

דוח הוועדה

לבחינת דרכי התמודדות עם בדידות בקרב אנשים זקנים

- דוח סופי -

עריכה: דרור רותם

28 באוקטובר 2014

תוכן העניינים

3	המלצות הוועדה.....	
4	חברי הוועדה.....	
5	שיטת העבודה של הוועדה.....	
6	רקע תיאורטי, מהות והיקף הבעיה, אוכלוסיות יעד ומענים.....	i.
6	הגדרה של מצב הבדידות.....	
7	בדידות בגיל הזיקנה.....	
7	היקף התופעה בארץ.....	
7	גורמים הקשורים עם מצב בדידות.....	
8	אוכלוסיות יעד ליוזמות התערבות.....	
8	איתור זקנים הסובלים מבדידות.....	
9	אסטרטגיות התערבות.....	
10	תכניות קיימות לזקנים בהקשר לתחושת הבדידות בקרבם.....	
10	תכניות חברתיות לזקנים הקיימות בארץ וזיקתן לסוגיית הבדידות בקרב המשתתפים עקרונות לפיתוח תכניות להפחתת בדידות בקרב זקנים.....	
		ii. נספחים
12	1. סיכומי קבוצות משימה:.....	
	א. איגום תכניות המטפלות בבדידות של זקנים ומיון לפי קטגוריות	
	ב. איתור של אנשים זקנים בודדים	
	ג. התערבויות ומתודות המיועדות למניעה או הפחתה של בדידות	
20	2. תכניות.....	
	א. שירים וטעמים מהעולם ומן הבית / תמר אגין-זימין	
	ב. פרויקט "זמן לתת" / העמותה לזקן רמת גן	
	ג. תכנית "ביני לבינך" / אשל	
	i. A friendship enrichment program (Stevens, 2001; Stevens & van Tilburg, 2000, Martina & Stevens, 2006)	
	ii. A short-term, cognitive group therapy intervention method to reduce or resolve ongoing psychological disruption and/or trauma among women (Sorenson, 2003)	
	iii. Cognitive-behavioral group therapy for loneliness via inter-relay-chat among people with physical disabilities (Sandra Lynn Hopps, Michel Pe´ pin, and Jean-Marie Boisvert, 2003)	
30	3. ד"ר שרון שויביץ-עזרא, <u>בדידות בתקופת החיים המאוחרת – סקירת ספרות</u> ביה"ס לעבודה סוציאלית, האוניברסיטה העברית, ירושלים 2010.....	

המלצות הוועדה

- א. הועדה ממליצה לפתח תכניות חדשות המיועדות לסייע לאנשים זקנים להתמודד עם תחושת בדידות המשפיעה על איכות חייהם. הדגש יהיה על פיתוח תכניות המכוונות להפחתת בדידות ונוקטות בדרכי פעולה ובשיטות התערבות שנמצאו אפקטיביות לטיפול בתופעה זו.
- ב. במקביל לפיתוח תכניות ייעודיות, ממליצה הועדה לחזק ולשדרג תכניות קיימות, שהפגת בדידות נכללת בין מטרותיהן, כגון מועדונים ומרכזי יום, בדרך של אימוץ והטמעה של כלים נוספים להתמודדות עם בדידות, על מנת להבטיח את השגתה של מטרה זו.
- ג. הועדה ממליצה לעודד מחקר ממוקד בתופעת הבדידות בקרב זקנים בארץ. המידע על התופעה, העומד לרשות המתכננים כיום, מקורו בסקרים ומחקרים שבדקו את התופעה – בחו"ל בעיקר - כמשתנה נוסף, אחד מרבים. יש חשיבות לקיים מחקרים שיעמיקו את הבנת התופעה ויבדקו השערות שנגזרו ממחקרים קודמים בהקשר של החברה הישראלית. כמו כן, יש לעודד עריכת מחקרים שמטרתם בדיקת יעילותן של תכניות התערבות שנועדו להתמודד עם תופעת הבדידות לעת זקנה. באופן זה יתרמו השדה ולקוחותיו הזקנים באופן ישיר להנגשת מענים שהוכחה יעילותם ובעקיפין בקידום פרקטיקה מבוססת-הוכחות (Evidence based Practice).
- ד. הועדה ממליצה לעודד את השדה לפתח יוזמות ותכניות להפחתת בדידות בקרב זקנים באמצעות קול קורא שיתווה את העקרונות לפיתוח תכניות אלה ויעמיד משאבים לצורך מימוש תכניות שיימצאו ראיות לכך (ר' נספח א'-1).
- ה. הועדה ממליצה על העלאת המודעות והטמעת ידע ייחודי על תופעת הבדידות בקרב זקנים באמצעות תכניות הכשרה המכוונות לעובדים, אנשי צוות ומתנדבים בכל הרמות במערכת השירותים לזקנים. שילוב הנושא בתכניות הכשרה קיימות או פיתוח קורסים ייעודיים המתמקדים בתופעה עשויים להכשיר את הקרקע לקליטה של תכניות שיפותחו בעתיד. עם כניסה לשלב הפיילוט של תכניות, יהיה ממילא צורך לרתום את מערכות ההכשרה לגיבוי צוותי התכניות האלה וצידום בכלים המתאימים.

חברי הוועדה

מוטי וינטר – יו"ר
חני רוזה – רכזת הוועדה

משרד הרווחה והשירותים החברתיים
אשל

עצמאית, מנחת קבוצות
המוסד לביטוח לאומי
משרד הרווחה והשירותים החברתיים
עיריית רמת השרון
המשרד לאזרחים ותיקים
יד שרה
אשל

משרד הרווחה והשירותים החברתיים
מאירס ג'וינט מכון ברוקדייל
עיריית תל אביב
משרד הרווחה והשירותים החברתיים
אשל

קרן הידידות
החברה למתנ"סים

עמותת מטב

משרד הבריאות

אשל

עיריית ירושלים

אשל

שירותי בריאות כללית

אשל

אשל

עמותת משגב לקשיש, ירושלים

המוסד לביטוח לאומי

האוניברסיטה העברית

תמר אגין-זימין
כרמלה אבלגון-קורש
חיה אורבך
לאה אורן
שלום בוחבוט
ענת בן זקן
יוספה בן משה
מרים בר-גורא
ג'ני ברודסקי
גאולה ברודץ'
טלי ברנע
פרופ' יצחק בריק
אירנה ליפסקי
יעקב לוין
נגה פורטר
מלכה פרגר
יעקב קבילו
מנאל קייסי
נעמי קרן
לריסה ראם
דרור רותם
דב שוגרמן
תמר שיף
ורה שלום
ד"ר שרון שיוביץ-עזרא

שיטת העבודה של הוועדה

הוועדה החלה את עבודתה בדצמבר 2011 וקיימה חמש פגישות עבודה. חומר הרקע העיקרי ששימש נקודת מוצא לוועדה הייתה סקירת ספרות שהוכנה, לבקשת אשל, ע"י ד"ר שרון שיוביץ-עזרא מהאוניברסיטה העברית (ר' נספח 3 בדוח זה). דיוני הוועדה התייחסו למערכת המושגית שהוצעה בסקירה. כמו כן הוצגו בפני הוועדה מספר תכניות המופעלות עבור זקנים ע"י גופים שונים (וולונטריים ומוניציפליים) והמכוונים לזקנים בודדים, במטרה לקבל אינדיקציה למה שכבר קיים בשדה. בהמשך התפצלה הוועדה לחמש קבוצות משימה שדנו בנושאים הבאים:

1. איגום תכניות המטפלות בבדידות של זקנים ומיון
2. הכנת קול קורא להגשת הצעות ורעיונות לפיתוח תכניות למניעה והפגה של בדידות בקרב זקנים
3. איתור ואבחון של זקנים בודדים
4. התערבויות, מתודות טיפול ברמות שונות, הנוגעות למניעה או הפגה של בדידות.
5. התפקיד של המגזר השלישי במניעת בדידות של זקנים.

תוצרי קבוצות המשימה מצורפים לדוח זה בפרק הנספחים.

על סמך כל החומר שנאסף הוכנה טיוטת דוח מסכם והמלצות, שהובאה לדיון בוועדה בישיבתה החמישית.

i. רקע תיאורטי, מהות והיקף הבעיה, אוכלוסיות יעד ומענים

הגדרה של מצב הבדידות

בדידות מוגדרת כפער, הנתפס באופן סובייקטיבי, בין הקשרים החברתיים הרצויים לאדם לבין אלו שבפועל עומדים לרשותו. תחושת בדידות תתעורר כאשר האדם יתפוס פער זה כלא רצוי. חוויה זו עשויה להוביל להרגשת סבל ולפגיעה באיכות החיים של הפרט.

הבדידות כתחושה סובייקטיבית נבדלת מ**מבודדות** (social isolation), מושג המתאר מצב אובייקטיבי של העדר קשרים עם אחרים. קיימת, כמובן, זיקה בין שני המצבים הללו אבל לא מן הנמנע שאדם שקשריו החברתיים דלילים לא יחוש בדידות ולהיפך, שאדם בעל רשת חברתית "צפופה" יחוש בדידות מעיקה.

התיאוריה הקוגניטיבית קושרת בין הממד הסובייקטיבי לאובייקטיבי משום שעל פיה תחושת הבדידות נובעת מ**התפיסה** של הפרט את מצבו האובייקטיבי ומהאופן שבו הוא חווה ומעריך את רמת התקשורת שלו עם סביבתו החברתית. לכן, במישור הפרקטי ולמרות מה שנאמר בפסקה הקודמת, יש בהחלט מקום להתייחס לזקנים החיים בבידוד חברתי כקבוצת סיכון לבדידות סובייקטיבית.

מודל הבדידות על פי תיאוריה זו מתאר מצבי בדידות מתמשכים כמעגל קסמים המחזק את עצמו: אנשים בודדים הם אלה שיש להם (או מפתחים) רגישות יתר לאיומים חברתיים או לפיקוח חברתי, קשובים יותר למסרים חברתיים שליליים, נוטים לזכור היבטים שליליים של אירועים חברתיים, מפתחים ציפיות שליליות לגבי עצמם ולכן גם נוטים להתנהג באופן העולה בקנה אחד עם נטיותיהם אלה ומאשר את נכונותן. מודל זה מתיישב יפה עם ממצאי מחקרים המראים שאסטרטגיות התערבות המבוססות על שיטות קוגניטיביות לשינוי התנהגות, נמצאו האפקטיביות ביותר מבין אסטרטגיות פעולה קיימות להפחתת בדידות, כפי שנראה בהמשך.

חשוב לציין שהתיאוריה הקוגניטיבית נותנת אמנם הסבר חשוב לתופעת הבדידות אך לא מלא, משום שהיא מגבילה את עצמה לקשר שבין תפיסה להתנהגות, בזיקה לממד החברתי וליחסי הגומלין שבין הפרט לסביבתו החברתית. תחושת הבדידות על פי התיאוריה הזאת נתפשת כליקוי שניתן לתקן אותו על ידי אסטרטגיות למידה שונות כפי שיפורטו בהמשך. מבלי להמעיט בערכה המעשי של תיאוריה זו, ראוי להדגיש כי הקלה בתחושת הבדידות ניתנת להשגה לא רק ע"י מתן משמעות לחיים במישור החברתי אלא גם במציאת הטעם לחיים דרך זיקה לממדים רחבים יותר של הקיום האנושי שמתאפשרת בכלים של פילוסופיה, אומנות, אמונה ומתבטאת במישור הרגשי לא פחות מאשר במישור הקוגניטיבי-התנהגותי.

אבחנות בתוך תחושת הבדידות

הספרות מבחינה בין מספר סוגי בדידות. האבחנה המשמעותית ביותר היא בין בדידות מצבית לבדידות כרונית:

בדידות מצבית – מתרחשת בעקבות אירועי חיים מעוררי דחק (stress) הגורמים לאובדנים ברשת החברתית של האדם. למרות הקושי הרגשי והחברתי הטמון באירועים אלו, לרוב, לאחר תקופת זמן בה חווה האדם מצוקה פסיכולוגית, הוא יצליח להתמודד ולאזן מחדש את חייו.

בדידות כרונית - מתארת מצב יציב הנובע מחוסר יכולתו של האדם לפתח מערכות יחסים מספקות לאורך השנים. חשיבות האבחנה הזו נובעת מכך שממצאי מחקרים שונים מראים כי אלה הסובלים מבדידות כרונית פגיעים יותר – במונחים של תחלואה או תמותה – מאלה הסובלים מבדידות מצבית. כמו כן מהווים ההבדלים בין שני טיפוסים הבדידות, בסיס לנקיטה באסטרטגיות התערבות שונות כדי להתמודד עם כל אחת מהן.

אבחנה חשובה נוספת היא בין **בדידות רגשית לבדידות חברתית**. הבדידות הרגשית מדגישה את העדרה של דמות אינטימית מרכזית בחייו של הפרט. בדידות מסוג זה עלולה להתעורר בעקבות גירושין או פטירתו של בן הזוג ומלווה בתחושות משמעותיות של ריקנות, נטישה ואומללות. הבדידות החברתית, לעומתה, נקשרת להעדרה של רשת חברתית רחבה אליה מרגיש האדם שייך (כדוגמת חברים, עמיתים, שכנים). הפרט עלול לחוות בדידות חברתית בעקבות פרישה מהעבודה לאור זאת שפרישה מעולם העבודה פירושה פעמים רבות גם אובדן של קשרים חברתיים עם עמיתים לעבודה וחברים איתם חלק האדם פעילויות ועניין משותף. מעבר למקום מגורים חדש יכול גם הוא לעורר תחושות של בדידות חברתית.

בדידות בגיל הזיקנה

בדידות היא תופעה אנושית החוצה את כל הגילים. ההצדקה למתן תשומת לב מיוחדת לתופעה זו בגיל הזיקנה נעוצה בכך שהשילוב של בדידות עם תהליכים אופייניים לזיקנה – הכרוכים באובדנים בתחומי חיים שונים – יוצר או מאיץ מצבי סיכון פיזיים, בריאותיים ונפשיים הפוגעים משמעותית באיכות החיים של הזקן ובתוחלת החיים שלו. שילוב זה גם מקטין את יכולתו לגייס כוחות ומשאבים אחרים כדי להתמודד עם מצבים אלה.

ההזדקנות כרוכה באירועים, אובדנים ודלדול מערך הקשרים החברתיים, הנתפסים חלקם כבלתי הפיכים וחלקם כבלתי ניתנים לשיקום מלא. המשאבים הפיזיים, הנפשיים ולעיתים גם הכלכליים, העומדים לרשות האדם הזקן, מצומצמים יותר ומקשים עליו להתמודד באופן יעיל עם אירועים אלו ועם תחושת הבדידות המלווה אותם. התערבויות ממוקדות – כאשר מדובר בבדידות **מצבית** – עשויות לסייע לו לקצר את תהליך השיקום ולמנוע התכנסות ושקיעה בדיכאון ממושך. כאשר הבדידות מאופיינת כ**כרונית**, יש להניח שעם התקדמות תהליכי ההזדקנות, התחושה הסובייקטיבית והשלכותיה על איכות חיי הזקן ורווחתו הנפשית מחמירות. נקיטה של התערבויות חברתיות כדי לצמצם את נזקי השלכות אלה – קשה אולי יותר לביצוע אך אין לזנוח אותה.

היקף התופעה בארץ

הנתונים על היקף תופעת הבדידות בקרב בני 65 ומעלה בארץ אינם אחידים ונעים בין 47% (מחקר SHARE, בקטגוריות של "חלק מהזמן", "רוב הזמן" ו"כל הזמן"); 36.5% (סקר חברתי של למ"ס 2010, בקטגוריות "לפעמים/מדי פעם" ו-"לעיתים קרובות"); בין 28% ל-24% (במחקר האורך של זקני ירושלים. בודדים נחשבו למי שענו "לעיתים רחוקות", "לעיתים קרובות", ו"לעיתים קרובות מאוד"). כלומר, מדובר בתופעה בעלת נראות, אך היקפה תלוי בכלי המדידה ובנקודת החתך לפיה קובעים מיהו בודד.

בכל מקרה, מדובר בתופעה הראויה לתשומת לב, גם אם נעשה שימוש בכלים שונים למדידתה, וכן באופי המדגם, החתך הגילאי שלו והבדלים אחרים במערך המחקר שיצרו, אולי, פערים גדולים בתמונת השכיחות של התופעה. קיימת טענה שהיות ש"בדידות" מלווה בתיוג שלילי, יש הטייה לכיוון של תת דיווח, בעיקר כאשר כלי המדידה הם ישירים. כאשר הבדידות נמדדת באופן עקיף, שיעור הבדידות הנמדדת עולה.

גורמים הקשורים עם מצב בדידות

כללית, התנאים המרכזיים היוצרים כרונו להתפתחות או התעצמות של תחושת בדידות בגיל הזקנה הם: פרישה מעבודה, מעבר מאולץ של מקום מגורים, התאלמנות, הידרדרות במצב הפיזי או המנטאלי וצמצום במעורבות חברתית פעילה לאחר הפרישה. להלן פירוט קבוצות גורמים שנמצאו קשורים לתחושת בדידות אם כסיבות להתפתחותה או כהשלכות שלה על איכות חיי הזקן.

1. גורמים דמוגרפיים-חברתיים

על פי נתונים המצטברים ממחקרים שונים, מקובל להניח קשר בין בדידות **למצב משפחתי**, כאשר זקנים החיים לבד (כתוצאה מגירושים, התאלמנות או פרידה) מדווחים על בדידות יותר מאנשים החיים בזוגיות (שטסמן 2013); קשר בין בדידות **למגדר**: נשים מדווחות על בדידות במידה ניכרת יותר מאשר גברים – 44.8% לעומת 26% בהתאמה; קשר בין **גיל** לבין בדידות, כאשר בני 75 ומעלה מדווחים על בדידות יותר מאשר בני 65 - 74 (קשישים בישראל – שנתון סטטיסטי 2013). מן ההיבט של ההבדלים המגדריים יש בסיס להשערה, שהיות שבדידות נתפשת כדבר שלילי, לעתים אף ככשלון אישי, תהיה נטייה לנשאלים (גברים בעיקר) שלא לזהות את עצמם כבודדים, משום שזיהוי זה פוגע בתדמית האישית שלהם ומכאן צומחת הטיה לכיוון של תת-דיווח בכלל, שמגדיל את פער השכיחות של התופעה בין גברים לנשים בפרט.

2. גורמים בריאותיים או השלכות על מצב הבריאות

בדרך כלל יש נטייה לפרש את הקשר הנמצא בין בדידות לפרמטרים של תחלואה במונחים של השלכות הבדידות על מצב הבריאות של הזקן. תחושת בדידות נמצאה קשורה עם לחץ דם סיסטולי, עם פעילות קרדיו-וסקולרית, עם

מצבי סיכון לבביים, וכן עם מחלות כרוניות כגון סכרת, סרטן, שבץ, יתר לחץ דם ומחלות לב. מספר מחקרי אורך ממדינות שונות הצביעו אף על הקשר שבין תחושת בדידות לתמותה. כאן יש לסייג ולומר כי דווקא ממצאי מחקר האורך המתנהל בירושלים מצביעים על תמונה שונה לחלוטין, שכן לא נמצא בו קשר מובהק, לאורך ארבעת שלבי המחקר, בין תחושת בדידות לתחלואה או לתמותה.

3. השלכות על רווחה נפשית

לבדידות נמצאו גם השלכות על הבריאות המנטלית והרגשית: רמה גבוהה של בדידות נמצאה קשורה לרמות דכאון גבוהות, לרמה נמוכה של רווחה נפשית ולמידה רבה של מחשבות אובדניות (שיוביץ-עזרא – נפסח 3 עמ' 45). מאידך, פעלתנות – בעיקר במישור הלא פורמלי (התנדבות, פעילות חוגית מסוגים שונים) נמצאה כמצמצמת תחושות של בדידות ומגבירה באופן עקיף את תחושת הרווחה האישית (שיוביץ-עזרא 2008).

אכלוסיית יעד ליוזמות התערבות

קבוצות יעד להתערבות לצורך הפחתת בדידות, נגזרות הן מהספרות התיאורטית וניתן גם ללמוד עליהן מתכניות התערבות בתחום זה שיש בידינו מידע עליהן. על מנת למקד את הגדרת אוכלוסיית היעד, הדגש צריך להיות לא על זקנים עם סיכון לבדידות בלבד אלא על שילוב בין סבירות גבוהה לתחושת בדידות לבין גורמים נוספים המעצימים את השלכותיה על בריאותם ואיכות חייהם.

בתכניות שפותחו בארץ למטרה זו מצאנו דגש על זקנים המרותקים לבית והגרים לבד. תכניות שפותחו בעולם במטרה להפחית בדידות בקרב זקנים הגדירו את הקבוצות הבאות: זקנים עם מחלות כרוניות או מחלות נירולוגיות או עם בעיות פיזיות או נפשיות הגרים לבד, זקנים הגרים עם בני זוג שעברו אירוע מוחי או שעברו התקף לב, זקנים הנמצאים בתכניות שיקום, זקנים במרכזי יום שעברו טראומה או גילו סימני דכאון, זקנים שפנו לקו חם וגילו נטיות אובדניות או דכאון, זקנים מוגבלים הגרים בבית ונמצאים בסיכון למיסוד, וכן לא מעט תכניות המיועדות לזקנים בדיר מוגן, בבתי אבות רגילים ובמחלקות סיעודיות (Masi et. al. 2010).

הספרות המחקרית מלמדת אותנו על מספר קבוצות בסיכון גבוה לבדידות שהיא בעלת השלכות קשות על רווחתם הנפשית:

- א. נשים זקנות לאחר התאלמנות – צפויות לגור לבד, ללקות במספר מחלות כרוניות וכתוצאה מכך ללקות גם בתפקודן; הן פגיעות יותר מבחינה רגשית ולכן צפויות להפגין שיעור גבוה של דכאון וחרדה.
- ב. אנשים זקנים מאוד – עקב סבירות גבוהה למוגבלות פיזית וקשיי תפקוד
- ג. קבוצות אתניות פגיעות – למשל, זקנים ערבים. אף שהם חיים בחברה מסורתית, ואולי דווקא משום כך, השינויים בכיוון של מודרניזציה, שעוברת החברה הערבית, מעצימים את תחושת הבדידות שלהם.

איתור זקנים הסובלים מבדידות

לאיתור שני פנים – האחד קשור לעצם האיתור: ניצול או יצירה מכוונת של הזדמנויות על מנת לזהות זקנים הסובלים מבדידות ולהציע להם מענים; השני נוגע להבנת טבעה ונסיבותיה של הבדידות ממנה סובל הזקן ולהתאים את התוכנית לצורך האינדיבידואלי.

האתגר של האיתור עצמו הוא להגיע לזקנים בודדים שאינם מוכרים למערכת השירותים, אלה הספונים בבתיהם והנמנעים, מסיבות מגוונות, מלעשות שימוש בתכניות חברתיות שונות. לעתים, דפוס התנהגות זה חיזק את עצמו והתקבע לאורך השנים ופריצת מעגל הבדידות וההימנעות היא משימת קירוב ושכנוע בפני עצמה.

דרכי האיתור יכולות להיות בדרך של הסתמכות על "שומרי סף" (Gatekeepers) כגון הצוות הרפואי במרפאות קופת חולים, פקידי הסניפים ויועצי שירות הייעוץ לקשיש של המוסד לביטוח לאומי, הצוות הרפואי והסוציאלי במחלקות עתירות זקנים בבתי החולים הכלליים, עובדי המחלקות לשירותים חברתיים ואחרים. דרך נוספת היא פרסום מודעות בעיתונים/מקומונים, חלוקת עלונים לבתים או הנחתם באותם שירותים שבהם אנשים זקנים מרבים לעבור. הפריסה הרחבה כיום של קהילות תומכות ברחבי הארץ הגדילה את שטחי המגע וההיכרות של צוות התוכנית עם תושבי שכונות רבות ואת האפשרות לדעת על קיומם של זקנים בודדים שאינם חברים בקהילה התומכת. לכן, ניתן להשתמש בקהילות התומכות כמערך לאיתור קבוצות יעד לתוכנית.

ההיבט הנוגע ל**טבע הבדידות** ממנה סובל האדם הזקן הוא מורכב יותר, בעיקר כאשר באים להשתמש במאפיינים הנגזרים מהספרות המחקרית-תיאורטית כגון "בדידות רגשית" לעומת "חברתית" או "מצבית" לעומת "כרונית" ולייחס אותם לאנשים. הקושי הוא במספר מישורים:

- א. במקרים רבים המונחים אינם אקסקלוסיביים אלא באים לביטוי בתחושות ובהתנהגויות של אותו אדם בעת ובעונה אחת.
 - ב. כלי האבחון אינם חדים או רגישים מספיק כדי לקבוע באופן חד משמעי באיזו מידה ניתן לייחס לנשאל את סוג הבדידות שהוא חש ואת מאפייניה הייחודיים. רוב הכלים מבוססים על תשובות להיגדים מילוליים – כלים חלשים, יחסית, המכילים מכשלות אובייקטיביות למדידה של תופעות התנהגותיות-נפשיות מהסוג שבו אנחנו עוסקים.
 - ג. הפעלת כלי איתור מעלה גם שאלות לוגיסטיות: מי בתהליך האיתור יאסוף וינתח את המידע; וגם שאלות אתיות: מהו, למשל, העיתוי הנכון כדי לאסוף מידע אישי, לעתים אינטימי, מאנשים שנחשפים לראשונה למערכת ה"מגייסת" אותם. האם שימוש בכלי אבחון ומיון לא ירתיע משתתפים פוטנציאליים שמראש מהססים להיחשף למערכת?
- למרות ההסתייגויות הללו, אין לשלול על הסף העמקה והבנה של תחושת הבדידות של הזקן המצטרף לתוכנית. אם התוכנית מכילה מראש מגוון של אסטרטגיות התערבות, ייתכן ששלב ראשון של היכרות ויצירת אמון יאפשר בהמשך, בדרך של שיחות אישיות, צפייה בהתנהגות ואולי אף ע"י שימוש בכלים מובנים, קבלת תמונה מלאה יותר על מנת להתאים את כלי התוכנית לצרכים האינדיבידואליים של הלקוח.

אסטרטגיות התערבות

במסגרת סקירה רחבה שנעשתה ע"י צוות חוקרים מאוניברסיטת שיקגו (Masi et. al. 2011) נבחנו כ-150 תכניות התערבות, שנועדו להפחית בדידות בקרב זקנים, צעירים וילדים במדינות שונות, מתוכן נותרו לעומק 50 תכניות, כמחציתן עבור זקנים. התכניות נבחנו על פי ארבע אסטרטגיות התערבות:

- א. **שיפור מיומנויות חברתיות** – דגש על מיומנויות שיחה, שיחה טלפונית, יכולת לקבל ולהעניק מחמאות, יכולת לשאת שתיקות ממושכות, טיפוח הצד הפיזי ומידת המשיכה האישית, הבנה ושימוש בתקשורת לא מילולית, למידת גישות ויכולת להיכנס לקרבה אינטימית.
- ב. **תמיכה חברתית** – בעיקר באמצעות קבוצות תמיכה יזומות ומונחות ע"י אנשי מקצוע לאנשים עם בעיה משותפת, כגון נשים שהתאלמנו לאחרונה.
- ג. **מתן הזדמנות לאינטראקציה חברתית** – האסטרטגיה היא ליצור עניין משותף סביב ביצוע משימות ובהמשך לחזק את הקשר החברתי בין המשתתפים ולהפוך אותם לקבוצה קבועה. לדוגמא: הוצאת זקנים, הנתונים בבדידו חברתי, למשימות התנדבות משותפות כגון חלוקת מזון לנזקקים.
- ד. **שינוי דפוסי התנהגות בלתי מסתגלת מבחינה חברתית על מנת לשפר את היכולת ההסתגלות החברתית.** אסטרטגיה של שינוי התנהגותי-קוגניטיבי שהדגש שלה הוא על לימוד הזקן הבודד לזהות מחשבות שליליות בקונטקסט חברתי, העולות אצלו באופן אוטומטי, ולהתייחס אליהן כאל השערות שיש לבדוק אותן ולא כאל עובדות.

המחקר, שהשווה בין תכניות שנקטו באסטרטגיות השונות, מצא שלאסטרטגיה הרביעית הייתה ההשפעה הגבוהה ביותר על הפחתת תחושת הבדידות בקרב אלה שנחשפו אליה, יחסית לשלוש האסטרטגיות האחרות.

מסקנות נוספות המבוססות על מחקרים אחרים שבדקו התערבויות להפחתת בדידות:

- א. התערבויות שמעודדות, כחלק מובנה שלהן, אינטראקציות חברתיות הן אפקטיביות יותר מאלה שאינן מבוססות על פעילות קבוצתית.
- ב. יחד עם זאת, קיבוץ זקנים בודדים למקום אחד לא בהכרח יעודד פיתוח של יחסי ידידות ביניהם משום שדפוסי ההתנהגות והמחשבה שאנשים בודדים מביאים אתם לסיטואציה – בעיקר אלו מביניהם הסובלים מבדידות כרונית - איננה מעודדת מלכתחילה התקרבות בין אישית.

מה שמבחין את **האסטרטגיה הרביעית** מיתר צורות ההתערבות היא היותה מכוונת לטפל בבדידות עצמה או במנגנונים התוך-אישיים המחזקים אותה. הכלים שהיא מפעילה מבוססים על תיאוריה קוגניטיבית ולכן, באופן טבעי, הם פועלים במישור הקוגניטיבי על מנת לשנות התנהגות. מתוך ניסיון מעשי מצטבר, מוצע להרחיב את

הגדרת האסטרטגיה ולציין שקיימות דרכים נוספות "לגעת בבדידות" ולטפל בה, למשל באמצעות **האומנות** (הפלסטית, הכתובה וכו') המסייעת לאדם להתבונן ולהבין את הבדידות שלו תוך שימוש בממד הרגשי. הדבר יכול להיעשות באמצעות צפייה מונחית בתוצר האומנות או ע"י השתתפות במעשה היצירה עצמו. הפעולה יכולה להיעשות ביחידות או במסגרת קבוצתית, אך כדי שיהיה לה אפקט משחרר, היא זקוקה לתיווך הפרשני שבין המסרים הפחות גלויים ביצירה לבין התחושות והתגובות המתעוררות אצל הצופה בה או היוצר אותה (**דין מורחב באסטרטגיות התערבות: ר' סיכומי קבוצות העבודה על אבחון ואיתור של בדידות ועל התערבויות ומתודות טיפול – נספח א'-3**).

תכניות חברתיות לזקנים הקיימות בארץ וזיקתן לסוגיית הבדידות בקרב המשתתפים

באופן כללי, קיימות לא מעט תכניות חברתיות עבור אוכלוסיית הזקנים בארץ: מועדונים, מרכזי יום, בתים חמים, קהילות תומכות, חוגים וקבוצות לקידום בריאות בתחומים שונים, ביקורי בית של מתנדבים אצל זקנים עם מוגבלות או מרותקי בית, שיחות טלפוניות של מתנדבים לבתי הזקנים במסגרת "אוזן קשבת", ועוד תכניות רבות, המקיפות עשרות אלפי זקנים בארץ.

אין להמעיט בערכן של התכניות הקיימות היוצרות הזדמנות גם למפגש חברתי ומוציאות אנשים זקנים, חלקם מוגבלים בניידות, מביתם, לעתים אף מספר פעמים בשבוע; או שמביאות את המפגש החברתי אליהם הביתה. השאלה, בהקשר לנושא המסמך הזה היא, באיזו מידה יש בתכניות הללו כדי להפיג או להפחית את תחושת הבדידות, אם קיימת, בקרב הזקנים הנוטלים בהן חלק.

קשה לתת תשובה לשאלה זו מהסיבה הפשוטה: הפחתת בדידות איננה מטרה בפני עצמה של חלק גדול מתכניות אלה, ובמידה שהיא קיימת כמטרה ספק אם התוכנית מכילה כלים מובנים להשגת מטרה זו. בכל מקרה, התכניות אינן כוללת דרכים למדידת תוצאות ההתערבות במונחים של הפחתת בדידות.

מותר לשער, כי תכניות שיש להן השפעה חיובית על מצב הבדידות הסובייקטיבית של זקנים המשתתפים בהן, הן תכניות שמכילות אחת או יותר מאסטרטגיות הפעולה שתוארו קודם לכן. על כך יש להוסיף ולהדגיש, **שמבחן ההצלחה לצמצום תחושת הבדידות הוא ההשפעה החיובית על תחושה זו גם במרווחים שבין המפגשים החברתיים ולא רק בזמן ההתרחשות שלהם**. כלומר, אם תכנית מסוימת מתרחשת אחת לשבוע והמשתתפים מדווחים על הקלה בתחושת הבדידות **במהלך** המפגש אך על העדר מוחלט של שינוי בתחושה זו ביתר ימות השבוע – הצלחת התוכנית במונחים של צמצום הבדידות היא חלקית ביותר.

עקרונות לפיתוח תכניות להפחתת בדידות בקרב זקנים

העקרונות שלהלן מנוסחים בהרחבה בנייר העבודה של קבוצת המשימה שעסקה בהתערבויות (ר' נספח א'-3). המסמך מציע התייחסות לשבעה ממדים בעת שניגשים לפיתוח תכנית ספציפית:

- א. מסגרת הפעולה – העדפה של פעילות קבוצתית תוך מגמה לחיזוק רשת התמיכה החברתית. במקביל יש מקום ליצור גם הזדמנויות לפעילות ביחידות, שתהיה יצירתית, בעלת משמעות ומאפשרת הגשמה עצמית.
- ב. מהות הפעילות – מוצע לשלב את המרכיבים הבאים:
 1. פעילות המאפשרת התבוננות פנימית אל המצב הקיומי של המשתתף
 2. פעילות יצירתית המאפשרת התחדשות וצמיחה
 3. פעילות שגורמת הנאה, המחזקת את הזיקה לחיים
- ג. מגוון רחב של פעילויות – שיאפשר בחירה לזקנים השונים זה מזה, על פי מידת ההתאמה של הפעילות לצרכים האינדיבידואליים שלהם.
- ד. פעילות מכוונת לטיפוח יכולות ליצירת קשרים חברתיים.
- ה. תוכנית הנמצאת בזיקה לקהילה הרחבה, מגייסת את חברי הקהילה ותורמת להכללה חברתית (**social inclusion**).
- ו. פעילות מותאמת תרבותית ומתייחסת להבדלים תרבותיים בין המשתתפים
- ז. פעילויות המכוונות לקבוצות דיפרנציאליות ומותאמות לצרכים ייחודיים של קבוצות אלה (כגון, אנשים עם מוגבלות, זקנים שהתאלמו, פורשים מעבודה וכו').

נספחים

1. ניירות עבודה ומסמכי רקע

איגום תכניות המטפלות בבדידות של זקנים ומיון לפי קטגוריות

חברי הקבוצה: ורה שלום – יו"ר, אירנה ליפסקי, גאולה ברודץ, דב שוגרמן, חיה אוורבוך, אורית בן יהודה

רוב התוכניות הפועלות בשטח כתוכניות חברתיות ו/או תמיכתיות אינן מוגדרות כתוכניות ייעודיות בנושא בדידות. פעילות פנאי ותכניות שונות הפועלות כקבוצות תמיכה למיניהן, מתייחסות לנושא הבדידות כפועל יוצא ולא כפעולה ראשית או עיקרית מכוונת מטרה.

הוצגה בקצרה התאוריה העוסקת בבדידות של ד"ר שרון עזרא שייביץ לצורך בחינת השטח – וסוג התכניות אם הן עוסקות בעיקר בבדידות המצבית או תכניות העוסקות בבדידות הכרונית.

הצוות סיכם שאין דרך לאיסוף מידע על תכניות קיימות – מהן נוכל להשכיל לגבי קיומן של תכניות הפועלות עפ"י חלוקה זו ולסוג אותן או למיונם בהתאם למודל שייביץ או על פי כל מודל אחר. התוכניות נוצרו לרוב כמענים לצרכים חברתיים – קהילתיים, ללא הכוונה מדויקת ביחס למצב הבדידות של הקשישים. תיאור מצב זה הוביל את חברי הצוות לשאלות רבות נוספות שעלו לדיון ובאופן פורה ביותר.

חלקן הגדול של התוכניות מוכרות כמועדונים חברתיים, מרכזי יום, לימודים במסגרות שונות, פרויקטים ייעודיים לחולי אלצהיימר, ניצולי שואה וכו'. לעומת פעולות יזומות של מוסדות וארגונים העוסקים בביקורי בית חברתיים קבועים כמו הביטוח הלאומי, יד שרה ואחרים הניתנים כמענה ישיר ומוצהר למצב הרגשי של הזקן כתוצאה מבדידותו.

מיון אוכלוסיות לפי מצב רגשי ופיזי, קשישים המרותקים פיזית ו/או רגשית לביתם, מצב המגביל את יכולתם בהמשך הפעלת מיומנויותיהם החברתיות, דבר המגביר את תחושת החסר בקשרים חברתיים ומחדד את תחושת הבדידות. אוכלוסייה זו ניתנת לאיתור תחת ההגדרה של אוכלוסייה בסיכון עקב גיל מבוגר, סיעודית, מצב משפחתי כמו אלמנות או בני/ות זוג מרותקים וכו'. יש להתמיד ולעסוק באיתור כדי לתת לה מענה אישי וישיר בעזרת תכניות שונות ע"י ביקורי בית חברתיים בעלי תכנים שונים כפי שהוצגו בוועדה הגדולה.

אוכלוסיות פסיביות, כמו קשישים בעלי מיומנויות חברתיות נמוכות וצורך בקשר חברתי – בין אישי נקודתי שאינו גמיש לרוב – דבר המקשה על הסביבה הקרובה והמקצועית לאתר אותו ולענות עליו, מצריך הגדרה ברורה יותר ובחינה מדויקת יותר של הצורך כדי להתאים מענה שייתכן והוא שונה מהמוכר לנו עד כה.

ההתייחסות לנושא הבדידות העולה בהקשר למצבי חיים שונים, בשלבים השונים של ההזדקנות מרגע הכניסה לגיל הזקנה ועד לזקנה מתקדמת מאד, עולה לרוב באופן עקיף המותיר לאדם אפשרות בחירה תוך כדי חשיפה לידע רלוונטי בנושאים שונים ועל הפעילויות השונות העשויות להקל על מצבו ולצמצם את תחושת הבדידות שלו כחלק ממהלך חייו הכללי.

השונות הרבה הקיימת בין הקשישים ומניעיהם המגוונים לעסוק בפעילויות פנאי, חובות בקרבן גם את גורם הבדידות. יש הזקוקים לעידוד ותמיכה בתהליך ההכרה במצבם האישי וחשיפת תחושתם האישית בפני אחרים לצורך התאמת המענים ויש הפונים באופן עצמאי ומוצהר בחיפוש אחר מענים מתאימים. יש לסווג מניעים אלה באמצעות קבוצות מיקוד שונות אשר בחלקן כבר קיימות מסגרות מוכרות שניתן ללמוד דרכן על תחושות המשתתפים המקוריות כמו בקבוצות מתנדבים.

דוגמאות: הצורך בתוכנית פעילות סדירה כהמשך לעבודה ומניעת הליכה לאיבוד ומניעת אובדן שייכות חברתית, שייכות חברתית חדשה כמרעננת קשרים חברתיים שרגילים לקיומן בשגרת החיים מונעי בדידות, תמיכה באדם בודד מתוך הזדהות עם התחושה, למידה מלקחים של קרוביהם וכמענה על החמצה במתן מענה לבדידות קרוביהם בעבר ובכך יכולים לצמצם את רוע הגזרה.

ההכרה האישית של האדם בתחושת הבדידות שלו וחשיפתה בפני הסביבה עלולה לפגוע בתדמית שלו על רקע סטיגמות חברתיות ותפיסות רווחות מהן מעדיף להימנע: בדידות מעידה על חסרים באישיות של האדם ובמיומנויות החברתיות שלו, על שונותו ועל דלות שייכותו לסביבה חברתית. הוא עלול להימנע מהצהרות אלה מתוך בושה הנובעת מדפוסי תרבות ותפיסת עולם אישית. מצב זה מחייב פעילות מכוונת מטרה המתמודדת עם אנטי סטיגמטיזציה כגורם חוסם הכרה בבדידות.

מפגש בין דורי עלה כהצעה חשובה שיש לפעול למענה ברמה הלאומית אשר עשויה להתקבל באופן חיובי במיוחד בקרב אנשים המתקשים להתעמת עם מצב בדידותם מול אחרים כתומכים – בני גילם.

ילדים ונוער יוצרים תחושת נתינה הדדית המפחיתה את תחושת השונות של אוכלוסיות אלו וקל יותר לדבר עם נער שעדיין אינו חש מצב זה ואף מקבל אותו בכבוד ובהתרגשות.

"מתן הזדמנות לנצח" כהעצמה לקשישים במצבי תיסכול כרוניים שביחס לחיים ולסביבתם המוכרת באמצעות משחקים תחרותיים המאפשרים את ניצחונם, סקירת חיים המאפשרת התפייסות עם עברם ואף הצגת סיפורים המזמנים התפעלות והערכה אישית "גיבורים" ועוד.

פרסומים נרחבים בדומה לפרסומת על חיילים בודדים (אינו מזדכה על הבדידות), כמצב ותחושה לגיטימית ואף ערכית שיש למצוא עבורה מענה חברתי.

פיתוח שיטות אינטרנטיות וטכנולוגיות חדשות המאפשרות הפגת בדידות ללא חשיפה אישית. כמו חבר קבוע למשחק שאינו נוטש בעזרת האנונימיות המתאפשרת במשחקי מחשב.

מענים לזוגות השונים בצרכיהם: האחד מעוניין בחברים ובביקורים והאחר מונע זאת בגלל העדר מיומנויות וצורך בריחוק ובבידוד, כיצד מוצאים איזן חדש?

של מי הבעיה? הילדים והסביבה הקרובה המטורטרת ע"י הקשיש, המערכות הרפואיות אליהן פונה באינטנסיביות רבה, הממסד הבירוקרטי שאינו ערוך להתמודד עם פניותיהם רבות, הארגונים החברתיים שאין בידיהם מענים מותאמים וכו.? האם לקשיש הגדרה ברורה לגבי מצבו הרגשי הנובע ממכלול מרכיבים המאיימים על קיומו ומעצימים בדידות?

מהו יחס החברה לגבי תחושת "הכבוד האבוד" של זקנים? האם במענים הקיימים קיימת אבחנה ברורה והכרה בכבודו באופן מעשי באמצעות התוכניות שנבנו למענו? האם בפתרונות הכוללניים קיימת הצהרה לגבי מטרתם הספציפית בנושא בדידות? האם יש להגדירן כמענה לבדידות או הדבר עלול לייצר ואף לחזק סטיגמות מחלישות?

יש לבחון את מטרת התוכניות הרבות הקיימות ולהמשיך ולפתח בכוונים טכנולוגיים חדשים.

ככל שפוחתת חשיפת בני האדם למגעים בין אישיים, פוחתת ההכרה ופוחת הצורך בהם.. הדור הדיגיטלי הטכנולוגי.. האם יש לטפל בעקיפין או בישירים עם מצב זה?

סיכום

1. מוצע להקים תוכנית לאומית בשיתוף משרד החינוך והרווחה מתוך מגמה לשלב נוער ומתבגרים בפרויקטים לקשישים. הניסיון מראה שזהו השילוב המוצלח ביותר.
2. להרחיב קבוצות תמיכה לקשישים בודדים.
3. באשר לסטיגמה - הוצע לפרסם את נושא הבדידות שכן ההנחה היא שהצפת הנושא תגביר מודעות ותקטין את הסטיגמה (דוגמת החיילים הבודדים).
4. מוצע לפתח תכניות בהם הקשישים הם נותני השירות כדוגמת סבגן, זהב בגן ועוד
5. מוצע לפתח תכניות מעצימות לניצול הניסיון הרב והידע שהצטבר בקרב הקשישים (אקדמיה לידע, בנק הזמן תחרויות גינס).

איתור ואבחון של זקנים בודדים

נכתב ע"י ד"ר שרון שויביץ-עזרא, אוגוסט 2012

ההגדרות התיאורטיות של בדידות על סוגיה השונים ומחקרים המלמדים על גורמי סיכון לבדידות מציעים לנו מספר קבוצות סיכון. כך למשל נשים זקנות הן בעלות סיכון גבוה יותר ופגיעות יותר לבדידות משום נסיבות חיים שונות בגיל הזקנה. תוחלת חיים ארוכה יותר של נשים ונישואים לגברים מבוגרים יותר, מעלים את הסבירות שהן יתאלמנו, יחוו אובדן של בן זוג ויגורו לבד (נשים נוטות פחות להינשא מחדש לאחר התאלמות). אובדן של בן זוג עלול להוביל לבדידות רגשית שהיא תוצר של אובדן של איש סוד ושל מערכת יחסים קרובה (Weiss, 1982). בנוסף, חיים ארוכים יותר פירושה פעמים רבות התנסות באובדן גם של חברים קרובים ולכן לנשים סיכוי רב יותר לחוות את ההשפעה המצטברת של אובדנים ושכול (Victor et al., 2000). נוסף על כך, נשים חולות יותר במחלות כרוניות המובילות למגבלות תפקודיות (Verbrugge, 1989), עובדה שגם לה השלכה אפשרית על צמצום זירת הקשרים החברתיים שיכול להוביל לבדידות. נשים גם פגיעות יותר מבחינה רגשית ולראייה שיעורי דיכאון וחרדה גבוהים יותר בקרב נשים זקנות בהשוואה לגברים זקנים.

קבוצת סיכון נוספת היא של אנשים זקנים מאוד. חוויית אובדנים חברתיים ורגשיים שכיחה יותר בגיל הזקנה כתוצאה מפטירת בן או בת זוג ושל חברים קרובים. בגיל הזקנה אנשים פורשים מעבודתם ועל כן מאבדים תפקיד מרכזי בחייהם נוסף על חברתם של עמיתים לעבודה. נוסף על כך, בתקופת החיים המאוחרת הבריאות הפיזית מתרופפת מה שעלול להוביל להצטמצמות הרשת החברתית שאחת מתוצאותיה היא תחושת בדידות (Pinquart & Sorensen, 2001). פעמים רבות לא נמצא קשר מובהק בין גיל ובדידות ובמיוחד כאשר נבדקים במקביל השפעותיהם של משתנים אחרים כדוגמת משתני הבריאות. כלומר, לגיל עצמו אין בהכרח קשר ישיר עם בדידות ואולם נסיבות ואירועי חיים הנלווים לגיל מבוגר כדוגמת התאלמות ואובדנים נוספים ברשת החברתית וכן אובדנים במישור הבריאות מגבירים את הסיכוי לחוות בדידות ככל שמתקדמים בגיל.

בהתאמה, אנשים זקנים מוגבלים מהווים קבוצת סיכון נוספת. מוגבלות תפקודית וקוגניטיבית מצרה את ההזדמנויות החברתיות ויכולה לשמש כר להתפתחות תחושות של בדידות. גורמי סיכון אחרים שביכולתם להגדיר קבוצות סיכון נוספות הם מגורים לבד, אנשים עריריים (או אנשים ללא מקורות תמיכה זמינים), אלמנות, הגירה, פרישה מהעבודה. סביב אותם מעברים שהופכים שכיחים בגיל זקנה יכולה להתעורר תחושת בדידות.

בעת איתורם של קבוצות סיכון לבדידות יש להתייחס גם לפן התרבותי. בישראל נמצא כי קבוצת דוברי הערבית דיווחו על שיעורי הבדידות הגבוהים ביותר. הגורם האתני נותר בעל קשר מובהק לבדידות גם כאשר משתנים סוציו-דמוגרפיים ובריאותיים נבדקו באופן סימולטני. דווקא בחברות מסורתיות הציפיות מהקשרים החברתיים גבוהות יותר ומשהם אינם מתממשים מתעוררות תחושות של בדידות (במיוחד בחברה שנמצאת בתהליך של שינוי).

כמובן שתתכן אינטראקציה בין גורמי הסיכון שנזכרו ואינטראקציה זו יכולה לסמן ולהגדיר קבוצות בעלות סיכוי גבוה לחוות בדידות – כך למשל נשים אלמנות ערביות מוגבלות.

יחד עם זאת, כיוון שבדידות מוגדרת כחוויה סובייקטיבית הנבדלת מהמציאות האובייקטיבית (אם כי אינה מנותקת ממנה) חשוב להתייחס לקבוצות אלו כאל קבוצות סיכון בלבד. בעת איתורם של אנשים זקנים בודדים אין להסתפק רק באפיון החוויה החברתית האובייקטיבית כי אם בבחינה סובייקטיבית של הקשרים החברתיים של האדם. במילים אחרות, האם האדם עצמו חש בדידות ומבקש לשנות זאת.

איתורם של אנשים זקנים בודדים יכול להיעשות בכל שירות אליו מגיעים אנשים זקנים. כך למשל שירותי בריאות והמרכזיים שביניהם הם קופות החולים (מחלקות פנימיות, כירורגיות ואורתופדיות בבתי חולים יכולים לשמש גם הם מוקד). ביטוח לאומי בעת תביעת קצבת שארים (קבוצות לאלמנות) יכול להוות מוקד נוסף לאיתורם וכן איתור בודדים באמצעות הייעוץ לקשיש. מרכזי יום הם דוגמה נוספת למקומות אליהם מגיעים אנשים זקנים סיעודיים שייתכן וחשים בדידות.

דרך אחרת לאיתור אנשים זקנים בודדים, הוא לפרסם מודעות בעיתונים מקומיים ולבקש ממי שחש בדידות לפנות (לתאר במסגרת זו גם את ההתערבות הצפויה). במאמרים שמתארים התערבויות שמטרתן להתמודד עם בדידות השתמשו בטכניקה זו על מנת לגייס לקוחות לאותן הקבוצות. אדם שיפנה בעקבות אותה מודעה מראש מגדיר את עצמו ותופס את עצמו כבודד. מודעות מסוג זה ניתן כמובן להפיץ בכל אותם שירותים שנזכרו לעיל המהווים צמתים מרכזיים אותם פוקדים אנשים זקנים.

אבחון של בדידות

בספרות המחקרית נעשה שימוש בכלים למדידת בדידות שניתן לעשות בהם שימוש גם על מנת לאבחן בדידות. שני הכלים הנפוצים ביותר בספרות הם ה-UCLA Loneliness Scale וה-De Jong Gierveld Loneliness Scale. הכלי הראשון נפוץ בארה"ב ובעל מספר גרסאות השונות זו מזו במספר הפריטים הנכללים בהן. בגרסתו הארוכה מונה הכלי 21 פריטים ובגרסתו הקצרה ביותר נכון להיום הוא כולל שלושה פריטים בלבד. דבר נוסף

שמאפיין את הכלי הנפוץ בארה"ב הוא שהוא אינו מבחין בין עולמות תוכן שונים של תופעת הבדידות כלומר בוחן אותה כתופעה חד מימדית. הכלי מוצג בנספח 4: כלי מדידה – כלי מס' 1.

הכלי השני למדידת בדידות רווח מאוד באירופה וכולל 11 פריטים הבוחנים בדידות כתופעה כללית. יחד עם זאת, במסגרת הכלי האירופי ניתן להבחין בין בדידות חברתית לבדידות רגשית. שישה פריטים מודדים בדידות רגשית וחמישה פריטים מודדים בדידות חברתית. גם לכלי זה גרסא מקוצרת הכוללת שישה פריטים בסה"כ (שלושה מודדים בדידות רגשית ושלושה בדידות חברתית). כלי זה מוצג בנספח 4: כלי מדידה – כלי מס' 2.

ניתן לשלב גם שאלה ישירה למדידת בדידות. במאמר עדכני שהציג התערבות קוגניטיבית התנהגותית נמדדה בדידות גם באמצעות הגדרה אישית לבדידות (Lynn Hopps, Pepin, & Boisvert, 2003). במסגרת הערכה פרטנית (individualized assessment) המשתתף הגדיר מהי בדידות מבחינתו ונתבקש לדרג על גבי סולם עד כמה חש בכך בשבוע האחרון (1- כלל לא ; 9- כל הזמן).

אבחון של סוגי בדידות חשוב ביותר כדי להציע התערבות מתאימה. כך למשל האבחנה שבין בדידות כרונית (למשך שנתיים לפחות) לעומת בדידות זמנית שהיא בעיקרה תוצר של אירועים אשר מובילים לאובדנים ברשת החברתית של האדם (כדוגמת התאלמנות). יחד עם זאת, אין בספרות כלי שמבחין בין סוגי בדידות אשר בבסיסם משך הזמן בו נחוות הבדידות. ניתן לאבחן בדידות מסוג זה כחלק מהערכה פסיכו-סוציאלית במסגרתה ניתן ללמוד על אירועים שהתרחשו בחייו ואשר גרמו לצמצום הרשת החברתית שלו והתמיכה החברתית הזמינה לו. כמו כן, במסגרת הערכה זו ניתן לבחון האם תחושות של בדידות מלוות את האדם לאורך זמן, באיזו מידה ביסס מערכות יחסים משמעותיות בחייו ועוד.

אבחון - התערבות

לאחר שמאבחנים את הבדידות הדרך הטובה לתת מענה מתאים לה הוא להתאים לכל אדם את ההתערבות שנותנת את המענה הטוב ביותר לבדידותו ("תפירת חליפה" מתאימה לכל אדם ולא אחת שנועדה להתאים לכולם). לצורך כך, חשוב שיהיו בארסנל מספר סוגי התערבות. בספרות מסווגות ההתערבויות שנועדו להתמודד עם בדידות לארבע אסטרטגיות מרכזיות:

1. הגברת התמיכה חברתית (Social Support)
 2. הרחבת ההזדמנויות למגע חברתי (Social Access)
 3. שיפור המיומנויות החברתיות (Social Skills training)
 4. טיפול בתפיסות חברתיות שאינן אדפטיביות (Social Cognitive training)
- דוגמאות להתערבויות השייכות לאסטרטגיות השונות ניתן למצוא במאמר שערך ניתוח מטה (meta-analysis): Masi, C. M., Chen, H-Y., Hawkey, L. C., & Cacioppo, J. T. (2011). A meta-analysis of interventions to reduce loneliness. *Personality and Social Psychology Review*, 15(3), 219-266.

בעת איתור התערבויות מתאימות להתמודדות עם תחושות של בדידות חשוב לחפש גם כאלו שניתן לסווגן באסטרטגיות 3 ו-4 (במידה ולא קיימות - חשוב לבנות מהן). שיפור או אימון של מיומנויות חברתיות (אסטרטגיה מס' 3) יכולה להיות רלוונטית לכל סוגי הבדידות. גם כאשר אדם הצליח לרקום קשרים משמעותיים ולחיות חיים זוגיים טובים לאורך שנים לאחר אובדן של בן/בת הזוג חשוב מאוד גם לעסוק, לאמן ולשפר את המיומנויות החברתיות שלו ולא רק להרחיב הזדמנויות למגע ולתת תמיכה. לעיתים לאחר שנים כה ארוכות בהם האדם לא נדרש כלל להרחיב את מעגל החברים והקרובים הוא יתקשה לעשות זאת. בנספח תכניות מובאות דוגמאות של התערבויות המתאימות לאסטרטגיות 3 ו-4 בעיקר משום שהן פחות שכיחות בהשוואה לשתי האסטרטגיות הראשונות המוכרות יותר בנוף ההתערבותי (נספח תכניות, תכניות ד' – ו').

התערבויות ומתודות המיועדות למניעה או הפחתה של בדידות

חברי הקבוצה: ג'ני ברודסקי – יו"ר, תמר אגין-זימין, נעמי קרן, חני רוזה

הקדמה

- על מנת לזהות התערבויות המיועדות למניעה או הפחתה של בדידות בקרב זקנים, חברי הקבוצה קראו חומר בספרות בשני מישורים:
 - א. חומר תיאורטי המתייחס לתהליכים פסיכולוגיים וחברתיים המתרחשים בתהליך ההזדקנות. זאת כדי להבין את גורמי הרקע לתחושת הבדידות השכיחה בגיל זקנה
 - ב. מאמרים המתארים אסטרטגיות ותכניות התערבות המתוארות בספרות כקשורות למניעה והפחתה של בדידות בקרב זקנים
- בקצרה נציין שהגישות התיאורטיות המרכזיות שתורמות להבנת הסוגייה של בדידות בקרב זקנים מסתמכות על:
 - גישות של הזדקנות מוצלחת
 - גישות אקזיסטנציאליות
- לגבי אסטרטגיות והתערבויות, למרות שנמצא מספר רב של מאמרים המתייחסים לנושא הבדידות בקרב זקנים, הספרות המחקרית בנוגע להתערבויות ספציפיות דלה. כלומר, אין הרבה מחקר אמפירי (evidence based) שיכול באופן ברור לכוון פיתוח של תכניות ספציפיות. הרבה מאד מהמאמרים מתמקדים בתכניות מאד פרטיקולאריות הכוללות אוכלוסיות מצומצמות. יתרה מכך, ניתן לציין שקשה לדלות מהספרות פרטים מקיפים על התכניות ודרך הפעלתם.
- אולם, מהספרות ניתן להסיק בעיקר על עקרונות ואסטרטגיות התערבות שיכולים לשמש בסיס לתכנון. יש לזכור, שממילא אין אפשרות ואף לא מומלץ "להעתיק" תכניות מארץ לארץ, שהרי הקונטקסט התרבותי וסביבת מערכת השירותים מאוד שונים. יתר על כן, כבר כיום קיימים הרבה תכניות ושירותים המיועדים, או היכולים לתרום למניעה והפחתה של בדידות בקרב קשישים. אולם, נראה כי הרבה מהם לא מנוצלים באופן מיטבי למטרה זו.
- על כן, הצוות ממליץ להתמקד באסטרטגיות וכיווני הפעולה המפורטים להלן, כבסיס לפיתוח המענים המתאימים לאיפיוני הזקנים ולמערכת השירותים בישראל.
- בנוסף לחומר בספרות, חברי הקבוצה התייעצו עם: שלומית גל וד"ר אילה אליהו ממרכז גליקמן להשתלמות והדרכה של אשל; איריס קליינמן, פסיכולוגית קלינית, ומעיין כץ, אגף לגריאטריה משרד הבריאות. אנו מאד מודים להן על הערותיהן והארותיהן המועילות.

אסטרטגיות ותכניות

נעשתה אבחנה בין אסטרטגיה לבין תכנית ספציפיות. ב'אסטרטגיה' אנו מתכוונים לכיוונים ולעקרונות פעולה שמוצעים בספרות כמסייעים בהתמודדות מוצלחת עם ההשלכות של תהליך ההזדקנות בכלל, ועם בדידות בפרט. בתכניות, אנו מתכוונים להתערבויות ספציפיות המזכרות כקשורות למניעה או הפחתה של בדידות.

1. אסטרטגיות

נתייחס לשבעה עקרונות פעולה:

א. מסגרת הפעילות

פעילות במסגרת קבוצתית וטיפוח של רשת תמיכה חברתית

- בספרות ניתן דגש מיוחד לחשיבות של פעילות במסגרת קבוצתית והרחבה של ההזדמנויות לקשרים חברתיים.
- בכדי שהמסגרת הקבוצתית אכן תהייה אפקטיבית בהפחתת בדידות, לא מספיק לכנס יחד קבוצה של אנשים, אלא יש לדאוג שבמסגרת הקבוצה יתרחשו התהליכים ויתפתחו קשרים שעונים על הצרכים הפסיכולוגיים והחברתיים של הזקנים. עקרונות הפעולה מבוססים על גישות כלליות של קבוצות ותהליכים קבוצתיים אשר מותאמים לזקנים.
- מעבר לפעילויות הנערכות במסגרת קבוצתית, עולה מהספרות הצורך של חלק מהקשישים ביצירה מחדש של רשת תמיכה חברתית אשר יכול לסייע לאדם להרגיש מחובר ומוערך על-ידי אחרים
- פיתוח הקשרים החברתיים הרבה פעמים הם תוצר לוואי של פעילות משותפת בקבוצה ולא המטרה בפני עצמה.

פעילות ביחידות

- גם אם הדגש העיקרי הוא על פעילות במסגרת קבוצתית, בספרות מודגשת גם החשיבות של פעילויות שאדם עושה ביחידות, וכמו בפעילות קבוצתית הדגש הוא פעילות מהנה, יצירתית ובעלת משמעות עבור האדם והמאפשרת הגשמה עצמית.
- עבור אנשים בעלי יכולת תנועה מוגבלת וקשיים פיזיים יש תועלת בהתערבויות שמטרתן להגדיל את הרפרטואר שלהם לפעילויות מתגמלות המתבצעות ביחידות. פעילויות אלה עשויות להפחית את התלות באחרים ולספק לאדם את הסיפוק והתחושה של שליטה על חייו

ב. מהות ואופי הפעילות

מהספרות עולים מספר עקרונות ומרכיבים שכלולים בהתערבויות אפקטיביות:

- **פעילויות המאפשרות לאדם התבוננות פנימית, הכרה במצבו החברתי והאקזיסטנציאלי**
 - פעילויות המאפשרות לזקן להכיר במצבו החברתי-אקזיסטנציאלי מסייעות לו בהתמודדות אפקטיבית עם מצבו
 - פעילויות אלה מאפשרות גם הכרה עצמית של צרכים, רצונות, והעדפות
- **פעילויות יצירתיות**
 - פעילות המאפשרת התפתחות אישית, התחדשות וצמיחה
 - יצירתיות מספקת תחושת משמעות וכוונה, ומאפשרת אופטימיזציה של התפקוד אל מול מגבלות של גיל מבוגר.
- **פעילויות מהנות**
 - פעילויות שיש בהן הנאה (joy) שמטרתן לחזק את הזיקה לחיים
 - פעילויות שמעניקות הנאה ושמחה הם רבי עוצמה מכיוון שמסייעות להפחית את הכאב של אבדנים הטמונה בתהליך ההזדקנות, משחזר ביטחון עצמי, ומעניק תקווה
- **פעילויות וקשרים בעלי משמעות עבור הזקן**
 - בספרות ניתן דגש לכך שעל מנת שהפעילויות בהן עוסק הזקן יתרמו לרווחתו הנפשית, הן צריכות להיות בעלות משמעות עבורו
 - באותה מידה, הקשרים החברתיים הנוצרים בפעילויות המכוונות לתגבר את האינטראקציה החברתית צריכים להיות משמעותיים עבור הזקן

ג. מגוון והיקף הפעילות

- מתן הזדמנות לאדם להמשיך ולמלא מגוון תחומי אחריות בחיי היום שנותנות לו תחושה של שליטה על החיים
- עקב השונות הרבה בין הזקנים, יש לשאוף לפתח מגוון רחב של פעילויות בהן זקנים יכולים למצוא את עצמם. בהקשר זה, חלק מהתפקיד של אנשי המקצוע זה לסייע לזקנים לזהות את אותם פעילויות שהן בעלות משמעות עבורו ושמהן הוא יכול להפיק הנאה

ד. פעילויות המכוונות לטיפוח היכולת לפיתוח קשרים חברתיים

- אלה פעילויות המכוונות ללמד זקנים כיצד להזין ידידות (nourish friendship) וכישורים חברתיים

ה. הכללה חברתית (social inclusion)

- מהספרות עולה גם החשיבות בגיוס הקהילה הרחבה ובחיזוק פעילויות המתרחשות ברמת הקהילה בה חיי הזקן ובהן ניתנת לזקנים הזדמנות להשתתפות פעילה

ו. פעילויות המותאמות תרבותית

- עקרון שמודגש מאד בספרות הוא ההתאמה של כל פעילות שאמורה לתת מענים לצורכי הקשישים להיבטים התרבותיים
-

ז. פעילויות המכוונות לקבוצות דיפרנציאליות

- בגלל האופי הדיפרנציאלי של הצרכים של קשישים חשוב לפעמים ליצור את המסגרות המותאמות לקשישים על פי מאפיינים וצרכים שונים (כגון אלמנים, זקנים מוגבלים, פורשים מהעבודה)

2. תכניות/התערבויות

להלן דוגמאות לסוגי התערבויות שמוזכרות בספרות בהקשר של מניעה או הפחתה של בדידות ושיפור היכולת של האדם להתמודד עם האתגרים שבהזדקנות בכלל ועם בדידות בפרט. הרשימה אינה ממצה אך היא כוללת התערבויות שכיחות שמוזכרות בספרות. יש לציין כי ההצלחה של התערבויות אלה בהקשר של בדידות מותנית בכך שהם אכן כוללות מרכיבים שצוינו לעיל באסטרטגיות:

- סקירת חיים - reminiscing /Life review
- תרפיות באמצעות אמנות
- טיפול רוחני
- שירה (poetry)
- שירה בציבור
- פעילות גופנית בקבוצה
- ריקוד
- מוסיקה
- חוגי העשרה
- חיות מחמד
- שיחות ועידה בטלפון
- אינטרנט (פורומים, שיחות וכו')
- קבוצות תמיכה
- ביקורי בית
- שימוש בגורמי הפניה לא קונבנציונליים מתוך הקהילה לאיתור זקנים בודדים שאינם באים במגע עם השירותים

צרכים של המערכת

חברי הקבוצה סבורים שכבר כיום קיימים הרבה תכניות ושיירות לקשישים אשר אמורים היו לתת מענים למניעה והפחתה בדידות. אולם, נראה כי הרבה מהם לא מנוצלים באופן מיטבי. בכדי להרחיב ולנצל טוב יותר את ההזדמנויות לפעילות המכוונת למניעה והפחתה של בדידות בקרב זקנים עולים מספר כיוונים בהם דרושה השקעה במערכת. אלה כוללים: (א) העלאת מודעות; (ב) מתן כלים ופיתוח כישורים; (ג) משאבים להרחבה, להפעלה ולכוח אדם.

נראה כי במערכת קיים צורך במרכיבים הבאים:

א. העלאת מודעות

- העלאת המודעות של העובדים שנמצאים בקשר עם זקנים (בכל מערכת השירותים) לנושא של בדידות.
- בהעלאת המודעות גם של הקשישים עצמם, בני משפחותיהם והציבור הרחב ולתת הכרה לנושא הבדידות, וגם לתת את המידע הדרוש באשר לאפשרויות למניעה או להפחתה.

ב. מתן כלים פיתוח מיומנויות וכישורים

- לתת את הכלים הדרושים לעובדים ולמתנדבים המפעילים כיום פעילויות עם זקנים, ושיפור המיומנויות והכישורים שלהם בכל הנוגע לתהליכים קבוצתיים. כלומר, קיים צורך בשיפור היכולת שלהם לנצל את הפעילויות המשותפות הנערכות בקבוצות טיפול במרכיבים החברתיים ובצרכים הפסיכולוגיים של הקשישים
- שיפור המיומנויות של העובדים והמתנדבים העובדים גם במסגרות קבוצתיות וגם אלה העושים ביקורי בית לסייע לקשישים לזהות את הפעילויות המהנות, היצירתיות ובעלות משמעות עבורם

ג. משאבים

- להתגבר על מחסומים כגון הסעות ומחסומים כלכליים להשתתפותם של זקנים בפעילויות
- כוח אדם – בכדי שעובדים יוכלו להקדיש את תשומת הלב הדרושה לנושא של בדידות, יש צורך לתת להם את הזמן הדרוש לכך. פעמים רבות העומס המוטל על העובדים אינו מאפשר להם להיות פנויים, להקשיב לעומק לקשישים, וליצור את הדינמיקה הדרושה כדי לתת את המענה לבדידות
- הרחבת ההיקף והמגוון של הפעילויות המוצעות לזקנים: מתוך הכרה בשונות של הקשישים, הן מבחינת הצרכים והן מבחינת העדפותיהם, יש לדאוג לקיומם של מגוון אפשרויות

2. תכניות התערבות

תכנית א'

"שירים וטעמים מהעולם ומן הבית" - מודל לעבודה קבוצתית יוצרת

מאת: תמר אגין-זימין¹

- מטרות**
 - מפגש קבוצתי, התומך בפיתוח ידידות, הרחבת רשת התמיכה ובהזדמנות ליצירה אישית וקבוצתית. "שירים וטעמים מהעולם ומן הבית" - מודל המשלב גירויים חושיים בדגש על חוש הטעם, ומפגש עם שירה (poetry) שמטרתו לחוות הנאה, לעורר, לערב, להזין, להעשיר, לחפש טעם ומשמעות ולהביא את המשתתפים לביטויים של טבעיות, חכמה ויופי.
- אמצעים להשגת המטרות**
 - הקבוצה מתכנסת סביב שולחן, המשמש בסיס לפעילות יצירתית מגוונת. במהלך הקבוצה, מתועדים ונערכים דברי המשתתפים ע"י המנחה ב"שירים קבוצתיים", המהווים חוליה מקשרת בין מפגשים, גשר בין רעיונות, אנשים וזמנים. בעוד הטעמים מספקים חוויה חושית, ביתית, כאן ועכשיו, המעוררת אינטראקציה, "שיר קבוצתי" הוא מיכל לביטויי מחשבה, זיכרונות ורגש ובמיטבו, מחבר את היחיד עם עצמו ועם העולם. אוכל ושירה פותחים, "מדביקים" ומשמים את הקבוצה בדרכה היצירתית.
- תכנים**
 - הקבוצה פועלת בהשראת עונות השנה וניזונה מתמות של מחזור החיים, ניגודים בטבע ובאדם, בית, משפחה, מעגלי השתייכות, טעם ומשמעות החיים בזיקנה.
- מסגרת הפעילות**
 - מועדוני יום חברתיים וטיפוליים, דיור מוגן ומחלקות שונות בבתי אבות ומרכזים גריאטריים. המודל הנוכחי מתאים לכל אדם ופתוח למשתתפים בעלי רמות שונות של תפקוד פיזי או קוגניטיבי, מאחר והוא מתבסס על חוויה, רגש וביטוי חופשי. ידיעת קרוא וכתוב איננה תנאי להשתתפות. המודל מעודד הזנה הדדית בין אנשים הנמצאים בתחנות שונות על רצף תהליך ההזדקנות.
- תוצרים**
 - במהלך הקבוצה נוצרים "שירים קבוצתיים". בסיום הקבוצה מקבל כל משתתף חוברת המאגדת את השירים. חיבורים אלה הם הצהרה של קיום אישי וקבוצתי, החיונית לנוכח תהליך הצטמצמות עולמו של האדם המזדקן.
- תרומת המודל להקלה על מצוקת הבדידות**
 - הקבוצה מעצם קיומה נענית באופן ישיר למשאלה לשייכות וסולידריות, עקב מצוקת הבדידות בזיקנה, על היבטיה השונים - בדידות בין אישית, בדידות חברתית, ובידוד קיומי, הקשורים זה בזה. הקבוצה היא כר לחברויות חדשות ומחזקת את הזיקה בין היחיד לבין הארגון בו היא מתקיימת. כאשר הקבוצה פועלת במקום בו המשתתפים אף מתגוררים, היא מתמודדת עם הזרות ומעודדת קירבה בין משתתפים, שלא אחת מתקשים ליצור קשר עם אחרים, מסיבות פיזיות, טכניות, רגשיות ומנטאליות, בשלב זה של חייהם והם זקוקים לתיווך ותמיכה אקטיבית של אנשי צוות בתהליך ההתחברות עם שכנים לקומה, למחלקה, לבניין. לקומה, תגובות המשתתפים והצוות היו חיוביות מאוד.

¹ תמר אגין-זימין (MA) - הנחיית קבוצות בשילוב אמנויות, סדנאות יצירה בקולאז', תיעוד וכתובת סיפורי חיים.

- משוב לקבוצה, מדברי המשתתפים:**

"השולחן הזה מזכיר לי את אמא שלי"; "עצם הדבר של הערב הזה, ישיבה סביב השולחן שעוזרת לקרב בינינו, אולי לא כולם, אבל אחד ימצא פה מישהו אחר... הרי לא בחרנו אחד בשני, אבל אנחנו כאן חיים ביחד"; "נתת לנו אפשרות להרגיש נורמאליים, עם מחשבה ודעה"; "השיחה הייתה ברמה מאוד משובחת ושונה מכל השיחות הפרוזאיות הרגילות"; "הקבוצה הייתה כמו משפחה".

משוב לשילוב מזון במפגש: "היה נהדר ומעולה, שידר אכפתיות"; "היה טעים ומעניין, כי המזון נגע לנושא שפיתחנו"; "זה טוב ומרכז, מעודד עשייה וקשר, מעודד השתתפות ומעורר את הצורך לשוחח"; "מעניין ונחמד, השילוב של אוכל ושירה נתן משהו מיוחד".

משוב ל"שיר קבוצתי": "השיר הוא מעשה הומאני"; "השיר התנגן, דיבר על החוסרים שלי וגרם להנאה ועצב, כשנגעת במקום שכואב"; "חיברת את המילים הבודדות שלנו ונתת משמעות"; "השיר הקבוצתי מקרב הבנה וקשר עם הזולת... אפשר לעשות איתו שלום עולמי, בין אנשים זרים"; "לקחת את הכלום של כל אחד והפכת את זה למשהו שאפשר לקרוא ולהבין וזה היה נעים"; "היה נהדר שהבנתי כל מילה. זה מתאים לגיל שלנו"; "אזכור שפגשתי גברת שרוצה לשמוע דעה אחרת... כתבה הכל על הנייר ולא זרקת לפח האשפה, אלא שמה בחוברת".

בקבוצה אנו פוגשים לעיתים אנשים המגיעים לגיל מופלג עם היסטוריה אישית ארוכה של בדידות. המפגש הוא גם הזדמנות לשתף אחרים בתובנות ולעשותם שותפים למסע. שיר קבוצתי יוצר חברות למסע של יחידים, שהוא מסע של כולנו. כתיבת שירה בקבוצה של זקנים היא קריאת תגר על ההנחה ששירה יכולה להיכתב רק ע"י משוררים וכי היא פעילות של יחיד ולא של רבים. להלן בית שתרגם אחד המשתתפים, אדם עירי במחלקה לתשומים, לשיר הקבוצתי:

"בבית אפשר לעשות הכל / לשיר, לבשל, לקרוא, לכתוב, / איפה שאדם מרגיש עצמו / כמו שהאנגלים אומרים: Sweet home / ואחרי הכל, כשאינן, / הבית הוא בפנים / זה החלק הפנימי שלך, החשוב, / שעוזר לך בחיים / והילד מרגיש את זה משך כל הימים. / הבית נהפך לחום, / שלוקחים אותו / לכל מקום".

- בסיס תיאורטי**

אופי העבודה מעוגן בפסיכותרפיה האקזיסטנציאלית, הרואה בהכרה במציאות של קירבה למוות, ובידוד קיומי, מציאות בה אנו נולדים לבד ומתים לבד, - מנוף לשינוי בהשקפה והערכה גוברת לעצם הקיום: לידידות, ליפי הטבע ולייחוד של כל תופעה וכל אדם בעולם.

תרומת הגישה ההומאניסטית היא בפנייה לפוטנציאל האישי ולשאיפה להגשמה, הטבועים בכל אדם.

היצירה האמנותית מתבססת על העיקרון כי יצירתיות היא עצם המחשבה ואופן ביטוייה האותנטי – מה שאינו תלוי בגיל או במצב תודעתי. יצירה באמנות משחררת מתגובות מותנות, מחברת את האדם אל עצמו ואל הסביבה, ובכך גם מחלישה את מצוקת הבדידות.
- השירה (poetry)** מתאימה, בחתירתה לחיפוש משמעות, לדיבור כנה ותמציתי, ומביאה לידי ביטוי את חכמתם של הזקנים.

תכנית ב'

פרויקט "זמן לתת" / העמותה לזקן רמת גן

תכנית התערבות לפיתוח כישורי פנאי לזקנים בודדים

התכנית מתקיימת במסגרת תכנית "התנדבות בקהילה תומכת" שפותחה באשל. במהלך הזמן התכנית הורחבה גם לזקנים שאינם חברי קהילות תומכות. העמותה אחראית על הפעלת התכנית בשיתוף אשל ואגף הרווחה בעירייה.

התכנית מיועדת לעד 50 זקנים בודדים, מרותקים לבתים שאינם מבקרים במועדונים חברתיים או במרכזי היום וכן אין להם קרובי משפחה המבקרים אותם. התוכנית פועלת לפי קריטריונים אלו, אך עם גמישות לגבי הגדרת הבדידות. התכנית המוצגת הינה משותפת לכל הגורמים הפועלים בר"ג בתחום הזקנה בשיתוף עם קהילות תומכות.

התוכנית מנוהלת על ידי העמותה שמחויבת במעקב תמידי ומבוססת על קשר עם הזקנים והמתנדבים, קשר המשתנה לעיתים בגלל שינויים רבים במצבם של הזקנים ולעיתים בגלל תחלופת מתנדבים.

הפרויקט מכה הדים חיוביים רבים והתגובות הנלהבות יוצרות עוד ועוד מועמדים ויש רשימת המתנה מכובדת.

מטרת התכנית

התכנית נועדה למצוא מענים לאוכלוסיית מרותקי הבית והבודדים, חברי הקהילות התומכות ואחרים אשר אינם משתתפים בפעילויות החברתיות השונות המתקיימות במועדונים החברתיים ובמרכזי היום, בשל מצבם הפיזי או הנפשי.

אוכלוסיית היעד

תכנית התערבות המיועדת לאוכלוסיית מרותקי בית ובודדים. חברי קהילות תומכות, מוכרי רווחה ואחרים.

עקרונות התכנית

- א. גיוס רכזת תכנית בהיקף משרה של 75%.
- ב. איתור זקנים - המתאימים לתוכנית ע"י אבות קהילה, עו"סים אזוריים, מפעילות חברתיות, רכזות מועדונים ומנהלות מרכזי יום.
- ג. קיום אינטק פרטני מקצועי ע"י רכזת התכנית לכל מועמד לתכנית, בפרספקטיבה הרלוונטית לתחום ההתערבות; שאלון שפיתחנו, אמור לעזור לנו להתאים ולזהות את הצרכים, הרצונות והציפיות, כמו גם המגבלות והיכולות המתייחסות לעולם התוכן החברתי תרבותי ומנטאלי של המועמד.
- ד. גיוס והכשרת מתנדבים, בסיוע המדור ההתנדבות בעיריית רמת גן (בהיקף של כ- 1/3 משרה).
- ה. מציאת פתרונות פנאי מותאמים לכל אחד ואחת, לאחר ההערכה והתרשמות וניתוח השאלון בצוות המקצועי שמקיים ועדת היגוי אחת לחודש/שניים ומורכב מנציגים של העמותה, אגף הרווחה ואשל. במידת הצורך, מוזמנים נציגים של גופים נוספים הקשורים לפרויקט.
- ו. התאמת מתנדב לכל מועמד.

תוצרי התכנית

לאחר שתקבע תכנית ההתערבות הספציפית, יגויסו/אותרו מתוך המתנדבים הקיימים או מאוכלוסיות המיועדות להתנדבות, ביטוח לאומי, תלמידים – מחויבות אישית, תנועות נוער, מתנדבים בארגונים וולונטריים (רוטרי, ליונס, ויצ"ו, נעמת וכד'....) ולעיתים אף גיוס מתנדבים מיוחד לפרויקט זה. המתנדבים יצוותו לזקנים בהתאם לתכנית שנקבעה.

היעד של פיתוח כישורי פנאי נועד לתת לקשישים כלים ומיומנויות כמו גם פתוח מודעות לצרכי פנאי ופיתוח עולם תוכן המותאם לעולמם ולצרכי החברה. לדוגמא: לימודי מחשב ואינטרנט, ציור, פיסול, גרפיקה אמנותיות, מלאכת יד, האזנה למוסיקה, קריאה משותפת-עיתונים/ספרים, כתיבת זיכרונות, גינון ביתי ועוד....

תכנית ג'

"ביני לבינך" –

סדנא לדרכי תקשורת יעילים במצבי עקה שכיחים בחיי היום יום בקרב מבוגרים

מטרת על

שיפור כישורי תקשורת דרך למידה והתנסות בקבוצת עמיתים. תקשורת זו כוללת יכולת לנהל שיחה, הקשבה, יכולת לשתף אחר משמעותי בקושי או בעיה, יכולת להגיב באופן אמפטי ואופן הפניה לבקשת עזרה דרך התנסות קבוצתית.

רציונל

שיפור בתקשורת בין-אישית מחזקת את תחושת השליטה, ובעקבותיה גם את הדמוי העצמי של הזקן. היכולת לנהל דיאלוג או משא ומתן, להביע עמדה ולבקש עזרה מפחיתה את תחושת הבדידות ומאפשרת הרחבה של רשת תמיכה.

מערך חברתי בו מתקיימת תקשורת פתוחה יכול לתרום להורדת הלחץ הקיים אצל זקנים רבים וכן לעודד את הזקן להיות אקטיבי יותר ולקיים מפגשים עם עמיתים. שיתוף עמיתים בסוגיות ובעיות משותפות תורם גם לתחושה שהזקן לא לבד. סקרים רבים מוכיחים שיש קשר חיובי בין פעילות ואינטראקציה חברתית ובין שביעות רצון חיים.

במדינת ישראל קיימים מזה שנים רבות שירותי תמיכה נפשיים המופעלים באמצעות מתנדבים (לא פרופסיונליים, כגון פסיכולוגים, עובדים סוציאליים או פסיכיאטרים), שעברו הכשרה, כגון "אנוש" ו"ערן". בהצעה שבהמשך, אנו מתמקדים במיומנויות תקשורת מנקודת ראות של מניעה והעצמה אישית לפתרון בעיות.

התכנית

"ביני ובינך" היא סדנא בנושא תקשורת בין אישית המועברת ע"י מתנדבים גמלאים שעברו הכשרה מיוחדת. ההכשרה היא בת 7 מפגשים של 7 שעות כל אחד. בתום ההכשרה כל מתנדב מוכשר להעביר סדנא בת 5 מפגשים מובנים באורך של שעה וחצי כל אחד לקבוצה של זקנים. הסדנא מתמקדת בהתייעלות התקשורת הבין אישית, במיוחד בכל הקשור לבקשה וקבלת עזרה.

1. הגדרת תפקיד המתנדב - מוביל קבוצה לרכישת מיומנויות תקשורת בין-אישית.

2. מטרת התפקיד

א. להעביר סדרה של מפגשים בנושא תקשורת בין-אישית

ב. תרגול מיומנויות של האזנה, הקשבה ותגובה במצבים בין-אישיים

ג. התרגול יכוון לשיפור התקשורת למצבי מצוקה השכיחים בגיל מבוגר.

3. מחויבות

א. נכונות לקבל הנחייה והיזון חוזר לצורת העבודה, בכל מהלך ההתנדבות

ב. מחויבות להפעלה/התנדבות של 2 שעות בשבוע, למשך שנה לפחות.

1. Social skills training

A friendship enrichment program – Stevens, 2001; Stevens & van Tilburg, 2000, Martina & Stevens, 2006

An educational program on friendship for older women, which was developed in 1994–1995 at the Centre for Psychogerontology at the University of Nijmegen, also emphasizes the importance of friendship when striving to combat loneliness (Stevens & Van Tilburg, 2000; Stevens, 2001). **This intervention focuses on older women** due to a number of disadvantages that they experience in later life. Because they live longer, women are more likely to be widowed and live alone, which makes them more vulnerable to loneliness (Jerrome, 1981; Knipscheer, De Jong Gierveld, Van Tilburg, & Dykstra, 1995; Stevens, 1995). They also experience more chronic illnesses that lead to functional limitations and disability (Verbrugge, 1989). Their greater emotional vulnerability is evident in the higher incidence of depression and anxiety among older women compared to men (Deeg & Westendorp-de Serie`re, 1994). A positive reason for the focus on women is that they continue to be interested in friendship (Field, 1995) and clearly benefit from interaction with friends throughout later life (Adams, 1987; Jerrome, 1981; Stevens, 1995).

The friendship program is based on principles of feminist therapy (Miller, 1988) and re-evaluation counselling, a self-help method developed by Jackins (1983). The aim of the friendship program is empowerment of participants through the realization of personal goals in friendship. It stimulates women to clarify their needs, desires and expectations in friendship, to analyze their current social networks to identify actual and potential friendships, and to formulate goals that involve improvement of existing friendships or development of new friendships. It also encourages participants to develop and implement strategies to achieve these goals. The program is based on the assumption that improvement in friendship will increase the availability of support and companionship in the social networks of the participants, and this should lead to reduction in loneliness and improvement in subjective well being (Stevens, 2001).

The friendship enrichment program consists of 12 lessons focused on different topics related to friendship such as self-esteem as a basis for friendship, improving existing friendships, setting goals and boundaries in friendship (Stevens & Albrecht, 1995). The lessons include theory, practice in skills that are important in friendship, role-playing of difficult social situations and homework. At a follow up meeting six months after the program, participants evaluate their success and redefine goals for the future. This program differs from many previous interventions because its approach is multifaceted. It focuses on both development and improvement of friendship, as well as self-esteem. It provides theoretical information on friendship, as well as reflection on personal experience to increase awareness of attitudes and behaviour that promotes friendship and those that interfere in friendship development (Young, 1986). Analysis of the personal network by means of the convoy model for personal relationships (Kahn & Antonucci, 1980) and reflection on personal needs and desires in relationships form the basis for formulating goals in friendship. The combined focus on emotions, cognitions, and behaviours relevant to friendship aims to provide participants with the motivation, insight, and social skills to develop the friendships that they desire. According to Cattan and White (1998) a variety of methods are necessary if an intervention is to be effective in reducing loneliness among older people.

Loneliness was measured using an 11-item questionnaire, which consists of five positive and six negative items, assessing a sense of belonging, and discrepancies in desired relationships (De Jong Gierveld & Kamphuis, 1985). Scores on the scale range from zero (not lonely) to 11 (extremely lonely); a score between three and eight indicates moderate loneliness, while a score above nine indicates severe loneliness. This scale has been used in several studies and has proven to be a reliable and valid instrument with older persons (De Jong Gierveld & Van Tilburg, 1999)

2. Social cognitive training

A short-term, cognitive group therapy intervention method to reduce or resolve ongoing psychological disruption and/or trauma among women – Sorenson, 2003

Consistent with Peplau's theory, the orientation occurred during the first meeting, where subjects completed the assessment instruments and become familiarized with the research investigation and were allowed to tell their "birth story" before commencing with the group therapy intervention. The intervention curriculum followed [\[Gordon 1999\]](#) and [\[Gordon 1999\]](#) *Insight: A Cognitive Enhancement Program for Women, Facilitator's Manual* protocol for the short-term cognitive-behavioral group therapy program for depressed women (further information on *Insight* can be found at: <http://www.insightforwomen.com/index.htm>). *Insight* was selected for the intervention based on its complementarity with Peplau's theory. Group therapy is particularly effective for postpartum women, because interpersonal validation lessens the impact of relational problems that cause or exacerbate depression. Group leadership promoted women's identities as independent participants, capable of examining and finding their own solutions. In the working phase (exploitation), professionally guided group therapy encouraged the development of positive interpersonal relationships and provided the support necessary for women to confront issues and develop new cognitive and relationship skills. Outcomes of women who participated in professionally guided *Insight* programs have exceeded the outcomes of general support groups [\(Maynard, 1993\)](#), thus supporting Peplau's view of professional nursing roles in psychiatric nursing. *Insight's* powerful group therapy format provided structured topics and assignments that became the focus of subsequent group discussions. Through the professionally guided interpersonal interactions, women received necessary validation and support to challenge their cognitive beliefs, and feedback to develop new coping strategies. Each woman received her own *Insight: A Cognitive Enhancement Program for Women, Woman's Workbook* that included objectives and activities related to 20 topics covered in group meetings including: goal setting, self-esteem, relationships, loss/grief, stress/crisis, communication, conflict, and power/control. The group intervention was facilitated by the primary investigator, a psychiatric-mental health clinical nurse specialist. Subjects completed the post-intervention instruments after the last class.

Loneliness was measured with the UCLA Loneliness Scale-III (LS) [\(Russell, 1994\)](#). LS is a 20-item summated, self-report rating scale designed to assess the magnitude of perceived loneliness or adequacy of the individual's interpersonal relationships related to health and well-being. Total scale scores range from 20–80. The LS-III has established content, construct, and convergent validity; test-retest stability ($r=.73-.86$);

and internal consistency ($\alpha=.89-.94$). The mean total score among nurses (a primarily female occupation) was 40.14 (SD=5.52; range 20–75) ([Russell, 1994](#)).

3. Social cognitive training

COGNITIVE-BEHAVIORAL GROUP THERAPY FOR LONELINESS VIA INTERRELAY-CHAT AMONG PEOPLE WITH PHYSICAL DISABILITIES

SANDRA LYNN HOPPS, MICHEL PE´PIN, AND JEAN-MARIE BOISVERT, 2003

Tele-health is defined as “the use of telecommunication and information technology to provide access to health assessment, diagnosis, intervention, consultation, supervision and information across distance” (Nickelson, 1998, p. 527). It is a potential option for bridging service gaps with regard to the availability of specialized services to people experiencing geographic and mobility constraints, such as people living in rural and underserved communities, and people with disabilities (Conrad, 1998; Sampson, Kolodinsky, & Greeno, 1997; Schopp & Johnstone, 1999). According to Walz (1997), the Internet “allows counsellors to overcome problems of distance and time and to offer opportunities for networking and interaction not otherwise available” (p. 417).

Therapy

The intervention involved both cognitive and behavioral techniques, which were tailored to each member of the group based on an in-person individual assessment. Assessment was similar to that proposed by Gambrill (1995) and involved the following: setting goals; reviewing knowledge and beliefs about social relationships, behavior, and emotions (including cognitive distortions and automatic thoughts); reviewing social skills; reviewing self-presentation skills; reviewing thoughts; reviewing self-management skills in decreasing loneliness; reviewing access competencies; and reviewing affect management skills. This assessment allows the therapist to tailor cognitive-behavioral intervention strategies to clients’ goals, needs, knowledge, and skills. Intervention was based on the group therapeutic strategies described by Gambrill (1995) and individualized to the specific needs identified during assessment. Lack of skills and knowledge was addressed by integrating skills training and the provision of relevant information. Anxiety in social situations was addressed through hierarchical exposure and cognitive modification interventions. Poor social access issues or isolation were addressed through the sharing and provision of potential resources. However, all participants received core elements of basic social skills training. They also had many opportunities to explore negative or distorted cognitions and automatic thoughts pertaining to social situations, as well as to practice applying techniques to modify these cognitions. The involvement of such cognitive techniques was described by Young (1982), and is based on Beck’s (1976) cognitive therapy. All interventions were oriented toward the attainment of the participants’ personal goals. Many of the procedural aspects of the intervention used here are based on Rodway’s (1992) group therapy for loneliness, which is similar to the approach of Evans (1983; Evans, Halar, Keith, & Smith, 1985; Evans, Kleinman, Halar, & Herzer, 1985; Evans, Smith, Werkhoven, Fox, & Pritzl, 1986). Rodway used group cognitive-behavioral therapy to facilitate clients in examining the nature of and factors involved in their loneliness, determining ways of reducing loneliness, assessing various loneliness-reducing actions, as well as sharing their experiences and learning from others. Together, participants identify steps to attain their goals, the strategies that work best for them, and goal-oriented homework involving the application of loneliness-reducing strategies (cognitive and behavioral) to face-to-face interpersonal interactions, which are recorded on their Description of Interaction forms. Homework was also used to test

out and evaluate the strategies applied and was then discussed the following week. The intervention protocol was structured so that the personal objectives and homework were discussed for one member at a time. **Therapist.** The therapist was a doctoral student with 16 practicum credits. She was supervised by a psychologist with several years of clinical experience with people who have disabilities and social difficulties.

Loneliness was measured with the UCLA Loneliness Scale Emotional Versus Social Loneliness (ESL-E,ESL-S). The ESL questionnaire (Russell, Cutrona,Rose, & Yurko, 1984) assesses loneliness according to Weiss's (1982) typology: social (contact with a group of friends or social network) and emotional (contact involving deep sense of attachment that is not necessarily romantic) loneliness. The questionnaire includes two items, each a sentence describing one of the two types of loneliness. Using a Likert-like scale, respondents rate to what extent they feel the described type of loneliness from 1 (not at all) to 9 (very much). It has good convergent and discriminant validity (Russell et al., 1984).

Personal definition of loneliness (PD). During the individualized assessment, participants defined their experience of loneliness and subsequently rated it on a scale of 1 (not at all) to 9 (all the time). At pretest, posttest, and follow-up, participants rated how lonely they felt over the last week. Because the experience of loneliness is subjective and varied and possibly not well accounted for by the previous two measures of loneliness, clients produced their own definition of loneliness and rated it. Because the goal of the intervention was to reduce participants' feelings of loneliness, such a definition provides interesting information about the impact of the intervention on their personal experience of loneliness.

כלי מדידה

כלי מ'1: UCLA Loneliness Scale

לפניך רשימת היגדים. נא ציין באיזו תדירות אתה מרגיש כפי שמתואר בכל אחד מהם

לעיתים קרובות	לפעמים	לעיתים רחוקות	אף פעם		
4	3	2	1	אני מרגיש מתואם עם האנשים סביבי	1
4	3	2	1	אני מרגיש שאין לי מספיק חברים	2
4	3	2	1	אני מרגיש שאין אדם אליו אני יכול לפנות	3
4	3	2	1	אני לא מרגיש לבד	4
4	3	2	1	אני מרגיש חלק מקבוצה חברתית	5
4	3	2	1	אני מרגיש שיש לי הרבה במשותף עם האנשים בסביבתי	6
4	3	2	1	אין כיום אדם שאני מרגיש קרוב אליו	7
4	3	2	1	אני מרגיש שהרעיונות והאינטרסים שלי אינם משותפים לאנשים סביבי	8
4	3	2	1	אני מרגיש שאני אדם חברותי	9
4	3	2	1	ישנם אנשים אליהם אני מרגיש קרוב	10
4	3	2	1	אני מרגיש שלא משתפים אותי	11
4	3	2	1	אני מרגיש שהקשרים החברתיים שלי שטחיים	12
4	3	2	1	אני מרגיש שאף אחד לא באמת מכיר אותי	13
4	3	2	1	אני מרגיש מבודד מאחרים	14
4	3	2	1	אני מרגיש שאני יכול למצוא חברים כשאני רוצה בכך	15
4	3	2	1	אני מרגיש שישנם אנשים שמבינים אותי	16
4	3	2	1	אני לא מאושר כאשר אני מרוחק מאנשים	17
4	3	2	1	אני מרגיש שאנשים נמצאים סביבי אך לא איתי	18
4	3	2	1	אני מרגיש שישנם אנשים איתם אני יכול לדבר	19
4	3	2	1	אני מרגיש שישנם אנשים אליהם אני יכול לפנות	20
4	3	2	1	אני מרגיש בודד	21

כלי מס' 2: De Jong Gierveld Loneliness Scale
נא ציין באיזו מידה אתה מסכים עם הנאמר בכל היגד

בהחלט לא	לא	פחות או יותר	כן	בהחלט כן	
5	4	3	2	1	יש תמיד מישהו אתו אני יכול לדבר על הבעיות היומיומיות שלי
5	4	3	2	1	חסרה לי נוכחותו של חבר קרוב
5	4	3	2	1	אני חווה הרגשה כללית של ריקנות
5	4	3	2	1	ישנם אנשים רבים עליהם אני יכול לסמוך בעת צרה
5	4	3	2	1	הרגשת ההנאה שישנה בעת שהייה עם אנשים אחרים חסרה לי כיום
5	4	3	2	1	אני חושב שמעגל החברים והמכרים שלי מצומצם.
5	4	3	2	1	ישנם אנשים רבים עליהם אני יכול לסמוך במאה אחוז
5	4	3	2	1	יש מספיק אנשים אליהם אני מרגיש קרוב
5	4	3	2	1	חסרה לי חברתם של אנשים סביבי
5	4	3	2	1	אני מרגיש דחוי לעיתים תכופות
5	4	3	2	1	אני יכול להתקשר לחברים שלי מתי שאני זקוק להם

נספח 3

בדידות בתקופת החיים המאוחרת

סקירת ספרות

כתבה: ד"ר שרון שיוביץ-עזרא

בית הספר לעבודה סוציאלית ולרווחה חברתית

האוניברסיטה העברית בירושלים

העבודה נעשתה בהזמנת אשל ובמימונה

יולי 2010

תוכן עניינים

עמ'	
32	מבוא
	סקירת ספרות
32	בדידות בראייה תיאורטית
34	מנבאים של בדידות
38	בדידות בגיל המבוגר
38	שכיחות תופעת הבדידות
41	שכיחות תופעת הבדידות בישראל
42	השלכות של בדידות
42	• השלכות של בדידות במישור הבריאות הגופנית
43	• הסברים אפשריים לקשר בדידות-בריאות
44	• השלכות של בדידות במישור הבריאות הרגשית
45	התערבויות
47	רשימת מקורות

לוח טבלאות ותרשימים

עמ'	
51	טבלה 1: Network's Objective and Subjective Characteristics and Loneliness
37	טבלה 2: מאפיינים סוציו דמוגרפיים ומשתני בריאות ותחושות של בדידות: ממצאים מישראל
37	טבלה 3: מאפיינים סוציו דמוגרפיים ומשתני בריאות ותחושות של בדידות: ממצאים מארה"ב
52	תרשים 1: מודל של בדידות
39	תרשים 2: שיעור נבדקי SHARE אשר דיווחו על בדידות משמעותית ...
41	תרשים 3: שכיחות תופעת הבדידות בישראל
44	תרשים 4: נתוני הישרדות על פי סטטוס הבדידות: בדידות כרונית/מצבית
45	תרשים 5: מודל המחקר שבחן את מרכזיותה של בדידות בקשר שבין פעלתנות ורווחה אישית

"אני אפילו לא מכיר את השכן שגר קומה"
אחת מעלי... שזה עשרים מדרגות בדיוק.
מין בדידות שכזאת..."
מיכה שטרית, "איש בודד מאוד"

מבוא

חשיבותה של איכות החיים בזקנה, המתבטאת במשפט הידוע: "הוספת חיים לשנים ולא רק שנים לחיים", מהווה אתגר משמעותי בעבודה עם האוכלוסייה הזקנה. העבודה הנוכחית מתמקדת בפן החברתי של איכות החיים הנבחן לרוב באמצעות מדדים של קשרים חברתיים, רשתות תמיכה והשתתפות בפעילויות. תחושות של בדידות מתעוררות כאשר ישנו פער בין הקשרים החברתיים הרצויים לאדם לבין אלו שבפועל עומדים לרשותו. בדידות מוגדרת כחוויה סובייקטיבית המולידה לא אחת תחושות של סבל הפוגעות באיכות החיים. מחקרים מלמדים כי תופעת הבדידות שכיחה בקרב האוכלוסייה הזקנה וכי לתחושות אלו ישנן השלכות מזיקות במישורי חיים שונים.

במסגרת מסמך זה תיסקר הספרות התיאורטית והמחקרית הדנה בסוגיית הבדידות לעת זקנה. תחילה תוצג הסוגיה בראייה תיאורטית במסגרתה יוצגו הגדרות ונקודות מבט תיאורטיות להסבר התרחשות התופעה וכן התייחסות מובחנת לסוגים שונים של בדידות. בפרק השני יוצג מודל תיאורטי לניבוי תחושות של בדידות לצד מחקרים שבחנו את תקפותו. הפרק השלישי עוסק בקשר שבין בדידות וזקנה ומעלה את השאלה האם ככל שמזדקנים מתגברות תחושות של בדידות. בהמשך נידונה סוגית שכיחות התופעה ומוצגים נתונים מארצות אירופה ומישראל. גוף הידע הנסקר לאחר מכן הוא זה העוסק בהשלכות של בדידות על מצב הבריאות הן במישור הגופני והן במישור הרגשי ובקשר שבין בדידות ורווחה אישית בזקנה, במסגרתו יתוארו גם מנגנונים שהוצעו בספרות להסבר הקשר שבין תחושות של בדידות ומצב הבריאות הגופני. הפרק השביעי והחותם מסמך זה יתמקד בהנחת יעדים להתערבויות שנועדו להתמודדות עם תופעת הבדידות והדרכים השונות להשיגם.

בדידות - בראייה תיאורטית

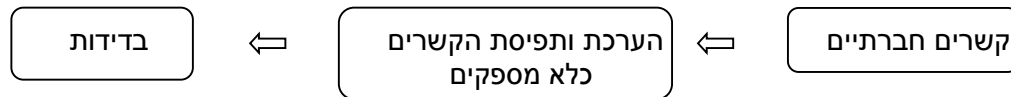
סקירת הספרות מעלה מגוון רחב של הגדרות לתופעה האישית, חברתית המכונה בדידות. הגדרות שונות נובעות מגישות ופרספקטיבות תיאורטיות שונות ועדיין מתקיימת הסכמה ביניהן בנוגע למספר היבטים מרכזיים המעצבים את חווית הבדידות. ראשית, על פי ההגדרות השונות בדידות היא חוויה לא נעימה הגוררת פעמים רבות תחושות של סבל (Peplau & Perlman, 1982). שנית, באופן כמעט גורף, מבחינים בין בדידות (loneliness) לבין מבודדות (social isolation or aloneness) (Andersson, 1998; Cornwell & Waite, 2009). בעוד מבודדות מתייחסת למצב האובייקטיבי של העדר קשרים עם אחרים (Dykstra, 2009), בדידות משקפת חוויה סובייקטיבית אשר נמצאת אמנם בזיקה לסיטואציה החברתית האובייקטיבית, ואולם הנסיבות החברתיות אינן מחייבות בהכרח תחושה זו.

היטיבו לתאר הבדל זה שניים מהחלוצים של חקר הבדידות, פפלאו ופרלמן: "בדידות היא חוויה סובייקטיבית במהותה, היא אינה מילה נרדפת למבודדות חברתית אובייקטיבית. אנשים יכולים להיות לבד מבלי שיחושו בדידות ולחוש בדידות בקרב המון רב" (Peplau & Perlman, 1982, p.3). גם במקורות נערכת אבחנה בין המוגדר "יחידות" לבין "בדידות". על פי הרב סולובייצ'יק מדובר בשני מצבים שונים באופן מהותי: "יכול אתה לעמוד במקום הומה אדם, ועדיין לחוש בודד ביותר, וכן היפוכו של דבר: עשוי אתה למצוא את עצמך בריחוק פיזי מן האנשים, מופרש מחברת בני אדם, ועדיין לא לחוש בדידות" (הרב י"ד סולובייצ'יק, אדם וביתו, עמ' 34).

הגישה הקוגניטיבית מהווה את אחת הגישות המרכזיות אשר מנחות את המחקר בתחום הבדידות. תיאוריה זו ממקדת את תשומת הלב בתהליכי תפיסה והערכה של הקשרים החברתיים. בדידות על פי גישה זו נובעת מחוסר התאמה בין הקשרים החברתיים הרצויים (Desired relationships) לבין אלו שבמציאות עומדים לרשות האדם (Existing relationships). במילים אחרות, בדידות הינה תוצר של פער נתפס בין הרמה האופטימאלית לבין הרמה המושגת של הקשרים החברתיים. על האדם לתפוס את הפער המדובר כבעייתי ולא רצוי על מנת שתתעוררנה תחושות של בדידות. ניסיון קודם וניסיונם של אנשים אחרים בסביבה החברתית של האדם הם בעלי השפעה על תהליך הערכה זה. בניגוד לגישות

תיאורטיות מרכזיות אחרות, כדוגמת גישת הצורך החברתי (המיוצגת ע"י Weiss, 1973; 1987) התיאוריה הקוגניטיבית מדגישה כי ישנו קשר עקיף בלבד בין בעייתיות ברשת החברתית של האדם לבין תחושות של בדידות. תהליכים קוגניטיביים של תפיסה והערכה משמשים כמתערבים בקשר זה (Perlman & Peplau, 1982; Peplau & Perlman, 1982; Peplau, Miceli, & Morasch, 1982).

ניתן לתאר את הפרספקטיבה הקוגניטיבית ביחס לבדידות באופן הגרפי הבא:



אחת ההגדרות הנפוצות והעדכניות לבדידות שנובעת מהתיאוריה הקוגניטיבית היא של החוקרת ההולנדית דה ג'ונג ג'רוואלד:

"בדידות היא סיטואציה הנחוות על ידי הפרט כאשר ישנו מחסור לא רצוי או נעים של (איכות של) קשרים מסוימים. הדבר כולל סיטואציות בהן מספר הקשרים החברתיים הקיימים מצומצם יותר ממה שנחשב כרצוי או קביל וכן סיטואציות בהן האינטימיות בה חפץ האדם אינה מקבלת מענה. לפיכך, בדידות מערבת את האופן שבו האדם, תופס, חווה ומעריך את המבודדות שלו ואת העדר התקשורת עם אחרים בסביבתו" (De Jong Gierveld, 1998, p.73).

ההגדרה מדגישה כי על מנת שתתעוררנה תחושות של בדידות לא רק שמספר הקשרים צריך להיפתר כלא מספק אלא שגם מה שמתקבל מהקשר (מידת האינטימיות הרצויה) אינו מספק. המרכיב הנזכר שני מודגש במשפט הבא של הפילוסוף האנגלי, פרנסיס בייקון: "המון איננו חברה, בני אדם אלא גלריה של תמונות, דיבור אינו אלא צלצול של פעמון, במקום שאין אהבה". לפיכך, הפער שבין "הרצוי" "למצוי" ביחס לקשר ולמגע החברתי מתייחס הן לגודל הרשת החברתית והן למה שמתקבל ממנה. כאשר רצונות וצרכים אלו אינם מקבלים מענה על פי תפיסת האדם תתעוררנה תחושות של בדידות.

וייס מייצג בהגדרותיו גישה תיאורטית נוספת, **גישת הצורך החברתי** - the social needs theory (Marangoni & Ickes, 1989) – וטוען כי ישנם שישה צרכים שצריכים להתמלא על מנת שהפרט לא יחוש בדידות:

1. היקשרות (Attachment) – קרבה רגשית באמצעותה האדם מפתח תחושה של ביטחון.
2. אינטגרציה חברתית (Social integration) - היא תחושה של שייכות לקבוצה בעלת אינטרסים ועמדות דומות.
3. אישור מחדש של הערך העצמי (Reassurance of worth) – ההכרה ביכולות הפרט על ידי הסובב אותו.
4. בן ברית אמין (Reliable alliance) – הביטחון שניתן לסמוך על אחרים שיגישו עזרה מוחשית.
5. הנחייה, הדרכה (Guidance) – הביטחון שניתן לסמוך על אחרים שייעצו ויספקו ידע ומידע. הצורך.
6. הזדמנות לטיפוח (Opportunity for nurturance) שמתייחס לתחושה שהאחרים תלויים באדם לרווחתם האישית.

וייס (Weiss, 1973) מבחין בין שני סוגים של בדידות: **בדידות רגשית** -- Emotional loneliness ו**בדידות חברתית** -- Social loneliness. הבדידות הרגשית מדגישה את העדרה של דמות אינטימית מרכזית בחייו של הפרט. בדידות מסוג זה עלולה להתעורר בעקבות גירושין או פטירתו של בן הזוג ומלווה בתחושות משמעותיות של ריקנות, נטישה ואומללות. הבדידות החברתית, לעומתה, נקשרת להעדרה של רשת חברתית רחבה אליה מרגיש האדם שייך (כדוגמת חברים, עמיתים, שכנים). הפרט עלול לחוות בדידות חברתית בעקבות פרישה מהעבודה לאור זאת שפרישה מעולם העבודה פירושה פעמים רבות גם אובדן של קשרים חברתיים עם עמיתים לעבודה וחברים איתם חלק האדם פעילויות ועניין משותף. מעבר למקום מגורים חדש יכול גם הוא לעורר תחושות של בדידות חברתית משום הזרות למקום החדש ולמתגוררים בו (Weiss, 1973, 1987). לאור הנאמר למעברים חברתיים המרחשים ביתר שאת בתקופת החיים המאוחרת כדוגמת, התאלמנות, פרישה ומיקום מחדש (מתייחס לשינוי במקום המגורים

שיכול להיות תוצאה של מספר רב של גורמים: למשל תלות פיזית וקוגניטיבית וכולל מעבר מקהילה לקהילה, מעבר מקהילה לדיור עצמאי מוגן, מעבר מקהילה, דיור מוגן למוסד סיעודי) ישנו הפוטנציאל לעורר בדידות רגשית וכן חברתית.

בחינת תופעת הבדידות בראייה רב-ממדית באה לידי ביטוי גם באבחנה נוספת שמוצגת בספרות, המתייחסת למשך הזמן בו נחוות תחושות של בדידות. בהתאם לכך מבחינים בין **בדידות מצבית** -- **Situational loneliness** לבין **בדידות כרונית** -- **Chronic loneliness**. בדידות מצבית: מתרחשת בעקבות אירועי חיים מעוררי דחק הגורמים לאובדנים ברשת החברתית של האדם. למרות הקושי הרגשי והחברתי הטמון בכך לאחר תקופת זמן בה חווה האדם מצוקה פסיכולוגית, הוא מצליח להתמודד ולהחלים (stable state) הנובע מחוסר היכולת של האדם לפתח מערכות יחסים מספקות לאורך השנים. אנשים הסובלים מבדידות כרונית מתאפיינים בקשיים בינאישיים ארוכי טווח (Young, 1982).

מנבאים של בדידות

הספרות מציעה ובוחנת גורמים שונים הקשורים לבדידות. מבין גורמים אלו: מספר הקשרים הזמינים לפרט, אופיים/טבעם של אותם קשרים העומדים לרשות האדם, תפיסות אישיות לגבי כמות ואיכות הקשרים המתקיימים ברשת החברתית של האדם. מחקרים אף מוצאים קשר חיובי בין בדידות ומאפייני אישיות מסוימים. על בסיס הידע שנצבר בדבר גורמים הקשורים לתחושות של בדידות החוקרת ההולנדית de Jong Gierveld הציעה מודל מקיף אשר מתייחס לגורמים השונים שהועלו בספרות במרוצת הזמן (תרשים 1 – מצורף בעמוד 28). המסגרת התיאורטית אותה הציעה להבנת בדידות והתפתחותן של תחושות בדידות כללה התייחסות למאפיינים של הרשת החברתית, משתני רקע, מאפייני אישיות וכן הערכת איכות הקשרים החברתיים. ההיבט המשמעותי ביותר למודל אותו הציעה החוקרת הוא הדגש על תהליכים קוגניטיביים שמתווכים בין מאפייני הרשת החברתית ותחושות של בדידות. בדידות נתפסת כניסיון אישי סובייקטיבי וככזה הוא לא נקשר באופן ישיר לגורמים בסיטואציה החברתית האובייקטיבית. גישה זו מדגישה את חשיבותן של התפיסות האישיות והפרשנות שניתנת על ידי הפרט לסיטואציה החברתית שלו. בתוך המסגרת התיאורטית הזו נבחנו הגורמים הבאים: 1. מאפיינים תיאוריים של הרשת החברתית 2. הערכה סובייקטיבית של הקשרים החברתיים. 3. משתני רקע כדוגמת גיל, מגדר ומצב תעסוקתי ו-4. מאפייני אישיות.

ביחס לגורם הראשון כתבה החוקרת כי בעת בחינה של אינטראקציות חברתיות שיש לאדם יש להתייחס לסוגים שונים של קשרים (עם חברים, קרובים, שכנים) משום שהם ממלאים פונקציות מובחנות. יחסים עם חברים למשל מבוססים על חיבה, עניין משותף ובחירה חופשית. במיוחד עם חברים יכול אדם לחלוק ולשתף בבעיותיו האישיות. קשרים עם שכנים לעומת זאת מאופיינים בקרבה גיאוגרפית ובשל כך בהזדמנות למגע פנים מול פנים יומיומי. לאור זאת הפונקציה המתמלאת על ידי שכנים היא היכולת להושיט עזרה במקרי חירום ובנסיבות לא צפויות בבית. כאשר אוספים מידע לגבי גורם זה יש להתייחס לנוכחותם או להיעדרותם של קשרים אינטימיים, הדדיים והן לנוכחותם או להיעדרם של קשרים עם קרובי משפחה, חברים, שכנים, עמיתים ומכרים. ועדיין על פי תפיסת המודל הנוכחי משוער כי הקשר שבין מספר הקשרים הזמינים ובדידות יהיה חלש אם קיים בכלל. איכות הקשרים והאינטימיות המתקבלת מהם הם בעלי הרלוונטיות לבדידות בהשוואה למספר הקשרים החברתיים ולפיכך המודל התיאורטי לא מניח קשר ישיר בין האספקט האובייקטיבי ובדידות.

הערכות סובייקטיביות של איכות וטיבם של קשרים חברתיים נתפסות על פי מודל זה כמרכזיות להתפתחותן (או אי התפתחותן) של תחושות בדידות. כפי שצוין קודם לכן המודל התיאורטי אינו מניח קשר סיבתי ישיר בין (שינויים) הרשת של הקשרים החברתיים ובדידות. אדם אחד עלול לחוש בדידות בעקבות סיום של קשר אישי והאחר לא. אנשים מגיבים לבעייתיות ברמת הקשרים החברתיים שלהם באופנים שונים, האופן שבו הם יתמודדו תלוי בראש ובראשונה בהערכה הקוגניטיבית שלהם ביחס למשמעות ולאינטנסיביות של הליקויים החברתיים. לפיכך, הערכה סובייקטיבית של הרשת מהווה גורם מתווך בין המאפיינים התיאוריים של הרשת ובדידות. גורמים מצביים או אלו הקשורים לאופיו או מזגו של אדם מהווים את הבסיס להערכות סובייקטיביות אלו. גורמים מצביים כוללים את המאפיינים האובייקטיביים של הרשת וכן מאפייני רקע כדוגמת גיל, מגדר והסדרי מגורים. גורמים הקשורים לאופי מתייחסים בין היתר לערכים ולאמונות ביחס לקשרים חברתיים.

הגורם השלישי במודל מתייחס למשתני רקע. בחברה שלנו מאפיינים חברתיים מבניים כדוגמת מגדר, מצב משפחתי, הסדרי מגורים, גיל, מצב תעסוקתי ותנאי דיור מארגנים את ההזדמנויות שעומדות לרשות האנשים על מנת ליצור ולשמר רשת של קשרים חברתית אופטימאלית. הממצאים ביחס למגדר אינם חד משמעיים (ידונו בהמשך) וכך גם ביחס לגיל, נמצאו קשרים חיוביים וגם שליליים בין גיל ובדידות. יש המציעים קשר שאינו ליניארי בין שני משתנים אלו, כאשר בני הגיל המבוגר מאוד נמצאים בסיכון מוגבר לחוש בדידות. ביחס למצב משפחתי בהינתן שקשרי הנישואין מספקים אינטימיות ומתקיימת בהם שביעות רצון בשטחים של חיבה, זהות, ודאגה אנשים נשואים צפויים פחות להיות בודדים בהשוואה ללא נשואים. המגורים ללא בן זוג מצמצמים את אפשרויות הקשר החברתי עם אחרים בוגרים אל מחוץ למסגרת משק הבית.

אישיות על פי המודל התיאורטי ממלאה תפקיד חשוב בהתפתחותן של תחושות בדידות. גורמי אישיות משפיעים הן על מישור היחסים הרצויים והן על אלו שמתקיימים בפועל. יש המציעים כי מאפיינים כדוגמת תפיסה עצמית נמוכה, חרדה חברתית ובדידות יוצרים קשיים עבור הפרט בבואו לפתח ולשמר יחסים משביעי רצון ולכן מגבירים את הסיכוי לבדידות. מאפייני אישיות נמצאים במוקד הגישה הקוגניטיבית משום שהם מצביעים על מידת השליטה ביחס לקשרים החברתיים ומידת השליטה על הבדידות כפי שנתפסות על ידי הפרט. מחקרים אכן אוששו את הקשרים שבין מאפייני אישיות כדוגמת תפיסת העצמי, חרדה חברתית והחצנה מול מופנמות ובדידות (De Jong Gierveld, 1987).

מחקר עדכני (Shiovitz-Ezra & Leitsch, in press) ביקש לבחון את המודל התיאורטי ובמסגרתו נבחנו שלוש מקבוצות הגורמים עליו הצביע המודל. גורמי הרקע, מאפיינים אובייקטיביים של הרשת החברתית ומאפיינים סובייקטיביים של הרשת. יש להדגיש כי מחקרים קודמים בחנו לרוב מאפיינים אובייקטיביים של הקשרים החברתיים כדוגמת מצב משפחתי, מספר חברים ותדירות מגע עם חברי רשת שונים. מחקרים אלו לימדו לא אחת על ממצאים לא אחידים ביחס לתרומת הפן האובייקטיבי לניבוי של תחושת הבדידות. לדוגמה נמצא במחקר של ויקטור ושותפיה כי תדירות המגע עם חברי משפחה או חברים וכן מידת הקרבה הגיאוגרפית של בני משפחה וחברים לא נמצאו מנבאים מובהקים לבדידות נתפסת (Victor et al., 2005). לעומת זאת במחקר אחר (BLSA) מצב משפחתי של "נשוי" וילדים המתגוררים בסמיכות להוריהם היוו גורמים מניבים מפני בדידות (Wenger & Burholt, 2004). מאידך, התפיסות הסובייקטיביות של הרשת החברתית קבלו תשומת לב מחקרית מועטה זאת על אף שהתיאורטיקנים סברו כי למאפיינים הסובייקטיביים של הרשת יש חשיבות רבה יותר ביחס לתופעת הבדידות. לאור זאת, בחן המחקר שתי קבוצות אלו – הפן האובייקטיבי נמדד באמצעות משתנים כדוגמת תדירות מגע עם חברים, בני משפחה ושכנים וכן מספר של חברים וקרובי משפחה. הפן הסובייקטיבי מדד תמיכה חיובית נתפסת המתקבלת מהרשת ("באיזו מידה את/ה מרגיש שאתה יכול להיפתח או לסמוך על בן זוג/חברים/קרובי משפחה) וכן על ידי תמיכה שלילית נתפסת המתקבלת מחברי הרשת של האדם ("באיזו מידה מבקרים אותך או דורשים ממך דרישות מוגזמות - בן זוג/חברים/קרובי משפחה).

לצד שני גורמים מנבאים אלו נבחנה גם קבוצת גורמי הרקע (ביניהם, גיל, מגדר, הכנסה, אתניות ועוד). המחקר ביקש למעשה לבחון את התרומה היחסית של כל מרכיב לניבוי תחושות של בדידות. במסגרתו נותחו נתונים של מדגם מייצג מארה"ב של בני 57-85 (NSHAP – the National Social Life, Health and Aging Project). בחינת המנבאים של בדידות נעשתה בקרב המדגם כולו והן בקרב קבוצת הנשואים וקבוצת הלא נשואים בנפרד כדי ללמוד האם קיימים הבדלים בין הקבוצות.

סדרה של רגרסיות היררכיות הניבו את הממצאים הבאים: בקרב המדגם כולו והן בקרב קבוצת הנשואים מאפיינים אובייקטיביים כדוגמת תדירות מגע עם חברי רשת היו קשורים בקשר שלילי עם תחושות של בדידות, כלומר תדירות מגע רבה יותר הפחיתה תחושות של בדידות. יחד עם זאת, התפיסות הסובייקטיביות של הרשת החברתית היוו את המנבאים המרכזיים של בדידות. איכות הקשר הנתפסת עם בן או בת הזוג היוו את המנבאים המשמעותיים ביותר של בדידות בקרב הנשואים – תפיסת הקשר הזוגי כתומך היוותה גורם מן המרכזי מפני בדידות ואילו תפיסת הקשר כלוחץ היוותה גורם סיכון לבדידות. גם בקרב הלא נשואים לתפיסת הרשת החברתית היתה ההשפעה הרבה ביותר ובמיוחד לתפיסת הקשר עם בני משפחה (ריכוז הממצאים מופיע בטבלה 1 בעמוד 27).

במחקר עדכני נוסף (שויבץ-עזרא, בדפוס) נבחנה קבוצת גורמי הרקע - משתנים סוציו-דמוגרפיים ומשתני בריאות- כמנבאים של בדידות בקרב מדגם ישראלי מייצג של בני 65 ומעלה תוך עריכת השוואה למדגם אמריקאי מייצג של בני אותו הגיל. על מנת לבחון אלו ממשתני הרקע הסוציו-דמוגרפיים ומשתני הבריאות מנבאים תחושות של בדידות הורצו בקרב שני המדגמים רגרסיות לוגיסטיות. הממצאים של הניתוח הרב-משתני מרוכזים בטבלה 2 עבור ישראל ובטבלה 3 עבור ארה"ב. ממצאי הרגרסיה בישראל מלמדים כי

גברים פחות בודדים מנשים. לגרושים ולאומנים יש סיכוי גבוה יותר לחוש בדידות בהשוואה לנשואים. אותה מגמה נמצאה גם לגבי קבוצת הרווקים, אם כי ההבדל לא נמצא מובהק. כמו כן, ערבים בני 65 ומעלה הם בעלי סיכון גבוה באופן משמעותי לחוש בדידות בהשוואה ליהודים. מבחינת משתני הבריאות, נמצא קשר שלילי בין הבריאות הסובייקטיבית ותחושות של בדידות. כלומר, ככל שמצב הבריאות המדווח היה טוב יותר כך נחוותה פחות בדידות.

בארה"ב לעומת זאת, למגדר לא נמצא קשר מובהק עם בדידות. יחד עם זאת, בהלימה לממצאים בישראל לגרושים ולאומנים יש סיכוי גבוה יותר לחוש בדידות וכך גם לנבדקים שמעולם לא נישאו. בשונה מישראל, כאשר נערך פיקוח על משתני רקע אחרים לאתניות לא נמצא קשר מובהק עם בדידות. מאידך, כפי שנמצא בישראל, מצב הבריאות נמצא קשור בקשר שלילי עם תחושות של בדידות. מצב בריאותי טוב יותר הפחית תחושות של בדידות.

טבלה 2. מאפיינים סוציו דמוגרפים ומשתני בריאות ותחושות של בדידות - ממצאים מישראל

P-value	OR ¹	
N.S	.98 (.02)	גיל
<.05	.67 (.12)	גברים
<.01	3.96 (1.7)	גרושים ²
<.001	3.69 (.84)	אלמנים ²
N.S	1.86 (1.9)	רווקים ²
<.001	4.96 (1.3)	דוברי ערבית ³
N.S	1.1 (.40)	דוברי רוסית ³
<.001	.65 (.07)	בריאות סובייקטיבית
N.S	.89 (.08)	ראיה
N.S	.91 (.07)	שמיעה

¹טעויות סטנדרטיות מופיעות בסוגריים
²קבוצת ההשוואה היא של הנשואים
³קבוצת ההשוואה היא של דוברי עברית

טבלה 3. מאפיינים סוציו דמוגרפים ומשתני בריאות ותחושות של בדידות - ממצאים מארה"ב

P-value	OR ¹	
N.S	.99 (.01)	גיל
N.S	.96 (.11)	גברים
<.001	2.76 (.46)	גרושים ²
<.001	5.02 (.64)	אלמנים ²
<.01	2.35 (.63)	רווקים ²
N.S	.90 (.12)	שחורים ³
N.S	1.17 (1.12)	היספאנים ³
<.001	.75 (.04)	בריאות סובייקטיבית
<.01	.84 (.05)	ראיה
N.S	.98 (.05)	שמיעה

¹טעויות סטנדרטיות מופיעות בסוגריים
²קבוצת ההשוואה היא של הנשואים
³קבוצת ההשוואה היא של לבנים

מקור לטבלאות: שיוביץ-עזרא בדפוס

בדידות בגיל המבוגר

המציאות הדמוגרפית מלמדת כי ככל שהאדם מזדקן כך גדל הסיכוי שהוא יחווה אובדנים ברשת החברתית שלו. התאלמנות, אובדן של בן או בת הזוג, היא מאורע ההופך שכיח בגיל זקנה ושכיחה עוד יותר בקרב נשים בשל תוחלת חיים ארוכה יותר ונישואין לבני זוג מבוגרים יותר. אובדן של בן הזוג נמצא כגורם סיכון משמעותי ביותר לחווית בדידות בגיל המבוגר (Pinquart, 2003). בגילאים מתקדמים גדל הסיכוי גם לחוות אובדנים של חברי רשת נוספים כדוגמת חברים ואחאים. סיטואציה זו נמצאה גם היא תורמת לתחושת של בדידות (Mullins & Mushel, 1992). לצד אובדנם של קשרים חברתיים משמעותיים, הגיל המבוגר מתאפיין גם בהפחתה בפעילות החברתית. קשיים בתפקוד הן של חברי הרשת החברתית והן של האדם עצמו מקשים מאוד על קיומו של המגע החברתי. בהתאמה מחקרים מוצאים קשר שלילי בין מצב הבריאות והתפקוד של האדם ותחושות של בדידות (Jylha, 2004). במילים אחרות, ככל שמצב הבריאות והתפקוד מתדרדרים כך מתגברות תחושות של בדידות.

מחקר אורך עדכני ביקש לבחון את האמונה הרווחת לפיה להזדקן פירושו להפוך להיות בודד. כלומר, ביקש לענות על השאלה האם אנשים הופכים בודדים יותר כאשר הם מזדקנים? המחקר שנערך בהולנד עשה שימוש בנתונים של ארבעה גלים (מ- "Living Arrangement and Social Networks of Older Adults" and the "Longitudinal Aging Study of Amsterdam") שנאספו בקרב כ-3000 נבדקים ומצא כי אנשים זקנים הופכים להיות בודדים יותר עם חלוף הזמן. העלייה המשמעותית ביותר ברמת הבדידות היתה אצל הזקנים ביותר, אלו שהיה להם בן זוג ואלו עם יכולת תפקודית טובה יותר בבדיקה הראשונה. אנשים זקנים אשר איבדו את בני הזוג שלהם בעקבות פטירה הראו את העלייה המשמעותית ביותר ברמת הבדידות (Dykstra, Van Tilburg, & De Jong Gierveld, 2005).

שכיחות תופעת בדידות

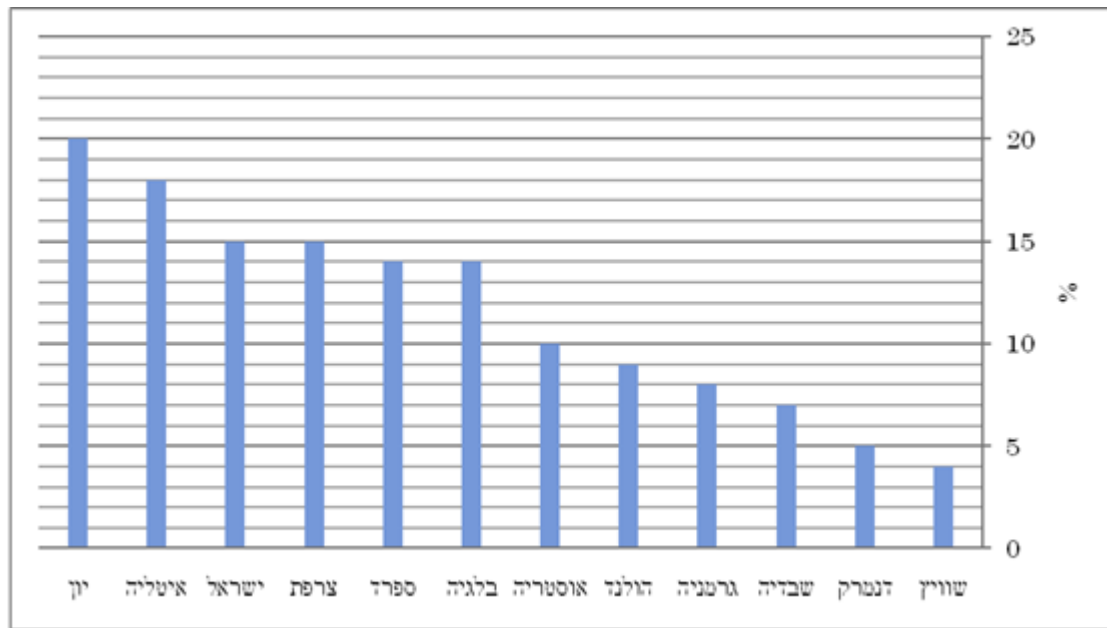
מחקרים שבחנו את היקף תופעת הבדידות במדינות שונות מלמדים על כך שבדידות היא תופעה חברתית שכיחה בקרב אנשים זקנים. במדגם בריטי מייצג של זקנים המתגוררים בקהילה דיווחו כמעט 40% מהנבדקים על תחושת בדידות במידה כזו או אחרת. בקרבם, כ-7% דיווחו על תחושות של בדידות לעיתים קרובות או באופן קבוע (Victor, Scambler, Bowling, & Bond, 2005). שיעורים דומים נמצאו בפילנד בקרב מדגם אקראי של אנשים בגילאי 75 ומעלה (Savikko, Routasalo, Tilvis, Strandberg, & Pitkala, 2005).

מחקר עדכני הציג את שכיחות תופעת הבדידות בקרב בני שישים וחמש ומעלה מ-12 מדינות אירופה וישראל (Sundstrom, Fransson, Malmberg, & Davey, 2009). נתוני המחקר נאספו במסגרת פרויקט SHARE (Survey of Health, Ageing, and Retirement in Europe) האירופי. הוא סקר אורך מולטי-דיסציפלינארי המהווה מאגר ייחודי וחדשני של נתוני פרט בנושאי תעסוקה ופרישה, הכנסות והוצאות, רווחה, בריאות ורשתות חברתיות. סקר זה נערך כיום בקרב בני 50 ומעלה מ-15 מדינות באירופה, המייצגות אזורים גיאוגרפיים שונים: מסקנדינוויה – דנמרק ושבדיה, מרכז אירופה – אוסטריה, צרפת, גרמניה, שווייץ, בלגיה והולנד וארצות הים התיכון – ספרד, איטליה ויוון. בשנת 2004 הצטרפה ישראל ל-SHARE (פירוט בפרק הבא).

בדידות נמדדה בגל הראשון של SHARE באמצעות שאלה ישירה אשר בקשה מהנבדקים לדווח באיזה תדירות חשו בדידות במהלך השבוע האחרון. קטגוריות התשובה נעו על גבי סולם סדר בן 4 דרגות: 1. כמעט בכלל לא 2. חלק מהזמן 3. רוב הזמן 4. כמעט כל הזמן. ניתוח הממצאים ברמה הרב-לאומית מלמד על שונות בין המדינות המשתתפות. בעוד במדינות דוגמת דנמרק (25%), שווייץ (26%) ושבדיה (30%) שיעור נמוך יחסית מקרב בני ה-65 ומעלה דיווח על בדידות ברמה כלשהי, במדינות אטליה (47%), צרפת (45%) וישראל (48%) קרוב למחצית מהנבדקים העידו על חווית בדידות בשבוע האחרון. המדינה שהציגה את שיעור הבדידות הגבוה ביותר היתה יון, למעלה מ-60% מהנבדקים מדווחים על תחושות בדידות.

הבדל ניכר בין המדינות נצפה גם כאשר נבחנה תחושת בדידות משמעותית, כלומר בני 65 ומעלה אשר דיווחו על חווית תחושות של בדידות באופן תדיר "כמעט כל הזמן" או "רוב הזמן" במהלך השבוע שחלף (תרשים מס' 2). בעוד בשווייץ אחוזים בודדים מדווחים על בדידות אינטנסיבית, בצרפת וישראל 15% מדווחים על בדידות משמעותית וביוון אף שיעור גבוה מכך (20%).

תרשים 2: שיעור נבדקי SHARE אשר דיווח על בדידות משמעותית (תחושות של בדידות כמעט כל הזמן או רוב הזמן במהלך השבוע האחרון)



מקור: Sundstrom, Fransson, Malmberg, & Davey, 2009

הממצאים שתוארו מעלים סוג של פרדוקס שנדון בספרות המחקרית. ניתן היה לצפות כי בחברות משפחתיות, קולקטיביסטיות שיעור הבדידות יהיה נמוך בהשוואה לחברות שנחשבות אינדיבידואליסטיות יותר. ראשית, חשוב לציין כי אותה המגמה נמצאה גם במחקרים אחרים אשר משווים בין צפון ודרום אירופה: במדינות צפון אירופה שמאופיינות באינדיבידואליזם ובמגורים סוליטריים מדווח על פחות בדידות בהשוואה לדרום אירופה ולמדינות הים התיכון כדוגמת יון ואיטליה שם שיעור הבדידות המדווח גבוה יותר באופן משמעותי.

אחד ההסברים המקובלים הוא שבדידות אינה מנותקת מההקשר התרבותי וכי יש לה קשר הדוק לצפיות שיש לאנשים מהקשרים החברתיים (Jylha & Jokela, 1990). נטען כי בדידות אינה תופעה אישית בלבד וכי המרכיב התרבותי הינו משמעותי ביותר. לדברי ג'ילהה: "המשמעות והציפיות הנקשרות לקשרים החברתיים, והדרך שבה בדידות נתפסת, נחוות ובאה לידי ביטוי כולם כרוכים באופן עמוק בסביבה התרבותית הנתונה והם שונים בקרב תרבויות שונות" (Jylha, 2004, p.159). דווקא בחברות מסורתיות הציפיות מהקשרים החברתיים גבוהות יותר ומשהם אינם מתממשים מתעוררות תחושות של בדידות.

בחברות משפחתיות ישנן צפיות גבוהות יותר מהקהילה, ציפיות למגע שכיח ותכופ עם בני משפחה ואף למגורים משותפים. כאשר צפיות אלו אינן מתממשות יכולה להתעורר תחושה של בדידות (ובהתאם לאמרה הידועה: כגודל הציפיות כך גודל האכזבות). כשהילדים עסוקים מאוד בילדיהם וככל שתוחלת החיים עולה כך גם הילדים עסוקים בהזדקנותם ועל כן הם אינם ממלאים עוד את המקום שמלאו בעבר ונוצר חלל שמתמלא בבדידות. לעומת זאת, במדינות הצפון כמו נורווגיה, פינלנד מקובל מאוד ושכיח לחיות לבד וכי הסדר המגורים הסוליטרי אינו מעורר חוסר שביעות רצון ולכן פחות נלוות תחושת הבדידות. יש להדגיש כי במדינות הנורדיות דווקא מגורים עם הילדים נתפסים כבעייתיים.

הסבר נוסף להבדלים הנצפים בין מדינות דרום וצפון אירופה טמון בהבדלים תרבותיים בנכונות לדווח על בדידות. נטען כי אנשים במיוחד מחברות אינדיבידואליסטיות עשויים להימנע מלבטא תחושות כדוגמת בדידות (Dykstra, 2009). באופן זה אנשים עשויים לחוש בדידות ואולם להימנע מלדווח על כך דבר שמוליך דיווח חסר במדינות ובתרבויות מסוימות.

שכיחות תופעת הבדידות בישראל

משום רלוונטיות המסמך הנוכחי לקונטקסט הישראלי פרק זה יציג נתוני בדידות מישראל תוך הסתכלות מובחנת בתתי קבוצות בחברה הישראלית. בישראל קיים גוף ידע מחקרי מצומצם יחסית אשר בחן את התופעה בקרב האוכלוסייה הזקנה הכללית. המחקרים הקיימים בחנו לרוב קבוצות אוכלוסייה ממוקדות כדוגמת עולים ממדינות ברה"מ לשעבר (Ponizovsky & Ritsner, 2004) ובקרב מדגמים מקומיים (Stessman et al., 1996). המחקר שיוצג ביקש למלא את הפער האמפירי ולבחון, ראשית, את היקף התופעה בקרב בני 65 ומעלה בישראל ובקרב קבוצות המרכיבות את האוכלוסייה הזקנה. העבודה שתוצג מוסיפה נדבך לחקר התופעה באמצעות עריכת השוואה עם נתונים מייצגים מארה"ב.

באופן זה נלמדת תופעת הבדידות ברמה הלאומית והבינלאומית (שיוביץ-עזרא, בדפוס). המחקר הנוכחי מבוסס גם הוא על ניתוח משני של נתוני הגל הראשון של המדגם הישראלי בסקר הבריאות, הזקנה והפרישה האירופי – SHARE – the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe – ישראל. הצטרפה לפרויקט בשנת 2004, בחסות מרכז הידע לחקר הזדקנות האוכלוסייה באוניברסיטה העברית, ונתוני הגל הראשון נאספו בין אוקטובר 2005 ליולי 2006. איסוף הנתונים נעשה בידי מכוני ב' ו' ולוסיל כהן למחקרי דעת קהל באוניברסיטת תל-אביב. דגימת המרואיינים הייתה רב-שכבתית והסתברותית ושיעור ההיענות עמד על 68%. המדגם הסופי עמד על 2603 איש ואישה (46% גברים ו-54% נשים; 79.2% ישראלים ותיקים, 13.3% ערבים ישראלים ו-7.5% עולי ברה"מ לשעבר) מ-1,774 משקי בית אשר רואיינו פנים מול פנים באמצעות השאלון האישי הממוחשב הגנרי (CAPI – Computer assisted personal interview) של פרויקט SHARE האירופי שהותאם ותורגם לעברית, ערבית ורוסית. בנוסף לשאלון ה-CAPI שהועבר באמצעות ראיון, נאספו נתונים גם באמצעות שאלון למילוי עצמי שהושאר בבתי הנבדקים (drop-off).

לצורך עריכת ההשוואה עם היקף תופעת הבדידות בארה"ב נעשה ניתוח משני גם של נתוני הגל הראשון של הפרויקט הלאומי חיים חברתיים, בריאות וזקנה (NSHAP – the National Social Life, Health and Aging Project) and Aging Project). זהו מדגם הסתברותי מייצג ברמה לאומית של אנשים בני 57-85 המתגוררים בקהילה אשר נדגם ממשקי בית ברחבי ארה"ב. נערכו ראיונות באנגלית ובספרדית על ידי מראיינים מקצועיים בין החודשים יולי 2005 ו-מארס 2006. סך הכל רואיינו 3005 משיבים מתוכם 1455 גברים ו-1550 נשים, שיעור היענות משוקלל של 75.5%. איסוף הנתונים כלל גם שאלון למילוי עצמי קצר עם שיעור השבה של 84% (לפרטים נוספים אודות שיטת המחקר ראה שיוביץ-עזרא, בדפוס).

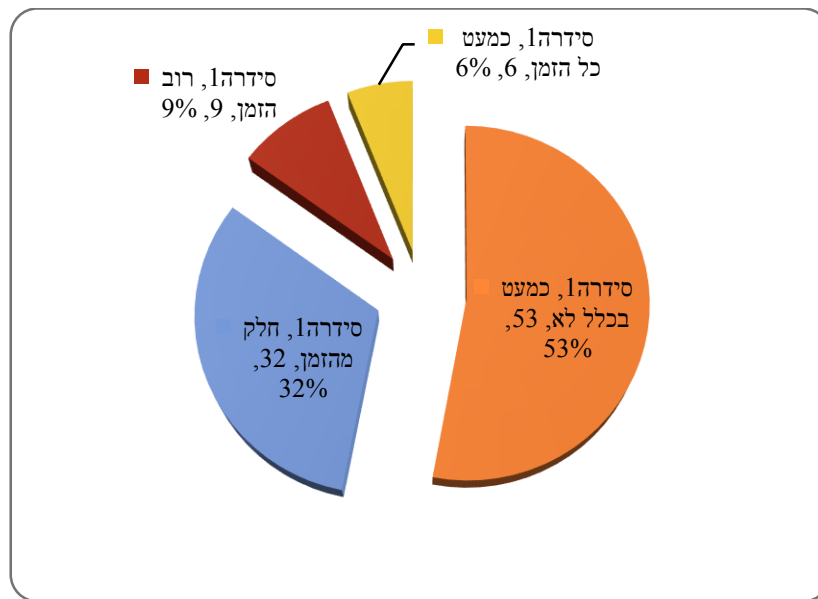
במחקר נבחנה שכיחותה של תופעת הבדידות בקרב כלל הנבדקים וכן בקרב תתי-הקבוצות הבאות: גברים ונשים בנפרד, שתי קבוצות גיל (75-85; 65-74), בקרב בעלי מצב משפחתי שונה (נשוי/אה, פרוד/ה, גרוש/ה, אלמן/ה, רווק/ה), וקבוצות אתניות שונות (בישראל: דוברי עברית, ערבית ורוסית; בארה"ב: שחורים, לבנים, היספאנים ואחרים). בחינת מובהקות ההבדלים בין הקבוצות השונות נערכה באמצעות מבחן חי בריבוע. יש להדגיש כי טווח הגיל לא היה זהה בשני הסקרים, בסקר הישראלי נדגמו בני חמישים ומעלה ואילו בסקר האמריקאי נדגמו בני 57-85. על מנת ליצור בסיס להשוואה בין המדינות וכן להתמקד בקבוצת האוכלוסייה הזקנה צומצמו המדגמים בשתי המדינות לבני 65-85. לאור זאת, גודל המדגם בישראל ששימש מחקר זה היה 1,064 איש ואישה והמדגם האמריקאי מנה 1,985 נבדקים.

בחינת השכיחות של תופעת הבדידות בקרב בני ה-65 ומעלה בישראל ובארה"ב מלמדת כי בישראל כמחצית מהנבדקים (47%) מדווחים על תחושות של בדידות במהלך השבוע האחרון (תרשים 3). לעומת זאת שיעור נמוך יותר בארה"ב מדווח על חווית בדידות (33.6%), בעוד החלק הארי של המדגם האמריקאי (66.4%) לא דיווח על תחושות של בדידות במהלך השבוע האחרון. למרות השיעור הגבוה של בדידות מדווחת בישראל נותרה בעינה השאלה האם ההיקף שהתקבל בישראל באמצעות השאלון למילוי עצמי משקף את ההיקף האמיתי של התופעה. קיימת אפשרות סבירה כי הממצאים שהתקבלו אינם מייצגים או משקפים באופן מלא את ההיקף האמיתי של תופעת הבדידות בקרב קשישים. זאת משום שלבדידות ולאנשים בודדים מתלווה לרוב משמעות חברתית שלילית ועל כן פרטים יטו להימנע מלתייג עצמם כבודדים, זאת למרות שמציאות חייהם מלווה בתחושות של בדידות (Pinquart & Sorensen, 2001; Victor, Scambler, Bond, & Bowling, 2000; Victor et al., 2005). טענה נוספת המועלת בספרות בהקשר זה היא כי אנשים בודדים נוטים שלא לקחת חלק במחקרים וסקרים ועל כן השיעור האמיתי של הבודדים באוכלוסייה אף גבוה יותר מזה המדווח במחקר (Pinquart & Sorensen, 2001).

בחינה של היקף תופעת הבדידות בקרב קבוצות גיל מובחנות מעלה מגמה דומה בשני המדגמים. קבוצת הגיל הבודדה ביותר היא גם קבוצת הגיל המבוגרת ביותר, של בני ה-75 ומעלה – כ-40% מכלל קבוצה

זו דיווחו על בדידות ברמה כלשהי בארה"ב וכ- 50% מקרב קבוצה זו במדגם הישראלי. יחד עם זאת ההבדלים בין שתי קבוצות הגיל לא נמצאו מובהקים במדגם הישראלי ($\chi^2 = 0.1, df=1; N.S$). מאידך, ההבדלים בין קבוצת הגיל של בני ה- 65-74 וקבוצת הגיל המבוגרת יותר של בני 75-85 בארה"ב נמצאו מובהקים. במדגם האמריקאי קבוצת הגיל שנמצאה בודדה יותר באופן מובהק היתה קבוצת הגיל המבוגרת יותר ($\chi^2 = 12.9, df=1; p<.001$). קשר חיובי בין גיל ובדידות, כלומר עלייה בגיל מהווה גורם סיכון לבדידות, נמצא במחקר עדכני נוסף (Savikko et al., 2005). הסבר לקשר זה נעוץ בנסיבות חיים ייחודיות לגיל הזקנה. חוויית אובדנים חברתיים ורגשיים שכיחה יותר בגיל הזקנה כתוצאה מפטירת בן או בת זוג ושל חברים קרובים. בגיל הזקנה אנשים פורשים מעבודתם ועל כן מאבדים תפקיד מרכזי בחייהם ואת חברתם של עמיתים לעבודה. נוסף על כך, בתקופת החיים המאוחרת הבריאות הפיזית מתרופפת מה שעלול להוביל להצטמצמות הרשת החברתית שאחת מתוצאותיה היא תחושת בדידות (Pinquart & Sorensen, 2001).

תרשים 3: שכיחות תופעת הבדידות בישראל



המגמה הדומה בשתי המדינות באה לידי ביטוי גם בבחינת ההבדל המגדרי. בישראל ובארה"ב נשים מדווחות על יותר בדידות בהשוואה לגברים, הבדל אשר נמצא מובהק הן בארה"ב ($\chi^2 = 26.7, df=1, p<.001$) והן בישראל ($\chi^2 = 15.3, df= 1, p<.001$). בישראל כ- 40% מהגברים דיווחו על בדידות לעומת 45.3% מהנשים במדגם. בהתאמה, כ- 60% מהגברים בישראל לא דיווחו על תחושות של בדידות אל מול אחוז נמוך יותר של נשים (54.7%). הממצא כי נשים מדווחות על בדידות רבה יותר קבל תימוכין אמפירי גם במחקרים קודמים (Holmen, Ericsson, Andersson, Winblad, 1992; Pinquart & Sorensen, 2001; Prince, Harwood, Blizard & Thomas, 1997). אחד ההסברים שמוצע בספרות לכך הוא שתוחלת החיים של נשים גבוהה מזו של גברים והן לרוב נישאות לגברים מבוגרים יותר, על כן ישנה סבירות רבה יותר שהן יתאלמנו ויחוו אובדן של בן זוג. אובדן של בן זוג עלול להוביל לבדידות רגשית שהיא תוצר של אובדן של איש סוד ושל מערכת יחסים קרובה (Weiss, 1982). בנוסף, חיים ארוכים יותר פירושם פעמים רבות התנסות באובדן גם של חברים קרובים ולכן לנשים סיכוי רב יותר לחוות את ההשפעה המצטברת של אובדנים ושכול (Victor et al., 2000).

הסבר אחר להבדל הנצפה בין נשים וגברים נקשר בדיווח מוטה. נשים נכונות יותר לדווח על רגשות שליליים ובדידות כחלק מהם. במחקרם, בוריס ופרלמן (Borys & Perlman, 1985) מצאו כי לדיווח של אישה על עצמה כבודדה ישנן פחות השלכות חברתיות שליליות בהשוואה להצהרה של גבר שהוא בודד. על כן, באופן טבעי גברים ימנעו יותר מלתייג עצמם כבודדים. לעובדה זו ישנה כמובן השפעה ישירה על אופן המדידה של תופעת הבדידות. כאשר מודדים בדידות באופן ישיר, כפי שנמדדה במסגרת המחקר הנוכחי, כלומר עושים שימוש במילים בודד או בדידות מירב הסיכויים שגברים ידווחו על פחות בדידות. זאת בהשוואה לשימוש בסקאלות שמודדות בדידות כדוגמת הסקאלה הנפוצה, UCLA-Loneliness Scale אשר בגרסתה המקורית היא בעלת 20 פריטים אשר מודדים בדידות באופן עקיף, כלומר ללא השימוש בשורש ב.ד.ד. ואכן במחקרם בוריס ופרלמן (Borys & Perlman, 1985) מצאו כי כאשר נעשה שימוש בסקאלת ה-UCLA לא נמצאו הבדלים מובהקים בין גברים ונשים, בעוד ששימוש במדידה ישירה

של בדידות הצביעה על הבדלים בין המגדרים: נשים נטו להגדיר את עצמן כבודדות בשכיחות גבוהה יותר מגברים.

בשונה משכיחותה של בדידות בקרב קבוצות גיל מובחנות ובקרב נשים וגברים, היקף התופעה ביחס למצב משפחתי העיד על מגמה שונה בהשוואה בין ישראל וארה"ב. בארה"ב הקבוצה שהעידה על היקף הבדידות המצומצם ביותר הייתה קבוצת הנשואים (20% בלבד דיווחו על תחושות של בדידות). מאידך, הקבוצה הבודדה ביותר הייתה קבוצת האלמנים והאלמנות, בקרבה למעלה מ-55% דיווחו על בדידות. אחריה בסדר יורד נמצאות קבוצת הגרושים (42% דיווחו על בדידות ברמה כלשהי), קבוצת הפרודים (39%) וקבוצת האנשים שלא נשאו מעולם (37%). ההבדלים בין הקבוצות השונות נמצאו מובהקים במבחן החי בריבוע ($\chi^2=223.6$, $df=5$, $p<.001$). בישראל, לעומת זאת, הקבוצה הבודדה ביותר הייתה קבוצת הפרודים. למעלה מ-80% מקרב החברים בקבוצה זו העיד על בדידות ברמה כלשהי. הקבוצה הבאה בתור היא של האלמנים, כ-70% דיווחו על בדידות. שיעור דומה של בדידות נמצא גם בקרב קבוצת הגרושים (כ-70%) ואחוז נמוך יותר נמצא בקרב הרווקים (50%). בדומה לארה"ב קבוצת הנשואים בישראל דיווחה על שיעורים נמוכים יחסית של בדידות, שיעור הנמוך מ-40%. גם בישראל ההבדלים שנצפו בין הקבוצות בעלות המצב המשפחתי המובחן נמצאו מובהקים ($\chi^2=49.4$, $df=5$, $p<.001$).

כאמור, מצבם הטוב יחסית של הנשואים בהשוואה לקבוצות הלא נשואות (גרושים, אלמנים ורווקים) נמצא עקבי בשתי המדינות. באופן כללי, אנשים נשואים מדווחים על פחות תחושות של בדידות בהשוואה לאנשים שאינם נשואים. ממצא זה נמצא בהלימה עם ממצאי מחקרים עדכניים קודמים שמצאו כי מצב משפחתי "נשוי" מהווה גורם מגן מפני בדידות (Cohen-Mansfield et al., 2009; Dykstra & de Jong, 2004; Wenger & Burholt, 2004; Gierveld, 2004; Iecovich et al., 2002). חוויית בדידות שכיחה בקרב קבוצת האלמנים והאלמנות שנמצאה הן בישראל והן בארה"ב מציבה אותה כקבוצת סיכון ומדגישה את ההתאלמות כחווייה ייחודית ובעלת השלכות מזיקות מבחינה רגשית (Dykstra & de Jong Gierveld, 2004).

בחינת שכיחותה של תופעת הבדידות ביחס לקבוצות אתניות שונות המרכיבות את האוכלוסייה בישראל ובארה"ב מלמדת על מגמה דומה. הקבוצה האתנית הדומיננטית בכל אחת מהמדינות מדווחת על פחות תחושות של בדידות. כך, בישראל קבוצת דוברי העברית דיווחה על שיעור הנמוך ביותר של בדידות ביחס לשתי הקבוצות האחרות של דוברי הערבית והרוסית. הקבוצה הבודדה ביותר הייתה הקבוצה של דוברי הערבית, 65% מקרב הנבדקים בקבוצה זו דיווחו על חוויית בדידות ברמה כלשהי לעומת כ-40% בקרב דוברי עברית. בארה"ב קבוצת הלבנים הייתה הקבוצה הפחות בודדה (31.5% מהנבדקים בקבוצה זו העידו על בדידות) בהשוואה לקבוצות השחורים וההיספאנים (40% בקירוב דיווחו על בדידות בשתי הקבוצות הללו). בשתי המדינות ההבדלים שנצפו בקרב הקבוצות האתניות השונות נמצאו מובהקים במבחני החי בריבוע ($\chi^2=10.2$, $df=3$, $p<.05$; $\chi^2=16.1$, $df=3$, $p<.001$; בארה"ב ובישראל בהתאמה).

בישראל נמצא כאמור הבדל מובהק ברמת הבדידות בין הקבוצה המאופיינת במשפחתיות ובמסורתיות רבה יותר, קבוצת דוברי הערבית בהשוואה ליהודים הותיקים. הסיכון לחוש בדידות היה גבוה במיוחד בקרב הקבוצה הערבית בהשוואה לקבוצה היהודית. ממצא זה הינו בעקיבות למחקרים שנעשו באירופה ומצאו כי דווקא במדינות דרום אירופה המתאפיינות במשפחתיות מדווחים על בדידות רבה יותר בהשוואה למדינות צפון אירופה המתאפיינות באינדיוואליזם ובמגורים לבד (Dykstra, 2009). הרחבה בנושא ראה פרק קודם.

השלכות של בדידות

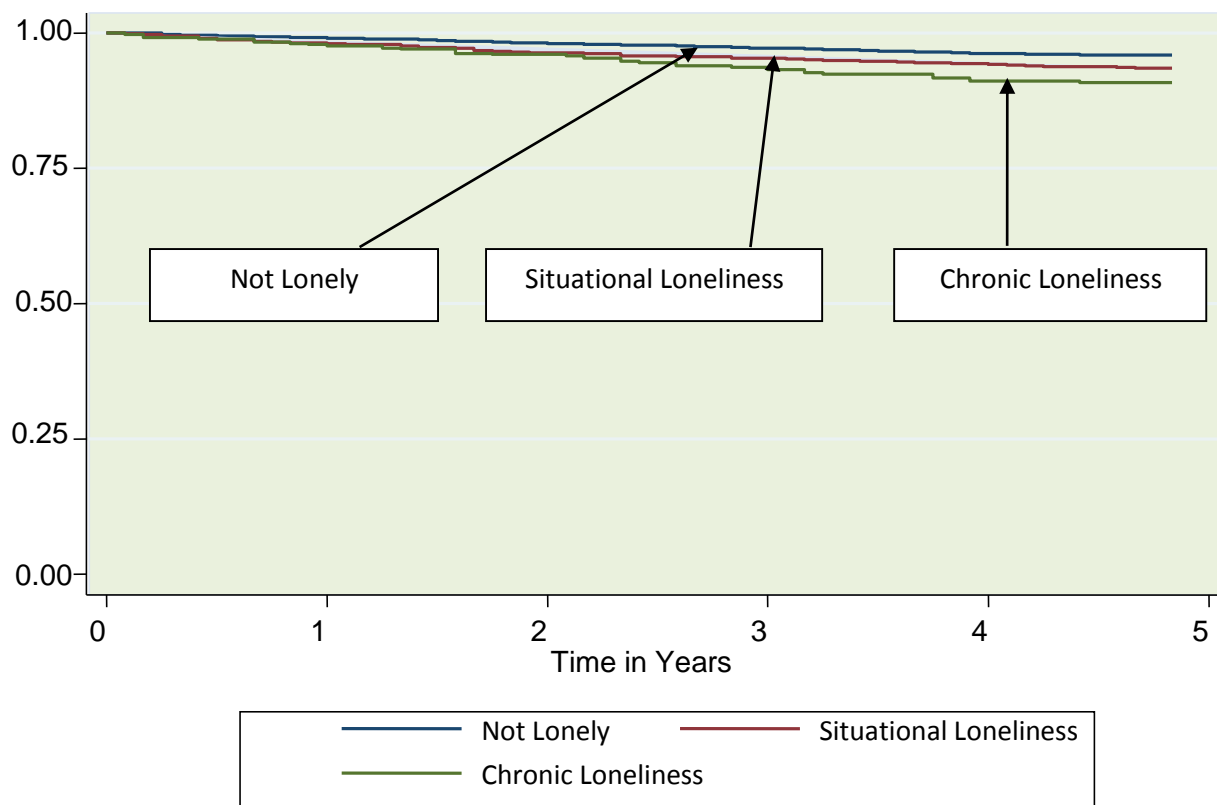
לצד שכיחות לא מבוטלת של תופעת הבדידות בקרב האוכלוסייה הזקנה, סיבה משמעותית נוספת לעיסוק המחקרי בתחום נסובה סביב ההשלכות המזיקות שנמצאו לתחושות של בדידות במישורי חיים שונים של אנשים מבוגרים. השלכות של בדידות נמצאו אמפירית הן במישור הבריאות הגופנית והן במישור הרגשי, להלן יתוארו.

• השלכות של בדידות במישור הבריאות הגופנית

מגוון מחקרים אוששו את התרומה השלילית שיש לחווית הבדידות על הבריאות הגופנית. במחקר עדכני שנערך בעיר שיקגו (the Chicago Health, Aging and Social Relations Study) בדידות נמצאה קשורה ללחץ דם סיסטולי גבוה אף לאחר שפיקחו על משתנים דמוגרפיים, התנהגויות בריאות ומגוון רחב של גורמים פסיכו-סוציאליים (Hawkey, Masi, Berry, & Cacioppo, 2006). בדידות אף נמצאה משפיעה על הפעילות הקרדיווסקולארית בחיי היומיום (Hawkey, Burleson, Berntson, & Cacioppo, 2003). במחקר אחר שנערך בקרב 180 קשישים, זוהתה הבדידות כגורם סיכון למצבי סיכון לבביים (Sorkin, Rook, & Lu, 2002). בהתאמה, מחקר עדכני בחן בקרב בני שישים ומעלה את הקשרים שבין בדידות, מבודדות חברתית ותמיכה חברתית לבין מחלות נפוצות בזקנה כדוגמת, סכרת, לחץ דם, מחלות לב, סרטן ושכך. באופן כללי, נמצא כי לבדידות ולמבודדות חברתית הייתה השפעה מזיקה על הבריאות ואילו לתמיכה חברתית השפעה מגינה. בקרב תת-המדגם ההיספאני, בדידות נבאה לחץ דם גבוה, מחלות לב ושכך (Tomaka, Thompson, & Palacios, 2006). לבסוף, מחקר אורך שאימץ את האבחנה התיאורטית שבין בדידות מצבית ובדידות כרונית מצא כי אנשים שהיו בודדים באופן כרוני דיווחו על מצב בריאותי גרוע יותר אשר בא לידי ביטוי בריבוי של מחלות כרוניות ובמספר רב יותר של ימי אשפוז (Theeke, 2010).

יתירה מזאת, מחקרים לונגיטודינאליים מצאו כי בדידות מהווה גורם סיכון לתמותה בקרב זקנים. במחקר שנערך בקרב 2829 קשישים המתגוררים בקהילה ואשר השתתפו במחקר האורך – Longitudinal Aging Study Amsterdam נמצא כי בדידות גבוהה יותר היתה קשורה באופן ישיר לסיכון מוגבר יותר לתמותה (OR= 1.06, CI=1.00-1.12) (Penninx et al., 1997). במחקר נוסף (the Berlin Aging Study) מבין האינדיקטורים של תמיכה חברתית ובדידות רק בדידות אמוציונאלית זוהתה כגורם סיכון לתמותה (Maier & Smith, 1999). חשיבותה של תופעת הבדידות להישרדות בגיל המבוגר קיבלה תימוכין אמפיריים אף במחקר שנערך בקרב קבוצת הקשישים מאוד (oldest-old population). מבין 476 המשתתפים במחקר the Leiden 85-plus Study נבדקים אשר דיווחו הן על סימפטומים דיכאוניים והן על תחושות של בדידות היו בעלי סיכון של פי-2 למות (Stek et al., 2005). תחושות של בדידות נמצאו גורם סיכון לתמותה גם בחברה אוריינטלית כדוגמת יפן, לבדידות נתפסת נמצאה השפעה לא ישירה על תמותה דרך הקשרים המובהקים שנמצאו לה עם מצב בריאות סובייקטיבי, מספר רב יותר של מחלות כרוניות ומוגבלות תפקודית (Sugisawa et al., 1994).

במחקר אורך עדכני נבחן הקשר שבין בדידות כרונית לעומת מצבית והישרדות בקרב בני 50 ומעלה מארה"ב. במחקר אשר ניתח שלושה גלים של ה-HRS אלו אשר זוהו כבודדים באופן מצבי (דיווחו על בדידות פעם אחת בלבד) וכן אלו שסווגו כבודדים באופן כרוני (אלו שדיווחו על בדידות בכל שלושת הגלים) היו בעלי סיכון מוגבר יותר למות בהשוואה לאלו שלא דיווחו כלל על בדידות גם לאחר שפוקחו ההשפעות של גורמים דמוגרפיים ובריאותיים (תרשים 4). בנוסף, בהשוואה לבודדים מצבית אלו שדיווחו על בדידות כרונית היו בעלי סיכון מוגבר עוד יותר למות (Shiovitz-Ezra & Ayalon, 2010).



Source: Shiovitz-Ezra & Ayalon, 2010

• הסברים אפשריים בדבר הקשר שבין בדידות ובריאות

בספרות נעשה ניסיון להסביר את הקשר המזיק הנצפה בין בדידות לבין בריאות גופנית באמצעות מספר מנגנונים. ביניהם, התנהגויות המזיקות לבריאות - עישון וצריכת אלכוהול (Hawley & Cacioppo, 2003; Steptoe, Owen, Kunz-Ebrecht, & Brydon, 2004). אחד מהמנגנונים המובילים למחלות שהוצע הוא בעיות בשינה אשר נמצאו שכיחות יותר בקרב אנשים בודדים בהשוואה לאנשים שאינם בודדים (Cacioppo, Hawley, Berntson, & Ernst, 2002). במחקר שנערך במעבדה ובבתיים של הנבדקים, סביבה טבעית יותר, הראה כי איכות השינה של אנשים בודדים הייתה באופן כללי פחות טובה. בנוסף, לנבדקים הבודדים היה יותר זמן עיירות במהלך השינה בהשוואה לנבדקים הלא בודדים (Cacioppo et al., 2002). נמצאה גם הוכחה מחקרית לכך שנותני שירותים בתחום הבריאות מספקים טיפול רפואי טוב יותר לאנשים בעלי רשתות חברתיות תומכות בהשוואה לאנשים המבודדים יותר מבחינה חברתית (Cacioppo, Hawley, & Berntson, 2003).

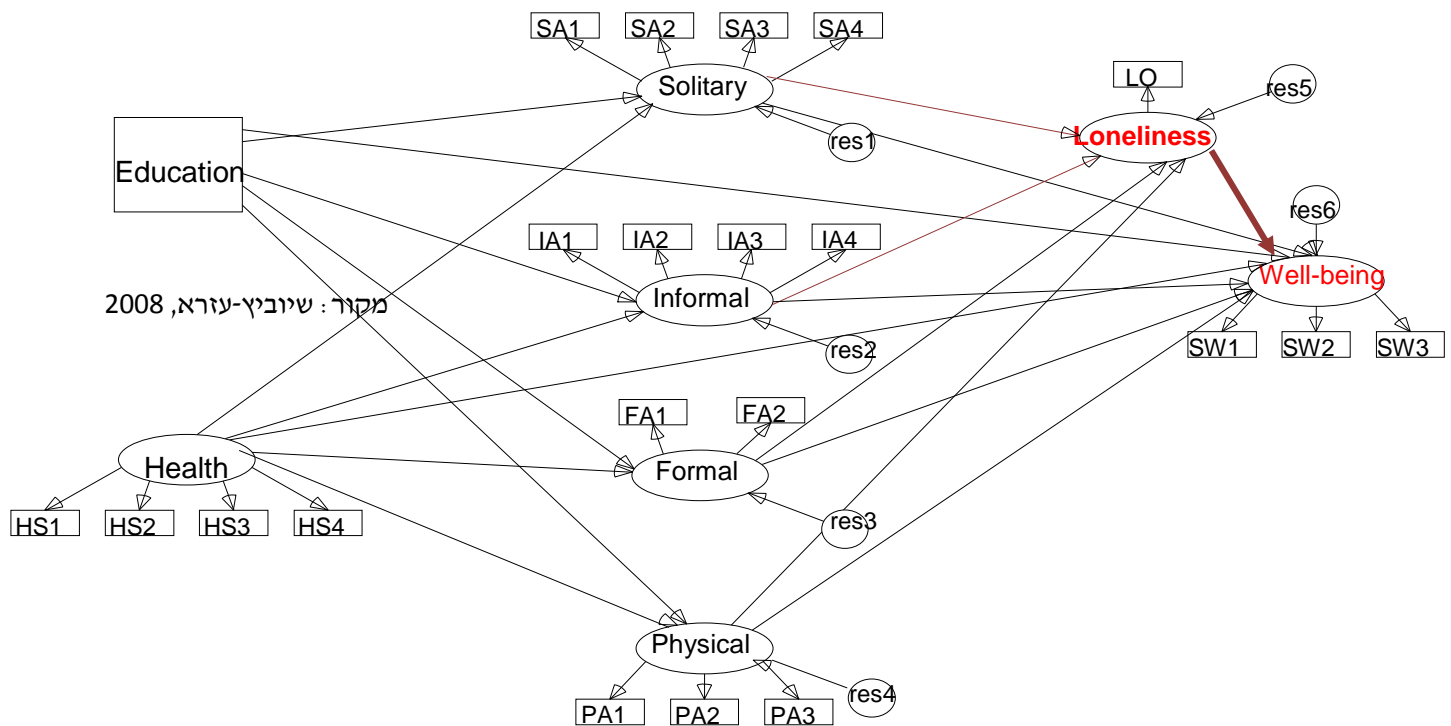
• השלכות של בדידות במישור הבריאות הרגשית והרווחה האישית

לצד ההשפעות על הפן הגופני תפקודי לבדידות נמצאה השפעה מזיקה גם על הבריאות המנטאלית והרגשית. במחקרי רוחב ואורך נמצא כי רמה גבוהה יותר של בדידות הייתה קשורה לרמות דיכאון גבוהות יותר. קשר חיובי מובהק זה בין בדידות ודיכאון נשמר אף לאחר שנערך פיקוח על גורמים דמוגרפיים ופסיכו-חברתיים מרכזיים (Cacioppo, Hughes, Waite, Hawley, & Thisted, 2006). בהתאמה נמצא קשר שלילי בין בדידות ורווחה אישית רגשית (Lee & Ishii-Kuntz, 1987) וקשר חיובי למחשבות אובדניות ולאובדנות (Stravynski & Boyer, 2001).

מרכזיותה של בדידות נתפסת לתחושת רווחה בגיל זקנה נמצאה גם במחקר שנערך בישראל בקרב בני שישים ומעלה (שיוביץ-עזרא, 2008). המחקר ביקש לבחון את הקשר שבין פעלתנות ורווחה תוך שילובו

של מרכיב נוסף בחוויית ההזדקנות – תחושות של בדידות. זאת, באמצעות ניתוח נתוני סקר בני שישים ומעלה משנת 1997 בעזרת מודלים של משוואות מבניות (תרשים 5). הממצאים לימדו על קשר שלילי מובהק בעל עוצמה בינונית (-.34) בין בדידות ורווחה אישית סובייקטיבית. פרוש הדבר הוא שחוויית תחושת בדידות בתדירות גבוהה פוגעת בתחושת הרווחה הסובייקטיבית. עוד מציעים הממצאים כי פעלתנות, ובמיוחד מהסוג הבלתי פורמאלי, משפיעה באופן עקיף על תחושת הרווחה בזקנה. תרומתה בכך שהיא מפחיתה תחושות של בדידות וככל שהאדם המבוגר חש פחות בודד כך משתפרת תחושת הרווחה שלו. לפיכך, מהווה המחקר האמור עדות אמפירית נוספת למרכזיותה של תחושת הבדידות בגיל המבוגר ומצביע על הצורך להפחית תחושות של בדידות על מנת "להרוויח" רווחה.

תרשים 5: מודל המחקר שבחן את מרכזיותה של בדידות בקשר שבין פעלתנות ורווחה אישית בזקנה



מקור: שויביץ-עזרא, 2008

HS1 – בריאות סובייקטיבית, HS2 – בריאות סובייקטיבית השוואתית, HS3 – מוגבלות, HS4 – בעיות בריאות, SA1 – קריאת עיתונים, SA2 – קריאת ספרים, SA3 – צפייה בטלוויזיה, SA4 – האזנה לרדיו, IA1 – יציאה מהבית, IA2 – יציאה למופעים, IA3 – מפגש עם שכנים, IA4 – מפגש עם חברים, FA1 – פעילות התנדבותית, FA2 – פעילויות העשרה, PA1 – התעמלות, PA2 – שחייה, PA3 – הליכה, LO – תחושת בדידות, SW1 – שביעות רצון מהחיים, SW2 – שביעות רצון מהשימוש בזמן, SW3 – רווחה אפקטיבית

התערבויות

ההיקף הנרחב של תופעת הבדידות בישראל והדיווחים בספרות על השלכות מזיקות של תחושות בדידות במישורי חיים רבים וחשובים בתקופת הזקנה מעלים את הצורך להפעיל התערבויות שימנעו או יתמודדו עמה. רוק (Rook, 1984) מנתה שלושה יעדים להתערבויות אשר במוקדן תחושות של בדידות:

- לאפשר קשרים חברתיים
- קידום התמודדות
- מניעה

היעד ראשון הוא לאפשר קשרים חברתיים, על ידי יצירת הזדמנויות חדשות למגע/קשר חברתי, על ידי מתן תמיכה בתקופות מעבר, או על ידי סיוע לאדם הבודד לתקשר עם אחרים בסביבתו החברתית. המטרה השנייה לא נועדה להקל על תחושות של בדידות כי אם למנוע מהבדידות להתפתח לבעיות חמורות אחרות. ניתן למלא אחר מטרה זו באמצעות מתן עזרה לפרט על מנת שיוכל להתמודד עם הבדידות. מטרת היעד השלישי הינה מניעת בדידות עוד טרם התרחשותה.

התערבויות בשלוש רמות הוצעו על מנת להשיג יעדים אלו: התערבויות ברמת הפרט, ברמת הקבוצה והתערבויות ברמת הסביבה. דוגמאות להתערבות ברמה הראשונה כוללות טיפול קוגניטיבי-התנהגותי, טיפול בינאישי, טיפול פסיכו-דינאמי ותוכניות של friendly visitors. הטיפול הקוגניטיבי-התנהגותי מתמקד בשיפור ההתנהגות של הפרט בסיטואציה חברתית נתונה. טיפול בינאישי מתבסס על הקשר הנוצר בין המטפל והקליינט. במפגשים הללו המטופלים מתאמנים בביטוי עצמי ובטווח הארוך המטרה היא לשנות את תפיסתם העצמית ובעיקר את האמונה כי את העצמי האמיתי שלהם אי אפשר לאהוב. בטיפול מהסוג בפסיכו דינאמי הקשר מטפל – מטופל מרכזי גם כן. הגישה הינה התפתחותית ובמסגרת הטיפול יש ניסיון לזהות חוויות ילדות אשר משפיעות באופן שלילי על הסתגלות האדם בבגרותו. תכניות המבוססות על ביקורים ידידותיים שונות במהותן מהגישות שתוארו עד כה. אין הכרח שהן ינוהלו על ידי אנשי מקצוע ואין בכונתן לשנות את האדם הבודד. במקום זאת הן מציעות הזדמנויות להימנע מבדידות באמצעות מפגשים חברתיים. לרוב תכניות אלו מוצעות לאנשים אשר מרותקים לביתם.

ברמה הקבוצתית רוק הציעה מספר סוגים של קבוצות ביניהן, אימון של מיומנויות חברתיות, קבוצות שבמוקדן סוגיית הביישנות, קבוצות לאנשים עם דיכאון וסמינרים עבור פרודים או אלמנים. מרבית האימון לרכישת מיומנויות חברתיות מתמקד במיומנויות הדרושות על מנת ליזום קשר ופחות על המיומנויות שתכליתן לשמר קשרים. ישנם מספר מאפיינים משותפים לאנשים בודדים וישנו ניסיון במסגרת האימון להתמודד עימם כדוגמת, קושי לקחת סיכונים חברתיים ומיקוד עצמי גבוה. קבוצות של ביישנות (shyness groups) נועדו ללמד אנשים ביישנים לעצב מחדש מפגשים חברתיים. יש הגורסים כי קבוצות דיכאון (Depression groups) עשויות להתאים גם לאנשים בודדים בשל הקשר ההדוק בין דיכאון ובדידות. נטען כי אימון לחיזוק העצמי בו משתמשים לטיפול בדיכאון יכול להתאים גם במקרים של בדידות. לעומת קבוצות אלו סמינרים לקבוצות מוגדרות, כדוגמת פרודים או אלמנים שונות במהותן מהגישות האחרות. בדידות שהינה תוצר של אובדן (=בדידות מצבית) צריכה לקבל התייחסות מובחנת הן תיאורטית והן במישור הפרקטי.

לבסוף, רוק (Rook, 1984) הציעה מספר דוגמאות לגישות התערבות הממוקדות בסביבה כדוגמת, בניית רשתות חברתיות, בנייה מחדש של המערך החברתי והסרת מכשולים למגע חברתי. בניית רשתות חברתיות מתמקדת ביצירת הזדמנויות חדשות למגע כאשר ההזדמנויות הקיימות מצומצמות. יש לעצב הזדמנויות אלו כך שיצרו בסיס להזדהות עם מטרות משותפות ויתמודדו עם נושא התיג השלילי. בניית מערך חברתי חדש כולל מאמצים לשיפור התנאים הפיזיים כך שיאפשרו קשרים חברתיים. הסרת מכשולים ברמה הסביבתית כוללת פעילויות כדוגמת שירותי הסעה לאנשים זקנים.

כפי שניתן לראות המאמצים שונים האחד מהשני באופן מהותי, ישנן דוגמאות לטיפול ולמניעה ברמות פעולה שונות – רמת הפרט, הקבוצה או הסביבה הרחבה. ההתערבויות שונות אף במשאבים הכספיים ובמשאבים אחרים הנדרשים על מנת להשיג את ייעודן (Rook, 1984).

לאחרונה נערכה הערכה שיטתית של התערבויות שמטרתן מניעת בדידות ובידוד חברתי בקרב אנשים זקנים (Cattan, White, Bond, & Learmouth, 2005). 30 מאמרים נמצאו בסקירה נרחבת של הספרות מתוכם 17 דיווחו על התערבויות קבוצתיות ו-10 על התערבויות ברמת הפרט (one-to-one). שלושה דיווחו על הספקת שירותים ואחד על פיתוח סביבתי. רובם נערכו בארה"ב וקנדה (ראה עמודים

48-50 במאמר המצורף). בחינה מקיפה של ההתערבויות שנסקרו במאמרים העלתה כי **תשעה מתוך עשרת ההתערבויות האפקטיביות** (ההתערבויות אפקטיביות הוגדרו ככאלה שהראו ירידה מובהקת בבדידות או בבידוד חברתי) **היו התערבויות קבוצתיות** שסיפקו תמיכה חברתית – Group activities with educational input או interventions providing social support. להצגת ההתערבויות שנמצאו אפקטיביות ראה עמודים 52-53 במאמר המצורף.

רשימת מקורות

- Andersson, L. (1998). Loneliness research and interventions: A review of the literature. *Aging & Mental Health, 3*, 264-274.
- Borys, S. and Perlman, D. (1985). Gender differences in loneliness. *Personality and Social Psychology Bulletin, 11*(1), 63-74.
- Cacioppo, J.T., Hawkley, L.C., & Berntson, G.G., & Ernst, J. M. (2002). Do lonely days invade the nights? Potential social modulation of sleep efficiency. *Psychological Science, 13*(4), 384-387.
- Cacioppo, J.T., Hawkley, L.C., & Berntson, G.G. (2003). The anatomy of loneliness. *Current Directions in Psychological Science, 12*(3), 71-74.
- Cacioppo, J. T., Hughes, M. E., Waite, L. J., Hawkley, L. C., & Thisted, R. A. (2006). Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: Cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychology and Aging, 21*(1), 140-151.
- Cattan, M., White, M., Bond, J., & Learmouth, A. (2005). Preventing social isolation and loneliness among older people: A systematic review of health promotion interventions. *Ageing & Society, 25*, 41-67.
- Cohen-Mansfield, J., Shmotkin, D., & Goldberg, S. (2009). Loneliness in old age: Longitudinal changes and their determinants in an Israeli sample. *International Psychogeriatrics, 21*, 1160-1170.
- Cornwell, E. Y. & Waite, L.J. 2009. Measuring Social Isolation among Older Adults Using Multiple Indicators from the NSHAP Study. *Journal of Gerontology: Social Sciences 64B*(S1): 38-46.
- De Jong Gierveld, J. (1998). A review of loneliness: Concept and definitions, determinants and consequences. *Review in Clinical Gerontology, 8*, 73-80.
- De Jong Gierveld, J. (1987). Developing and testing a model of loneliness. *Journal of Personality and Social Psychology, 53*(1), 119-128.
- De Jong Gierveld, J. and Raadschelders, J. (1982). Types of loneliness. In L. A. Peplau and D. Perlman (Eds.), *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy* (pp. 105-119) New York: A Wiley-Interscience Publication.
- Dykstra, P. A. (2009). Older adult loneliness: Myths and realities. *European Journal of Ageing. Doi10.1007/s10433-009-0110-3*.

- Dykstra, P. A., & de Jong Gierveld, J. (2004). Gender and Marital-History Differences in Emotional and Social Loneliness among Dutch Older Adults. *Canadian Journal on Aging, 23*(2), 141-155.
- Dykstra, P. A., Van Tilburg, T., & de Jong Gierveld, J. (2005). Changes in older adult loneliness: Results from a seven-year longitudinal study. *Research on Aging, 27*(6), 725-747.
- Hawkley, L. C., & Cacioppo, J. T. (2003). Loneliness and pathways to disease. *Brain, Behavior, and Immunity, 17*, S98-S105.
- Hawkley, L.C., Masi, C.M., Berry, J.D. and Cacioppo, J.T. (2006). Loneliness is a unique predictor of age-related differences in systolic blood pressure. *Psychology and Aging, 21*(1), 152-164.
- Hawkley, L.C., Burleson, M.H., Berntson, G.G. and Cacioppo, J.T. (2003). Loneliness in everyday life: Cardiovascular activity, psychosocial context, and health behaviors. *Journal of Personality and Social Psychology, 85*(1), 105-120.
- Holmen, K., Ericsson, K., Andersson, L., & Winblad, B. (1992). Loneliness among elderly people living in Stockholm: A population study. *Journal of Advanced Nursing, 17*, 43-51.
- Iecovich, E., Barasch, M., Mirsky, J., Kaufman, R., Avgar, A., & Kol-Fogelson, A. (2002). Social support networks and loneliness among elderly Jews in Russia and Ukraine. *Journal of Marriage and Family, 66* (2), 306-317.
- Jylhä, M. (2004). Old age and loneliness: Cross-sectional and longitudinal analyses in the Tampere Longitudinal Study on Aging. *Canadian Journal on Aging, 23*(2), 157-168.
- Jylhä, M., & Jokela, J. (1990). Individual experiences as cultural: A cross-cultural study on loneliness among the elderly. *Ageing and Society, 10*, 295-315.
- Lee, G.R., & Ishii-Kuntz, M. (1987). Social interaction, loneliness, and emotional well-being among the elderly. *Research on Aging, 9*(4), 459-482.
- Marangoni, C., & Ickes, W. (1989). Loneliness: A theoretical review with implication for measurement. *Journal of Social and Personal Relationships, 6*, 93-128.
- Mullins, L. C. and Mushel, M. (1992). The Existence and Emotional Closeness of Relationships With Children, Friends and Spouses: The Effect on Loneliness Among Older Persons. *Research on Aging, 14*, 448-470.
- Penninx, B.W., van Tilburg, T., Kriegsman, D.M., Deeg, D.J., Boeke, A.J. and van Eijk, J.T. (1997). Effects of social support and personal coping resources on mortality in older age: The Longitudinal Aging Study Amsterdam. *American Journal of Epidemiology, 146* (6), 510-519.
- Peplau, L.A., & Perlman, D. (1982). (Eds.), *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*. New York: A Wiley-Interscience Publication.
- Peplau, L.A., Miceli, M. and Morasch, B. (1982). Loneliness and self-evaluation. In L. A. Peplau and D. Perlman (Eds.), *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy* (pp. 135-151) New York: A Wiley-Interscience Publication.

- Perlman, D., and Peplau, L.A. (1982). Theoretical approaches to loneliness. In L. A. Peplau & D. Perlman (Eds.), *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy* (pp. 123-134) New York: A Wiley-Interscience Publication.
- Ponizovsky, A. M., & Ritsner, M. S. (2004). Patterns of loneliness in an immigrant population. *Comprehensive Psychiatry*, 45(5), 408-414.
- Pinquart, M. (2003). Loneliness in Married, Widowed, Divorced and Never-Married Older Adults. *Journal of Social and Personal Relationships*, 20, 31-53.
- Pinquart, M. and Sörensen, S. (2001). Influences on loneliness in older adults: A meta-analysis. *Basic and Applied Social Psychology*, 23(4), 245-266.
- Prince, M.J., Harwood, R.H., Blizard, R.A., Thomas, A. (1997). Social support deficits, loneliness and life events as risk factors for depression in old age: The Gospel Oaks Project VI. *Psychological Medicine*, 27, 323-332.
- Rook, K. S. (1984). Interventions for loneliness: A review and analysis. In L. A. Peplau & S. E. Goldstone (Eds.) *Preventing the harmful consequences of severe and persistent loneliness*. Washington, DC: National Institute of Mental Health (NIMH), Washington Government printing office.
- Savikko, N., Routasalo, P., Tilvis, R.S., Strandberg, T.E., & Pitkälä, K.H. (2005). Predictors and subjective causes of loneliness in an aged population. *Archives of Gerontology and Geriatric*, 41(3), 223-233.
- Shiovitz-Ezra, S., & Leitsch, S. (in press). The role of social relationships in predicting loneliness: The National Social Life, Health and Aging Project (NSHAP). *Social Work Research*
- Shiovitz-Ezra, S. (in press). Loneliness in Late Adulthood: A Comparison of the Phenomenon in Israel and the US. *Society and Welfare* (Hebrew)
- Shiovitz-Ezra, S., & Ayalon, L. (2010). Situational versus chronic loneliness as risk factors for all cause mortality. *International Psychogeriatrics*
- Shiovitz-Ezra, S. (2008). The importance of perceived loneliness in activity-well-being relationship among older people. *Gerontology: Journal of Aging Study* 35(2), 87-109. (Hebrew)
- Sorkin, D., Rook, K.S. and Lu, J.L. (2002). Loneliness, lack of emotional support, lack of companionship, and the likelihood of having a heart condition in an elderly sample. *Annual Behavioral Medicine*, 24(4), 290-298.
- Stek, M.L., Vinkers, D.J., Gussekloo, J., Beekman, A.T.F., Van der Mast, R.C. and Westendorp, R.G.J. (2005). Is depression in old age fatal only when people feel lonely? *American Journal of Psychiatry*, 162, 178-180.
- Steptoe, A., Owen, N., Kunz-Ebrecht, S. R., & Brydon, L. (2004). Loneliness and neuroendocrine, cardiovascular, and inflammatory stress responses in middle-aged men and women. *Psychoneuroendocrinology*, 29, 593-611.
- Stessman, J., Ginsberg, G., Klein, M., Hammerman-Rozenberg, R., Friedman, R., & Cohen, A. (1996). Determinants of loneliness in Jerusalem's 70-year-old population. *Israel Journal of Medical Sciences*, 32 (8), 639-648.

- Stravynski, A., & Boyer, R. (2001). Loneliness in relation to suicide ideation and parasuicide: A population-wide study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31(1), 32-40.
- Sugisawa, H., Liang, J. and Liu, X. (1994). Social networks, social support, and mortality among older people in Japan. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 49(1), S3-S13.
- Sundstrom, G., Fransson, E., Malmberg, B., and Davey, A. (2009). Loneliness among Older Europeans. *European Journal of Ageing* 6, 267-275.
- Theeke, L.A. (2007). Socio-demographic and health-related risks for loneliness and outcome differences by loneliness status in a sample of older U.S. adults. Unpublished doctoral dissertation, West Virginia University, West Virginia.
- Tomaka, J., Thompson, S., & Palacios, R. (2006). The relation of social isolation, loneliness, and social support to disease outcomes among the elderly. *Journal of Aging and Health*, 18(3), 359-384.
- Victor, C.R., Scambler, S.J., Bond, J., & Bowling, A. (2000). Being alone in later life: Loneliness, social isolation and living alone. *Review in Clinical Gerontology*, 10, 407-417.
- Victor, C.R., Scambler, S.J., Bowling, A., & Bond, J. (2005). The prevalence of, and risk factors for, loneliness in later life: A survey of older people in Great Britain. *Ageing & Society*, 25, 357-375.
- Weiss, R.S. (1973). *Loneliness: The experience of emotional and social isolation*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Weiss, R.S. (1987). Reflections on the present state of loneliness research. *Journal of Social Behavior and Personality*, 2, 1-16.
- Weiss, R. S. (1982). Issues in the study of loneliness. In L. A. Peplau & D. Perlman(Eds.). *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy* (pp. 71–80). New York: Wiley.
- Wenger, G.C., & Burholt, V. (2004). Changes in levels of social isolation and loneliness among older people in a rural area: A twenty-year longitudinal study. *Canadian Journal on Aging*, 23(2), 115-127.
- Young, J.E. (1982). Loneliness, depression, and cognitive therapy: Theory and application. In L. A. Peplau and D. Perlman (Eds.), *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy* (pp. 379-406) New York: A Wiley-Interscience Publication.

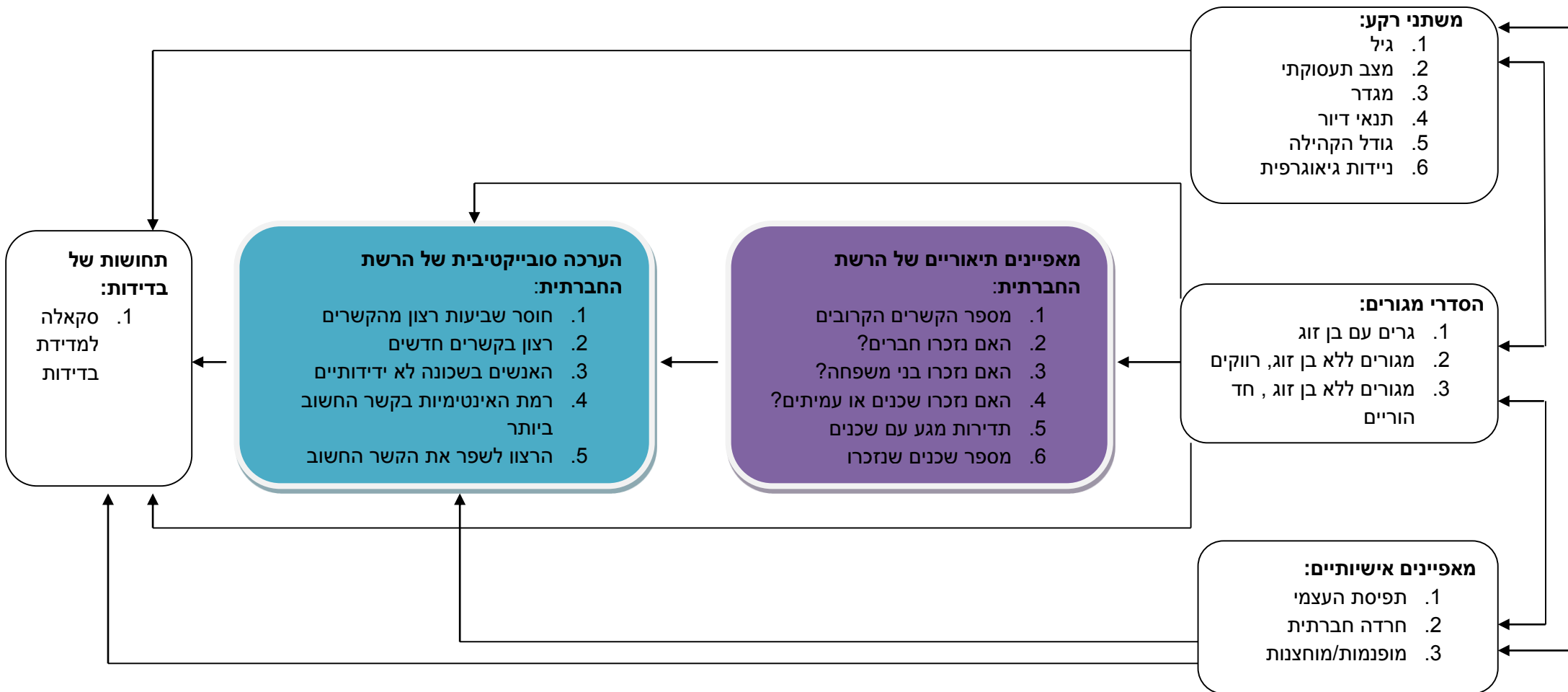
Table 1: Network's Objective and Subjective Characteristics and Loneliness: Entire Sample, Married and Nonmarried Subsamples

Variable	Entire Sample (N = 3,005)			Married Subsample (N= 1,861)				Nonmarried Subsample (N=1,144)		
	M1	M2	M3	M1	M2	M3	M4	M1	M2	M3
Sub. Income	-0.23***	-0.13**	-0.16***	-0.12**	-0.11*	-0.13**	-0.10*	-0.21	-0.17*	-0.18*
Education	0.01	0.01	0.02	0.01	-0.02	0.01	0.00	0.01	0.01	-0.01
Sub Health	-0.16***	-0.13***	-0.10**	-0.12**	-0.09*	-0.06†	-0.07†	-0.24***	-0.22**	-0.17
Eyesight	-0.18***	-0.10**	-0.08*	-0.16***	-0.11**	-0.08*	-0.06	-0.15***	-0.07	-0.07
Men	-0.14*	-0.09	-0.06	-0.14*	-0.15*	-0.16*	-0.15*	0.30*	0.11	0.24†
White	-0.13	-0.07	0.04	-0.19†	-0.09	0.01	0.00	0.04	-0.04	0.12
Married		-0.60***	-0.61***							
No. of relatives		-0.12***	-0.09**		-0.08*	-0.06	-0.03		-0.20**	-0.13†
No. of friends		-0.09**	-0.08*		-0.13***	-0.12***	-0.10**		-0.1	-0.00
Freq. contact neighbors		-0.09***	-0.09***		-0.09**	-0.10**	-0.08**		-0.06	-0.08
Freq. contact with friends		-0.07*	-0.07*		-0.06†	-0.07*	-0.08*		-0.09	-0.09
Perceived family support			-0.09**			-0.04	-0.01			-0.20***
Perceived family strain			0.25***			0.23***	0.21***			0.30***
Perceived friends support			-0.01			-0.04	-0.01			-0.04
Perceived friends strain			0.08			0.16*	0.13†			0.05
Perceived spouse support							-0.32***			
R^2	0.09	0.15	0.19	0.06	0.09	0.13	0.20	0.09	0.11	0.17
ΔR^2		.06***	.04***		.03***	.03***	.07***		.02	.06***

Note: Estimates are weighted to account for differential probabilities of selection and differential nonresponse.

^a Robust standard errors in parentheses

† $p < .10$. * $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.



Source: De Jong Gierveld, 1987