

חלק ב': תקציר ומילות מפתח - עברית**כותרת מלאה של המחקר**

חשיפה לגילנות (אפליה על רקע של גיל) בקרב זקנים והשלכותיה על התנהגויות בריאות ועל שימוש בשרותי בריאות

חוקרים: שם מלא ושיוך מוסדי

ליאת איילון- אוניברסיטת בר אילן
אלה קון-שורק- אוניברסיטת בן גוריון

מילות מפתח

גילנות, בריאות, קידום בריאות, אפליה, זקנה

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 מדעי: גילנות מוגדרת על ידי ארגון הבריאות העולמי כמחשבות, רגשות והתנהגויות ביחס לגיל ולהזדקנות. הדגש במחקר זה הוא על השלכותיה השליליות של הגילנות על אנשים מבוגרים.

מטרות המחקר המוצע: לערוך סקר מקיף הבוחן את החשיפה של האוכלוסייה המבוגרת לגילנות מצד מערכת הבריאות ולגילנות עצמית. בנוסף נבחן כיצד גילנות קשורה להתנהגויות בריאות ולשימוש בשרותי בריאות.

שיטה: מחקר כמותני שיתבסס על סקר ארצי של בני 50 ומעלה, המפולח על פי גיל, מגדר, קבוצת אוכלוסייה (יהודים ותיקים, ערבים-ישראלים, עולים מברה"מ לשעבר) ואזור גיאוגרפי. ניתוח הנתונים נעשה באמצעות בחינה של קשרים דו משתניים ורב משתניים על מנת להבין את היקף התופעה בישראל והשלכותיה על בריאותם של אנשים מבוגרים.

ממצאים עיקריים: נמצא קשר ישיר בין חשיפה לגילנות לבין מצב בריאותי. קשר זה תווך באופן חלקי על ידי התנהגויות בריאות.

המלצות לקובעי מדיניות: בחינת הקף התופעה והשלכותיה מהווה נדבך ראשון במאבק בגילנות. ידע בנוגע להיקף התופעה והשלכותיה בישראל יעזור לנותני השרות וישפוך אור על התופעה ועל משמעותה בקרב אנשים זקנים. גילנות בעלת השלכות שליליות הן על האדם הבודד והן על המערכת כולה משום שהיא מעצבת את הנושאים אליהם קובעי מדיניות מתייחסים והשאלות אותן הם שואלים. מתן מידע בנוגע להיקף התופעה והשלכותיה חשוב לצורך העלאת המודעות לנושא ושיפור השרות.

חלק ג': תקציר ומילות מפתח - אנגלית

Full title of research project

Exposure to ageism (age-based discrimination) and self-ageism among older adults and its consequence for health behaviors and utilization of health services

Investigators: full name and affiliations

Liat Ayalon- Bar Ilan University; Ella Cohn-Schwartz-Ben Gurion University

Key Words

Ageism, health behaviors, prevention, older adults, discrimination

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

Scientific background: Ageism is defined by the World Health Organization as thoughts, feelings and behaviors about age and aging. The emphasis in this research project is on its negative consequences for older adults. Objectives: To conduct an extensive survey on the exposure of the older population to ageism in the healthcare system and on negative self-perceptions of aging. We will also examine how ageism is linked to health behaviors and to the utilization of healthcare services. Working hypotheses: As they age, older adults will report a higher exposure to ageism from the healthcare system and more negative self-perceptions of aging. Both perceptions of ageism from the healthcare system and from the self will be directly related to health behaviors and to utilization of health services. Methods: We conducted a national representative survey of adults aged 50 and above, stratified by age, gender, population group (Veteran Jew, Arab-Israeli, immigrants from the former Soviet Union) and geographical area. Bivariate and multivariate associations to understand the extent of the phenomenon and its effects on older adults' health and health behaviors. **Main findings:** Perceived ageism was directly associated with health outcomes. This was partially mediated by health behaviors. **Conclusions:** Our findings point to the unique aspects associated with perceived age discrimination, which potentially make older people more susceptible to its negative effects. **Policy implications:** Ageism has negative consequences for individuals and for the whole system. Greater awareness of its negative impact can possibly improve health outcomes.

Executive Summary- English חלק ה':

(1) Scientific Background;

The World Health Organization defines ageism as stereotypes, prejudice and discrimination based on age (Officer & de la Fuente-Núñez, 2018a). One explanation for the relationship between perceived age discrimination and health comes from the literature on racism and ethnic discrimination. This line of research suggests that discrimination, whether objectively present or perceived by the individual, is a major source of stress.

The relationship between perceived age discrimination and health might be indirectly accounted for by people's engagement in health behaviors. There is ample research to show that stress results in poorer health behaviors. Binge drinking, unhealthy eating and smoking are more likely to occur when people are stressed. These unhealthy behaviors often are used as ineffective means to reduce and/or cope with stress. Nonetheless, despite their immediate calming effects, they might result in hazardous health outcomes in the long run.

A related, yet, somewhat different pathway to explain the relationship between perceived age discrimination and health is through an indirect mediational path of preventive health behaviors. The rationale is that when people are under stress, they might pay less attention to their health conditions and might be less active in monitoring and identifying possible health problems. Alternatively, drawn from the literature on racism, research has shown that the experience of perceived discrimination on the basis of race or ethnicity is associated with high levels of distrust in the healthcare system. This in return, might prevent people from accessing the healthcare system, a system which represents the hegemony, whom they distrust.

(2) Objectives;

Our comprehensive study aimed to simultaneously examine several possible pathways to explain the strong and consistent association between perceived age discrimination in the healthcare system and health outcomes. Figure 1 outlines our hypotheses. Specifically, we tested both direct and indirect effects between perceived age discrimination in the healthcare system and health. We expected perceived age discrimination to be associated with worse health. This relationship was thought to be mediated via self-perceptions of aging, which mediates the association between perceived age discrimination in the healthcare system, health behaviors and preventive health behaviors, which subsequently relate to health. Specifically, those who perceive age

discrimination have worse self-perceptions of aging. This in return, is associated with fewer health behaviors and fewer preventive health behaviors, which subsequently relate to worse health. Last, we examined whether these associations between perceived age discrimination, health behaviors, and preventive health behaviors vary based on age, with stronger associations being more likely to be found among older people compared to younger age groups.

(3) Methodology;

Participants and data collection

We relied on a representative national survey of adults aged 50 and above in Israel. The surveys were conducted in Hebrew, Arabic or Russian via the telephone by trained interviewers between April and November, 2020. On average, telephone surveys took about 20 minutes each and the response rate was 40%. The participants were not compensated for participating in the research. The sample was composed of 1,570 participants and was representative of the population of adults aged 50 and above in Israel. The study sample was reached via registry lists bought by the survey agency and its representativeness was determined by comparing it to the proportions in the Israeli population in terms of age, gender, population group and region. The study was approved by the ethics committee of the PI's university and all participants provided a verbal informed consent prior to participating in the phone interview. The age range of the sample was 50 – 96. The average age of participants was 64, with 849 (54%) participants aged 50-64 years old and 721 (46%) aged 65+ years old.

(4) Findings;

We found a direct link between perceived age discrimination and health outcomes. This link was partially mediated by self-perceptions of aging and subsequently by health behaviors (e.g., eating vegetables) and preventive health behaviors (e.g., medical check-ups). The link between perceived age discrimination and health behaviors was moderated by age, thus, particularly detrimental for older people over the age of 65 as compared with those between the ages of 50 and 65.

(5) Conclusions;

The findings show that perceived age discrimination is associated with fewer health and preventive health behaviors. These findings are consistent with past research examining racial discrimination among ethnic minorities. They also correspond with research that has shown that perceived age discrimination is associated with poorer health behaviors. Our

findings also show that self-perceptions of aging serve as mediators of the associations between perceived age discrimination in the healthcare system and health status. Specifically, as was found in past research (Hooker et al., 2019), we demonstrate that perceived age discrimination is associated with more negative self-perceptions of aging, which in return, reduces health behaviors and preventing health behaviors. This association between self-perceptions of aging and health behaviors also has been documented (Levy & Myers, 2004), though not within a comprehensive model, which simultaneously examined multiple pathways. As already noted, although these various pathways have been examined in the past, this was done in a highly fragmented way (e.g., examining a single path at a time). This study, in contrast, examines a comprehensive model of multiple pathways between perceived age discrimination in the healthcare system and health status.

(6) Policy Implications and Recommendation;

This study adds to the literature as it examines multiple different mechanisms to account for the path between perceived age discrimination and health status. Our findings point to the unique aspects associated with perceived age discrimination, which potentially make older people more susceptible to its negative effects. Our findings stress the importance of the healthcare system in shaping older people's health via multiple pathways, detailed above. As past research has already highlighted the presence of ageism in the healthcare system (Ben-Harush et al., 2017), this study adds by bringing the point of view of older patients. This may serve as a catalyst for social change in the healthcare system given the associations found between perceived age discrimination, self-perceptions of aging, health behaviors, preventive health behaviors and health. Past research has shown that both intergenerational contact and education can reduce ageist stereotypes (Burnes et al., 2019). In the case that perceived age discrimination reflects older people's actual experiences, rather than merely their perceptions, it is desired to include educational interventions that target ageism among healthcare professionals. Alternatively, interventions that target self-perceptions of aging might also be relevant. Research has shown that psychological resources can be effective in maintaining positive self-perceptions of aging (Sargent-Cox et al., 2012). Hence, assisting individuals to maintain positive self-perceptions of aging might have beneficial health effects, as suggested by this study.

(7) References

Ben-Harush, A., Shiovitz-Ezra, S., Doron, I., Alon, S., Leibovitz, A., Golander, H., et al. (2017). Ageism among physicians, nurses, and social workers: Findings from a qualitative study. *European Journal of Ageing*, 14, 39-48.

Levy, B.R., & Myers, L.M. (2004). Preventive health behaviors influenced by self-perceptions of aging. *Preventive medicine*, 39, 625-629.

Officer, A., & de la Fuente-Núñez, V. (2018). A global campaign to combat ageism. *Bulletin of the World Health Organization*, 96, 295.

Sargent-Cox, K.A., Anstey, K.J., & Luszcz, M.A. (2012). Change in health and self-perceptions of aging over 16 years: The role of psychological resources. *Health Psychology*, 31, 423-432.

חלק ה': דוח מדעי מפורט - עברית

1. הרקע המדעי

המושג גילנות נהגה לראשונה על ידי באטלר, שטען בשנת 1969 שגילנות היא "דעה קדומה מצד קבוצת גיל אחת נגד קבוצות גיל אחרות"¹. עם השנים המושג חודד והורחב והחוקרים איורסון, לארסן וסולם (Iversen, Larsen & Solem) הציעו הגדרה אינטגרטיבית המתייחסת למכלול ההיבטים של גילנות כלפי אנשים זקנים: "גילנות מוגדרת כסטריאוטיפים שליליים וחיוניים, דעות קדומות ו/או אפליה נגד (או בעד, לתועלת) אנשים זקנים, על בסיס גילם הכרונולוגי או על בסיס תפיסתם כזקנים. גילנות יכולה להיות סמויה או גלויה ויכולה להתבטא ברמת המיקרו, המאזו או המאקרו"². כיום, גילנות מוגדרת על ידי אירגון הבריאות העולמי כדרך בה אנו מרגישים, חושבים ומתנהגים לאנשים בשל גילם.

הדגש במחקר זה הוא על השלכותיה השליליות של הגילנות על זקנים. אנו יודעים ממחקרים שנערכו בארץ (כולל מחקר במימון המכון הלאומי) ובעולם כי גילנות רווחת במערכת הבריאות וכי גילנות (הן מצד מערכת הבריאות והן מצד אנשים זקנים כלפי עצמם), פוגעת באנשים זקנים, בהתנהגויות הבריאות שלהם ובמצבם הבריאותי, כולל מוות מוקדם יותר בקרב מבוגרים שתפסו באופן שלילי את זקנתם^{3,4}. יש הסכמה גורפת בנוגע להשפעתה השלילית של הגילנות. לאור זאת, בשנת 2016 קיבל אירגון הבריאות העולמי מנדט מ-194 מדינות להתחיל בקמפיין עולמי למניעת גילנות.

למרות הידע הרבה בנושא, אין מחקרים מקיפים על מידת החשיפה של האוכלוסייה המבוגרת לגילנות מצד מערכת הבריאות ולגילנות עצמית כפי שתופס אותה הציבור המבוגר. מידע זה חשוב משום שהתפיסה הסובייקטיבית של גילנות היא שמשמעותית, יותר מאשר האם אכן גילנות קרתה או לא באופן אובייקטיבי. יתרה מכך, מחקר זה בוחן לראשונה כיצד חשיפה לגילנות וגילנות עצמית קשורות להתנהגויות בריאות ולשימוש בשירותי בריאות. בכך- מנסה המחקר לפתח מודל תאורטי מעמיק המסביר את הקשר בין גילנות, גילנות עצמית ובעיות בריאות ותפקוד. מודל זה הינו בעל השלכות יישומיות מרחיקות לכת על מערכת הבריאות משום שהוא עשוי להצביע על תפקידה של מערכת הבריאות בעידוד גישה לשירותי בריאות ולהתנהגויות בריאות.

גילנות במערכת הבריאות

מחקרים רבים מעידים על כך שגילנות רווחת במערכת הבריאות, וזאת למרות ואולי משום חשיבותם הגוברת של זקנים כצרכנים מרכזיים של מערכת זו^{5,6}. במדינות רבות מערכות הבריאות מאופיינות בגילנות הן ברמת המדיניות והן ברמת העמדות וההתנהגות של העוסקים במקצועות הבריאות⁵⁻⁸. ברמת המדיניות, גילנות באה לידי ביטוי בחקיקת חוקים המונעים שירותים מאנשים בשל גילם - למשל, שיקום או השתלות. מדיניות מוסדית גם מושפעת מגילנות. לדוגמה, ביוון יש

מדיניות ביחס להחלטות לטיפול במטופלים לאחר שבץ, כשטופלים בני 65 ומעלה נשלחים למחלקה פנימית לעומת מחלקת טיפול נירולוגי מומחה⁹. עוד גורם משמעותי הוא החזר הוצאות עבור שירותי בריאות. במדינות רבות מוטלות מגבלות גיל על מימון לאיבחונים, הליכי סינון והטבות שקשורות לבריאות¹⁰. גילויי גילנות ברמה הבינאישית נמצאים בהקשרי טיפול שונים: בקליניקות בקהילה, בבתי חולים ואפילו במקומות המיועדים לטיפול בזקנים כגון דיור מוגן ומתקני טיפול ארוכי-טווח. פגמים, מכשולים ובעיות בטיפול בזקנים נמצאים בכל שלבי הטיפול, כולל טיפול מניעתי ואיתור מוקדם, שיקום וטיפול בחולים סופניים¹¹⁻¹³.

לאפליה זו יש השפעה מזיקה על איכות הטיפול ועל אופי השירותים שזקנים מקבלים. מחקרים שראינו זקנים על חוויותיהם במערכת הבריאות העלו דיווחים על מקרים בהם עובדי מערכת הבריאות התעלמו מהם או לא נתנו להם גישה לטיפולים מניעתיים¹² ועל מקרים בהם זכו ליחס מזלזל וחסר רגישות¹⁴. במחקר שנערך באנגליה, זקנים דיווחו שלרופאים לא הייתה סבלנות אליהם, שהם נטו להתעלם מדעותיהם בנוגע לטיפול ואמרו להם שהסימפטומים שלהם נובעים מהגיל שלהם¹⁵.

התנהגויות גילניות התגלו גם במחקרים שנערכו אודות עובדי מערכת הבריאות. לדוגמה, רופאים נוטים להציע לזקנים אפשרויות טיפול פחות יעילות וחדשניות לטיפול בגידולים סרטניים ממאירים לעומת הטיפולים המוצעים לאנשים צעירים¹⁶. בנוסף לכך, לעתים רחוקות יותר רופאים יפנו זקנים להליכים ניתוחיים פולשניים ושיקומיים, אפילו במקרים בהם ההתאוששות מניתוח אינה תלויה בגיל¹⁷. אפליה מבוססת גיל נראית גם בתהליך של אבחון רפואי. לדוגמה, למרות שרוב המקרים של סרטן השד נמצאו בקרב נשים מבוגרות, באנגליה נמצא שרק אחוז קטן של נשים מבוגרות נבדקו על ידי רופא לגילוי סרטן השד¹⁸. גם אופן הטיפול והתקשורת של רופאים עם מטופלים מבוגרים מושפעת מגילנות. רופאים פחות נוטים לערב מטופלים מבוגרים בהחלטות רפואיות, לספק להם פחות מידע רפואי ולדבר איתם באופן פחות סבלני ומכבד לעומת מטופלים צעירים יותר^{13,19}. בנוסף, הם עשויים לחשוב שבעיות בריאותיות שחווים זקנים הן חלק בלתי נמנע מתהליך ההזדקנות, ולכן לטפל בהן פחות²⁰. גם בקרב אחיות נמצאו התנהגויות גילניות ואפליה כלפי מטופלים זקנים²¹. מעבר לכך, ככל שהעמדות של האחיות כלפי זקנים היו שליליות יותר, כך נמצא שהן דיברו איתם באופן מתנשא ולא מכבד²² ולפגוע בכבוד ובאוטונומיה שלהם²³. מחקר בישראל, שנערך במימון המכון הלאומי, ראיון רופאים, אחיות ועובדים סוציאליים שדיווחו על פרקטיקות גילניות במערכת הבריאות. הם דיווחו על נטייה "לעקוף" את המטופלים המבוגרים על ידי פניה לבני משפחה צעירים יותר, או לקבל החלטות קליניות מבלי לשמוע את דעתו של המטופל ואף לדבר אל המטופל בצורה מתנשאת ובשפה ילדית. בנוסף, העובדים הצביעו על טיפול לא מתאים או באיכות נמוכה שמקבלים המטופלים המבוגרים לעומת מטופלים צעירים יותר ועל נטייה

לנקוט בגישה שגורמת למטופלים להפוך לפחות עצמאיים במידה רבה יותר ביחס למטופלים מבוגרים.²⁴

גילנות עצמית

אחת הדרכים שבהן גילנות יכולה להשפיע על שימוש במערכת הבריאות היא בכך שהזקנים שנחשפים לעמדות הגילניות של עובדי מערכת הבריאות עשויים להפנים את העמדות הללו.³¹ זאת היות וגילנות לא עוצרת בחברה, אלא מופנמת ומשפיעה על האדם הזקן ועל תפיסותיו את עצמו ואחרים בסביבתו. אלו התופסים את זקנתם באופן שלילי נמצאו במצב פגיע יותר מבחינה, חברתית, בריאותית ותפקודית.³²⁻³⁴ עוד נמצא כי זקנים החשופים למסרים גילניים מפנימים אותם והדבר משפיע על רגשותיהם ותפקודם.^{35,36}

למרות שפע המחקרים שבוחנים את הגילנות במערכת הבריאות, רובם מביאים את נקודת מבטם של עובדי מערכת הבריאות ולא את מבטם של הזקנים עצמם. מעט מחקרים מתמקדים בעמדות ובחוויית של הזקנים עצמם ומעט יותר עושים זאת באמצעות סקרים נרחבים ומייצגים (לעומת מספר מצומצם של ראיונות). חשוב להביא את נקודת המבט של הזקנים על מנת להבין את מלוא היקף התופעה ואת השלכותיה. זאת משום שהתפיסה הסוביקטיבית של האדם הזקן את הגילנות והשלכותיה על בריאותו והתנהגויות הבריאות משמעותיות לא פחות ואולי אפילו יותר מדיווחיהם של נותני השרות במערכת הבריאות.³⁷

בסיס תאורטי

הסבר מרכזי לגילנות במערכת הבריאות נתן למצוא בתאוריית ניהול האימה הקושרת את הגילנות לחרדת המוות של אנשים. חרדה זו מתעוררת בנוכחותם של אנשים זקנים, היות וגיל מבוגר מקושר להידרדרות תפקודית ולבסוף למוות. זקנים מהווים תזכורת מתמדת למוות הבלתי נמנע וקרבה פיזית אליהם או אפילו חשיבה עליהם עשויות לעורר חרדת מוות. מסיבה זו אימוץ עמדות והתנהגויות גילניות משמשת כאמצעי להרחיק את האדם מתזכורות להידרדרות העתידית.^{38,39}

חשיפה לגילנות במערכת הבריאות יכולה להשפיע על שימוש במערכת הבריאות באמצעות עידוד של גילנות עצמית. תהליך כזה יכול להיות מוסבר באמצעות תאוריית "גילום הסטריאוטיפ" (Stereotype embodiment).³¹ תיאוריה זו טוענת שלאורך חייהם אנשים נחשפים לסטריאוטיפים ועמדות שליליות לגבי זקנים. כשאנשים מזדקנים, העמדות המופנמות הללו מובילות לתפיסות עצמיות שליליות.⁴⁰ עמדות אלה מופיעות לעתים קרובות באופן סמוי. לדוגמה, מחקרים מצאו שזקנים נטו להתנגד להגדלת תקציב לתכניות שתרמו לקבוצת הגיל שלהם, במידה רבה יותר מצעירים,⁴¹ ושזקנים היו בעלי ביצועים פחותים במטלות קוגניטיביות כשהגדירו את עצמם כשייכים

לקבוצת גיל מבוגרת⁴². אנשים שנחשפים לעמדות גילניות במערכת הבריאות עשויים להפנים את העמדות הללו, אשר בתורן ישפיעו על השימוש שלהם במערכת הבריאות.

השפעות של גילנות על גישה למערכת הבריאות

בעוד שקיים גוף ידע נרחב אודות ההשפעות של גילנות על בריאותם של זקנים^{3, 32, 33}, לא הרבה ידוע על השפעותיה של גילנות על שימוש בשירותי בריאות. ישנן מספר דרכים אפשריות שבהן חוויות של גילנות יכולות להיות קשורות לגישה ולשימוש של זקנים במערכת הבריאות. במחקר זה, אנו משערות שימוש דיפרנציאלי במערכת הבריאות בהקשר לגילנות. ראשית, חשיפה לגילנות יכולה להוביל באופן ישיר לירידה בשימוש במערכת הבריאות, באופן שעשוי להשפיע בעיקר על בדיקות וטיפולים מניעתיים, וכן על טיפול עבור מצבים בריאותיים קלים יחסית. יחס שלילי מצד גורמים במערכת הבריאות יכולים להרתיע מפני שימוש בשירותי הבריאות, על מנת להימנע מאי הנעימות שבמפגש הרפואי. חוויות של גילנות עשויות גם לגרום לחוסר אמון במערכת הבריאות, כפי שנמצא במחקר על קבוצות מיעוט בארה"ב⁴⁵. מעבר לכך, כפי שצוין קודם, רופאים עשויים למאן להפנות זקנים להתערבויות מסוימות, כמו ניתוחים, על אף שאלה יכולים לסייע לזקנים⁸.

ההשפעות של גילנות יכולות להתרחש גם באופן עקיף, עקב הפנמה של הסטריאוטיפים השליליים אודות משמעות הגיל. כך, זקנים שיהיו חשופים ליחס מפלה ומזלזל מצד נציגי מערכת הבריאות עשויים להפנים את הדעות הקדומות ובהתאם פחות לנסות לקבל טיפול ולהאמין שהידרדרותם הבריאותית נובעת מהגיל ולא ניתן לפתור אותה באמצעים רפואיים^{8, 20}. דוגמה להיבט זה מופיעה במחקר אשר מצא כי זקנים שסברו שההזדקנות מלווה בהידרדרות בריאותית נטו פחות לייחס חשיבות לפנייה לטיפול בבעיות בריאותיות שקשורות לגיל⁴⁶. אופן השפעה על שימוש במערכת בריאות הנפש הוא שתפיסות גילניות שליליות כלפי העצמי יצטרפו לסטיגמות אודות מחלות נפש, והסטיגמה הכפולה עשויה להוביל להרתעות משימוש במערכת בריאות הנפש⁴⁷.

עם זאת, גילנות יכולה גם להוביל לשימוש גובר במערכת הבריאות באמצעות השפעתה השלילית על הבריאות של הזקנים ועל התנהגויות הבריאות שלהם. השפעה כזו צפויה להתרחש בעיקר בהקשר של טיפול במצבים בריאותיים קשים יותר, אשר עבורם אין ברירה מלבד ללכת לטיפול. דוגמה להשפעה של גילנות על הבריאות של זקנים נמצאה במחקר שבדק את סגנון התקשורת של פיזיותרפיסטים, ומצא ששפת גוף מרוחקת ואדישה כלפי המטופל היתה קשורה לתוצאות שליליות מבחינת בריאות פיזית וקוגניטיבית בטווח הקצר והארוך⁴⁸. ההשפעה הקשה של גילנות יכולה להתרחש גם דרך גילנות עצמית. זקנים שתופסים את ההזדקנות שלהם באופן יותר שלילי נוטים פחות לעסוק בפעילויות שמקדמות בריאות⁴⁹ ונמצאים בסכנה מוגברת להידרדרות בריאותית^{33, 50, 51}.

מהשערות אלה עולה שההשלכות של גילנות על מערכת הבריאות עשויות להיות משמעותיות. זקנים שחוו גילנות ו/או גילנות עצמית עשויים פחות להשתמש בשירותי מניעה של מערכת הבריאות ולהימנע מלהשתמש בשירותי המערכת על מנת להתמודד עם קשיים בריאותיים לא חמורים. עם זאת, במקביל הם עשויים לעסוק פחות בהתנהגויות בריאות ולהיות פחות בריאים באופן כללי, וכל אלה יכולים להוביל בסופו של דבר לעלייה בשימוש בשירותי הבריאות עבור טיפול בבעיות בריאות חמורות יותר. להשפעות אלה השלכות מרחיקות לכת על העומס והעלויות של מערכת הבריאות בישראל.

השלכות על חוק הבריאות

בחוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996, מוקדש פרק לאיסור אפליה, ובמקור נכתב בו (סעיף 4): "מטפל או מוסד רפואי לא יפלו בין מטופל למטופל מטעמי דת, גזע, מין, לאום, ארץ מוצא, נטייה מינית או מטעם אחר כיוצא באלה". בשנת 2010 נוסף לחוק תת-סעיף (תיקון מספר 7) שאוסר להפלות מטעמי גיל, אלא אם האפליה מעוגנת בטעמים רפואיים⁵².

בישראל תוחלת החיים עומדת על 82.1 שנים ו-11.1% מהאוכלוסייה הם בני 65 ומעלה, שיעור הנמצא במגמת עלייה⁵³. גם בישראל, בדומה למדינות אחרות, זקנים מהווים חלק משמעותי מהמשתמשים במערכת הבריאות – 21% מהביקורים בחדרי מיון הם של בני 65 ומעלה, ושיעור האשפוזים של זקנים מהווה 35% מכלל האשפוזים⁵³. העלייה בשיעור הזקנים באוכלוסייה מחייבת את מערכת הבריאות להתמודד עם סוגיות וקשיים חדשים הכרוכים בשינוי הדמוגרפי ומצריכות התאמה של מערכת הבריאות לצרכי המטופל הזקן. אפליה של זקנים על בסיס גילם מהווה הפרה של חוק זכויות החולה ויכולה לפגוע באופן משמעותי הן בגישה לשירותי בריאות, הן באיכות הטיפול בזקן והן בבריאותו. מידע בנוגע לתחושת האפליה בקרב זקנים וקישור בין תחושה זו להתנהגויות בריאות ולשימוש בשירותי בריאות עשוי לשפר את מערכת הבריאות בישראל ולכוון את השירותים הניתנים לזקנים.

2. שאלות המחקר

לערך סקר מקיף הבוחן את החשיפה של האוכלוסייה המבוגרת לגילנות מצד מערכת הבריאות. בנוסף נבחן כיצד גילנות קשורה להתנהגויות בריאות ולשימוש בשירותי בריאות כאשר הדגש במחקר זה הוא גם על שימוש שוטף במערכת הבריאות (אשפוזים, ביקור בחדר מיון, התייעצות עם רופאים מומחים, התייעצות עם רופאי משפחה, התייעצות עם אחות, פרוצדורות רפואיות, טיפולי שיניים) וגם על שימוש בשירותי מניעה (אבחונים, ביקורים שגרתיים, ביקורי בית, שיקום) ובהתנהגויות בריאות (פעילות גופנית, דיאטה מאוזנת, עישון, שתיית אלכוהול מופרזת). בנוסף נבחן האם ההשפעות הללו מתווכות עקב הפנמה של העמדות הגילניות אליהן נחשפים המשתמשים המבוגרים במערכת הבריאות. באופן ספציפי, מטרות המחקר הן:

1. לבחון את החשיפה של זקנים בישראל לגילנות במערכת הבריאות ולהבין כיצד גילנות באה לידי ביטוי בתחומים שונים של מערכת הבריאות, לפי תפישתם של הזקנים עצמם.
2. לבחון כיצד חשיפה לגילנות במערכת הבריאות קשורה לשימוש של הזקנים בשירותי מערכת הבריאות ולהתנהגויות בריאות.
3. לבחון מנגנונים שמסבירים את הקשר בין חשיפה לגילנות לשימוש במערכת הבריאות – גילנות עצמית, התנהגויות בריאות ובריאות פיזית, אשר ייבחנו כמשתנים מתווכים אפשריים בקשר בין גילנות לבין שימוש בשירותי בריאות.

השערות העבודה

אפליה בשל גיל במערכת הבריאות בישראל

1. זקנים בישראל ידווחו על חוויות של אפליה במערכת הבריאות בשל גילם.
2. זקנים בגילאים מבוגרים יותר ידווחו על יותר חוויות של אפליה במערכת הבריאות בשל גילם.
3. נשים זקנות ידווחו על יותר חוויות של אפליה במערכת הבריאות בשל גילן.
4. זקנים מקבוצות מיעוט (ערבים-ישראלים ועולי ברה"מ לשעבר) ידווחו על יותר חוויות של אפליה במערכת הבריאות בשל גילם.

קשר בין גילנות לבין שימוש במערכת הבריאות בישראל

5. זקנים שיחשפו ליותר אפליה במערכת הבריאות ידווחו על פחות שימוש במערכת הבריאות.
6. הקשר בין אפליה לבין שימוש במערכת הבריאות יהיה חזק יותר עבור טיפול מניעתי.

קשר עקיף בין גילנות לשימוש במערכת הבריאות

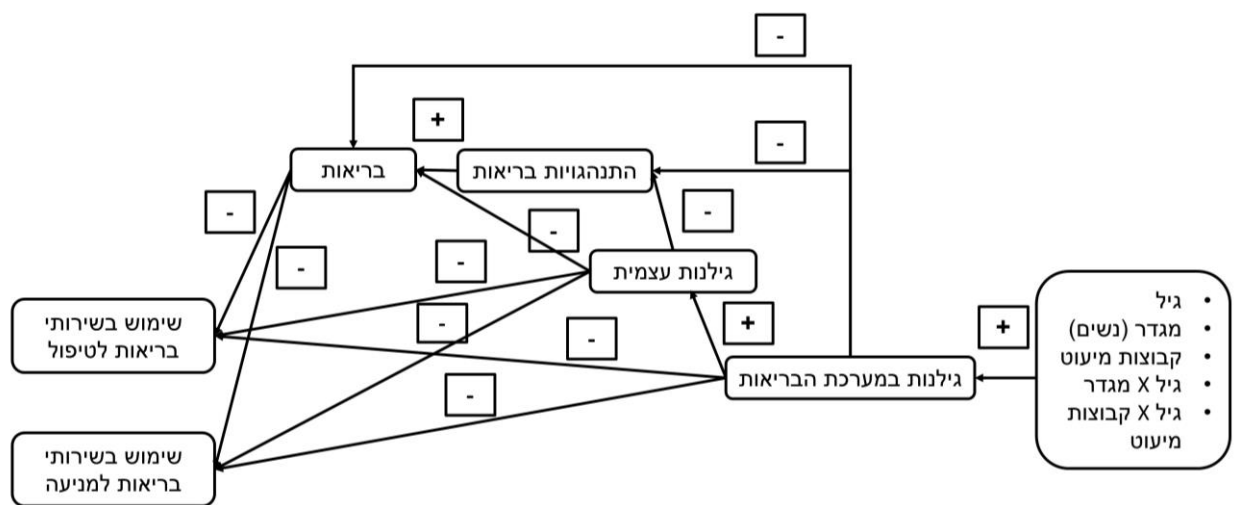
7. זקנים שיחשפו ליותר אפליה במערכת הבריאות ידווחו על יותר עמדות גילניות כלפי העצמי, פחות התנהגויות בריאות ועל בריאות פחות טובה.
8. זקנים בעלי עמדות גילניות יותר כלפי העצמי ישתמשו פחות במערכת הבריאות, בעיקר עבור טיפול מניעתי.
9. זקנים בעלי עמדות גילניות יותר כלפי העצמי ידווחו על פחות התנהגויות בריאות ועל בריאות פחות טובה.
10. זקנים שעוסקים במידה פחותה בהתנהגויות בריאות יהיו בעלי בריאות פחות טובה.

11. זקנים שעוסקים במידה פחותה בהתנהגויות בריאות ובעלי בריאות פחות טובה ידווחו על יותר שימוש במערכת הבריאות.

12. התנהגויות בריאות ובעיות בריאות יהיו קשורות במידה רבה יותר לשימוש במערכת הבריאות לצרכי טיפול (ובמידה פחותה לצרכי מניעה).

13. הקשר בין גילנות לבין התנהגויות בריאות ובריאות מתווך באופן חלקי על ידי גילנות עצמית.

תרשים 1. המודל התיאורטי שעליו מתבסס המחקר.



3. שיטות עבודה

שיטת הדגימה וגודל המדגם

המחקר התבצע באמצעות סקר ארצי מייצג של בני 50 ומעלה המתגוררים בקהילה ודוברים עברית, ערבית או רוסית. מדגם הסקר יתבסס על פילוח לפי גיל (50-64, 65-79, +80), מגדר (נשים, גברים) וקבוצת אוכלוסייה (יהודים ותיקים, ערבי-ישראלים ועולי ברה"מ לשעבר). הפילוח יתבצע על בסיס נתונים ידועים של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה על מנת ליצור מדגם המייצג את אוכלוסיית הקשישים בישראל. שיטת הדגימה תהיה דגימה אקראית מתוך רשימת שמות שתכין סוכנות הסקרים, שתשמש כמסגרת הדגימה, כאשר אחוז ההיענות יעמוד על כ 40%-50% מתוך המשיבים לשיחה.

גודל מדגם של 1,500 משיבים יאפשר ייצוג של כל תתי הקבוצות הללו. בנוסף, גודל מדגם כזה יאפשר לבצע ניתוחים מעמיקים על קבוצות מסוימות של זקנים, כדוגמת זקנים שמדווחים על גילנות או זקנים בעלי דפוסים שונים של שימוש במערכת הבריאות.

הפילוח לפי גיל, מגדר וקבוצות אוכלוסייה נבחר בשל מידת החשיפה השונה לגילנות שקבוצות אלה עשויות לחוות. החלוקה לקבוצות גיל היא משמעותית לבחינה של גילנות לאור ההבדלים הקיימים בקרב זקנים בגילאים שונים בהקשר של תפיסות של גיל⁵⁴ וחשיפה לעמדות גילניות⁵⁵. מעבר לכך, אנשים בגילאים מבוגרים יותר עשויים לסבול מיותר מחלות ומוגבלויות ועקב כך להיות זקוקים במידה רבה יותר למערכת הבריאות⁵³. צורך גובר זה עשוי לשים את הזקנים המבוגרים יותר בעמדה פגיעה במיוחד לחוות אפליה על רקע גילם. מגדר הוא גורם נוסף שיש לקחת בחשבון על מנת להעריך את חוויות הגילנות. נשים מבוגרות עשויות לסבול מ"אפליה כפולה", מצב שבו אנשים הנמצאים בקבוצת שוליים מזדקנים חווים גילנות רבה יותר בשל שייכותם לשתי קבוצות שוליים. נשים חוות אפליה על רקע המגדר שלהן, בשל הנורמות הרווחות בחברה. כשנשים מזדקנות, נורמות אלה, בנוסף לעיסוק החברתי באידיאל היופי, עשוי להוביל להידרדרות מהירה יותר במעמד של נשים לעומת זה של גברים⁵⁶. בנוסף, לנשים וגברים יכולים להיות צרכים בריאותיים שונים וחוויות שונות במערכת הבריאות. בשל כך, יש צורך להבין את חוויות הגילנות של נשים בנפרד מהחוויה של גברים. לבסוף, קבוצות מיעוט עשויות לסבול מ"אפליה כפולה". קבוצות מיעוט בישראל נוטות לסבול מבריאות פחות טובה^{57,58} ולהראות דפוסים שונים של שימוש במערכת הבריאות⁵⁹⁻⁶¹. אנשים מקבוצות מיעוט עשויים לחוות אפליה במערכת הבריאות⁶², תהליך שעשוי להתגבר עם ההזדקנות. לאור מיעוט הידע על אפליה שחווים זקנים מקבוצות מיעוט בישראל במערכת הבריאות, יש להבין את החוויה הייחודית שלהם. על מנת לבחון תהליכים של "אפליה כפולה" יבחנו אינטרקציות של מגדר וקבוצת אוכלוסייה עם גיל. ניתוחים אלה יבדקו האם אנשים ששייכים לקבוצות שוליים (נשים/קבוצות מיעוט) חווים גילנות רבה יותר בקבוצת הגיל המבוגרות יותר.

איסוף הנתונים

המידע נאסף באמצעות ראיונות טלפוניים. לשיטה זו יש מספר יתרונות על פני שיטות אחרות, כגון שאלונים במילוי עצמי או ראיונות פנים-אל-פנים. ביחס לשאלונים במילוי עצמי, ראיונות טלפוניים נוטים להיות בעלי שיעורי היענות גבוהים יותר. ביחס לראיונות פנים-אל-פנים, מדובר על שיטה חסכנית יחסית בזמן ובכסף שמאפשרת כיסוי מהיר ויעיל יותר של אזורים גיאוגרפים שונים ומרוחקים, היבט חשוב במיוחד לאור הכוונה להשיג נתונים שמייצגים את האוכלוסייה במדינה. ראיונות טלפוניים הם שיטה מקובלת ונפוצה לאיסוף מידע שנעשה בה שימוש במסגרת מחקרים בינלאומיים ותיקים וחשובים, כמו סקר הבריאות והפרישה האמריקני (HRS). הראיונות יערכו בערבית, ערבית או רוסית, בהתאם להעדפות המראיינים.

איסוף המידע התבצע על ידי "מחשוב". סוכנות סקרים זו נבחרה על בסיס הניסיון העשיר שלה בסקרים טלפונים ארציים. המערכת הממוחשבת של מחשוב מאפשרת שליטה מלאה על

התקדמות הראיונות והמדגם בזמן אמת. המראיינים עוברים הכשרות אודות ביצוע ראיונות באופן מקצועי וללא הטיות, וכן הם עוברים תדריך מקיף בנוגע למחקר המסוים אותו הם מעבירים.

על מנת להשיג שיעור היענות גבוה וייצוגיות של המדגם, ננקטו מספר צעדים: 1. איסוף המידע יתבצע במשך מספר חודשים. 2. יעשו לפחות 10 ניסיונות בימים ובשעות שונים כדי להשיג את המראיינים שנכללו במדגם. 3. מראיינים מנוסים יצרו קשר עם מראיינים שמסרבים להשתתף בסקר. במידה וניסיונות אלה לא יצלחו, יוצעו תמריצים כלכליים להשתתפות.

במהלך הסקר נערך תיעוד מקיף אודות המדגם, מספר הראיונות המלאים והחלקיים, סיבות לראיונות לא שלמים וראיונות חסרים. בסוף האיסוף, הנתונים יעברו בקרת איכות כדי לאתר אי-תאימות. בחלק מהמקרים יתקשרו שוב אל המראיינים כדי לוודא פרטים שאינם תואמים.

משתנים וכלי המחקר

משתנים תלויים. המחקר בדק שימוש בשירותי בריאות בקרב זקנים. הם ישאלו אודות תדירות השימוש שלהם בשירותים שונים הנוגעים לשימוש שוטף במערכת הבריאות (אשפוזים, ביקור בחדר מיון, התייעצות עם רופאים מומחים, התייעצות עם רופאי משפחה, התייעצות עם אחות, פרוצדורות רפואיות, טיפולי שיניים) וגם על שימוש בשירותי מניעה (אבחונים, ביקורים שגרתיים, ביקורי בית, שיקום)⁶³.

משתנה בלתי תלוי. אפליה מצד גורמי מערכת הבריאות תיבדק באמצעות שאילה אודות החוויה הסובייקטיבית של הזקנים של חשיפה לגילנות במערכת הבריאות. יעשה שימוש בשאלון ה-"Stereotype Threat & Unfair Treatment" של סקר הבריאות והפרישה האמריקני (HRS) משנת 2012. שאלון זה בוחן היבטים שונים של חוויה של אפליה מצד עובדי מערכת הבריאות, והמחקר הנוכחי יתמקד בשאלות אודות אפליה בגין גילם של המשיבים. בנוסף נשתמש בשאלון אודות אפליה יומיומית מה-HRS, אשר בוחן את תדירות האפליה⁶⁴. השאלונים ישאלו אודות אפליה בשירותים הנוגעים לטיפול, אבחון ומניעה, אשר הם נשאלו בחלק הקודם אודות תדירות השימוש בהם.

משתנים מתווכים. המחקר בדק גורמים מתווכים שעשויים לקשר בין חווית גילנות לבין השימוש בשירותי הבריאות. הוא יתמקד בגילנות עצמית, התנהגויות ובעיות בריאות.

תפיסה עצמית של גיל נבדקה באמצעות מדדים שמשקפים את הסטריאוטיפים המופנמים אודות חווית הזקנה. מדד מרכזי שנבחן הוא תת הסולם "עמדות כלפי הזדקנות" של ה-Philadelphia Geriatric Center Morale Scale (PGCMS). תת-סולם זה משמש להערכה של תפיסה כללית של הזדקנות⁶⁴. הוא מורכב מחמש שאלות אודות הערכה של אנשים לגבי תהליך ההזדקנות שלהם, כאשר חלק מהשאלות מנוסחות באופן שלילי (לדוגמה: המצב מדרדר ככל שאני מזדקן), וחלק

באופן חיובי (לדוגמה: אני שמח כעת במידה דומה לימי צעירותי). התשובות נעות בין (1) בהחלט לא מסכים לבין (4) בהחלט מסכים⁵¹. הסולם זה בעל מהימנות פנימית טובה (אלפא קרונבאך = 0.73) ותוקף במדידות חוזרות⁶⁵. הסולם השני שיעשה בו שימוש להערכת גילנות עצמית Expectations Regarding Aging (ERA-12), שמתמקד בציפיות לגבי ההזדקנות מבחינה בריאותית⁶⁶. מדד זה מורכב מ-12 פריטים אשר שואלים אודות ציפיות לגבי היבטים שונים של בריאות במהלך ההזדקנות (לדוגמה: אני מצפה שכשאזדקן אהפוך ליותר שכחן). התשובות נעות בין (1) בהחלט נכון לבין (4) בהחלט לא נכון. ניתן לחלק את הסולם לשלושה גורמים – בריאות פיזית, בריאות נפשית ובריאות קוגניטיבית. הסולם הוא בעל מהימנות פנימית טובה, עם אלפא קרונבאך = 0.89, ותוקף בהעברה חוזרת⁶⁶.

התנהגויות בריאות נבדקו באמצעות שאלה אודות תדירות העיסוק בהתנהגויות שונות, כגון פעילות ספורטיבית מתונה ומאומצת, דיאטה מאוזנת, עישון ושתיה. בעיות בריאות יבדקו באמצעות משתנים מוכרים למדידה של בריאות פיזית, כגון שאלה אודות בריאות נתפסת (סקאלה של 1-5), וסולמות הבדקים בעיות של ניידות, סכימה של מחלות כרוניות ומוגבלויות בפעילויות היום-יום (ADL ו-IADL). מדובר בכלים מתוקפים ומהימנים המשתמשים לעיתים קרובות במחקרי אוכלוסייה על בריאות⁵⁸.

משתני רקע. המחקר בחן גם את האם תתי קבוצות שונות יהיו חשופות למידה שונה של אפליה והאם הן מושפעות במידה שונה מהאפליה. נבדקו קבוצות גיל שונות, נשים וגברים, וקבוצות האוכלוסייה המרכזיות בישראל (יהודים ותיקים, ערבים-ישראלים ועולי ברה"מ לשעבר). בנוסף נבחנו המצב הכלכלי-חברתי של היחיד ושל אזור מגוריו (באמצעות הדירוג הכלכלי-חברתי של ערים בישראל), ידע בעברית והאם המשיבים מחפשים באופן אקטיבי רופאים ומטפלים בני אותו המין, הגיל או המוצא.

ניתוח הנתונים

ניתוח הנתונים נעשה באמצעות בחינה של קשרים דו משתניים ורב משתניים על מנת להבין את היקף התופעה בישראל והשלכותיה על בריאותם של זקנים. קשרים דו משתניים יבדקו באמצעות מתאם פירסון עבור משתנים רציפים ומבחני T, Anova או chi-squared למשתנים קטגוריאליים.

הקשרים הרב משתניים נבדקו באמצעות מודלים של רגרסיות כדי לנבא את הקשר בין סוגים שונים של גילנות לשימוש בשירותי בריאות, תוך פיקוח על משתני רקע. המודל התיאורטי במלואו, המתייחס למספר משתני תוצאה ולקשרים מורכבים של תיווך יבחן באמצעות מודלים מסוג SEM (structural equation modeling), אשר מאפשרים מידול של קשרים מורכבים ומספר משתני תוצאה באותו המודל⁶⁷.

4. ממצאים

טבלה מספר 1 מציגה את מאפייני המדגם. סך הכל, נאספו 1570 ראיונות המייצגים את בני ה 50

ומעלה בישראל. טווח הגילאים במדגם היה בין 50 ל 96 ו- 28% מהמדגם דיווח על חשיפה לגילנות.

באמצעות ניתוח משוואות מבניות בחנו את מודל המחקר. המודל הראה התאמה טובה מבחינה סטטיסטית

$$[\chi^2 = 130.78, df = 17, CFI = 0.94, RMSEA = 0.065, SRMR = 0.03].$$

המודל הראה כי חשיפה לאפליה במערכת הבריאות קשורה באופן שלילי לגילנות עצמית. בנוסף חשיפה

לאפליה היתה קשורה לפחות התנהגויות בריאות. לעומת זאת- עמדות חיוביות יותר כלפי הגיל (גילנות עצמית

חיובית) נמצאה קשורה ליותר התנהגויות בריאות. הן חשיפה לאפליה והן גילנות עצמית היו קשורים לפחות

התנהגויות בריאות. בנוסף- חשיפה לאפליה היתה קשורה לבריאות נמוכה יותר. ראו טבלה 2 ותרשים 2

טבלה 1. מאפייני המדגם

	Full sample		No age discrimination	Age discrimination	Bivariate analysis
	Mean (SD) / n (%)	Range	Mean (SD) / n (%)	Mean (SD) / n (%)	
Ageism in healthcare	444 (28.28%)				
Physical activity	3.35 (1.48)	1 - 5	3.52 (1.41)	2.93 (1.57)	$t = 6.88^{***}$
Vegetable consumption	5.37 (1.40)	1 - 7	5.55 (1.22)	4.93 (1.71)	$t = 7.06^{***}$
Preventive health behaviors	7.67 (1.97)	3 - 12	7.74 (1.92)	7.47 (2.10)	$t = 2.35^*$
SPA	4.13 (1.26)	1 - 6	4.31 (1.28)	3.70 (1.11)	$t = 9.4^{***}$
Self-rated health	3.06 (1.12)	1 - 5	3.23 (1.05)	2.64 (1.19)	$t = 9.11^{***}$
Chronic conditions	1.17 (1.30)	0 - 6	1.06 (1.19)	1.47 (1.50)	$t = -5.2^{***}$
Age	64.16 (9.39)	50 - 96	63.41 (9.01)	66.08 (10.05)	$t = -4.88^{***}$
Education (years)	13.47 (4.65)	0 - 30	14.11 (4.02)	11.85 (5.63)	$t = 7.71^{***}$
<i>Gender</i>					

Men	818 (52%)	596 (73%)	222 (27%)	$\chi^2 (1) = 0.98$
-----	-----------	-----------	-----------	---------------------

Women	752 (48%)	530 (70%)	222 (30%)
-------	-----------	-----------	-----------

Population group

Veteran Jews	1183 (75.35%)	941 (80%)	242 (20%)	$\chi^2 (1) = 146.65^{***}$
--------------	---------------	-----------	-----------	-----------------------------

Israeli-Arabs	283 (18.03%)	130 (46%)	153 (54%)
---------------	--------------	-----------	-----------

Immigrants from the	104 (6.62%)	55 (53%)	49 (47%)
---------------------	-------------	----------	----------

Former Soviet Union

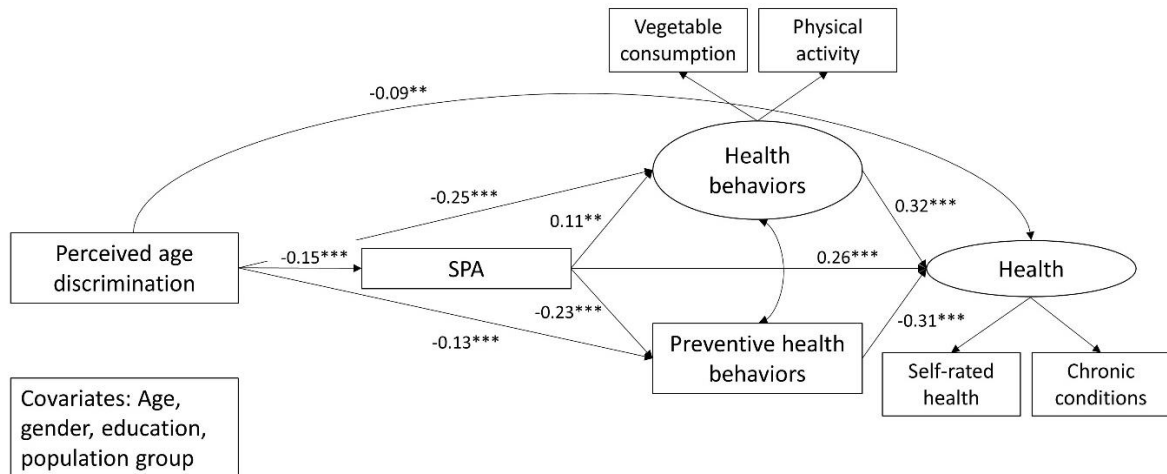
Note. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$; SPA = Self-perceptions of aging; Physical activity

and vegetable consumption represent health behaviors

טבלה 2. מודל מבני בנוגע לקשר בין אפליה על רקע גיל, גילנות עצמית, התנהגויות בריאות, והתנהגויות מניעה.

Paths			B (SE)	Beta
Age discrimination in healthcare	->	SPA	-0.43 (0.08)	-0.15***
Age discrimination in healthcare	->	Health behaviors	-0.55 (0.08)	-0.25***
SPA	->	Health behaviors	0.09 (0.03)	0.11**
Age discrimination in healthcare	->	Preventive health behaviors	-0.56 (0.12)	-0.13***
SPA	->	Preventive health behaviors	-0.36 (0.04)	-0.23***
Age discrimination in healthcare	->	Health	-0.16 (0.06)	-0.09**
SPA	->	Health	0.18 (0.02)	0.26***
Health behaviors	->	Health	0.28 (0.05)	0.32***
Preventive health behaviors	->	Health	-0.13 (0.01)	-0.31***
R^2				
SPA			0.08	
Health behaviors			0.12	
Preventive health behaviors			0.11	
Health			0.50	

תרשים 2: ממצאי המודל



Note. SPA = Self-perception of aging; ** $p < .01$, *** $p < .001$; Beta (standardized)

coefficients are shown; The model also controlled for age, gender, education and population group; Observed variables are drawn as squares and latent variables are drawn as circles.

5. דיון ומסקנות

מחקר זה בחן את הקשר בין אפליה על רקע של גיל לבין בריאות. הממצאים הראו שאפליה אכן מהווה גורם סיכון עבור בני ה-50 ומעלה. יתרה מכך, הקשר בין אפליה לבין בריאות מתווך דרך מספר משתנים כפי שמתואר בהמשך. ממצאים אלו עולים בקנה אחד עם מחקר שנערך באנגליה ומצא כי 30% מהזקנים מדווחים על אפליה (Dobrowolska et al., 2017) המחקר הנוכחי תומך במודל מקיף אשר מסביר קשר זה.

המחקר מראה שתפיסת אפליה על רקע גיל במערכת הבריאות קשורה לפחות התנהגויות בריאות והתנהגויות מניעה. מחקר זה נתמך על ידי מחקרים אחרים בנושא שבחנו את השפעות האפליה על מיעוטים אתניים (Forsyth et al., 2014). המחקר אף מצא כי גילנות עצמית מתווכת את הקשר בין תפיסת אפליה על רקע של גיל לבין מצב בריאותי

6. המלצות

מרבית המחקרים בעבר התמקדו בגילנות כלפי זקנים. אולם- חשוב לציין כי גם צעירים חשופים לגילנות (V. de la Fuente-Núñez et al., 2021). עם זאת, זקנים הם אלו הנפגעים ביותר. תשומת הלב שלנו כחוקרים וקובעי מדיניות צריכה להיות מופנית לאפליה על רקע של גיל. הממצאים מעידים על כך שמערכת הבריאות הינה בעלת השפעה מרבית על בריאותם של אנשים זקנים במספר דרכים.

המחקר עשוי לשמש כזרז לשינוי מערכת הבריאות על מנת להוריד את השפעותיה הרעות של הגילנות. מחקרים מראים כי הן מגע בין דורי והן מתן מידע עשויים להפחית את הגילנות בקרב הציבור הרחב. בנוסף- התערבויות המכוונות לגילנות עצמית עשויות אף הן להיות אפקטיביות.

7. חשיבות המחקר

ברחבי העולם יש עניין גובר במחקר ובהבנה של גילנות. המרכזיות של זקנים כמשתמשים במערכת הבריאות ועמדתם הפגיעה בה הופכת זירה זו למשמעותית במיוחד בהקשר של חווית אפליה, עם השלכות הרסניות לבריאותם ורווחתם של הזקנים. חשיבות זו הביאה לעריכת מחקרים רבים בנושא האפליה שחווים זקנים במערכת הבריאות בשל גילם, אולם מחקרים אלה מרבים להתמקד בדיווחים של עובדי מערכת הבריאות ובסקירה של מדיניות, בעוד שההתייחסות לנקודת המבט של הזקנים נותרת מצומצמת. המחקר הנוכחי יוסיף לידע העולמי בנושא באמצעות סקירה מקיפה ומייצגת של דיווחים עצמיים של זקנים אודות האפליה שהם עוברים בחלקים שונים של מערכת הבריאות. היריעה הרחבה של המחקר תאפשר הבנה מפורטת של התחומים שבהם זקנים חווים אפליה והתדירות שבה היא מתרחשת.

חדשנות המחקר הנוכחי מתבטאת גם במודל התיאורטי אותו הוא יעריך, אשר מבקש להבין את ההשלכות של גילנות על התנהגויות בריאות והשימוש במערכת הבריאות. בעוד שמחקרים רבים דנים בהשלכות של גילנות, ובעיקר גילנות עצמית, על הבריאות הפיזית של הזקנים, מעט ידוע על השלכותיה על השימוש שלהם במערכת הבריאות. זאת למרות שלשימוש במערכת הבריאות, הן למניעה והן לטיפול, יש השלכות נרחבות על אורך החיים ועל שימור הבריאות שלהם. המחקר הנוכחי יקדם את ההבנה אודות השלכות הגילנות באמצעות בחינת מודל מורכב שיעריך את הקשר בין גילנות לבין שימושים שונים במערכת הבריאות (טיפול ומניעה), ויבחן הן את הקשר הישיר והן את הקשר העקיף (דרך גילנות עצמית, התנהגויות בריאות ובריאות פיזית).

מעבר לתרומת המחקר לגוף הידע העולמי, הוא בעל השלכות מעשיות וממצאיו יכולים להוביל להמלצות אפשריות למקבלי החלטות ולתרום לגיבוש מדיניות. בחינת הקף הגילנות והשלכותיה בישראל מהווה נדבך ראשון במאבק בגילנות. בכך ישראל מצטרפת למגמה העולמית של מדיניות למניעת גילנות, אותה מוביל ארגון הבריאות העולמי. תופעת הגילנות היא בעלת השלכות שליליות הן על האדם הבודד והן על המערכת כולה משום שהיא מעצבת את הנושאים אליהם קובעי מדיניות מתייחסים והשאלות אותן הם שואלים. מתן מידע בנוגע להיקף התופעה והשלכותיה חשוב לצורך העלאת המודעות לנושא ושיפור השרות. באמצעות מחקר מקיף בנוגע לשכיחותה של הגילנות בקרב זקנים בישראל נתן יהיה להצביע על דפוסים במערכת הבריאות אשר צריכים להשתנות על מנת להתאים ולשפר את השרות המוצע לאוכלוסייה המבוגרת. ניתן יהיה להציע מדיניות שתשפר את החוויה של הזקנים במערכת הבריאות ושתעלה את המודעות של נותני השירות להיבטים גילניים בהתנהלותם.

8. מקורות

1. Butler RN. (1969). Age-ism: Another form of bigotry. *The Gerontologist*. 9(4):243–246.
2. Iversen TN, Larsen L, Solem PE. (2009). A conceptual analysis of ageism. *Nordic Psychology*. 61(3):4-22. doi:10.1027/1901-2276.61.3.4
3. Allen JO. (2016). Ageism as a risk factor for chronic disease. *Gerontologist*. 56(4):610-614. doi:10.1093/geront/gnu158
4. Stewart TL, Chipperfield JG, Perry RP, Weiner B. (2012). Attributing illness to "old age:" Consequences of a self-directed stereotype for health and mortality. *Psychology and Health*. 27(8):881-897. doi:10.1080/08870446.2011.630735
5. Institute of Medicine. (2008). *Retooling for an Aging America*. (Press NA, ed.). Washington, DC; 2008. doi:10.17226/12089
6. Wyman MF, Shiovitz-Ezra S, Bengel J. (2018). Ageism in the health care system: Providers, patients, and systems. In: Ayalon L, Tesch-Römer C, eds. *Contemporary Perspectives on Ageism*. Springer; 2018:193-212.
7. Robb C, Chen H, Haley WE. (2002). Ageism in mental health and health care: A critical review. *Journal of Clinical Geropsychology*. 8(1):1-12. doi:10.1023/A
8. European Commission. (2008). *Quality in and Equality of Access to Healthcare Services: Country Report for England*.; 2008.
9. Theofanidis D. (2015). A qualitative study on discrimination and ethical implications in stroke care in contemporary Greece. *Journal of Vascular Nursing*. 33(4):138-142. doi:10.1016/j.jvn.2015.05.040
10. AGE Platform Europe. (2016). *AGE Platform Europe Position on Structural Ageism*.; 2016. http://age-platform.eu/images/stories/Publications/papers/AGE_IntergenerationalSolidarity_Position_on_Structural_Ageism.pdf.
11. Dobbs D, Eckert JK, Rubinstein B, et al. (2008). An ethnographic study of stigma and ageism in residential care or assisted living. *The Gerontologist*. 48(4):517-526.
12. Minichiello V, Browne J, Kendig H. (2000). Perceptions of ageism: Views of

older people. *Ageing and Society*. 20:253-278. doi:10.1017/S0144686X99007710

13. Nussbaum JF, Pitts MJ, Huber FN, Raup Krieger JL, Ohs JE. (2005). Ageism and ageist language across the life span: Intimate relationships and non-intimate interactions. *Journal of Social Issues*. 61(2):287-305. doi:10.1111/j.1540-4560.2005.00406.x

14. Lothian K, Philp I. (2001). Maintaining the dignity and autonomy of older people in the healthcare setting. *BMJ*. 322:668-670. doi:10.1136/bmj.322.7287.668

15. Centre for Policy on Ageing. (2009). *Ageism and Age Discrimination in Primary and Community Health Care in the United Kingdom: A Review from the Literature.*; 2009.

16. Kagan SH. (2008). Ageism in cancer care. *Seminars in Oncology Nursing*. 24(4):246-253. doi:10.1016/j.soncn.2008.08.004

17. Peake MD, Thompson S, Lowe D, Pearson MG. (2003). Ageism in the management of lung cancer. *Age and Ageing*. 32(2):171-177.

18. Haigney E, Morgan R, King D, Spencer B. (1997). Breast examinations in older women: questionnaire survey of attitudes of patients and doctors. *BMJ*. 315:1058-1059. doi:papers3://publication/uuid/6E50658C-24E8-4664-87FA-AD22E6245A5D

19. Greene MD, Adelman RD, Rizzo C. (1996). Problems in communication between physicians and older patients. *Journal of Geriatric Psychiatry*. 29(1):13–32.

20. Grant LD. (1996). Effects of ageism on individual and health care providers' responses to healthy aging. *Health & Social Work*. 21(1):9-15.

21. Courtney M, Tong S, Walsh A. (2000). Acute-care nurses' attitudes towards older patients: A literature review. *International Journal of Nursing Practice*. 6:62-69.

22. Caris-Verhallen WMCM, De Gruijter IM, Kerkstra A, Bensing JM. (1999). Factors related to nurse communication with elderly people. *Journal of Advanced Nursing*. 30(5):1106-1117. doi:10.1046/j.1365-2648.1999.01197.x

23. Gallagher A, Seedhouse D. (2002). Dignity in care: The views of patients and relatives. *Nursing Times*. 98(43):38-40.

24. Ben-Harush A, Shiovitz-Ezra S, Doron I, et al. (2017). Ageism among

physicians, nurses, and social workers: Findings from a qualitative study. *European Journal of Ageing*. 14(1):39-48. doi:10.1007/s10433-016-0389-9

25. Ray DC, McKinney KA, Ford C V. (1987). Differences in psychologists' ratings of older and younger clients. *The Gerontologist*. 27(1):82–86.

26. Ford C V., Sbordone RJ. (1980). Attitudes of psychiatrists toward elderly patients. *The American Journal of Psychiatry*. 137(5):571–575.

27. Helmes E, Gee S. (2003). Attitudes of Australian therapists toward older clients: Educational and training imperatives. *Educational Gerontology*. 29(8):657-670. doi:10.1080/03601270390225640

28. Barnow S, Linden M, Lucht M, Freyberger HJ. (2004). Influence of age of patients who wish to die on treatment decisions by physicians and nurses. *American Journal of Geriatric Psychiatry*. 12(3):258-264. doi:10.1097/00019442-200405000-00004

29. Uncapher H, Areán PA. (2000). Physicians are less willing to treat suicidal ideation in older patients. *Journal of the American Geriatrics Society*. 48(2):188-192. doi:10.1111/j.1532-5415.2000.tb03910.x

30. Shmotkin D, Eyal N, Lomranz J. (1992). Motivations and attitudes of clinical psychologists regarding treatment of the elderly. *Educational Gerontology*. 18(2):177-192.

31. Levy B. (2009). Stereotype embodiment: A psychosocial approach to aging. *Current Directions in Psychological Science*. 18(6):332-336. doi:10.1111/j.1467-8721.2009.01662.x

32. Kotter-Grühn D, Kleinspehn-Ammerlahn A, Gerstorf D, Smith J. (2009). Self-perceptions of aging predict mortality and change with approaching death: 16-year longitudinal results from the Berlin Aging Study. *Psychology and Aging*. 24(3):654-667. doi:10.1037/a0016510

33. Levy BR. (2003). Mind matters: Cognitive and physical effects of aging self-stereotypes. *The Journals of Gerontology: Series B*. 58(4):P203-P211. doi:10.1093/geronb/58.4.P203

34. Robertson DA, Kenny RA. (2016). "I'm too old for that" — The association

between negative perceptions of aging and disengagement in later life. *Personality and Individual Differences*. 100:114-119. doi:10.1016/j.paid.2016.03.096

35. Kotter-Grühn D, Hess TM. (2012). The impact of age stereotypes on self-perceptions of aging across the adult lifespan. *Journals of Gerontology Series B-Psychological Sciences and Social Sciences*. 67(5):563-571.
doi:10.1093/geronb/gbr153

36. Wurm S, Diehl M, Kornadt AE, Westerhof GJ, Wahl HW. (2017). How do views on aging affect health outcomes in adulthood and late life? Explanations for an established connection. *Developmental Review*. 46:27-43.
doi:10.1016/j.dr.2017.08.002

37. Ayalon L. (2017). Are older adults perceived as a threat to society? Exploring perceived age-based threats in 29 nations. *The Journals of Gerontology: Series B*. 00(00):1-10. doi:10.1093/geronb/gbx107

38. Martens A, Greenberg J, Schimel J, Landau MJ. (2004). Ageism and death: Effects of mortality salience and perceived similarity to elders on reactions to elderly people. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 30(12):1524-1536.
doi:10.1177/0146167204271185

39. Greenberg J, Schimel J, Martens A. (2002). Ageism: Denying the face of the future. In: Nelson T, ed. *Ageism: Stereotyping and Prejudice Against Older Persons*. Cambridge, MA: MIT Press; 2002:27–48.

40. Lev S, Wurm S, Ayalon L. (2018). Origins of ageism at the individual level. In: *Contemporary Perspectives on Ageism*. ; 2018:52-72.

41. Levy BR, Schlesinger MJ. (2005). When self-interest and age stereotypes collide: Elders opposing increased funds for programs benefiting themselves. *Journal of Aging & Social Policy*. 17(2):25-39. doi:10.1300/J031v17n02_03

42. Haslam C, Morton TA, Haslam AS, et al. (2012). "When the age is in, the wit is out": Age-related self-categorization and deficit expectations reduce performance on clinical tests used in dementia assessment. *Psychology and Aging*. 27(3):778-784. doi:10.1037/a0027754

43. Kornadt AE, Hess TM, Voss P, Rothermund K. (2016). Subjective Age Across the Life Span: A Differentiated, Longitudinal Approach. *The Journals of*

Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences. 73(5):gbw072.
doi:10.1093/geronb/gbw072

44. Avidor S, Ayalon L, Palgi Y, Bodner E. (2017). Longitudinal associations between perceived age discrimination and subjective well-being: Variations by age and subjective life expectancy. *Aging and Mental Health*. 21(7):761-765.
doi:10.1080/13607863.2016.1156050

45. Whetten K, Leserman J, Whetten R, et al. (2006). Exploring lack of trust in care providers and the government as a barrier to health service use. *American Journal of Public Health*. 96(4):716-721. doi:10.2105/AJPH.2005.063255

46. Sarkisian CA, Hays RD, Mangione CM. (2002). Do older adults expect to age successfully? The association between expectations regarding aging and beliefs regarding healthcare seeking among older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*. 50(11):1837-1843. doi:10.1046/j.1532-5415.2002.50513.x

47. Bodner E, Palgi Y, Wyman MF. (2018). Ageism among mental health clinicians and patients. In: Ayalon L, Tesch-Römer C, eds. *Contemporary Perspectives on Ageism*. Springer; 2018:241-262.

48. Ambady N, Koo J, Rosenthal R, Winograd CH. (2002). Physical therapists' nonverbal communication predicts geriatric patients' health outcomes. *Psychology and Aging*. 17(3):443-452. doi:10.1037/0882-7974.17.3.443

49. Levy BR, Myers LM. (2004). Preventive health behaviors influenced by self-perceptions of aging. *Preventive Medicine*. 39(3):625-629.
doi:10.1016/j.ypmed.2004.02.029

50. Kim SH. (2009). Older people's expectations regarding ageing, health-promoting behaviour and health status. *Journal of Advanced Nursing*. 65(1):84-91.
doi:10.1111/j.1365-2648.2008.04841.x

51. Levy BR, Slade MD, Kasl S V. (2002). Longitudinal benefit of positive self-perceptions of aging on functional health. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. 57(5):409-417.
doi:10.1093/geronb/57.5.P409

52. טופז מ. (2013). גילנות בקרב אחיות במחלקות כלליות בבתי חולים: חן דורון י. ed.

גילנות בחברה הישראלית: הבניה חברתית של הזיקנה בישראל. רעננה: מכון ון ליר בירושלים
טופס מס. 6-א 28 2020

הקיבוץ המאוחד; 2013:180-196.

53. ברודסקי ג, שנור י, באר ש. (2017). בני 65+ בישראל שנתון סטטיסטי; 2017.
54. Cherry KE, Brigman S, Lyon BA, et al. (2016). Self-reported ageism across the lifespan: Role of aging knowledge. *International Journal of Aging and Human Development*. 83(4):366-380. doi:10.1177/0091415016657562
55. Kite ME, Stockdale GD, Whitley, Bernard E J, Johnson BT. (2005). Attitudes toward younger and older adults: An updated meta-analytic review. *Journal of Social Issues*. 61(2):241-266. doi:10.1111/j.1540-4560.2005.00404.x
56. Krekula C, Nikander P, Wilińska M. (2018). Multiple marginalizations based on age: Gendered ageism and beyond. In: Ayalon L, Tesch-Römer C, eds. *Contemporary Perspectives on Ageism*2. ; 2018:33-50.
57. Osman A, Walsemann KM. (2017). Ethnic disparities in the onset and progression of functional limitations among Israeli middle-aged and older adults: Socioeconomic and health-related pathways. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. 72(1):140-150. doi:10.1093/geronb/gbw007
58. Dwolatzky T, Brodsky J, Azaiza F, et al. (2017). Coming of age: Health-care challenges of an ageing population in Israel. *The Lancet*. 389(10088):2542-2550. doi:10.1016/S0140-6736(17)30789-4
59. Baron-Epel O, Garty N, Green MS. (2007). Inequalities in use of health services among Jews and Arabs in Israel. *Health Services Research*. 42(3 I):1008-1019. doi:10.1111/j.1475-6773.2006.00645.x
60. Al-Krenawi A. (2002). Mental health service utilization among the Arabs in Israel. *Social Work in Health Care*. 35(1):577-589. doi:10.1300/J010v35n01
61. Benyamini Y, Blumstein T, Boyko V, Lerner-Geva L. (2008). Cultural and educational disparities in the use of primary and preventive health care services among midlife women in Israel. *Women's Health Issues*. 18(4):257-266. doi:10.1016/j.whi.2007.12.009
62. Sorkin DH, Ngo-metzger Q, Alba I De. (2010). Racial / ethnic discrimination in health care : Impact on perceived quality of care. *Journal of General Internal*

Medicine. 25(5):390-396. doi:10.1007/s11606-010-1257-5

63. Leggett LE, Khadaroo RG, Holroyd-Leduc J, et al. (2016). Measuring resource utilization: A systematic review of validated self-reported questionnaires.

Medicine. 95(10):1-8. doi:10.1097/MD.0000000000002759

64. Ayalon L, Gum AM. (2011). The relationships between major lifetime discrimination , everyday discrimination , and mental health in three racial and ethnic groups of older adults. *Aging & Mental Health*. 15(5):587-594.

doi:10.1080/13607863.2010.543664

65. Liang J, Bollen KA. (1985). Sex differences in the structure of the Philadelphia Geriatric Center Morale Scale. *Journals of Gerontology*. 40(4):468-477. doi:10.1093/geronj/40.4.468

66. Han J, Richardson VE. (2015). The relationships among perceived discrimination, self-perceptions of aging, and depressive symptoms: A longitudinal examination of age discrimination. *Aging and Mental Health*. 19(8):747-755.

doi:10.1080/13607863.2014.962007

67. Sarkisian CA, Steers WN, Hays RD, Mangione CM. (2005). Development of the 12-item expectations regarding aging survey. *Gerontologist*. 45(2):240-248.

doi:10.1093/geront/45.2.240

68. Kline RB. (2011). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling*.

Third. New York: The Guilford Press; 2011. doi:10.1038/156278a0

מחקרים שפורסמו במימון המכון בנוסף למחקר הראשי שדווח בדוח זה:

Ayalon, L. & Cohn-Schwartz, E. (in press). The relationship between perceived age discrimination in the healthcare system and health: An examination of a multi-path model in a national sample of Israelis over the age of 50. *Journal of Aging and Health*

Ayalon, L. & Cohn-Schwartz, E. (2021). Measures of self- and other-directed ageism and worries concerning COVID-19 health consequences: Results from a nationally representative sample of Israelis over the age of 50. *Plos One*
<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0251577>

Cohn-Schwartz, E.* & Ayalon, L. (2021). COVID-19 protective behaviors: The role of living arrangements and localities. *Journal of Applied Gerontology*
<https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0733464821992611>

Cohn-Schwartz, E.* & Ayalon, L. (2020) Societal views of older adults as vulnerable and a burden to society during the COVID-19 outbreak: Results from an Israeli nationally representative sample. *Journal of Gerontology: Social Sciences*
<https://academic.oup.com/psychsocgerontology/article/76/7/e313/5901136?login=true>

Ayalon, L. & Cohn-Schwartz, E. (2021). Ageism from a cross-cultural perspective: Results from a national survey of Israelis over the age of 50. *International Psychogeriatrics*
<https://www.cambridge.org/core/journals/international-psychogeriatrics/article/ageism-from-a-crosscultural-perspective-results-from-a-national-survey-of-israelis-over-the-age-of-50/BCCB927587CC7DF6FCCDB7290B8F55FA>