

# עמדות כלפי מוות: השוואה בין אחיות לעובדות סוציאליות

דר' גילי פלג, דר' רונית ליכטנטריט

אחרי והימנעות ממחשבות על המוות. תוצאות המחקר מראות, שבקרב כלל משתתפות המחקר לא נמצאו עמדות קיצון (עמדות חיוביות מאוד או שליליות מאוד) כלפי המדדים המרכזיים את תופעת המוות. עם זאת, נמצאו הבדלים מובהקים בין שני המקצועות, במדדים של מוות כמפלט מסבל, הימנעות ממוות ותפיסת מוות כמעבר לחיים אחרי. כלומר, הפרופסיה יש בה כדי לתרום לאופן תפיסתו של הפרט את תופעת המוות. מסקנות המחקר עוסקות במאפיינים הייחודיים של הסיעוד בכלל וסיעוד אונקולוגי בפרט, למול מאפייני מקצוע העבודה הסוציאלית. אפיונים אלו מאפשרים הבנה על האופן הייחודי בו מבנה האחות את עמדותיה כלפי מוות, בהשוואה לעמדותיה של העובדת הסוציאלית.

אחיות ועובדות סוציאליות שמטפלות בחולים בסוף חייהם, נחשפות באופן אינטנסיבי לתופעת המוות. במחקר הנוכחי אנו מבקשות לבחון את עמדותיהן של עובדות סוציאליות, בהשוואה לעמדותיהן של אחיות כלפי מוות. הרציונאל למחקר מבוסס על ההבנה, כי רק איש מקצוע המודע לעמדותיו כלפי המוות יכול להעניק טיפול אחראי ומקצועי למטופל בשלבי חיי האחרונים.

במחקר נטלו חלק 373 נשות מקצוע המתחלקות לשתי קבוצות עיסוק: אחיות (n=191) ועובדות סוציאליות (n=182). הנתונים נאספו באמצעות שני שאלונים: שאלון מאפיינים אישיים ושאלון עמדות כלפי מוות (DAP-R). שאלון זה כולל חמישה מדדים: קבלה טבעית של המוות, פחד מפני המוות, תפיסת המוות כמפלט מסבל, תפיסת המוות כמעבר לחיים

## מושג המוות: ממדים עיקריים

בנושא המוות בולט מחסור ב"תיאורית-על" מקיפה, אשר ממנה יוצאים ומונעים החוקרים (Neimeyer, Epting, & Krieger, 1994; Neimeyer, Wittkowski, & Moser, 2004; Wong, Reker, & Gesser, 1994). בהעדר תיאוריה מרכזית, לא קיימת גישה תיאורטית העוסקת בממדים השונים של תופעת המוות. עם זאת, ניתן להבחין בספרות בניסיונות לחלק את מושג המוות לחמישה ממדים עיקריים. ממדים אלו, מבוססים על טווח המצוי בין שתי עמדות קיצוניות: (א) מוות וגסיסה כתופעה טבעית למול תופעה מאיימת, (ב) התייחסות רגשית למוות ולגסיסה: בין חרדה לתחושת שלווה, (ג) המוות כמפלט מסבל, (ד) עיסוק במוות: ממד זה נע על טווח בין נגישות נושא המוות ליחיד לבין הימנעות הפרט מהתופעה, (ה) מוות כמצב מעבר למול סיטואציה סופית. ממדים אלו כוללים התייחסות להיבטים אישיים (פיזיים, קוגניטיביים, רגשיים), בין-אישיים ורוחניים של המוות ומדגישים את מורכבות התופעה.

**מוות וגסיסה כתופעה טבעית למול תופעה מאיימת:** ראיית המוות כדבר טבעי ובלתי נפרד מהחיים, הינו מצב בו אדם מרגיש בנוח עם הידיעה האינטלקטואלית והמודעות למוות של עצמו. קצה אחר של ממד זה, מתייחס למצב בו תופס הפרט את המוות כאירוע מאיים (פלג, 2005).

**התייחסות רגשית למוות ולגסיסה:** הממד הקודם הדגיש את ההיבט הקוגניטיבי שמייחס הפרט לתופעת המוות. הממד הנוכחי עוסק

## מבוא

המחקר הנוכחי עוסק בעמדותיהן של אחיות למול עמדותיהן של עובדות סוציאליות כלפי מוות, מתוך הנחה כי תהליך הסוציאליזציה המקצועית אותו חווה איש המקצוע, הינו בעל השפעה על עמדות אלו. המחקר מונע מהכרה בחשיבות בבחינת עמדותיהן של אחיות ועובדות סוציאליות כלפי מוות, משתי סיבות עיקריות: האחת, היות מקצועות טיפוליים אלו במפגש קרוב ואינטנסיבי עם החולה הנטוה למוות (פלג, 2005; Leichtentritt, 2002). השנייה, העדר ידע אמפירי אודות עמדותיהן של אחיות ועובדות סוציאליות בישראל כלפי מוות, וזאת למרות העובדה כי הספרות מכירה בקשר בין מודעות איש המקצוע את עמדותיו כלפי מוות, והיכולת להעניק טיפול אחראי ומקצועי למטופל בשלבי חיי האחרונים (Feifel, 1990; Payne, Dean, & Kalus, 1999; Sulmasy, 2002; Rooda, Clements, & Jordan, 1999; 1998). לצורך בחינת עמדותיהן של איש המקצוע כלפי המוות, יש צורך בהבנת מושג המוות ובזיהוי המדדים השונים הנכללים בתוכו. סקירת הספרות עוסקת אם כן בהפרטת מושג המוות, טרם בחינת הידוע אודות עמדות אנשי מקצוע כלפי מוות.

דר' גילי פלג, עמית הוראה, החוג לסיעוד, אוניברסיטת חיפה  
gillypel@bezeqint.net.il

דר' רונית ליכטנטריט, מרצה, ביה"ס לעבודה סוציאלית,  
ronitl@post.tau.ac.il

אחד מממדים אלו.

**מוות כתופעה טבעית למול תופעה מאיימת:** אנשי מקצוע נוטים שלא לראות במוות חלק טבעי ממעגל החיים (Black, 2007). מחקר כמותי שבחן עמדות של 135 אנשי מקצוע: 74 אחיות, 32 רופאים, ו-29 עובדים סוציאליים מצא כי אנשי מקצוע מתחום הבריאות תופסים את המוות כתופעה מאיימת, שאינה חלק ממעגל חיים טבעי. תפיסה זו בלטה במיוחד בקרב העוסקים במקצועות הריפוי: רופאים בראשונה ואחיות לאחריהם. לבסוף אפיינה תפיסה זו גם אנשי מקצוע העוסקים בעבודה סוציאלית (Black, 2007).

**פחד מפני המוות:** במחקר שנערך על ידי Ungar ועמיתים (1990) נבחנו ביטויי פחד ממוות אישי (personal death) בקרב רופאים, אחיות ועובדות סוציאליות. בהשוואה בין בעלי מקצוע שונים, נמצא שרופאים הפגינו רמת פחד נמוכה ביותר ממוות אישי, לאחר מכן האחיות, והעובדות הסוציאליות הפגינו את רמת הפחד הגבוהה ביותר ממוות אישי. לעומת ממצא זה, במחקר שנעשה מספר שנים מאוחר יותר ובחן עמדות של אחיות ועובדות סוציאליות במסגרות של בתי חולים (n=106) והוספס (n=76), נמצא כי עובדות סוציאליות הביעו את חרדת המוות הנמוכה ביותר, בהשוואה לאחיות מוסמכות ואחיות מעשיות (Carr & Merriman, 1996). ממצא זה נמצא בהלימה למחקר שנערך על ידי Black (2007), שמצא כי רופאים מחזיקים בפחד הגבוה ביותר מפני המוות, לאחר מכן האחיות, והפחד הנמוך ביותר זוהה בקרב עובדות סוציאליות. למרות שמסתמנת בספרות הבנה אודות קיומם של פערים בין אנשי המקצוע ביחס לרמות הפחד ממוות אותו מפגין נתן השירות, לא ברורה עדיין עוצמת הפחד של האחיות בהשוואה לזאת של העובדות הסוציאליות.

**מוות כמפלט מסבל:** מחקר אחד התייחס למימד זה בבחינת עמדות איש המקצוע כלפי מוות, ומצא כי אחיות ועובדות סוציאליות החזיקו בהשקפה דומה, המצביעה על נטייה קלה לראות במוות כמפלט מסבל. ראוי לציין, כי רופאים החזיקו בעמדה זו הרואה במוות פתרון לחיי סבל במידה נמוכה (Black, 2007).

**מוות כמצב מעבר למול מצב סופי:** הספרות חלוקה בהבנת עמדות אנשי מקצוע בהקשר למימד זה. חלק מהמחקרים שבחנו עמדות אנשי מקצוע כלפי מוות בהתאם לתפיסת היחיד אודות המתרחש לאחר הפטירה, מצאו כי רוב האחיות תפסו את המוות כהתחלה של קיום אחר טוב יותר (מוות כמצב מעבר). מאידך, בקרב עובדות סוציאליות, רובן תפסו את המוות כהכחדה וכמצב סופי (Carr & Merriman, 1996). לעומת זאת, במחקר אחר נמצא שאחיות הראו נטייה בולטת לתפוס את המוות כחידולן מוחלט של הקיום, ואילו עובדות סוציאליות, על פי מחקר זה, לא הראו נטייה חד משמעית לאחת מן התפיסות (Black, 2007).

**עיסוק במוות:** אחיות ועובדות סוציאליות מתחום הבריאות קרובות בעבודתן אל המוות. עם זאת, שאלת הקשר בין הקרבה אל המוות והעיסוק של הפרט בתופעה אינה ברורה בספרות (Bassett & Williams, 2002; Payne et al., 1998). ממחקרו של Black (2007) עולה כי אנשי מקצוע נוטים להימנע מעיסוק בנושא המוות. הימנעות

בהיבט הרגשי שמייחס הפרט למשמעות מותו, וקיבל התייחסות אמפירית רחבה. ניתן לזהות טווח רחב של תגובות רגשיות למוות, הנע מחרדה בקצה אחד ועד לתחושת שלווה בקצה האחר (כהן וכרמל, 2003; קובלר-רוס, Carmel, 2002; Bassett & Williams, 2002; Florian & Mikulincer, 1998; Hamama-Raz, Solomon, & Ohry, 2000; Mikulincer, Florian, Birnbaum, & Malishkevich, 2002; Neimeyer, 1994; Tamm, 1996).

**מוות כמפלט מסבל:** בהתייחסות אל המוות כמפלט מסבל, המוות לא נתפס כ"טוב" אלא החיים נתפסים כ"רע", ואכן מדובר בסיטואציות בהן החיים הם מלאי סבל וכאב, והעמדה המיוחסת למוות היא כאל פתח מילוט ושחרור (Neimeyer, Fontana, & Gold, 1984; Wong et al., 1994).

**העיסוק במוות:** המשמעות שיוחסה עד כה לתופעת המוות הינה בעיקרה קוגניטיבית ורגשית. מחקרים מצביעים כי תופעת המוות כוללת גם היבט אופרטיבי, המבוסס על מידת העיסוק והמחשבה של הפרט אודות המוות. ממד זה נע על רצף בין חשיבה ועיסוק בתופעת המוות, לבין התעלמות והכחדה של הנושא (פלג, 2005).

**מוות כמצב מעבר למול מצב סופי:** ההתמקדות בממד זה במתרחש לאחר המוות, והינו ממד פילוסופי-רוחני בבסיסו. ממד זה נע על רצף בין ייחוס משמעות למוות כסוף מוחלט לקיום האדם, כהכחדה, ומנגד ייחוס משמעות למוות כמעבר לחיים או קיום אחרי המוות (כרמל, 2001; קובלר-רוס, Greeley & Durlak, Horn, & Kass, 1990; Hout, 1999; Holcomb, Neimeyer, & Moore, 1993; Marrone, 1999; Rose & O'Sullivan, 2002; Tomer, 1994).

לסיכום, המוות הינו תופעה מורכבת ורב ממדית. הבנה זו אודות התופעה אינה מאפשרת התייחסות פשטנית כדוגמת "עמדות חיוביות" או "שליליות" כלפי המוות, ומחייבת בחינה מעמיקה אודות עמדותיו של איש המקצוע ביחס לכל אחד ממרכיבי התופעה. עם זאת, רוב רובו של המחקר בתחום לא אימץ תפיסה רב-ממדית זו, למרות שזו מומלצת בספרות העוסקת בתחום (Neimeyer et al., 2003, 2004).

## עמדות אנשי מקצוע כלפי המוות

הקשרים בין פרופסיה לבין עמדות כלפי מוות, נבחנו עד היום באופן חלקי. רוב המחקרים עסקו בעמדות כלפי המוות בקרב רופאים (אונגר, 1986; חממה-רוז, 1996; Black, 2007; Carmel, 1998; 1996; Viswanathan, 1996; Ulla et al., 2003), כאשר אוכלוסיית העובדות הסוציאליות זכתה לתשומת לב אמפירית מועטה (אונגר, 1986; מאור-גוטמן, 2001; Black, 2001; Berkman, Heinik, & Rosenthal, 2001; Ulla et al., 2003; Ungar, Florian, & Zernisty-Shurka, 1990; Werner & Carmel, 2001). כמו כן, עד כה נבחנו בספרות אספקטים בודדים מתוך המשתנה המורכב של עמדות כלפי מוות (כדוגמת חרדת מוות), תוך התעלמות מממדים נוספים המהווים חלק ממשנתה זה. סקירת הספרות הנוכחית מובנת בהתאם להכרה בקיומם של חמישה ממדים לתופעת המוות, ובהתאמה מוצגים לקורא ממצאים אמפיריים אודות עמדותיהם של אנשי מקצוע ביחס לכל

אחיות – 191 משיבות (51.2%), ועובדות סוציאליות שעוסקות בתחום הבריאות – 182 משיבות (48.8%). משתתפות המחקר אותרו באמצעות מקום עבודתן. מקומות העבודה בהן נאספו שאלונים כללו בתי חולים (24.7%), קופות חולים בקהילה (66.5%) ומסגרות טיפול לחולים הנזקקים למוות (8.8%). התפלגות האחיות והעובדות הסוציאליות על פי מאפייניהן הדמוגרפיים מוצגת בטבלה 1. כפי שניתן לראות בטבלה 1, בהתייחס למאפיינים הדמוגרפיים העיקריים, עולה שרוב המשיבים במחקר היו נשים, יהודיות, חילונית, נשואות ואמהות לילדים. מההתפלגויות המוצגות בטבלה, ניתן לזהות הבדלים תיאוריים במאפיינים הדמוגרפיים של אחיות ועובדות סוציאליות שלקחו חלק במחקר הנוכחי. הבדלים אלו הובילו לניתוחי  $\chi^2$ . נמצאו הבדלים מובהקים באשר למצב המשפחתי, דת, גיל, השכלה וותק במקצוע. באופן כללי עולה כי עובדות סוציאליות במערכת הבריאות נוטות להיות צעירות, בעלות ותק מצומצם ובעלות השכלה גבוהה יותר בהשוואה לאחיות.

זו בלטה במיוחד בקרב רופאים, לאחר מכן אחיות. בקרב עובדות סוציאליות הימנעות מעיסוק במוות הייתה יחסית ברמה נמוכה. ראוי לציין כי מימד זה, העוסק בנכונות לעסוק בתופעת המוות, הינו קריטי לתפקודו של איש המקצוע בתחום הבריאות (Sulmasy, 2002). לאור מיעוט המחקרים וחוסר הסכמה בשאלה האם קיימים הבדלים בין פרופסיות שונות בעמדות כלפי מוות ומה אופיים של הבדלים אלו, צפוי המחקר הנוכחי להוסיף נדבך לספרות בתחום ולהאיר סוגיות אלו ביתר דיוק, תוך בחינת ההבדלים בתפיסתן של עובדות סוציאליות בתחום הבריאות ואחיות את הממדים השונים, המרכיבים את עמדות הפרט כלפי המוות. כמו כן, המחקר הנוכחי תורם לספרות (א) בהציעו על אוכלוסיית העובדות הסוציאליות כרלוונטית בהבנת עמדותיהן כלפי מוות, (ב) במעבר מהתייחסות לעמדות איש המקצוע כלפי מוות כדיכטומית חד ממדית (חיובית/שלילית) להתבוננות רב-ממדית, (ג) בהרחבת הידע אודות עמדות כלפי מוות באופן ספציפי לישראל, שכן מחקרים שנעשו בארץ בתחום מעטים.

### כלי מחקר

הנתונים נאספו באמצעות שני שאלונים, אחד התייחס למאפיינים האישיים והאחר לעמדות איש המקצוע כלפי מוות. **שאלון דמוגרפי:** כולל 12 שאלות אודות מאפיינים אישיים ובכללם

### שיטת המחקר

#### מדגם

במחקר נטלו חלק 373 משיבות, אשר מהוות כ- 43% מסך אלו שגשלו אליהן שאלונים. המשיבות נחלקות לשתי קבוצות עיסוק:

**טבלה 1: התפלגות (%) (n, ת) אחיות ועובדות סוציאליות על-פי מאפיינים דמוגרפיים**

$\chi^2$	עובדות סוציאליות		עובדות סוציאליות		ערכים	מאפיינים
	אחוזים	n	אחוזים	n		
3.17	10.9 89.1	20 164	5.7 94.3	10 166	גברים נשים	מגדר
6.26*	31.9 66.5 1.6	61 127 3	44.4 53.9 1.7	80 97 3	40-20 60-41 80-61	גיל
6.07*	76.7 23.3	145 44	86.7 13.3	156 24	נשואה לא נשואה	מצב משפחתי
0.33	88.3 11.7	166 22	86.3 13.7	151 24	יש ילדים אין ילדים	ילדים
7.87*	91.9 8.1	170 15	95.6 4.4	173 8	יהודי לא יהודי	דת
1.84	15.5 21.4 63.1	29 40 118	11.7 18.9 69.4	31 34 125	דתי שומר מסורת חילוני	דתיות
111.17***	46.3 34.0 19.7	87 64 37	1.7 39.7 58.7	3 71 105	על תיכונית תואר ראשון תואר שני ומעלה	השכלה
21.19***	8.4 12.6 31.9 47.1	16 24 61 90	22.5 18.1 29.1 30.2	41 33 53 55	5-0 שנים 10-6 שנים 20-11 שנים 21+ שנים	ותק במקצוע

\* $p < .05$  \*\*\* $p < .001$

טבלה 2: חלוקת פריטי שאלון תפיסות כלפי מוות (DAP-R) לפי גורמים וממצאי α בעבר ובמחקר הנוכחי			
המדד	הפריטים	α בעבר	α במחקר הנוכחי
קבלה טבעית	6, 14, 17, 24, 30	.65	.63
פחד ממוות	1, 2, 7, 18, 20, 21, 32	.86	.81
מוות כמפלט מסבל	5, 9, 11, 23, 29	.84	.79
הימנעות ממוות	3, 10, 12, 19, 26	.88	.89
מוות כמעבר לחיים אחרי	4, 8, 13, 15, 16, 22, 25, 27, 28, 31	.97	.92

ורוחניות שונות ועמדותיהם כלפי המוות בהתאם (Wink, 2006), התמודדותן של מורות עם אבל ויחסן למוות (Reid & Dixon, 1999), עמדותיהן של אחיות כלפי מוות (Rooda et al., 1999; Payne et al., 1999), ועמדותיהם של צוותים רפואיים כלפי המוות והקשר בין התנהגותם התקשורתית בעניין הוראות רפואיות מקדימות (Black, 2007). לצורך המחקר תורגם השאלון מאנגלית לעברית ובחזרה מעברית לאנגלית, על ידי שלושה מתרגמים בלתי תלויים. בפריטים בהם הייתה אי התאמה מלאה בתרגום, נערך בין המתרגמים תהליך של הסכמת שופטים לגבי התרגום ההולם ביותר.

### ממצאים

עמדות כלפי מוות נבחנו באמצעות חמישה מדדים: א. קבלה טבעית, ב. פחד ממוות, ג. מוות כמפלט, ד. הימנעות ממוות, ה. מוות כמעבר לחיים אחרי. כמוזכר, על-מנת להקל על הקורא, נקבע טווח ציונים אחיד לכל המדדים, הנע בין 1 ל-100. הממוצעים וסטיות התקן חושבו בהתאמה.

נמצא הבדל מובהק בעמדות כלפי המוות בין האחיות לבין העובדות הסוציאליות,  $F(5,356)=10.29; p<.001$ . כלומר, עמדות האחיות כלפי המוות היו שונות מאלו של העובדות הסוציאליות. ממצא כללי זה דורש העמקה ביחס לכל מדד המרכיב את עמדות הפרט כלפי מוות, וזאת על מנת להבין את אופי ההבדלים וטיבם. תוצאות ניתוחי

מגדר, גיל, מקצוע, דת ודתיות.

**שאלון תפיסת מוות (DAP-R- Death Attitude Profile Revised):** השאלון פותח על ידי Wong ועמיתים (1994) ומטרתו לבדוק עמדות כלפי מוות. השאלון כולל 32 פריטים המסווגים לחמישה מדדים: א. קבלה טבעית – המוות

חלק מהחיים ("מוות הוא היבט טבעי של החיים"). ב. פחד ממוות ("האפשרות שאני אמות מעוררת בי חרדה"). ג. מוות כמפלט מסבל ("המוות מספק מפלט מהעולם הנורא הזה"). ד. הימנעות ממוות ("אני נמנעת ממחשבה על מוות בכל מחיר"). ה. מוות כמעבר לחיים אחרי ("מוות הוא איחוד עם אלוהים ועם אושר נצחי"). התשובות הן בסולם ליקרט בן 5 דרגות הסכמה: 1 = מסכימה מאד, ועד 5 = לא מסכימה. על מנת להקל על קורא המחקר, התשובות ניתנו בסולם של 1 עד 100 ונקבע טווח ציונים אחיד לכל המדדים. ככל שהציון למימד גבוה יותר, אזי איש המקצוע מחזיק יותר בגישה זו כלפי המוות, לדוגמה, ככל שהציון גבוה יותר במימד "המוות כמפלט", אזי איש המקצוע תופס יותר את המוות כמפלט מסבל.

תוקף הכלי נבחן באמצעות התאמה לשני שאלונים שקיימים בתחום: האחד, D.A.S. = Death Anxiety Scale (Templer, 1970) והשני, S.D. = Semantic Differential (Osgood, Suci, & Tannenbaum, 1957). עם שני שאלונים אלו נמצאה התאמה חיובית.

מהימנות הכלי נבחנו באמצעות מקדם אלפא של עקביות פנימית, ומהימנות המבחן החוזר לאחר 4 שבועות. בדיקות אלו הצביעו על תוצאות הנעות בין טוב למצוי (Clements & Rooda, 1999/2000; Wong et al., 1994; Neimeyer, Moser, & Wittkowski, 2003). בטבלה 2 מוצגת חלוקת פריטי השאלון למדדים שונים וממצאי ניתוח העקביות הפנימית, כפי שמדווחים על ידי מפתחי השאלון (Wong et al., 1994)

וכפי שנמצאו במחקר הנוכחי.

שאלון זה היווה כלי מדידה במחקרים נוספים, אשר בחנו אספקטים הנוגעים למוות בקרב קבוצות שונות, לדוגמה: זכרונותיהם של סטודנטים את מפגשם הראשון עם המוות והשפעת זיכרון זה על תפיסת המוות כיום (Knight, Elfenbein, & Capozzi, 2000), קשישים בעלי אמונות דתיות

טבלה 3: ממוצעים וסטיות תקן של מדדי העמדה כלפי מוות בקרב אחיות בהשוואה לעובדות סוציאליות					
מדדי עמדות כלפי מוות	עובדות סוציאליות		אחיות		F(1,360)
	SD	M	SD	M	
קבלה טבעית	14.24	76.70	13.22	79.25	1.69
פחד ממוות	17.33	59.61	18.33	56.58	1.90
מוות כמפלט	18.99	45.26	20.04	52.96	9.22**
הימנעות ממוות	17.39	39.09	22.57	47.74	13.55**
מוות כמעבר לחיים אחרי	17.80	38.24	18.33	45.83	18.25***

\*\*p<.01 \*\*\*p<.001

כמעבר לחיים אחרי. ממצאים אלו מרמזים על הבדלים בתפקידה של האחות למול תפקידה של העובדת הסוציאלית במערכת הבריאות, כמו גם על הבדלים בתפיסת הדיסציפלינות השונות את הממדים השונים, הנקשרים לתופעת המוות.

בהתייחס לתפיסת המוות כמפלט מסבל, נמצא שאחיות תופסות יותר את המוות כמשחרר מסבל, בהשוואה לעובדות הסוציאליות. הבדל זה יכול להינעץ בהגדרות התפקיד השונות של האחיות והעובדות סוציאליות, דבר המוביל לעשייה ולמעורבות שונות בעת הטיפול בחולה. האחיות, אשר מתוקף תפקידה והתמחותה עוסקות במידה רבה במתן מענה לסימפטומים הפיזיים הקשים עימם מתמודד החולה (Georges, Grypdonck, & Dierckx de Casterle, 2002), נתקלת בסבל הפיזי אותו חווה החולה. בנוסף לכך, ניסיונותיה של זו להועיל ולהיטיב עם החולה, יכולים להוביל לתחושת מעורבות ואחריות לקיומו או לאי קיומו של הסבל. לעיתים, על אף הניסיונות הרבים, לא צולחת דרכם של מטפלים בצמצום או במיגור הסימפטומים הפיזיים (פלג, 2005). במצבים אלו יכול להיתפס מותו של החולה כשחרור מסבל פיזי. מאידך, אמונה העובדת הסוציאלית בתחום הבריאות במסגרת תפקידה, על הטיפול בהיבטים פסיכו-

סוציאליים של החולה ובני משפחתו. ראוי לציין כי גם האחיות עוסקות בהיבטים אלו, אך אין זה, בניגוד לטיפול סיעודי בחולה, ייחוד של המקצוע. העובדת הסוציאלית ייחוד מקצועה בעיסוק בהתמודדות החולה ובני משפחתו עם המחלה, מגבלותיה והשלכותיה ברמה הרגשית, המשפחתית והמערכתית (מוסיוב ויתן, 1994; Sheldon,

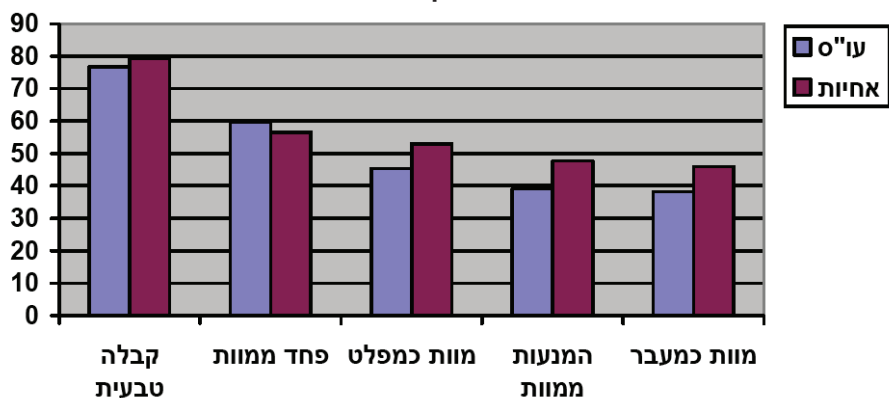
2000). התייחסות למשמעויות הנובעות ממצבו של החולה הן בהווה והן בעתיד, התייחסות לאובדן חלומות ותקוות, גילוי תעצומות הנפש במצב משבר והשלכות מחלת האדם על סביבתו, הינם חלק מהנושאים העולים בשיחות עם חולים ובני משפחותיהם. המוות במובן זה אינו מפלט מסבל, כי אם קטיעה של מהלך חיים אשר מוטב לו היה ממשיך, כפי שעולה על פי רוב בשיחות עם מטופלים.

הסבר נוסף לתוצאות המראות כי העובדות הסוציאליות רואות פחות במוות כמפלט מסבל, יכול להישען על הבדלים בפירוש ובהתייחסות למונח "סבל". עובדות סוציאליות בעבודתן בתחום הבריאות עוסקות במתן עזרה רגשית, לאנשים שחיהם הופרעו על ידי חולי ואשר מתמודדים עם שאלות נוקבות באשר למשמעותו וטעמו, או אי טעמו, של עצם הקיום (גוטמן, 1999). הפילוסופיה האקזיסטנציאליסטית עוסקת בשאלת פשר הקיום, וטוענת כי כל אדם שואף להגיע למשמעות אישית של חייו ובידי ליצור ולגלות משמעות

השונות שנעשו לכל מדד בנפרד, כמו גם הממוצעים וסטיות התקן של שתי הקבוצות, מוצגים בטבלה 3.

ניתן לראות מתרשים 1 ומטבלה 3 מספר ממצאים בולטים: האחד, טווח הציונים בין הממדים השונים רחב (מ 38.24 ועד 79.25 בכלל המדגם), אך אינו מייצג ציוני קיצון (עמדה חיובית מאוד או שלילית מאוד) בהתייחס לכל אחד מהממדים שנבחנו. השני, הממוצעים בקרב העובדות הסוציאליות נמוכים בהשוואה לממוצעים בקרב האחיות, מלבד הפחד מהמוות, שההבדל בו אינו מובהק סטטיסטית. השלישי, לא ניתן לומר כי כלל העמדות כלפי מוות של נשות מקצוע אחד הן חיוביות יותר בהשוואה לנשות מקצוע אחר, שכן נמצאו הבדלים מובהקים בשלושה ממדים בלבד. כמו-כן, הממדים המובהקים אינם מראים על מגמה ברורה של דיסציפלינה מקצועית אחת כבעלת עמדה חיובית יותר כלפי מוות, בהשוואה לדיסציפלינה אחרת; כך לדוגמה במדד של הימנעות ממוות נמצא, שעובדות סוציאליות נכונות יותר לעסוק ולהיות שותפות לתהליך חשיבה ודיון סביב תופעת המוות בהשוואה לאחיות, בו בזמן שאחיות תופסות את המוות יותר כמפלט מסבל בהשוואה לעובדות סוציאליות. ממצאים אלו מחזקים

תרשים 1: ממוצעים של ממדי העמדה כלפי מוות בקרב אחיות ועובדות סוציאליות



את הטענה, כי לא ניתן להתייחס לעמדות כלפי מוות כמשנתה חד ממדי, אלא רב הממדיות והשונות בחובו רבה.

ראוי לציין, כי מסתמנת נקודת מבט ייחודית אודות תופעת המוות לעוסקות בסיעוד, בהשוואה לנקודת מבטן של עובדות סוציאליות. אחיות נוטות לראות במוות פתרון לקושי ו/או לסבל עימו מתמודד הפרט בחיים, מתוך אמונה בקיומה של המשכיות לאחר המוות. תפיסת עולם המדגישה את סופיות המוות, כמו גם את ההנחה כי המוות אינו מהווה מפלט מהסבל הנלווה לחייו של החולה, אפיינה יותר את העובדות הסוציאליות שלקחו חלק במחקר, ולוותה בנכונות לחשוב ולעסוק בתופעת המוות.

**דיון**

נמצאו הבדלים מובהקים בין האחיות לעובדות הסוציאליות, בשלושה מתוך חמשת הממדים: המוות כמפלט מסבל, הימנעות ממוות והמוות

קשורה עם משמעות חיובית ומיטיבה כלפי מוות. Drolet (1990) ו-Rasmussen & Johnson (1994) משלימים את Wong (2000), בציינם כי האמונה בקיום חיים לאחר המוות עוזרת לאנשים להתמודד עם הפחד מהמוות, בהשוואה לאנשים שאינם מחזיקים בהשקפה כזו. האמונה לפיכך באי-מורטליות, מאפשרת לפרט להימנע מהייאוש, מהבדידות ומהדיכאון הנקשרים לאובדן (קובלר-רוס, Jasnaw, 1985; 2002).

מכאן נשאלת השאלה, מדוע ראיית המוות כמעבר לחיים שאחרי מפחיתה את תחושת אי הנוחות באשר לנושא המוות? חלק מהתפיסה הקוגניטיבית של האדם אודות מושג המוות כולל את עיקרון הסופיות, הווה אומר, הבנת העובדה שהמוות הינו מצב בו נפסקות כל פונקציות החיים (סמילנסקי, 1981). תפיסת העולם המאפיינת אחיות כפי שעולה במחקר זה, כי מוות הינו מעבר לחיים אחרי, מהווה פתרון פסיכולוגי לקונפליקט הפנימי שנוצר בעקבות הקושי בקבלת סופיות המוות (Rank, 1998). עובדה היא כי בני אדם הינם בעלי תובנה באשר להיותם בני תמותה, ועם זאת פוחדים מהמוות (Neimeyer, 1994), אזי על מנת להתמודד עם קושי זה האדם יצר פתח הפרדה בין מות הגוף למות הנפש, כשאת מדרכי ביטוייה הינה האמונה בחיים אחרי המוות. Lifton (1968) גרס כי "לאדם יש צורך, אל מול מותו הביולוגי, לשמור על גרעין של המשכיות עם מה שהיה לפני ומה שימשך אחרי קיומו הוא" (ת.ח. 7, p.7), צורך זה כונה "נצחיות סימבולית". הוא טען כי החיים מאויימים בכל פעם שהמוות אינו מוסמל (symbolized) או מותמר (converted) למשהו שמעבר לגבולות הניסיון של ההווה המוכרת, קרי, היכולת של האדם להתמודד עם המוות מתוך התבוננות על מהויות מסוימות בקיומו, כנצחיות. האמונה בחיים אחרי המוות היא אחת מצורות הביטוי של נצחיות סימבולית (Lifton, 1973, 1979). בהתאם לאמור, אפשר לקשור בין ההתעמתות הגבוהה של האחיות עם מות האדם, לבין הצורך הגובר שלהן בתהליך ההתמרה של המוות למשהו לא סופי, כלומר, אמונה בחיים לאחר המוות.

הבנה כי מקור ההבדלים בין אחיות ועובדות סוציאליות בעמדותיהן כלפי מוות טמון בהיבטים פרקטיים, המאפיינים את המפגש של אשת המקצוע עם החולה, כמו גם הבדלים פילוסופיים-תיאורטיים בין הפרופסיות, מעלה שאלה אודות הסיבה לדמיון בתפיסת אחיות ועובדות סוציאליות את שני הממדים הנוספים המקושרים בספרות לתופעה המוות. כאמור, ממצאי המחקר מציגים שני ממדים שבהם לא נמצא הבדל מובהק בין שני המקצועות: פחד ממוות וקבלה טבעית של המוות. בהתייחס למדד פחד ממוות, פירוש לממצא זה יכול להימצא במקום ובעת בהם נערך המחקר הנוכחי. המחקר נערך במדינת ישראל, המתאפיינת בשגרת חיים בעלת איום ביטחוני רב ומתמשך, בו האוכלוסייה האזרחית חשופה לפיגועים רבים, דבר אשר מגביר באופן טבעי את רמת החרדה והפחד מהמוות בקרב תושבי המדינה. במצב בו המפגש עם המוות הוא שכיח ומאיים, ההבדלים ברמת הפחד מהמוות בין אנשי המקצוע השונים מטשטשים. הסבר זה מקבל תימוכין גם אצל חממה-רז (1996), האס (1989) ומולד (1989) אשר ציינו כי בהקשר של החברה הישראלית בה קיימת חשיפה גבוהה למצבי אובדן, יש להניח שחשיפה כזו נמצאת ברקע של

זו, על ידי בחירותיו, מעשיו ופירושו (גולומב, 1999). אסכולה טיפולית שהתפתחה מהפילוסופיה האקסיסטינציאליסטית היא הלוגותרפיה. הלוגותרפיה מוגדרת כדרך של חשיבה ומתודולוגיה הקשורים יחד, בתהליך המכוון לאפשר לאדם לגלות משמעות לחייו (Frankel, 1998). עיקרון חשוב ובסיסי בלוגותרפיה הוא עיקרון ההתעלות מעבר לעצמנו. הקרבה עצמית, סבל וכאב, נסבלים ומתקבלים כשהסובל יודע מדוע עליו לשאת אותם, וכשיש ביכולתם להעניק הזדמנות במציאת משמעות בחיים (גוטמן, 1999).

תפיסת העולם של הפילוסופיה האקסיסטינציאליסטית והלוגותרפיה, בעלת מאפיינים משותפים עם התפיסה הערכית של מקצוע העבודה הסוציאלית, הדוגלת בגיוס כוחות האדם, בהתמודדותו עם מצבים שונים במהלך חייו וזאת במטרה להעצימו ולחזקו. בשל היבטים משותפים בין התורות המוצגות לבין ערכי המקצוע, מהוות גישות פילוסופיות אלו את אחד ממקורות ההשראה מהן שואבות עובדות סוציאליות במערכת הבריאות את יכולתן להועיל ולהיטיב עם מטופלים (פלג, 2005). העובדת הסוציאלית בעבודתה עוזרת למטופל לחפש את המשמעות החבויה בסבל שהוא חווה. הסבל לפיכך לא נתפס בהכרח כדבר שיש להימלט ממנו, כי אם לפעמים מנוף למציאת משמעות לחייו. אי לכך, ההסתכלות על המוות כמפלט מסבל יכולה שלא לעלות בקנה אחד עם נקודת המוצא הערכית והטיפולית, ממנה יוצאת העובדת הסוציאלית.

ממצא אחר הראה, כי קיים הבדל בין אחיות לעובדות סוציאליות בהתייחס למדד ההימנעות. האחיות הציגו הימנעות רבה יותר מעיסוק במחשבות על מוות, בהשוואה לעובדות סוציאליות. ממצא זה יכול להיקשר לאסכולה הרחבה יותר המייצגת את עולם הרפואה המודרנית. הרפואה המודרנית שואפת להסיט ולמגר את המוות, ומטרתה על פי רוב היא לשמר את החיים ולהימנע מכל פעולה, אשר יש בה משמעות של הפסקת החיים (Glick, 1997). על מנת ליצור התאמה ערכית בין פועלה האישי של האחות ובין סביבת עבודתה, על האחות לעבור תהליך סוציאליזציה הבא לידי ביטוי באופן התייחסותה למוות, הכולל הרחקת מחשבות אודות המוות. בנוסף, אופי העיסוק של האחיות המתמקד בעשייה (Doing), יש בו כדי לרמוז שעצירה לשם מחשבה וניתוח תהליכים נפשיים או רגשיים שהן חוות במהלך עבודתן, עשוי להוות מחסום מעכב בתהליך עבודתן (Georges et al., 2002). אופי עבודתן של אחיות מתאפיין ומתמקד בעשייה, שמטרתה על פי רוב להאריך חיים. אם כן, הימנעות ממחשבות אודות מוות, ייתכן ויש בה כדי לשמר את יכולת תפקודה של האחות.

באשר לתפיסת המוות כמעבר לחיים אחרי, עלה כי באופן מובהק האחיות מחזיקות בתפיסה זו יותר מאשר העובדות הסוציאליות. ניתן לבאר ממצא זה על רקע הנתון שאחיות חשופות יותר למוות, בכך שנמצאות פיזית יותר זמן עם החולה בכלל ועם החולה הנטוה למוות בפרט, ומטפלות בו אף לאחר מותו. חשיפה גבוהה זו יש ביכולתה להעלות את תחושת האיום ואי הוודאות. עקב כך, הצורך בפיתוח דרכי התמודדות עם מציאות המוות (דוגמת תפיסת המוות כמסדרון, כמעבר לחיים אחרים) גדול יותר מאשר אצל עובדות סוציאליות. Wong (2000) טוען שראיית המוות כמעבר לפאה המשכית אחרת,



עמדות כלפי מוות, ואף על הצורך להתייחס לתחום המוות ולעמדות היחיד כלפי מוות בקרב נותני שירותים. יש בממצאי המחקר בכדי לשקף לאנשי טיפול מתחום הבריאות את עמדותיהם באשר לתופעת המוות. שיקוף זה ראוי כי יעודד את הרחבת התובנה והמודעות של אנשי המקצוע העוסקים עם חולים בכלל, ועם חולים נוטים למות בפרט. כפי שהספרות מורה, חיוני כי איש המקצוע יהיה מודע למוות של עצמו ולעמדותיו כלפי המוות, ויבין כיצד אלו משפיעים על עבודתו (Black, 2007; Feifel, 1990; Kübler-Ross, 1969; Mandel, 1981; Payne) (et al., 1998; Rooda et al., 1999; Sulmasy, 2002; Ulla et al. 2003). מטפל בעל מודעות אישית גבוהה, סביר כי תהיה בו היכולת להעניק טיפול אחראי ומקצועי יותר למטופל תוך הפחתה ברמת שחיקתו האישית. המלצה זו משמעותית למדוי, בימים אלו בהם נדרש מאנשי המקצוע ליישם את חוק החולה הנוטה למות.

ראוי כי אחיות ועובדות סוציאליות יפרטו בפני החולה את זכויותיו, ויאפשרו במקרה והחולה מעוניין בחירה מושכלת ומדעת בהפסקת טיפולים מארכי חיים. תהליכים חשובים אלו המבוססים על כבוד, אוטונומיה והכרה בזכות להחלטה עצמית יתרחשו רק באקלים בו איש המקצוע חש שביכולתו לנהל דיאלוג פתוח סביב המוות, והינו מודע לעמדותיו בנושא. מהמחקר הנוכחי עולה כי על מנת שהליך ערכי זה יצא אל הפועל, עדיין נדרשת עבודה עצמית רפלקטיבית מצידם של אנשי המקצוע (אחיות ועובדות סוציאליות) העוסקים בטיפול בחולה.

### מקורות

אונגר, ל. (1986). ביטויי הפחד מפני המוות האישית בקרב אנשי הצוות הבין-מקצועי: השוואה בין מחלקות דיאליזה לבין מחלקות עיניים ואף-אוזן-גרון בבית חולים כללי. חיבור לשם קבלת התואר מוסמך, בית הספר לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת חיפה.

גוטמן, ד. (1999). עבודה סוציאלית משמעותית לוגותרפיה למטפל. תל-אביב: הוצאת דיונון.

גולומב, י. (1999). משמעות המוות היא משמעות החיים. מתוך: א. כשר, ע. מנדלסון-מעוז ד. פריבך-חפץ (עורכים), משמעות החיים, עמ' 108-121. תל-אביב: הקיבוץ המאוחד.

האס, ד. (1989). נכונות תלמידי סיעוד ברמות הכשרה שונות לטפל בחולה המבוגר הנוטה למות. חיבור לשם קבלת התואר מוסמך, החוג לסיעוד, בית הספר לרפואה, אוניברסיטת תל-אביב.

חממה-רז, י. (1996). פחד מפני מוות אישי בקרב רופאים בבתי חולים. חיבור לשם קבלת התואר מוסמך, בית הספר לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת תל-אביב.

כהן, נ. וכרמל, ש. (2003). חרדת מוות של זקנים בישראל. מתוך: א. רוזין (עורך), הזדקנות וזיקנה בישראל (עמ' 531-554). ירושלים: אש"ל.

כרמל, ש. (2001). חרדת מוות וחרדת מיתה: מבנה המדדים ותכונותיהם הסוציומטריות. גרנטולוגיה, כח(3-4), 133-153.

כל נבדק ומשפיעה בכיוון של התגוננות, עוד קודם לעיסוק המקצועי. באשר למדד קבלה טבעית של המוות, הממצא במחקר מעיד כי לא קיים הבדל מובהק בין שני המקצועות במידת קבלת המוות כדבר טבעי, ושני המקצועות הראו רמה גבוהה יחסית של קבלה טבעית של המוות. אפשר לבאר ממצא זה בהסבר שבשני עולמות התוכן המקצועיים, המוות נתפס כדבר טבעי ומהווה חלק אינטגרלי מההנעיה המקצועית, רק שהמוצא לגיבוש תפיסה זו שונה בין שני המקצועות. לשון אחר, התפיסה המקצועית של עבודה סוציאלית שמה דגש על תפיסה כוללנית והתייחסות למעגלי חיים בקונטקסט חברתי, משפחתי ופרטני, כאשר המוות מהווה חלק טבעי מאותם מעגלים (Healy, 2005). בעוד שבסיעוד, כפי שצוין, מפגש ישיר ומרובה של האחות עם חולים, גוססים ומוות, תורם להגברת יכולת ההבנה וקבלת המוות כחלק טבעי מהחיים (Georges et al., 2002).

### ביקורת והמלצות למחקר ולפרטיקה

שני קשיים עמדו בבסיס המחקר הנוכחי: הראשון, עוסק בגיוס נחקרות, והאחר בסוגיות מתודולוגיות סביב הכלי בו נעשה שימוש לאיסוף הנתונים. במחקר הנוכחי נבחנו העמדות כלפי מוות של אנשי מקצוע בתחום הבריאות. העיסוק בנושא המוות מעורר רגשות חזקים בשל הרלוונטיות שלו לכל בני האדם, ומעורר פעמים רבות אף רתיעה מלעסוק בתחום. רתיעה זו, כפי שגם התגלה במחקר זה, עשויה להוביל להיענות נמוכה יחסית של משתתפי המחקר במילוי השאלונים. על מנת להתגבר על מחסום זה, היה צורך בפעולות עידוד ותזכור רב של המשיבים למלא את השאלונים. לאור זאת, בעת תכנון מחקר עתידי יש לתת את הדעת לבעייתיות העלולה להתעורר, מבחינת מידת ההיענות, כשנושא המחקר נוגע בחלקים אשר מעוררים רתיעה בקרב המשיבים ולהיערך בבניית מערך תומך ומעודד השבה (כדוגמת תגמול).

מגבלה מתודולוגית נוספת של המחקר הנוכחי נעוצה בכך שהכלי בו נעשה שימוש DAP-R (Wong et al., 1994) עמו נבדק הפחד ממוות, בודק מדד זה ברמה המודעת. יש הטוענים כי בדיקת הפחד ברובד הלא מודע היא הדרך הרגישה דיה לגילוי ביטויי הפחד ממוות להתעורר, מבחינת מידת ההיענות, כשנושא המחקר נוגע בחלקים יתכן כי שימוש בכלי הבודק פחד ברמה לא מודעת (כדוגמת הכלי ההשלכתי T.A.T.) יש ביכולתו להצביע על הבדלים בין קבוצות שונות ביתר רגישות.

על אף המלצה זו השמה דגש על בחינת הפחד מהמוות, ראוי לציין כי בארץ ובעולם נערכו מחקרים רבים העוסקים בבדיקת עמדות כלפי מוות מן ההיבט של הפחד בלבד. למרות חשיבותו של מדד זה, יש מקום להרחיב ולהגדיל את יריעת המחקרים הבוחנים את המוות מזוויות נוספות, בדומה לאופן בו נערכה הבדיקה במחקר הנוכחי. הרחבת מאגר המחקרים שיעשו שימוש בנקודת מבט רחבה ורב-ממדית כלפי מוות, תאפשר ליצור מקור לדיון והשוואה בין אוכלוסיות שונות בארץ ובעולם, בהקשר לעמדתם כלפי חידולן – תופעה אנושית אוניברסאלית.

ממצאי המחקר מרמזים על הצורך בהמשך בחינה אמפירית של

- Feifel, H. (1990). Psychology and death, meaningful rediscovery. *American Psychologist*, 45(4), 537-543.
- Feifel, H., & Branscomb, B. A. (1973). "Who's afraid of death?" *Journal of Abnormal Psychology*, 81(3), 282-288.
- Florian, V. & Mikulincer, M. (1998). Symbolic immortality and the management of the terror of death: The moderating role of attachment style. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(3), 725-734.
- Frankl, V.E. (1998). Man alive. *Journal of Logotherapy and Existential Analysis*, 6(1), 81-96.
- Georges, J. J., Grypdonck, M., & Dierckx de Casterle, B. (2002). Being a palliative nurse in an academic hospital: A Qualitative study about nurses' perceptions of palliative care nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 11(6), 785-793.
- Glick, S. M. (1997). Unlimited human autonomy: A cultural bias? *The New England Journal of Medicine*, 336(13), 954-956.
- Greeley, A. M., & Hout, M. (1999). Americans' increasing belief in life after death: Religious competition and acculturation. *American Sociological Review*, 64 (December), 813-835.
- Hamama-Raz, Y., Solomon, Z., & Ohry, A. (2000). Fear of personal death among physicians. *Omega: Journal of Death and Dying*, 41(2), 139-149.
- Healy, K. (2005). Social work theories in context: Creating frameworks for practice.
- Holcomb, L. E., Neimeyer, R. A., & Moore, M. K. (1993). Personal meaning of death: a content analysis of free-response narratives. *Death Studies*, 17, 299-318.
- Jasnow, A. (1985). Grief and the loss of connection. *Psychotherapy Patient*, 2(1), 27-33.
- Knight, K. H., Effenbein, M. H., & Capozzi, L. (2000). Relationship of recollections of first death experience to current death attitudes. *Death Studies*, 24, 201-221.
- Kubler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. New-York: Collier books.
- Leichtentritt, R. D. (2002). Euthanasia: Israeli social workers experiences, attitudes and meanings. *British Journal of Social Work*, 32(4), 397-413.
- Lifton, R. J. (1968). *Revolutionary immortality*. New York: Random House.
- Lifton, R. J. (1973). Twentieth annual karen horney lecture. The sense of immortality: On death and the continuity of life. *American Journal of Psychoanalysis*, 33(1) 3-15.
- Lifton, R. J. (1979). *The broken connection*. New York: Basic Books.
- מאר-גוטמן, ס. (2001). הקשר בין מיקוד שליטה ופחד מפני מוות אישי לבין התייחסותם של עובדים סוציאליים להמתת חסד. עבודת גמר לקראת תואר מוסמך במדעי החברה, בית הספר לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת בר-אילן.
- מולד, ח. (1989). פחד מהמוות בשלב אמצע החיים של הורה המשגר בן בכור לצבא. עבודת גמר לקראת תואר מוסמך במדעי החברה, אוניברסיטת תל-אביב.
- מוסיוב, מ. ואיתן, נ. (1994). עבודה סוציאלית בהוספיס והוספיס בית. *גרנטולוגיה*, 65, 23-39.
- סמילנסקי, ש. (1981). תפיסת המוות בעיני ילדים. חיפה: הוצאת אח.
- פלג, ג. (2005). הקשר בין חשיפה לחולים נוטים למוות לבין עמדות כלפי מוות בקרב אחיות ועובדות סוציאליות. עבודת גמר לדוקטוראט. אוניברסיטת תל-אביב.
- קובלר-רוס, א. (2002). המוות חשוב לחיים - החיים, המוות והחיים שלאחר המוות. ירושלים: כתר.
- Bassett, J. F., & Williams, J. E. (2002). Personification of death, as seen in adjective check list descriptions, among funeral service and university students. *Omega: Journal of Death and Dying*, 45(1), 23-41.
- Berkman, P., Heinik, J., & Rosenthal, M. (2001). Social worker estimations of life span in terminal cancer patients. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 33(3), 227-235.
- Black, K. (2007). Health care professionals death attitudes, experiences, and advance directive communication behavior. *Death Studies*, 31, 563-572.
- Carmel, S. (2001). The will to live: Gender differences among elderly persons. *Social Science and Medicine*, 52(6), 949-958.
- Carmel, S. (1998). Medical students' attitudes regarding the use of life-sustaining treatments for themselves and for elderly persons. *Social Science and Medicine*, 46(4-5), 467-474.
- Carr, M., & Merriman, M. P. (1996). Comparison of death attitudes among hospice workers and health care professionals in other settings. *Omega: Journal of Death and Dying*, 32(4), 287-301.
- Clements, R., & Rooda, L.A. (1999/2000). Factor structure, reliability, and validity of death attitude profile-revised. *Omega*, 40, 453-463.
- Drolet, J. L. (1990). Transcending death during early adulthood: Symbolic immortality, death anxiety, and purpose in life. *Journal of Clinical Psychology*, 46(2), 148-160.
- Durlak, J. A., Horn, W., & Kass, R. A. (1990). A self-administering of personal meanings of death: report on the revised twenty statements test. *Omega: Journal of Death and Dying*, 21(4), 301-309.



- Mandel, H. R. (1981). Nurses' feelings about working with the dying. *American Journal of Nursing*, 81(6), 1194-1197.
- Marrone, R. (1999). Dying, mourning, and spirituality: A Psychological perspective. *Death Studies*, 23, 495-619.
- Mikulincer, M., Florian, V., Birnbaum, G., & Malishkevich, S. (2002). The death-anxiety buffering function of close relationships: Exploring the effects of separation reminders on death-thought accessibility. *Personality and Social Psychology*, 8(3), 287-299.
- Neimeyer, R. A. (1994). Preface. In: R. A. Neimeyer (Ed.), *Death anxiety handbook: research, instrumentation, and application* (xiii). Washington D.C.: Taylor and Francis.
- Neimeyer, R. A., Epting, F. R., & Krieger, S. R. (1994). Personal constructs in thanatology: An introduction and research bibliography. In: F. R. Epting, & R. A. Neimeyer (Eds.), *Personal meanings of death: Applications of personal construct theory to clinical practice* (pp. 87-94). Washington, D.C.: Hemisphere.
- Neimeyer, R. A., Fontana, D. J., & Gold, K. (1984). A Manual for content analysis of death constructs. In: F. R. Epting, & R. A. Neimeyer, (Eds.), *Personal meanings of death* (pp. 213-234). Washington, DC: Hemisphere.
- Neimeyer, R. A., Moser, R. P., & Wittkowski, J. (2003). Assessing attitudes toward dying and death: psychometric considerations. *Death Studies*, 47(1), 45-76.
- Neimeyer, R. A., Wittkowski, J., & Moser, R. P. (2004). Psychological research on death attitudes: An Overview and evaluation. *Death Studies*, 28, 309-340.
- Osgood, C. E., Suci, G. J., & Tannenbaum, P. H. (1957). *The measurement of meaning*. Oxford, England: University Illinois Press.
- Payne, S. A., Dean, S. J., & Kalus, C. (1998). A Comparative study of death anxiety in hospice and emergency nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 28(4), 700-706.
- Rank, O. (1998). *Psychology and the soul*. London: The Johns Hopkins University Press.
- Rasmussen, C. H., & Johnson, M. E. (1994). Spirituality and religiosity: Relative relationships to death anxiety. *Omega: Journal of Death and Dying*, 29(4), 313-318.
- Reid, J. K., & Dixon, W. A. (1999). Teachers attitudes on coping with grief in the public school classroom. *Psychology in the schools*, 36(3), 219-229.
- Rooda, L. A., Clements, R., & Jordan, M. L. (1999). Nurse's attitudes toward death and caring for dying patients. *Oncology Nursing Forum*, 26(10), 1683-1687.
- Rose, B. M., & O'sullivan, M. J. (2002). Afterlife beliefs and death anxiety: An exploration of the relationship between afterlife expectations and fear of death in an undergraduate population. *Omega: Journal of Death and Dying*, 45(3), 229-243.
- Sheldon, F. M. (2000). Dimensions of the role of the social worker in palliative care. *Palliative Medicine*, 14, 491-498.
- Sulmasy, D. P. (2002). A Biopsychosocial-Spiritual model for the care of patients at the end of life. *The Gerontologist*, 42, special issue 3, 24-33.
- Tamm, M. E. (1996). Personification of life and death among Swedish health care professionals. *Death Studies*, 20, 1-22.
- Templer, D. (1970). The construction and validation of the Death Anxiety Scale. *Journal of General Psychology*, 82, 165-177.
- Tomer, A. (1994). Death anxiety in adult life – theoretical perspectives. In: R. A., Neimeyer, (Ed.), *Death anxiety handbook: Research, instrumentation, and application* (pp. 3-28). Washington D.C.: Taylor and Francis.
- Ulla, S., Coca, C., Del Rincon, C., Diaz, J.L., Remor, E.A., Arranz, P., Bayes, R. (2003). Coping with death: Perception of health care professionals working in a pediatric intensive care unit and in geriatric services. *Illness, Crisis & Loss*, 11, 318-336.
- Ungar, L., Florian, V., & Zernitsy- Shurka, E. (1990). Aspects of fear of personal death, levels of awareness and professional affiliation among dialysis unit staff members. *Omega: Journal of Death and Dying*, 21(1), 51-67.
- Viswanathan, R. (1996). Death anxiety, locus of control, and purpose in life of physicians: Their relationship to patient death notification. *Psychosomatics*, 37(4), 339-345.
- Werner, P., & Carmel, S. (2001). Life-sustaining treatment decisions: Health care social workers' attitudes and their correlates. *Journal of Gerontological Social Work*, 34(4), 83-97.
- Wink, P. (2006). Who is afraid of death? Religiousness, spirituality, and death anxiety in late adulthood. *Journal of Religion, Spirituality & aging*, 18(2-3), 93-110.
- Wong, P. T. P. (2000). Meaning of life and meaning of death in successful aging. In: A. Tomer (Ed.), *Death attitudes and the older adult: Theories, concepts, and applications* (pp. 23-36). Philadelphia: Taylor & Francis.
- Wong, P. T. P., Reker, G. T., & Gesser, G. (1994). Death attitude profile-revised: A multidimensional measure of attitudes toward death. In: R. A. Neimeyer (Ed.), *Death anxiety handbook: Research, instrumentation, and application* (pp. 121-145). Washington D.C.: Taylor and Francis.