

חלק ב': תקציר ומילות מפתח - עברית

כותרת מלאה של המחקר

ידע ועמדות בנוגע לתכנון מוקדם במסגרת מחלת אלצהיימר: מחקר בקרב הציבור ואנשי מקצוע בבתי חולים ובתי אבות

חוקרים: שם מלא ושיוך מוסדי

פרלה ורנר, החוג לבריאות נפש קהילתית, אוניברסיטת חיפה

מילות מפתח

ידע, עמדות, ביצוע, תכנון רפואי מוקדם, מחלת אלצהיימר, ציבור רחב, אנשי מקצוע

תקציר

רקע: למרות היתרונות הרבים שבביצוע תכנון מוקדם רפואי, היישום בארץ נמוך. ידע נמוך ועמדות שליליות מוזכרות כסיבות פוטנציאליות לכך.

מטרות: לבחון את הידע, העמדות והביצוע של תכנון מוקדם בקרב הציבור הרחב ואנשי מקצוע בבתי חולים ובבתי אבות.

שיטה: 1. בוצעה סקירת ספרות בנושא ידע בנוגע לתכנון מוקדם, 2. נבנה כלי מובנה לבחינת ידע אובייקטיבי בנוגע לתכנון מוקדם, 3. נערך סקר טלפוני בקרב 514 אנשים בני 18 ומעלה. 4. הועברו שאלונים מובנים ל-466 אנשי מקצוע בבתי חולים ו-162 אנשי מקצוע בבתי אבות.

ממצאים עיקריים: למרות שהציבור הרחב ואנשי המקצוע הביעו עמדות חיוביות יחסית בנוגע לתכנון מוקדם, רמות המודעות והידע האובייקטיבי היו נמוכות, וכך גם שיעורי הביצוע הן בנוגע לחתימה פורמלית על מסמכים והן בנוגע לקיום שיחות בנושא. משתתפים בעלי השכלה נמוכה יותר, לא יהודים, ובעלי שנות ותק מועטות יותר (בקרב אנשי מקצוע), היו בעלי ידע נמוך יותר ועמדות חיוביות פחות. בקרב הציבור הרחב, אמונות בנוגע למחלת אלצהיימר היו קשורות לעמדות בנוגע לתכנון מוקדם.

מסקנות: הציבור הרחב ואנשי המקצוע זקוקים להרחבת הידע וההתמקצעות בתהליך הביצוע בפועל.

המלצות: יש להגדיר את נושא תכנון מוקדם רפואי כעדיפות בבריאות הציבור בכלל וכחלק ממדיניות מוסדות הרפואה בפרט. יש להגביר את הידע והמודעות בקרב הציבור הרחב ובקרב אנשי מקצוע ולפתח תכניות הכשרה וימי עיון לכלל הצוותים הרפואיים.

חלק ג': תקציר ומילות מפתח - אנגלית

Full title of research project

Knowledge and attitudes regarding advance care planning for Alzheimer's disease: studying the lay public and professionals in hospitals and nursing homes.

Investigators: full name and affiliations

Perla Werner, Department of Community Mental Health, University of Haifa

Key Words

Knowledge, attitudes, completion, Advance Care Planning, Alzheimer's disease, lay public, professionals

Abstract

Scientific Background: Despite numerous advantages associated with undertaking Advance Care Planning (ACP), implementation in Israel is very low. Low knowledge and negative attitudes are frequently referred as potential reasons for that.

Objectives: To assess knowledge, attitudes and implementation of ACP among the lay public and professionals in hospitals and nursing homes.

Methodology: (1) A systematic review was conducted about knowledge regarding ACP, (2) A structured instrument was developed to assess objective knowledge regarding ACP, (3) A telephone survey was conducted among 514 Israeli adults, aged 18 and above, (4) A survey was conducted among 466 professionals in hospitals, and among 162 professionals in nursing homes.

Findings: Despite relatively positive attitudes towards ACP, low levels of awareness and objective knowledge were found among the lay public and professionals, as well as very low rates of formal documentation and informal conversations about ACP. Participants with lower education, those who were non-Jewish and had fewer years of professional experience (among professionals) were found to have less knowledge and less positive attitudes toward ACP. Among the lay public beliefs regarding Alzheimer's disease were related to attitudes toward ACP.

Conclusions: There is need to expand the knowledge of laypersons and professionals regarding ACP, with special attention to instrumental aspects.

Recommendations: ACP should be defined as a priority in public health and clear policies regarding the topic should be developed and implemented in medical institutions. There is a need to increase knowledge and awareness among the lay public and professionals and to develop training programs and seminars for professional staff.

Executive Summary

Scientific background: Advance Care Planning (ACP) is a process that supports adults in understanding and sharing their personal values, life goals and preferences for future medical care during serious and chronic illness (Sudore et al., 2017). Although ACP is consistently associated with advantages for the person and his/her family members, completion rates are low worldwide and in Israel (Shvartzman, Reuven, Halperin, & Menahem, 2015). Low levels of knowledge and negative attitudes are frequently mentioned as barriers to ACP (McLennan et al., 2015; Ottoboni et al., 2019).

Objectives: The overall aim of this study was to assess knowledge and attitudes regarding ACP in Israel. Specific goals included: 1. To develop and validate a scale aimed at assessing knowledge about ACP. 2. To examine knowledge, attitudes, and practice regarding ACP in a sample of the Israeli population aged 18 and older. 3. To examine knowledge, attitudes, and practice regarding ACP among professionals in hospitals. 4. To examine knowledge, attitudes, and practice regarding ACP among professionals in nursing homes.

Methodology: *Objective 1:* A structured questionnaire including 10 items to assess knowledge about advance directives (ADs) and durable power of attorney (DPOA), was developed. *Objective 2:* A computer-assisted telephone survey was conducted among 514 laypersons aged 18 and older. The questionnaire assessed knowledge about ACP, attitudes toward ACP, involvement in ACP discussions, completion and familiarity with ACP, health beliefs regarding Alzheimer's disease and background variables. *Objective 3:* A survey was conducted among 466 professionals in four hospitals using a similar questionnaire. *Objective 4:* A survey was conducted among 162 professionals in nine nursing homes using a similar instrument.

Findings: Despite relatively positive attitudes towards ACP, low levels of awareness and objective knowledge were found among the lay public and professionals, as well as very low rates of formal documentation and informal conversations about ACP. Participants with lower education, those who were non-Jewish and had fewer years of professional experience (among

professionals) were found to have less knowledge and less positive attitudes toward ACP. Among the lay public, positive beliefs regarding Alzheimer's disease were related to more positive attitudes toward ACP.

Conclusions: Lay persons and professionals in hospitals and nursing homes showed low levels of awareness and objective knowledge regarding ACP. They also demonstrated very low completion rates of the formal and informal aspects of ACP. The existence of positive attitudes toward ACP and its benefits, coupled with the willingness of the participants to learn more about the subject, point to a need to begin developing suitable interventions. Our findings also demonstrate that beliefs regarding Alzheimer's disease and especially perceived susceptibility to develop Alzheimer's disease and subjective knowledge regarding AD had an important role in explaining attitudes toward ACP among laypersons.

Policy Implications and Recommendation: 1. Raising awareness and increasing objective knowledge about ACP will require that policymakers adopt a broad approach that is attentive and sensitive to the needs of various populations, including the general public and professionals, in hospitals and nursing homes and in primary and secondary care. 2. Interventions should be developed to help raise awareness and increase knowledge about ACP, such as media campaigns and training programs for medical students and professionals. 3. Unique aspects concerning dementia should be integrated in these programs. 4. Intervention programs should be sensitive to the needs of groups such as minorities and those with low levels of education. 5. The legal framework in which ACP is carried out should be defined clearly and special designations related to dementia should be considered. 6. Policies regarding ACP should be clearly defined and implemented at the institutional level in order to guide and lend legitimacy and support to professionals in medical institutions who raise and promote the subject. 7. The formal process of undertaking ACP should be simplified and made more accessible. 8. Resources should be allocated to convert these recommendations into practical measures.

References

- McLennan, V. E., Boddy, J. H., Daly, M. G., & Chenoweth, L. M. (2015). Relinquishing or taking control? Community perspectives on barriers and opportunities in advance care planning. *Australian Health Review*, 39,5, 528-532
- Ottoboni, G., Chattat, R., Camedda, C., Galletti, M., Macripò, S., Mariani, E., & Ingravallo, F. (2019). Nursing home staff members' knowledge, experience and attitudes regarding advance care planning: a cross-sectional study involving 12 Italian nursing homes. *Aging clinical and experimental research*, 1-9. doi.org/10.1007/s40520-018-01110-5.
- Shvartzman, P., Reuven, Y., Halperin, M., & Menahem, S. (2015). Advance directives - the Israeli experience. *Journal of Pain and Symptom Management*, 49(6), 1097-1101.
- Sudore, R. L., Lum, H. D., You, J. J., Hanson, L. C., Meier, D. E., Pantilat, S. Z., ... & Kutner, J. S. (2017). Defining advance care planning for adults: a consensus definition from a multidisciplinary Delphi panel. *Journal of pain and symptom management*, 53(5), 821-832.

חלק ה': דוח מדעי: ידע ועמדות בנוגע לתכנון מוקדם במסגרת מחלת אלצהיימר: מחקר בקרב הציבור הרחב ואנשי מקצוע בבתי חולים ובתי אבות

רקע מדעי

הגדרה ודרכי ביצוע: תכנון רפואי מוקדם (Advance Care Planning) מוגדר כתהליך שבו אנשים מבוגרים, בכל גיל ובכל מצב רפואי מבינים וחולקים את הערכים האישיים שלהם, את מטרות חיים, והעדפותיהם בנוגע לטיפול רפואי עתידי. ניתן לבצע תכנון מוקדם בדרך פורמלית, על ידי כתיבת הנחיות מקדימות (Advance Directives) או על ידי ייפוי כוח לטיפוליים רפואיים (Durable Power of Attorney), ובדרך לא פורמלית על ידי קיום שיחות עם בני משפחה או אנשי צוות רפואי (Sudore et al., 2017). תכנון מוקדם בישראל: במסגרת "חוק החולה הנוטה למות" משנת 2005, אדם מוגדר כנוטה למות אם הוא חולה במחלה סופנית, ותוחלת חיו אינה עולה על שישה חודשים. משרד הבריאות מאפשר לכל אדם אשר מבקש להביע את רצונותיו מראש לגבי טיפולים רפואיים עתידיים למלא הנחיות מקדימות או לחילופין לייפה את כוחו של אדם אחר לקבל עבורו החלטות רפואיות בשלב סוף החיים, במקרה והוא לא יהיה כשיר לכך (Bentur & Sternberg, 2017). בישראל מספר האנשים שמילאו את הטפסים אינו עולה על 1% מהאוכלוסייה הבוגרת בארץ (Shvartzman, Reuven, Halperin, & Menahem, 2015). למרות ניסיונות שנעשו בשנים האחרונות להעלאת המודעות לנושא הפליאטיבי במסגרות שונות (Bar-Sela et al., 2017; Feder et al., 2018), יתרונות בביצוע תכנון מוקדם:

מוזכרים יתרונות רבים לביצוע תכנון רפואי מוקדם, הן לאדם עצמו והן למשפחתו. ראשית, ביצוע תכנון רפואי מוקדם מאפשר לאנשים לבטא ולתעד את העדפותיהם בנוגע לטיפולים רפואיים אותם ירצו לקבל או לא לקבל בסוף החיים במידה ויאבדו את היכולת לקבל החלטות (Poppe et al., 2013; deLima Thomas et al., 2018). שנית, הוא מאפשר לכבד העדפות אלה. שלישית, מונע טיפולים מארכי חיים בסוף החיים ובכך מעלה את איכות החיים של האדם בשלבים אלה (Brinkman-Stoppelenburg et al., 2014; Dixon et al., 2018). עבור בני משפחה מטפלים, ביצוע תכנון מוקדם מאפשר להם להכיר את רצונותיו של בן משפחתם ועל כן עשוי למנוע דחק, חרדה, ודיכאון (Brazil et al., 2018). ביצוע תכנון מוקדם מהווה יתרון גם למערכת הבריאות בכך שמקצר את זמן האשפוז, מצמצם שימוש במשאבים, ומפחית עלויות (Lum et al., 2015). מגבלות בביצוע תכנון רפואי מוקדם: למרות יתרונות אלה, אחוז האנשים אשר מבצעים תכנון רפואי מוקדם נמוך מאד ברוב מדינות העולם המערבי (Aw et al., 2011; Evans et al., 2012), כולל ישראל. העדר ידע, מודעות נמוכה ועמדות שליליות בנוגע לתכנון רפואי מוקדם,

מוזכרים כסיבות מרכזיות לאחוזים נמוכים אלה (McLennan et al., 2015; Shepherd et al., 2018; Ottoboni et al., 2019).

תכנון מוקדם רפואי ומחלת אלצהיימר: מחלת אלצהיימר מאופיינת בהתדרדרות קוגניטיבית הדרגתית, אשר פוגעת בזיכרון, בשפה ובאישיות וכתוצאה מכך נגרמים קשיים בתפקוד היומיומי, בחיי החברה ובפעילויות התעסוקתיות (ADI, 2019). לתכנון רפואי מוקדם ישנה חשיבות רבה במסגרת מחלת אלצהיימר, מכיוון שככל שהמחלה מתקדמת האדם מאבד את היכולת לקבל החלטות ולבטא את הערכים והעדפותיו לטיפולים רפואיים בסוף החיים. לכן, מומלץ להתחיל בביצוע תכנון רפואי מוקדם בשלבי המחלה הראשונים (Cotter et al., 2018; Dixon et al., 2018).

אמונות בנוגע למחלת אלצהיימר וביצוע תכנון מוקדם רפואי: סיכוי לחלות (המגודר כתפיסת הסבירות לחלות), דאגה (המוגדרת כדאגה ופחד סובייקטיביים לחלות) וידע סובייקטיבי בנוגע למחלה הינם מרכיבים מרכזיים במודלים קוגניטיביים לעידוד מעורבות בהתנהגויות בריאותיות (Conner & Norman, 2005). מכיוון שביצוע תכנון מוקדם נתפס כהתנהגות בריאותית (Fried et al., 2009; Ernecoff et al., 2016; Ng et al., 2017), אנו מניחים שאמונות בנוגע למחלת אלצהיימר יכולים לתרום באופן משמעותי להבנת העמדות של אנשים בנוגע לתכנון מוקדם.

המחקר הנוכחי נועד לבחון נושאים אלה בקרב בעלי העניין המרכזיים בנושא.

מטרות המחקר

למחקר הנוכחי היו 4 מטרות עיקריות:

1. לפתח ולתקף כלי מובנה להערכת ידע בנוגע לתכנון רפואי מוקדם.
2. לבחון את הידע, העמדות והביצוע של תכנון רפואי מוקדם בקרב מדגם מייצג של האוכלוסייה הישראלית הבוגרת.
3. לבחון את הידע, העמדות והביצוע של תכנון רפואי מוקדם בקרב אנשי מקצוע בבתי חולים.
4. לבחון את הידע, העמדות והניסיון של תכנון רפואי מוקדם בקרב אנשי מקצוע בבתי אבות.

מטרה 1: לפתח ולתקף כלי להערכת ידע בנוגע לתכנון רפואי מוקדם

בניית ותיקוף הכלי בוצע במספר שלבים.

א. בשלב הראשון בוצעה סקירה סיסטמטית של הספרות בנושא ידע בנוגע לתכנון רפואי מוקדם (Kermel-Schiffman & Werner, 2017). בסקירה, אשר כללה 37 מאמרים שפורסמו בין 1994 ו-2016, נמצא כי רובם ($n = 35$) היו כמותניים, בוצעו בארצות הברית ($n = 23$), וכללו אנשי מקצוע כמשתתפים ($n = 22$). באשר לידע בנוגע לתכנון מוקדם, ב-15

מאמרים נבחן ידע אובייקטיבי, ב – 16 ידע סובייקטיבי וב – 6 מחקרים נבחנו שני סוגי הידע. כמו כן, נמצא כי רוב הכלים ששימשו להערכת ידע לא היו תקפים.

ב. בשלב שני, על בסיס ממצאי סקירת הספרות, ובכפוף לאישור ועדת האתיקה של אוניברסיטת חיפה, בוצעו ראיונות עומק פנים-אל-פנים עם 8 מומחים בנושא תכנון מוקדם רפואי: אחות, קובע מדיניות, עובדת סוציאלית, רופאה, שני משפטים, עובדת במשרד הבריאות, ומומחית בנושא אתיקה. הראיונות נמשכו כחצי שעה בממוצע, והתבססו על מדריך ראיון חצי מובנה, אשר כלל שאלות בנוגע ל: סוגי הידע הדרושים לדעת הנשאלים כדי לבצע תכנון מוקדם, המדיניות הקיימת בנושא בבתי חולים ובבתי אבות, ומה הצעדים הדרושים להעלאת המודעות בקרב אנשי מקצוע והציבור הרחב בנושא. כל הראיונות הוקלטו במכשיר שמע, תומללו, ונותחו על ידי ניתוח תמטי. מניתוח הראיונות עלו שלוש תמות מרכזיות:

התמה הראשונה התייחסה לסוגי ידע בנוגע לתכנון מוקדם: המשתתפים העלו 4 סוגים של ידע הנדרשים לביצוע תכנון מוקדם: ידע אינסטרומנטלי – ידע זה התייחס להיבטים הטכניים של תהליך ביצוע תכנון מוקדם, כגון "נדרשים שני עדים לחתימה על הטפסים", ידע רפואי – התייחס לידע הדרוש מבחינה רפואית כגון "יש הבדל בין הארכת חיים והצלת חיים", ידע חוקתי – התייחס לידע בהיבטים משפטיים וחוקתיים כגון "הטפסים נכנסים לתוקף כאשר האדם לא יכול לקבל החלטות בעצמו בסוף החיים", וידע ייחודי לאנשי מקצוע, שהוא הידע הדרוש בתהליך ביצוע תכנון מוקדם, כגון "אנשי צוות רפואי מחויבים לכבד את ההנחיות המקדימות".

התמה השנייה התייחסה לסוגיות הקשורות למדיניות ביצוע תכנון מוקדם: המשתתפים הדגישו בעיקר את העדרה של מדיניות ברורה בנושא בבתי חולים בארץ. כמו כן, המשתתפים ציינו כי, למרות החקיקה שקיימת במסגרת "חוק החולה הנוטה למות" (2005), אין בה התייחסות מיוחדת לאנשים עם דמנציה, שהן אוכלוסייה מרכזית בנושא. בראיונות הודגש במיוחד הפער הקיים בין החקיקה המתקדמת באופן יחסי שקיימת בישראל בהשוואה למדינות אחרות, לבין יישום החקיקה ותרגומה למדיניות בשטח. המרואיינים קראו למעורבות מוגברת מצד משרדי הממשלה וקופות החולים לקביעת מדיניות ברורה בבתי חולים ובתי אבות שתאפשר להגביר את הביצוע של תכנון מוקדם.

התמה השלישית התייחסה להגברת הידע בקרב אנשי מקצוע והציבור הרחב. המשתתפים בראיונות העומק ציינו את הצורך בהגברת הידע של אנשי מקצוע על ידי מתן הכשרה, ימי עיון, והדרכות. נושא תכנון רפואי מוקדם אף הוזכר כנושא חובה בכל תכניות הלימוד של המקצועות הרפואיים. גם הודגש הצורך בהעלאת המודעות של הציבור הרחב באמצעות קמפיינים לאומיים בתקשורת, חלוקת חומרים כתובים, וכל זה בסיוע של עמותות, מקבלי החלטות, ואנשי מקצוע.

ג. בשלב השלישי ובהתבסס על הידע שנצבר בשלבים הקודמים, פותח כלי מובנה להערכת ידע בנוגע לתכנון מוקדם. הכלי כלל 10 פריטים (4 בנוגע להנחיות רפואיות מקדימות, 2 בנוגע לייפוי כוח לטיפוליים רפואיים, ו 4 פריטים בנוגע לשניהם). כל פריט דורג בסולם מסוג ליקרט הנע מ 1 לא נכון, ועד 4 נכון. תוקף הפנים של הכלי נבדק על ידי שלושה מומחים, אשר מצאו את הפריטים בהירים, מובנים ומתאימים לנושא הנחקר.

מטרה 2: לבחון את הידע, העמדות והביצוע של תכנון רפואי מוקדם בקרב מדגם מייצג של האוכלוסייה הישראלית הבוגרת

2.1 הליך המחקר: לאחר קבלת אישור מועדת האתיקה של אוניברסיטת חיפה, בוצע פרה-טסט של השאלון בקרב 30 משתתפים הזוהים למשתתפים הפוטנציאליים למחקר. שאלות שנמצאו לא ברורות או שאחוז נמוך של משתתפים ענו אליהן, נוסחו שנית. בהמשך, נערך סקר טלפוני באמצעות המחשב (computerized assisted telephone interview) בקרב מדגם מייצג של האוכלוסייה הבוגרת (בני 18 ומעלה) בארץ. לאחר תרגום השאלון לערבית ולרוסית הלך וחזור, נעשתה פנייה ל 1,044 משתתפים פוטנציאליים, כאשר 514 הסכימו להשתתף בסקר (אחוז היענות 49%). הסיבות לאי היענות כללו קושי או סירוב לענות על השאלות, וחוסר זמן.

2.2 תיאור המשתתפים: אפיוניהם הסוציו-דמוגרפיים ואמונות הבריאות של המשתתפים בנוגע למחלת אלצהיימר מוצגים בלוח 1 בנספח. כפי שניתן לראות, הגיל הממוצע של המשתתפים היה 53.4 (ס.ת. = 17.6, טווח = 18 - 94), רובם (61%) היו נשים, נשואים או חיים בזוגיות (73%), (יהודים) 80%, וכמחציתם דיווחו שהם חילוניים. למשתתפים היו בממוצע 14.3 (ס.ת. = 3.6, טווח = 0 - 30) שנות לימוד. באשר לאמונות בנוגע למחלת אלצהיימר, נמצא כי 54% מהמשתתפים ציינו שהם מכירים אדם עם מחלת אלצהיימר, כאשר 30% מתוכם ציינו כי מדובר בבן משפחה והיתר בחבר, שכן או מכר. הידע הסובייקטיבי של המשתתפים בנוגע למחלת אלצהיימר הייתה בינונית (ממוצע = 3.0, ס.ת. = 1.2), ורמות הסיכוי והדאגה לחלות במחלה היו נמוכות יחסית (ממוצע = 2.3, ס.ת. = 0.9) בשתי האמונות.

2.3 כלי מחקר: משתנים תלויים: אלה כללו ידע (סובייקטיבי ואובייקטיבי) בנוגע לתכנון

מוקדם, עמדות בנוגע לתכנון מוקדם וביצוע תכנון מוקדם.

ידע סובייקטיבי בנוגע לתכנון מוקדם רפואי: בדומה לספרות קיימת (Teixeira et al., 2015; Coffey et al., 2016), המשתתפים התבקשו לציין אם הם שמעו או לא על המושג הנחיות רפואיות מקדימות לטיפולים רפואיים בסוף החיים ועל המושג ייפוי כוח לטיפולים רפואיים. הפריטים דורגו כ - 0 אם התשובה הייתה שלילית וכ- 1 אם הייתה חיובית. רק משתתפים שענו בחיוב לפריטים אלה נתבקשו לענות ליתר השאלות.

ידע אובייקטיבי בנוגע לתכנון מוקדם רפואי: נעשה שימוש בכלי שתואר לעיל, אשר כזכור כלל 10 פריטים) 4 בנוגע להנחיות רפואיות מקדימות, 2 בנוגע לייפוי כוח לטיפוליים רפואיים, ו 4 פריטים בנוגע לשניהם), המדורגים מ - 1 לא נכון ועד 4 נכון. לצורך ניתוח הנתונים בוצע שינוי בדירוג זה ותשובה נכונה 4) קיבלה ערך 1, וכל תשובה אחרת) אולי לא נכון, אולי נכון ולא יודע) קיבלה ציון 0) תשובה לא נכונה).

עמדות בנוגע לתכנון מוקדם: נבחנו על ידי 10 פריטים, אשר דורגו בסולם מסוג ליקרט מ - 1 מאוד לא מסכים ועד 4 מאוד מסכים. דוגמה לפריט: "יש לי אפשרות לבחור את הטיפולים הרפואיים שאקבל בסוף החיים". הפריטים התבססו על שאלון ה - Advance Directive (Attitudes Survey (ADAS) (Nolan & Bruder's, 1997), אשר תורגם מאנגלית לעברית הלוך וחזור. נמצא כי המהימנות הפנימית של הכלי הייתה מתונה, קרונבך אלפה = 0.71. **ביצוע פורמלי של תכנון מוקדם:** המשתתפים נשאלו האם מילאו טופס הנחיות רפואיות מקדימות או ייפוי כוח עבור עצמם או אם מכירים מישהו שמילא טפסים אלה. הפריטים דורגו כ - 0 אם התשובה הייתה שלילית וכ - 1 אם הייתה חיובית. פריטים אלה התבססו על ספרות קיימת (Teixeira et al., 2015; Coffey et al., 2016).

מעורבות בשיחות בנוגע לתכנון מוקדם: בדומה לספרות הקיימת (Teixeira et al., 2015), המשתתפים נשאלו שתי שאלות: האם שוחחת עם בני משפחה/חברים או עם רופא המשפחה בנוגע להעדפותיך לטיפול רפואי בסוף החיים? כל פריט דורג כ - 0 לשלילה וכ - 1 לחיוב. חושב אינדקס כללי על ידי סיכום הפריטים. נמצא קשר מובהק בין הפריטים, $r=0.38$, $p<0.001$.

משתנים בלתי תלויים: אלה כללו חשיבות קיומן של שיחות בנושא מוות, רצון לקבל מידע בנוגע לתכנון מוקדם רפואי, אמונות בנוגע למחלת אלצהיימר ופריטים סוציו-דמוגרפיים. **חשיבות קיומן של שיחות בנושא מוות:** המשתתפים התבקשו לציין באמצעות שני פריטים באיזו מידה חשוב להם לקיים שיחות פתוחות וכנות בנושא מוות ותהליך המוות עם בני משפחה ועם רופא. הפריטים דורגו בסולם מסוג ליקרט מ - 1 במידה נמוכה מאוד ועד 5 במידה רבה מאוד. חושב אינדקס כללי על ידי מיצוע הפריטים. נמצא קשר מובהק בין הפריטים $r=0.63$, $p<0.001$.

רצון לקבל מידע בנוגע לתכנון מוקדם רפואי: המשתתפים התבקשו לדווח באיזו מידה היו רוצים לקבל מידע על איך לבצע הנחיות רפואיות מקדימות או ייפוי כוח לטיפולים רפואיים. הפריט דורג בסולם מסוג ליקרט מ - 1 במידה נמוכה מאוד ועד 5 במידה רבה מאוד. **אמונות בנוגע למחלת אלצהיימר:** בדומה למחקרים קודמים (Werner et al., 2010), המשתתפים התבקשו לענות על מספר שאלות ייחודיות הבוחנות אמונות בנוגע למחלת אלצהיימר:

היכרות עם אדם עם מחלת אלצהיימר: המשתתפים נשאלו האם מכירים אדם שמאובחן במחלת אלצהיימר או בדמנציה אחרת. הפריט דורג 1. לא, 2. כן, מכיר בן משפחה, 3. כן, מכיר חבר, שכן, מכר או אדם אחר.

הסיכוי לחלות במחלת אלצהיימר: המשתתפים נשאלו מהו הסיכוי לדעתם, שיחלו במחלת אלצהיימר במהלך החיים שלהם. הפריט דורג בסולם מסוג ליקרט מ - 1 אין סיכוי כזה ועד 5 סיכוי גבוה מאוד.

דאגה לחלות במחלת אלצהיימר: המשתתפים נשאלו באיזו מידה הם מודאגים שיחלו במחלת אלצהיימר. הפריט דורג מ - 1 בכלל לא ועד 5 במידה רבה מאוד.

ידע סובייקטיבי בנוגע למחלת אלצהיימר. המשתתפים נשאלו באיזו מידה הם יודעים על מחלת אלצהיימר. הפריט דורג בסולם מסוג ליקרט הנע מ - 1 בכלל לא ועד 5 במידה רבה מאוד.

פרטים סוציו-דמוגרפיים: אלה כללו מגדר, שנת לידה, ארץ לידה, מצב משפחתי, מספר ילדים, מספר שנות לימוד, מגזר, מידת דתיות, הערכה סובייקטיבית של המצב הבריאותי (מ - 1 מצוין ועד 5 גרוע מאוד) ושל המצב הכלכלי הסובייקטיבי (מ - 1 מצוין ועד 5 גרוע מאוד).

2.4 ממצאים בנוגע למטרה 2

2.4.1 ידע סובייקטיבי בנוגע לתכנון מוקדם רפואי: רק 71 מקרב כלל המשתתפים במחקר (13.8%) דווחו כי שמעו על הנחיות רפואיות מקדימות. האחוז היה יותר גבוה באשר לייפוי כוח לטיפולים רפואיים (39.5%).

קשרים בין ידע סובייקטיבי בנוגע לתכנון מוקדם לבין אפיוני המשתתפים: משתתפים אשר דווחו כי שמעו על המושגים הנחיות רפואיות מקדימות או על ייפוי כוח, היו בעלי השכלה גבוהה יותר (15.3 ו - 15.2 שנות לימוד בממוצע, בהתאמה) בהשוואה לאלה שדווחו שלא שמעו עליהם (14.1 ו - 13.6 שנות לימוד בממוצע, בהתאמה) ($t_{(502)} = 2.55, p < 0.05$); $t_{(502)} = 4.75, p < 0.001$, בהתאמה). כמו כן נמצא כי, בעוד ש - 46.6% מהיהודים דווחו כי שמעו על ייפוי כוח רפואי, רק 12.6% מהלא יהודים דווחו זאת ($\chi^2_{(1)} = 39.54, p < 0.001$).

2.4.2 ידע אובייקטיבי בנוגע לתכנון מוקדם רפואי: כפי שהוסבר לעיל, משתתפים אשר דווחו כי שמעו על הנחיות רפואיות מקדימות ($n = 71$) התבקשו לענות על ארבע שאלות ייחודיות בנושא, ומשתתפים שענו כי שמעו על ייפוי כוח לטיפולים רפואיים ($n = 203$) התבקשו לענות על שתי שאלות ייחודיות בנושא. משתתפים אשר דווחו ששמעו על שני המונחים ($n = 52$) התבקשו לענות על ארבע שאלות בנוגע להנחיות רפואיות מקדימות ולייפוי כוח לטיפולים רפואיים. נבנו שלושה אינדקסים על ידי סיכום הפריטים הנכונים בכל חלוקה. רמת הידע הייתה בינונית עד נמוכה בכל אינדקס: באינדקס של ידע בנוגע להנחיות רפואיות מקדימות הממוצע היה 2.92 (ס.ת. = 0.96, טווח 0 - 4), באינדקס של ידע בנוגע לייפוי כח לטיפולים רפואיים הממוצע היה 1.21 (ס.ת. = 0.57, טווח 0 - 2), ובאינדקס

בנוגע לשני הנושאים הממוצע היה 1.63 (ס.ת. = 0.97, טווח 0 – 4). התבוננות מעמיקה יותר באחוזי המשתתפים שענו נכון לכל אחד מהפריטים מראה כי אחוזים אלה היו נמוכים במיוחד בפריטים שבחנו ידע בנוגע לאספקטים אינסטרומנטליים לביצוע הנחיות מקדימות וייפוי כוח. פחות ממחצית הנשאלים אנו נכון לפריטים מספר 6, 7, ו-10, ואחוז מזערי מעל ל-50% מהמשתתפים ענו נכון לפריטים 8 ו-9. נתונים אלה מוצגים בלוח 2 בנספח. קשרים בין ידע אובייקטיבי בנוגע לתכנון מוקדם לבין אפיוני המשתתפים: באופן כללי נמצאו מספר קשרים מובהקים בין ידע אובייקטיבי לאפיוני המשתתפים. קשר מובהק ועקבי נמצא עם מגזר, בנוגע לשלושת סוגי הידע, כאשר ליהודים הייתה רמת ידע גבוהה יותר בהשוואה ללא יהודיים: ממוצע ידע בנוגע לתכנון מוקדם היה 3.1 ו-2.1 בקרב יהודים ולא יהודים בהתאמה, $t(68) = 3.56, p < 0.01$). ממוצע הידע בנוגע לייפוי כוח רפואי היה 1.2 ו-0.7 בקרב יהודים ולא יהודים בהתאמה, $t(197) = 3.46, p < 0.01$). ממוצע הידע בנוגע לשני המושגים - ייפוי כוח רפואי והנחיות מקדימות - היה 1.7 ו-1.0 בקרב יהודים ולא יהודים בהתאמה $t(45.0) = 4.68, p < 0.01$).

ידע בנוגע להנחיות מקדימות: נמצא קשר מובהק בין ידע בנוגע להנחיות מקדימות ובין שנות לימוד, $r=0.35, p<0.01$, כלומר ככל שלאדם היו יותר שנות לימוד, כך הידע שלו בנוגע להנחיות מקדימות היה רב יותר.

ידע בנוגע לייפוי כוח רפואי: נמצא קשר מובהק בין ידע בנוגע לייפוי כוח ובין ידע סובייקטיבי על אלצהיימר $r=0.14, p<0.05$, כלומר ככל שלאדם היה ידע סובייקטיבי רב יותר על מחלת אלצהיימר, כך גם היה לו ידע רב יותר על ייפוי כוח רפואי. ידע בנוגע להנחיות מקדימות ולייפוי כוח רפואי: נמצא קשר מובהק בין ידע בנוגע להנחיות מקדימות ולייפוי כוח רפואי ובין שנות לימוד, $r=0.37, p<0.01$ וגם בין ידע בנוגע להנחיות מקדימות ולייפוי כוח רפואי ובין ידע סובייקטיבי על מחלת אלצהיימר $r=0.33, p<0.05$, כלומר ככל שלאדם היה ידע סובייקטיבי רב יותר על מחלת אלצהיימר ויותר שנות לימוד כך גם היה לו ידע רב יותר בנוגע לשני המושגים.

2.4.3 עמדות בנוגע לתכנון מוקדם רפואי: באופן כללי, המשתתפים דווחו על עמדות חיוביות בנוגע לתכנון מוקדם רפואי (ממוצע = 3.2, ס.ת. = 0.4, טווח 1-4). התבוננות ב-10 הפריטים שמעריכים עמדות מראה כי הציון היה מעל החציון בכל הפריטים (לוח 3 בנספח).

קשרים בין עמדות בנוגע לתכנון מוקדם לבין אפיוני המשתתפים: נמצאו מספר קשרים מובהקים בין עמדות המשתתפים בנוגע לתכנון מוקדם לבין אפיוניהם הסוציו-דמוגרפיים. באשר למגדר נמצא כי, נשים דווחו על עמדות חיוביות יותר בהשוואה לגברים (ממוצע = 3.3 ו-3.2 בהתאמה, $t(511) = 2.81, p<0.01$). מגמה דומה נמצאה בקשר למגזר ודתיות: יהודים דווחו על עמדות חיוביות יותר בהשוואה למשתתפים לא יהודים (ממוצע = 3.3 ו-3.1 בהתאמה, $t(499) = 3.10, p<0.01$), ומשתתפים חילונים דווחו על עמדות חיוביות יותר

בהשוואה לדתיים) ממוצע = 3.3 ו 3.2 בהתאמה, $t_{(498)} = 2.81, p < .01$. כמו כן, נמצא קשר חיובי מובהק בין עמדות ומספר שנות לימוד ($r = .14, p < .01$). קשרים בין עמדות בנוגע לתכנון מוקדם רפואי לאמונות בנוגע למחלת אלצהיימר: אחת השאלות הייחודיות של המחקר הנוכחי הייתה האם קיים קשר בין עמדות הציבור הרחב בנושא תכנון מוקדם רפואי לבין אמונות בריאות מרכזיות בנושא מחלת אלצהיימר. בבחינת הקשרים הדו-משתניים בין עמדות לאמונות אלה נמצא קשר חיובי מובהק בין עמדות לידע סובייקטיבי בנוגע למחלת אלצהיימר ($r = .20, p < .01$), ובין עמדות ואמונות בנוגע לסיכוי לחלות במחלה ($r = .13, p < .01$).

בהמשך, על מנת לבחון את תרומתן הייחודית של אמונות אלה להסבר העמדות בוצעה גרסיה היררכית, כאשר בשלב ראשון הוכנסו למשוואה אותם משתנים סוציו-דמוגרפיים שנמצאו קשורים באופן מובהק עם עמדות בניתוחים הדו-משתניים, ובשלב השני הוכנסו אמונות בנוגע למחלת אלצהיימר. באופן כללי נמצא כי, מגדר ודתיות היו המנבאים העיקריים – אם כי הסבירו רק 3% מהשונות המוסברת בעמדות, כאשר ידע סובייקטיבי בנוגע למחלת אלצהיימר נמצא גם כמנבא של עמדות ($\beta = .13, p < .01$), והוסיף עוד 3% לשונות המוסברת.

2.4.4 ביצוע פורמלי של תכנון מוקדם: נמצא כי מתוך המשתתפים ששמעו על הנחיות רפואיות מקדימות רק 11.4% מילאו את הטפסים ומבין המשתתפים אשר שמעו על ייפוי כוח לטיפולים רפואיים, 8.9% בלבד מינו מיפוי כוח להחלטות רפואיות. מעורבות בשיחות בנוגע לתכנון מוקדם: באופן כללי, פחות מרבע מהמשתתפים (23%) דווחו כי קיימו שיחות עם בני משפחה, ו 7.8% בלבד דווחו שקיימו שיחות עם רופא המשפחה. אחוז גבוה יותר מקרב הנשים דווחו כי שוחחו עם בני משפחה בהשוואה לגברים (26.3% ו 17.8% בהתאמה, $X^2_{(1)} = 4.9, p < .01$). כמו כן, אחוז גבוה יותר של לא יהודים דווחו כי שוחחו עם בני משפחה בהשוואה ליהודים (17.5% ו 5.5% בהתאמה, $X^2_{(1)} = 15.9, p < .001$). באשר לגיל נמצא כי, משתתפים שדווחו כי שוחחו עם בני משפחה על תכנון מוקדם היו מבוגרים יותר בהשוואה לאלה שלא שוחחו (ממוצע = 59.3 ו 51.7 בהתאמה, $t_{(393)} = 4.1, p < .01$). מגמה זהה נמצאה בנוגע לקיום שיחות עם רופא משפחה (ממוצע = 61.4 ו 52.8, $t_{(500)} = 2.9, p < .05$, בנוסף, אלו ששוחחו עם הרופא היו בעלי השכלה נמוכה יותר בהשוואה לאלו שלא שוחחו עם הרופא (ממוצע שנות לימוד = 11.9 ו 14.5 בהתאמה, $p < .05, t_{(500)} = -2.64$).

2.4.5 חשיבות המעורבות בשיחות על המוות ועל תהליך המוות: למרות האחוזים הנמוכים שקיימו שיחות בנושא תכנון מוקדם עם בני משפחה ועם רופא משפחה, המשתתפים דווחו על חשיבות מתונה בנוגע לקיום שיחות בנושא מוות עם בני משפחה (ממוצע = 3.1, ס.ת. = 1.5, ועם רופא (ממוצע = 3.3, ס.ת. = 1.6).

חשיבות קבלת מידע בנוגע לביצוע הנחיות רפואיות מקדימות או ייפוי כוח לטיפולים

רפואיים: לבסוף, רמת החשיבות שהעניקו המשתתפים לקבלת מידע בנושא ביצוע תכנון מוקדם הייתה גבוהה יחסית (ממוצע = 3.6, ס.ת. = 1.5), כאשר ככל שלמשתתפים היו רמות גבוהות יותר של דאגה לחלות במחלת אלצהיימר ועמדות חיוביות יותר בנוגע לתכנון מוקדם, כך הביעו רמות גבוהות יותר של רצון לקבל מידע בנושא ($r = .19, .29$, בהתאמה $p < .01$). כמו כן, לא יהודים הביעו רצון גבוה יותר לקבל מידע בנושא בהשוואה ליהודים (ממוצע = 4.0 ו- 3.4 בהתאמה, $p < .001$, $t_{(487)} = -3.7$).

מטרה 3. בחינת הידע, העמדות והניסיון בנוגע לתכנון מוקדם של אנשי מקצוע בבתי חולים

3.1 הליך המחקר: במחקר לקחו חלק ארבעה בתי חולים, שניים במרכז הארץ ושניים בצפון הארץ. מקרב 1,435 משתתפים הפוטנציאליים, 466 השתתפו במחקר (שיעור הענות = 32.5%). דגימת המחקר הייתה דגימת נוחות. בכפוף לאישור ועדות הלסינקי בכל אחד מבתי החולים, מנהלי המחלקות קיבלו מכתב שתיאר את מטרת המחקר, חשיבותו ואפיו האנונימי והוולונטרי. בהמשך למכתבים אלה, מתאמי המחקר ביקרו בכל המחלקות והעבירו שאלונים למילוי עצמי. השאלונים נאספו על ידי מתאמי המחקר לאחר זמן מה.

3.2 תיאור המשתתפים: כפי שניתן לראות בפירוט בלוח 6 בנספח, רוב המשתתפים היו נשים (67%), (יהודים) 69%, (ילידי ישראל) 74%, ונשואים או חיים עם בן זוג (77%). הגיל הממוצע היה 42, ולמשתתפים היו בממוצע 18 שנות לימוד. באשר לאפיונים המקצועיים, רוב המשתתפים היו פרה-רפואיים (74%), כולל אחיות, עובדים סוציאליים, פיזיותרפיסטים, מרפאים בעיסוק, תזונאים ובעלי מקצועות פרה רפואיים אחרים. למשתתפים היו בממוצע 14 שנות ותק במקצוע, 12 שנות ותק במוסד בו עבדו, ו- 9 שנות ניסיון עם אנשים עם דמנציה.

3.3 כלי המחקר: גם למטרה זאת נעשה שימוש בשאלון מובנה. אם כי באופן כללי נעשה ניסיון להשתמש באותם הכלים לאוכלוסיות השונות שנבחנו, עם אנשי המקצוע נעשה לעתים שימוש בכלים מקוצרים על מנת לא להניע את שיתוף הפעולה שלהם.

משתנים תלויים: אלה כללו ידע (סובייקטיבי ואובייקטיבי) ועמדות בנוגע לתכנון מוקדם רפואי, ביצוע פורמלי של תכנון מוקדם והכרות עם אנשים שביצעו תכנון מוקדם.

ידע סובייקטיבי בנוגע לתכנון מוקדם רפואי: הוערך בדומה למתואר במטרה 2.

ידע אובייקטיבי בנוגע לתכנון מוקדם רפואי: הוערכו שלושה סוגים של ידע: ידע הצהרתי, כלומר רמת הידע שהייתה למשתתפים בנוגע לעקרונות תכנון מוקדם רפואי (4 פריטים); ידע חוקתי, רמת הידע בנוגע לנושאים הקשורים לחוק (3 פריטים); וידע אינסטרומנטלי, רמת הידע בנוגע לתהליך ביצוע הנחיות מקדימות (8 פריטים). עשרה מפריטים אלה היו זהים

לפריטים שהוערכו בקרב הציבור הרחב. היתר היו ייחודיים לאוכלוסיית אנשי המקצוע. כל הפריטים דורגו כפי שתואר במטרה 2) (ראה לוח 4 בנספח).
עמדות בנוגע לתכנון מוקדם. על מנת לא להכביד על אנשי המקצוע עמדות הוערכו באמצעות 5 מתוך 10 הפריטים בהם נעשה שימוש בקרב הציבור הרחב. חושב אינדקס כללי על ידי מיצוע הפריטים. המהימנות הפנימית של האינדקס הייתה מתונה- קרוב אלפא = 0.70. הפריטים באמצעותם הוערכו עמדות נשאלו לאחר שניתנה הגדרה ספציפית של המושגים המרכזיים.

ביצוע פורמלי של תכנון מוקדם: הוערך כפי שתואר במטרה 2.
הכרות עם אנשים שביצעו תכנון מוקדם: בנוסף לביצוע תכנון מוקדם עבור עצמם, אנשי המקצוע נשאלו האם מכירים אנשים אחרים להם היה הנחיות רפואיות מקדימות. הפריט דורג 0. לא, 1. כן, מטופלים, 2. כן, מכרים.
משתנים בלתי תלויים: אלה כללו חשיבות קיומן של שיחות בנושא מוות, רצון לקבל מידע בנוגע לתכנון מוקדם, קיום מדיניות וחשיבות קיום מדיניות בנוגע לתכנון מוקדם במוסד בו עובדים, אפיונים סוציו-דמוגרפיים ואפיונים מקצועיים.
חשיבות קיומן של שיחות בנושא מוות: הוערך בדומה למטלה 2.
רצון לקבל מידע בנוגע לתכנון מוקדם: הוערך בדומה למטלה 2.
קיום מדיניות בנוגע לתכנון מוקדם במוסד בו עובדים: המשתתפים נשאלו האם למיטב ידיעתם קיימת במוסד בו הם עובדים מדיניות בנוגע להנחיות מקדימות ו/או ייפוי כוח לטיפול רפואיים. הפריט דורג 0. לא, 1. כן, 2. לא יודע.
חשיבות קיום מדיניות בנוגע לתכנון מוקדם במוסד: המשתתפים נשאלו באיזו מידה חשוב להם שתהיה מדיניות כזו במוסד בו עובדים. הפריט דורג בסולם מסוג ליקרט מ 1 כלל לא חשוב, ועד 5 חשוב במידה רבה מאוד.
אפיונים סוציו-דמוגרפיים: אלה כללו מגדר, שנת לידה, ארץ לידה, מצב משפחתי, מגזר, מידת דתיות, ומספר שנות לימוד.
אפיונים מקצועיים: אלה כללו מקצוע (רופא או פרה-רפואי), מספר שנות ותק במקצוע, מספר שנות ותק במוסד, ומספר שנות ניסיון עם אנשים עם דמנציה.

3.4 ממצאים בנוגע למטרה 3

3.4.1 ידע בנוגע לתכנון מוקדם: כאמור, נבחנו שני סוגים של ידע - סובייקטיבי ואובייקטיבי. **ידע סובייקטיבי בנוגע לתכנון מוקדם:** רוב המשתתפים דווחו כי שמעו על המושג הנחיות מקדימות (78.3%), ועל המושג ייפוי כוח לטיפולים רפואיים (92.2%). יחד עם זאת, הם העריכו את הידע שלהם בנושאים אלה כבינונית: ממוצע = 3.1, $t = 1.0$ (עבור הנחיות מקדימות, וממוצע = 3.5) $t = 1.1$ (עבור ייפוי כוח רפואי).

קשרים בין ידע סובייקטיבי בנוגע לתכנון מוקדם לבין אפיוני המשתתפים: לא נמצאו קשרים מובהקים בין משתתפים שדווחו כי שמעו או לא שמעו על הנחיות מקדימות או על ייפוי כוח, כמו גם לא עם רמת הידע הסובייקטיבית עליה דווחו.

3.4.2 ידע אובייקטיבי בנוגע לתכנון מוקדם רפואי: באופן כללי נמצא כי לאנשי המקצוע בבתי חולים היה ידע הצהרתי טוב (ממוצע = 3.0, ס.ת. = 1.1, טווח 0 – 4). אכן, מהתבוננות מעמיקה יותר בכל הפריטים הבוחנים סוג ידע זה עולה כי, כ – 75% ומעלה של המשתתפים ענו נכון לכל הפריטים (ראה לוח 4 בנספח). כלומר, לאנשי הצוות בבתי החולים הייתה הכרה טובה יחסית עם העקרונות והמשמעות של תכנון מוקדם. בנוגע לידע חוקתי הממוצע היה 1.4 (ס.ת. = .93, טווח 0 – 3), (כאשר רוב המשתתפים) מעל ל 50% ענו נכון לשני פריטים, אך רק 37% ענו נכון לפריט בנוגע לקיום להנחיות מקדימות מיוחדות לאנשים עם דמנציה. לבסוף, בנוגע לידע אינסטרומנטלי הממוצע היה 3.5 (ס.ת. = 2.1, טווח 0 – 8), כאשר נרשמו אחוזים נמוכים במקצת של משתתפים אשר ענו נכון לפריטים אשר בחנו סוג ידע זה. כך לדוגמה, רק 29% מהמשתתפים ענו נכון על הצורך בחתימה נוטריונית, ורק 40% ענו נכון בנוגע למינויו של אדם כמיופה כוח.

קשרים בין ידע אובייקטיבי לאפיוני המשתתפים: נבחנו קשרים בין כל אחד מסוגי הידע לבין האפיונים הסוציו-דמוגרפיים והמקצועיים של המשתתפים.

באשר לידע הצהרתי נמצא כי אנשי מקצוע השייכים למגזר היהודי דווחו על רמת ידע הצהרתי גבוהה יותר בהשוואה ללא יהודים (ממוצע = 3.1 ו – 2.7 בהתאמה, $t_{(434)} = 3.9$, $p < .01$). כמו כן, נמצאו קשרים מובהקים וחיוביים בין ידע הצהרתי למספר שנות ותק במקצוע ($r = .15$, $p < .01$), ומספר שנות ותק במוסד ($r = .15$, $p < .01$). באשר לידע אינסטרומנטלי נמצא כי נשים דווחו על רמות גבוהות יותר של ידע זה בהשוואה לגברים (ממוצע = 3.8 ו – 3.2 בהתאמה, $t_{(443)} = 1.99$, $p < .05$), ויהודים על רמת ידע גבוהה יותר בהשוואה ללא יהודים (ממוצע = 3.8 ו – 3.0, בהתאמה, $t_{(431)} = 3.5$, $p < .01$). כמו כן, נמצאו קשרים מובהקים וחיוביים עם מספר שנות ותק במקצוע ($r = .22$, $p < .001$), מספר שנות ותק במוסד ($r = .22$, $p < .001$), ועם מספר שנות ניסיון עם אנשים עם דמנציה ($r = .20$, $p < .01$). לבסוף, בנוגע לידע חוקתי, נמצא כי נשים דווחו על רמות ידע גבוהות יותר בהשוואה לגברים (ממוצע = 1.5 ו – 1.3 בהתאמה, $t_{(442)} = 2.6$, $p < .01$), ושהיה קשר חיובי ומובהק עם מספר שנות ותק במקצוע ($r = .14$, $p < .01$), מספר שנות ותק במוסד ($r = .16$, $p < .01$), ועם מספר שנות ניסיון עם אנשים עם דמנציה ($r = .15$, $p < .01$).

3.4.3 עמדות בנוגע לתכנון מוקדם רפואי: באופן כללי אנשי הצוות בבתי החולים הביעו עמדות חיוביות בנוגע לתכנון מוקדם (ממוצע = 3.3, ס.ת. = 0.45, טווח 1 – 4). אכן, התבוננות בפריטים השונים אשר העריכו עמדות בנוגע לתכנון מוקדם (לוח 5 בנספח), מראה כי אחוזים גבוהים מאד מאנשי הצוות בבתי חולים הסכימו במידה רבה מאד או במידה רבה עם כל אחד מהפריטים.

קשרים בין עמדות בנוגע לתכנון מוקדם רפואי לאפיוני המשתתפים: באשר לקשרים עם האפיונים הסוציו-דמוגרפים נמצא כי, נשים הביעו עמדות חיוביות יותר בהשוואה לגברים (ממוצע = 3.4 ו 3.2 בהתאמה, $t(459) = 3.5$, $p < .001$), ויהודים הביעו עמדות חיוביות יותר בהשוואה ללא יהודים (ממוצע = 3.4 ו 3.1 בהתאמה, $t(451) = 4.93$, $p < .001$). באשר לקשרים עם אפיונים מקצועיים, נמצא קשר מובהק וחיובי בין עמדות לבין מספר שנות ותק במוסד ($r = .11$, $p < .05$), ובין עמדות לבין מספר שנות ותק במקצוע ($r = .11$, $p < .05$). כלומר, ככל שלאנשי המקצוע בבתי החולים היה ותק גבוה יותר במקצוע ובמוסד, כך הם הביעו עמדות חיוביות יותר בנוגע לתכנון מוקדם. קשרים בין עמדות בנוגע לתכנון מוקדם לידע (סובייקטיבי ואובייקטיבי): לא נמצאו קשרים מובהקים בין עמדות בנוגע לתכנון מוקדם לבין הערכת הידע הסובייקטיבי של המשתתפים בבתי חולים. למרות זאת, נמצאו קשרים חיוביים ומובהקים בין עמדות לשלושת סוגי הידע האובייקטיבי שנבחנו ($r = .31, .21, .16$, $p < .01$), עבור ידע הצהרתי, אינסטרומנטלי וחוקתי בהתאמה).

בחינת הגורמים המנבאים עמדות בנוגע לתכנון מוקדם: בהמשך לבחינת הקשרים הדו-משתניים בין עמדות לאפיוני המשתתפים ורמת הידע שלהם, נבחנו הגורמים המנבאים עמדות אלה בקרב אנשי מקצוע בבתי חולים. בוצע רגרסיה ליניארית כאשר הוכנסו משתנים אשר נמצאו בקשר מובהק עם עמדות בניתוחים הדו-משתניים. עקב מתאמים גבוהים בין מספר שנות ותק במקצוע, מספר שנות ותק במוסד, ומספר שנות ותק עם אנשים עם דמנציה, רק המשתנה הראשון הוכנס למשוואה. נמצא כי המנבאים העיקריים של עמדות בנוגע לתכנון מוקדם היו מגזר, כאשר יהודים דווחו על עמדות חיוביות יותר בהשוואה ללא יהודים ($\beta = -.13$, $p < .05$), וידע הצהרתי ($\beta = .24$, $p < .001$). משתנים אלה הסבירו 10% מהשונות המוסברת בעמדות אנשי הצוות בבתי חולים בנוגע לתכנון מוקדם.

3.4.4 ביצוע פורמלי של תכנון מוקדם: רק 4% ($n = 19$) מהמשתתפים בבתי חולים דווחו כי בצעו באופן פורמלי תכנון מוקדם.

3.4.5 קיום מדיניות בנוגע לתכנון מוקדם במוסד: פחות ממחצית המשתתפים (47.9%) ציינו שלדעתם קיימת במוסד בו עובדים מדיניות בנוגע לתכנון מוקדם רפואי. קרוב ל-10% ציינו שלא קיימת מדיניות כזאת, והשאר ציינו שלא ידוע להם אם מדיניות כזו קיימת. למשתתפים שצינו כי לדעתם קיימת מדיניות במוסד בנוגע לתכנון מוקדם הייתה רמת ידע גבוהה יותר בכל סוגי הידע בהשוואה לאלה שצינו כי אין מדיניות כזאת או שלא ידוע להם אם יש: ידע הצהרתי (ממוצע = 3.1 ו 2.6 בהתאמה, $t(445) = -4.5$, $p < .001$), ידע אינסטרומנטלי (ממוצע = 3.7 ו 3.0 בהתאמה, $t(445) = -2.9$, $p < .01$), וידע חוקתי (ממוצע = 1.5 ו 1.3 בהתאמה, $t(444) = -2.1$, $p < .05$).

3.4.6 חשיבות קיום מדיניות בנוגע לתכנון מוקדם וחשיבות קיומן של שיחות בנושא מוות

עם מטופלים ובני משפחה: למרות האחוזים הגבוהים יחסית של אנשי צוות שצינו שאין או

שלא יודעים אם יש מדיניות בנושא תכנון מוקדם בבית חולים בו הם עובדים, רובם (85.2%) ציינו שחשוב להם במידה רבה מאד או במידה רבה שתהיה מדיניות כזאת בבתי החולים. כמו כן, אחוזים גבוהים של משתתפים ציינו כי חשוב להם במידה רבה מאוד או במידה רבה לקיים שיחות בנושא מוות עם מטופלים (70.3%) ועם בני משפחה (72.2%). לבסוף, 86% מהמשתתפים בבתי חולים ציינו שהיו רוצים במידה רבה מאד או במידה רבה לקבל יותר מידע בנושא תכנון מוקדם.

מטרה 4: לבחון את הידע, העמדות והניסיון בנוגע לתכנון מוקדם בקרב אנשי מקצוע בבתי אבות.

4.1 הליך המחקר: במחקר השתתפו תשעה בתי אבות, שבעה במגזר היהודי ושניים במגזר הערבי. מספר המשתתפים הפוטנציאליים היה 372, כאשר בפועל 162 אנשי מקצוע ענו (לשאלון) שיעור הענות 43%. בכפוף לאישור הפרוטוקול בוועדת האתיקה של אוניברסיטת חיפה, השאלונים חולקו למילוי עצמי על ידי איש קשר בכל אחד מבתי האבות או על ידי מרכזת המחקר.

4.2 תיאור המשתתפים: כפי שניתן לראות בפירוט בלוח 6 בנספח, רוב המשתתפים היו נשים (71%), (לא יהודים) (54%), (ילדי ישראל) (76%), ונשואים או חיים עם בן זוג (80%). הגיל הממוצע היה 40, ולמשתתפים היו בממוצע 17 שנות לימוד. מבחינת האפיונים המקצועיים, רוב המשתתפים היו פרה רפואיים (92%), והיו להם בממוצע 13 שנות ותק במקצוע, 7 שנות ותק במוסד, ו- 9 שנות ניסיון עם אנשים עם דמנציה.

4.3 כלי המחקר: נעשה שימוש בכלים זהים למתואר במטרה מספר 3.

4.4 ממצאים בנוגע למטרה 4

4.4.1 ידע בנוגע לתכנון מוקדם: גם בקרב אנשי מקצוע בבתי אבות נבחנו שני סוגים של ידע - סובייקטיבי ואובייקטיבי.

ידע סובייקטיבי בנוגע לתכנון מוקדם: רוב המשתתפים דווחו כי שמעו על המושג הנחיות מקדימות (94.1%) ועל המושג יפוי כוח לטיפול רפואיים (94.7%). יחד עם זאת, הם העריכו את הידע שלהם בנושאים אלה כבינונית: ממוצע = 3.4 (ס.ת. = 1.0) עבור הנחיות מקדימות, וממוצע = 3.6 (ס.ת. = 1.0) עבור יפוי כוח רפואי. קשרים בין ידע סובייקטיבי בנוגע לתכנון מוקדם לבין אפיוני המשתתפים: באשר לקשרים עם אפיונים סוציו-דמוגרפים נמצא שאנשי צוות מהמגזר היהודי דווחו על רמת ידע סובייקטיבי גבוהה יותר בהשוואה לאנשי צוות מהמגזר הלא יהודי (ממוצע = 3.6 ו- 3.2 בהתאמה, $t(133) = 2.5, p < .05$). באשר לאפיונים המקצועיים נמצא כי, לאנשי צוות אשר דווחו כי שמעו על הנחות מקדימות היה מספר שנות ותק גבוה יותר בהשוואה לאלה שלא שמעו על המושג (ממוצע = 13.9 ו- 6.1 בהתאמה, $t(147) = -2.0, p < .05$). מגמה דומה נמצאה בהשוואת האפיונים של משתתפים שדווחו כי לא שמעו על יפוי כח, כאשר לאלה

ששמעו היה מספר רב יותר של מספר שנות וותק במקצוע בהשוואה לאלה שלא שמעו (ממוצע = 15.0 ו- 10.7 בהתאמה), כמו גם של שנות ותק במוסד (ממוצע = 12.7 ו- 8.1 בהתאמה). נכון לציין כי יש להתייחס לממצאים אלה בזהירות בשל המספר הקטן של משתתפים שדווחו שלא שמעו על מושגים אלה.

4.4.2 ידע אובייקטיבי בנוגע לתכנון מוקדם רפואי: באופן כללי נמצא כי לאנשי המקצוע בבתי אבות היה ידע הצהרתי טוב (ממוצע = 2.8, ס.ת. = 1.2, טווח 0 - 4). אכן, מהתבוננות מעמיקה יותר בכל הפריטים הבוחנים סוג ידע זה עולה כי, כ- 75% ומעלה של המשתתפים ענו נכון ל- 3 מארבעה הפריטים בתחום זה של ידע. באופן מפתיע, רק 57% ענו נכון לפריט בנוגע להמתת חסד (ראה לוח 4 בנספח). בנוגע לידע חוקתי הממוצע היה 1.3 (ס.ת. = 1.0, טווח 0 - 3), כאשר קצת מעל ל- 50% מהמשתתפים ענו נכון לשני פריטים, ורק 37% ענו נכון לפריט אשר בחן את נושא ההנחיות המקדימות עבור אנשים עם דמנציה. לבסוף, בנוגע לידע אינסטרומנטלי הממוצע היה 3.5 (ס.ת. = 2.1, טווח 0 - 8). יש לציין שבעוד שכשני שלישי מהמשתתפים בבתי אבות ענו נכון לארבעה מ- 8 הפריטים בסוג ידע זה, אחוזים נמוכים מאד ענו נכון לשלושה פריטים נוספים אשר בחנו צעדים ספציפיים לביצוע תכנון מוקדם.

קשרים בין ידע אובייקטיבי לאפיוני המשתתפים: נבחנו קשרים בין כל אחד מסוגי הידע לבין האפיונים הסוציו-דמוגרפיים והמקצועיים של המשתתפים.

באשר לידע הצהרתי נמצא כי ליהודים הייתה רמת ידע הצהרתי גבוהה יותר בהשוואה ללא יהודים (ממוצע = 3.3 ו- 2.4 בהתאמה, $t_{(155)} = 4.8$, $p < .001$). מגמה דומה נמצאה בנוגע לחילונים ולא חילונים (ממוצע = 3.2 ו- 2.6 בהתאמה, $t_{(110)} = 2.4$, $p < .05$). כמו כן, נמצאו קשרים מובהקים וחיוביים בין סוג ידע זה למספר שנות ותק במקצוע ($r = .21$, $p < .001$), ומספר שנות ניסיון עם אנשים עם דמנציה ($r = .20$, $p < .001$). באשר לידע אינסטרומנטלי נמצא כי יהודים דווחו על רמות גבוהות של ידע זה בהשוואה ללא יהודים (ממוצע = 4.1 ו- 3.2 בהתאמה, $t_{(155)} = 2.5$, $p < .05$). כמו כן, נמצאו קשרים מובהקים וחיוביים עם מספר שנות ותק במקצוע ($r = .24$, $p < .001$), מספר שנות ותק במוסד ($r = .21$, $p < .01$), ועם מספר שנות ניסיון עם אנשים עם דמנציה ($r = .27$, $p < .001$). לבסוף, בנוגע לידע חוקתי, נמצא כי נשים דווחו על רמות ידע גבוהות יותר בהשוואה לגברים (ממוצע = 1.4 ו- 1.1 בהתאמה, $t_{(186)} = 2.0$, $p < .05$), ויהודים יותר מלא יהודים (ממוצע = 1.7 ו- 1.0 בהתאמה, $t_{(155)} = 4.0$, $p < .001$). כמו כן, נמצא קשר חיובי ומובהק עם מספר שנות ותק במקצוע ($r = .16$, $p < .01$), מספר שנות ותק במוסד ($r = .20$, $p < .01$), ועם מספר שנות ניסיון עם אנשים עם דמנציה ($r = .21$, $p < .01$).

4.4.3 עמדות בנוגע לתכנון מוקדם רפואי: באופן כללי אנשי הצוות בבתי אבות הביעו

עמדות חיוביות בנוגע לתכנון מוקדם (ממוצע = 3.2, ס.ת. = 0.45, טווח 1 - 4). אכן,

התבוננות בפריטים השונים אשר העריכו עמדות בנוגע לתכנון מוקדם (לוח 5 בנספח), מראה

כי, אחוזים גבוהים מאנשי הצוות בבתי אבות הסכימו במידה רבה מאד או במידה רבה עם כל אחד מהפריטים.

קשרים בין עמדות בנוגע לתכנון מוקדם רפואי לאפיוני המשתתפים: באשר לקשרים עם האפיונים הסוציו-דמוגרפים נמצא כי, יהודים הביעו עמדות חיוביות יותר בהשוואה ללא יהודיים (ממוצע = 3.4 ו 3.1 בהתאמה, $p < .001$, $t_{(158)} = 4.1$), וחילונים הביעו גם עמדות חיוביות יותר בהשוואה ללא חילונים (ממוצע = 3.3 ו 3.1 בהתאמה, $p < .05$, $t_{(111)} = 2.4$).

באשר לקשרים עם אפיונים מקצועיים, נמצא קשר מובהק וחיובי בין עמדות לבין מספר שנות ותק במוסד ($r = .20$, $p < .05$), בין עמדות לבין מספר שנות ותק במקצוע ($r = .16$, $p < .05$), ובין עמדות למספר שנות ניסיון עם אנשים עם דמנציה ($r = .21$, $p < .05$). כלומר, ככל שלאנשי המקצוע בבתי אבות היה ותק גבוה יותר במקצוע ובמוסד, וניסיון רחב יותר עם אנשים עם דמנציה כך הם הביעו עמדות חיוביות יותר בנוגע לתכנון מוקדם.

קשרים בין עמדות בנוגע לתכנון מוקדם לידע (סובייקטיבי ואובייקטיבי): נמצאו קשרים מובהקים וחיוביים בין עמדות בנוגע לתכנון מוקדם לבין הערכת הידע הסובייקטיבי של המשתתפים בנוגע לתכנון מוקדם וייפוי כח ($r = .24$, $p < .001$), בהתאמה. קשרים חיוביים ומובהקים נמצאו גם עם שלושת סוגי הידע האובייקטיבי שנבחנו ($r = .26$, $p < .001$), עבור ידע הצהרתי, אינסטרומנטלי וחוקתי בהתאמה.

בחינת הגורמים המנבאים עמדות בנוגע לתכנון מוקדם: בהמשך לבחינת הקשרים הדו-משתניים בין עמדות לאפיוני המשתתפים ורמת הידע שלהם, נבחנו הגורמים המנבאים עמדות אלה. בוצע רגרסיה ליניארית כאשר הוכנסו משתנים אשר נמצאו בקשר מובהק עם עמדות בניתוחים הדו-משתניים. עקב מתאמים גבוהים בין מספר שנות ותק במקצוע, במוסד ועם אנשים עם דמנציה, רק המשתנה הראשון הוכנס למשוואה. נמצא כי המנבאים העיקריים של עמדות בנוגע לתכנון מוקדם היו מגזר, כאשר ליהודים היו עמדות חיוביות יותר בהשוואה ללא יהודים ($\beta = -.22$, $p < .05$), וידע הצהרתי ($\beta = .35$, $p < .001$). משתנים אלה הסבירו 20% מהשונות המוסברת בעמדות של אנשי מקצוע בבתי אבות.

4.4.4 ביצוע פורמלי של תכנון מוקדם: רק 12% ($n = 19$) מהמשתתפים בבתי אבות דווחו

כי בצעו באופן פורמלי תכנון מוקדם.

4.4.5 קיום מדיניות בנוגע לתכנון מוקדם במוסד: כשלושת רבעי (75.3%) מהמשתתפים

בבתי אבות ציינו שלדעתם קיימת במוסד בו עובדים מדיניות בנוגע לתכנון מוקדם רפואי. רק 4.0% ציינו שלא קיימת מדיניות כזאת, והשאר ציינו שלא ידוע להם אם קיימת או לא מדיניות כזאת.

למשתתפים שצינו כי לדעתם אין מדיניות במוסד בנוגע לתכנון מוקדם הייתה רמת ידע אינסטרומנטלי גבוהה יותר בהשוואה לאלה שצינו שיש מדיניות כזאת (ממוצע = 3.9 ו 2.5 בהתאמה, $p < .01$, $t_{(151)} = 3.2$). באשר לקשרים עם אפיונים מקצועיים נמצא כי, לאנשי

מקצוע שצינו שיש מדיניות כזאת היה מספר רב יותר של שנות לימוד בהשוואה לאלה שצינו כי אין או שלא יודעים אם יש מדיניות כזאת) ממוצע = 16.9 ו- 15.8, בהתאמה; $t_{(108)} = 2.5$, $p < .05$), ומספר רב יותר של שנות ניסיון עם אנשים עם דמנציה) ממוצע = 9.7 ו- 5.9, בהתאמה, $t_{(138)} = 2.2$, $p < .05$.

4.4.5 חשיבות קיום מדיניות בנוגע לתכנון מוקדם וחשיבות קיומן של שיחות בנושא מוות

עם מטופלים ובני משפחה: רוב (85.2%) אנשי המקצוע בבתי אבות ציינו שחשוב להם במידה רבה מאד או במידה רבה שתהיה מדיניות כזאת בבתי החולים, ו- 90.1% ציינו שהיו רוצים במידה רבה מאד או במידה רבה לקבל יותר מידע בנושא תכנון מוקדם. כמו כן, 61.8% מהמשתתפים ציינו כי חשוב להם במידה רבה מאד או במידה רבה לקיים שיחות בנושא מוות ומיתה עם מטופלים ו- 77.1% ציינו כך בנוגע לבני משפחה.

5. השוואה בין ידע ועמדות של אנשי מקצוע בבתי חולים ובבתי אבות

לאחר הסתכלות בממצאי המחקר בקרב אנשי מקצוע בבתי חולים ובבתי אבות בנפרד, בחנו האם קיימים הבדלים במשתנים הנחקרים בין המוסדות. לפני שנפנה לכך, נשווה את אפיוניהם הסוציו-דמוגרפיים והמקצועיים של המשתתפים בשתי הקבוצות. כפי שניתן לראות בלוח 6 בנספח, נמצאו הבדלים מובהקים מבחינה סטטיסטית בין הקבוצות במגזר, דתיות, ומספר שנות לימוד. כמו כן, מבחינה האפיונים המקצועיים נמצאו הבדלים מובהקים בין הקבוצות במקצוע, מספר שנות ותק במקצוע, ומספר שנות ותק במוסד. בהמשך בוצע רגרסיה היררכית בשלושה צעדים, כאשר בצעד הראשון הוכנס סוג המוסד (הרפואי) בית אבות או בית חולים, בצד השני הוכנסו המשתנים בהם נמצאו הבדלים מובהקים בין הקבוצות כמשתנים מפקחים, ובשלב השלישי הוכנסו שלושת סוגי הידע האובייקטיבי (עבור בחינת העמדות כמשתנה תלוי).

לאחר הכנסתם של המשתנים המפקחים, סוג המוסד לא נמצא כמנבא מובהק באף אחד מהמשוואות שבוצעו. מגזר נמצא כמנבא היחידי של ידע הצהרתי ($\beta = -.19$, $p < .01$), ושל ידע חוקתי ($\beta = -.20$, $p < .001$), כאשר הוא הסביר 6% מהשונות המוסברת של ידע הצהרתי ו- 4% מהשונות המוסברת של ידע חוקתי. באשר לידע אינסטרומנטלי, מספר שנות ותק נמצא כמנבא היחידי ($\beta = .14$, $p < .05$), והסביר 4% מהשונות המוסברת. באשר לעמדות, מגזר וידע הצהרתי היו המנבאים העיקריים של עמדות בנוגע לתכנון מוקדם ($\beta = -.12$, $p < .01$, 25), בהתאמה, כאשר הם הסבירו 13% מהשונות המוסברת.

6. סיכום הממצאים ופרסומם עד כה

בלוח למטה מרכזים עיקרי הממצאים בנוגע לאספקטים השונים שנבחנו בנוגע לתכנון מוקדם בשלושת הקבוצות.

סיכום הממצאים

תחום נחקר		הציבור הרחב	בתי חולים	אנשי מקצוע בתי אבות
שמעו על הנחיות מקדימות (%)		13.8	78.3	94.0
שמעו על ייפוי כוח רפואי (%)		39.5	92.2	95.0
ידע אובייקטיבי		בינוני-נמוך	בינוני-נמוך	בינוני-נמוך
עמדות		חיוביות	חיוביות	חיוביות
ביצוע פורמלי (%)		כ – 10	4	12
קיימו שיחות בנושא מוות עם בני משפחה (%)		23.0		
קיימו שיחות בנושא מוות עם רופא (%)		7.8		
חשוב (ממוצע, ס.ת. לקיים שיחות עם בני משפחה ¹)		3.1 (1.5)		
חשוב (ממוצע, ס.ת. לקיים שיחות עם רופא ¹)		3.3 (1.6)		
חשוב (ממוצע, ס.ת. לקיים שיחות בנושא מוות עם מטופלים ¹)			4.0 (1.0)	3.7 (1.3)
חשוב (ממוצע, ס.ת. לקיים שיחות בנושא מוות עם בני משפחה ¹)			4.0 (1.0)	4.2 (1.0)
חשוב (ממוצע, ס.ת. שתהיה מדיניות בנושא במוסד ¹)			4.4 (.84)	4.3 (1.0)
ממוצע (ס.ת. רוצה לקבל יותר מידע בנוגע לביצוע תכנון מוקדם ¹)		3.6 (1.5)	4.3 (.85)	4.5 (.75)

¹פריטים אלה מדורגים מ – 1 במידה רבה מאד עד 5 – בכלל לא

לפני שנדון בממצאים, מוצגת רשימת ההרצאות ופרסומים בנושא עד כה:

א. מה נחוץ לדעת כדי לעודד ביצוע תכנון מוקדם? ממצאים מראיונות עם מומחים. כנס של המכון הלאומי לחקר מדיניות הבריאות. 2017.

ב. כל מה שהציבור יודע על הנחיות רפואיות מקדימות. כנס עמותת עמדה. 2017.

ג. תכנון מוקדם לטיפול רפואי: בין חקיקה ליישום. הכנס הישראלי לגרונטולוגיה. 2018.

ד. Kermel-Schiffman, I., & Werner, P. (2017). Knowledge regarding Advance Care Planning: A Systematic Review. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 73, 133 - 142.

Werner, P. & Kermel, I. (revised and resubmitted). Attitudes and completion of Advance Care Planning: Assessing the contribution of health beliefs about Alzheimer's disease among Israeli laypersons. *Palliative & Supportive Care*.

7. דיון ומסקנות

בספרות המחקרית אין היום מחלוקת בנוגע לחשיבותו של תכנון מוקדם כהליך לביטוי העדפות על קבלת טיפולים רפואיים במצבים בהם אדם לא יהיה מסוגל לבטא את רצונותיו בסוף החיים. אך למרות תמימות דעים זאת, הנתמכת על נתונים אמפיריים המראים קשר ברור בין ביצוע תכנון מוקדם ותוצאות חיוביות לאדם עצמו ולמשפחתו, שיעורי הביצוע של תכנון מוקדם – הן פורמלית ולא פורמלית – נמוכים ביותר בעולם כולו. המחקר הנוכחי מתווסף לשורה של מחקרים המנסים להסביר פער זה על ידי בחינת הידע והעמדות של שלושת קבוצות העניין המרכזיות בתהליך: הציבור הרחב, ואנשי מקצוע בבתי חולים ובבתי אבות. ממצאי המחקר מעלים נקודות חשובות בנוגע לשלושה תחומים: מודעות, ידע ועמדות בנוגע לתכנון מוקדם, תכנון מוקדם ומחלת אלצהיימר, ותכנון מוקדם בישראל.

מודעות, ידע ועמדות בנוגע לתכנון מוקדם

שיעור האנשים בקרב הציבור הרחב ששמעו על תכנון מוקדם רפואי היה נמוך ביותר, בעיקר בנוגע להנחיות מקדימות עבור טיפולים רפואיים. העובדה כי מחקרים במדינות אחרות מצביעים על ממצאים דומים (Noh et al., 2018; Teixeira et al., 2015), לא מפחיתה מהצורך לפעול ולהשקיע בשינוי המצב. אכן, שורה ארוכה של מחקרים (Noar et al., 2008) מוכיחים כי מודעות לנושא מסוים וידע נכון ומדויק הם גורמים הכרחיים לעודד מעורבות בפעולות בריאות שונות, כגון תכנון מוקדם. בהתאם לכך, מדינות רבות מתרכזות היום בפיתוח תכניות להגברת הידע והמודעות של הציבור הרחב בנושא על ידי פיתוח קמפיינים חינוכיים (Bravo et al., 2016; Weathers et al., 2018). אם כי צעדים אלה טרם ננקטו בישראל, הממצאים שלנו מדגישים את הצורך בכך בעיקר כי ליד המודעות הנמוכה שנמצאה בסקר שלנו, רמת הידע האובייקטיבית הייתה גם מתחת למצופה בעיקר בכל הנוגע לצעדים אינסטרומנטליים לביצוע תכנון מוקדם. יתרה מכך, ממצאי המחקר שלנו בקרב הציבור מצביעים על הצורך בפיתוח התערבויות רגישות לצרכים של אנשים עם השכלה נמוכה יחסית ולבני מיעוטים, אשר נמצאו בעלי ידע נמוך במיוחד. מחקרים בקבוצות מיעוט שונות במדינות אחרות (McAfee et al., 2017; Noh et al., 2018) מצביעים על ממצאים דומים.

אך לא רק בקרב הציבור הרחב נמצאה רמת ידע לא מספקת בנושא. גם מהסקרים שבוצעו בקרב אנשי מקצוע בבתי חולים ובבתי אבות מצביעים על כך, ובעיקר בכל הנוגע לצעדים ולהשלמת תהליך הביצוע של הנחיות מקדימות – קרי ידע אינסטרומנטלי. ממצאים אלה מדאיגים ומפתיעים כאחד. הם מדאיגים כי אנשי מקצוע הם אלה אשר צריכים ליזום ולהעלות את הנושא בפני המטופלים ובני המשפחה, ואף להנחות אותם בצעדים הנדרשים לביצוע

פורמלי של תכנון מוקדם. הם גם מפתיעים כי, למרות הידע הנמוך יחסי שלהם, אנשי המקצוע הן בבתי חולים והן בבתי אבות נתנו חשיבות רבה מאד לקיומן של שיחות בנושא מוות ומיתה עם מטופלים ועם בני משפחה. כמו כן, הם הביעו עניין רב לקבל יותר מידע בנושא תכנון מוקדם, וגם סבורים שקיום מדיניות בתחום במוסד בו עובדים, הוא חשוב מאד. ממצאים אלה, לצד העמדות החיוביות שדווחו על ידי אנשי המקצוע בנוגע לתכנון מוקדם מסמנים כי הקרקע פורה לשינוי, ושהיזמה צריכה להיות בידי הנהלת המוסדות – בתי חולים ובתי אבות – בפיתוח תכניות הכשרה וחינוך לצוות המקצועי שלהם על מנת להגביר את הידע האובייקטיבי בנושא. הנושא הכרחי בעיקר בקרב אנשי מקצוע לא יהודיים ובעלי שנות ותק מועטות יותר, לגביהם נמצאה רמת ידע נמוכה יותר.

לסיכום, מהסקרים שבוצעו בקרב הציבור הרחב ואנשי מקצוע בבתי חולים ובתי אבות נראה כי רמות מודעות וידע נמוכות בנוגע לתכנון מוקדם מתורגמות לשיעורי ביצוע נמוכים ביותר הן בנוגע לחתימה פורמלית על מסמכים והן על קיום שיחות בנושא. קיומן של עמדות חיוביות בנוגע לתכנון מוקדם ויתרונותיו, ליד הרצון של כל הקבוצות ללמוד יותר על הנושא, מצביעים על הצורך להתחיל בפיתוח התערבויות מתאימות.

תכנון מוקדם ומחלת אלצהיימר

כאמור לעיל, תכנון מוקדם נועד להגביר את האוטונומיה ולשמור על הערכים וההעדפות בנוגע לטיפול בסוף החיים במקרים בהם האדם מאבד את היכולת לבטא את רצונותיו. מחלת אלצהיימר ודמנציות אחרות הן מחלות נוירו-קוגניטיביות בהן אובדן יכולת זאת ממשיך ביותר. אכן, יוזמות לאומיות בנושא דמנציה במדינות רבות כולל ישראל, מצדדות בנושא תכנון מוקדם כסוגיה מרכזית (Bar-Sela et al., 2017; Bentur & Sternberg, 2017; Brodsky et al., 2013; Feder et al., 2018; Fortinsky & Downs, 2014; Nakanishi et al., 2015).

במחקר הנוכחי נבחן הקשר בין אמונות הציבור רחב בנוגע למחלת אלצהיימר לבין הידע והעמדות שלהם בנוגע לתכנון מוקדם. נמצא כי לאמונות אלה, ובעיקר לרמת הסיכוי לחלות במחלה והידע הסובייקטיבי לגביה, תפקיד חשוב בהסבר העמדות בנוגע לתכנון מוקדם, כך שכל שהאנשים סבורים שיש להם סיכוי גבוה יותר לחלות במחלה, כך עמדותיהם בנוגע לתכנון מוקדם חיוביות יותר. ממצאים אלה מרמזים שאנשים אשר תופסים את עצמם בסכנה גבוהה יותר לחלות במחלת אלצהיימר ואלה אשר יודעים יותר על המחלה, יצדדו יותר באספקטים החיוביים של תכנון מוקדם. מידע זה הינו חשוב בעיקר כי, בעוד שמחקרים אשר בחנו ידע ועמדות בנוגע לתכנון מוקדם בקרב הציבור הרחב במדינות אחרות התרכזו רק בבחינת האפיונים הסוציו-דמוגרפיים, המחקר הנוכחי מראה כי נדרש מגוון רחב יותר של גורמים להבנת נושא מורכב ורגיש זה.

תכנון מוקדם בישראל

בישראל, חוק החולה הנוטה למות מאפשר לתכנן את הטיפולים הרפואיים בסוף החיים והטפסים בנוגע לתכנון מוקדם נובעים מחוק זה (Steinberg & Sprung, 2006). על כן, ידע והבנה בנוגע לחוק זה הכרחיים להגברת הידע והמודעות בנוגע לתכנון מוקדם, כפי שאכן נאמר על ידי המומחים שהשתתפו במחקר שלנו (מטרה 1). יחד עם זאת, רמת הידע בנוגע לנושאים חוקתיים הייתה נמוכה ביותר בקרב כל הקבוצות שנחקרו, כאשר ידע נמוך במיוחד נמצא בנוגע לפריט אשר בחן באופן ספציפי את החוק החולה נוטה למות. ממצאים אלה מדגישים את הצורך לשלב בתכניות התערבות להגברת הידע בנוגע לתכנון מוקדם מידע על המצב החוקתי בארץ.

לסיכום, אינטגרציית הממצאים של המחקר הנוכחי מובילה אותנו לגיבוש מספר המלצות חשובות.

המלצות לגיבוש מדיניות ולמקבלי החלטות

ראשית, העלאת המודעות והידע בנוגע לתכנון מוקדם ידרוש מאנשי מדיניות ומקבלי החלטות גישה רחבה, הכוללת חשיבה ורגישות לצרכים של קהלים שונים, כולל הציבור הרחב ואנשי מקצוע - ולא רק בבתי חולים ובתי אבות, אלא גם ברפואה הראשונית והשניונית.

שנית, יש לפתח תכניות התערבות שיסייעו להעלות מודעות ולהגביר ידע בנושא. יש לשקול ולהעריך באופן מובנה את יעילותן של סוגים שונים של התערבויות כגון, התערבויות חינוכיות המעבירות מידע (דוגמת קמפיינים במדיה) מול התערבויות המתרכזות במתן הכשרה בתהליך קבלת החלטות (דוגמת הכשרת סטודנטים לרפואה ואנשי מקצוע). יש לשקול את היעילות היחסית של סוגים שונים של התערבויות לקבוצות עניין שונות.

שלישית, יש לכלול בתכניות אלה מרכיבים ייחודיים בנושא דמנציה. יש לדאוג להעברת מידע בנושא תכנון מוקדם מיד בינתן אבחון של ירידה קוגניטיבית לבן האדם ולמשפחתו.

רביעית, ויש לדאוג לפתח תכניות מותאמות לצרכים הייחודיים של קבוצות מסוימות, כגון קבוצות מיעוט ובעלי השכלה נמוכה, תוך הגברת תשומת הלב לרגישות תרבותית. חמישית, יש להגדיר באופן ברור את המסגרת החוקתית בה מתבצע תכנון מוקדם ולשקול הגדרות ספציפיות וייחודיות הנוגעות לדמנציה.

ששית, ברמה המוסדית יש להגדיר וליישם מדיניות ברורה בנוגע לנושא אשר תנחה וייתן לגיטימציה ותמיכה לאנשי המקצוע במוסדות רפואיים להעלות ולעודד את הנושא.

שביעית, יש לפשט ולהנגיש את התהליך הפורמלי לביצוע תכנון מוקדם.

שמינית, יש להקצות משאבים לתרגום המלצות אלה לצעדים יישומיים. ללא הגדלת המשאבים הכספיים, ללא צמצום המחסור בכוח אדם ובזמן במערכת הבריאות, וללא הגברת ההכשרה הניתנת לאנשי מקצוע בנושא, ביצועו של תכנון מוקדם יישאר מטרה רצויה אך לא מציאותית.

מקורות

- Alzheimer's Disease International (ADI) (2019). World Alzheimer Report 2018. The state of the art of dementia research: New frontiers. <https://www.alz.co.uk/news/world-alzheimer-report-2018-state-of-art-of-dementia-research-new-frontiers>. Retrieved March 17, 2019.
- Aw, D., Hayhoe, B., Smajdor, A., Bowker, L., Conroy, S. & Myint, P. (2011). Advance care planning and the older patient. *QJM: An International Journal of Medicine*, 105(3), 225–230.
- Bar-Sela, G., Mitnik, I., Zalman, D., Flechter, E., Sheinman-Yuffe, H., Vulfsons, S., . . . Azzam, Z. S. (2017). Medical students' attitudes towards participating in a palliative medicine course: A new specialty in Israel. *Palliative & Supportive Care*, 1-6.
- Bentur, N., & Sternberg, S. (2017). Implementation of advance care planning in Israel: A convergence of top-down and bottom-up processes. *The Gerontologist*, doi.org/10.1093/geront/gnx157.
- Bravo, G., Trottier, L., Arcand, M.....& Bellemare, S. (2016). Promoting advance care planning among community-based older adults: a randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling*, 99, 1785–1795.
- Brazil, K., Carter, G., Cardwell, C., Clarke, M., Hudson, P., Froggatt, K., ... & Kernohan, W. G. (2018). Effectiveness of advance care planning with family carers in dementia nursing homes: A paired cluster randomized controlled trial. *Palliative Medicine*, 32(3), 603-612.
- Brinkman-Stoppelenburg, A., Rietiens, J., & van der Heide, A. (2014). The effects of advance care planning on end-of-life care: A systematic review. *Palliative Medicine*, 8, 1000–1025. doi:10.1177/0269216314526272
- Brodsky, J., Bentur, N., Laron, M., & Ben-Israel, S. (2013). Addressing Alzheimer's and other types of dementia: Israeli national strategy. Jerusalem: Myers-JDC-Brookdale Institute and Ministry of Health.
- Coffey, A., McCarthy, G., Friedman, I, Gallo, K., Ehrenfeld, M., Chan, S... & Fitzpatrick, J. (2016). Nurses' knowledge of advance directives and perceived confidence in end-of-life care: a cross-sectional study in five countries. *International Journal of Nursing Practice*, 22, 247-257.

- Conner, M., & Norman, P. (2005). *Predicting health behaviour*. McGraw-Hill Education (UK).
- Cotter, V. T., Spriggs, M., & Razzak, R. (2018). Advance Care Planning in Early Stage Dementia. *The Journal for Nurse Practitioners*, 14(3), 142-147.
- DeLima Thomas, J., Sanchez-Reilly, S., Bernacki, R., O'Neill, L., Morrison, L. J., Kapo, J., ... & Carey, E. C. (2018). Advance Care Planning in Cognitively Impaired Older Adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 66(8), 1469-1474.
- Dixon, J., Karagiannidou, M., & Knapp, M. (2018). The effectiveness of advance care planning in improving end-of-life outcomes for people with dementia and their carers: a systematic review and critical discussion. *Journal of Pain and Symptom Management*, 55(1), 132-150.
- Ernecoff, N. C., Keane, C. R., & Albert, S. M. (2016). Health behavior change in advance care planning: an agent-based model. *BMC Public Health*, 16(1), 193.
- Evans, N., Bausewein, C., Menaca, A., Andrew, E. V., Higginson, I. J., Harding, R., ... & Gysels, M. A. (2012). Critical review of advance directives in Germany: Attitudes, use and healthcare professionals' compliance. *Patient Education and Counseling*, 87(3), 277-288.
- Feder, S. L., Collett, D., Conley, S., Schulman-Green, D., Meron, T., & Cherny, N. (2018). How skilled do Israeli nurses perceive themselves to be in providing palliative care? Results of a national survey. *International Journal of Palliative Nursing*, 24(2), 56-63.
- Fortinsky, R. H., & Downs, M. (2014). Optimizing person-centered transitions in the dementia journey: A comparison of national dementia strategies. *Health Affairs*, 33(4), 566-573.
- Fried, T. R., Bullock, K., Iannone, L., & O'leary, J. R. (2009). Understanding advance care planning as a process of health behavior change. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(9), 1547-1555.
- Kermel-Schiffman, I., & Werner, P. (2017). Knowledge regarding advance care planning: A systematic review. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 73, 133-142.

- Lum, H. D., Sudore, R. L., & Bekelman, D. B. (2015). Advance care planning in the elderly. *Medical Clinics*, 99(2), 391-403.
- McAfee, C. A., Jordan, T. R., Sheu, J., Dake, J. A., & Kopp Miller, B. A. (2017). Predicting racial and ethnic disparities in advance care planning using the integrated behavioral model. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, DOI: 10.1177/0030222817691286.
- McLennan, V. E., Boddy, J. H., Daly, M. G., & Chenoweth, L. M. (2015). Relinquishing or taking control? Community perspectives on barriers and opportunities in advance care planning. *Australian Health Review*, 39(5), 528-532.
- Nakanishi, M., Nakashima, T., Shindo, Y., Miyamoto, Y., Gove, D., Radbruch, L., & van der Steen, J.T. (2015). An evaluation of palliative care contents in national dementia strategies in reference to the European association for palliative care white paper. *International Psychogeriatrics*, 27(9), 1551-1561.
- Nolan, M.T., & Bruder, M. (1997). Patients' attitudes toward advance directives and end-of-life treatment decisions. *Nursing Outlook*, 45(5), 204-208.
- Ng, Q. X., Kuah, T. Z., Loo, G. J., Ho, W. H., Wagner, N. L., Sng, J. G., ... & Tai, B. C. (2017). Awareness and Attitudes of Community-Dwelling Individuals in Singapore towards Participating in Advance Care Planning. *Annals of the Academy of Medicine Singapore*, 46(3), 84-90.
- Noar, S.M., Chabot, M., & Zimmerman, R.S. (2008). Applying health behavior theory to multiple behavior change: considerations and approaches. *Preventive Medicine*, 46(3), 275–280.
- Noh, H., Kim, J., Sims, O. T., Ji, S., & Sawyer, P. (2018). Racial differences in associations of perceived health and social and physical activities with advance care planning, end-of-life concerns, and hospice knowledge. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, (1), 34-40.
- Ottoboni, G., Chattat, R., Camedda, C., Galletti, M., Macripò, S., Mariani, E., & Ingravallo, F. (2019). Nursing home staff members' knowledge, experience and attitudes regarding advance care planning: a cross-sectional study involving 12 Italian nursing homes. *Aging Clinical and Experimental Research*, 1-9. doi.org/10.1007/s40520-018-01110-5.

- Poppe, M., Burleigh, S. & Banerjee S. (2013). Qualitative evaluation of advance care planning in early dementia. *Plos One*, 8(4), e60412.
- Shepherd, J., Waller, A., Sanson-Fisher, R., Clark, K., & Ball, J. (2018). Knowledge of, and participation in, advance care planning: A cross-sectional study of acute and critical care nurses perceptions. *International Journal of Nursing Studies*, 86, 74-81.
- Shvartzman, P., Reuven, Y., Halperin, M., & Menahem, S. (2015). Advance directives - the Israeli experience. *Journal of Pain and Symptom Management*, 49(6), 1097-1101.
- Steinberg, A., & Sprung, C. L. (2006). The dying patient: new Israeli legislation. *Intensive care medicine*, 32(8), 1234-1237.
- Sudore, R. L., Lum, H. D., You, J. J., Hanson, L. C., Meier, D. E., Pantilat, S. Z., ... & Kutner, J. S. (2017). Defining advance care planning for adults: a consensus definition from a multidisciplinary Delphi panel. *Journal of Pain and Symptom Management*, 53(5), 821-832.
- Teixeira, A., Hanvey, L., Tayler, C., Barwich, D., Baxter, S., Heyland, D. (2015). What do Canadian think of advance care planning? Findings from an online opinion poll. *BMJ Supportive and Palliative Care*, 5, 40-47.
- Weathers, E., O'Caoimh, Cornally,, & McGlade, C. (2018). Advance care planning: a systematic review of randomized trials conducted with older adults. *Maturitas*, 91, 101–109.
- Werner, P., Goldberg, S., Mandel, S., & Korczyn, A. (2010). Gender differences in lay persons' beliefs and knowledge about Alzheimer's disease (AD): A national representative study of Israeli adults. *Archives of Gerontology*, 56(2), 400–404.

נספח

לוח 1: אפיונים סוציו-דמוגרפיים ואמונות בריאות בנוגע למחלת אלצהיימר בקרב הציבור

הרחב

(n = 514)

אפיונים סוציו-דמוגרפיים		אחוזים או ממוצע (ס"ת, טווח)
מגדר (%)		
נקבה	60.9	
זכר	39.1	
גיל		
18-94	53.4	(17.6, 18-94)
שנות לימוד	14.3	(3.6, 0-30)
מצב משפחתי (%)		
נשוי או חי בזוגיות	72.6	
אחר	27.4	
דת (%)		
יהודי	79.5	
לא יהודי (מוסלמי, נוצרי, דרוזי, אחר)	20.5	
מידת הדתיות (%)		
חילוני	48.1	
מסורתי, דתי, חרדי	51.9	
מצב בריאותי (%)		
מצוין, טוב	67.8	
סביר, גרוע, גרוע מאוד	32.2	
מצב כלכלי (%)		
מצוין, טוב	50.2	
סביר, גרוע, גרוע מאוד	49.8	
אמונות בריאות בנוגע למחלת אלצהיימר		
ידע סובייקטיבי	3.0	(1.2, 1-5)
סיכוי לחלות	2.3	(0.9, 1-5)
דאגה לחלות	2.3	(1.4, 1-5)
מכיר מישהו עם מחלת אלצהיימר (%)	54.3	

לוח 2: אחוזי המשתתפים שענו נכון בנוגע לידע אובייקטיבי על תכנון מוקדם בקרב הציבור הרחב

פרטי הידע	
ידע על הנחיות רפואיות מקדימות (n=71)	
91.4	1. הנחיות רפואיות מקדימות מאפשרות לתאר בכתב את הטיפול הרפואי שרוצים או לא רוצים לקבל בסוף החיים.
84.3	2. הנחיות רפואיות מקדימות נכנסות לתוקף כאשר אנשים לא מסוגלים לקבל או לבטא בעצמם את החלטותיהם בנוגע לטיפול רפואי בסוף החיים.
64.6	3. הנחיות רפואיות מקדימות לא ניתנות לשינוי אחרי שנחתמו*.
65.2	4. הנחיות רפואיות מקדימות מאפשרות המתת חסד*.
ידע על ייפוי כוח לטיפולים רפואיים (n=203)	
91.5	5. ייפוי כוח לטיפולים רפואיים נותן למיופה כוח את הסמכות לקבל החלטות רפואיות עבור אדם חולה כאשר החולה לא מסוגל לקבל החלטות אלה בעצמו.
32.5	6. אפשר למנות כל אדם שרוצים כמיופה כוח לטיפולים רפואיים.
ידע על ייפוי כוח לטיפולים רפואיים ועל הנחיות רפואיות מקדימות (n=52)	
31.3	7. הנחיות רפואיות מקדימות וייפוי כוח לטיפולים רפואיים חייבים תמיד להיות חתומים על ידי נוטריון*.
55.8	8. האדם עצמו אינו נדרש לחתום על טופס הנחיות רפואיות מקדימות ו/או על ייפוי כוח לטיפולים רפואיים*.
57.6	9. ניתן למצוא את הטפסים של ההנחיות הרפואיות המקדימות ו/או של ייפוי כוח לטיפולים רפואיים באתר האינטרנט של משרד הבריאות.
45.8	10. כל אדם בוגר מעל גיל 17 רשאי למלא הנחיות רפואיות מקדימות וייפוי כוח לטיפולים רפואיים*.
	*פריטים הפוכים.

לוח 3: אחוז המשתתפים אשר לא הסכימו או הסכימו עם פרטי העמדות בנוגע לתכנון מוקדם
רפואי בקרב הציבור הרחב (n=514)

פריטים	ממוצע (ס.ת.)
1. יש לי אפשרות לבחור את הטיפולים הרפואיים שאקבל בסוף החיים.	3.2 (0.9)
2. כשהיה צורך לקבל החלטות בנוגע לטיפול בסוף החיים, אני בטוח שהרופא יתחשב בדאגות שלי.	2.6 (1.0)
3. אם לא אהיה כשיר לקבל החלטות בסוף החיים, יוצגו למשפחה שלי אפשרויות בחירה בנוגע לטיפולים הרפואיים שאקבל.	3.3 (0.9)
4. אני חושב שהמשפחה שלי רוצה שיהיו לי הנחיות רפואיות מקדימות.	3.3 (0.9)
5. הבעת רצונתי באופן ברור במסמך משפטי בנוגע לטיפול בסוף החיים, ימנע מבני המשפחה שלי חוסר הסכמה ביניהם בנוגע לטיפולים שאקבל.	3.2 (0.9)
6. הנחיות רפואיות מקדימות יגרמו למשפחה שלי להרגיש לא מספיק מעורבים בטיפול בי. *	2.8 (1.0)
7. הבעת רצונתי באופן ברור בנוגע לטיפול בסוף החיים יסייע למשפחתי להפחית רגשי אשמה.	3.3 (0.9)
8. הנחיות רפואיות מקדימות יבטיחו שהמשפחה שלי תדע את ההעדפות שלי לטיפולים רפואיים בסוף החיים.	3.5 (0.7)
9. הנחיות רפואיות מקדימות יבטיחו שאקבל את הטיפול שאני רוצה בסוף החיים.	3.3 (0.8)
10. עדיף להכין הנחיות רפואיות מקדימות כאשר אתה בריא.	3.4 (0.9)

*פריט הפוך

לוח 4: אחוז המשתתפים שענו נכון לפרטי הידע בנוגע לתכנון מוקדם רפואי בבתי חולים

ובתי אבות

ידע הצהרתי	בתי חולים n=447	בתי אבות n=159
1. הנחיות רפואיות מקדימות מאפשרות לתאר בכתב את הטיפול הרפואי שרוצים או לא רוצים לקבל בסוף החיים.*	77.1	76.3
2. ייפוי כוח לטיפולים רפואיים נותן למיופה כוח את הסמכות לקבל החלטות רפואיות עבור אדם חולה כאשר החולה לא מסוגל לקבל החלטות אלה בעצמו.*	85.3	84.5
3. הנחיות רפואיות מקדימות נכנסות לתוקף כאשר אנשים לא מסוגלים לקבל או לבטא בעצמם את החלטותיהם בנוגע לטיפול רפואי בסוף החיים.*	73.2	73.3
4. הנחיות רפואיות מקדימות מאפשרות המתת חסד*.	75.6	57.0
ידע חוקתי		
5. חולה הנוטה למות הוא חולה במחלה הצפויה להביא למותו תוך 6 חודשים.	68.9	59.3
6. בישראל אין הנחיות רפואיות מקדימות ייחודיות לאנשים עם דמנציה.	36.7	36.8
7. הנחיות רפואיות מקדימות וייפוי כוח לטיפולים רפואיים נובעים מ"חוק החולה הנוטה למות (2005)".	60.0	54.2
ידע אינסטרומנטלי		
8. אפשר למנות כל אדם שרוצים כמיופה כוח לגוף.*	40.2	36.8
9. הנחיות רפואיות מקדימות וייפוי כוח לטיפולים רפואיים חייבים תמיד להיות חתומים על ידי נוטריון*.	28.8	31.0
10. הנחיות רפואיות מקדימות לא ניתנות לשינוי אחרי שנחתמו*.	65.8	65.5
11. האדם עצמו אינו נדרש לחתום על טופס הנחיות רפואיות מקדימות ו/או על ייפוי כוח לטיפולים רפואיים*.	59.8	61.0
12. ניתן למצוא את הטפסים של הנחיות רפואיות מקדימות ו/או ייפוי כוח לטיפולים רפואיים באתר האינטרנט של משרד הבריאות*.	61.7	60.2
13. כל אדם בוגר מעל גיל 17 רשאי למלא הנחיות רפואיות מקדימות וייפוי כוח לטיפולים רפואיים*.	43.8	47.0

62.8	53.6	14. רופא או אחות מוסמכת צריכים להצהיר ולחתום שנתנו הסברים סבירים המאפשרים לאדם למלא את הטופס הנחיות רפואיות מקדימות.
56.7	50.1	15. קיים מאגר ממוחשב של טפסים הכוללים הנחיות רפואיות מקדימות ו/או ייפוי כוח לטיפולים רפואיים הנגשים בכל בתי החולים.

*פריטים שנכללו גם בשאלון לציבור הרחב

^פריטים הפוכים, $p < 0.05$ *

לוח 5: אחוז המשתתפים אשר הסכימו או לא הסכימו עם עמדות בנוגע לתכנון מוקדם רפואי

בבתי חולים ובתי אבות

בתי אבות (n=162)		בתי חולים (n=464)		
מאוד מסכים ומסכים	מאד לא מסכים ולא מסכים	מאוד מסכים ומסכים	מאד לא מסכים ולא מסכים	
93.8	6.2	91.2	8.8	לכל אדם יש אפשרות לבחור את הטיפול הרפואיים שיקבל בסוף החיים.
89.3	10.7	94.4	5.6	הנחיות רפואיות מקדימות יבטיחו שהמשפחה תדע מה הן ההעדפות של האדם החולה בנוגע לטיפולים רפואיים בסוף החיים.
85.8	14.2	90.8	9.2	הנחיות רפואיות מקדימות יבטיחו שאדם חולה יקבל את הטיפול שהוא רוצה בסוף החיים.
84.5	15.5	89.9	10.1	הבעת רצונות באופן ברור במסמך משפטי בנוגע לטיפול בסוף החיים יסייע למשפחתו של אדם חולה להרגיש פחות רגשי אשמה.
87.6	12.4	85.6	14.4	עדיף להכין הנחיות רפואיות מקדימות כאשר האדם בריא.

לוח 6 : אפיונים סוציו-דמוגרפים ומקצועיים של המשתתפים בבתי חולים ובבתי אבות

אפיונים סוציו-דמוגרפים	בתי חולים	בתי אבות
מגדר (%) נשים)	66.5	70.8
מגזר (%) יהודים***	68.6	46.3
דתיות (%) חילונים***	70.2	55.8
מקום לידה (%) ישראל)	74.0	75.9
מצב משפחתי (%) נשוי או בזוגיות)	76.7	79.5
ממוצע (ס.ת.) גיל	10.6 (41.5	12.1 (40.1
ממוצע (ס.ת.) שנות לימוד***	2.3 (17.8	1.9 (16.7
אפיונים מקצועיים		
מקצוע (%) רופאים***	26.0	7.5
ממוצע (ס.ת.) שנות ותק במקצוע**	10.9 (14.4	11.1 (13.0
ממוצע (ס.ת.) שנות ותק במוסד***	10.4 (11.9	7.8 (7.2
ממוצע (ס.ת.) שנות ניסיון עם מחלת אלצהיימר	9.4 (9.7	8.0 (9.1