

חלק ב': תקציר ומילות מפתח - עברית

כותרת מלאה של המחקר

אי שוויוניות אתנו-גיאוגרפית בשימוש בגמלת סיעוד – העסקת עובדי סיעוד והקשר לאיכות חיים ודיכאון של קשישים בישראל

חוקרים: שם מלא ושיוך מוסדי

ד"ר עדי ויטמן שור, מכון שמיר למחקר, אוניברסיטת חיפה
פרופ' רביע חלאילה, מכללת צפת
פרופ' שמואל שמאי, מכון שמיר למחקר ומכללת תל חי

מילות מפתח

גמלת סיעוד, עובדים סיעודיים, דיכאון, איכות חיים, הבדלים אתנו-גיאוגרפיים

תקציר

תקציר שאורכו עד **200 מילים**, אשר יכלול כותרים אלה: (1) רקע (2) מטרות (3) שיטה (4) ממצאים עיקריים (5) מסקנות (6) המלצות / השלכות לקובעי המדיניות

רקע- חוק ביטוח סיעוד מאפשר גמלת סיעוד לזכאים, בד"כ גמלת שירותים, אך נראה שהיקף ניצולה שונה בין מרכז לפריפריה ובין מגזרים שונים. בחינת ההבדלים האתנו-גיאוגרפיים באיכות חיים ודיכאון בקרב קשישים שמעסיקים/ לא מעסיקים עובדים סיעודיים במסגרת גמלת סיעוד טרם נעשה.

מטרות- בחינת הקשר בין מאפיינים אתנו-גיאוגרפיים לאיכות חיים ודיכאון בקרב קשישים בישראל; כמו כן, האם התמיכה הפורמאלית מתווכחת בקשר זה.

שיטה- מחקר חתך שיכלול מדגם נוחות של 360 קשישים בני 65 ומעלה, משלוש קבוצות אתניות, במרכז ובפריפריה. המשתתפים ייצגו אחת משתי הקבוצות- מעסיקים ולא מעסיקים עובדים סיעודיים.

ממצאים- קיימים הבדלים אתניים באיכות חיים בכל האזורים בקרב קשישים המעסיקים עובדים סיעודיים. כמו כן נמצא אפקט אינטראקציה עבור דיכאון בקרב קשישים המעסיקים עובדים סיעודיים. הממצאים דומים גם בקרב קשישים שאינם מעסיקים עובדים סיעודיים. הממצאים הראו שגיל מתקדם, העדר עובד סיעודי, רמת דתיות גבוהה, מגורים בפריפריה ושביעות רצון מאזור המגורים תורמים לאיכות חיים גבוהה. בכל הנוגע לדיכאון, נמצא כי גיל צעיר, רמת דתיות נמוכה, מגורים בפריפריה, ללא עובד סיעודי ושביעות רצון מאזור המגורים מנבאים רמת דיכאון נמוכה.

מסקנות- המחקר מצביע על הבדלים אתנו-גיאוגרפיים באיכות חיים ודיכאון של קשישים זכאי גמלת סיעוד המעסיקים ושאינם מעסיקים עובדים סיעודיים.

המלצות- קובעי המדיניות נדרשים לבניית תכנית התערבות לשיפור וצמצום הפערים האתנו-גיאוגרפיים באיכות חיים ודיכאון בקרב קשישים.

חלק ג': תקציר ומילות מפתח - אנגלית

Full title of research project

Ethno-geographical inequality in the use of the nursing aid benefits and its association with the quality of life and depression among older adults in Israel- Continuation research

Investigators: full name and affiliations

Adi Vitman Schorr, Shamir Research Institute, University of Haifa
Rabia Khalaila, Zefat academic college
Shemuel Shamai, Shamir Research Institute, Tel Hai academic college

Key Words

Older adults, depression, nursing benefits, nursing workers, quality of life, ethno- geographic differences

Abstract

An abstract of up to **300 words** should include these headings: (1) Scientific Background (2) Objectives (3) Methodology (4) Findings (5) Conclusions (6) Policy Implications / recommendations

Background: The Nursing Care Insurance Law allows for a nursing benefit for those entitled, usually a service benefit, but the extent of its utilization seems to vary between the center and the periphery and between different sectors.

Objectives: Examining the relationship between ethno-geographical characteristics and quality of life and depression among the elderly in Israel; Also, is formal support debated in this regard.

Methodology: A cross-sectional study that will include a comfort sample of 360 seniors aged 65 and over, from three ethnic groups, in the center and the periphery. Participants represented one of the two groups - employers and non-employers of nursing staff.

Findings: There are ethnic differences in the quality of life in all areas among the elderly who employ nursing staff. An interaction effect for depression was also found among the elderly who employ nursing staff. The findings are similar among seniors who do not employ nursing staff. The findings showed that advanced age, lack of nursing staff, high level of religiosity, living in the periphery and satisfaction with the living area contribute to a high quality of life. Regarding depression, it was found that young age, low level of religiosity, living in the periphery, without a nursing worker and satisfaction from the area of residence predict a low level of depression.

Conclusions: The study points to ethno-geographical differences in the quality of life and depression of the elderly who are entitled to a nursing benefit from employers and who do not employ nursing workers.

Policy implications: Policymakers are required to build an intervention plan to improve and reduce ethnographic disparities in quality of life and depression among the elderly.

חלק ה': Executive Summary- English

Executive Summary

(1) Scientific Background- The Nursing Insurance Law allows for nursing benefit for those entitled, in accordance with the conditions set forth in the law. Nursing benefit is usually a service benefit, but it appears that the extent of its utilization differs between the center and the periphery and between different sectors.

(2) Objectives- (a) Examine the ethnographic differences in quality of life and level of depression among the elderly who employ nursing staff while controlling background characteristics. (b) Examine the moderating effect of living area and ethnic origin on quality of life and level of depression. (c) Examine whether the differences in quality of life and depression by origin and area of residence are mediated by the extent of formal support that each participant receives as part of a nursing benefit.

(3) Methodology- A cross-sectional study of the elderly (aged 65+) (women and men) who are entitled to a nursing benefit - and some of whom employ nursing workers. The population studied will represent three sectors (veteran Jews, immigrants from the USSR and Israeli Arabs) and two areas (center and periphery, with reference only to the geographical periphery). Study participants will choose a convenience sample (quotas), the sample will include 120 veteran Jews, 120 immigrants from Russia and 120 Arabs.

(4) Findings- As expected, among the elderly who employ nursing workers, differences in depression were found between the elderly of different ethnic backgrounds and the elderly living in different parts of the country. It was found that the level of depression of the elderly living in the south of the country is high compared to the elderly living in the northern and central regions. It was also found that the quality of life and level of depression of the majority group - veteran Jews is not different from that of the minority groups - immigrants from the USSR and Israeli Arabs among the elderly who employ nursing workers. The situation is similar among the elderly who do not employ nursing workers. The findings also showed an interaction effect between the interaction (ethnicity X and area of residence) and quality of life. It was found that among the elderly who employ nursing workers, the ethnic differences between veteran Jews, immigrants from the USSR and Arabs in the quality of life exist in each of the different regions. The Arabs has the highest quality of life in the center and the south. As for the interaction effect for depression

among the elderly employing nursing staff, it was found that there are differences between ethnic groups in the northern region only. In this area, the depression level of Arab seniors was the highest and the Jewish elderly was the lowest. The findings are similar among the elderly who do not employ nursing workers, there are differences in the quality of life between ethnic groups in all regions, with veteran Jews having the highest quality of life in the northern region, immigrants from the USSR having the highest quality of life and southern Arabs having the highest quality of life. Also, in this group (elderly without caregivers) differences in depression between ethnic groups exist only in the northern region, the level of depression of the Arabs in this region is the highest. The findings showed that advanced age, lack of nursing worker, high level of religiosity, living in the periphery and satisfaction from the residential area contribute to an increase in the quality of life of the elderly. It was found that informal supportive features had no contribution in predicting and mediating the quality of life of the elderly beyond the contribution of background characteristics and ethno-geographical characteristics. In addition, it was found that satisfaction with the living environment had a positive contribution to predicting and mediating quality of life. When it comes to predicting depression, it was found that young age, low level of religiosity, living in the periphery, without a nursing worker and satisfaction from the area of residence predict low level of depression. No association was found between the characteristics of formal support and predicting the level of depression.

(5) Conclusions- This study sheds light on the inequality and ethno-geographical gaps in the quality of life and depression among the elderly who employ nursing workers compared to the elderly who do not employ nursing workers in Israel. Most of the hypotheses of the present study have been partially or fully confirmed. As expected, among the elderly who employ nursing workers, differences in depression were found between elderly people of different ethnic backgrounds and elderly people living in different parts of the country. From an empirical point of view, the potential contribution of the research to researchers in the socio-gerontological field is embodied in the originality of the study in examining the inequalities and ethno-geographical gaps in quality of life and depression among elderly employing and non-employing nursing workers. The information obtained from this study provides a theoretical basis for future research that will seek to examine and compare future gaps following policy changes, which began recently

following a change in the Nursing Act.

(6) Policy Implications and Recommendation- With the aging of the population in Israel and with the public protest that has arisen in recent years regarding the rights of the elderly to better welfare and health services, the institutions of higher education in Israel should be encouraged to increase the scope of empirical studies dealing with the elderly population. In addition to this academic recommendations, the present study focuses on several applied recommendations in a number of areas. First, the findings of the present study indicated differences in quality of life and depression within different sectors between different ethnic groups, these gaps exist among the elderly who employ nursing workers and also among the elderly who do not employ. With regard to the elderly assisted by nursing staff, policymakers and service planners will need to improve the quality of life of minority groups (Arabs and immigrants) in the northern region and of veteran Jews and immigrants in the southern region. When it comes to the elderly who employ nursing workers, it is necessary to refer to Arabs in the northern and central regions and to veteran Jews in the southern region. Improving quality of life and depression can be done by improving the services in the living environment in which they live in terms of the accessibility and availability of the services that can be consumed. Policymakers also need to implement dedicated support programs for the elderly Arabs in the northern region in order to reduce depression, such as providing counseling and support (through workshops, psychological and social assistance, support groups, social services such as the programs of "supportive neighborhood" and a "warm home", and encouraging young people and youth to donate their time for the elderly). Since it can be seen that the living environment (living area as well as satisfaction with the living area) is significantly and highly associated with quality of life and depression, it is necessary to improve the living area so that even elderly people with limited mobility can spend some time outside, participate in social activities. From the living area on a wide and deep level. This can lead to a decrease in loneliness, an increase in quality of life and a decrease in depression. It can be seen that the employment of a nursing worker did not improve the quality of life and depression, it seems that the employment of a nursing worker indicates a situation in which the elderly person already feels depressed and his quality of life is low.

אי שוויוניות אתנו-גיאוגרפית בשימוש בגמלת סיעוד- העסקת עובדי סיעוד והקשר לאיכות חיים ודיכאון של קשישים בישראל- מחקר המשך.

ד"ר עדי ויטמן – שור

פרופ' רביע חלאילה

פרופ' שמואל שמאי

רקע מדעי

מהספרות עולה כי מדד איכות חיים הקשורה בבריאות משמש כאחד המדדים להזדקנות מוצלחת והוא מתייחס למרכיבים הפיזיים והנפשיים של זקנה מוצלחת (Li et al., 2014). בשאלה מהי זיקנה מוצלחת וכיצד ניתן למדוד אותה ולהשיגה הציעו רו וקנה (Row & Kahn, 1997) מודל המשלב שלושה גורמים: שמירה על בריאות טובה, תפקוד פיזי וקוגניטיבי תקין ועניין בחיי היום-יום שבה לידי ביטוי בפעילות יצרנית והשתלבות חברתית. לדעת רו וקנה, זיקנה מוצלחת מתממשת במפגש בין הגורמים הללו. היבט נוסף להזדקנות מוצלחת שלא נבחן עד כה בהקשר זה הוא דיכאון שמשקף חוסר עניין בחיי היום-יום והעדר השתלבות חברתית בהגדרתו של רו וקנה (Grenade & Boldy, 2008; Russel 1996). היבט זה יהיה ייחודי למחקר הנוכחי. המחקר הנוכחי יבחן את הגורמים שעומדים מאחורי המונח "הזדקנות מוצלחת" בהקשר של שימוש בגמלת סיעוד- העסקת עובד/ת סיעודי/ת (דהיינו איכות חיים ודיכאון בקרב זקנים המעסיקים עובד סיעודי וזקנים שלא מעסיקים), תוך דגש על ההבדלים בין קבוצות אתניות ובין מרכז לפריפריה בישראל, בהתחשב במדדי רקע, תמיכה פורמאלית ובלתי פורמאלית שכל זקן מקבל.

מהספרות עולה שאיכות החיים ומצב הרוח עשויים להיות שונים בין אזורים גיאוגרפיים שונים (Davidson & Milligan, 2004). קיימות תיאוריות רבות וכן מחקרים לא מעטים הקושרים את איכות שכונת/ אזור המגורים עם שילוב חברתי, תחושת שייכות ורמת איכות חיים גבוהה (Grant & Bowling, 2011). שכונה המאפשרת נגישות גבוהה לשירותים ומאפשרת ניידות חופשית, בדרך כלל מאפשרת לזקנים השתתפות חברתית רבה, שימוש בשירותי השכונה, תחושת שביעות רצון גבוהה ואיכות חיים גבוהה (Kahana, et al., 2014; Perez et al., 2001; Vitman- Schorr et al., 2013). מחקר אחר מצא שזקנים המתגוררים בסביבה עירונית דיווחו על איכות חיים גבוהה יותר לעומת זקנים המתגוררים באזורים

כפריים (Joshi et al., 2003). במחקר שנעשה בסין נמצא שאיכות חיים פיזית הייתה שונה בין אזורים שונים, ונמצא שההבדלים נבעו בחלקם מההבדלים במצב הסוציאקונומי בין האזורים (Woo et al., 2010). במחקר שנערך בישראל נמצא כי קיימים הבדלים בין מרכז לפרפריה בכל הנוגע לתחושת הנגישות (לשירותים עירוניים, מקומות בילוי וכד') של הזקנים באזור מגוריהם וכן בכל הנוגע לשילוב חברתי- מרחבי באזור המגורים (Vitman- Schorr et al., 2016).

הספרות מראה שהיכולת להישאר בבית תלויה במידה רבה מאוד בסביבת המגורים על כל הקשור בה- היקף ורמת השירותים המסופקים ומותאמים לזקנים באזור, מידת הנגישות לשירותים שונים, מגוון השירותים, היכולת לנוע בחופשיות באזור המגורים ועוד (Iecovich, 2014). מסיבה זו, סביבת המגורים ושכונת המגורים מהווים גורם מכריע ובעל חשיבות גבוהה למידת שביעות הרצון ולרמת איכות החיים של זקנים (Kahana, et al., 2014; Vitman- Schorr et al., 2013).

מהספרות עולה שאיכות חיים ודיכאון עשויים להיות שונים גם בין קבוצות אתניות שונות (Riolo et al., 2005). כך למשל, מחקרים שנערכו בארצות הברית וקנדה מצאו כי קבוצות מיעוט אתני דיווחו על איכות חיים נמוכה יותר בהשוואה לקבוצת הרוב (Coverdill et al., 2011; Hao & Johnson, 2000; Michalos & Zumbo, 2001). ההסבר לתוצאה היה שמיעוטים אתניים ותושבי הפריפריה הגיאוגרפית מהווים גם את תושבי הפריפריה החברתית במדינה ולכן הם מתאפיינים במצב סוציאקונומי נמוך, השכלה וחינוך פחות איכותי ותנאים סוציאליים גרועים יותר (Grant & Bowling, 2011). כמו כן, נמצא שאיכות חיים נמוכה עשויה להיות קשורה לאי שוויון בבריאות, חברות בפחות רשתות קהילתיות ואיכות נמוכה של הסביבה הפיזית, קבוצות המיעוט האתני בד"כ סובלים מהתנאים הפחות טובים ביחס לקבוצות הרוב (Bajekal et al., 2004; Grant & Bowling, 2011). במחקר שנעשה בישראל, נמצא שקבוצת המהגרים מבר"מ דיווחה על איכות חיים נמוכה יחסית לקבוצות מהגרים אחרות (Amit & Litwin, 2010), כאשר מהגרים מבר"מ לשעבר מוגדרים עולים שהגיעו לישראל החל משנת 1998 (כפי שמוגדר גם ע"י Amit & Semyonov, 2006). מחקר נוסף בחן את איכות החיים הפיזית והנפשית בשלוש קבוצות אתניות בישראל: יהודים וותיקים, עולים מבר"מ וערבים, בקשר לתחושת האפליה. נמצא שאיכות חיים פיזית וגם נפשית הייתה גבוהה בקרב יהודים וותיקים ונמוכה בקרב עולים מבר"מ וערבים בהתאמה. כמו כן, נמצא שאיכות חיים פיזית ירודה הייתה קשורה לאפליה בקרב יהודים וותיקים ועולים מבר"מ, אך לא בקרב הערבים. כאשר איכות חיים נפשית ירודה הייתה קשורה לאפליה בקרב יהודים וותיקים אך לא בקבוצות האתניות האחרות (Baron Epel et al., 2010).

הספרות מעלה גם את האפשרות לאפקט אינטראקציה בין אזור מגורים ומוצא אתני לבין איכות חיים בקרב מבוגרים. כך למשל, מחקר שהשווה את איכות החיים בקרב מבוגרים מקבוצות אתניות שונות בבריטניה, מצא שאיכות החיים של קבוצות מיעוט (פקסטנים, הודים, סינים וקריביאניים) נמוכה מזו של הבריטים הלבנים. נמצא באותו מחקר גם שהזקנים המתגוררים בפרפריה דיווחו על איכות חיים נמוכה מזו של הקשישים המתגוררים בבירה – במרכז (Grant & Bowling, 2011). בנוסף,

החוקרים מצאו שאיכות חייהם של קבוצות אתניות הייתה שונה בין אלו שגרים במרכז לבין אלו שמתגוררים ביישובים שנמצאים בפריפריה (Grant & Bowling, 2011).

הקשר בין העסקת עובדים סיעודיים לבין הזדקנות מוצלחת (איכות חיים ורמת דיכאון) לא נבדק עד כה בישראל, נבדקו היבטים אחרים, בניהם ההבדלים בתפיסת איכות החיים ורמת התמיכה החברתית של זקנים החברים במסגרת "קהילה תומכת" לעומת זקנים שאינם חברים בקהילה כזו (אבן-זהר וברשואר, 2012). חוקרים אחרים (גרין ואוסלנדר, 2004) בחנו את הרשתות החברתיות הפורמאליות והלא-פורמאליות של זקנים מוגבלים בתפקוד החיים ואת תרומת מבנה הרשתות והתמיכה הניתנת על-ידן לאיכות החיים של הזקנים. ממצאי המחקר הצביעו על ארבעה גורמים מרכזיים שלהם הקשר החזק ביותר עם איכות חיים: רמת התפקוד, גודל הרשת הפורמאלית, מצב משפחתי והשכלה, גורמים אלה היו בעלי הקשר החזק ביותר לאיכות החיים.

מחקרים שונים בדקו את משמעותה של מערכת התמיכה הבלתי פורמאלית עבור האדם הזקן. נמצא כי לתמיכה החברתית יש חשיבות רבה בכל תחומי החיים של האדם: נפשי, הבריאותי וחברתי (Litwin, 1995). כך למשל, מחקרים שהתמקדו באוכלוסיות זקנים ברחבי העולם מצביעים על קיום קשר חיובי בין מעורבות בפעילויות פנאי, פעילות חברתית וקיומן של מערכות תמיכה לבין איכות חיים טובה (Joshi et al., 2003; Park et al., 2012), ירידה בדיכאון (Toepoel, 2013; Bourassa et al., 2017) והזדקנות מוצלחת (Depp & Jeste, 2006; Li et al., 2014). מחקרים מראים גם שכלל שלאנשים יש יותר קשרים חברתיים, כך הם יחוו שביעות רצון גדולה יותר ופחות מרגישים מבודדים ובסיכון לדיכאון לעומת אלה שיש להם תמיכה חברתית מצומצמת (Park et al., 2012). נמצא גם שמערכת קשרים גדולה עם בני המשפחה, פעילויות חברתיות וקשרים חברתיים הם הגורמים המרכזיים שמעניקים משמעות ואיכות לחייהם (Amit & Litwin, 2010).

לסיכום- תפישת השירותים אותם מציע הביטוח הלאומי במסגרת חוק ביטוח סיעוד אינה שווה בכל חלקי הארץ ולכן תושבי הפריפריה נתקלים לא אחת בקושי למצוא את זכויותיהם. בנוסף, כפי שנמצא במחקרים אחרים, רקע אתני-תרבותי משפיע על היבטים שונים ורבים של החיים ולכן ייתכן שרקע תרבותי שונה הוא הגורם לשימוש שונה בשירותי הגמלה או לאי מיצוי מלא של הזכויות. מעט מאוד מחקרים בחנו את היקף השימוש בשירותים המוצעים ע"י גמלת הסיעוד (קטן ולבנשטיין, 2009), ומעט מאוד מחקרים בחנו את איכות חייהם של זקנים ואת רמת הדיכאון שלהם, ורק בחלק מהקבוצות האתניות בישראל (Amit & Litwin, 2010). אך בחינת אי השוויוניות האתנו-גיאוגרפית בקרב משתמשים בגמלת סיעוד (העסקת עובד סיעודי) והקשר לאיכות חיים ודיכאון בקרב קבוצות אתניות שונות של זקנים בישראל טרם נבדק.

מטרות המחקר

1. לבחון את ההבדלים האתנו-גיאוגרפיים באיכות חיים ורמת דיכאון בקרב זקנים המעסיקים עובדים סיעודיים תוך שליטה במאפייני רקע.

2. לבחון את האפקט הממתן של אזור מגורים ומוצא אתני על איכות חיים ורמת דיכאון. כלומר, איך איכות חיים ורמת דיכאון תהיה שונה בקרב זקנים ממוצא מסוים באזורים שונים, או תהיה שונה בקרב זקנים מאזור מסוים במגזרים שונים תוך שליטה במאפייני רקע;
3. לבחון אם ההבדלים באיכות חיים ודיכאון לפי מוצא ואזור מגורים מתווכים ע"י היקף התמיכה הפורמאלית שמקבל כל משתתף במסגרת גמלת סיעוד או ע"י תמיכה משפחתית תוך שליטה במאפייני רקע.

השערות:

1. יימצא שאיכות חיים פיזית ונפשית של יהודים וותיקים גבוהה מזו של עולים מרוסיה ומערבים ישראלים.
2. יימצא שאיכות חיים פיזית ונפשית של זקנים הגרים במרכז גבוהה מזו של המתגוררים בפריפריה.
3. יימצא שרמת הדיכאון של זקנים ערבים גבוהה מזו של יהודים וותיקים ושל עולים.
4. יימצא שרמת הדיכאון של זקנים הגרים בפריפריה נמוכה מזו של המתגוררים במרכז.
5. יימצא קשר ממתן בין האינטראקציה (מוצא×אזור מגורים) לבין איכות חיים פיזית ונפשית.
6. יימצא קשר ממתן בין האינטראקציה (מוצא×אזור מגורים) לרמת דיכאון.
7. יימצא שתמיכה פורמאלית (העסקת עובד/ת סיעודי/ת) ובלתי פורמאלית מתווכת בקשר בין מוצא ואזור מגורים לבין משתני התוצאה – איכות חיים ורמת דיכאון.
8. יימצא ששביעות רצון מסביבת המגורים קשורה עם רמת דיכאון נמוכה יותר ואיכות חיים גבוהה יותר ללא קשר להיבטים גיאוגרפיים או אתניים.

שיטות

מערך המחקר: מחקר חתך (Cross sectional study)

אוכלוסייה המחקר: זקנים (בני 65+) (נשים וגברים) שזכאים לגמלת סיעוד- וחלקם מעסיקים עובדים סיעודיים. האוכלוסייה הנחקרת תייצג שלושה מגזרים (יהודים וותיקים, עולים מברה"מ וערבים ישראלים) ושני אזורים (מרכז ופריפריה, כאשר ההתייחסות היא לפריפריה גיאוגרפית בלבד).

המדגם: חישוב גודל המדגם התבסס בדיקת ההבדל באיכות חיים בין שלושת המגזרים. החישוב יתבסס על נתוני מחקר קודם בקרב שלושת המגזרים (יהודים וותיקים, עולים וערבים) מטפלים ערבים (Epel et al., 2010) שבדק את איכות חיים נפשית ופיזית (SF-36). חישוב גודל המדגם התבסס על הנתונים הבאים: 1. רמת מבוהקות של 5% ($\alpha=0.05$); 2. עוצמה סטטיסטית של 85% ($\text{Power}=0.85$); 3. גודל האפקט (δ): מתבסס על הפרש הממוצעים באיכות חיים נפשית בין ערבים ליהודים וותיקים (9.6), ובין יהודים וותיקים לבין עולים (11.0); 4. סטיית התקן (within group standard deviation) הייתה – (25.6) בין יהודים וותיקים לערבים ו- (24.6) בין יהודים וותיקים לבין עולים. מנתונים אלה חושב המדגם לפי תוכנה סטטיסטית- PS: Power and Sample Size Calculation version 3.1.2, 2014 (נמצא כי יש צורך במדגם של 120 לפחות בכל קבוצה להשוואה בין יהודים וותיקים לבין ערבים, ומדגם של 91 בכל קבוצה להשוואה

בין יהודים וותיקים לבין עולים. בהתאם לכך, המדגם הדרוש למחקר הנוכחי הוא 120 משתתפים מכל קבוצה. סך הכל 360 משתתפים.

הדגימה: משתתפי המחקר יבחרו בדגימת נוחות (מכסות), כאשר חלקם מעסיקים עובדים סיעודיים וחלקם לא. משתתפי המחקר ייצגו את שלושת המגזרים ושני האזורים. מכל אזור יבחרו 180 משתתפים. המדגם יכלול 120 יהודים וותיקים, 120 עולים מרוסיה ו-120 ערבים. בסך הכול תתקבל רשימה של 360 זקנים שמקבלים גמלת סיעוד, כאשר 180 מעסיקים עובדים סיעודיים ו-180 לא מעסיקים. לאחר קבלת הסכמה מדעת להשתתפות במחקר יחל ביצוע הראיונות. הראיונות יתבצעו ע"י מראיינים מקצועיים בטלפון או פנים אל פנים עד שיגיעו למכסה המבוקשת בכל אזור ובכל מגזר. הקריטריונים להכללה למחקר: מקבלים גמלת סיעוד, חלקם מעסיקים עובדים סיעודיים וחלקם לא, דוברי ערבית, עברית או רוסית ונמצאים במצב מנטאלי טוב.

תהליך איסוף הנתונים: לאחר קבלת אישור אתיקה של המוסד האקדמי שינהל את המחקר, יפנו המראיינים (דרך קבלן משנה) שהוכשרו לצורך איסוף הנתונים לזקנים יסבירו להם שוב על מטרת המחקר ויבררו האם הם עומדים בקריטריונים להכללה ויבקשו את הסכמתם להשתתף במחקר. ביום הראיון כל משתתף יתבקש ע"י המראיין לחתום על טופס הסכמה מדעת לאחר שיקבל הסבר אודות המחקר ומטרותיו. איסוף הנתונים יתבצע באמצעות שאלון מובנה שמקודד בשלוש השפות, וראיון פנים מול פנים.

ממצאי המחקר

ניתוחים חד-משתניים

מאפייני רקע

לוח 1 מתאר את המאפיינים הסוציו-דמוגרפיים של הקשישים. מהנתונים בלוח ניתן להצביע על אוכלוסייה מבוגרת, שגילה הממוצע 79.6 שנים. קצת פחות משני שלישים הן נשים, כ-70 אחוזים מהקשישים חיים ללא בן זוג/בת זוג. ממוצע שנות הלימוד הוא כ-9 שנים עם טווח שנע בין אפס שנות לימוד ועד 22 שנות לימוד. האוכלוסייה מתחלקת באופן שווה לשלוש קבוצות אתניות (יהודים וותיקים, עולים מבריה"מ וערבים ישראלים), כאשר מחציתם מאזור המרכז והשאר מהצפון ומהדרום באופן שווה. כאמור חלוקה זו היא פועל יוצא של שיטת הדגימה שעליה התבסס המחקר. מרבית המשתתפים מגדירים את עצמם כחילונים או מסורתיים והשאר דתיים או דתיים מאוד. כ-70% מהקשישים מגדירים את מצבם הכלכלי כפחות מהממוצע.

לוח 2 מתאר את המאפיינים הבריאותיים והתפקודיים של הקשישים. הגיל המבוגר של אוכלוסיית הקשישים במדגם משתקף גם במידת הנזקקות הגבוהה לעזרה יומיומית, כפי שבא לידי ביטוי בממוצע הגבוה (3.03) של במדד התפקוד (ADL). כמו כן, ניתן לראות בלוח שהקשישים סובלים בממוצע מ-4 מחלות כרוניות מתוך 10 מחלות כרוניות עליהן נשאלו הנדגמים (כגון סכרת, סרטן,

דלקת פרקים, אי ספיקת לב, יתר לחץ דם וכו). בנוסף, כ 78% מהקשישים הגדירו את מצבם הבריאותי כלא טוב או רע.

לוח מספר 3 מתאר את מאפייני התמיכה הבלתי פורמאלית בקשישים. מהלוח עולה שבממוצע יש לכל קשיש קרוב ל- 4 ילדים, כאשר גודל הרשת המטפלת בקשישים היא 1.6 מטפלים בלתי פורמאליים (ס.ת = 0.8) עם טווח רחב שנע בין היעדר תמיכה ועד 5 מטפלים בלתי פורמאליים. מרבית הקשישים נפגשים לעיתים קרובות או על בסיס יומיומי עם קרובי המשפחה (כ- 80%). למעלה ממחצית המשתתפים דיווחו על שביעות רצון בינונית- גבוהה מהתמיכה החומרית ביומיום מבני המשפחה. לעומת זאת, שביעות הרצון מהתמיכה הכספית מקרובי המשפחה היא נמוכה יותר (כ- 40% מדווחים על שביעות רצון נמוכה מאוד או נמוכה). יחד עם זאת, מרביתם ציינו שהם שבעי רצון מטיב היחסים עם בני המשפחה במידה בינונית ומעלה.

לוח 4 מציג את מאפייני התמיכה הפורמאלית בקשישים. מהלוח עולה שהמשתתפים זכאים בממוצע ל- 15 שעות גמלת סיעוד, עם טווח רחב שנע בין 5 ועד 30 שעות. הקשישים מנצלים בממוצע קרוב ל- 20 שעות שבועיות לקבלת טיפול ממטפל סיעודי (את ההבדלים בין מס' שעות הזכאות הממוצע למספר שעות הטיפול הממוצע ניתן להסביר ע"י טווח הזכאות). מרבית המשתתפים הביעו שביעות רצון גבוהה ויותר מהטיפול שמעניקה המטפלת/ה הסיעודית.

ניתוחים דו משתניים:

לוחות 5 ו 6 מתארים את תוצאות מתאמי פירסון בין שני משתני התוצאה – איכות חיים ודיכאון, ובינם לבין שביעות רצון מסביבת המגורים בקרב מטופלים ולא מטופלים ע"י מטפלת/ת סיעודית/ת. כפי שניתן לראות בשני הלוחות, איכות חיים גבוהה קשורה ברמת דיכאון נמוכה ושביעות רצון גבוהה מאזור המגורים. ציון גבוה בדיכאון נמצא קשור לשביעות רצון נמוכה מסביבת המגורים.

לוח 7 מציג את תוצאות מבחני המובהקות בין מאפייני הקשיש לבין המשתנים התלויים בקרב קשישים עם מטפלת/ת סיעודית/ת. מהלוח עולה שקיים הבדל מובהק באיכות החיים ודיכאון לפי זהות המטפלת/ת, איכות החיים הגבוהה ביותר היא בקרב מי שיש לו/ה מטפלת/ת ישראלית והדיכאון העמוק ביותר הוא בקרב מי שיש לו/ה מטפלת/ת בן/ת משפחה. לא נמצא קשר באיכות החיים בין אזורים שונים בארץ, אך נמצא קשר ברמות דיכאון, כך שהדיכאון העמוק ביותר הוא בדרום. נמצא גם שאיכות חיים הייתה קשורה באופן שלילי עם ציון גבוה במבחן תלות (ADL) ועם גיל מתקדם. הלוח מצביע גם על כך שהדיכאון גבוה ביותר כל שמבחן התלות עולה וכן ככל שיש יותר מחלות כרוניות.

לוח 8 מציג את תוצאות מבחני המובהקות בין מאפייני הקשיש לבין המשתנים התלויים בקרב קשישים ללא מטפל/ת סיעודי/ת. מהלוח עולה שקיים הבדל מובהק ברמת דיכאון בין דתיים ללא דתיים. בנוסף, נמצא שככל שלקשיש יש יותר מחלות כרוניות, כך איכות החיים נמוכה יותר והדיכאון גבוה יותר.

לוח 9 מציג את תוצאות מבחני פירסון בין מאפייני התמיכה הפורמאלית והבלתי פורמאלית לבין משתני התוצאה. הלוח מראה שאיכות חיים הייתה קשורה באופן שלילי עם מס' שעות גמלת סיעוד מביטוח לאומי ומס' שעות טיפול שבועיות מהמטפל/ת. הלוח מראה גם שדיכאון היה קשור באופן חיובי עם מספר שעות גמלת סיעוד ועם מספר שעות טיפול שבועיות מהמטפל/ת. בכל הנוגע לתמיכה בלתי פורמאלית, נמצא קשר בין מספר האנשים התומכים בקשיש לבין דיכאון גבוה, בנוסף נמצא קשר שלילי בין שביעות רצון מטיב היחסים עם בני המשפחה לדיכאון.

ניתוחים רב משתניים

ניתוחי שונות דו גורמיים

על מנת לבדוק את השערת האינטראקציה (השערה מספר 5: ימצא קשר ממתן בין האינטראקציה (מוצאאזור מגורים) לבין איכות חיים). ניתוח שונות דו-גורמי נערך על מנת להעריך את ההבדלים באיכות חיים ודיכאון לפי מוצא ואזור מגורים בקרב קשישים שיש להם עובד/ת סיעודי/ת. הממוצעים וסטיות התקן מוצגים בלוח מס' 10.

ניתוח השונות מצביע על כך שהאפקט העיקרי עבור מוצא אתני אינו מובהק ($F=0.3$; $PV=0.76$), אפקט עיקרי מובהק עבור אזור מגורים ($F=5.2$; $PV=0.006$), ואפקט אינטראקציה מובהק ($F=6.6$; $PV=0.000$). על מנת לבחון את אופי האינטראקציה נערכו ניתוחי שונות חד-גורמיים לבחינת ההבדלים באיכות חיים לפי מוצא אתני בכל אזור בנפרד. התקבלו הבדלים מובהקים באיכות חיים לפי מוצא באזור הצפון ($F=7.0$; $PV=0.002$), ובאזור הדרום ($F=5.03$; $PV=0.009$), אך לא התקבלו הבדלים אתניים מובהקים באזור המרכז באיכות החיים. במילים אחרות, איכות החיים באזור הצפון נמצאה גבוהה בקרב יהודים ותיקים לעומת עולים מבריה"מ וערבים. לעומת זאת, איכות החיים באזור הדרום נמצאה גבוהה בקרב ערבים לעומת עולים מבריה"מ ויהודים ותיקים. איכות החיים באזור המרכז נמצאה נמוכה בכל שלושת המגזרים ללא הבדל מובהק ביניהם.

על מנת לבדוק את אותה השערה בקרב קשישים ללא עובד/ת סיעודי/ת נעשה ניתוח סטטיסטי זהה (**לוח מס' 11**). ניתוח השונות מצביע על כך שהאפקט העיקרי עבור מוצא אתני אינו מובהק ($F=0.5$; $PV=0.61$), אפקט עיקרי מובהק עבור אזור מגורים ($F=3.2$; $PV=0.04$), ואפקט אינטראקציה מובהק ($F=6.2$; $PV=0.000$).

על מנת לבחון את אופי האינטראקציה נערכו ניתוחי שונות חד-גורמיים לבחינת ההבדלים באיכות חיים לפי מוצא אתני בכל אזור בנפרד. התקבלו הבדלים מובהקים באיכות חיים לפי מוצא באזור הצפון

($PV=0.01$, $F=5.05$), באזור הדרום ($PV=0.02$, $F=4.05$) ובאזור המרכז ($PV=0.02$, $F=4.35$). במילים אחרות, איכות החיים באזור הצפון נמצאה גבוהה בקרב יהודים ותיקים לעומת עולים מבריה"מ וערבים. לעומת זאת, איכות החיים באזור המרכז נמצאה גבוהה בקרב עולים מבריה"מ לעומת ערבים ויהודים ותיקים ובאזור הדרום איכות החיים של הערבים הייתה הגבוהה ביותר.

על מנת לבדוק את השערת האינטראקציה (השערה מספר 6: ימצא קשר ממתן בין האינטראקציה (מוצא/אזור מגורים) **לרמת דיכאון**). ניתוח שונות דו-גורמי נערך על מנת להעריך את ההבדלים בדיכאון לפי מוצא ואזור מגורים בקרב קשישים עם מטפל/ת סיעודי/ת. ניתוח השונות מצביע על כך שהאפקט העיקרי עבור מוצא אתני אינו מובהק ($F=2.6$; $PV=0.08$), אפקט עיקרי לא מובהק עבור אזור מגורים ($F=1.8$; $PV=0.17$), ואפקט אינטראקציה מובהק ($F=3.07$; $PV=0.02$). על מנת לבחון את אופי האינטראקציה נערכו ניתוחי שונות חד-גורמיים לבחינת ההבדלים באיכות חיים לפי מוצא אתני בכל אזור בנפרד (לוח מס' 10). התקבלו הבדלים מובהקים ברמת דיכאון לפי מוצא באזור הצפון בלבד ($F=7.9$, $PV=0.001$). כלומר, באזור המרכז קשישים עולים עם עובד/ת סיעודי/ת מדווחים על רמת דיכאון גבוהה יותר בהשוואה ליהודים ותיקים וערבים עם עובד/ת סיעודי/ת. על מנת לבדוק את אותה השערה בקרב קשישים ללא עובד/ת סיעודי/ת נעשה ניתוח סטטיסטי זהה (לוח מס' 11). ניתוח השונות מצביע על כך שהאפקט העיקרי עבור מוצא אתני אינו מובהק ($F=2.9$; $PV=0.06$), אפקט עיקרי לא מובהק עבור אזור מגורים ($F=0.65$; $PV=0.52$), ואפקט אינטראקציה לא מובהק ($F=2.3$; $PV=0.06$). על מנת לבחון את אופי האינטראקציה נערכו ניתוחי שונות חד-גורמיים לבחינת ההבדלים ברמת דיכאון לפי מוצא אתני בכל אזור בנפרד. התקבלו הבדלים מובהקים בדיכאון לפי מוצא באזור הצפון ($F=4.6$, $PV=0.02$). במילים אחרות, רמת הדיכאון באזור הצפון נמצאה גבוהה בקרב ערבים לעומת עולים מבריה"מ ויהודים ותיקים.

ניתוח רב משתני – רגרסיה לינארית היררכית לניבוי איכות חיים

לוח 12 מציג את מקדמי הרגרסיה לניבוי איכות חיים. לצורך זה הוכנסו משתני רקע המובהקים בצעד ראשון (גיל, מין, מצב כלכלי נתפס, ורמת דתיות). לאחריהם הוכנסו המשתנים האתנו-גיאוגרפיים (מוצא אתני – שני משתני דמה: עולה מבריה"מ ויהודי וותיק לעומת ערבי; ואזור מגורים – שני משתני דמה: צפון ודרום לעומת מרכז). בצעד השלישי, הוכנסו משתני התמיכה הפורמאלית והבלתי פורמאלית שהקשיש מקבל על מנת לבדוק את השערת התיווך מספר 7. בצעד הרביעי והאחרון הוכנס משתנה – שביעות רצון מסביבת המגורים על מנת לבדוק את השערה מספר 8. ניתוח הרגרסיה העלה כי כל המשתנים יחד מסבירים 14 אחוזים מהשונות במשתנה התוצאה – איכות חיים. מהניתוח עולה עוד כי משתנה הרקע שהוכנסו למודל הראשון מסבירים כ- 5 אחוז מהשונות באיכות חיים, וניבוי זה הינו מובהק.

המשך הניתוח הראה כי משתני הדמה של **המאפיינים האתנו – גיאוגרפיים** (מוצא אתני ואזור מגורים) שהוכנסו בצעד השני מסבירים יחד 4 אחוזים נוספים מהשונות במשתנה התוצאה, כשתרומה זו הינה מובהקת. נראה שההבדלים באיכות החיים בין יהודים וותיקים, ערבים ועולים מבריה"מ אינם מובהקים. בנוסף, ניתן לראות שהמשתתפים המתגוררים בדרום ובצפון דיווחו על איכות חיים גבוהה יותר מזו של הקשישים המתגוררים במרכז. **ממצאים אלה מאששים באופן חלקי את השערה מספר 5** – ימצא קשר בין מוצא ואזור מגורים לבין איכות חיים.

מהניתוח עולה שבניגוד לצפוי למאפייני התמיכה הפורמאלית והבלתי פורמאלית שהוכנסו לצעד השלישי לא הייתה תרומה משמעותית בניבוי איכות חיים מעבר למשתני הרקע ולמאפייני האתנו-גיאוגרפיים. ממצאים אלה מפריכים באופן חלקי את השערת התיווך מספר 7. עיון במודל מספר 4 שבדק את השערת המחקר מספר 8 – ששביעות הרצון מסביבת המגורים מנבאת איכות חיים מעבר לתרומתם של מאפייני הרקע ומאפיינים אתנו גיאוגרפיים. עיון במקדמי הרגרסיה ניתן לראות שהכנסת המשתנה - שביעות הרצון מסביבת המגורים הוסיף 3 אחוזים על השונות במשתנה התוצאה, כשתרומה זו הינה מובהקת. נמצא ששביעות רצון גבוהה מסביבת המגורים קשורה לאיכות חיים גבוהה אצל הקשיש. כלומר, השערה מספר 8 אוששה בהתייחס למשתנה התלוי – איכות חיים.

ניתוח רב משתני – רגרסיה לינארית היררכית לניבוי דיכאון

לוח 13 מציג את מקדמי הרגרסיה לניבוי דיכאון. לצורך זה הוכנסו משתני רקע מובהקים בצעד ראשון (גיל, מין, מצב כלכלי נתפס ורמת דתיות). לאחריהם הוכנסו בצעד השני משתני הדמה של המאפיינים האתנו-גיאוגרפיים (מוצא אתני – שני משתני דמה: עולה מבריה"מ ויהודי וותיק לעומת ערבי; ואזור מגורים – שני משתני דמה: צפון ודרום לעומת מרכז) בכדי לבדוק את **ההשערות מספר 3 ו-4**. בנוסף, הוכנסו בצעד השלישי משתני התמיכה הפורמאלית והבלתי פורמאלית שהקשיש מקבל על מנת לבדוק את **ההשערה מספר 7**. בצעד הרביעי והאחרון הוכנס משתנה – שביעות רצון מסביבת המגורים על מנת לבדוק את **ההשערה מספר 8**. ניתוח הרגרסיה העלה כי המשתנים מסבירים יחד 20 אחוזים מהשונות במשתנה תוצאה – דיכאון. מהניתוח עולה עוד כי משתנה הרקע שהוכנס למודל הראשון מסביר 5 אחוז מהשונות בדיכאון, וניבוי זה מובהק.

המשך הניתוח הראה כי משתני הדמה של **המאפיינים האתנו – גיאוגרפיים** (מוצא אתני ואזור מגורים) שהוכנסו בצעד השני מסבירים יחד 2 אחוזים נוספים מהשונות במשתנה התוצאה, כשתרומה זו מובהקת. נראה אם כן, שבהשוואה לערבים העולים מבריה"מ והיהודים הוותיקים נוטים לדווח על דיכאון נמוך יותר. בנוסף, ניתן לראות שאזור המגורים לא משפיע על רמות הדיכאון. **ממצאים אלה מאששים באופן כמעט מלא את השערה מס' 3 ומפריכים את השערה מס' 4**.

מהניתוח עולה שמאפייני התמיכה הפורמאלית והבלתי פורמאלית תורמים 6 אחוזים נוספים לניבוי דיכאון מעבר למשתנה הרקע, מוצא אתני ואזור מגורים, ותרומה זו הינה מובהקת. התבוננות במבחני

המובהקות של מאפייני התמיכה הפורמאלית מראים שקשישים המעסיקים עובד/ת סיעודי/ת מדווחים על דיכאון גבוהה יותר בהשוואה לקשישים שלא מעסיקים, מאפייני התמיכה הבלתי פורמאלית לא נמצאו בקשר עם דיכאון.

על מנת לבחון את המידה שבה משתני התמיכה הפורמאלית והבלתי פורמאלית מתווכים בין משתני האתנו - גיאוגרפיים לבין דיכאון, הושאו התרומות הייחודיות של משתני הדמה של מוצא אתני ואזור מגורים לניבוי משתנה התוצאה כאשר המשתנים המתווכים לא נמצאים ברגרסיה (צעד 2) לתרומתם כאשר המשתנים המתווכים נמצאים ברגרסיה (צעד 3). ניתן לראות שהתרומה המובהקת של מוצא אתני – עולים מבריה"מ נעלמה בצעד השלישי והיא כבר לא מובהקת.

עיון במודל מספר 4 שבדק את השערת המחקר מספר 8 – תרומתן של המשתנה שביעות הרצון מסביבת המגורים לניבוי דיכאון מעבר לתרומתם של מאפייני הרקע ומאפיינים אתנו גיאוגרפיים נמצאה מובהקת. עיון במקדמי הרגרסיה ניתן לראות שהכנסת המשתנה - שביעות הרצון מסביבת המגורים הוסיפה 7 אחוזים לשונות המוסברת על ידי המשתנים שהוכנסו בצעדים הקודמים, ותרומתו נמצאה מובהקת לניבוי דיכאון. כלומר, השערה מספר 8 אוששה בהתייחס למשתנה התלוי – דיכאון.

מסקנות

מחקר זה שופך אור על חוסר השוויוניות והפערים האתנו-גיאוגרפיים באיכות חיים ודיכאון בקרב קשישים זכאי גמלת סיעוד המעסיקים עובדים סיעודיים לעומת קשישים הזכאים לגמלת סיעוד ואינם מעסיקים עובדים סיעודיים בישראל. רוב ההשערות של המחקר הנוכחי אוששו באופן חלקי או מלא. כצפוי, בקרב קשישים המעסיקים עובדים סיעודיים נמצאו הבדלים בדיכאון בין קשישים ממוצא אתני שונה ובין קשישים המתגוררים באזורים שונים בארץ. נמצא שרמת הדיכאון של קשישים המתגוררים בדרום הארץ גבוהה בהשוואה לקשישים המתגוררים באזורי הצפון והמרכז. נמצא גם שאיכות חייהם ורמת הדיכאון של קבוצת הרוב - יהודים וותיקים אינה שונה מזו של קבוצות המיעוט – עולים מבריה"מ וערבים ישראלים בקרב קשישים המעסיקים עובדים סיעודיים. המצב דומה גם בקרב קשישים שלא מעסיקים עובדים סיעודיים. הממצאים הראו גם אפקט אינטראקציה בין האינטראקציה (מוצא אתני × ואזור מגורים) לבין איכות חיים. נמצא כי בקרב קשישים המעסיקים עובדים סיעודיים ההבדלים האתניים בין יהודים וותיקים, עולים מבריה"מ וערבים באיכות חיים קיימים בכל אחד מהאזורים השונים – צפון, מרכז ודרום. כך, נמצא שליהודים הוותיקים יש איכות חיים גבוהה ממקביליהם העולים והערבים באזור הצפון, לעומת זאת, באזור המרכז והדרום איכות החיים הגבוהה ביותר היא בקרב הערבים. בנוגע לאפקט האינטראקציה עבור דיכאון בקרב קשישים המעסיקים עובדים סיעודיים, נמצא כי קיימים הבדלים בין הקבוצות האתניות באזור הצפון בלבד. באזור זה, רמת הדיכאון של קשישים ערבים הייתה הגבוהה ביותר ורמת הדיכאון של הקשישים היהודים הייתה הנמוכה ביותר. הממצאים דומים גם בקרב קשישים שאינם מעסיקים עובדים סיעודיים, קיימים הבדלים באיכות החיים בין הקבוצות האתניות בכל האזורים, כאשר באזור הצפון יהודים וותיקים הם בעלי איכות החיים הגבוהה

ביותר, באזור המרכז עולים מברה"מ הם בעלי איכות החיים הגבוהה ביותר ובדרום הערבים בעלי איכות החיים הגבוהה ביותר. גם בקבוצה זו (קשישים ללא מטפלים סיעודיים) הבדלים בדיכאון בין קבוצות אתניות קיימים רק באזור הצפון, רמת הדיכאון של הערבים באזור זה היא הגבוהה ביותר. הממצאים הראו שגיל מתקדם, העדר עובד סיעודי, רמת דתיות גבוהה, מגורים בפריפריה ושביעות רצון מאזור המגורים תורמים לעלייה באיכות חייהם של הקשישים. נמצא שלמאפייני תמיכה בלתי פורמאליים לא הייתה תרומה בניבוי ובתיווך איכות חייהם של הקשישים מעבר לתרומתם של מאפייני הרקע ולמאפיינים האתנו – גיאוגרפיים. בנוסף, נמצא שלשביעות רצון מסביבת המגורים הייתה תרומה חיובית לניבוי ותיווך איכות חיים.

בכל הנוגע לניבוי דיכאון, כאשר מכניסים את כל המשתנים יחד (במודל הרחב ביותר), נמצא כי גיל צעיר, רמת דתיות נמוכה, מגורים בפריפריה, ללא עובד סיעודי ושביעות רצון מאזור המגורים מנבאים רמת דיכאון נמוכה. לא נמצא קשר בין מאפייני התמיכה הפורמאלית לניבוי רמת דיכאון.

מנקודת מבט אמפירית, תרומתו הפוטנציאלית של המחקר לחוקרים בתחום החברתי-הגרונטולוגי מגולמת במקורות של המחקר בבדיקת חוסר השוויוניות והפערים האתנו גיאוגרפיים באיכות חיים ודיכאון בקרב קשישים המעסיקים ושאינם מעסיקים עובדים זרים וגם בבדיקת הגורמים המנבאים, המתווכים והממתנים בקשרים בין מאפיינים אתנו גיאוגרפיים לבין מדדי הזדקנות מוצלחת – איכות חיים ודיכאון בקרב מעסיקים ולא מעסיקים עובדים סיעודיים. המידע שהתקבל ממחקר זה, מהווה בסיס תיאורטי למחקרים עתידיים שירצו לבחון ולהשוות את הפערים בעתיד בעקבות שינויי מדיניות, שהחלו לפני זמן קצר בעקבות שינוי בחוק סיעוד.

המלצות:

תת פרק זה מציג את ההמלצות וההצעות המחקריות והיישומיות. הצעות אלה מהוות תוספת למאגר המידע המקצועי בתחום הגרונטולוגי והמחקרי. ראשית, עם הזדקנות האוכלוסייה בישראל ועם המחאה הציבורית שעלתה בשנים האחרונות באשר לזכויותיהם של הקשישים לשירותי רווחה ובריאות טובים יותר, יש לעודד את המוסדות להשכלה גבוהה בישראל להגדיל את היקף המחקרים האמפיריים העוסקים באוכלוסיית הקשישים. הרחבת מאגר הידע אודות אוכלוסייה זו עשוי לחשוף הרבה מהנסתר אודותיה בכל הקשור לאיכות חייהם של הקשישים ויציע כיווני התערבות לשיפור וקידום איכות חייהם הקשורים לשירותי הרווחה והבריאות שהם מקבלים וכן למידה בה עובדים סיעודיים משפיעים על דיכאון ואיכות חיים. מחקרים עתידיים צריכים לערוך מחקר השוואתי על ההבדלים האתנו – גיאוגרפיים בהזדקנות מוצלחת בעקבות חוק סיעוד שנכנס לתוקף בשנה האחרונה. בנוסף להמלצות המחקריות, המחקר הנוכחי מכון לכמה המלצות יישומיות במספר תחומים. ראשית, ממצאי המחקר הנוכחי הצביעו על פערים באיכות חיים ודיכאון בתוך המגזרים שונים בין קבוצות אתניות שונות, הפערים הללו קיימים בקרב קשישים המעסיקים עובדים סיעודיים וגם בקרב קשישים שלא מעסיקים. בכל הנוגע לקשישים הנעזרים בעובדים סיעודיים, יצטרכו קובעי המדיניות ומתכנני השירותים לשפר את איכות חייהם של קבוצות המיעוט (ערבים ועולים) באזור הצפון ושל

יהודים ותיקים ועולים באזור הדרום, כמו כן יש צורך לבחון ולהבין מדוע רמות הדיכאון של קשישים ערבים באזור הצפון גבוהות מאוד ויש צורך לטפל בכך. בכל הנוגע לקשישים המעסיקים עובדים סיעודיים, יש צורך להתייחס לערבים באזורים הצפון והמרכז וליהודים ותיקים באזור הדרום, גם בקבוצה זו ניכר שערבים מהצפון סובלים יותר וברמה משמעותית גבוהה יותר מדיכאון. שיפור איכות חיים ודיכאון יכול להיעשות על ידי שיפור השירותים בסביבת המגורים בה הם מתגוררים מבחינת הנגישות והזמינות של השירותים אותם ניתן לצרוך. כמו כן, קובעי המדיניות, צריכים להפעיל תכניות תמיכה ייעודיות לקשישים ערבים באזור הצפון במטרה להפחית דיכאון, כמו מתן ייעוץ ותמיכה (באמצעות סדנאות, סיוע ועזרה נפשיים וחברתיים, קבוצות תמיכה, שירותים חברתיים כמו שכונה תומכת ובית חם, ועידוד צעירים ונוער לתרום מזמנם למען הקשישים).

כיוון שניתן לראות שסביבת המגורים (אזור מגורים וכן שביעות רצון מאזור המגורים) קשורה באופן מובהק וגבוה עם איכות חיים ודיכאון, יש צורך לשפר את אזור המגורים כך שגם קשישים המוגבלים בתנועתם יוכלו לשהות חלק מהזמן מחוץ לבית, להשתתף בפעילויות חברתיות שאינן מיועדות רק לקשישים ולהיות חלק מאזור המגורים ברמה הרחבה והעמוקה. הדבר עשוי לגרום לירידה בבדידות, עליה באיכות החיים וירידה בדיכאון. ניתן לראות שהעסקת עובד סיעודי לא שיפרה איכות חיים ודיכאון, נראה שהעסקת עובד סיעודי מעידה על מצב בו הקשיש כבר חש דיכאון ואיכות חייו נמוכה.

לוח 1: התפלגות אוכלוסיית הקשישים לפי מאפיינים סוציו-דמוגרפיים (N=360)

משתנה	N	%	ממוצע	ת.ס	טווח
גיל	360		79.6	7.4	65-98
<u>מין</u>					
זכר	129	35.8			
נקבה	231	64.2			
<u>מצב משפחתי</u>					
נשוי/אה	111	30.8			
גר/שה	29	8.1			
אלמן/ה	206	57.2			
פרוד/ה	6	1.7			
רווק/ה	8	2.2			
<u>מוצא אתני</u>					
יהודי/ה וותיק/ה	120	33.3			
עולה מבר"ה	120	33.3			
ערבי/ה	120	33.3			
<u>איזור מגורים</u>					
צפון	90	25.0			
מרכז	180	50.0			
דרום	90	25.0			
<u>הגדרה עצמית של דתיות</u>					
חילונית/ת	157	43.6			
מסורתית/ת	91	25.3			
דתי/ת	68	18.9			
דתי/ת מאוד	44	12.2			
<u>מצב כלכלי נתפס</u>					
הרבה מתחת לממוצע	155	43.1			
מעט פחות מהממוצע	104	28.9			
בממוצע	89	24.7			
מעט מעל הממוצע	12	3.3			
הרבה מעל הממוצע	0	0			
שנות השכלה	360		9.24	5.23	0-22

לוח 2: מאפייני תפקוד ובריאות של הקשישים (N=360)

משתנה	ממוצע	ס.ת.	טווח	N	%
רמת נזקקות בתפקוד היומיומי (ADL)	3.03	3.2	0 – 12		
מספר מחלות כרוניות	4.3	3.0	10 – 0		
הגדרה עצמית של בריאות					
רע				89	24.7
לא טוב				192	53.3
טוב				63	17.5
טוב מאוד				15	4.2
מצוין				1	0.3

לוח 3: מאפייני הטיפול הבלתי פורמאלי בקשיש (N=360)

משתנה	ממוצע	ס.ת.	טווח	N	%
מספר ילדים	3.8	3.0	13 - 0		
מספר מטפלים בלתי פורמאליים	1.6	0.8	5 - 0		
תיכופות המגעים עם בני המשפחה בחודש האחרון					
לא נפגשנו בכלל				18	5.0
לעיתים רחוקות				50	13.9
לעיתים קרובות				163	45.3
נפגשים על בסיס יומי				129	35.8
שביעות רצון מהעזרה הפיזית שבני המשפחה מעניקים לך					
נמוכה מאוד				34	9.4
נמוכה				44	12.2
בינונית				110	30.6
גבוהה				108	30.0
גבוהה מאוד				64	17.8
שביעות רצון מהעזרה הכספית שאתה מקבל מבני משפחתך					
נמוכה מאוד				50	13.9
נמוכה				72	20.0
בינונית				119	33.1
גבוהה				78	21.7
גבוהה מאוד				41	11.4
שביעות רצון מטיב היחסים עם קרובי המשפחה					
נמוכה מאוד				19	5.3
נמוכה				45	12.5
בינונית				116	32.2
גבוהה				118	32.8
גבוהה מאוד				62	17.2

לוח 4: מאפייני הטיפול הפורמאלי בקשיש (N=360)

משתנה	ממוצע	ס.ת.	טווח	N	%
מספר שעות גמלת הסיעוד	15.28	7.5	30 - 5		
מספר שעות שבועיות טיפול ממטפל/ת סיעודי/ת	19.65	5.9	35 - 5		
מספר שעות בשבוע במרכז לקשיש	12.2	5.3	25 – 4		
שביעות רצון מהטיפול שמעניקה לך המטפל/ת הסיעודי/ת					
נמוכה מאוד				1	0.5

5.2	11				נמוכה
27.2	58				בינונית
47.4	101				גבוהה
19.7	42				גבוהה מאוד

לוח 5: מתאמי פירסון בין משתני המחקר התלויים ושביעות רצון מסביבת המגורים בקרב קשישים עם מטפלת/סיעודית (N=213)

המשתנים	איכות חיים SF-36	שביעות רצון מסביבת המגורים
1. איכות חיים SF-36		
2. דיכאון	***-0.31	***-0.35
3. שביעות רצון מסביבת המגורים	**0.21	

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

לוח 6: מתאמי פירסון בין משתני המחקר התלויים ושביעות רצון מסביבת המגורים בקרב קשישים ללא מטפלת/סיעודית (N=147)

המשתנים	איכות חיים SF-36	שביעות רצון מסביבת המגורים
4. איכות חיים SF-36		
5. דיכאון	***-0.32	***-0.28
6. שביעות רצון מסביבת המגורים	**0.22	

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

לוח 7: סטטיסטיקה תיאורית של המשתנים התלויים על פי מאפייני הקשיש ותוצאות מבחני מובהקות עבור קשישים עם מטפלת/סיעודית (N=213)

משתנה		איכות חיים		דיכאון	
		ממוצע		ממוצע	
		ס.ט.		ס.ט.	
<u>מוצא אתני</u>		f=0.22		f= 2.55	
יהודי וותיק		78.8	7.2	8.1	4.4
עולים מבר"ה		79.0	7.04	8.14	4.3
ערבי		78.5	8.1	8.5	4.1
<u>זהות המטפלת</u>		f=5.6**		f= 7.5**	
עובד/ת זרה		75.2	6.8	9.8	4.1
ישראלית		79.0	6.5	7.7	4.1
בן/ת משפחה		78.8	7.3	9.9	3.8
<u>הגדרה עצמית של דתיות</u>		t=-1.3		t=1.9	
לא דתי		77.2	7.5	9.5	4.2
דתי		78.5	6.6	8.3	4.2
<u>איזור מגורים</u>		f=1.6		f= 3.2***	
מרכז		78.5	6.9	8.2	4.3
צפון		78.7	7.2	8.2	4.3

4.3	8.3	8.2	79.1	דרום
t= 1.6		t= -0.72		<u>הגדרה עצמית של מצב כלכלי</u>
3.9	8.9	7.04	77.9	מתחת למוצע
4.8	7.9	6.5	78.7	מהמוצע ומעלה
r= 0.36***		r= -0.38***		ADL
r= 0.13*		r= -0.12		מס' חלות כרוניות
r= 0.004		r= -0.17*		גיל

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

לוח 8: סטטיסטיקה תיאורית של המשתנים התלויים על פי מאפייני הקשיש ותוצאות מבחני מובהקות עבור קשישים ללא מטפלת/סיעודית (N=147)

דיכאון		איכות חיים		משתנה
ממוצע	ס.ט	ממוצע	ס.ט	
f= 2.1		f=0.34		<u>מוצא אתני</u>
4.3	7.3	8.5	79.8	יהודי וותיק
4.4	7.0	8.3	80.6	עולים מבר"ה
4.3	7.04	8.8	81.00	ערבי
t=1.96*		t=0.001		<u>הגדרה עצמית של דתיות</u>
4.4	7.3	12.6	81.07	לא דתי
3.9	5.9	6.9	81.9	דתי
f= 0.6		f=1.8		<u>איזור מגורים</u>
4.3	7.3	8.5	79.8	מרכז
4.4	7.0	8.3	80.6	צפון
4.3	7.04	8.8	81.0	דרום
t= 1.2		t= -1.00		<u>הגדרה עצמית של מצב כלכלי</u>
4.3	6.6	9.3	81.2	מתחת למוצע
3.9	5.7	8.5	82.9	מהמוצע ומעלה
r= 0.26**		r= -0.32***		ADL
r= 0.03		r= 0.19		מס' חלות כרוניות
r= 0.03		r= 0.72		גיל

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

לוח 9: סטטיסטיקה תיאורית של המשתנים התלויים על פי מאפייני העזרה הפורמאלית והבלתי פורמאלית

משתנה	איכות חיים	דיכאון
תמיכה פורמאלית		
מס' שעות גמלת סיעוד מביטוח לאומי (N= 348)	$r = -0.32^{***}$	$r = 0.34^{***}$
מס' שעות ביקור שבועיות במרכז יום (N= 12)	$r = -0.22$	$r = 0.27$
מס' שעות טיפול שבועיות מהמטפל/ת (N= 213)	$r = -0.31^{***}$	$r = 0.26^{***}$
שביעות רצון מהטיפול מהמטפל/ת הסיעודי/ת (N= 213)	$r = 0.05$	$r = -0.002$
תמיכה בלתי פורמאלית		
מספר אנשים תומכים בקשיש (N= 360)	$r = -0.004$	$r = 0.13^*$
תכיפות המגעים עם בני המשפחה מדרגה ראשונה (N= 360)	$r = 0.06$	$r = -0.06$
שביעת רצון מהמשפחה מהתמיכה הפיזית (N= 360)	$r = -0.04$	$r = -0.06$
שביעת רצון מהמשפחה מהעזרה הכספית (N= 360)	$r = -0.03$	$r = -0.08$
שביעות רצון מטיב היחסים עם בני המשפחה (N= 360)	$r = 0.08$	$r = -0.13^*$

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

לוח מס' 10 ממוצעים וסטיות תקן של איכות חיים ודיכאון לפי מוצא אתני ואזור מגורים של קשישים הנעזרים במטפל/ת סיעודי/ת (N=213)

משתנה		איכות חיים		דיכאון	
אזור מגורים	מוצא	ממוצע	ס.ט	ממוצע	ס.ט
צפון		F=7.0**		F= 7.9**	
	יהודי וותיק	81.2	5.8	6.2	4.1
	עולה מברה"מ	75.3	5.7	7.2	4.3
	ערבי	76.9	6.4	10.6	4.1
מרכז		F=0.5		F=0.6	
	יהודי וותיק	76.3	5.2	9.1	4.3
	עולה מברה"מ	75.3	5.7	9.9	2.7
	ערבי	76.9	6.4	8.7	4.4
דרום		F=5.03**		F=0.22	
	יהודי וותיק	75.8	7.7	8.0	3.7
	עולה מברה"מ	79.0	6.2	8.8	4.6
	ערבי	83.1	8.7	8.7	4.0

לוח מס' 11: ממוצעים וסטיות תקן של איכות חיים ודיכאון לפי מוצא אתני ואזור מגורים של קשישים ללא מטפלת סיעודית (N=147)

דיכאון		איכות חיים		משתנה	
ת.ו	ממוצע	ת.ו	ממוצע	מוצא	אזור מגורים
F= 4.6*		F= 5.05*			צפון
4.8	5.4	8.6	83.9	יהודי וותיק	
3.6	5.1	6.2	83.1	עולה מברה"מ	
2.2	9.5	6.2	75.2	ערבי	
F=2.5		F=4.35*			מרכז
3.3	4.3	4.8	81.3	יהודי וותיק	
3.9	6.1	6.9	82.3	עולה מברה"מ	
4.1	7.3	6.6	76.1	ערבי	
F=0.37		F=4.05*			דרום
4.8	7.5	8.7	79.6	יהודי וותיק	
4.4	6.7	6.8	82.0	עולה מברה"מ	
4.2	6.2	16.6	90.6	ערבי	

לוח 12: מקדמי רגרסיה היררכית לניבוי איכות חיים (N=360) .

מודל 4		מודל 3		מודל 2		מודל 1		
Beta	B	Beta	B	Beta	B	Beta	B	
-0.14*	-0.15	-0.15*	-0.17	-0.22***	-0.24	-3.67***	-0.22	גיל
-0.005	-0.08	0.001	0.01	-0.007	-0.12	-0.02	-0.01	מין
0.05	0.85	0.07	1.23	0.08	1.37	1.41	1.35	מצב כלכלי נתפס (ממוצע ומעלה=1)
0.14*	2.41	0.15*	2.66	0.14	2.35	1.97*	1.9	רמת דתיות (1=דתי, 0=לא דתי)
-0.05	-0.91	-0.03	-0.58	0.02	0.32			מוצא אתני – עולה מבריה"מ
-0.09	-1.53	-0.08	-1.38	-0.05	-0.81			מוצא אתני – יהודי וותיק
0.14*	2.39	0.14*	2.30	0.13*	2.26			אזור מגורים – צפון
0.20**	3.42	0.23***	3.85	0.23***	3.9			אזור מגורים – דרום
-0.15**	-2.4	-0.17**	-2.72					יש/ אין עובד/ת סיעודית
-0.05	-0.32	-0.27	-0.13					שביעות רצון מהעזרה הפיזית
0.03	0.22	0.54	0.04					שביעות רצון מהעזרה הכלכלית
0.18**	0.37							שביעות רצון מאזור המגורים
4.56***		3.87***		4.14***		4.12**		F

0.14	0.11	0.09	0.05	Adjusted R ²
------	------	------	------	-------------------------

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

לוח 13: מקדמי רגרסיה היררכית לניבוי דיכאון (N=360).

מודל 4		מודל 3		מודל 2		מודל 1		
Beta	B	Beta	B	Beta	B	Beta	B	
0.05	0.03	0.09	0.05	0.18**	0.11	0.16**	0.10	גיל
0.05	0.44	0.04	0.37	0.06	0.53	0.05	0.49	מין
-0.04	-0.33	-0.07	-0.66	-0.09	-0.91	-0.10*	-0.99	מצב כלכלי נתפס
-0.09	-0.85	-0.10	-0.97	-0.06	-0.57	-0.16**	-1.48	רמת דתיות (1=דתי, 0=לא דתי)
-0.04	-0.37	-0.09	-0.83	-0.16*	-1.44			מוצא אתני – עולה
-0.10	-0.94	-0.13	-1.17	-0.18*	-1.64			מוצא אתני – יהודי וותיק
-0.08	-0.75	-0.08	-0.71	-0.06	-0.56			אזור מגורים – צפון
-0.001	-0.008	-0.04	-0.39	-0.02	-0.22			אזור מגורים – דרום
0.20***	1.77	0.24***	2.09					יש/ אין עובד/ת סיעודי/ת
0.58	0.13	-0.004	-0.02					שביעות רצון מהעזרה הפיזית
-1.78	-0.40	-0.12	-0.42					שביעות רצון מהעזרה הכלכלית
-0.30***	-0.34							שביעות רצון מאזור המגורים
F=7.41***		F=4.55***		F=3.32**		4.66**		F
0.20		0.13		0.07		0.05		Adjusted R ²

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

רשימת מקורות

- אבן-זוהר, א. וברשאור, י. (2012). תפיסת איכות החיים ורמת התמיכה החברתית של זקנים החברים במסגרת "קהילה תומכת" בתקופה של "שגרת חירום" בעיר שדרות. *גרונטולוגיה, לט(3)*, 11-30.
- גרין, ו. ואוסלנדר, ג. (2004). הקשר בין רשת חברתית פורמלית לבין איכות החיים של זקנים המוגבלים בתפקוד. *גרונטולוגיה, לא(1)*, 11-31.
- קטן, י., ולבנשטיין, א. (1999). עשר שנים להפעל חוק ביטוח סיעוד – משמעויות ולקחים. ירושלים: המרכז לחקר המדיניות החברתית בישראל.
- Amit, K., & Litwin, H. (2010). The subjective well-being of immigrants aged 50 and older in Israel. *Soc Indic Res*, 98(1), 89 – 104.
- Bajekal, M., Blane, D., Grewal, I., Karlsen, S., Nazroo, J. (2004). Ethnic differences in influences on quality of life at older ages: A quantitative analysis. *Ageing and Society*, 24, 709- 728.
- Baron-Epel, O, Kaplan, G., & Moran, M. (2010). "Perceived Discrimination and Health-Related Quality of Life among Arabs and Jews in Israel: A Population-Based Survey Research Article." *BMC Public Health* 10 (282): 1-9.
- Bourassa, K.J., Memel, M., Woolverton, C., & Sbarra, D.A. (2017) Social participation predicts cognitive functioning in aging adults over time: Comparisons with physical health, depression, and physical activity, *Aging & Mental Health*, 21:2, 133-146
- Coverdill, J.E., Lo'pez, C.A., Petrie, M.A. (2011). Race, ethnicity and the quality of life in America, 1972-2008. *Social Forces*, 89, 3, 783- 806.
- Davidson, J. & Milligan, C. (2004) Embodying emotion sensing space: Introducing emotional geographies, *Social & Cultural Geography*, 5:4, 523-532.
- Depp, C.A., & Jeste, D.V. (2006). Definitions and predictors of successful aging: a comprehensive review of large quantitative studies. *Am J Geriatr Psychiatry*, 14(1), 6 – 20.
- Epel, O.B., Kaplan, G., & Moran, M. (2010). Perceived discrimination and health related quality of life among Arabs and Jews in Israel: A population based survey. *BMC Public Health*, 10, 282.
- Grant, R.L., & Bowling, A. (2011). Challenges in comparing the quality of life of older people between ethnic groups, and the implications for national well-being

- indicators: a secondary analysis of two cross sectional surveys. *Health and Quality of life Outcomes*, 9, 109.
- Grenade, L., & Boldy, D. (2008). Social isolation and loneliness among older people: issues and future challenges in community and residential settings. *Rehabilitation, disability and Aging*, 32(4), 468 – 478.
- Hao, L., & Johnson, R. W. (2000). Economic, cultural, and social origins of emotional well-being. *Research on Aging*, 22, 6, 599–629.
- Iecovich, E. (2014). Ageing in place: From theory to practice. *Anthropological Notebooks*, 20, 1, 21- 33.
- Joshi, K., Avasthi, A., & Kumar, R. (2003). Health related quality of life (HRQOL) among the elderly in northern India. *Perspectives and Issues*, 26(4), 141 – 153.
- Li, C.I., Lin, C.H., Lin, W.Y., Liu, C.S., Chang, C.K., Meng, N.H., ... Lin, C.C. (2014). Successful aging define by health related quality of life and its determinants in community dwelling elders. *PBC Public Health*, 14, 1013
- Litwin, H. (1995). *Uprooted in old age: Soviet Jews and their social networks in Israel*, Greenwood Publishing Group.
- Michalos, A. C., & Zumbo, B. D. (2001). Ethnicity, modern prejudice and the quality of life. *Social Indicators Research*, 53, 2, 189–222.
- Park, J., Roh, S., & Yeo, Y. (2012). Religiosity, social support, and life satisfaction among elderly Korean immigrants. *The Gerontologist*, 52(5), 641-649.
- Perez, F. R., Fernandez-Mayoralas, G., Rivera, F. E. P., & Abuin, J. M. R. (2001). Ageing in place: Predictors of the residential satisfaction of elderly. *Social Indicators Research*, 54, 2, 173–208.
- Riolo, S.A., Nguyen, T.A., Greden, J.F., & King, C.A. (2005). Prevalence of depression by race/ ethnicity: Findings from the national health and nutrition examination survey III. *American Journal of Public Health*, 95, 6, 998- 1000.
- Rowe, J.W., & Kahn, R.I. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37, 433-440.
- Russell, D.W. (1996). UCLA loneliness scale (version 3): reliability, validity and factor structure. *Journal of Personality Assessment*, 66(1), 20 – 40.
- Toepoel, V. (2013). Aging, Leisure and social connectedness: How could leisure help reduce social isolation of older people. *Soc Indic Res*, 113, 355 – 372.
- Vitman Schorr, A., Iecovich, E., Alfasi, N. (2013). Ageism and Social Integration of Older Adults in their Neighborhoods in Israel. *The Gerontologist*, 54,2, 177- 189.

- Vitman Schorr, A., Iecovich, E., Alfasi, N., Shamai, S. (2016). Socio-spatial integration of older adults in four types of residential environments in Israel. *Journal of Applied Gerontology*. doi: 10.1177/0733464815614917.
- Woo, J., Chan, R., Leung, J., & Wong, M. (2010). Relative contributions of geographic, socioeconomic and life factors to quality of life, frailty and mortality in elderly. *Plos One*, 5(1), 1 -11.