקים יוצג תיאור קצר של המחקר הכולל את מטרת המחקר, אוכלוסיית המחקר והכלי למדידת גילנות (כדי למנוע סרבול, יוצגו השאלות בלשון זכר, אף שהפנייה מתייחסת לשני המינים גם יחד). ריכוז הסקירה יופיע בטבלה מסכמת בהמשך.

כלים למדידה עקיפה של גילנות בקרב רופאים

במחקר עדכני שנערך בקרב רופאים לטיפול ראשוני בדקו אונקפר ואריאן (Uncapher & Arian, 2000) את קיומה של הטיה גילנית בטיפול בחולים בעלי נטיות אוברדניות. במסגרת המחקר, נבחרו באופן אקראי רופאים לטיפול ראשוני מתוך רשימה שמית של רופאים באוניברסיטת קליפורניה, סן פרנסיסקו, ונשלח אליהם בדואר אלקטרוני אחד משני תיאורי מקרה המתארים מטופל מדוכא ובעל נטיות אוברדניות. ההבדלים בין שני

* ספרות אפורה כוללת עבודות תזה לתואר מוסמך, עבודות דוקטורט ודו"חות מחקר.

התיאורים היו גיל המטופל (38 לעומת 78) ומצבו התעסוקתי (פועל בבית חרושת לעומת גמלאי). קבוצת הניסוי שנבחרה אקראית (100 משתתפים) קיבלה תיאור מקרה של מטופל זקן, גמלאי, מדוכא ובעל נטיות אובדניות, וקבוצת הביקורת (115 משתתפים) קיבלה תיאור מקרה זהה, מלבד היות המטופל צעיר ומועסק. לתיאור המקרה צורף שאלון כדי לקבוע את מידת קיומה של מחשבה אובדנית, ופותח כלי כדי לבדוק את מידת רצונו של הנחקר לטפל באדם המתואר.

תיאור מקרה

סם, גבר לבן בן 78/38, מועסק כפועל בבית חרושת/גמלאי, שהופנה אליך מהמרפאה הכללית בשל תלונות על נדודי שינה כרוניים, עייפות, חוסר תיאבון וכאבים כלליים במהלך השנתיים האחרונות. הרישומים הרפואיים של סם מצביעים על סוכרת, יתר לחץ דם ובעיות כרוניות חמורות במערכת הנשימה. סם מספר לך כי הוא אינו מקפיד על אכילה נכונה, אינו מתעמל ולעיתים יש לו קשיי נשימה. סם אינו מציין בבירור את המועד המדויק שבו חלה החמרה בתסמיניו, מכיוון שלאחרונה יש לו קשיים בריכוז. הוא אומר כי תסמיניו לא מאפשרים לו ליהנות משום דבר, מפני שהם פוגעים ביכולתו לבצע משימות יומיומיות כמו מטלות הטיפול בבית. אתה יכול לזהות שלא חל שיפור בבעיותיו של סם, אך הוא אינו חולה סופני. אתה סבור ששינוי בתרופות עשוי לגרום לסם לחוש יותר בנוח. סם אומר לך שהוא חש כי הרופאים כבר עשו כל אשר לאל ידם, ושאינן לו כל תקווה להקלה בתסמינים. הוא אומר כי אין לו בשביל מה לחיות, ושהמצב רק ילך ויחמיר. הוא אומר לך, "דוקטור, אני נוטל כל כך הרבה כדורים. אני פשוט לא רוצה לנסות כדור נוסף או אפילו לקחת כדורים נוספים כלשהם. חייתי את חיי. אני לא באמת מוצא סיבה להמשיך הלאה".

לאחר תיאור המקרה התבקשו הנבדקים למלא את השאלון הבא (סקלת הטיפול במטופל אובדני) על פי סולם שנע מ-1 = בהחלט לא מסכים עד 10 = מסכים בהחלט.

שימוש באסטרטגיות טיפוליות

1. הייתי מסכים עם החלטתו של סם לסיים את חייו.
2. הייתי מציע לסם לנסות למצוא סיבות "להמשיך הלאה".
3. הייתי מציע לסם אפשרויות להפחתת תלונותיו הסומטיות.
4. הייתי מציע לסם אפשרויות להפחתת תלונותיו הנוגעות למצוקה נפשית.

קבלת הנטייה האובדנית

1. הערותיו המסכמות של סם הן הגיוניות.
2. הערותיו המסכמות של סם הן סוגסטיביות או פתולוגיות.
3. זה נורמלי שלמטופלים כמו סם יהיו מחשבות ביחס לסיום חייהם.
4. הייתי מסכים עם החלטתו של סם שלא לקחת כדורים נוספים.
5. הייתי מסכים עם החלטתו של סם שלא לנסות ולהאריך את חייו.
6. אם סם סובל ממחלה כרונית והוא מעוניין לסיים את חייו, ניתן להבין זאת.

אמונה בטיפול

1. הייתי שואל את סם אם הוא שוקל להתאבד.
2. כאשר מחשבות אובדניות ומחלה רפואית מתרחשות ברזמנית, ניתן לטפל במחשבות האובדניות.
3. דיון על התאבדות עלול לגרום לסם לנסות להתאבד.
4. סם הוא אובדני פוטנציאלי.
5. מטופלים שאני מזהה כאובדניים יפתחו תלות בי.
6. קרוב לוודאי שסם יסרב לטיפול פסיכולוגי או פסיכיאטרי.
7. הייתי שולח את סם לייעוץ פסיכולוגי או פסיכיאטרי.
8. אני חושב שפסיכולוגים או פסיכיאטרים עשויים לעזור למטופל כמו סם.
9. אני לא תמיד שוקל סיכון אובדני בקרב מטופלים שסובלים מבעיות כה רבות.
10. אני לחוץ מדי בזמן בכדי לגלות נטייה אובדנית אצל מטופלים כמו סם.

גם מחקרם של בארנאו ואחרים (Barnow, Linden, Lucht, & Freyberger, 2004) עסק בסוגיית האובדנות ונבע מן הוויכוח המתמשך בסוגיה האם משאלת מוות בגיל זקן היא תופעה נורמלית שיש לקבלה, בניגוד למשאלה מסוג זה בגיל צעיר. החוקרים בדקו באיזו מידה משפיע גילו של המטופל על קבלת החלטות של רופאים ואחיות. לשם כך נעשה שימוש בתיאורי מקרה אמיתיים (שנבחרו ממחקר ההזדקנות של ברלין, Baltes & Mayer, 1999) אודות שלושה אנשים בני 70 ומעלה הסובלים מדיכאון ורוצים למות. תיאורי המקרה הוצגו בפני 19 רופאים ו-83 אחיות. עבור מחצית מן הנבדקים הופחתו 20 שנה מגילם האמיתי של האנשים המתוארים.

תיאור מקרה 1

גבר בן 86/66, חי לבדו בבית קיץ (מקום מגורים שני). הוא נראה מלא עניין ונבון. הוא משתמש במכשיר שמיעה ומגושם מעט, מכיוון שהוא סובל מהגבלת תנועה ברגלו ומהפרעה ביציבות. במהלך השיחה הוא נראה רציני ביותר ומותיר רושם של אדם חכם ושלי. אפנון רגשי מופחת במידת מה. הוא היה אדם רציני מאוד במשך כל חייו. הוא סובל ממצב רוח דיכאוני, במיוחד בבקרים, ורואה את עצמו אדם רגיש ומדוכא. הרגשתו משתפרת לאחר טיפול תרופתי. בתקופות קודמות חל שיפור משמעותי בדיכאון שלו במהלך חופשות. את רצונו למות הוא מביע כבר זמן רב, אך מעולם לא היו לו כוונות אובדניות. הוא דואג בשל בדידותו מפני שמאז ומתמיד פחד להיות לבד. הוא מודאג מבריאותו הגופנית, ומתלונן על בעיות בהליכה ועל כאבים בקרסולים.

תיאור מקרה 2

גבר בן 78/58, חי לבדו מאז שבתו ואשתו נפטרו באופן בלתי צפוי לפני שבע שנים. בשש השנים האחרונות, הוא עבר עשרה ניתוחים בשל גידול שפיר בשלפוחית השתן. הוא סובל מסטומה בכליה. עורו חיוור ובעל גוון צהוב חולני במידת מה. במהלך השיחה הוא מכונס בעצמו, מאופק ואינו רוצה להתלונן. הוא שקוע בשיחה והאפנון

הרגשי שלו טוב. עולות דמעות בעיניו כאשר הוא מספר על מותן הבלתי צפוי של בתו ואשתו (במרווח של ימים ספורים בין האחת לשנייה). בנוסף לכך, מחלת הכליה שלו מהווה עול ניכר עבורו. הוא סבור שהוא כבר אינו מצליח להתמודד היטב עם הכאב. האופטימיות שלו פחתה. המוות כבר אינו מהווה טאבו מבחינתו. הוא רוצה למות, אך סבור שהוא פחדן מכדי ליטול את חייו שלו בעצמו. אילו היה עושה כן, היה תר אחר דרך מהימנה לחלוטין (למשל רעל). הוא סובל מבעיות שינה חמורות וממחשבות טורדניות מזה שלושה שבועות. בנוסף הוא מודאג מאוד ביחס למצבו הכלכלי. הוא חושש שהוא עלול להתרושש בשל אשפוזיו הרבים, אף על פי שביטוח הבריאות שלו מכסה הכול. לעיתים קרובות, אך לא באופן מתמשך, הוא חש שבור לב. שיחות עשויות לשפר את מצב רוחו.

תיאור מקרה 3

גבר בן 85/65, חי לבדו בדירה קטנה. הוא נראה ידידותי וכן. מצב רוחו מווסת היטב. בשל קוצר נשימה חמור, הוא נראה שברירי. יש לו משאלת מוות מזה כשמונה-עשר חודשים. במהלך תקופה זו הוא היה מאושפז בבית חולים במשך זמן מה. מאז הידרדר מצבו הכללי. חייו מוגבלים במידה רבה בשל קוצר הנשימה שממנו הוא סובל. הוא מתלונן גם על בעיות בלסת הקדמית (prognathia) ועל חוסר שיניים. לדבריו ניכרת הרעה גוברת והולכת במצב רוחו, בזיכרון שלו וביכולתו לחשוב בצורה בהירה. אף על פי שאין לו כל כוונות אובדניות, הוא רוצה למות. הוא היה שמח פשוט לא להתעורר בבוקר.

מדדים

הרופאים והאחיות התבקשו להשיב "כן" או "לא" לשאלות הבאות, ביחס לכל מקרה בנפרד:

1. האם לדעתך המטופל במקרה זה סובל מהפרעה נפשית?
2. האם היית ממליץ במקרה זה על טיפול תרופתי (למשל באמצעות תרופות אנטי-דיכאוניות)?
3. האם היית ממליץ במקרה זה על פסיכותרפיה?
4. אילו אדם זה היה מופנה למחלקת טיפול נמרץ בשל הרעלה חמורה הנובעת מניסיון התאבדות, האם היית יוזם טיפול רפואי?
5. אילו היתה לאדם זה מחלה מסכנת חיים, האם היית ממליץ על טיפול רפואי אינטנסיבי?

מחקר נוסף שעסק בסוגיית הדיכאון (Helmes & Duggan, 2001) בחן באופן ספציפי האם השילוב של גיל ומחלה גופנית משפיע על הזיהוי, על הטיפול ועל בדיקות נוספות שעורכים רופאים כלליים במקרה של דיכאון אפשרי אצל גברים זקנים. לשם כך נעשה שימוש בארבעה תיאורי מקרה המתארים גבר הסובל מדיכאון. המשתנים כללו שתי רמות גיל וכן נוכחותה או היעדרה של מחלת לב. תיאור המקרה התייחס לגיון, אדם שסובל מתסמיני דיכאון על פי הקריטריונים של ה-DSM — המדריך האבחוני למחלות נפשיות.

ארבעת תיאורי המקרה היו זהים, פרט לכך שבשניים מהם גילו של ג'ון היה 56 ובשניים 76, ובשני תיאורי מקרה תואר ג'ון כסובל גם מבעיה בליבו נוסף לדיכאון. תיאורי המקרה שהתייחסו לבעיה בלב ציינו כי "ג'ון סבל מאי־ספיקת לב מתונה לפני שלוש שנים, אך החלים היטב ומצבו נשמר חיובי באמצעות מעקב רגיל עם קבלת קאפטופריל (תרופה לטיפול ביתר לחץ דם) ללא תגובות שליליות". קאפטופריל נבחר משום שזוהי תרופה נפוצה לאי־ספיקת לב שרושמים רופאים כלליים ואין לה תופעות לוואי דיכאוניות. יש להדגיש כי הנוסח של תיאורי המקרה לא פורט במלואו במאמר ועל כן אינו מוצג כאן. לאחר הצגת תיאור המקרה התבקש הרופא למלא שאלון. חלק מהשאלות בשאלון וממרכיבי תיאור המקרה נלקח ממחקרם של ג'יימס והיילי (James & Haley, 1995).¹ השאלון כלל שני חלקים: בראשון התבקש הרופא לספק את התרשמותו ממצבו של ג'ון, להציע טיפול וכן להשיב על אלו בדיקות נוספות, אם בכלל, הוא ממליץ. הרופא התבקש אף לדרג את הפרוגנוזה של ג'ון ואת מידת יכולתו לטפל בבעייתו. בחלקו השני של השאלון התבקש הרופא לספק מידע כללי ודמוגרפי:

- הערכה על מידת המגע שיש לו כרופא כללי עם קבוצות גיל מגוונות במסגרת הפרקטיקה שלו.
- אחוז ממטופליו הסובלים מבעיות נפשיות.
- מין וגיל של הרופא הכללי.
- מספר השנים שהוא עוסק בפרקטיקה.

מחקרם של בומן וארסלוס (Bouman & Arcelus, 2001) בחן את היחס של פסיכיאטרים מיעצים לשמיעת ההיסטוריה המינית ולניהול הטיפול בבעיות של תפקוד מיני אצל מטופליהם. כלי המחקר כלל שאלון המבוסס על שני תיאורי מקרה. האחד תיאר אדם בן 83 ללא היסטוריה פסיכיאטרית וללא מוגבלות קוגניטיבית כלשהי, המתלונן שהוא סובל ממצב רוח רע מזה חודשיים. תיאור המקרה השני תיאר אדם בגיל העמידה, בן 40, עם תלונה זוהה. תיאור המקרה לווה בשאלות ביחס לשמיעת ההיסטוריה המינית ולניהול הטיפול בבעיות של תפקוד מיני.

הפסיכיאטרים התבקשו להשיב על השאלות שבחנו את המידה שבה, במסגרת תהליך ההערכה שהם מבצעים (בכל אחד מתיאורי המקרה), הם היו מפנים אל המטופל את השאלות הבאות:

1. האם אתה פעיל מינית?
2. האם אתה מודע לבעיות כלשהן ביכולתך לקיים יחסי מין וליהנות מהם?
3. האם יש לך או היו לך בעיות כלשהן בהגעה לזקפה או שמירה על זקפה?
4. האם מחלתך הנוכחית השפיעה על חיי המין שלך?

1 מחקר זה יתואר ביתר פירוט בפרק המתמקד בעובדים הסוציאליים ובפסיכולוגים, משום שאוכלוסיית המחקר שלו היתה פסיכולוגים.

בנוסף נשאלו הנבדקים לגבי האפשרות שבמסגרת ההערכה היה מתברר כי מצב הרוח הרע הינו משני לבעיה מינית. הם התבקשו להשיב האם היו מפנים את המטופל לאחות פסיכיאטרית בקהילה, לטיפול מיני, האם היו נותנים לו ייעוץ ומפנים אותו חזרה לרופא המטפל, או מטפלים בבעיה בעצמם. השאלון התייחס גם לסוגיה של אי־שמיעת ההיסטוריה המינית בזמן ההערכה. הפסיכיאטרים נשאלו האם חוסר ההתייחסות לנושא נובע ממבוכה, מתחושה שהמטופל עלול להיפגע, או מכך שהם סבורים שזה לא רלוונטי או לחלופין בלתי הולם במהלך הראיון הראשון. התשובות האפשריות היו: כן, לעיתים קרובות; כן, לעיתים רחוקות; אף פעם לא.

גם מחקרם של פורד וסבורדון (Ford & Sbordone, 1980) בדק הטיה גילנית בקרב פסיכיאטרים. המחקר התמקד בהערכת המידה שבה החולה מוגדר כמטופל אידיאלי, ("idealness"), בקביעת הפרוגנוזה שלו ובהחלטה על תוכנית טיפולית עבורו. במחקר זה נעשה שימוש בארבעה תיאורי מקרה:

1. לאישה בת 65/41 היתה התפרצות אקוטית של אגורפוביה זמנית (פחד חולני מפני המרחב), הקשורה לעובדה שבתה היחידה עזבה את הבית כדי להינשא. למטופלת היו תסמינים דומים אך חולפים פעם אחת בעברה, כאשר היא עצמה עזבה את ביתה כדי להינשא.
2. גבר בן 68/42 עם היסטוריה של התמכרות לאלכוהול, אשר נמל במהלך השנים האחרונות, חזר לשנות באופן מופרז בתגובה למתח בחיי נישואיו. בריאותו הכללית טובה.
3. גבר בן 64/22 נעשה היפראקטיבי ויש לו תוכניות גרנדיוזיות להרוויח הון. הוא ישן בין שעתיים שלוש שעות בלבד בכל לילה, מבזבז את כספו בפזיזות ומפגין התנהגות מינית בוטה בחיזוריו אחרי נשים שהוא מכיר. אין לו היסטוריה של טיפול פסיכיאטרי או התמכרות לסמים, ואין אינדיקציה למחלה אורגנית במוח.
4. אישה בת 72/32 שבעלה נפטר לפני שישה חודשים, מגיעה לטיפול בשל נדודי שינה, אנורקסיה (היא איבדה 4.6 ק"ג ממשקלה) ותלונות היפוכונדריות. בריאותה מצוינת פרט לשינויים לא משמעותיים בגלי ST-T בתרשים האק"ג (minor, asymptomatic ECG ST-T wave changes).

הנבדקים התבקשו לסמן על קו רצף של 100 מ"מ את המידה שבה החולה עונה לקריטריונים שלהם לגבי מטופל אידיאלי (קצות הרצף היו "במידה רבה מאוד" ו"כלל לא"). בנוסף הם התבקשו לסמן על קו רצף את הערכתם לגבי הפרוגנוזה של המטופל (קצות הרצף היו "גרועה" ו"מצוינת"). הנקודות חושבו על ידי מדידת המרחק במילימטרים מנקודת העוגן השמאלית ועד לסימון של המשיב. השאלה השלישית דרשה מהמשיב לבחור תוכנית טיפולית עבור המטופל המוצג בכל אחד מתיאורי המקרה הקליניים. אפשרויות הבחירה היו: (1) פסיכותרפיה בלבד, (2) פסיכותרפיה ופארמקותרפיה, (3) בראש ובראשונה פארמקותרפיה, (4) שום טיפול.

המחקר האחרון שאותר בקרב רופאים עשה שימוש בתיאורי מקרה מצולמים ובדק כיצד מאפייניהן של ארבע דמויות השפיעו על החלטות הטיפול ראשוני של רופאים ביחס למחלת לב כלילית / מחלה בעורקי הלב (CHD) (Arber et al., 2006). לשם כך צפו רופאים ראשוניים (primary care physicians) בתיאור מקרה מוקלט המציג תסריט של התייעצות שבה מציג המטופל תסמינים שגרתיים של CHD. קלטות הווידיאו היו זהות פרט למגדר, מעמד, גזע וגיל המטופל (55 לעומת 75). 256 רופאים ראשוניים באנגליה ובארצות הברית צפו בקלטות אלו במערך של ניסוי אקראי.

בקבוצת הניסוי צפו הרופאים בשתי סימולציות וידיאו: מטופל שמציג תסמינים של CHD ומטופל שני עם תסמינים של דיכאון. לאחר הצפייה אמר המראיין: "בבואך לענות על השאלות הבאות, זכור בבקשה שהייתי רוצה שתשקול את ההתייחסות למטופל בהקשר של הפרקטיקה הנוכחית שלך". לאחר מכן נשאל הרופא שאלות ביחס לאבחון ולניהול הטיפול בחולה.

שאלות אבחון:

- א. שאלות נוספות – האם היית שואל את המטופל שאלות נוספות לפני שהיית מאבחן?
- ב. בדיקה גופנית – האם היית עורך בדיקה גופנית? מה היית רוצה לבחון? האם משהו נוסף?
- ג. אבחון אפשרי – ציין בבקשה ממה לדעתך סובל המטופל. אם נשתמש בסקאלה של 0–100, כאשר 0 מצביע על חוסר ביטחון מוחלט ו-100 מצביע על ביטחון מוחלט ביחס למחלה מסוימת, עד כמה אתה בטוח שהמטופל סובל ממחלה זו?
- ד. בדיקות לאימות האבחון – מהן שתי האפשרויות העיקריות שהיית בודק? בהתבסס על המידע המוצג, האם היית מזמין בדיקות נוספות? אלו בדיקות היית מזמין ביחס לאפשרות הראשונה במעלה? האם משהו נוסף? אלו בדיקות היית מזמין ביחס לאפשרות השנייה במעלה? האם משהו נוסף?

בשלב הבא נשאלות שאלות ביחס לניהול הטיפול בחולה:

- א. תפיסות – בהתבסס על המידע המוצג במקרה זה, האם היית רושם או ממליץ על תרופות כלשהן עבור מטופל זה? אלו תרופות? האם משהו נוסף?
- ב. ייעוץ – האם היית מיעץ למטופל ביחס לסגנון החיים שלו או ביחס להתנהגותו? מה היית מיעץ? האם משהו נוסף?
- ג. הפניה למומחה – האם סביר להניח שהיית מפנה את המטופל לאיש מקצוע אחר מתחום הבריאות? אם כן, לאיזה איש מקצוע היית מפנה אותו?
- ד. ביקור חוזר – האם היית רוצה לבדוק את המטופל שוב? תוך כמה זמן היית רוצה לבדוק את המטופל שוב? (מקודד בימים).

כלים למדידה עקיפה של גילנות בקרב אחיות

סקירת הספרות לאיתור תיאורי מקרה למדידת גילנות בקרב אחיות העלתה מחקר אחד בלבד שבו נעשה שימוש בשיטה זו. יש לציין כי גם מחקרם של בארנאו ואחרים (Barnow et al., 2004) שהוצג בפרק על אוכלוסיית הרופאים, בחן גילנות באמצעות תיאורי מקרה בקרב אחיות, אולם המחקר שיוצג בפרק זה בחן גילנות באופן זה בקרב אחיות בלבד. להלן יוצג מחקר זה, שבמסגרתו הוצגו תיאורי מקרה לאוכלוסיית אחיות בבית חולים.

במסגרת המחקר שנערך בקרב 500 אחיות חדר מיון (Arslanian-Engoren, 2001) נבדק האם החלטותיהן של אחיות חדר מיון היו שונות כאשר הוצגו להן מטופלים בעלי סימנים זהים לאירוע לבבי (myocardial infarction) אך שונים זה מזה בגילם ובמינם. לצורך המחקר פותחו שלושה זוגות של תיאורי מקרה שתיארו מטופלים בעלי תסמינים זהים, מלבד הגיל. הזוג הראשון עסק במטופל/ת בן/בת 43 שהגיע/ה לחדר מיון עם תלונות על קוצר נשימה, הזעה, כאב אפיגאסטרי, ומלבד זאת היסטוריה רפואית נטולת אירועים מיוחדים. הזוג השני עסק במטופל/ת בן/בת 66, שהגיע/ה לחדר מיון עם תלונות על בחילה, סחרחורת, כאבים בעצם הבריח והיסטוריה של סוכרת ויתר לחץ דם. הזוג השלישי של תיאורי מקרה תיאר מטופלים ללא סימנים הקשורים למחלת לב ושימש כהסחה.

משתתפות המחקר קיבלו בדואר האלקטרוני שלושה תיאורי מקרה (אחד מכל זוג), טופס דמוגרפי ומעטפה מבוילת להחזרת הטפסים. הן התבקשו לזהות באופן ספונטני חמישה סימנים לכל היותר מתוך המידע המוצג בכל תיאור מקרה ולדרג את הרלוונטיות של כל אחד מן הסימנים המוצגים תוך שימוש בסולם בעל 100 דרגות (100-mm horizontal VAS), הנעות מ-0 (לא רלוונטי) עד 100 (רלוונטי מאוד). המשיבות היו חופשיות לבחור כל תסמין, מאפיין או תכונה כסימן של אירוע לבבי. בנוסף התבקשו המשתתפות במחקר לדרג על גבי סולם זהה את מידת הדחיפות שבה יש להעריך את המטופל ($=0$ לא דחוף, $=100$ דחוף). לאחר מכן הן נשאלו האם יש לקבל את המטופל לאשפוז או לשחררו לביתו. אלו שבחרו ב"קבלה" התבקשו לבחור בין קבלה למחלקה כללית, למיטה אלקטרו-קרדיוגרמית מנוטרת או לאשפוז במחלקת טיפול נמרץ.

כלים למדידה עקיפה של גילנות בקרב עובדים סוציאליים ופסיכולוגים

עבודותיו של קיין (e.g. Kane, 2004, 2008) העמידו לרשותנו מבחר של תיאורי מקרה המשמשים למדידה עקיפה של גילנות בקרב עובדים סוציאליים וכן לבחינת גילנות בקרב האוכלוסייה הכללית.

במחקר הראשון שיוצג (Kane, 2004) התבקשו סטודנטים לתואר בוגר ומוסמך בעבודה סוציאלית להתייחס לאחד משני תיאורי מקרה זהים (חולקו באופן אקראי), מלבד גילה של הדמות המתוארת. בעקבות תיאור המקרה התייחסו הנבדקים ל-16 פריטים העוסקים

בהערכה ובהתערבות ביו-פסיכו-סוציאלית הקשורות לחולי, הזדקנות ומוות. יש להדגיש כי הן תיאור המקרה והן 16 פריטי התגובה נסקרו על ידי פאנל של חמישה עובדים סוציאליים כדי להגדיר תוקף תוכן.

תיאור מקרה

גב' ג'ונס היא אישה נשואה בת 72/38. היא בעלת עסק משלה ויש לה שני ילדים. היא מגיעה ללשכה המקומית לשירותים חברתיים. היא נראית מלאת צער ומודאגת. כאשר היא פוגשת את העובד הסוציאלי שלה, היא מספרת לו בדמעות שהיא שרויה בהלם מכיוון שאובחנה כחולה בסוג קשה של סרטן. היא מצהירה שסיפרה לילדיה ולבעלה שיש לה סרטן; החדשות היו הרסניות עבורם. היא ממשיכה ואומרת שאינה רוצה לסבול מייסורי המחלה ומאמינה כי מוטב שתסיים את חייה. היא מכחישה שיש לה תוכנית מוגדרת בשלב זה, או שיש לה היסטוריה של ניסיונות להזיק לעצמה. היא מצהירה על תמיכתה בסיוע להתאבדות ובזכות למות בכבוד וסבורה כי "לאנשים צריכה להיות הזכות לשלוט במועד ובאופן שבו יסתיימו חייהם, במיוחד כאשר הם מאמינים שיש להם תקווה מועטה בלבד לניהול חיים פרודוקטיביים בעתיד".

לאחר תיאור המקרה התבקשו הנבדקים לדרג את 16 הפריטים הבאים על גבי סולם ליקרט בן ארבע דרגות (1 = מסכים בהחלט, 2 = מסכים, 3 = לא מסכים, 4 = לגמרי לא מסכים).

הפריטים

1. יש לסייע לגברת ג'ונס להתמודד עם הדיכאון.
2. אם גברת ג'ונס תהרוג את עצמה, ניתן יהיה להבין זאת.
3. סיוע להתאבדות במקרים כגון זה צריך להיות חוקי.
4. בהתחשב בגילה של גברת ג'ונס, יש סיכוי טוב שהיא תוכל להחלים באופן מלא.
5. יש להרשות לגברת ג'ונס לסיים את חייה אם היא בוחרת בכך.
6. יש לאשפז את גברת ג'ונס בכפייה במוסד פסיכיאטרי לצורך הסתכלות וטיפול.
7. סביר להניח שגברת ג'ונס תמות, ללא קשר לסוג הטיפול הרפואי שהיא מקבלת.
8. אילו גברת ג'ונס היתה צעירה יותר, סיכויי ההחלמה שלה היו טובים יותר.
9. העובד הסוציאלי צריך לומר לגברת ג'ונס שיש לה סיבות רבות להמשיך לחיות.
10. העובד הסוציאלי צריך לעזור לגברת ג'ונס להתכונן למוות.
11. גברת ג'ונס מבלבלת מכדי לקבל החלטות כלשהן.
12. גברת ג'ונס צריכה להיות מודאגת מאיכות חייה יותר מאשר מאורכם.
13. גברת ג'ונס חיה זמן רב.
14. הרצונות וההחלטות של גברת ג'ונס יכובדו על ידי אנשי מקצוע ממערכת הבריאות.
15. גברת ג'ונס צריכה לקבל סיוע פסיכותרפי.
16. הייתי רוצה להיות העובד הסוציאלי של גברת ג'ונס.

מחקרם של קיין, גרין וג'ייקובס (Kane, Green, & Jacobs, 2010) בחן סטודנטים שמשותפים בקורסים של עבודה סוציאלית במסגרת לימודים לתואר בשירותי אנוש, ובדק את תפיסותיהם לגבי חסרי בית מבוגרים וצעירים, גברים ונשים. תיאורי המקרה במחקר המתואר התמקדו באישה צעירה/אישה זקנה, איש צעיר/איש זקן. ההתנהגויות של הדמויות עשויות לרמז על היעדר מקום מגורים, קיומה של מחלת נפש ושימוש בחומרים ממכרים. תיאורי המקרה נסקרו על ידי שני עובדים סוציאליים בעלי ניסיון קליני עם אנשים המאובחנים כבעלי מחלת נפש כרונית וכמשתמשים בחומרים ממכרים. פרטי תיאור המקרה היו זהים, למעט גיל ומגדר הדמות המתוארת.

תיאור מקרה

ליד היציאה לכביש I-95 הקרובה לביתך, אתה רואה באופן קבוע אישה צעיר/זקן צעיר/זקנה. בגדיה/ישנים, בלויים ולא מכובסים. שיערה/ארוך, והוא/היא נראה/ית רזה ושברירי/ת. הוא/היא נוטה לדבר אל עצמה/ולעיתים מקבצת/נדבות בקרב העוברים ושבים בהחזיקה/ה שלט: "כל דבר יעזור. בבקשה עזרו!" לעיתים אתה מתפתה לתת לו/לה דולר או שניים.

לאחר קריאת תיאור המקרה התבקש כל נבדק לענות על שאלון הכולל 30 פריטים תוך שימוש בסולם ליקרט בן 5 קטגוריות (1 = לגמרי לא מסכים, 2 = לא מסכים, 3 = לא מסכים ולא לא מסכים – ניטרלי, 4 = מסכים, 5 = מסכים בהחלט). אחריהם הוצגו 11 פריטים נוספים המתייחסים בין היתר למחלות אפשריות של הדמות המתוארת. לגבי כל אחד מפריטים אלה התבקש הנבדק לדרג את מידת הסבירות שההיגד נכון לגבי הדמות (סולם ליקרט בן 5 דרגות, מ-1 = לא יתכן ועד 5 = נכון בוודאות).

הפריטים

1. אם אתן לו כסף, הוא ודאי ישתמש בכסף כדי לדאוג לעצמו לאוכל.
2. אין ספק שהוא חולה בנפשו.
3. הוא מאושר בחייו.
4. הוא ודאי יוצא צבא עם מחלת נפש.
5. אין ספק שהוא משתמש בחומרים ממכרים.
6. אין ספק שאדם זה חש בודד ומבודד.
7. זהו מקרה של הזנחה עצמית.
8. המשטרה צריכה לכלוא אותו בבית הסוהר.
9. אם אין לו בעיית שימוש בחומרים ממכרים, רק הוא יכול לעזור לעצמו.
10. אנשים הנמצאים במצב זה ודאי לא יחלימו.
11. בהתחשב בגילו, הוא ודאי היה רוצה שמישהו יעזור לו למצוא בית.
12. אין ספק שהוא חי ברחוב משום שלאיש לא אכפת ממנו.
13. הוא ודאי חי ברחוב מפני שאין ביכולתו לממן מגורים במקום אחר.

14. אין ספק שהוא היה אסיר בעברו.
15. אף על פי שהוא מעולם לא נראה עם בקבוק משקה חריף, הוא ודאי אלוהוליסט.
16. אם אתן לו כסף, הוא ודאי ישתמש בו כדי לקנות משקה חריף.
17. הוא עשוי להיות יוצא צבא.
18. סביר להניח שהוא לא מטפל בעצמו היטב.
19. יש מקומות מעטים בלבד שאליהם הוא יכול לפנות לעזרה.
20. אדם זה הוא חסר בית.
21. הוא ודאי עשוי לצאת נשכר מהתערבות בתחום בריאות הנפש.
22. אדם זה ודאי חושש ליפול קורבן למעשה פשע.
23. הוא ודאי יסכים לקבל סיוע מקצועי אם הדבר יוצע לו.
24. הוא אינו זקוק לעזרה מכל סוג שהוא.
25. הוא ודאי מזניח את בריאותו.
26. לאדם זה יש זכות להיות כפי שהוא מוצא לנכון.
27. אדם זה, בדומה לחסרי בית אחרים, הינו חסר בית מכיוון שהוא רוצה להיות חסר בית.
28. אם אדם זה הוא חסר בית, יהיו לו בעיות בריאותיות רבות.
29. משפחתו של אדם זה צריכה לוודא שיש לו מקום לגור בו.
30. אדם זה יהיה בסדר אם יהיו לו עבודה ומקום כלשהו לגור בו.
- 31*. אדם זה הוא חולה איידס.
- 32*. אדם זה הוא חולה שחפת.
- 33*. אדם זה חולה בצהבת מסוג A ו\או צהבת מסוג B ו\או צהבת מסוג C.
- 34*. לאדם זה יש מחשבות/תוכניות אובדניות (מחשבות על פגיעה עצמית).
- 35*. לאדם זה יש מחשבות/תוכניות רצחניות (מחשבות על פגיעה באחרים).
- 36*. אדם זה סובל ממחלות המועברות באמצעות מגע מיני.
- 37*. אדם זה מכור לאלכוהול.
- 38*. אדם זה משתמש בחומרים ממכרים/מכור לחומרים ממכרים [סמים].
- 39*. אדם זה סובל מסכיזופרניה או מהפרעת מחשבה חמורה אחרת.
- 40*. אדם זה סובל מדיכאון או מהפרעת מצב רוח אחרת.
- 41*. לאדם זה יש כיני ראש/גדרת (סקביאס)/כיני גוף.

את הפריטים המסומנים ב-* התבקש הנבדק לדרג לפי מידת הסבירות שההיגד נכון ביחס לדמות, על פי 5 דרגות: לא יתכן; סיכוי נמוך; סיכוי של בערך 50/50; סיכוי גבוה; נכון בוודאות.

במחקר נוסף של קיין וגרין (Kane & Green, 2009) נבדקה הטענה כי אנשי מקצוע בשירותי אנוש אינם מזהים בדרך כלל את התסמינים של שימוש בחומרים ממכרים בקרב אוכלוסיות מבוגרות, ועל פי רוב אינם מציעים התערבות. אי לכך, במסגרת המחקר המתואר קיבלו 242 סטודנטים לשירותי אנוש אחד משלושה תיאורי מקרה והשיבו על השאלון

בעקבותיו. שלושת תיאורי המקרה עסקו בסוגיית השימוש של אדם זקן באלכוהול. תיאורי המקרה נבחנו על ידי שני עובדים סוציאליים המתמחים בשימוש בחומרים ממכרים. שניהם סברו כי נכללים בתיאורי המקרה פרטים המצביעים על שימוש בחומרים ממכרים ואף על תלות בחומרים ממכרים.

תיאור מקרה 1

מר גרין הוא גבר בן 80 שגר לבדו בבית הסמוך לביתו. הוא גמלאי ובדרך כלל אינו מתעורר עד שעות הבוקר המאוחרות. הוא אומנם מברך לשלום את השכנים כאשר הוא פוגש אותם, אך אינו עושה מאמץ מיוחד להתיידד. כל שבוע, כאשר הוא עורך קניות בחנות המכולת השכונתית, הוא קונה שני מארזים של תריסר פחיות בירה ושני בקבוקי יין וכן מעט מצרכי מזון. כאשר הוא מרוקן את פח האשפה שלו, הוא זורק בעיקר פחיות בירה ובקבוקי יין ריקים. היות שהוא שכן שקט ומתבודד, לא סביר להניח כי הוא מארח אנשים רבים. אומנם איש מתושבי השכונה לא ראה מעולם את מר גרין שיכור, אך השכנים מריחים בירה בהבל פיו. כמה מהשכנים העירו על מספרם של פחיות ובקבוקי השתייה החרפה שבפח האשפה.

תיאור מקרה 2

תיאור מקרה 2 זהה לחלוטין לראשון מלבד משפט הפתיחה: גברת גרין היא אישה בת 80 שגרה לבדה בבית הסמוך לביתו. לשון נקבה ממשיך לאורך הטקסט.

תיאור מקרה 3

תיאור מקרה 3 נפתח כך: דמיין שאתה בן שמונים וגר לבד. המשך תיאור המקרה זהה לקודמיו להוציא העובדה שהוא כתוב בגוף שני ולא שלישי.

לאחר תיאור המקרה התבקש כל נבדק לענות על שאלון הכולל 25 פריטים תוך שימוש בסולם ליקרט בן 5 דרגות (1 = לגמרי לא מסכים, 2 = לא מסכים, 3 = לא מסכים ולא לא מסכים [neither agree nor disagree], 4 = מסכים, 5 = מסכים בהחלט). הפריטים היו זהים עבור כל תיאורי המקרה, כאשר הובא בחשבון מין הדמות בכל תיאור בהתאם לתיאור המקרה.

הפריטים (כל פריט חזר על עצמו שלוש פעמים: מר גרין/גברת גרין/אני)

1. למר גרין עלולה להיות בעיית שתייה.
2. מר גרין עשוי להזדקק לעזרה מקצועית כלשהי.
3. שכן מודאג צריך לשאול את מר גרין אם יש לו בעיית שתייה.
4. שכן מודאג צריך לנסות לעזור למר גרין למצוא עזרה כלשהי.
5. אם מר גרין משתמש לרעה בבירה וביין, הוא עשוי להשתמש לרעה בחומרים ממכרים אחרים.
6. יש להרשות למר גרין לשותות כאוות נפשו כל עוד אינו נוהג.
7. על השכנים לעסוק בענייניהם ולעזוב את מר גרין לנפשו.

8. לאנשים בגילו של מר גרין אין בעיות שתייה.
9. אם למר גרין יש בעיית שתייה, רק מר גרין יכול לעזור לעצמו.
10. אנשים שנמצאים במצב זה ודאי לא יחלימו.
11. בהתחשב בגילו, מובן שמר גרין אוהב לשתות.
12. יש להרשות לאנשים בגילו של מר גרין לשתות אלכוהול כאוות נפשם.
13. יתכן כי מר גרין משתמש בבירה וביין כדי להתמודד עם בדידותו.
14. היות שהוא לבד בגילו, זה מובן שהוא שותה בירה ויין.
15. אין כל רע בשתייה לבדך כאשר אתה גר בגפך.
16. אם מר גרין נמצא בגילופין ומתכנן לנהוג, יש להודיע למשטרה.
17. אין ספק שמר גרין סובל מהזנחה עצמית.
18. אין ספק שמר גרין שרוי בדיכאון.
19. זה לא עניינו של איש אם מר גרין שרוי בגילופין.
20. למר גרין בהחלט יש בעיית שתייה.
21. מר גרין ייצא נשכר מקבלת עזרה מקצועית.
22. זה לא עניינו של איש אם מר גרין שותה יותר מדי.
23. מר גרין ודאי יסכים לקבל סיוע מקצועי אם הדבר יוצע לו.
24. אין ספק שמר גרין בודד.
25. מר גרין יהיה אסיר תודה אם שכן יגיד לו שהוא מודאג בגלל השתייה שלו.

בדומה למחקר הקודם שתואר, גם מחקר נוסף של קיין (Kane, 2008) הציג שלושה תיאורי מקרה של אנשים זקנים (איש זקן/ אישה זקנה/ הנבדק כאיש/ה זקן/ה). המחקר הנוכחי ביקש לבחון את תפיסות הנבדקים ביחס לחוסן בגיל 75. בתיאור המקרה הראשון, הדמות הראשית היא מר ג'ונס שגילו 75; בתיאור המקרה השני הדמות היא גברת ג'ונס שגילה 75; בתיאור המקרה השלישי התבקשו הנבדקים לדמיין את עצמם בגיל 75.

תיאור מקרה

מר ג'ונס הוא בן 75. לאחרונה איבד את בת זוגו. אף על פי שבריאותו מאז ומתמיד היתה טובה, מותה הטרי של בת זוגו השפיע עליו. הוא מדווח על אובדן תיאבון, קשיים בשינה וקושי לדמיין את חייו ללא בת זוגו. הרופא שלו מאמין כי הוא חווה תהליך נורמלי של התאבלות ומציע שישקול קבלת טיפול ואולי שימוש בתרופות במידה שהתסמינים יימשכו יותר ממספר חודשים. בדרכו חזרה הביתה מהפגישה עם הרופא, תוקף את מר ג'ונס שודד ומשליך אותו על הרצפה. השודד לוקח בכוח את כל הכסף ודברי הערך שברשותו. הוא לא נפצע בגופו, אולם המקרה מערער אותו נפשית. הוא מדווח על הפשע למשטרה, אך חי מחדש את האירוע בחלומותיו ולעיתים חש מפחד מכדי לצאת מביתו לבדו. במקרים אחרים הוא חש הלם ממותה של בת זוגו ומכך שנשדד. ברגעים מעין אלה הוא עלול לבכות, להרגיש עצבני ולפעמים לחשוב שמוטב לו למות. אף על פי שאין לו תוכנית מוגדרת להזיק לעצמו ואין לו היסטוריה של מחשבות אובדניות, הוא עדיין מודאג דיו כדי לקבוע פגישה עם מטפל. כאשר

המטפל שואל אם הוא שוקל להזיק לעצמו, מר ג'ונס עונה כי המחשבה חלפה במוחו לאחרונה, אך הוא אינו יודע כיצד לעשות זאת.

אחרי קריאת תיאור המקרה התבקש כל נבדק לענות על שאלון הכולל 21 פריטים תוך שימוש בסולם ליקרט בן 5 דרגות (1 = לגמרי לא מסכים, 2 = לא מסכים, 3 = לא מסכים ולא לא מסכים, 4 = מסכים, 5 = מסכים בהחלט).

פריטים

היבט 1 – החלמה של הדמות

- במצב כזה, המטפל יתקשה לעבוד עם מר ג'ונס.
- בהתחשב בגילו של מר ג'ונס ובמספר האובדנים שחווה, יתכן שנגרם לו נזק פסיכולוגי קבוע.
- בגיל 75, מר ג'ונס צריך להיות זהיר יותר כאשר הוא יוצא לבדו.
- בהתחשב בגילו של מר ג'ונס, אני מודאג ביחס לסיכויי החלמתו.
- בהתחשב בגילו של מר ג'ונס, קרוב לוודאי שהוא לא ייצא נשכר מן הטיפול.
- בהתחשב בגילו של מר ג'ונס, הוא יזדקק למידה רבה של עידוד ותמיכה כדי לצאת לבקר חברים או לערוך סידורים.

היבט 2 – תגובתה של הדמות לאירועים

- תגובתו של מר ג'ונס, שאופיינו בככי ובהלם רגשי, הן נורמליות לחלוטין לאחר אובדן בת זוג.
- תגובתו של מר ג'ונס שאופיינו בככי ובהלם רגשי, הן נורמליות לחלוטין לאחר חוויה של שוד.
- תגובתו של מר ג'ונס, שבה חי מחדש את האירוע בחלומותיו, היא תגובה מובנת לאחר חוויה של שוד.

היבט 3 – מחשבותיה של הדמות אודות פגיעה בעצמה

- בהתחשב בגילו של מר ג'ונס, אהיה מודאג פן יפגע בעצמו.
- בנסיבות אלו, מר ג'ונס עלול להימצא בסכנת התאבדות.
- בהתחשב בנסיבות, אני יכול להבין מדוע מר ג'ונס רוצה למות.

היבט 4 – חוסן הדמות

- בגיל 75, מר ג'ונס יחלים וישכח בוודאי מהאירוע שבו נשדד.
- בגיל 75, מר ג'ונס יתגבר על התסמינים של התאבלות ויחזור לעצמו במהרה.

היבט 5 – יתרונות תרפויטיים עבור הדמות

- המטפל צריך לשקול להפנות את מר ג'ונס לפסיכיאטר כדי לקבל תרופות.
- זוהי התאבלות נורמלית ודרוש זמן כדי להחלים, ולא תרופות.

היבט 6 – תחושת הפגיעות של הדמות

- בגיל 75, מר ג'ונס מהווה מטרה עבור שודדים.
- בהתחשב בנסיבות, ניתן להבין כי מר ג'ונס חש כקורבן של פשע.
- בהתחשב בנסיבות, מר ג'ונס לא ירצה לעזוב את ביתו לאחר שנשדד.

מחקר נוסף אשר אימץ מדידה עקיפה של גילנות באמצעות תיאורי מקרה הוא מחקרם של אייבי, וילינג והאריס (Ivey, Wieling, & Harris, 2000) אשר בחן גילנות בקרב מטפלים משפחתיים וזוגיים במטרה לבדוק האם לגילו של המטופל ולהכשרה הקלינית של המטפל יש השפעה על ההערכה של זוגות הפונים לטיפול זוגי. לשם כך נעשה שימוש בשני נוסחים של תיאור מקרה אשר נבדלו האחד מהשני רק בפרטי הגיל של המטופלים. האחד תיאר זוג נשוי זקן (אישה בת 69, גבר בן 74), שפנה לטיפול בשל חוסר באינטימיות מינית במערכת היחסים, תדירות גדלה של מריבות והתגברות צריכת האלכוהול של הבעל לאחרונה. התיאור השני זהה למעט גילאי הדמויות המתוארות (אישה בת 29, גבר בן 34). בשני המקרים סיפרה האישה על החשש שלה כי הבעיות המיניות במערכת היחסים נובעות מכך שכן הזוג שלה אינו נמשך אליה יותר. היא מתוארת כאישה שנראית מדוכאת. הגבר מתואר כעצבני ומתגונן וכזקוק לדרכון משמעותי כדי להשתתף בשיחה. בני הזוג נשואים מזה שמונה שנים, ויש להם ילדים מנישואים קודמים.

כל משתתף קיבל את אחד מתיאורי המקרה ואחריו התבקש לציין את הערכותיו על גבי שני מדדים: טופס הדירוג הגלובלי של זוגות וטופס דירוג יחידני. טופס הדירוג הגלובלי של זוגות (Global Couple Rating Form – GCRF) הוא מדד בן עשרה פריטים שנועד להעריך את תפקודם הכללי של זוגות. הנבדקים מעריכים את הזוגות באמצעות סימון תפסותיהם על סולם הליקרט של המדד. עשרת הפריטים מעריכים תפסות של תקשורת, משא ומתן ביחס לקונפליקטים, תפקידים, קידום ההתפתחות האישית, קרבה, יציבות, יכולת להשתנות, מצב רוח והסתגלות זוגית כללית. הניקוד של עשרת הפריטים נע בטווח שבין 1 ל-10 ומחושב לכדי ציון כללי. הציון הכללי נע בין 10 ל-100, כאשר ציונים נמוכים מצביעים על תפקוד כללי נמוך של הזוג וניקוד גבוה מצביע על זוג בעל הסתגלות זוגית בריאה. המדד השני שעליו התבקשו המשתתפים להשיב היה טופס דירוג יחידני (Individual Rating Form – IRF), שיש בו פריט אחד שנועד להעריך את הסתגלותו הכללית של הפרט או את בריאותו הנפשית. הנבדקים מעריכים את הסתגלות היחיד על גבי סולם בן עשר דרגות. טווח הציונים הוא בין 1 ל-10, כאשר ציון נמוך מצביע על חוסר הסתגלות כללית וציון גבוה מצביע על הסתגלות כללית בריאה.

בישראל אותרה עבורת תזה ויחידה (יחזקאל, 2010) שנעשה בה שימוש בתיאורי מקרה כדי לבחון הטיה גילנית בקרב עובדים סוציאליים. מטרת המחקר היתה לבחון האם אלימות אינטימית (אלימות בין בני זוג) המופנית כלפי נשים זקנות מקבלת התייחסות שונה מצד עובדים סוציאליים מטפלים בהשוואה לאלימות אינטימית המופנית כלפי נשים צעירות. כמו כן, נבדק האם סוג האלימות שאותה חווה האישה (אלימות גופנית/אלימות נפשית) נקשר ליחס שונה מצד הגורמים המטפלים. המחקר נערך בקרב 212 עובדים

סוציאליים בעלי תואר ראשון לפחות שעובדים בשדה ושרובם עברו הכשרה בנושא אלימות. כלי המחקר כללו ארבעה תיאורי מקרה זהים למעט סוג האלימות מצד בן הזוג (אלימות גופנית/אלימות נפשית), גיל קורבן האלימות (אישה זקנה בת 77 לעומת אישה צעירה יותר בת 37) וגיל התוקף (81/41). לאחר תיאורי המקרה התבקשו הנבדקים להגדיר את המקרה ולמלא שאלון של כוונת התערבות לצד שאלון פרטים אישיים. להלן ארבעת מקרי ההתערבות אשר הוצגו בפני הנבדקים:

תיאורי מקרה 1+2

א', בת 77/37, נשואה ללא ילדים, חולה במחלת הנפילה (אפילפסיה) ועקב כך סובלת מהתקפים חוזרים. א' תלויה בבעלה, בן 81/41, שמטפל בה בזמן ההתקפים. כל התקף כזה גורם להתכווצויות בכל שרירי הגוף ולהיחלשותם ולעיתים אף למתן שתן בלתי רצוני, לנשיכת הלשון ולפגיעה בשרירי הפה, ולכן א' מתקשה גם בלעיסה ובבליעה. א' מספרת לעובדת הסוציאלית כי בכל פעם שמתרחש התקף כזה, בעלה לא מפסיק לקלל את מר גורלו ולומר לעצמו "במה אני אשם, שבגילי כל הזמן אני צריך לדאוג לאשתי ולטפל בה במקום בעצמי? איזו מין אישה זו? הרי גם אני זקוק לטיפול, אני חולה לב ואין מי שיטפל בי". עקב כך, א' לא מרגישה בנוח ובכל פעם שמתרחש התקף כזה, היא אינה מפסיקה לבכות ולקלל את עצמה על מר גורלה.

תיאורי מקרה 3+4

ב', בת 77/37, נשואה ללא ילדים, חולה במחלת הנפילה (אפילפסיה) ועקב כך סובלת מהתקפים חוזרים ונשנים. ב' תלויה בבעלה, בן 81/41, שמטפל בה בזמן ההתקפים. כל התקף גורם להתכווצויות בכל שרירי הגוף ולהיחלשותם ולעיתים אף למתן שתן בלתי רצוני, לנשיכת הלשון ולפגיעה בשרירי הפה, ולכן א' מתקשה גם בלעיסה ובבליעה. דיבורה איטי, משובש ולעיתים לא ברור, בעיקר לאחר התקף אפילפטי. ב' מספרת לעובדת הסוציאלית כי מאז שהוכרה כחולת אפילפסיה השתנו חייה לבלי הכר. היא כמעט שאינה יוצאת מביתה כי אין לדעת מתי יתרחש התקף. היא רזתה מאוד אין לה רצון לאכול בשל קשיי הלעיסה והבליעה שלה. בנוסף, בעלה, שלא מבין את קשייה, מאכיל אותה בכוח וכתוצאה מכך פוצע אותה במהלך ההאכלה.

לאחר תיאור המקרה התבקשו הנבדקים להשיב על השאלה "כיצד היית מגדיר את המקרה?" באמצעות בחירה בין האפשרויות הבאות: 1. אלימות; 2. בעיה משפחתית פנימית; 3. התנהגות טבעית. לאחר מכן התבקשו הנבדקים למלא שאלון כוונה להפעלת התערבות שנועד לבדוק את כוונות הנבדק בנוגע להפעלת ההתערבויות המוצעות (התערבות חוקית וטיפולית). השאלון המקורי מכיל 11 פריטים שלגביהם מציין הנבדק את מידת הסבירות שיפעיל כל אחת מההתערבויות המוצעות. עבור כל אחד מהפריטים התבקשו הנבדקים לציין את מידת הסבירות או אי-הסבירות להפעלת התערבות כלשהי (לדוגמה, הפניה לפקיד סעד) על גבי סולם ליקרט שנע מ-1 (כלל לא סביר) עד 5 (סביר מאוד). שאלון הפרטים האישיים כלל דיווח על גיל, מין, מצב משפחתי, דת, שנות השכלה, תואר, תפקיד, שנות ותק והיקף משרה.

המחקר האחרון שיוצג בפרק זה בדק גילנות באמצעות תיאור מקרה בקרב פסיכולוגים (James & Haley, 1995). פסיכולוגים שנדגמו באופן אקראי והם בעלי ניסיון בפרקטיקה ובעלי תואר שלישי, התבקשו להגיב לתיאור מקרה של אישה המתארת תסמיני דיכאון. השוני בין הנוסחים של תיאור המקרה היה בגילה של הדמות ובמצבה הבריאותי. יתר הפרטים היו זהים.

תיאור המקרה

גברת ג'יימס היא אישה לבנה בת 70/35 שמגיעה לפגישה ראשונה במרפאת. הביטוח שלה מספק כיסוי מלא עבור פסיכותרפיה. (מצב בריאותי טוב: בסריקת גיליון המידע של המטופל שאותו מילאה גברת ג'יימס בעודה ממתנה לפגישה, אתה רואה כי מצבה הרפואי הוא ללא דופי. מצב בריאותי לקוי: בסריקת גיליון המידע של המטופל שאותו מילאה גברת ג'יימס בעודה ממתנה לפגישה, אתה רואה כי היא סובלת ממחלת לב מולדת שחייבה מספר אשפוזים במהלך חמש השנים האחרונות. מחלה זו מגבילה מאוד את הפעילויות שבהן יכולה גברת ג'יימס לעסוק. אתה מבחין שפניה סמוקות ושנראה כי היא סובלת מקוצר נשימה בשעה שהיא נכנסת בצעדים איטיים למרפאת). אתה לומד ממנה שהתאלמנה לאחרונה ושכעת היא מתלוננת על דיכאון אשר נלווה למות בעלה לפני כשמונה חודשים. גברת ג'יימס לבושה באופן פשוט ונוח ומציגה את עצמה בקול חלוש מעט. נראה כי היא משיבה לשאלותיך בפתירות ובמידה מועטה של היסוס. היא דומעת כאשר היא מספרת לך על מותו של בעלה לאחר מאבק ממושך במחלת הסרטן. היא מציינת כי איבדה כל עניין בפעילויות שעבר היו מהנות עבורה, שהיא מתעוררת לעיתים קרובות בשעה 2:00 אחר חצות ואינה מסוגלת לחזור לישון, ושאיבדה לאחרונה שבעה קילוגרמים ממשקלה. גברת ג'יימס גם מצהירה שהחלה לתהות האם החיים עדיין ראויים לחיותם.

לאחר תיאור המקרה התבקשו הנבדקים להשיב על כמה שאלות:

1. על פי המדריך האבחוני למחלות נפשיות (DSM), מהי לדעתך האבחנה הראשונית המתאימה ביותר לתלונתה הנוכחית של גב' ג'יימס?
2. כיצד אתה מעריך את יכולתה של גברת ג'יימס לפתח איתך יחסים טיפוליים הולמים? התשובות לשאלה זו קודדו על סולם ליקרט בן 7 דרגות, מ⁻1 = טובה מאוד עד 7 = גרועה מאוד.
3. באיזו מידה אתה רואה את גב' ג'יימס מועמדת מתאימה לפסיכותרפיה? התשובות לשאלה זו קודדו על סולם ליקרט בן 7 דרגות, מ⁻1 = מתאימה מאוד עד 7 = לא מתאימה כלל.
4. המלצות טיפוליות הוערכו על ידי השאלה "נא דרג לפי הסדר את המלצותיך הטיפוליות עבור גב' ג'יימס". התשובות האפשריות: פסיכותרפיה קצרת טווח; פסיכותרפיה ארוכת טווח; התערבות תרופתית או אשפוז.
5. באיזו מידה אתה חש כי קיימת סבירות שתלונתה הנוכחית של גב' ג'יימס קשורה

- להפרעה מנטלית אורגנית? התשובות לשאלה זו קודדו על סולם ליקרט בן 7 דרגות, בין 1 = סבירות גבוהה מאוד ל-7 = סבירות נמוכה מאוד.
6. ביחס לתלונתה הנוכחית, כיצד תדרג את הפרוגנוזה של גב' גיימס? התשובות לשאלה זו קודדו על סולם ליקרט בן 7 דרגות, מ-1 = טובה מאוד עד 7 = גרועה מאוד.
7. באיזו מידה אתה חש כי קיימת סבירות שגב' גיימס תנסה להתאבד בעתיד הקרוב? התשובות לשאלה זו קודדו על סולם ליקרט בן 7 דרגות, מ-1 = סבירות גבוהה מאוד עד 7 = סבירות נמוכה מאוד.

השאלות הבאות מאפשרות חקר ראשוני של סוגיות בתהליך התרופיטי, שדרכן נבחנת הטיה גילנית (ageism) והטיה של המצב הבריאותי (healthism) בנכונות של הנבדק להיות המטפל של הדמות המתוארת:

1. כיצד היית מדרג את הרמה הסובייקטיבית של יכולתך לטפל בתלונתה הנוכחית של גב' גיימס? התשובות לשאלה זו קודדו על סולם ליקרט בן 7 דרגות, בין 1 = יכולת גבוהה מאוד ל-7 = חוסר יכולת.
2. באיזו מידה אתה חש בנוח לטפל בתלונתה הנוכחית של גב' גיימס? התשובות לשאלה זו קודדו על סולם ליקרט בן 7 דרגות, בין 1 = מאוד בנוח ל-7 = מאוד לא בנוח.
3. באיזו מידה אתה מייחס לגב' גיימס פתיחות כלפי המלצותיך הטיפוליות? התשובות לשאלה זו קודדו על סולם ליקרט בן 7 דרגות, בין 1 = היא מאופיינת בפתיחות מוחלטת ל-7 = היא מאופיינת בסגירות מוחלטת.
4. באיזו מידה אתה חושב שניתן להאשים את גב' גיימס בבעיותיה? התשובות לשאלה זו קודדו על סולם ליקרט בן 7 דרגות, בין 1 = אשמה לחלוטין ל-7 = חסרת אשמה לחלוטין.

כדי לוודא את יעילותן של מניפולציות הגיל והבריאות, שובצו גם מימדים מתוך המדד ASDS (Aging Semantic Differential Scale), שהוא מדד נפוץ לבדיקת עמדות גלויות (Rosencranz & McNevin, 1969). בריאות דורגה בין 1 = בריאה ל-7 = לא בריאה; גיל דורג בין 1 = צעירה ל-7 = זקנה.

כלים למדידה עקיפה של גילנות בקרב פיזיותרפיסטים

בדומה לממצאים לגבי אוכלוסיית האחיות, גם ביחס לפיזיותרפיסטים נמצאו מקורות מעטים אשר בחנו גילנות באמצעות תיאורי מקרה. למעשה העלה החיפוש שני מקורות בעברית שאימצו שיטה זו בקרב פיזיותרפיסטים, האחד מקור מקצועי והשני עבודת תזה. להלן יוצגו מחקרים אלו.

ברזלי (2007) בדקה במחקרה הטיה עקב גיל בטיפול בזקנים ביחס למקרה כרוני (בעיה בברך) ולמקרה אקוטי (קטיעה מתחת לברך) בקרב 350 פיזיותרפיסטים בבתי חולים ובמכונים בקהילה. במקרה של חולה אקוטי נעשה שימוש בתסריט של קטיעה טראומתית

מתחת לברך אצל חולה בן 72/36. למעט השוני בגיל החולה, לא נעשתה הבחנה מגדרית בין שתי הגרסאות, ושתייהן התייחסו אל חולה גבר. כמו כן, בשני המקרים תואר חולה "אידיאלי" שאינו סובל מדיכאון או מבעיות בריאותיות אחרות. במקרה הכרוני נכתב תסריט על חולה בגילאים הנזכרים לעיל (זקן בן 72, צעיר בן 36) עם בעיה מתמשכת בדרך בעקבות פציעה ישנה (גם במקרה זה תואר גבר ללא מחלות נלוות). יש להדגיש כי תיאורי המקרה עצמם אינם מופיעים במאמר, ועל כן אינם מפורטים כאן.

לאחר הצגת המקרים התבקשו משתתפי המחקר לסמן את תשובותיהם על גבי המדרג SAGS (Scale for Aggressiveness in Goal Setting), שהינו כלי לבדיקת מידת השאפתנות של יעדי הטיפול. כלי זה, שפותח עבור פיזיותרפיסטים, כולל בגרסתו המקורית 9 שאלות (במחקר זה נעשה שימוש ב-7 שאלות בלבד). לכל שאלה יש שלוש תשובות אפשריות שבדידור מקבלות ערכים הנעים בין 1 ל-3 (1 = שאפתנות נמוכה, 3 = שאפתנות גבוהה) על פי מידת השאפתנות שבהצבת יעדי הטיפול (בין היעדים: מידת העצמאות בניידות, תפקוד בעבודה). לשאלון המחקר היו שתי גרסאות. האחת, תיאור של חולה אקוטי צעיר וחולה כרוני זקן; השנייה, תיאור של חולה אקוטי זקן וחולה כרוני צעיר. כל נבדק קיבל אחד משני הגרסאות.

בעבודת התזה של ענבר (2008) נבחנו עמדותיהם של פיזיותרפיסטים ביחס לטיפול בחולים זקנים (עמדות גילניות) וביחס לטיפול בחולים וגטיביים. 101 פיזיותרפיסטים מאזור ירושלים והמרכז שעובדים בבתי חולים כלליים, במרכזי שיקום ובבתי אבות, קיבלו אחד משני תיאורי מקרה של חולים במצב וגטיבי מתמשך. באחד מהם מתואר מר כהן בן 81 ובשני מר לוי בן 32. האבחנה בשני המקרים היתה זהה, אולם נסיבות שונות הביאו את החולה למצב זה. לאחר הצגת תיאורי המקרה התבקשו הנבדקים להשיב על שאלון הכולל 21 שאלות. התשובות נמדדו על גבי סולם ליקרט בן 6 דרגות (1 = בכלל לא; 6 = במידה רבה מאוד).

תיאור מקרה 1

מר כהן הוא בן 81, פנסיונר של 'אגד', נשוי, אב לילדים וסב לנכדים. מזה מספר שנים הוא סובל מלחץ דם גבוה, יתר שומנים בדם וסוכרת. בינואר 2003 לקה באירוע מוחי נרחב שבעקבותיו עבר החייה. במארס 2003 אושפז מר כהן במחלקה סיעודית מורכבת, כשהוא מרותק למיטה/כיסא גלגלים, ניזון דרך זונדה, סובל משיתוק של פלג הגוף הימני, אינו מתקשר, אינו שולט על סוגריו וזקוק לעזרה מלאה בכל התפקודים. משפחתו המורחבת מסורה מאוד. בסוף אוקטובר 2004 (שנה וחצי לאחר קבלתו למחלקה), הגדיר צוות המטפלים את מצבו כ"מצב וגטיבי מתמשך" (Permanent/Persistent Vegetative State – PVS).

תיאור מקרה 2

מר לוי הוא בן 32, נשוי ואב לשני ילדים קטנים. הוא ידוע כמעשן כבד. בינואר 2003 עבר דום לב (MI), ובעקבותיו עבר החייה. מאז הוא סובל מפגיעה מוחית נרחבת (anoxic brain damage). באפריל 2003 אושפז מר לוי במחלקה סיעודית מורכבת,

כשהוא מרותק למיטה/כיסא גלגלים, אינו מתקשר, זקוק לעזרה מלאה בכל התפקודים, אינו שולט על סוגריו וניזון דרך זונדה. משפחתו מסורה מאוד. בסוף אוקטובר 2004 (שנה וחצי לאחר קבלתו למחלקה), הגדיר צוות המטפלים את מצבו כ"מצב וגטטיבי מתמשך" (Permanent/Persistent Vegetative State – PVS).

להלן השאלות שנלוו לתיאורים. יש להדגיש כי השאלות היו זהות, אולם סדר השאלות שונה בשני התיאורים. הסדר המוצג כעת נלווה לתיאור של מר כהן.

1. באיזו מידה להערכתך יכול מצבו התפקודי של מר כהן להשתפר?
2. אם היית במצב דומה לזה של מר כהן, באיזו מידה היית מעוניין בטיפולים מאריכי חיים?
3. באיזו מידה יכול טיפול פיזיותרפי להאריך את חייו של מר כהן?
4. באיזו מידה יכול מגע (כמו ליטוף, החזקת יד) להיטיב עם מר כהן?
5. באיזו מידה עלולה הפעלה פסיבית על ידי פיזיותרפיסט לגרום אינוחות למר כהן?
6. אם מצבו הרפואי של מר כהן יישמר יציב, באיזו מידה ניתן לשער שיחיה שנה נוספת?
7. באיזו מידה צפוי מר כהן לחזור לתפקודו הקודם?
8. באיזו מידה יכול טיפול פיזיותרפי להשפיע על איכות חייו של מר כהן?
9. באיזו מידה חשובים מרכיבי הטיפול הפיזיותרפי הבאים עבור מר כהן ומשפחתו:
 - שמירה על טווחי תנועה ומניעת קונטרקטורות;
 - סידור הושבה בכיסא גלגלים;
 - הדרכת המשפחה לטיפול בחולה;
 - טיפול פיזיותרפי למניעת פצעי לחץ;
 - מתן מידע למשפחה על מצבו של מר כהן.
10. באיזו מידה לדעתך יש טעם ומשמעות לחייו של מר כהן?
11. באיזו מידה יש הצדקה להשקעה הכלכלית/כספית הכרוכה בהמשך הטיפול הפיזיותרפי במר כהן?
12. אם תקבל החלטת הנהלה על הפסקת הטיפול הפיזיותרפי למר כהן, מה תהיה מידת הסכמתך להחלטה זו?
13. אם יצומצם הצוות הסייעורי כך שלא יתבצעו שינויי תנוחה, מה תהיה מידת ההשפעה על מר כהן או על משפחתו? הנבדקים התבקשו להתייחס לכל אחת מהאפשרויות הבאות על גבי אותו סולם תשובות: ללא שינויי תנוחה, משך חייו של מר כהן יתקצר; ללא שינויי תנוחה, איכות החיים של מר כהן תהיה נמוכה יותר; ללא שינויי תנוחה, צפוי שהמשפחה תתלונן.
14. בהתעלם מתוצאות משפטיות, באיזו מידה היית ממליץ להפסיק טיפולים מאריכי חיים לחולה המדובר?
15. באיזו מידה עשויה הפעלה פסיבית על ידי מטפל מקצועי להיות עדיפה עבור מר כהן על פני הפעלה פסיבית באמצעות מכשור חשמלי מודרני הניתן להתאמה לחולה (דמוי APT/CPM)?

16. אם יצומצם הצוות הרפואי ומר כהן יקבל מחצית מביקורי הרופאים המקובלים היום, מה תהיה מידת ההשפעה עליו או על משפחתו? הנבדקים התבקשו להתייחס לכל אחת מהאפשרויות הבאות על גבי אותו סולם תשובות: בעקבות הפחתה בביקורי רופאים, משך חיו של מר כהן יתקצר; בעקבות הפחתה בביקורי רופאים, איכות חייו של מר כהן תהיה נמוכה יותר; בעקבות הפחתה בביקורי רופאים, צפוי שהמשפחה תתלונן.
17. במקרה הצורך, באיזו מידה היית ממליץ לבצע החייאה לחולה?
18. אם יבוטל הטיפול הפיזיותרפי במחלקה הסיעודית המורכבת, מה תהיה מידת ההשפעה על מר כהן או על משפחתו? הנבדקים התבקשו להתייחס לכל אחת מהאפשרויות הבאות על גבי אותו סולם תשובות: ללא פיזיותרפיה, משך חייו של מר כהן יתקצר; ללא פיזיותרפיה, איכות החיים של מר כהן תהיה נמוכה יותר; ללא פיזיותרפיה, צפוי שהמשפחה תתלונן.
19. באיזו מידה ניתן להניח לדעתך שמר כהן הוא חולה הנוטה למות (כלומר, שנותרו עוד כשישה חודשים לחייו)?
20. למשפחתו של מר כהן ציפיות גבוהות מהטיפול הפיזיותרפי. באיזו מידה תמליץ לפיזיותרפיסט שמטפל בו לנקוט בצעדים הבאים: להציג בפניהם את מצבו ולהסביר מהן הציפיות הריאליות לגבי חולים וגטטיביים; לעודד את בני המשפחה לקחת חלק פעיל בטיפול היומיומי על ידי ביצוע פעולות טיפוליות כגון הפעלה פסיכית ולהדריך אותם בהתאם; להגדיל את מספר הטיפולים הפיזיותרפיים.
21. הטיפול הפיזיותרפי במר כהן כולל הפעלה פסיכית פעם בשבוע במשך 20 דקות. באיזו מידה היית ממליץ תחת זאת על הפעלה דומה, שלוש פעמים בשבוע במשך 35 דקות בכל פעם, על ידי מכשור טכנולוגי מודרני?

דיון

מטרת המאמר היתה לסקור ולהציג כלים למדידה עקיפה של גילנות באמצעות תיאורי מקרה. סקירת הספרות העלתה כי השימוש בשיטה זו למדידת גילנות הוא חדש יחסית. לעומת כלים למדידה גלויה וישירה של עמדות ביחס לאוכלוסייה הזקנה, שהחלו להתגבש עוד בסוף שנות החמישים של המאה העשרים (Golde & Kogan, 1959), הרוב המכריע של המחקרים שהשתמשו בתיאורי מקרה למדידת גילנות ראה אור בעשור האחרון בלבד, ומספרם הכולל אינו רב. בסך הכול אותרו 16 מחקרים אשר מדדו הטיות גילניות על ידי תיאורי מקרה.

בהשוואה בין הפרופסיות ניכר כי השימוש בתיאורי המקרה נפוץ בעיקר בקרב אוכלוסיית הרופאים. כ-40% מהמחקרים שהציגו כלים למדידת גילנות על ידי תיאורי מקרה נערכו בקרב רופאים. שתי הקבוצות שבהן שיעור השימוש בתיאורי מקרה היה הנמוך ביותר היו האחיות והפיזיותרפיסטים. בכל אחת מקבוצות אלו אותרו שני מקורות בלבד שהשתמשו בשיטה זו. יש לציין כי מיעוט המחקרים הללו עומד בניגוד להיקף רחב למדי של מחקרים אשר בחנו את תופעת הגילנות בקרב אחיות באמצעות כלים למדידת עמדות

לוח 1: ריכוז המקורות שהציגו תיאורי מקרה כדרך בלתי ישירה למדידה של גילנות

מקור	אוכלוסייה	שאלת המחקר	משתנים מבהינים בנוסחים של תיאור המקרה
Uncapher & Arcan, 2000	רופאים לטיפול ראשוני (primary care physicians)	בריקת הטיה גילנית בטיפול בחולים בעלי נטיות אובדניות	גיל: 78/38 ; מאצב תעסוקתי: מועעסאן כפועל/גמלאי
Barnow et al., 2004	רופאים ואחיות	בהינת הטיה גילנית בטיפול בחולים שסובלים מדיכאון וורצים למות. בבסיס המחקר הוויכוח המתמשך בסוגיה האם משאלת מוות בגיל זקנה היא תופעה נורמלית שיש לקבלה, להבדיל מגיל צעיר	גיל: 86/66 ; 78/58 ; 85/65
Helmes & Dugan, 2001	רופאים כלליים	בהינת השפעת השילוב של גיל וקיומה של מחלה גופנית על הזיהוי, הטיפול והבריאות הגוספות שעורכים רופאים כלליים במקרים של דיכאון אצל גברים	גיל: 76/56 ; מחלת לב בנוסף לתסמינים של דיכאון: כן/לא
Bouman & Arcelus, 2001	פסיכיאטרים	בהינת הטיית גיל בשמיעת ההיסטוריה המינית וניהול הטיפול כבעיות של תפקוד מיני	גיל: 83/40
Ford & Sbordone, 1980	פסיכיאטרים	בריקת הטיה גילנית בהערכת המדידה שבה מוגדר החולה כמטופל אידיאלי, ("idealness", בקביעת הפרוגנוזה שלו ובהחלטה על תוכנית טיפולית עבורו	גיל: 65/41 ; 68/42 ; 64/22 ; 72/32
Arber et al., 2006	רופאים ראשוניים	בריקת הקשר בין מאפייני רקע שונים של המטופלים (ביניהם גיל) לבין החלטות לגבי הטיפול במחלת לב	תיאורי מקרה מצורלמים: גיל: 75/55 , ממור

מקור	אוקספדיה	שאלת המחקר	משתתפים מבחניים בנוסחים של תיאור המקרה
Arslanian-Engoren, 2001	אחריות חדר מיזן	בחינת הטויה גילנית ומגדרית באבחון אירוע לבבי וכטיפול בו	גיל: 66/43 ; מגדר: תיאר המקרה
Kane, 2004	סטודנטים לתואר בוגר ומוסמך בעבודה סוציאלית	בחינת הטויה גילנית בסוגיות של הערכה והתערבות בירפוי-סוציאלית	גיל: 72/38
Kane, Green, & Jacobs, 2010	סטודנטים בקורסים של עבודה סוציאלית כהשלמה לתואר בשירותי אנוש	בחינת הטויה גילנית ומגדרית בתפיסות כלפי מחוסרי דיוק	גיל ומגדר: אישה/ צעירה/ אישה/ יקרה/ אישה/ יקרה/
Kane & Green, 2009	סטודנטים לשירותי אנוש	בחינת הטענה כי אנשי מקצוע אינם מזהים חסמיים של התמכרות בקרב אוכלוסיות מבוגרות	מגדר: אדם אחר/הנבדק עצמו בגיל 80
Kane, 2008	סטודנטים לעבודה סוציאלית	בחינת תפיסות ביחס לחוסן בגיל 75	מגדר: אדם אחר/הנבדק עצמו בגיל 75
יחזקאל, 2010	עובדים סוציאליים	בחינת הטויה גילנית בהתערבות במקרים של אלמנט אינטימיות	גיל הקורבן: 77/77 גיל התוקף: 81/41 סוג האלימות: גופנית/נפשית
Ivey, Wieling, & Harris, 2000	מטפלים משפחתיים חוגגים	בדיקת ההשפעה שיש לגיל המטופל ולהכשרה הקלינית של המטפל על הערכה של זוגות הפונים לטיפול זוגי	גיל: האישה בת 29/69 ; הגבר בן 34/74

מקור	אנלוגיה	שאלת המחקר	משתנים מבוחנים בנוסחים של תיאור המקרה
James & Haley, 1995	פסיכולוגים	בחינת הטיה על רקע גיל ומצב בריאותי (healthism) באבחון ובטיפול	גיל: 70/35 מצב בריאותי: מצב רפואי ללא דופי / המטופלת, גברת גיימס, סובלת ממחלת לב מולדת שחייבה מספר אשפוזים בחמש השנים האחרונות. מחלה זו מגבילה מאוד את הפעילויות שבחן גברת גיימס יכולה לעסוק. פניה סמוקות ונראה כי היא סובלת מקוצר נשימה
ענבר, 2008	פזיטרופיסטים	בריקת עמדות גילניות ועמדות ביחס לטיפול בחולים במצב וגטיבי מתמשך	גיל: 81/32; נסיבות שונות הבאו למצב וגטיבי
ברדלי, 2007	פזיטרופיסטים	בחינת מידת השאפתנות (האגרסיביות) של יערי הטיפול כמודד להטיה עקב גיל	גיל: 72/36

גלויות והיקף הידע אודות האוכלוסייה הזקנה (e.g. Armstrong-Esther, Sandilands, & Miller, 1989; Courtney, Tong, & Walsh, 2000; Soderhamn, Lindencrona, & Gustavsson, 2001). לעומת זאת, מתודת תיאורי המקרה נמצאה שכיחה כאמצעי למדידת גילנות בקרב עובדים סוציאליים ובעיקר סטודנטים לעבודה סוציאלית. השימוש הנרחב בכלי זה בקרב פרופסיה זו הוא על פי רוב פרי יוזמה של חוקר מוביל אשר מרבה לאמץ את השיטה העקיפה למדידת גילנות באמצעות תיאורי מקרה (Kane, 2004; Kane, 2008; Kane & Green, 2009; Kane et al., 2010).

השוואה בין המחקר שנערך בישראל למחקרים שנערכו במדינות שונות בעולם מעלה כי השימוש בשיטה העקיפה למדידת גילנות בישראל בהחלט אינו שכיח, וכי יש מספר מצומצם בלבד של עבודות שאימצו אופן מדידה זה. למעשה נמצאו שלוש עבודות שנערכו בישראל והציגו תיאורי מקרה ככלי מדידה. יש לציין כי שתיים מעבודות אלו התמקדו בפרופסיה מסוימת בלבד, וניכר כי השימוש בשיטה זו לא התרחב בישראל לבחינת גילנות בקרב מגוון מקצועות הבריאות.

ניתוח תיאורי המקרה שנבדקו בקרב אנשי מקצועות הבריאות במחקרים השונים מעלה כי הם בחנו על פי רוב שלושה היבטים מרכזיים בטיפול. המרכיב הראשון היה אבחון מצבה של הדמות המתוארת ותוך כך המידה שבה האבחון וההערכה מושפעים מגילה של הדמות. המרכיב השני התייחס לניהול הטיפול המוצע לנוכח האבחון, כלומר איזה טיפול נתפס כמתאים ומהי מידת יעילותו המשווערת. מרכיב נוסף שחזר על עצמו בשאלון שליווה את תיאורי המקרה היה בחינת מידת רצונו של הנבדק להיות המטפל של הדמות המתוארת. לאור המוטיבים החוזרים שנבדקו בתיאורים, בולט היעדרה של מדידת מרכיב היחס ואיכות התקשורת באינטראקציה עם האוכלוסייה הזקנה באותם מפגשים בריאותיים.

הספרות מלמדת כי אנשי המקצוע נוטים לדבר אל לקוחותיהם הזקנים בשפה המכונה "קשישית". שפה זו באה לידי ביטוי בשימוש בשפה פשוטה כפי שפונים לעיתים לילדים, פנייה בגוף ראשון רבים ודיבור בקול רם והיא נתפסת כלא מכבדת ופוגעת. בנוסף נוטים אנשי המקצוע לדבר מעל ראשם של אנשים זקנים במפגשים המרחשים בזירות טיפול שונות (Caris-Verhallen, DeGrujter, Kerkstra, & Bensing, 1999; Dobbs et al., 2008; Greene, Adelman, & Rizzo, 1996; McLafferty & Morrison, 2004). אי לכך, היה מקום למדוד גם היבט זה באמצעות תיאורי מקרה. כך למשל, ניתן היה לתאר אינטראקציה בין איש מקצוע למטופל זקן/צעיר המשלבת רכיבים של היחס שמפגין איש המקצוע. לאחר תיאור מעין זה, ניתן לשאול באיזו מידה נחשב היחס המופגן כלפי המטופל כהולם וראוי, באיזו מידה מפגין הנבדק עצמו יחס ושפה דומים למתואר ומהו מקור התופעה. אפשרות נוספת היא לאמץ את שיטת תיאורי המקרה המצולמים, כפי שנעשה במחקרם ארבר ועמיתיו (Arber et al., 2006), ובמסגרת זו להציג אינטראקציה מצולמת בין איש מקצוע למטופל ואחר כך לבחון את טיב האינטראקציה.

במסגרת המאמר הנוכחי נעשה אומנם מאמץ לסקור את כל כלי המחקר למדידת גילנות באמצעות תיאורי מקרה, אולם יתכן שלא אותרו כל המקורות הקיימים. במיוחד אמור הדבר לגבי מקורות שהתפרסמו בכתבי עת שלא נסקרו במסגרת ארבעת מאגרי המידע שבהם

התבצע החיפוש, ועל כן לא זוהו בחיפוש הנוכחי. עם זאת, מהימנות הסקירה המוצגת במאמר זה נובעת ממרכזיותם של מאגרי המידע שנסקרו. שלושה מהם הם מאגרים בינלאומיים מובילים ומרכזיים בתחום מדעי החברה והרפואה והרביעי הינו מאגר למקורות בשפה העברית שכולל גם ספרות אפורה. בנוסף לכך, החיפוש לא הוגבל לטווח שנים כלשהו, כך שכל המקורות שענו על מילות החיפוש הרלוונטיות אותרו.

סקירת הכלים במסגרת המאמר נועדה להביא לידיעת ציבור החוקרים מגוון של כלים המודדים את תופעת הגילנות באופן עקיף ומתאימים לשימוש בקרב פרופסיות שונות. פריסת הכלים נועדה בין היתר להרחיב את השימוש בשיטה שמאפשרת להתגבר על הכשלים של המדידה הישירה מוטת הרציה החברתית. השימוש בתיאורי המקרה כאמצעי למדידת גילנות יכול להתרחב כמובן אל מעבר לאנשי מקצועות הבריאות. ניתן לבחון גילנות באמצעות תיאורי מקרה גם בקרב הציבור הרחב, כאשר נדרשת לשם כך התאמת התכנים של התיאורים. סוג מדידה מעין זה יכול להשתלב גם בהוראת הנושא ולאפשר לתלמידים להיות מודעים לעמדותיהם כלפי האוכלוסייה הזקנה לפני קורסים העוסקים בהוראת הגרונטולוגיה או במהלכם.

מקורות

- ברזלי, נ. (2007). הטיה עקב גיל בטיפול פיזיותרפיסטי הניתן לזקנים. *גרונטולוגיה, ל"ד(1)*, 13–23.
- יחזקאל, ר. (2010). עמדות וכוונות התנהגות של עובדים סוציאליים כלפי אלימות אינטימית המופנית כלפי נשים זקנות מול אלימות אינטימית המופנית כלפי נשים צעירות. עבודת גמר לקבלת תואר "מוסמך", בית הספר לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת בר אילן.
- ענבר, נ. (2008). אתיקה מקצועית וגילנות: עמדות של פיזיותרפיסטים כלפי טיפול בחולים צעירים וזקנים כמצב וגטטיבי. עבודת גמר לקבלת תואר "מוסמך", החוג לגרונטולוגיה, אוניברסיטת חיפה.
- שיוביץ-עזרא, ש., פסקל, ד., ויוסיס, י. (2010). מקורות לפיתוח ידע ומחקר: מאגרי מידע ממוחשבים בתחום הזקנה. *גרונטולוגיה, 37(3-2)*, 101–113.
- Agnus, J., & Reeve, P. (2006). Ageism: A threat to "aging well" in the 21st century. *Journal of Applied Gerontology, 25*(2), 137–152.
- Arber, S., McKinlay, J., Adams, A., Marceau, L., Link, C., & O'Donnell, A. (2006). Patient characteristics and inequalities in doctors' diagnostic and management strategies relating to CHD: A video-simulation experiment. *Social Science and Medicine, 62*(1), 103–115.
- Armstrong-Esther, C. A., Sandilands, M. L., & Miller, D. (1989). Attitudes and behaviors of nurses towards the elderly in an acute care setting. *Journal of Advanced Nursing, 14*, 34–41.
- Arsanian-Engoren, C. (2001). Gender and age differences in nurses' triage decisions using vignette patients. *Nursing Research, 50*(1), 61–66.
- Baltes, P. B., Mayer, K. U. (1999). *The Berlin Aging Study*. Cambridge, U.K: Cambridge University Press.
- Barnow, S., Linden, M., Lucht, M., & Freyberger, H. J. (2004). Influence of age of patients who wish to die on treatment decisions by physicians and nurses. *The American Journal of Geriatric Psychiatry, 12*(3), 258–264.

- Bodner, E., & Lazar, A. (2008). Ageism among Israeli students: Structure and demographic influences. *International Psychogeriatrics*, 20, 1046–1058.
- Bouman, W. P., & Arecelus, J. (2001). Are psychiatrists guilty of 'ageism' when it comes to taking a sexual history? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16(1), 27–31.
- Butler, R. (1969). Age-ism: another form of bigotry. *The Gerontologist*, 9, 243–246.
- Butler, R. N. (1975). Why survive? Being old in America. New York: Harper & Row.
- Caris-Verhallen, W. M. C. M., DeGrujter, I. M., Kerkstra, A., & Bensing, J. M. (1999). Factors related to nurse communication with elderly people. *Journal of Advanced Nursing*, 30(5), 1106–1117.
- Cherry, K. E., & Palmore, E. B. (2008). Relating to Older People Evaluation (ROPE): A measure of self-reported ageism. *Educational Gerontology*, 34(10), 849–861.
- Courtney, M. D., Tong, S., & Walsh, A., (2000). Older patients in the acute care setting: Rural and metropolitan nurses' knowledge, attitudes and practices. *Australian Journal of Rural Health*, 8, 94–102.
- Crowne, D. P., & Marlowe, D. (1964). The approval motive. New York: Wiley.
- Dobbs, D., Eckert, J. K., Rubinstein, B., Keimig, L., Clark, L., Frankowski, A. C., & Zimmerman, S. (2008). An ethnographic study of stigma and ageism in residential care or assisted living. *The Gerontologist*, 48(4), 517–526.
- Ford, C. V., & Sborrdone, R. J. (1980). Attitudes of psychiatrists toward elderly patients. *American Journal of Psychiatry*, 137(5), 571–575.
- 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*, 9, 56–66.
- Golde, P., & Kogan, N. (1959). A sentence completion procedure for assessing attitudes toward old people. *Journal of Gerontology*, 14, 355–363.
- Greene, M., Adelman, R., & Rizzo, C. (1996). Problems in communication between physicians and older patients. *Journal of Geriatric Psychiatry*, 29, 13–32.
- Hagestad, G. O., & Uhlenberg, P. (2005). The social separation of old and young: A root of ageism. *Journal of Social Issues*, 61(2), 343–360.
- Helmes, E., & Duggan, G. M. (2001). Assessment of depression in older adult males by general practitioners. *Australian Family Physician*, 30(3), 291–294.
- Iversen, T. N., Larsen, L., & Solem, P. E. (2009). A conceptual analysis of ageism. *Nordic Psychology*, 61(3), 4–22.
- Ivey, D. C., Wieling, E., & Harris, S. M. (2000). Save the young – the elderly have lived their lives: Ageism in marriage and family therapy. *Family Process*, 39(2), 163–175.
- Jacelon, C. S. (2002). Attitudes and behaviors of hospital staff toward elders in an acute care setting. *Applied Nursing Research*, 15, 227–234.
- James, J. W., & Haley, W. E. (1995). Age and health bias in practicing clinical psychologists. *Psychology and Aging*, 10(4), 610–616.
- Kagan, S. H. (2008). Ageism in cancer care. *Seminars in Oncology Nursing*, 24(4), 246–253.
- Kane, M. N. (2004). Ageism and intervention: What social work students believe about treating people differently because of age. *Educational Gerontology*, 30, 767–784.

- Kane, M. N. (2008). Imagining recovery, resilience and vulnerability at 75: Perceptions of social work students. *Educational Gerontology*, 34, 30–50.
- Kane, M. N., & Green, D. (2009). Substance abuse by elders and self-enhancement bias. *Educational Gerontology*, 35, 95–120.
- Kane, M. N., Green, D., & Jacobs, R. J. (2010). Perceptions of students about younger and older men and women who may be homeless. *Journal of Social Service Research*, 36(4), 261–277.
- Kane, M. N., Lacey, D., & Green, D. (2009). Investigating social work students' perceptions of elders' vulnerability and resilience. *Social Work in Mental Health*, 7(4), 307–324.
- Kogan, N. (1961). Attitudes toward old people: The development of a scale and an examination of correlates. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 62(1), 44–54.
- Lambert, A. J., Payne, B. K., Ramsey, S., & Shaffer, L. M. (2005). On the predictive validity of implicit attitude measures: The moderating effect of perceived group variability. *Journal of Experimental Social Psychology*, 41, 114–128.
- McLafferty, I., & Morrison, F. (2004). Attitudes towards hospitalized older adults. *Journal of Advanced Nursing*, 47(4), 446–453.
- Palmore, E. B. (1981). The facts on aging quiz: Part two. *Gerontologist*, 21, 431–437.
- Palmore, E. B. (1998). The facts on aging quiz. New York: Springer.
- Palmore, E. B. (1999). *Ageism: negative and positive*. New York: Springer.
- Palmore, E. B. (2001). The ageism survey: First results. *The Gerontologist*, 41(5), 572–575.
- Palmore, E. B. (2004). Research note: Ageism in Canada and the United states. *Journal of Cross Cultural Gerontology*, 19, 41–46.
- Perdue, C. W., & Gurtman, M. B. (1990). Evidence for the automaticity of ageism. *Journal of Experimental Social Psychology*, 26, 199–216.
- Rohan, E. A., Berkman, B., Walker, S., & Holmes, W. (1994). The geriatric oncology patient: Ageism in social work practice. *Journal of Gerontological Social Work*, 23, 201–221.
- Rosencranz, H. A., & McNevin, T. E. (1969). A factor analysis of attitudes toward the aged. *Gerontologist*, 9, 55–59.
- Rupp, D. E., Vodanovich, S. J., & Crede, M. (2005). The multidimensional nature of ageism: Construct validity and group differences. *The Journal of Social Psychology*, 145(3), 335–362.
- Soderhamn, O., Lindencrona, C., & Gustavsson, S. M. (2001). Attitudes toward older people among nursing students and registered nurses in Sweden. *Nurse Education Today*, 21, 225–229.
- Uncapher, H., & Arean, P.A. (2000). Physicians are less willing to treat suicidal ideation in older patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48(2), 188–192.
- Wai-Tong, C., & Lee, I. (2007). Psychiatric nurses' knowledge and attitudes toward the use of physical restraint on older patients in psychiatric wards. *International Journal of Multiple Research Approaches*, 1, 52–71.
- Woolfe, R., & Biggs, S. (1997). Counseling older adults: Issues and awareness. *Counselling Psychology Quarterly*, 10, 189–194.