



המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות (ע"ר)

כותרת מלאה של המחקר

המתת חסד פעילה והתאבדות בסיוע רופא בישראל: עמדות והעדפות של זקנים והגורמים הקשורים אליהן

Full title of research project

Active euthanasia and physician assisted suicide in Israel: Attitudes and preferences of older adults and related factors

חלק ה': Executive Summary- English

Scientific Background:

Current knowledge and technology enable the prolongation of life of terminally-ill patients, however this is often accompanied by prolonged physical, emotional and financial distress for patients, it can also be a significant burden (therapeutic and financial) for patients' families, health-systems and societies. The rise in morbidity and mortality from chronic diseases in the 20th century, and the dilemmas (moral, medical, legal and social) related to the legalization of active euthanasia (AE) and physician-assisted suicide (PAS) lead to the need to understand preferences regarding these issues. The elderly population is the most vulnerable in this regard, but little is known in Israel about their preferences. Literature shows that, sociodemographic, ethical, psycho-social, and medical-circumstantial variables are related to attitudes toward AE and PAS. However, relationships between these variables have not yet been thoroughly studied among older adults in Israel.

Objectives:

- To examine the attitudes of elderly Israelis towards AE and PAS.
- To examine which sociodemographic, psycho-social, ethical, and medical circumstantial factors are associated with AE and PAS-related attitudes.

Hypotheses:

- A majority of participants will have a positive attitudes towards AE and PAS.
- Associations will be found between values, sociodemographic, psycho-social, medical-circumstantial variables, and attitudes toward AE and PAS.
- Attitudes towards AE will be more positive than attitudes towards PAS.

Methodology:

Five hundred and one older Israelis aged 75-94 ($M = 80.96$ years, $SD = 4.51$) from all over the country participated in the study. Inclusion criteria were: persons aged 75 and over who were Hebrew speakers with the ability to understand and answer the research questionnaire. The subjects were recruited in the community in a convenience sample from day care centers for the elderly, community organizations that provide services to the elderly population and in a snowball strategy. All participants signed an informed consent form. The study was approved by the ethics committee of the Faculty of Health Sciences at Ben Gurion University of the Negev.

Attitudes regarding AE and PAS were examined using three hypothetical vignettes which describe different socio-medical scenarios. For each scenario participants were asked to rate their agreement with the performance of AE and PAS on a six points Likert scale from 1- "totally disagree" to 6- "totally agree". The overall score for each of the two methods (AE and PAS) were calculated by averaging the answers to the three relevant items, so that the higher the score, the more positive attitude it reflects.

The specific positions regarding AE and PAS were also examined with two direct questions: "In principle, is it important to enact a law in Israel that allows a patient to seek and receive medical help to end his life through an injection given by a doctor?" And "In principle, are you in favor of enacting a law in Israel that would allow a doctor to assist a patient to commit suicide by giving him a drug?" Subjects were asked to respond in the affirmative or negative - "yes" or "no".

The independent variables included: religiosity level, will to prolong life, social support, self-efficacy, death and dying anxiety, life satisfaction, will to live, level of trust in physicians and the health system, former experiences with death and dying of a relative and socio-demographic characteristics.

Findings

The average age of the participants was about 81 years, most of them were women, married, born outside of Israel, define themselves to be in good health condition and in an average economic status or above.

The AE and PAS indices were found to be similar ($M = 3.35$, $M = 3.41$ respectively) and at a medium level with respect to the range of the measurement scale (1-6). In addition, 57% of the participants supported legislation allowing of AE and 47%

supported PAS legislation; 55% of the participants responded that both methods (AE and PAS) are equally acceptable as a means of ending life.

Bivariate analyses revealed that participants with a smaller number of children, who were secular, divorced, had an academic degree, had higher levels of death/dying anxiety and self-efficacy and lower levels of wishing to prolong life, reported more positive attitudes towards AE and PAS, when compared to others. In addition, participants with a high level of social support reported less positive attitudes toward PAS and those with high level of trust in physicians reported more positive attitudes toward AE. No significant difference was found between participants' attitudes toward AE and

PAS. The final results of the hierarchic linear regression analyses indicated that religiosity level, wishing to prolong life, self-efficacy and death and dying anxiety were significant predictors of AE while religiosity level, education, death and dying anxiety, wishing to prolong life, self-efficacy, social support and family status (divorced) were significant predictors of PAS. The strongest predictor of both methods (AE and PAS) was religiosity level. The models explained 42.2% and 38.5% of the variability of AE and PAS, respectively.

Conclusions

The findings of our study indicate that the majority of older adults in our sample (55%) have positive attitudes regarding AE and PAS and are in favor of advancing legislation regarding these methods. Furthermore, there is no preference for one method over the other. Level of religiosity is the most important factor for explaining attitudes towards both methods for ending life. Yet, it should be noted that our sample does not represent the entire population of Israel. Hence, it is recommended to conduct representative studies that will also include groups with various older ages and origins in order to produce more comprehensive and inclusive information for policymakers and physicians.

Policy Implications and Recommendations

It is likely that the debate about whether severe patients should be allowed to end their lives by AE and PAS will continue with increased intensity in the coming years, due to the relentless advances in medical knowledge and technology that allow for the postponement of death and the lack of adequate alternative medical solutions.

In light of this, it is important to examine the public's attitudes towards these methods in each society and its various groups, over time, and to deepen the investigation regarding the circumstances and unique factors related to the public's attitudes and preferences.

Policy makers and physicians should be aware of our findings and take them into consideration when formulating policy and legislation regarding AE and PAS for the elderly population. The most important factors to consider are religiosity level, wish to prolong life, self-efficacy and death and dying anxiety.

חלק ה': דוח מדעי מפורט

1. רקע מדעי

הרפואה המודרנית מאפשרת להאריך את חייהם של חולים במחלות חשוכות מרפא, אך הארכת החיים, מלווה לעתים תכופות בייסורים פיזיים ונפשיים מתמשכים בקרב החולים, ובנטל טיפולי (נפשי, פיזי וכלכלי) משמעותי המוטל על בני המשפחה, שירותי הרפואה והחברה. העלייה בתחלואה ובתמותה ממחלות חשוכות מרפא, ההשלכות הנלוות להארכת החיים, והשינויים החברתיים והתרבותיים שחלו בחברה המערבית במאה ה-20, מאתגרים את החברה, הממסד הרפואי, המחוקקים ובתי המשפט, להתמודד עם הדילמות האתיות הקשורות לסיום החיים. עיקר המחלוקת נוגע בסוגיית הלגליזציה של המתת חסד פעילה (הח"פ) והתאבדות באמצעות רופא (הב"ר), עקב הדילמות המוסריות, המקצועיות, המשפטיות והחברתיות שסוגיות אלה מעוררות. למרות תמיכה ציבורית רחבה במדינות המערביות לגבי לגליזציה של פרקטיקות אלו, רק מספר קטן של מדינות ביצעו הסדרה חקיקתית או משפטית, המאפשרת לחולים לסיים את חייהם באמצעותן. בעוד אנו ממשיכים ללמוד מניסיון של המדינות אשר ביצעו הסדרה כזו, על כל חברה דמוקרטית לבחון האם היא מאפשרת לחבריה לסיים את חייהם באופן שמשקף את רצונם, זכויותיהם והערכים שבהם הם מאמינים, תוך התייחסות לערכים החברתיים הדומיננטיים, לאקלים התרבותי, להיסטוריה המשותפת, לאתוס המקצועי של הרופאים ולנורמות הטיפול הקיימות לגבי טיפול רפואי בסוף החיים. הספרות מצביעה על כך שהערכים הדומיננטיים והאישיים הקשורים בסיום פעיל של החיים שונים בין חברות ובין קבוצות אוכלוסייה שונות באותן חברות, ושעמדות הציבור בסוגיות אלה משתנות עם השנים.

סביר להניח, שהדיון בשאלה האם צריך לאפשר לחולים קשים לסיים את חייהם באמצעות הח"פ והב"ר יימשך ביתר שאת בשנים הקרובות, עקב ההתקדמות הבלתי פוסקת בידע ובטכנולוגיה הרפואיים, המאפשרים את דחיית המוות והיעדר פתרונות רפואיים אלטרנטיביים מספקים. לאור זאת, חשוב לבחון לאורך זמן את עמדות הציבור לגבי הח"פ והב"ר בכל חברה ובקבוצות השונות שבה, ולהעמיק את החקירה בנוגע לנסיבות ולגורמים הייחודיים הקשורים לעמדות ולהעדפות הציבור.

לאור מיעוט המחקרים שבוצעו בנושא באוכלוסיית הזקנים, שהינה הפגיעה ביותר בהקשר לנושאים אלה, מטרתו הראשונה של מחקר זה לבחון את עמדותיהם והעדפותיהם של הזקנים בישראל לגבי השימוש בהח"פ והב"ר. מטרתו השנייה של המחקר לבחון אלו מבין הגורמים הסוציו-דמוגרפיים, הפסיכולוגיים-חברתיים, והרפואיים-הנסיבתיים מסבירים את השונות בעמדות והעדפות הזקנים

1.1 לגליזציה של הח"פ והב"ר

הח"פ (active euthanasia) והב"ר (physician assisted suicide), הן פרקטיקות רפואיות שמטרתן לסיים את חייו של אדם חולה כדי לגאול אותו מיסוריו. בהח"פ הרופא (או אדם אחר), מסיימים את חייו של החולה באופן ישיר באמצעות מתן סם רפואי במינון ממית, ואילו בהב"ר, הרופא מספק לחולה סם רפואי במינון ממית, כדי שהחולה יסיים את חייו בכוחות עצמו. הב"ר מעצם טבעה מחייבת שיתוף פעולה של החולה ולכן מוגבלת לחולים המסוגלים לשתף פעולה. הח"פ יכולה להתבצע ללא השתתפות החולה ולהיות רצונית ולהתבצע על חולה בר-דעת שביקש ונתן את הסכמתו לביצועה (voluntary euthanasia), או בלתי רצונית כאשר החולה אינו מסוגל או כשיר לתת את הסכמתו לביצועה (non-voluntary euthanasia), וההחלטה מתקבלת לפי הוראות מקדימות של החולה על ידי הצוות הרפואי ובני משפחתו.

רק במספר קטן של מדינות קיימת כיום הסדרה חקיקתית או משפטית, המאפשרת ביצוע של הח"פ או 'הבר' (חלקן באירופה, בארה"ב, בקנדה ואוסטרליה). נתונים מאורגון, וושינגטון, הולנד ובלגיה, מצביעים על עלייה מתמדת במספר הבקשות הרשמיות של חולים לסיים את חייהם, אך קיימים הבדלים בין המדינות השונות הן בשיעורי המבקשים פרקטיקות אלה והן בהתפלגויות של מחלותיהם: בהולנד ובלגיה שיעור גבוה יחסית של מיתות מהח"פ ומהב"ר מכלל המיתות (2.9% ו-4.6% בהתאמה) לעומת ביצוע מועט יחסית של הב"ר במדינות ארה"ב (פחות מ-0.4% מכלל המיתות). הנתונים משוייץ מצביעים על עלייה בשיעור הנפטרים מהב"ר עד לשיעור של 1.4% מכלל המיתות בשנת 2013. כמו כן, בניגוד למדינות האחרות שבהן כ-70% מהמבקשים זאת הינם חולי סרטן והסיבה העיקרית לבקשתם היא איבוד כבוד בסוף החיים, בשוייץ, רק כ-46% מהם חולי סרטן והסיבה העיקרית לבקשותיהם הינה כאב (Emanuel et al., 2016).

1.2 עמדות כלפי הח"פ והב"ר – ממצאי מחקרים

הדיון הציבורי המתמשך בנוגע לגליזציה של הח"פ והב"ר, הוביל בעשורים האחרונים לשורה ארוכה של סקרי דעת קהל ומחקרים שבחנו את עמדות הציבור, חולים ואנשי צוות רפואיים, לגבי פרקטיקות אלו. למרות בעיות מתודולוגיות שונות בחקירת העמדות, המקשה על השוואת הממצאים (כרמל, 2002; Emanuel et al., 2016), הנתונים מראים כי שיעור ניכר מהציבור במדינות המערביות תומך בגליזציה של הח"פ והב"ר או מסכים עם ביצוען בנסיבות שונות. כך למשל, בסקר אמריקאי משנת 2014, נמצא כי 69% מהציבור תמכו בחקיקה שתאפשר לרופאים לבצע הח"פ ו-

58% תמכו בחקיקה שתאפשר לרופאים לסייע לחולים להתאבד (McCarthy, 2014). בסקר בריטי משנת 2012, נמצא כי 83% מהציבור תמכו בחקיקה שתאפשר לרופאים לסיים את חייו של חולה במחלה מייסרת שאינה ניתנת לריפוי, אם החולה מבקש זאת (Danyliv & O'Neill, 2015). סקר הערכים האירופי שנערך בין השנים 1981 ל-2008, גילה שקיימים פערים גדולים בין מדינות אירופה בשיעור התמיכה הציבורית בהח"פ. כך לדוגמה, ב-2008, מעל ל-60% מהציבור בחלק ממדינות מערב וצפון אירופה (כגון, דנמרק, בלגיה, צרפת), תמכו בהח"פ, לעומת שיעור תמיכה ציבורית של פחות מ-25% בחלק ממדינות דרום ומזרח אירופה (כגון, גיאורגיה, טורקיה) (Cohen et al., 2014).

העלייה בתוחלת החיים והזדקנות האוכלוסייה בעולם המערבי, מובילה לכך שגדל והולך מספר האנשים הזקנים הסובלים ממחלות כרוניות וסופניות, הגורמות למצבי מוגבלות קשים ולתהליך גסיסה ממושך. למרות זאת, מעטים המחקרים שבחנו את עמדות הזקנים לגבי הח"פ והב"ר. במדגם מייצג של בני 70 ומעלה בארה"ב, נמצא ש-49.2% תומכים בלגליזציה של הח"פ רצונית (Ward, 1980), ואילו במחקר מאוחר יותר על מדגם מייצג של קשישים בני 65 ומעלה, אחוז התומכים עלה ל-60.7% (DeCesare, 2000). במחקר אחר בארה"ב נמצא שאחוז נמוך יותר (22.5%) מהנחקרים תומך בביצוע הב"ר במצבי חולי שונים, אך 52% תומכים בלגליזציה של הח"פ (Cicirelli, MacLean, & Cox, 2000). במחקר חתך של קשישים עם לקויות פיזיות ו/או נפשיות, מדווח ש-34% מהנחקרים רוצים שהב"ר תהיה חוקית, 40% תומכים בביצועה אם המחלה סופנית, 18.2% אם המחלה כרונית קשה ו-15.4% במקרה של אי כשירות נפשית (Koenig, Wildman- Hanlon & Schmader, 1996).

1.3 הח"פ והב"ר בישראל – תמונת מצב וממצאי מחקרים

בעבר, הועלתה לדיון התרת ביצוע הח"פ והב"ר על חולים סופניים באמצעי התקשורת, בפניו בתי המשפט והרשות המחוקקת. "חוק החולה הנוטה למות" שנחקק בשנת 2005 ונכנס לתוקף ב-2006, מאפשר לחולים סופניים להימנע מקבלת טיפולים מאריכי חיים, אך הוא אוסר במפורש ביצוע של הח"פ, הפסקת טיפול רציף לשימור החיים ומתן סיוע להתאבדות. מספר תיקונים לחוק זה, אשר ניסו להסדיר הב"ר במתווה של מדינת אורגון שבארה"ב, לא עברו את הליך החקיקה הנדרש בכנסת.

למרות חשיבותו של ההקשר החברתי והתרבותי בחקירת נושאים של חיים ומוות, עמדת הציבור בישראל בנוגע להח"פ והב"ר נחקרה על מדגמים אקראיים של זקנים בשנים 1994-1996 ועל מדגם של בני 40 ומעלה בשנת 2002 (Carmel & Mutran, 1997B; Carmel, 2013). במחקר מ-1994 שכלל מדגם של 1134 בני 70 ומעלה, נמצא כי 52% מהנחקרים היו מעוניינים שתבוצע בהם הח"פ, אם היו נקלעים למצבי חולי קשים ו-36.4% היו רוצים הב"ר במצבים כאלה (Carmel, 2002; 2013). במחקר איכותני בישראל בקרב 47 קשישים ובני משפחותיהם, נמצא שביצוע של הח"פ והב"ר נחשב מוסרי, כאשר החולה בוחר זאת בעצמו (Leichtentritt & Rettig, 1999A).

ממחקר אחר שבו רואינו 26 קשישים עולה שהעמדה כלפי המתת חסד נקבעת על בסיס מספר גורמים: פרספקטיבה מוסרית, אמונה דתית, סבל פיזי ונפשי, ההשלכות על המשפחה, לקיחת שליטה, אמון באחרים והתנסויות קודמות עם מוות (Leichtentritt & Rettig, 1999B). השפעת הדת היהודית והיעדר קונצנזוס חברתי, מובילים לטענה ש"קיימת סבירות נמוכה שהח"פ תותר אי פעם בישראל" (Amidror & Leavitt, 2005). למרות זאת, המודעות הגוברת לזכותם החוקית של החולים להימנע מקבלת טיפולים מאריכי חיים, נכונות הממסד הרפואי להקל על סבלם של חולים סופניים, רצונם של חלק מהחולים לזרז את מותם והעליה בלגליזציה של טיפולים אלה בעולם מכוונים להעמקת החקירה של עמדות והעדפות לגבי הח"פ והב"ר בקרב הזקנים בישראל.

1.4 גורמים קשורים לעמדות והעדפות לגבי הח"פ והב"ר

נורטג' (Nortje, 2013, p.77) מציין כי "עמדות כלפי הח"פ מורכבות יותר מאשר רק הבעת דעה של בעד או נגד ומורכבות זו הינה תוצאה של מגוון גורמים, אשר להם השפעה על עמדה זו בקרב מרבית האנשים". בספרות מדווח על מספר קבוצות גורמים הקשורות לעמדות לגבי הח"פ והב"ר: סוציו-דמוגרפיים, אידיאולוגיים, פסיכו-חברתיים ורפואיים-נסיבתיים.

1.4.1 משתנים סוציו-דמוגרפיים: ממצאי המחקרים בחברות שונות אינם אחידים בנושא. לדוגמה בארה"ב, גיל קשור לרוב באופן שלילי לעמדות, דהיינו, קשישים ומבוגרים נוטים לתמוך פחות מאשר אנשים צעירים בהח"פ ובהב"ר (Cohen et al., 2006; Cohen et al., 2014; DeCesare, 2010; Koneke, 2014; Verbakel & Jaspers, 2010). גם בהולנד מגמה דומה, 56% מבני 64-74 תמכו בשנת 2008-9 בהח"פ לעומת 33% מבני 75-85. ההסבר לממצאים אלה מתבסס על הבדלים דוריים (קוהורטים שונים), דהיינו, ההתנגדות של קבוצות הגיל המבוגרות יותר נובעת מעמדות שמרניות יותר הקשורות באמונות דתיות ורוחניות (Cohen et al., 2006). הסבר נוסף – שאנשים זקנים נוטים להתנגד עקב חשש מניצול לרעה וכפייה (Verbakel & Jaspers, 2010). בניגוד לזאת, במחקר אקראי של 708 ישראלים בני 40 ומעלה נמצא קשר חיובי בין גיל להעדפות שימוש בשיטות להפסקת החיים. כלומר, בקבוצה הזקנה יותר של בני 65 ומעלה, אחוז התומכים בהמתת חסד הגיע ל-67% ולגבי מוות בסיוע רופא ל-42.9% לעומת קבוצת בני 40-64 שבה האחוזים היו נמוכים משמעותית – 57.9% ו-34.9, בהתאמה. במחקרים הללו הוסבר הקשר החיובי שבין גיל לבין תמיכה בהח"פ והב"ר בהזדקנות המלווה בהידרדרות בריאותית ובאבדנים רבים כולל מוות של אנשים קרובים הגורמים לקשישים לתמוך בפרקטיקות אלו, כאפשרות להקלת תהליך הגסיסה והמוות שלהם (Carmel, 2013). במחקרים אחרים לא נמצא קשר בין גיל לעמדות לגבי הח"פ והב"ר (O'Neill, et al., 2003; Stronegger et al., 2013; Chong & Fok, 2009; Yun et al., 2013). בהתייחס למגדר, נמצא שגברים נוטים לתמוך בהח"פ ובהב"ר יותר מנשים (Cohen et al., 2006; Cohen et al., 2014; Rynnanen et al., 2002; Stolz et al., 2015; Koneke, 2014; Rietjens et al., 2005; Stronegger et al., 2013). גם בישראל נמצא שלגברים זקנים רצון חזק יותר להאריך את החיים באמצעים

Carmel, 2001; Carmel & Mutran,) רפואיים במצבי חולי קשים וסופניים בהשוואה לנשים (Carmel & Mutran, 1997B). **מוצא אתני** נמצא קשור לעמדות כלפי הח"פ והב"ר. מחקרים שנערכו בארה"ב, מצביעים בעקביות על עמדות יותר חיוביות בקרב אנשים ממוצא אירו-אמריקאי, לעומת אנשים ממוצא אפרו-אמריקאי, המוסבר על ידי קיומם של הבדלים ברמת הדתיות, בערכים תרבותיים ובמידת האמון כלפי מערכת הבריאות בקבוצות שונות באוכלוסיה (Lichtenstein et al., 2000; DeCesare, 2000; Carmel & Mutran, 1997A; MacDonald, 1998A;1997; Braun, Tanji & Heck, 2001). לעומת זאת, במחקרים מניו-זילנד ודרום אפריקה, מדווח שלהשתייכות האתנית יש קשר חלש או שאין קשר לעמדות אלה (Nortje, 2013; Rae, Johnson & Malpas 2104). בארץ נמצא שזקנים ממוצא מזרחי רוצים יותר בהארכת חיים בהשוואה לזקנים ממוצא אשכנזי (Carmel & Mutran, 1997A). מבחינת **השכלה**, ברוב המחקרים בעולם ובארץ נמצא קשר חיובי בין השכלה לבין תמיכה בהח"פ והב"ר (Carmel & Mutran, 1997A; Koneke, 2014; Verbakel Cohen et al., 2014; Jaspers, 2010). ממצא זה מוסבר בכך שאנשים משכילים נוטים לאמץ ערכים ליברליים יותר (Verbakel & Jaspers, 2010). עם זאת, במחקרים אחרים נמצא קשר שלילי בין משתנים אלו (Rietjens et al., 2005; Stronegger et al., 2013; Yun et al., 2013). או היעדר קשר (Achille & Ogloff, 1997; O'Neill et al., 2003). המצב **הסוציו-אקונומי** נמצא לרוב כקשור באופן חיובי לעמדות כלפי הח"פ והב"ר, כלומר, הכנסה גבוהה והשתייכות למעמד בינוני וגבוה, מובילים לתמיכה בפרקטיקות אלו (Chong & Fok, 2009; Cohen et al., 2014; Cohen et al., 2013; Stronegger et al., 2003; DeCesare, 2000; O'Neill et al., 2006). אך כמו לגבי מאפיינים סוציו-דמוגרפיים אחרים, במחקרים אחרים נמצאו תוצאות מעורבות (Stolz et al., 2015; Yun et al., 2013). בחינת הקשר בין **המצב המשפחתי** לבין העמדות כלפי הח"פ והב"ר, מגלה עמדות חיוביות יותר בקרב אנשים החיים לבד, לעומת אנשים החיים עם בני זוג או שיש להם ילדים, זאת בקרב זקנים בארץ ובמדינות אחרות (Rietjens et al., 2005; Stronegger et al., 2013; Carmel & Mutran, 1997A). אך נמצאו גם ממצאים סותרים במחקרים אחרים (Verbakel & Jaspers, 2010; Cohen et al., 2006).

1.4.2 משתנים אידיאולוגיים: אמונה דתית, רוחניות וערכים: עמדות בנושאים של חיים ומוות נגזרות לרוב מהאמונות והערכים הבסיסיים ביותר של האדם. מכיוון שכל הדתות הנפוצות יותר בעולמנו אוסרות כל סוג של המתה והתאבדות, אמונה דתית היא לרוב גורם משמעותי בקביעת העמדות כלפי הח"פ והב"ר. מחקרים קודמים דיווחו בעקביות על קשר שלילי בין **אמונה ומחויבות דתית** לבין תמיכה בפרקטיקות אלו. בנוסף, נמצא שקיימים הבדלים במידת התמיכה, בין אנשים המשתייכים לדתות שונות ובין אנשים המשתייכים לזרמים שונים באותה דת (Yun et al., 2013; Cohen et al., 2014; Koneke, 2014; Stolz et al., 2015; Verbakel & Jaspers, 2010). גם במחקרים של יהודים בארץ נמצא קשר חיובי בין עצמת הדתיות לבין תמיכה בהארכת חיים וקשר שלילי ביחס להח"פ והב"ר (סואן, 2006; Ganz & Musgrave, 2006; Doron et al., 2014).

בנוגע להח"פ והב"ר, קשור באמונות בערכים כמו **זכות לאינדיבידואליזם**, **זכות החלטה עצמית** ו**אוטונומיה של הפרט**, נבדקו גם קשרים אלה ואכן נמצא קשר חיובי בין החשיבות המיוחסת לאוטונומיה של הפרט לבין תמיכה בפרקטיקות אלה (Cohen et al., 2014; Koneke, 2014;). **איכות החיים** מהווה גורם משמעותי בבחירה בשימוש בהח"פ והב"ר, ואכן, במחקרים של קשישים נמצא כי אנשים המייחסים יותר חשיבות לאיכות החיים ופחות לקדושת החיים, יעדיפו לזרז את מותם במצב של מחלה סופנית באמצעות הימנעות מטיפול או הב"ר, ולהיפך, אנשים שקדושת החיים חשובה יותר מתנגדים לכך (Cicirelli, 1997; Carmel & Mutran, 1997B; Cicirelli, MacLean & Cox, 2000).

1.4.3 משתנים פסיכו-חברתיים: משתנים פסיכולוגיים שונים, נמצאו קשורים לעמדותיהם של חולים סופניים, לגבי סיום חייהם באמצעות הח"פ והב"ר (Breitbart et al., 2000), אך הקשר האפשרי בין משתנים פסיכולוגיים לבין העמדות של אוכלוסיות אחרות כאוכלוסיית הזקנים, כמעט ואינו מדווח בספרות (Butt, Overholser, & Danielson, 2003). במחקרים על זקנים בישראל נמצא שהגורמים הפסיכולוגיים הקשורים לעמדות כלפי הארכת חיים במצבים קשים, כוללים **חרדת מוות ומיתה**, הרצון לחיות, הערכה עצמית, כבוד עצמי ושביעות רצון מהחיים (Carmel & Mutran, 1997B). בדומה לממצא בארץ, במחקר בקרב קבוצות מיעוט בארה"ב נמצא כי לפחד מהיבטים שונים הקשורים בסוף החיים, יש קשר חיובי לתמיכה בהב"ר (Braun, Tanji, & Heck, 2001). **הרצון לחיות** הינו ביטוי פסיכולוגי למחויבות של הפרט לחיים ולרצונו להמשיך לחיות, הנגזר ממימד אינסטינקטיבי ומימד קוגניטיבי. מחקר שנערך בישראל, גילה כי מידת הרצון לחיות היא גורם משמעותי בהעדפתם של קשישים לקבל טיפולים מאריכי חיים, במצבי חולי קשים וסופניים (Carmel & Mutran, 1997B), אך לא נבדק הקשר בין הרצון לחיות, לבין העמדות כלפי הח"פ והב"ר. קשר זה יבחן במחקר המוצע. **תחושת מסוגלות עצמית (self-efficacy)** מתייחסת לאמונתו של הפרט ביכולתו לבצע פעולות שונות בהצלחה. לפי בנדורה (Bandura, 1977), תחושת המסוגלות משפיעה על התנהגותו של האדם ועל דרכי התמודדותו עם אירועים שונים במהלך החיים. באוכלוסיות קשישים נמצא כי תחושת מסוגלות יכולה להפחית את הפחד מהמוות המתקרב (Fry, 2003), ולהשפיע באופן חיובי על הבריאות הפיזית והרווחה הנפשית שלהם (Fry & Debates, 2002; Tovel, Carmel, & Raveis, 2017). חסרים מחקרים ביחס לקשר בין תחושת מסוגלות לבין העמדות כלפי הח"פ והב"ר, וקשר זה יבחן במחקר הנוכחי. **שביעות רצון מהחיים** נחשבת כמרכיב הקוגניטיבי-שיפוטי של רווחה נפשית סובייקטיבית (Diener et al., 1985), ככזו נחקרה גם בהקשר לעמדות כלפי המוות וקבלתו, אך הממצאים אינם חד-משמעיים. בעוד שקיימים מחקרים המדווחים על קשר חיובי ביניהם (Neimeyer, Wittkowaski, & Moser, 2004), מחקרים אחרים מדווחים על קשר שלילי בין שביעות הרצון מהחיים לבין קבלה של הח"פ,

או על היעדר קשר ביניהם (Aghababaei & Wasserman, 2013; Himchak, 1997). **תמיכה חברתית:** מגינה על הבריאות והרווחה הנפשית של הפרט, כאשר הוא מתמודד עם אירועי חיים קשים (Cohen & Syme, 1985; Antonucci et al., 2014). במחקרים בקרב אוכלוסיות של חולים סופניים, נמצא שהרצון לזרז את המוות קשור להיעדר או למידה נמוכה של תמיכה חברתית (Kelly et al., 2002; 2003; O'Mahony et al., 2005; Rodin et al., 2007). למרות זאת, במחקר בקרב זקנים בישראל נמצא שלתמיכה חברתית קשר חלש עם הרצון לקבל טיפולים מאריכי חיים במצבי חולי קשים וסופניים (Carmel & Mutran, 1997B), ובמחקר בקרב חולי ALS לא נמצא קשר בין תמיכה חברתית לבין הרצון לזרז את המוות (Lule et al., 2014). גם במדינת אורגון, לא נמצא קשר בין תמיכה חברתית לבין הרצון לביצוע הב"ר (Smith et al., 2015). **האמון ברופא ובמערכת הבריאות** הוא אחד הנושאים הבולטים בדיון לגבי לגליזציה של הח"פ והב"ר, ויש הטוענים כי זהו תנאי הכרחי לקיומו של דיון לגיטימי בנושא (Cohen et al., 2013). למרות זאת, ממצאי מחקרים שבחנו את הקשר בין מידת האמון במערכת הבריאות וברופא לבין עמדה כלפי הח"פ והב"ר, אינם חד-משמעיים. ניתוח השוואתי בין 44 מדינות באירופה, גילה קשר חיובי בין מידת האמון במערכת הבריאות לבין תמיכה בהח"פ ברמת המדינה, ואילו קשר שלילי בין המשתנים ברמה האינדיבידואלית (Koneke, 2014). במחקרים אחרים שבוצעו על אוכלוסיות מגוונות, לא נמצא קשר בין משתנים אלה (Braun, Tanji & Heck, 2001; Clery, McLean & Philips, 2006; Wasserman, Clair, & Ritchey, 2007).

1.4.4 משתנים רפואיים-נסיבתיים: גורמים שונים כמו התנסויות קודמות עם גסיסה, סוג הפרקטיקה שתוביל למות החולה, אופי המחלה, מידת הסבל, סיכויי ההחלמה, תוחלת החיים הצפויה, זהות החולה, גילו ועמדת בני משפחתו, נמצאו כקשורים לעמדות לגבי הח"פ והב"ר ואף מיתנו השפעות דתיות ותרבותיות (Braun & Nicholas, 1997; Seale & Addington-Hall, 1994). לדוגמא, נמצא **שהתנסות עם תהליך הגסיסה של אדם קרוב** הינו המשתנה המשמעותי ביותר בהסבר העדפות זקנים ישראלים להימנע מקבלת טיפולים מאריכי חיים במצבי חולי קשים וסופניים (Carmel & Mutran, 1997B; Braun, Tanji, & Heck, 2001). בנוסף, אנשים נוטים לתמוך בהח"פ ובהב"ר, כאשר המחלה סופנית והחולה סובל מאוד פיזית, ולהתנגד כאשר המחלה אינה סופנית, ולחולה יש סיכוי להחלים, או שאינו סובל מכאב פיזי, במקרה של מחלה נפשית/קוגניטיבית, שהחולה מרגיש בודד או כנטל על משפחתו וכאשר אינו כשיר לקבל החלטות רפואיות (Emanuel et al., 1996; Guedj et al., 2005; MacDonald, 1998B). כמו כן, תמיכה בפרקטיקות אלו, נמצאה קשורה לקיומה של בקשה מפורשת או בקשות חוזרות של החולה לסיים את חייו (Frileux et al., 2004; Guedj et al., 2005; Munoz-Satstre et al., 2010; Ahmed, Sorum & Teisseyre, Mullet, & Sorum, 2005), ובמקרים מסוימים לגיל החולה (Mullet, 2010; Kamble, Sorum & Mullet, 2012; Mullet et al., 2014). **זהות החולה** שעבורו מבוקשות ההתערבויות קשורה גם כן לעמדה ולמידת התמיכה, לדוגמא, משקל שונה ניתן להחלטה

אישית, לעומת החלטה עבור אדם אחר (Ho, 1999; Frileux, 2004; Achille & Ogloff, 1997; Worthen & Yeatts, 2001; Carmel, 2013;) מלבד זאת, נמצא שכל שתוחלת החיים הצפויה של החולה יותר קצרה, כשמשפחת החולה תומכת יותר בקיצור החיים ושהחולה מוכן לתרום את איבריו לאחר מותו, קיימת יותר קבלה של הח"פ והב"ר (Mullet et al., 2014; Teisseyre,) (Mullet, & Sorum 2005). לגבי ההבדל בעמדות לגבי הח"פ והב"ר, מדווח במספר מחקרים שאנשים נוטים לתמוך יותר בהב"ר מאשר בהח"פ (Frileux et al., 2003; Guedj et al., 2005;) (Mullet et al., 2014; Weiss & Lupkin, 2009), ואילו במחקרים אחרים ובמחקרים על צעירים וזקנים בארץ נמצאו באופן עקבי תוצאות הפוכות (Carmel, 2002; 2013; Singer et al., 1995).

2. מטרת המחקר

(א) לבחון את עמדותיהם של זקנים כלפי הח"פ והב"ר.
(ב) לבחון אילו גורמים סוציו-דמוגרפיים, ערכיים, פסיכו-חברתיים ורפואיים-נסיבתיים קשורים לעמדות כלפי הח"פ והב"ר בקרב הזקנים.

השערות המחקר:

א. ימצא קשר מובהק סטטיסטית בין המשתנים הסוציו-דמוגרפיים, לבין העמדות כלפי הח"פ וכלפי הב"ר, כך שהעמדות תהיינה חיוביות יותר אצל משתתפים מבוגרים יותר, גברים, ילידי הארץ, ללא בני זוג, ללא ילדים, יותר משכילים ובמצב כלכלי טוב יותר.

ב. ימצא קשר מובהק סטטיסטית בין המשתנים הערכיים לבין העמדות כלפי המתת חסד והב"ר, כך שהעמדות תהיינה חיוביות יותר אצל אנשים בעלי רמת דתיות נמוכה יותר המייחסים יותר חשיבות לאוטונומיה אישית ופחות חשיבות לקדושת החיים ולהארכתם.

ג. ימצא קשר מובהק סטטיסטית בין המשתנים הפסיכו-חברתיים לבין העמדות כלפי המתת חסד והב"ר, כך שהעמדות הללו תהיינה חיוביות יותר אצל אנשים הפוחדים פחות מהמוות ומתהליך הגסיסה, בעלי שביעות רצון גבוהה יותר מהחיים, רצון לחיות ורצון להאריך חיים חלשים יותר, תחושת מסוגלות גבוהה יותר, תמיכה חברתית מועטה ובעלי אמון רב יחסית ברופאים ובמערכת הבריאות.

ד. ימצא קשר מובהק סטטיסטית בין המשתנים הרפואיים-נסיבתיים לבין העמדות כלפי הח"פ והב"ר, כך שהעמדות תהיינה חיוביות יותר אצל אנשים במצב בריאותי טוב יותר ואלו שנחשפו לחוויות קודמות של גסיסה ומוות.

ה. ימצא הבדל סטטיסטי מובהק, כך שהעמדה לגבי הח"פ תהיה חיובית יותר מאשר העמדה כלפי להב"ר.

3. שיטות המחקר

משתתפים והליך

השתתפו במחקר 501 ישראלים מבוגרים בגילאי 75-94 ($M=80.96$, $SD=4.51$), מכל רחבי הארץ על פי הקריטריונים להכללה הבאים: בני 75 ומעלה, דוברי עברית, יכולת להבין ולענות על שאלון המחקר. הנבדקים גויסו בקהילה בדגימת נוחות בין היתר גם במרכזי יום לקשיש, ארגונים קהילתיים המעניקים שירותים לאוכלוסייה הזקנה וכן באסטרטגיה של כדור שלג. גודל המדגם חושב באמצעות תוכנת Winpepi. בוצעה השוואה בין תומכים בהח"פ והב"ר לבין המתנגדים בהנחות של עוצמה (power) של לפחות 80% ורמת מובהקות של 5% ($\alpha=0.05$). נמצא שנדרש גודל מדגם מינימלי של 375 משתתפים.

לאחר איתור המשתתפים על פי הקריטריונים להכללה שפורטו לעיל הם קיבלו הסבר קצר על מטרות המחקר והתבקשו לקחת בו חלק. במהלך ההסבר הודגש שאין חובה להשתתף, שניתן להפסיק את ההשתתפות בכל עת, שלא יעשה שימוש במידע שנאסף מעבר למטרות המוצהרות של המחקר ושההשתתפות אנונימית. אלה שהסכימו להשתתף התבקשו להתראיין בשאלון מובנה וחתמו על טופס הסכמה מדעת. המחקר אושר על ידי וועדת האתיקה של הפקולטה למדעי הבריאות באוניברסיטת בן גוריון בנגב.

תיאור המדגם על פי נתונים סוציו-דמוגרפיים מופיע בלוח מספר 1 (ראה נספח 1). מעיון בלוח 1 ניתן לראות שהגיל הממוצע של הנבדקים כ-81 שנים, רובם נשים, נשואים, ילידי חוץ לארץ, מגדירים עצמם במצב בריאותי טוב ובמצב כלכלי ממוצע ומעלה.

כלי המחקר

העמדות הספציפיות לגבי הח"פ והב"ר – נבדקו באמצעות שלושה תיאורי מקרה היפותטיים, המתארים תרחישים רפואיים ונסיבות סוציו-רפואיות שונות:

1. אדם בן 40, חולה בסרטן גרורתי ללא סיכוי להחלמה. הרופאים מעריכים שנותרה לו כחצי שנה לחיות. החולה סובל מכאב פיזי רב וזקוק לעזרת אחרים כדי לבצע פעולות בסיסיות. החולה קיבל מרופאו הסברים על היכולת לשלוט בכאב ועל האפשרות לקבל טיפול תומך המקל על הסימפטומים הפיזיים והנפשיים (טיפול פליאטיבי) במסגרת הוספיס בית או הוספיס מוסדי. עם זאת, החולה ביקש מספר פעמים מהרופא המטפל שסייע לו לסיים את חייו עקב הסבל שנגרם לו ממחלתו.

2. לגבי התרחיש המתואר בסעיף 1' אם היה מדובר בחולה בן 80 הנמצא באותו מצב רפואי.

3. אם אתה היית מוצא את עצמך במצב זה, כלומר, עם סרטן גרורתי וכאבים חזקים ללא סיכוי להחלמה.

בעבור שני תיאורי המקרה הראשונים, הנבדקים התבקשו לדרג את מידת הסכמתם עם ביצוע הח"פ או הב"ר באמצעות השאלות: "הרופא צריך להזריק לחולה סם רפואי במינון ממית כדי לסיים

את חייו", "הרופא צריך לספק לחולה סם רפואי במינון ממית כדי שהחולה יוכל לסיים את חייו בעצמו", ובתיאור המקרה השלישי, "שהרופא יזריק לי סם רפואי במינון ממית כדי לסיים את חיי", ו-"שהרופא ייספק לי סם רפואי במינון ממית כדי שאוכל לסיים את חיי בעצמי". בכל סיפורי המקרה אפשרויות התשובה נעו על גבי סולם מ-1 – "בכלל לא מסכים" ועד ל-6 – "מסכים בהחלט". הציון הכללי לכל אחת משתי השיטות (הח"פ והב"ר) חושב על ידי ממוצע התשובות לשלושת הפריטים הרלוונטיים, כך שככל שהציון גבוה יותר, הוא משקף עמדה חיובית יותר. מקדמי המתאם של פירסון שחושבו בין שלושה הפריטים בנפרד עבור הח"פ ועבור הב"ר, נמצאו גבוהים מאד (ראה לוח מספר 2 בנספח 1). בנוסף לחישוב המתאמים נבחנה גם המהימנות הפנימית על פי אלפא קרונבאך אשר נמצאה גבוהה מאוד להתמתת חסד פעילה ($\alpha=.95$) וגם להתאבדות באמצעות רופא ($\alpha=.94$).

העמדות הספציפיות לגבי הח"פ והב"ר נבחנו גם באמצעות שתי שאלות ישירות: "באופן עקרוני, האם חשוב לחוקק בישראל חוק המאפשר לחולה לבקש ולקבל עזרה רפואית כדי לסיים את חייו באמצעות זריקה שתניתן על ידי רופא?", ו-"באופן עקרוני, האם אתה בעד חוק בישראל שיאפשר לרופא לעזור לחולה להתאבד על ידי מתן סם?" הנבדקים התבקשו לענות בחיוב או בשלילה – "כן" או "לא".

המשתנים הבלתי תלויים:

מידת דתיות – הוערכה באמצעות מדד מקוצר, הכולל 5 פריטים מ"מדד הדתיות היהודית" המקורי שפותח על ידי כרמל ומוטראן. המדד כולל פריטים לגבי עוצמת אמונה וקיום מצוות עם סולם תשובה בן חמש רמות המותאם לכל פריט ופריט לדוגמא, "באיזו תדירות אתה נוהג ללכת לבית כנסת?" (Carmel & Mutran, 1997; Wenger & Carmel, 2004). הציון הכללי לרמת הדתיות התבסס על ממוצע פריטי המדד. נמצאה מהימנות פנימית גבוהה מאוד בין חמשת הפריטים ($\alpha=.93$).

רצון להאריך חיים – נמדד באמצעות מדד הרצון בהארכת חיים של כרמל (Carmel, 1998), המונה 5 פריטים לבחינת הרצון הכללי להארכת חיים לדוגמא, "אהיה מוכן לקבל כל טיפול רפואי כדי להאריך את חיי". הנבדקים נתבקשו לדרג את הפריטים על פני סולם ליקרט בן חמש רמות מ-1 "בכלל לא מסכים" ועד 5 "מסכים בהחלט". הציון הכללי חושב על בסיס ממוצע פריטי המדד. נמצאה מהימנות פנימית סבירה ($\alpha=.78$).

חרדת מוות ומיתה – נבחן באמצעות מדד חרדת המוות והמיתה של כרמל (2001), הכולל 12 פריטים, כאשר 6 פריטים בוחנים חרדה מהמוות ו-6 פריטים בוחנים חרדה מהמיתה/גסיסה (לדוגמא: "אני פוחד מאוד מהמוות"). הנבדקים נתבקשו לדרג את הפריטים על פני סולם ליקרט בן חמש רמות מ-1 "בכלל לא מסכים" ועד 5 "מסכים בהחלט". הציון הכללי התבסס על ממוצע פריטי המדד. נמצאה מהימנות פנימית טובה למדד הכללי של חרדת מוות ומיתה ($\alpha=.81$).

שביעות רצון מהחיים – נבחנה באמצעות 6 פריטים לבחינת שביעות הרצון מ-6 תחומי חיים בזקנה: (1) שביעות רצון כללית מהחיים (2) מהבריאות הפיזית (3) מהיכולת הקוגניטיבית (4) מהיחסים עם חברים (5) מהיחסים עם המשפחה (6) מהיכולת לעזור למשפחה (Carmel & Bernstein, 2003). הנבדקים התבקשו לדרג את הפריטים על פני סולם ליקרט בן חמש רמות מ-1 "בכלל לא שבע רצון" ועד 5 "מאוד שבע רצון". הציון הכללי התבסס על ממוצע פריטי המדד. נמצאה מהימנות פנימית ברמה בינונית ($\alpha=.78$).

רצון לחיות – נבחן באמצעות מדד הרצון לחיות (WTL Scale), של כרמל (Carmel, 2011;), הכולל 5 פריטים הבוחנים את הערכתו הכללית של הפרט לגבי מידת רצונו לחיות, רצונו לחיות ביחס לאחרים, ורצונו לחיות בתקופות חיים שונות לדוגמא, "במצבך הנוכחי, האם היית רוצה להמשיך לחיות במשך שנים רבות". הנבדקים התבקשו לדרג את הפריטים על פני סולם ליקרט בן שש רמות מ-1 "אין לי כל רצון לחיות" ועד 6 "בטוח שכן". הציון הכללי חושב כממוצע חמשת פריטי המדד. רמת המהימנות הפנימית נמצאה גבוהה מאוד ($\alpha=.92$).

אמון ברופא ובמערכת הבריאות – נבחן על ידי 3 פריטים. אמון ברופא נבחן בשאלות "עד כמה יש לך אמון ברופאים שמטפלים בך?" ו"עד כמה יש לך אמון שהרופאים המטפלים בך מקבלים את ההחלטות הרפואיות הטובות ביותר עבורך?". אמון במערכת הבריאות הוערך באמצעות השאלה "עד כמה יש לך אמון במערכת הבריאות הציבורית של המדינה?" (Koneke, 2014). הנבדקים נתבקשו לדרג את הפריטים על פני סולם ליקרט בן חמש רמות מ-1 "אין לי אמון בכלל" ועד 5 "יש לי אמון מלא". הציון הכללי חושב על פי ממוצע שלושת הפריטים. נמצאה מהימנות פנימית גבוהה ($\alpha=.88$).

תמיכה חברתית – נבחנה באמצעות המדד של זימט ועמיתיו (Zimet et al., 1988) הכולל 12 פריטים הבוחנים שלושה מקורות תמיכה: מבני משפחה, מחברים ומאנשים משמעותיים לדוגמא, "חברי מנסים באמת לעזור לי". הנבדקים נתבקשו לדרג את הפריטים על פני סולם ליקרט בן שבע רמות מ-1 "לא מסכים במידה רבה מאוד" ועד 7 "מסכים במידה רבה מאוד". הציון הכללי מבוסס על ממוצע פריטי המדד. נמצאה מהימנות פנימית גבוהה מאוד ($\alpha=.93$).

תחושת מסוגלות אישית (Self-efficacy) – נבחנה באמצעות המדד הכללי של שוורצר וגרוז'לם (Schwarzer & Jerusalem, 1995), הכולל 10 פריטים לבחינת מסוגלות הפרט במצבים שונים לדוגמא, "אני בטוח שאוכל להתמודד עם מצבים בלתי צפויים". הנבדקים התבקשו לדרג את הפריטים על פני סולם ליקרט בן ארבע רמות מ-1 "כלל לא מתאר אותי" ועד 4 "מתאר אותי במידה רבה". הציון הכללי היווה את ממוצע פריטי המדד. נמצאה מהימנות פנימית גבוהה מאוד ($\alpha=.93$).

התנסות קודמת עם גסיסה ומוות של קרוב נבחנה באמצעות שאלה כללית לגבי בני משפחה או חברים "האם בן משפחה שלך או חבר קרוב נפטר ממחלה קשה?". הנבדקים נתבקשו לענות בסולם דיכוטומי כן/לא.

פרטים סוציודמוגרפיים- גיל (שנים), מגדר (גבר/אשה), מצב משפחתי (נשוי/גרשוש/רווק/אלמן), מספר ילדים, ארץ לידה (ישראל/אחר), השכלה (יסודית/תיכונית/על תיכונית/אקדמית), מצב כלכלי (נמוך מהמוצע/מוצע ומעלה), מצב בריאות (גרוע מאוד/גרוע/די גרוע/די טוב/טוב/מצוין).

שיטות סטטיסטיות לעיבוד הנתונים

לתיאור משתני המחקר נעשה שימוש בסטטיסטיקה תיאורית (מדדי נטייה מרכזית ומדדי פיזור). קשרים בין משתנים נבחנו על ידי מבחני Pearson, Spearman או Chi-Square בהתאם לסולמות המדידה של המשתנים. העקיבות הפנימית של מדדי המחקר נבחנה על ידי אלפא קרונברך (Cronbach's alpha). התרומה הייחודית של המשתנים הבלתי תלויים להסבר השונות של המשתנים התלויים נבחנה בעזרת רגרסיות ליניאריות היררכיות. רק המשתנים הבלתי תלויים אשר נמצאו מובהקים בניתוחים הדו-משתניים הוכנסו למשוואות הרגרסיה הרב-משתניות. עיבוד הנתונים וניתוחם נעשה בתוכנה לעיבוד סטטיסטי (SPSS, גרסה 25). רמת המובהקות בכל המבחנים נקבעה על $p < 0.05$.

4. ממצאים

תחילה תוצג הסטטיסטיקה התיאורית של מדדי המחקר. לאחר מכן ייבחנו השערות המחקר. הסטטיסטיקה התיאורית של מדדי המחקר מוצגת בלוח מספר 3 (בנספח 1). מעיון בלוח עולה שהמדדים הממוצעים של הח"פ והב"ר נמצאו דומים ($M=3.35$, $M=3.41$ בהתאמה) וברמה בינונית ביחס לטווח סולם המדידה (1-6). רמות שביעות הרצון מהחיים, אמון ברופא, תחושת מסוגלות והתמיכה החברתית נמצאו גבוהות יחסית כאשר הרצון להאריך חיים וחרדת מוות ומיתה נמצאו ברמה בינונית.

התפלגות עמדות המשתתפים בקשר לחקיקת חוק לגבי הח"פ הב"ר מתוארת בלוח מספר 4 (נספח 1). מעיון בלוח עולה ש- 57% מהמשתתפים תמכו בחקיקה לגבי הח"פ וכ- 47% תמכו בהב"ר. מרבית הנבדקים (55.5%) השיבו כי שתי השיטות (הב"ר והח"פ) מקובלות עליהם במידה שווה כאמצעים לסיום החיים.

בחינת השערות המחקר

על מנת לבחון את השערות המחקר אחת ושתיים לגבי קשר מובהק סטטיסטית בין המשתנים הסוציו-דמוגרפיים והערכיים (מידת דתיות), לבין העמדות כלפי הח"פ והב"ר, נערכו מבחני t למדגמים בלתי תלויים כאשר אחד מהמשתנים היה דיכוטומי. כמו כן, נערכו מבחני ANOVA חד-

כיוונים כאשר אחד המשתנים היה קטגוריאלי (מעל לשתי רמות), ובוצעו מבחני מקדם המתאם של פירסון כאשר שני המשתנים היו רציפים.

בלוח מספר 5 (נספח 1) מוצגים מקדמי המתאם של פירסון בין גיל המשתתף, מספר ילדיו ומידת הדתיות לבין עמדות חיוביות כלפי הח"פ והב"ר. בלוח מספר 6 (נספח 1) מוצגים ממצאי ניתוח t למדגמים בלתי תלויים עבור ההבדלים בין מין המשתתף, ארץ לידתו ומצבו הכלכלי לבין עמדות כלפי הח"פ והב"ר. בלוח מספר 7 (נספח 1) מוצגים ממצאי ניתוחי ה-ANOVA חד-כיוונית, לגבי ההבדלים בעמדות לגבי הח"פ והב"ר לפי סטטוס המשפחתי והשכלת המשתתפים.

כפי שעולה מלוח מספר 5 נמצא קשר שלילי ומובהק בין מספר הילדים ומידת הדתיות לבין עמדות חיוביות בנוגע להח"פ והב"ר. כלומר, העמדות לגבי הח"פ והב"ר חיוביות פחות ככל שלמשתתפים יש יותר ילדים וככל שהם מגדירים את עצמם ברמת דתיות גבוהה יותר. לא נמצא קשר בין גיל לבין הח"פ והב"ר. מלוח 6 עולה שלא נמצאו הבדלים מובהקים בין נשים וגברים, בין משתתפים שנולדו בארץ לבין משתתפים שנולדו במדינות אחרות וכן בין משתתפים שמצבם הכלכלי נמוך לבין משתתפים שמצבם הכלכלי ממוצע ומעלה בעמדות לגבי הח"פ והב"ר. ראוי לציין שבמשתנה המגדר רמת המובהקות נמצאה קרובה מאוד למובהקת. מעיון בלוח מספר 7 עולה כי נמצא הבדל מובהק במידת העמדות החיוביות כלפי הח"פ בין משתתפים עם השכלה שונה. מניתוחי המשך מסוג פוסט הוק LSD עם תיקון בונפרוני עולה שקיים הבדל מובהק בין משתתפים עם השכלה יסודית לבין אלה עם השכלה אקדמית ($MD=1.33, p<.001$) ועל-תיכונית ($MD=.91, p=.007$). כך שמשתתפים בעלי השכלה יסודית דיווחו על עמדות שליליות יותר כלפי הח"פ, מאשר משתתפים בעלי השכלה אקדמית ועל-תיכונית. לא נמצאו הבדלים מובהקים בין יתר הקבוצות. לא נמצא הבדל מובהק במידת העמדות החיוביות כלפי הח"פ בין משתתפים מסטטוס משפחתי שונה.

בנוגע לעמדות כלפי הב"ר, נמצא הבדל מובהק בין משתתפים עם סטטוס משפחתי שונה. מניתוחי המשך מסוג פוסט הוק LSD עם תיקון בונפרוני עלה כי קיים הבדל מובהק בין גרושים לנשואים ($MD=1.00, p=.005$) ולא למנים ($MD=1.31, p<.001$). כך שגרושים מדווחים על עמדות חיוביות יותר כלפי הב"ר, מאשר נשואים ולא למנים. לא נמצא הבדל מובהק בין נשואים לאלמנים ($MD=.30, p=.31$). כמו כן, נמצא הבדל מובהק בעמדות כלפי הב"ר בין משתתפים עם השכלה שונה. מניתוחי המשך מסוג פוסט הוק LSD עם תיקון בונפרוני עולה כי נמצא הבדל מובהק בין משתתפים עם השכלה אקדמית לבין אלה עם השכלה יסודית ($MD=1.39, p<.001$) ותיכונית ($MD=.95, p=.03$). המשתתפים בעלי השכלה אקדמית דיווחו על עמדות חיוביות יותר כלפי הב"ר, מאשר משתתפים בעלי השכלה תיכונית ויסודית. עוד עולה כי קיים הבדל מובהק בין משתתפים עם השכלה יסודית להשכלה על תיכונית. כך שמשתתפים בעלי השכלה על תיכונית היו בעלי עמדות חיוביות יותר כלפי הב"ר, מאשר משתתפים בעלי השכלה יסודית. לא נמצאו הבדלים מובהקים בין יתר הקבוצות.

לסיכום, נמצא שמשותפים עם מספר מועט יותר של ילדים, חילוניים, גרושים, בעלי תואר אקדמי, לעומת האחרים מדווחים על עמדות חיוביות יותר כלפי ה"ר והח"פ. מכאן שההשערות לגבי הקשרים בין המשתנים הסוציו-דמוגרפיים והערכיים לבין העמדות כלפי הח"פ והב"ר אוששו בחלקן.

בהשערה השלישית שערנו שיימצא קשר מובהק סטטיסטית בין המשתנים הפסיכו-חברתיים לבין העמדות כלפי הח"פ והב"ר, כך שהעמדות הללו תהיינה חיוביות יותר אצל אנשים הפוחדים פחות מהמוות והמיתה, בעלי שביעות רצון גבוהה יותר מהחיים, רצון לחיות ורצון להאריך חיים חלש יותר, תחושת מסוגלות גבוהה יותר, תמיכה חברתית מועטה ובעלי אמון רב יחסית ברופאים ובמערכת הבריאות. בלוח מספר 8 (נספח 1) מוצגים מקדמי המתאם של פירסון בין מדדי המחקר. מעיון בלוח מספר 8 עולה כי נמצא קשר חיובי ומובהק בין עמדות כלפי הח"פ והב"ר לבין חרדת מוות ומיתה ותחושת מסוגלות, ואילו קשר שלילי ומובהק עם הרצון להאריך חיים. כך שמשותפים שחרדים יותר ממוות ומיתה, בעלי תחושת מסוגלות גבוהה ועם רצון נמוך להאריך חיים דיווחו על עמדות חיוביות יותר כלפי הח"פ והב"ר. עוד נמצא קשר שלילי ומובהק בין תמיכה חברתית לבין הב"ר. כך שמשותפים שדיווחו על רמות גבוהות של תמיכה חברתית, דיווחו גם על עמדות חיוביות פחות כלפי הב"ר. עוד עולה כי נמצא קשר חיובי בין אמון ברופאים לבין הח"פ. כך שמשותפים שדיווחו על רמות גבוהות יותר של אמון ברופאים, דיווחו גם על עמדות חיוביות יותר כלפי הח"פ. יתר הקשרים לא נמצאו מובהקים. לאור האמור לעיל, ההשערה השלישית אוששה בחלקה.

בהשערה הרביעית שוער כי יימצא קשר מובהק סטטיסטית בין המשתנים הרפואיים-נסיבתיים לבין העמדות כלפי הח"פ והב"ר: העמדות תהיינה חיוביות יותר אצל אנשים במצב בריאותי טוב יותר ואצל אלו שנחשפו לחוויות קודמות של גסיסה ומוות. בלוח מספר 9 (נספח 1) מוצגים מתאמים בין מדדי המחקר. מעיון בלוח מספר 9 עולה כי לא נמצא קשר בין מצב בריאות וחוויות קודמות עם גסיסה ומוות לבין עמדות כלפי הח"פ והב"ר. ההשערה לא אוששה.

על פי ההשערה החמישית, העמדה כלפי הח"פ תהיה חיובית יותר מאשר העמדה כלפי הב"ר. השערה זו נבחנה באמצעות מבחן t למדגמים מזווגים עבור משתנה עמדות כלפי הח"פ והב"ר (סולם רציף), וכן נבדק הקשר ביניהם. בנוסף לכך, נבחן באמצעות מבחן כי-בריבוע לאי תלות, הקשר בין שני המשתנים - עמדות לגבי הח"פ והב"ר (שנמדדו בסולמות קטגוריאליים). מניתוח מבחן t למדגמים תלויים עלה כי אין הבדל מובהק ($t(493)=.92, p=.35$) בעמדות המשתתפים כלפי הב"ר ($Mean=3.41, SD=1.95$) או הח"פ ($Mean=3.35, SD=1.95$). כמו כן, נמצא קשר חיובי חזק ומובהק בין מדדי עמדות כלפי הח"פ והב"ר ($r=.79, p<.001$), כך שכל שעמדת המשתתפים כלפי הב"ר היתה חיובית יותר, כך הם גם דיווחו על עמדות חיוביות יותר כלפי הח"פ וההיפך. בנוסף לכך, מתוצאות ניתוח מבחן כי בריבוע לאי תלות עלה קשר מובהק בין עמדות לגבי לגיטימציה חוקית כלפי הח"פ והב"ר ($\chi^2(1)=275.17, p<.001$). כך, שאחוז גבוה יחסית של משתתפים שהיו בעד המתת חסד פעילה היו גם בעד התאבדות באמצעות רופא ($n=223$), ואילו

204 משתתפים שדיווחו שהם מתנגדים להב"ר, התנגדו גם להח"פ (לוח 10 בספח 1). כלומר, השערה זו לא אוששה.

הסבר עמדות כלפי הח"פ והב"ר

על מנת לבחון מהם הגורמים המסבירים עמדות כלפי הח"פ והב"ר, בוצעו שתי רגרסיות מרובות היררכיות, אחת עבור כל אחת מהעמדות. למשוואות הרגרסיה הוכנסו רק המשתנים הבלתי תלויים אשר נמצאו מובהקים/קרובים למובהקות בקשר שלהם לעמדות כלפי הח"פ/הב"ר בנייתוחים החד-משתניים. בפירוט, בנייתוח הרגרסיה הראשון להסבר העמדות כלפי הח"פ והב"ר, לבלוק הראשון הוכנסו המשתנים הסוציו-דמוגרפיים והערכיים – מספר ילדים, השכלה, מצב משפחתי ומידת דתיות. עבור המשתנה מצב משפחתי, הבנוי מ-3 קטגוריות (נשוי, גרוש, אלמן), בוצע קידוד דמה. המשתנה קודד מחדש לשני משתנים: נשוי לעומת גרוש וכן אלמן לעומת גרוש (גרוש היווה את קבוצת הביקורת), כאשר שני משתנים אלו נכנסו לבלוק הראשון. לבלוק השני הוכנסו משתנים פסיכו-חברתיים – פחד ממוות ומיתה, רצון להאריך חיים, אמון ברופאים, תמיכה חברתית ותחושת מסוגלות. כלל המשתנים הבלתי תלויים הוכנסו לרגרסיה בשיטת Enter. ממצאי ניתוח הרגרסיה עבור הסבר עמדות כלפי הח"פ מוצגים בלוח מספר 11 (נספח 1) וממצאי הרגרסיה לניבוי עמדות כלפי הב"ר מוצגים בלוח מספר 12 (נספח 1).

מניתוח הרגרסיה ההיררכית עולה שהבלוק הראשון של המשתנים הסוציו-דמוגרפיים מסביר 38% משונות המשתנה התלוי - עמדות כלפי הח"פ ($F(5,428)=61.90, p<.001, R^2=.38$), נמצא כי מידת הדתיות הסבירה באופן שלילי ומובהק עמדות הח"פ. ככל שהמשתתפים דיווחו על רמות נמוכות יותר של דתיות כך עמדותיהם היו חיוביות יותר כלפי הח"פ. לבלוק השני נוספו המשתנים הפסיכו חברתיים שהוסיפו לשונות המוסברת 4.2% ($F(10,423)=30.99, p<.001, \Delta R^2=.042, p<.001$). נמצא כי מידת הדתיות נשאר מובהקת וכי הרצון להאריך חיים מסביר באופן שלילי עמדות כלפי הח"פ, ואילו תחושת מסוגלות, וחרדת מוות ומיתה מסבירים באופן חיובי עמדות לגבי הח"פ. כך שמשתתפים עם רמות נמוכות של מידת דתיות ושל רצון להאריך חיים וכן נחקרים עם רמות גבוהות של תחושת מסוגלות וחרדת מוות ומיתה, דיווחו על עמדות חיוביות יותר כלפי הח"פ.

מניתוח הרגרסיה ההיררכית עלה כי הבלוק הראשון של המשתנים הסוציו-דמוגרפיים הסביר 34% מהמשתנה התלוי - עמדות כלפי הב"ר ($F(5,428)=44.61, p<.001, R^2=.34, R^2_{adj}=.33$). נמצאו הבדלים מובהקים בין נשואים לגרושים וכן בין אלמנים לגרושים. כך שגרושים מדווחים על עמדות חיוביות יותר כלפי הב"ר, מאשר נשואים ואלמנים. בנוסף, נמצא שרמת השכלה ומידת דתיות מסבירים עמדות כלפי הב"ר, כך שאקדמאיים וחילוניים מדווחים על עמדות חיוביות יותר כלפי הב"ר. לבלוק השני נוספו המשתנים הפסיכו-חברתיים שהוסיפו לשונות המוסברת 4.5% ($F(10,423)=26.75, p<.001, \Delta R^2=.045, p<.001$) ונמצא שמידת הדתיות, השכלה

וההבדל בין נשואים ואלמנים נותרים מובהקים. בנוסף, נמצא שתמיכה חברתית ורצון להאריך חיים מסבירים באופן שלילי ומובהק עמדות כלפי הב"ר ואילו תחושת מסוגלות וחרדת מוות ומיתה מסבירים באופן חיובי ומובהק עמדות לגבי הב"ר. כך, שמשותפים נשואים, עם רמות השכלה, תחושת מסוגלות וחרדת מוות ומיתה גבוהות יותר, ואלו עם רמות נמוכות של תמיכה חברתית ורצון להאריך חיים, דיווחו על עמדה חיובית יותר כלפי הב"ר. מהבלוק האחרון עלה כי ההבדל בין נשואים לגרושים אינו מסביר באופן מובהק עמדות הב"ר. לכל שאר המשתנים לא נמצאה תרומה ייחודית מובהקת להסבר את העמדות לגבי הב"ר.

5. דיון

לנוכח ריבוי המצבים בהם אנשים מתמודדים עם סבל קשה לאורך זמן בשל מחלות קשות וסופניות או פציעות שאינן ניתנות לריפוי, מבלי הקלה משמעותית שהמערכת הרפואית הקונבנציונלית מסוגלת לספק, ולאור החקיקה במספר מדינות כמו הולנד, שווייץ, בלגיה ומדינות אורגון וושינגטון שבארה"ב, המאפשרות המתת חסד פעילה (הח"פ) ו/או התאבדות בסיוע רופא-הב"ר (Emanuel et al., 2016), מטרת המחקר הנוכחי הייתה להעריך את העמדות ומידת הלגיטימציה הניתנת על ידי אנשים זקנים בישראל להתערבויות מסוג זה שתבוצענה על ידי רופאים. מטרותינו הנוספות היו לבדוק האם יש העדפה לגבי שיטה אחת על פני האחרת וללמוד מהם הגורמים הסוציו-דמוגרפיים, ערכיים, פסיכו-חברתיים ורפואיים-נסיבתיים המסבירים עמדות חיוביות או שליליות להנהגת שיטות אלה בארץ.

השתתפו במחקר 501 ישראלים מבוגרים בגילאי 75 עד 94 ($M=80.96$, $SD=4.51$) אשר גויסו ברחבי הארץ ממרכזי יום לקשיש, מארגונים קהילתיים המעניקים שירותים לאוכלוסייה הזקנה וכן באסטרטגיה של כדור שלג. מתוכם, נבחרו להשתתף דוברי עברית, בעלי יכולת להבין ולענות על שאלון המחקר. רוב קטן מהנחקרים היו נשים (55.4%), ילידי חוץ לארץ (53.4%), כ-53% היו בעלי השכלה על-תיכונית, כ-86% היו בעלי מצב כלכלי ממוצע ומעלה וכאלה המגדירים עצמם במצב בריאותי טוב.

מידת התמיכה בהח"פ ובהב"ר נבחנה באמצעות שני סוגי משתנים: האחד כלל שאלות ישירות בעד או נגד חקיקה שתאפשר התערבויות כאלה בביצוע רופאים, והשני, הבעת הסכמה או אי הסכמה על סולם של שש דרגות לגבי הפעלת כל אחת משתי השיטות בשלושה תיאורי מקרה של חולים קשים בסרטן סופני עם גרורות וכאבים ותוחלת חיים של חצי שנה, כאשר אחד מהתיאורים הוא מצב היפותטי שהנחקר עצמו יימצא במצב כזה.

בתשובות לשאלות הישירות לגבי חקיקה מצאנו שכ-53% תמכו בחקיקה לגבי הח"פ וכ-47% תמכו בהב"ר. בתשובה לשאלה "האם שתי השיטות הרפואיות נתפסות על ידך כאמצעים מקובלים לסיום החיים?" ענו 55% ששתי השיטות מקובלות במידה שווה. כלומר, במדגם שלנו, שהיה מורכב

מזקנים בגילאי 75 ומעלה, מעט יותר מ-50% היו בעד התערבויות רפואיות שמטרתן סיום חיי אנשים שחולים במחלה סופנית אם הן עונות על רצון החולים. כמו כן, למרות שאחוזי התמיכה בהח"פ גבוהים מאלה שלגבי הב"ר, כמו במחקרים קודמים בארץ (Carmel, 2002; 2013), המתאם ביניהם גבוה מאוד ולא נמצא הבדל מובהק ביניהם מבחינה סטטיסטית. בשאלות זהות שהוצגו ב-1994 בסקר ארצי במדגם אקראי של 1138 יהודים בגילאי 70 ומעלה, 52% מהנבדקים דיווחו שהיו רוצים המתת חסד על ידי רופא אילו היו מדרדרים לאחד ממצבי החולי הקשים שתוארו להם, כולל סרטן במצב סופני, 34% דיווחו שאינם רוצים בכך ו-14% לא היו בטוחים (Carmel, 2007). לגבי הב"ר, נמצא שרק 36.4% היו רוצים להשתמש בשיטה זו על עצמם (Carmel, 2002; 2013). גם הציונים הממוצעים של שלושת הפריטים המתייחסים לעמדה לגבי תמיכה בהתערבויות אלה במצבי החולי השונים נמצאו בטווח שמעט גבוה מהממוצע (3.35 ו-3.41 על סולם של 6 דרגות).

במחקר עדכני שנערך בארץ ובחן במדגם מייצג (n=494) עמדות לגבי הב"ר נמצא ש-49% תמכו בצורת המתה זו, 37% התנגדו ו-14% לא החליטו. בפילוח על פי גיל נמצא, שבקרב קבוצת הגיל הזקנה (65 ומעלה, n=75) אחוז התמיכה בהב"ר עלה לכ-75% (Bodas et al., 2020). בעקבות השוואה זו, ניתן לטעון שהעמדות לגבי הב"ר השתנו ושהתמיכה בצורת המתה זו עלתה דרמטית. אולם, מאחר שהמדגם שלנו אינו אקראי ומורכב מאחוז גבוה יחסית של משתתפים דתיים/חרדים ונערך בקבוצת גיל מבוגרת יותר בהשוואה למדגם של בודאס ושותפיה (2020), קשה להתייחס בוודאות לגבי השינויים שחלו בעמדות האנשים הזקנים בישראל להב"ר. עם זאת, בהתחשב בכך שהמודעות בארץ עלתה לגבי מחלות סופניות ושימוש בהמתות חסד (Velan et al., 2019) ושהזקנים כיום חשופים יותר מקודמיהם לאמצעי התקשורת ומשכילים מאלה שהיו לפני כשלושה עשורים, סביר להניח, שאם חל שינוי, הוא בכיוון של אחוז גבוה יותר של תמיכה בהתערבויות אלה ונדרשים מחקרים נוספים בנושא.

השערות המחקר נבדקו על ידי המדדים שנבנו על בסיס שלוש התשובות לשאלות הקשורות לסיפורי המקרה. שתי השערות הראשונות התייחסו לקשר שבין מאפיינים סוציו-דמוגרפיים וערכיים לבין עמדות כלפי הח"פ והב"ר. על יסוד הספרות הקיימת, שערנו שהעמדות תהיינה חיוביות יותר אצל גברים, ילידי הארץ, זקנים בגיל צעיר יותר, ללא ילדים, גרושים ואלמנים, המשכילים, החילוניים והפחות דתיים ובמצב כלכלי טוב יותר.

הממצאים בניתוחים החד-משתניים מצביעים על כך שככל שלמשתתפים יש יותר ילדים, הם רווקים ודתיים יותר, כך עמדותיהם שליליות יותר לגבי הח"פ והב"ר לעומת אנשים החיים עם בני זוג, אלמנים או עם פחות ילדים. בנוסף, המשכילים יותר, תומכים יותר בעמדות התומכות במתן לגיטימציה חוקית לסיום החיים. הממצאים במחקר זה דומים לממצאי מחקרים אחרים שדווחו בארץ ובמדינות אחרות (Mutran, Rietjens et al., 2005; Stronegger et al., 2013; Carmel)

(1997A) בהתייחס לרמת הדתיות, בדומה לסקר על מדגם אקראי של זקנים שבוצע בארץ ב-1994 (Carmel & Mutran, 1997A) ומחקרים נוספים שנערכו בארץ (Bodas et al., 2020;) (Moshe & Gershfeld-Litwin, 2020) נמצא שכל שאנשים מגדירים עצמם כדתיים יותר, כך עמדותיהם שליליות יותר לגבי השימוש בהתערבויות הח"פ או הב"ר. בניתוחים הרב-משתניים, בהם הוכנסו לניתוחים הסטטיסטיים גם משתנים פסיכו-חברתיים, ביחס להמתת חסד פעילה, המשתנה היחיד מקבוצת הסוציו-דמוגרפיים שנמצא מובהק סטטיסטית היה מידת הדתיות, כלומר, ככל שאדם דתי יותר, כך חזקה יותר התנגדותו להמתת חסד פעילה. גם בהסבר הסיוע להתאבדות באמצעות רופא מידת הדתיות נמצאה כגורם מובהק סטטיסטית ומשמעותי ביותר בהסבר כיוון העמדה גם בהשוואה לגורמים הפסיכו-חברתיים המובהקים סטטיסטית. לגבי סיוע בהתאבדות, גם השכלה גבוהה מסבירה באופן מובהק תמיכה גבוהה יותר בשימוש בשיטה זו. ככל הנראה, מאחר ששיטה זו מעניקה שליטה מלאה לחולה, לאנשים בעלי השכלה גבוהה בהשוואה לבעלי השכלה נמוכה, יש יותר ביטחון ביכולות השליטה על עצמם במצבים קשים באופן כללי. לכן, גם בתחום סוף החיים הם מעוניינים להשתמש ביכולת זו. תופעה המאוששת גישה כזו אצל בעלי ההשכלה הגבוהה דווחה גם לגבי התמודדות עם מצבי חולי בתקופה הקשה והממושכת של שביתת הרופאים שהתקיימה בשנת 1983. במהלך שביתה ממושכת זו, בעלי השכלה גבוהה יותר, התנהלו ביתר יעילות וסבלו פחות מנזקים פיזיים וכספיים (Carmel, Barnoon, & Zaltzman, 1990).

מן הראוי לציין, שלמדד הדתיות משקל ייחודי משמעותי בהסבר העמדות לגבי הח"פ והב"ר גם כאשר נשמרים קבוע משתנים פסיכו-חברתיים משמעותיים ומובהקים סטטיסטית בהסבר התערבויות אלה כמו חרדת מוות ומיתה, מסוגלות עצמית, הרצון להאריך חיים ותמיכה חברתית. נראה שבקונפליקט הערכים הקיים בין קדושת החיים לעומת אוטונומיה אישית ומעורבות בהחלטות לגבי סיום אקטיבי של החיים וגם לגבי הארכת חיים לחולים סופניים, (Steinberg, 2007), בהשוואה לדתיים, החילוניים והפחות דתיים מייחסים חשיבות רבה יותר לאוטונומיה אישית ופחות לקדושת החיים ולהארכתם בכל תנאי. ממצא זה דומה לממצאי מחקרים אחרים שנערכו בישראל כמו המחקר על מדגם אקראי של זקנים בני 70 ומעלה בישראל (Carmel & Mutran, 1997A; Bodas et al., 2020; Moshe & Gershfeld-Litwin, 2020; 1997B), ועל רופאים מארבעה מרכזים רפואיים בארץ (Wenger & Carmel, 2004). כלומר, ככל שהציבור בישראל דתי יותר, כך חזקה יותר התנגדותו ללגיטימציה בשימוש בשיטות הח"פ והב"ר.

כצפוי, חרדת מוות ומיתה, הרצון להאריך חיים, מסוגלות עצמית ותמיכה חברתית, כולם נמצאו כגורמים מובהקים סטטיסטית בהסבר השונות בהעדפה להשתמש בהתאבדות בסיוע רופא. לעומת זאת, למרות שאחוז ההסבר להעדפה של המתת חסד פעילה נמצא גבוה מזה של סיוע בהתאבדות, בהסבר המתת חסד פעילה, רמת ההשכלה, והתמיכה חברתית לא נמצאו כגורמים מובהקים סטטיסטית בהסבר העדפה זו. לעומת זאת, חרדת מוות ומיתה, תחושת מסוגלות עצמית

והרצון להאריך לחיות נמצאו כגורמים מובהקים סטטיסטית בהסבר שתי השיטות. במלים אחרות, ככל שחרדים יותר מהמוות ורוצים להאריך לחיות, כך מתנגדים יותר לקיצור החיים בצורה פעילה, וזאת גם כאשר החיים נעשים קשים מנשוא ולא נותר עוד זמן רב לחיות. לעומת זאת, ככל שיש לאנשים תחושת מסוגלות עצמית ברמה גבוהה יותר, השכלה גבוהה יותר, כך כנראה אנשים חשים שליטה על החיים ברמה גבוהה יותר, וסומכים יותר על עצמם, מה שמשפיע עליהם לתמוך יותר במימוש האוטונומיה האישית באמצעות חקיקה בהקשר של החלטות ועמדות הנוגעות לסיום החיים.

מגבלות המחקר

מגבלת המחקר העיקרית היא שאינו אקראי וכולל אחוז גבוה של משתתפים המגדירים עצמם דתיים/חרדים. לכן, לא ניתן להכליל את הממצאים לכלל אוכלוסיית ישראל. אולם, כאשר משווים את הממצאים למחקרים דומים אחרים שבוצעו בארץ, ממצאי המחקר הנוכחי דומים כללית ובעיקר מחזקים ממצאים קודמים בהשוואות בין קבוצות אוכלוסייה שונות כמו קבוצות משכילות לעומת קבוצות בעלות השכלה נמוכה וקבוצות דתיות לעומת חילוניות (Carmel & Mutran, 1997A; Bodas et al., 2020) ממצא התורם לתוקף המחקר הנוכחי. בנוסף, מכיוון שמדובר במחקר חתך בנקודת זמן אחת, לא ניתן להסיק סיבתיות. זאת ועוד, ראוי לתת את הדעת שחלק ניכר מגיוס המשתתפים למחקר נעשה בעת תקופת משבר הקורונה דבר אשר יתכן והשפיע בצורה זו או אחרת על עמדות המשתתפים.

6. מסקנות והמלצות לגיבוש מדיניות

לנוכח הבעייתיות בטיפול בחולים במחלות קשות/סופניות וסבלם בסוף החיים, הפתרונות החברתיים הקיימים במדינות שונות מעוגנים בשני תחומים: האחד ברמה הערכית והחיקתית, כך קרה שבמיעוט מהמדינות הדמוקרטיות יזמו חקיקה המעדיפה את האוטונומיה האישית של החולה על פני קדושת החיים ואפשרו שימוש בהמתת חסד פעילה או בהתאבדות בסיוע רופא במצבי חולי קשים וכאלה שאינם ניתנים לריפוי. הפתרון החיקתי קיים בארץ רק לגבי הימנעות מטיפול המאריך חיים בצורה מלאכותית, אך לא לגבי סיום חיים בפועל, זאת על פי "חוק החולה הנוטה למות" המגדיר את החולה הנוטה למות כמי שיש לו פרוגנוזה רפואית של שבועיים לחיות. התחום השני מתפתח ברמה הרפואית - הטיפול הפלאטיבי. טיפול זה מתמקד בהקלה בסימפטומים ובסבל הפיזי והרגשי של החולים ושל בני משפחותיהם. הטיפול הפליאטיבי מסופק בבתי החולים ובקהילה על ידי קופות החולים על פי הגדרות זכאות שאינן מאפשרות טיפול לכל מי שזקוק לו בפועל (בנטור, לרון, אזולאי, & אוברמן, 2015; בנטור, שטרנברג, & שולדינר, Eilat-Tsanani, ; Bentur, Resnizky, ; Balicer, 2013; 2015). כלומר, המצב הקיים בארץ אינו עונה על כל הצרכים של חולים במצבי חולי קשים כמו חולים שאינם סופניים, כחולי נפש קשים, אנשים הסובלים מכאבים כרוניים קשים, חולים במצבי דמנציה קשים, חולי ALS ועוד. בנוסף, קיימים חסמים משמעותיים ביישום החוק

בארץ. מכאן, שהמצב הקיים בארץ אינו עונה על כל הקשיים והבעיות הקשורים במצבי חולי קשים ובטיפול בסוף החיים (ניסנהולץ-גנות, גורדון, & ינקלביץ, 2017).

לנוכח ממצאי מחקר זה, נראה שאוכלוסיית הזקנים בארץ עדיין אינה בשלה לפתרון החקיקתי. ההתנגדות העיקרית קיימת בקבוצות הדתיות והחרדיות שבהן ערך קדושת החיים גובר על ערך האוטונומיה האישית. הממצאים שלנו גם מצביעים שהרצון להאריך חיים וחרדות מתהליך המוות/מיתה קשורים להתנגדות לגיטימציה להשתמש בשיטות מקצרות חיים, גם אם הן גואלות את החולים מסבל מיותר. הרצון להאריך חיים טבעי ומבורך ויכול להישמר בכל מצב, ואילו את חרדת המיתה ניתן למתן על ידי פתרונות מספקים של החברה ו/או המערכת הרפואית וכן על ידי חקיקה לגבי הח"פ והב"ר. הפתרון החברתי החקיקתי שנחקר כאן נמצא מקובל רק על מעט מעל חצי ממשתתפי המחקר.

הממצאים גם מצביעים על כך שקבוצות האוכלוסייה המשכילות יותר, שסביר להניח, שהן גם מסטטוס סוציאקונומי גבוה יותר ובעלי איכות חיים גבוהה יותר, וכן אנשים החזקים יותר מבחינה פסיכולוגית כמו בעלי תחושת מסוגלות עצמית ברמה גבוהה, כלומר אנשים בעלי יכולות אובייקטיביות וסובייקטיביות לשליטה גדולה יותר על חייהם, תומכים יותר מהאחרים במתן לגיטימציה חוקית להפסקה יזומה ורצונית של החיים.

ראוי לציין שממצאי המחקר הנוכחי דומים לממצאי מחקרים אחרים שבוצעו בארץ לפני כשניים ושלושה עשורים, אבל שונים ממחקר שבוצע לאחרונה. מאחר שהמדגם שלנו אינו מייצג את כל אוכלוסיית ישראל, קשה להסיק על מגמת שינוי ברורה. לכן, על מנת לספק מידע מקיף וכוללני יותר למעצבי המדיניות ולרופאים, מומלץ לבצע מחקרים נוספים שייצגו את כלל האוכלוסייה בכלל זה קבוצות הגיל, המוצא וקבוצות המיעוט השונות.

7. רשימת מקורות

- בנטור, נ', לרון, מ', אזולאי, & אוברמן, א'. (2015). שירותים פליאטיביים בבתי חולים כלליים ובבתי חולים גריאטריים בישראל. דמ-15-704.
- בנטור, נ', שטרנברג, ש', & שולדינר, ג'. (2015). איכות הטיפול בסוף החיים בזקנים עם דמנציה מתקדמת בקהילה. דמ-15-652.
- ניסנהולץ-גנות, ר', גורדון, מ', ינקלביץ, א' (2017) מה בין חוק החולה הנוטה למות ליישום. דו"ח מחקר, מכון ברוקדייל.
- כרמל, ש'. (2001). חרדת מוות וחרדת מיתה: מבנה המדדים ותכונותיהם הסוציומטיות. *גרונטולוגיה: כתב עת בנושאי הזיקנה*, כ"ח (3-4), 133-153.
- כרמל, ש' (2002). מיתת חסד והמתת חסד: עמדות, רצונות והתנהגות הציבור, החולים והרופאים. הרפואה, 191 (ו'), 538-543.
- סואן, ד' (2006). "החופש למות בכבוד" – דתיות ועמדות כלפי המתת חסד (אויטנזיה) בקרב סטודנטים ישראלים למדעי החברה. *סוגיות חברתיות בישראל*, 1, 230-258.
- Achille, M. A., & Ogloff, J. R. (1997). When is a request for assisted suicide legitimate? Factors influencing public attitudes toward euthanasia. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue Canadienne Des Sciences Du Comportement*, 29(1), 19-27.
- Aghababaei, N., & Wasserman, J. A. (2013). Attitude toward euthanasia scale: Psychometric properties and relations with religious orientation, personality, and life satisfaction. *The American Journal of Hospice & Palliative Care*, 30(8), 781-785.
- Ahmed, R. A., Sorum, P. C., & Mullet, E. (2010). Young Kuwaitis' views of the acceptability of physician-assisted suicide. *Journal of Medical Ethics*, 36(11), 671-676.
- Amidror, T., & Leavitt, F. J. (2005). End of life decision making in Israel. In R. H. Blank and J. C. Merrick (Eds.), *End-of-life decision making: a cross-national study*, (pp.97-108). Cambridge, MA: MIT Press.
- Antonucci, T. C., Ajrouch, K. J., & Birditt, K. S. (2014). The convoy model: Explaining social relations from a multidisciplinary perspective. *The Gerontologist*, 54(1), 82-92.

Bentur, N.; Resnizky S.; Eilat-Tsanani, S.; Balicer R. 2013. Use of Healthcare Services, Quality and Cost of Care of Terminal Cancer Patients. RR-647-13

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.

Bodas, M., Velan, B., Kaplan, G., Ziv, A., Rubin, C., & Peleg, K. (2020). Assisted life termination and truth telling to terminally ill patients—a cross-sectional study of public opinions in Israel. *Israel Journal of Health Policy Research*, 9(1), 1-10.

Braun, K. L., & Nichols, R. (1997). Death and dying in four Asian American cultures: A descriptive study. *Death Studies*, 21(4), 327-359.

Braun, K. L., Tanji, V. M., & Heck, R. (2001). Support for physician-assisted suicide: Exploring the impact of ethnicity and attitudes toward planning for death. *The Gerontologist*, 41(1), 51-60.

Breitbart, W., Rosenfeld, B., Pessin, H., Kaim, M., Funesti-Esch, J., Galiotta, M., Nelson, C. J., & Brescia, R. (2000). Depression, hopelessness, and desire for hastened death in terminally ill patients with cancer. *JAMA*, 284(22), 2907-2911.

Butt, Z. A., Overholser, J. C., & Danielson, C. K. (2003). Predictors of attitudes towards physician-assisted suicide. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 47(2), 107-117.

Carmel, S. (2001). Fear of death and fear of dying scales: Structure and psychometric properties. *Gerontology: Journal of the Israeli Gerontological Society (Hebrew)*, 28, 133-153.

Carmel, S. (1996). Behavior, attitudes, and expectations regarding the use of life-sustaining treatments among physicians in Israel: An exploratory study. *Social Science & Medicine*, 43(6), 955-965.

Carmel, S. (1998). Medical students' attitudes regarding the use of life-sustaining treatments for themselves and for elderly persons. *Social Science & Medicine*, 46(4), 467-474.

Carmel, S. (2001). The will to live: Gender differences among elderly persons. *Social Science & Medicine*, 52(6), 949-958.

Carmel, S. (2002). Euthanasia: Attitudes, wishes and behavior of the public, patients and physicians. *Harefua: Journal of the Israel Medical Association (Hebrew)*, 141, 538-543.

Carmel, S. (2011). The will to live as an indicator of well-being and a predictor of survival in old age. In *Understanding well-being in the oldest-old*, edited by Poon, L., & Cohen-Mansfield, J., Cambridge University Press.

Carmel, S. (2013). End of Life Care related preferences, practice, communication and the law in Israel Presentation at the 20th IAGG World Conference of Gerontology and Geriatrics, Seoul, North Korea, June, 2013.

- Carmel, S. (2017). The will-to-live scale: Development, validation, and significance for elderly people. *Aging & Mental Health*, 21(3), 289-296.
- Carmel S., Barnoon S., & Zaltzman, T. (1990). Social class differences in coping with a physicians' strike in Israel. *Journal of Community Health*, 15, 45-57.
- Carmel, S., & Bernstein, J. H. (2003). Gender differences in physical health and psychosocial well being among four age-groups of elderly people in Israel. *International Journal of Aging & Human Development*, 56(2), 113-131.
- Carmel, S., & Mutran, E. (1997A). Preferences for different life-sustaining treatments among elderly persons in Israel. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 52(2), S97-S102.
- Carmel, S., & Mutran, E. (1997B). Wishes regarding the use of life-sustaining treatments among elderly persons in Israel: An explanatory model. *Social Science & Medicine*, 45(11), 1715-1727.
- Carmel, S., & Mutran, E. J. (1999). Stability of elderly persons' expressed preferences regarding the use of life-sustaining treatments. *Social Science & Medicine*, 49(3), 303-311.
- Chong, A. M., & Fok, S. Y. (2009). Attitudes toward euthanasia: Implications for social work practice. *Social Work in Health Care*, 48(2), 119-133.
- Cicirelli, V. G. (1997). Relationship of psychosocial and background variables to older adults' end-of-life decisions. *Psychology and Aging*, 12(1), 72-83.
- Cicirelli, V. G., McLean, A. P., & Cox, L. S. (2000). Hastening death: A comparison of two end-of-life decisions. *Death Studies*, 24, 401-419.
- Clery, E., McLean, S., & Phillips, M. (2007). Quickening death: The euthanasia debate. In: Park, A, Curtice, J, Thomson, K, Phillips, M, Johnson, M, (eds), *British social attitudes: perspectives on a changing society. 23rd annual report*, (pp. 35-54). London: Sage.
- Cohen, J., Marcoux, I., Bilsen, J., Deboosere, P., van der Wal, G., & Deliens, L. (2006). European public acceptance of euthanasia: Socio-demographic and cultural factors associated with the acceptance of euthanasia in 33 European countries. *Social Science & Medicine*, 63(3), 743-756.
- Cohen, J., Van Landeghem, P., Carpentier, N., & Deliens, L. (2013). Different trends in euthanasia acceptance across Europe. A study of 13 western and 10 central and eastern European countries, 1981-2008. *European Journal of Public Health*, 23(3), 378-380.
- Cohen, J., Van Landeghem, P., Carpentier, N., & Deliens, L. (2014). Public acceptance of euthanasia in Europe: A survey study in 47 countries. *International Journal of Public Health*, 59(1), 143-156.
- Cohen, S., & Syme, S. L. (1985). Issues in the study and application of social support. *Social Support and Health*, 3, 3-22.

- Danyliv, A., & O'Neill, C. (2015). Attitudes towards legalising physician provided euthanasia in Britain: The role of religion over time. *Social Science & Medicine*, *128*, 52-56.
- DeCesare, M. A. (2000). Public attitudes toward euthanasia and suicide for terminally ill persons: 1977 and 1996. *Social Biology*, *47*(3-4), 264-276.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, *49*(1), 71-75.
- Domino, G., Kempton, S., & Cavender, J. (1996). Physician assisted suicide: A scale and some empirical findings. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, *34*(3), 247-257.
- Doron, D., Wexler, I. D., Shabtai, E., & Corn, B. W. (2014). Israeli dying patient act: Physician knowledge and attitudes. *American Journal of Clinical Oncology*, *37*(6), 597-602.
- Emanuel, E. J., Daniels, E. R., Fairclough, D. L., & Clarridge, B. R. (1996). Euthanasia and physician-assisted suicide: Attitudes and experiences of oncology patients, oncologists, and the public. *The Lancet*, *347*(9018), 1805-1810.
- Emanuel, E. J., Onwuteaka-Philipsen, B. D., Urwin, J. W., & Cohen, J. (2016). Attitudes and practices of euthanasia and physician-assisted suicide in the United States, Canada, and Europe. *JAMA*, *316*(1), 79-90.
- Frileux, S., Lelievre, C., Munoz Sastre, M. T., Mullet, E., & Sorum, P. C. (2003). When is physician assisted suicide or euthanasia acceptable? *Journal of Medical Ethics*, *29*(6), 330-336.
- Frileux, S., Munoz Sastre, M. T., Antonini, S., Mullet, E., & Sorum, P. C. (2004). Acceptability for French people of physician-assisted suicide. *Death Studies*, *28*(10), 941-953.
- Fry, P. S. (2003). Perceived self-efficacy domains as predictors of fear of the unknown and fear of dying among older adults. *Psychology and Aging*, *18*(3), 474.
- Fry, P. S., & Debats, D. L. (2002). Self-efficacy beliefs as predictors of loneliness and psychological distress in older adults. *The International Journal of Aging and Human Development*, *55*(3), 233-269.
- Ganz, F. D., & Musgrave, C. F. (2006). Israeli critical care nurses' attitudes toward physician-assisted dying. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, *35*(6), 412-422.
- Guedj, M., Gibert, M., Maudet, A., Munoz Sastre, M. T., Mullet, E., & Sorum, P. C. (2005). The acceptability of ending a patient's life. *Journal of Medical Ethics*, *31*(6), 311-317.
- Himchak, M. V. (1997). Contributing factors that influence the elderly in their attitudes toward euthanasia. *Journal of Religious Gerontology*, *10*(2), 29-46.

- Ho, R. (1999). Factors influencing decisions to terminate life: Conditions of suffering and the identity of the terminally ill. *The Australian Journal of Social Issues*, 34(1), 25.
- Holloway, H. D., Hayslip, B., Murdock, M. E., Maloy, R., Servaty, H. L., Henard, K., Lopez, L., Lysaght, R., Moreno, G., Moroney, T., Smith, D., & White, S. (1995). Measuring attitudes toward euthanasia. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 30(1), 53–65.
- Kamble, S. V., Sorum, P. C., & Mullet, E. (2012). Young Indians' views of the acceptability of physician-assisted suicide. *International Perspectives in Psychology: Research, Practice, Consultation*, 1(3), 165.
- Kelly, B., Burnett, P., Pelusi, D., Badger, S., Varghese, F., & Robertson, M. (2003). Factors associated with the wish to hasten death: A study of patients with terminal illness. *Psychological Medicine*, 33(01), 75-81.
- Kelly, B., Burnett, P., Pelusi, D., Badger, S., Varghese, F., & Robertson, M. (2002). Terminally ill cancer patients' wish to hasten death. *Palliative Medicine*, 16(4), 339-345.
- Koenig, H. G., Wildman-Hanlon, D., & Schmader, K. (1996). Attitudes of elderly patients and their families toward physician-assisted suicide. *Archives of Internal Medicine*, 156(19), 2240-2248.
- Köneke, V. (2014). Trust increases euthanasia acceptance: A multilevel analysis using the European values study. *BMC Medical Ethics*, 15(86), 1-17.
- Leichtentritt, R. D., & Rettig, K. D. (1999A). Attitudes toward euthanasia and justifying reasons of elderly Israelis and their family members. *Journal of Personal & Interpersonal Loss*, 4(4), 317-344.
- Leichtentritt, R.D., & Rettig, K.D. (1999B). Meanings and attitudes toward end-of-life preferences in Israel. *Death Studies*, 23(4), 323-358.
- Lichtenstein, R. L., Alcser, K. H., Corning, A. D., Bachman, J. G., & Doukas, D. J. (1997). Black/white differences in attitudes toward physician-assisted suicide. *Journal of the National Medical Association*, 89(2), 125-133.
- Lulé, D., Nonnenmacher, S., Sorg, S., Heimrath, J., Hautzinger, M., Meyer, T., Kubler, A., Birbaumer, N., Ludolph, A. C. (2014). Live and let die: Existential decision processes in a fatal disease. *Journal of Neurology*, 261(3), 518-525.
- MacDonald, W. L. (1998A). The difference between blacks' and whites' attitudes toward voluntary euthanasia. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 37(3), 411-426.
- MacDonald, W. L. (1998B). Situational factors and attitudes toward voluntary euthanasia. *Social Science & Medicine*, 46(1), 73-81.
- McCarthy J. (2014). Seven in 10 Americans Back Euthanasia. Gallup website. <http://www.gallup.com/poll/171704/seven-americans-back-euthanasia.aspx>. (Accessed August, 28, 2016).

- Margalith, I., Musgrave, C. F., & Goldschmidt, L. (2003). Physician-assisted dying: Are education and religious beliefs related to nursing students' attitudes? *Journal of Nursing Education*, 42(2), 91-96.
- Moshe, S., & Gershfeld-Litvin, A. (2020). Old and Depressed? What We Think About Ending Their Suffering—Attitudes Toward Euthanasia for Elderly Suffering From Physical Versus Mental Illness. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 0030222820961241.
- Mullet, E., Neto, F., Pinto, C., Raich, R. M., Sastre, M. T. M., & Sorum, P. C. (2014). The acceptability of ending a patient's life: A France–Portugal–Spain comparison. *Death Studies*, 38(1), 28-35.
- Munoz Sastre, M. T., González, C., Lhermitte, A., Sorum, P. C., & Mullet, E. (2010). Do ethical judgments depend on the type of response scale? Comparing acceptability versus unacceptability judgments in the case of life-ending procedures. *Psicologica: International Journal of Methodology and Experimental Psychology*, 31(3), 529-539.
- Neimeyer, R. A., Wittkowski, J., & Moser, R. P. (2004). Psychological research on death attitudes: An overview and evaluation. *Death Studies*, 28(4), 309-340.
- Nortje, N. (2013). Cultural perspective on euthanasia. *Research in Psychology and Behavioral Sciences*, 1(5), 77-80.
- O'Mahony, S., Goulet, J., Kornblith, A., Abbatiello, G., Clarke, B., Kless-Siegel, S., Breitbart, W., Payne, R. (2005). Desire for hastened death, cancer pain and depression: Report of a longitudinal observational study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 29(5), 446-457.
- O'Neill, C., Feenan, D., Hughes, C., & McAlister, D. (2003). Physician and family assisted suicide: Results from a study of public attitudes in Britain. *Social Science & Medicine*, 57(4), 721-731.
- Oyserman, D., & Lauffer, A. (2002). Examining the implications of cultural frames on social movements and group action. *Understanding genocide: The social psychology of the Holocaust*, 162-187.
- Pearlin, L. I., & Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19(1), 2-21.
- Rae, N., Johnson, M. H., & Malpas, P. J. (2014). New Zealanders' attitudes toward physician-assisted dying. *Journal of Palliative Medicine*, 18(3), 259-265.
- Rietjens, J. A., van der Heide, A., Onwuteaka-Philipsen, B. D., van der Maas, Paul J., & van der Wal, G. (2005). A comparison of attitudes towards end-of-life decisions: Survey among the Dutch general public and physicians. *Social Science & Medicine*, 61(8), 1723-1732.
- Rodin, G., Zimmermann, C., Rydall, A., Jones, J., Shepherd, F. A., Moore, M., Fruh, M., Donner, A., Gagliese, L. (2007). The desire for hastened death in patients with metastatic cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, 33(6), 661-675.

- Ryynanen, O., Myllykangas, M., Viren, M., & Heino, H. (2002). Attitudes towards euthanasia among physicians, nurses and the general public in Finland. *Public Health, 116*(6), 322-331.
- Scholz, U., Doña, B. G., Sud, S., & Schwarzer, R. (2002). Is general self-efficacy a universal construct? Psychometric findings from 25 countries. *European journal of psychological assessment, 18*(3), 242-251.
- Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995). Generalized Self-Efficacy scale. In J. Weinman, S. Wright, & M. Johnston (Eds.), *Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs* (pp. 35–37). Windsor, UK: NFER-NELSON.
- Seale, C., & Addington-Hall, J. (1994). Euthanasia: Why people want to die earlier. *Social Science & Medicine, 39*(5), 647-654.
- Singer, P. A., Choudhry, S., Armstrong, J., Meslin, E. M., & Lowy, F. H. (1995). Public opinion regarding end-of-life decisions: Influence of prognosis, practice and process. *Social Science & Medicine, 41*(11), 1517-1521.
- Smith, K. A., Harvath, T. A., Goy, E. R., & Ganzini, L. (2015). Predictors of pursuit of physician-assisted death. *Journal of Pain and Symptom Management, 49*(3), 555-561.
- Stolz, E., Burkert, N., Grobschadl, F., Rasky, E., Stronegger, W. J., & Freidl, W. (2015). Determinants of public attitudes towards euthanasia in adults and physician-assisted death in neonates in Austria: A national survey. *PloS One, 10*(4), 1-15.
- Stronegger, W. J., Burkert, N. T., Grossschadl, F., & Freidl, W. (2013). Factors associated with the rejection of active euthanasia: A survey among the general public in Austria. *BMC Medical Ethics, 14*(1), 14-26.
- Teisseyre, N., Mullet, E., & Sorum, P. C. (2005). Under what conditions is euthanasia acceptable to lay people and health professionals? *Social Science & Medicine, 60*(2), 357-368.
- Tovel, H., Carmel, S., & Raveis, H.R. (2017). Relationships among self-perception of aging, physical functioning, and self-efficacy in late life. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*. doi:10.1093/geronb/gbx056.
- Velan, B., Ziv, A., Kaplan, G., Rubin, C., Connelly, Y., Karni, T., & Tal, O. (2019). Truth-telling and doctor-assisted death as perceived by Israeli physicians. *BMC medical ethics, 20*(1), 1-13.
- Verbakel, E., & Jaspers, E. (2010). A comparative study on permissiveness toward euthanasia religiosity, slippery slope, autonomy, and death with dignity. *Public Opinion Quarterly, 74*(1), 109-139.
- Ward, R. A. (1980). Age and acceptance of euthanasia. *Journal of Gerontology, 35*(3), 421-431.
- Wasserman, J., Clair, J. M., & Ritchey, F. J. (2005). A scale to assess attitudes toward euthanasia. *OMEGA - Journal of Death and Dying, 51*, 225-233.

Wasserman, J., Clair, J. M., & Ritchey, F. J. (2006). Racial differences in attitudes toward euthanasia. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 52(3), 263-287.

Weiss, G. L. (1996). Attitudes of college students about physician-assisted suicide: The influence of life experiences, religiosity, and belief in autonomy. *Death Studies*, 20(6), 587-599.

Weiss, G. L., & Lupkin, L. N. (2009). First-year college students' attitudes about end-of-life decision-making. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 60(2), 143-163.

Wenger, N. S., & Carmel, S. (2004). Physicians' religiosity and end-of-life care attitudes and behaviors. *Mount Sinai Journal of Medicine*, 71(5), 335-343.

Winter, L., & Parks, S. M. (2008). Family discord and proxy decision makers' end-of-life treatment decisions. *Journal of Palliative Medicine*, 11(8), 1109-1114.

Worthen, L. T., & Yeatts, D. E. (2001). Assisted suicide: Factors affecting public attitudes. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 42(2), 115-135.

Yun, Y. H., Han, K. H., Park, S., Park, B. W., Cho, C. H., Kim, S., Lee, D. H., Lee, S. N., Lee, E. S., Kang, J. H., Kim, S. Y., Lee, J. L., Heo, D. S., Lee, C. G., Lim, Y. K., Kim, S. Y., Choi J. S., Jeong, H. S., Chun, M. (2013). Attitudes of cancer patients, family caregivers, oncologists and members of the general public toward critical interventions at the end of life of terminally ill patients. *CMAJ*, 183(10), 673-679.

נספחים

לוח מספר 1: המשתנים הסוציו-דמוגרפיים ומצב הבריאות של המשתתפים במחקר (n=501)

משתנה	n	%
מגדר		
גברים	222	44.6
נשים	276	55.4
ארץ לידה		
ישראל	230	46.6
אחר	264	53.4
השכלה		
יסודית	100	21.1
תיכונית	142	25.7
על תיכונית	100	21.3
בעל תואר אקדמי	151	31.9
מצב כלכלי		
נמוך מהממוצע	69	13.9
ממוצע ומעלה	416	86.1
מצב משפחתי		
רווק	5	1.0
נשוי	264	53.8
גרוש	43	8.8
אלמן	173	34.4
משתנה	ממוצע (ס.ת.)	טווח
גיל	80.96 (4.52)	75-94
מספר ילדים	3.80 (2.16)	0-11

1-6	4.19 (1.02)	# מצב בריאות
1-5	2.65 (1.24)	^ מידת דתיות

1=רע מאוד 6=מצוין ^ 1=נמוכה 5=גבוהה

לוח מספר 2: מתאמי פירסון בין פריטי המתת חסד פעילה (הח"פ) לבין התאבדות באמצעות רופא (הב"ר) (n=501)

התאבדות באמצעות רופא (הב"ר)			המתת חסד פעילה (הח"פ)		
תרחיש ג'	תרחיש ב'	תרחיש א'	תרחיש ג'	תרחיש ב'	תרחיש א'
		1			1
	1	.88**		1	.88**
1	.85**	.82**	1	.88**	.81**

לוח מספר 3 : סטטיסטיקה תיאורית – ממוצעים, סטיית תקן וטווח של מדדי המחקר (n=501)

משתנה	ממוצע	סטטיית תקן	ערך מינימאלי	ערך מקסימאלי
אמון ברופא	3.82	.94	1.00	5.00
תחושת מסוגלות	3.15	.65	1.00	4.00
תמיכה חברתית	5.65	1.20	1.00	7.00
שביעות רצון מהחיים	3.96	.69	1.50	5.00
רצון לחיות	3.98	.94	.00	6.00
רצון להאריך חיים	2.68	1.31	1.00	5.00
חרדת מוות ומיתה	3.18	.74	1.00	5.00
הח"פ	3.35	1.95	1.00	6.00
הב"ר	3.41	1.95	1.00	6.00
מידת דתיות	2.65	1.24	1.00	5.00

לוח מספר 4: התפלגות המשתתפים לפי עמדותיהם כלפי המתת חסד באמצעות רופא (הח"פ) והתאבדות בעזרת רופא (הב"ר) (n=501)

האם חשוב לחוקק חוק המאפשר המתת חסד באמצעות רופא?	n	%
כן	283	56.8
לא	215	43.2
האם אתה בעד חוק שיאפשר לרופא לעזור לחולה להתאבד על ידי סם?		
כן	233	46.5
לא	262	52.3
האם שתי השיטות הרפואיות נתפסות על ידך כאמצעים מקובלים לסיום החיים?		
שתי השיטות אינן מקובלות	202	44.5
שתי השיטות מקובלות במידה שווה	299	55.5

לוח מספר 5: מתאמי פירסון בין גיל המשתתפים, מספר ילדיהם ומידת הדתיות שלהם לבין המתת חסד (הח"פ) והתאבדות בסיוע רופא (הב"ר) (n=501)

משתנה	הח"פ	הב"ר
גיל	-.04	-.07
מספר ילדים	-.38**	-.33**
מידת דתיות	-.61**	-.57**

לוח מספר 6: הבדלים בין מגדר, ארץ לידה ומצב כלכלי לבין עמדות כלפי הח"פ והב"ר (ניתוח סטטיסטי באמצעות מבחן t למדגמים בלתי תלויים) (n=501)

	המתת חסד באמצעות רופא (החפ)				התאבדות באמצעות רופא (הבר)			
	ממוצע	סטיית תקן	t	p	ממוצע	סטיית תקן	t	p
מגדר								
זכר	3.22	1.91	1.87	.06	3.25	1.92	.91	.36
נקבה	3.55	1.97			3.42	1.98		
ארץ לידה								
ישראל	3.28	1.90	1.51	.13	3.34	1.94	.31	.75
אחר	3.55	1.99			3.39	1.96		
מצב כלכלי								
נמוך מהממוצע	3.06	1.90	1.52	.12	3.14	1.88	.91	.36
ממוצע ומעלה	3.45	1.96			3.37	1.96		

לוח מספר 7: בחינת הבדלים בין סטטוס משפחתי והשכלה לבין עמדות כלפי הח"פ והב"ר באמצעות מבחן ANOVA חד כיווני (n=501)

	המתת חסד פעילה – הח"פ				התאבדות באמצעות רופא – הב"ר			
	ממוצע	סטיית תקן	F	p	ממוצע	סטיית תקן	F	p
סטטוס משפחתי								
נשוי	3.41	1.92	F(2,476)= 2.58	.07	3.37	1.92	F(2,476)= 7.99	<.001
גרוש	4.07	1.91			4.38	1.75		
אלמן	3.31	2.00			3.06	1.98		
השכלה								
יסודית	2.68	1.70	F(3,468)= 7.64	<.001	2.51	1.72	F(3,467)= 10.49	<.001
תיכונית	3.31	2.00			2.95	1.88		
על תיכונית	3.59	1.83			3.55	1.90		
בעל תואר אקדמי	4.01	1.97			3.91	1.93		

לוח מספר 8: מתאמי פירסון בין המשתנים הפסיכו-חברתיים הבלתי תלויים לבין המתת חסד פעילה (הח"פ) והתאבדות באמצעות רופא (הב"ר) (n=501)

המתת חסד פעילה – הח"פ התאבדות באמצעות רופא – הב"ר		
.123**	.130**	חרדה ממוות ומיתה
-.061	-.037	שביעות רצון מהחיים
-.034	-.037	רצון לחיות
-.320**	-.354**	רצון להאריך חיים
.140**	.141**	תחושת מסוגלות
-.093*	-.055	תמיכה חברתית
.068	.099*	אמון ברופאים ובמערכת הבריאות

*p<.05; **p<.001

לוח מספר 9: מתאמי פירסון/ספירמן בין המשתנים הרפואיים-נסיבתיים הבלתי תלויים לבין המתת חסד פעילה (הח"פ) והתאבדות באמצעות רופא (הב"ר) (n=501)

המתת חסד פעילה – הח"פ התאבדות באמצעות רופא – הב"ר		
-0.09	-0.02	מצב בריאות
.018	.033	חוויות קודמות עם גסיסה ומוות ^א

^א נבדק במבחן ספירמן

לוח מספר 10: תוצאות מבחן חי בריבוע לאי תלות לבחינת הקשר בין העמדה לגבי לגיטימציה חוקית להמתת חסד פעילה לבין הלגיטימציה לסיוע בהתאבדות באמצעות רופא (n=493)

סה"כ	האם אתה בעד התאבדות באמצעות רופא (הבר)?		
	לא	כן	
279	56 (11.4%)	223(45.2%)	כן האם אתה בעד המתת חסד
214	204 (41.4%)	10 (2%)	לא פעילה (החפ)?
493	260 (53.3%)	233 (46.7%)	סה"כ

$\chi^2(1)=275.17, p<.001$

לוח מספר 11: ממצאי רגרסיה היררכית להסבר המתת חסד פעילה – הח"פ (n=501)

ΔR^2	p	t	Beta	טעות תקן	B	מודל
.38	.71	-.36	-.02	.27	-.10	נשוי
	.95	.05	.004	.28	.01	אלמן
	.06	-1.84	-.08	.04	-.02	מספר ילדים
	.17	1.36	.05	.05	.07	השכלה
	<.001	-12.32	-.54	.06	-.85	מידת דתיות
.042	.97	-.03	-.002	.26	-.008	נשוי
	.99	-.003	.000	.27	-.001	אלמן
	.11	-1.56	-.070	.04	-.06	מספר ילדים
	.16	1.38	.05	.05	.07	השכלה
	<.001	-9.99	-.47	.07	-.73	מידת דתיות
	<.001	3.62	.13	.10	.36	חרדת מוות ומיתה
	<.001	-3.81	-.15	.06	-.23	רצון להאריך חיים
	.002	3.17	.13	.12	.40	תחושת מסוגלות
	.37	.81	.03	.07	.07	אמון ברופאים

R²=.422

לוח מספר 12: ממצאי רגרסיה היררכית להסבר התאבדות באמצעות רופא - הב"ר (n=501)

ΔR^2	p	t	Beta	טעות תקן	B	מודל	
.34	.05	-1.90	-.13	.27	-.53	נשוי	1
	.03	-2.12	-.15	.28	-.61	אלמן	
	.65	-.44	-.02	.04	-.02	מספר ילדים	
	<.001	-11.11	-.50	.07	-.79	מידת דתיות	
	.008	2.65	.11	.05	.15	השכלה	
.045	.13	-1.51	-.10	.27	-.41	נשוי	2
	.03	-2.08	-.14	.28	-.59	אלמן	
	.87	-.15	-.007	.04	-.007	מספר ילדים	
	<.001	-9.04	-.44	.07	-.68	מידת דתיות	
	.009	2.61	.11	.05	.14	השכלה	
	.001	3.24	.12	.10	.34	חרדה ממוות ומיתה	
	.001	-3.31	-.14	.06	-.213	רצון להאריך חיים	
	.001	3.30	.14	.13	.43	תחושת מסוגלות	
	.009	-2.62	-.11	.06	-.17	תמיכה חברתית	

 $R^2=.385$