

**דוח הוועדה
לבחינת דרכי התמודדות
עם בדידות
בקרב אנשים זקנים**

דרור רותם

אוקטובר 2014

כתיבה: דרור רותם
עריכה: דרור רותם, חני רוזה
עריכת לשון: יונת הורן
עיצוב והפקת דפוס: פנינה נחמיאס, ג'וינט ישראל
מנהל ההוצאה לאור: רן רובנר, ג'וינט ישראל

כל הכתוב בחוברת זו בלשון זכר או בלשון נקבה מכון לשני המינים כאחד
© כל הזכויות שמורות לאשל, תשע"ז - 2017

תוכן העניינים

5	המלצות הוועדה
6	חברי הוועדה
7	שיטת העבודה של הוועדה
9	רקע תיאורטי, מהות והיקף הבעיה, אוכלוסיות יעד ומענים
9	הגדרה של מצב הבדידות
10	בדידות בגיל הזקנה
11	היקף התופעה בארץ
11	גורמים הקשורים עם מצב בדידות
13	אוכלוסיות יעד ליוזמות התערבות
13	איתור זקנים הסובלים מבדידות
15	אסטרטגיות התערבות
16	תכניות חברתיות עבור זקנים בארץ וזיקתן לבדידות
17	עקרונות לפיתוח תכניות להפחתת בדידות בקרב זקנים
19	נספחים
21	1. ניירות עבודה ומסמכי רקע
21	א. איתור אובחון של אנשים זקנים בודדים
25	ב. התערבויות ומתודות המיועדות למניעת בדיקות או להפחתתה
30	ג. איגום תכניות המטפלים בבדידות של זקנים ומיון לפי קטגוריות
33	2. תכניות התערבות
33	א. שירים וטעמים מהעולם ומן הבית / תמר אגין-זימין
36	ב. פרויקט "זמן לתת" / העמותה לזקן רמת גן.
38	ג. תכנית "ביני לבינך" / אשל
39	ד. A friendship enrichment program (Stevens, 2001; Stevens & van Tilburg, 2000, Martina & Stevens, 2006)
41	ה. A short-term, cognitive group therapy intervention method to reduce or resolve ongoing psychological disruption and/or trauma among women (Sorenson, 2003)
42	ו. 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)
47	3. כלי מדידה
49	4. בדידות בתקופת החיים המאוחרת - סקירת ספרות ד"ר שרון שויביץ-עזרא, ביה"ס לעבודה סוציאלית, האוניברסיטה העברית, ירושלים 2010
73	רשימת מקורות

המלצות הוועדה

- א. לפתח תכניות חדשות כדי לסייע לאנשים זקנים להתמודד עם תחושת בדידות המשפיעה על איכות חייהם.** בתכניות האלה יש לשים דגש על הפחתת הבדידות ולנקוט דרכי פעולה ושיטות התערבות שנמצאו אפקטיביות לטיפול בתופעה זו.
- ב. במקביל לפיתוח תכניות ייעודיות, ממליצה הוועדה לחזק ולשדרג תכניות קיימות שהפגת בדידות נכללת בין מטרותיהן, כגון מועדונים ומרכזי יום. החיזוק והשדרוג יתבצעו באמצעות אימוץ והטמעה של כלים נוספים להתמודדות עם בדידות כדי להבטיח את השגתה של מטרה זו.**
- ג. לעודד מחקר ממוקד בתופעת הבדידות בקרב זקנים בארץ.** המידע העומד לרשות המתכננים כיום על התופעה, מקורו בסקרים ובמחקרים שבדקו את התופעה בעיקר בחו"ל ובעיקר כמשתנה אחד מרבים. חשוב לקיים מחקרים שיעמיקו את הבנת התופעה ויבדקו השערות שנגזרו ממחקרים קודמים שמתאימים לחברה הישראלית. כמו כן, יש לעודד עריכת מחקרים שמטרתם לבדוק את יעילותן של תכניות ההתערבות שנועדו להתמודד עם תופעת הבדידות לעת זקנה. כך יתרמו השדה ולקוחותיו הזקנים באופן ישיר מהנגשת מענים שהוכחה יעילותם ובעקיפין מקידום פרקטיקה מבוססת-הוכחות (Evidence based Practice).
- ד. 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 ראויות לכך.**
- ה. להעלות את המודעות על תופעת הבדידות בקרב זקנים ולהטמיע ידע ייחודי על כך 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

משרד הרווחה והשירותים החברתיים
ג'וינט ישראל - אשל

עצמאית, מנחת קבוצות
המוסד לביטוח לאומי
משרד הרווחה והשירותים החברתיים
עיריית רמת השרון
המשרד לאזרחים ותיקים
יד שרה
עיריית נס ציונה
ג'וינט ישראל - אשל
משרד הרווחה והשירותים החברתיים
מאירס ג'וינט מכון ברוקדייל
עיריית תל אביב
משרד הרווחה והשירותים החברתיים
ג'וינט ישראל - אשל
קרן הידידות
החברה למתנ"סים
עמותת מט"ב
משרד הבריאות
ג'וינט ישראל - אשל
עיריית ירושלים
ג'וינט ישראל - אשל
שירותי בריאות כללית
ג'וינט ישראל - אשל
ג'וינט ישראל - אשל
עמותת משגב לקשיש, ירושלים
המוסד לביטוח לאומי
האוניברסיטה העברית

מוטי וינטר - יו"ר
חני רוזה - רכזת הוועדה

תמר אגין-זימין
כרמלה אבלגון-קורש
חיה אוורבוק
לאה אורן
שלום בוחבוט
ענת בן זקן
אורית בן יהודה
יוספה בן משה
מרים בר-גיורא
ג'ני ברודסקי
גאולה ברודץ'
טלי ברנע
פרופ' יצחק בריק
אירנה ליפסקי
יעקב לויין
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 לפעול בדצמבר 2011 וקיימה חמש פגישות עבודה. חומר הרקע העיקרי ששימש נקודת מוצא לוועדה היה סקירת ספרות שהכינה, לבקשת אשל, ד"ר שרון שיוביץ-עזרא מהאוניברסיטה העברית (ר'נספח 4 בדו"ח זה). דיוני הוועדה התייחסו למערכת המושגית שהוצעה בסקירה. כמו כן הוצגו בפני הוועדה כמה תכניות שמפעילים גופים שונים (וולונטריים ומוניציפליים) עבור זקנים והמכוונות לזקנים בודדים, זאת במטרה לקבל אינדיקציה למה שכבר קיים בתחום. בהמשך התפצלה הוועדה לחמש קבוצות משימה שדנו בנושאים האלה:

- איגום תכניות המטפלות בבידודות של זקנים ומיון.
 - הכנת קול קורא להגשת הצעות ורעיונות לפיתוח תכניות למניעת בידודות והפגתה בקרב זקנים.
 - איתור ואבחון של זקנים בודדים.
 - התערבויות, מתודות טיפול ברמות שונות, הנוגעות למניעת בידודות או להפגתה.
 - התפקיד של המגזר השלישי במניעת בידודות של זקנים.
- תוצרי קבוצות המשימה מצורפים לדו"ח הזה בפרק הנספחים.
- על סמך כל החומר שנאסף הוכנה טיוטת דו"ח מסכם והמלצות, והיא הובאה לדין בישיבתה החמישית של הוועדה.

רקע תיאורטי

מהות הבעיה והיקפה, אוכלוסיות יעד ומענים

הגדרה של המצב "בדידות"

הבדידות היא תחושה סובייקטיבית המבטאת פער בין הקשרים החברתיים הרצויים לאדם לבין אלו שעומדים לרשותו בפועל. כאשר האדם יתפוס את הפער הזה כלא רצוי, תתעורר אצלו תחושת בדידות והיא עשויה להוביל להרגשת סבל ולפגיעה באיכות החיים שלו.

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

התיאוריה הקוגניטיבית קושרת בין הממד הסובייקטיבי לאובייקטיבי משום שעל פיה תחושת הבדידות נובעת מהתפיסה של הפרט את מצבו האובייקטיבי ומהאופן שהוא 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.

על פי התיאוריה הקוגניטיבית מודל הבדידות 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 ביתר שאת למסרים חברתיים שליליים, נוטים לזכור היבטים שליליים של אירועים חברתיים, מפתחים ציפיות שליליות לגבי עצמם, ולכן גם נוטים להתנהג בהתאם לנטיותיהם אלה ונכונותן. המודל הזה עולה בקנה אחד עם ממצאי מחקרים המראים שאסטרטגיות הפעולה האפקטיביות ביותר להפחתת בדידות הן אסטרטגיות התערבות המבוססות על שיטות קוגניטיביות לשינוי התנהגות, כפי שנראה בהמשך.

חשוב לציין שאמנם התיאוריה הקוגניטיבית מקנה הסבר חשוב לתופעת הבדידות אך לא מלא. הסיבה לכך היא הגבלתה לקשר שבין תפיסה לבין התנהגות בזיקה לממד החברתי וליחסי הגומלין שבין הפרט לבין סביבתו החברתית. תחושת הבדידות, על פי התיאוריה הזאת, נתפשת כליקוי שאפשר לתקן אותו על ידי אסטרטגיות למידה שונות כפי שיפורטו בהמשך. מבלי להמעיט בערכה המעשי של תיאוריה זו, ראוי להדגיש כי אפשר להקל את תחושת הבדידות לא רק דרך מתן משמעות לחיים במישור החברתי אלא גם במציאת הטעם לחיים דרך זיקה

לממדים רחבים של הקיום האנושי - בכלים כמו פילוסופיה, אמנות ואמונה - והיא מתבטאת במישור הרגשי לא פחות מאשר במישור הקוגניטיבי-התנהגותי.

אבחנות בתוך תחושת הבדידות

הספרות מבחינה בין כמה 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 שבה חווה האדם מצוקה פסיכולוגית, הוא יצליח להתמודד עם תחושת הבדידות ולאזן מחדש את חייו.

בדידות כרונית - מתארת מצב יציב הנובע מחוסר יכולתו של האדם לפתח מערכות יחסים מספקות לאורך השנים.

לאבחנה הזו מיוחסת חשיבות רבה מפני שממצאי מחקרים שונים מראים כי אלה הסובלים מבדידות כרונית פגיעים יותר - במונחים של תחלואה או תמותה - מאלה הסובלים מבדידות מצבית. כמו כן ההבדלים בין שני טיפוסים הבדידות הנזכרים לעיל יגררו בעקבותיהם אסטרטגיות התערבות שונות כדי להתמודד עם כל אחד מהם.

אבחנה חשובה נוספת היא בין **בדידות רגשית לבדידות חברתית**.

בדידות רגשית - מדגישה את היעדרה של דמות אינטימית מרכזית בחייו של הפרט. היא עלולה להתעורר בעקבות גירושים או פטירתו של בן הזוג ומלווה בתחושות משמעותיות של ריקנות, נטישה ואומללות.

בדידות חברתית - מיוחסת להיעדרה של רשת חברתית רחבה שהפרט מרגיש שייכות אליה, כדוגמת חברים, עמיתים, שכנים. הפרט עלול לחוות בדידות חברתית בעקבות פרישה מהעבודה לאור העובדה שפרישה מעולם העבודה פירושה פעמים רבות גם אובדן של קשרים חברתיים עם עמיתים לעבודה ועם חברים שהוא חולק אתם פעילויות ועניין משותף. גם מעבר למקום מגורים חדש יכול לעורר תחושות של בדידות חברתית.

בדידות בגיל הזקנה

בדידות היא תופעה אנושית החוצה את כל הגילים. ההצדקה למתן תשומת לב מיוחדת לתופעה זו בגיל הזקנה נעוצה בסיבה שהשילוב של בדידות עם תהליכים אופייניים לזקנה - הכרוכים באובדנים בתחומי חיים שונים - יוצר או מאיץ מצבי סיכון פיזיים, בריאותיים ונפשיים הפוגעים משמעותית באיכות החיים של הזקן

ובתוחלת החיים שלו. כמו כן, השילוב הזה גם מקטין את יכולתו של הזקן לגייס כוחות ומשאבים אחרים כדי להתמודד עם המצבים הנזכרים לעיל.

ההזדקנות כרוכה באירועים, באובדנים ובדלדול מערך הקשרים החברתיים, הנתפסים חלקם כבלתי הפיכים וחלקם כבלתי ניתנים לשיקום מלא. המשאבים הפיזיים, הנפשיים, ולעתים גם הכלכליים, העומדים לרשות האדם הזקן, מצומצמים יותר מאלה שעמדו לרשותו בצעירותו ומקשים עליו להתמודד באופן יעיל עם אירועים אלו ועם תחושת הבדידות המלווה אותם.

כאשר מאפיינים **"בדידות מצבית"** התערבויות ממוקדות עשויות לסייע לזקן הסובל ממנה לקצר את תהליך השיקום ולמנוע התכנסות ושקיעה בדיכאון ממושך. כאשר הבדידות מאופיינת כ**"בדידות כרונית"**, יש להניח שעם התקדמות תהליכי ההזדקנות, התחושה הסובייקטיבית והשלכותיה על איכות חיי הזקן ורווחתו הנפשית מחמירות. במקרה כזה קשה יהיה לנקוט התערבויות חברתיות כדי לצמצם את נזקי ההשלכות האלה, אך אין לזנוח אותה.

היקף התופעה בארץ

הנתונים על היקף תופעת הבדידות בקרב בני 65 ומעלה בארץ אינם אחידים ומן המחקרים השונים שנערכו בתחום התקבלו הנתונים האלה: 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-"לעתים קרובות"); בין 24%-ל-28% (במחקר האורך של זקני ירושלים. בודדים נחשבו למי שענו "לעתים רחוקות", "לעתים קרובות", ו"לעתים קרובות מאוד"). כלומר מדובר בתופעה בעלת נראות, אך היקפה תלוי בכלי המדידה ובנקודת החתך שלפיה קובעים מיהו בודד.

בכל מקרה, מדובר בתופעה הראויה לתשומת לב, גם אם השתמשו בכלים שונים למדידתה וכן באופי המדגם, החתך הגילאי שלו והבדלים אחרים במערך המחקר שיצרו, אולי, פערים גדולים בתמונת השכיחות של התופעה. יש הטוענים כי היות ש"בדידות" מלווה בתיוג שלילי, יש הטיה לכיוון של תת דיווח, בעיקר כאשר משתמשים בכלי מדידה ישירים. כאשר הבדידות נמדדת באופן עקיף, עולה שיעור הבדידות הנמדדת.

גורמים הקשורים למצב בדידות

הגורמים העיקריים היוצרים כרונו להתפתחותה של תחושת בדידות או להתעצמותה בגיל הזקנה הם: פרישה מעבודה, מעבר מאולץ של מקום מגורים, התאלמנות, הידרדרות במצב הפיזי או המנטלי וצמצום במעורבות חברתית פעילה

לאחר הפרישה. להלן פירוט קבוצות גורמים שנמצאו קשורים להתפתחותה של תחושת הבדידות או להשלכותיה על איכות החיים של הזקן.

1. גורמים דמוגרפיים-חברתיים

על פי נתונים המצטברים ממחקרים שונים, מקובל להניח שמתקיימים הקשרים כמפורט להלן: קשר בין בדידות לבין מצב משפחתי, ולפיו 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 - בני 75 ומעלה מדווחים על בדידות יותר מאשר בני 65-74 (קשישים בישראל - שנתון סטטיסטי 2013). על פי ההבדלים המגדריים אפשר לשער כי בשל העובדה שבדידות נתפשת כדבר שלילי, לעתים אף ככישלון אישי, לנשאלים (גברים בעיקר) תהיה נטייה לא לזהות את עצמם כבודדים, משום שזיהוי כזה פוגע בתדמית האישית שלהם, ומכאן צומחת הטיה לכיוון של תת-דיווח שמגדיל את פער השכיחות של התופעה בין גברים לבין נשים בפרט.

2. גורמים בריאותיים או השלכות על מצב הבריאות

בדרך כלל נוטים לפרש את הקשר שבין בדידות לבין תחלואה בטענה שלבדידות יש השלכה על מצב הבריאות של הזקן. מממצאים שונים בתחום הזה עולה כי יש קשר בין תחושת בדידות ובין תחלואים שונים בתחום הזה עולה כי קרדיו-וסקולרית, מצבי סיכון לבביים וכן מחלות כרוניות כגון סכרת, סרטן, שבץ, יתר לחץ דם ומחלות לב. בכמה מחקרי אורך שנערכו במדינות שונות נמצא אף קשר בין תחושת בדידות לבין תמותה. אם כי בנושא הזה יש לסייג ולומר שדווקא ממצאי מחקר האורך המתנהל בירושלים מצביעים על תמונה שונה לחלוטין - לאורך ארבעת שלבי המחקר לא נמצא קשר מובהק בין תחושת בדידות לבין תחלואה או תמותה.

3. השלכות על רווחה נפשית

לבדידות נמצאו גם השלכות על הבריאות המנטלית והרגשית: רמה גבוהה של בדידות נמצאה קשורה לרמות גבוהות של דיכאון, לרמה נמוכה של רווחה נפשית ולמידה רבה של מחשבות אובדניות (שיוביץ-עזרא - נספח 4 עמ' 45). לעומת זאת נמצא כי פעלתנות במישור הלא פורמלי, למשל התנדבות או השתתפות בחוגים שונים, נמצאה מצמצמת את תחושות הבדידות ומגבירה באופן עקיף את תחושת הרווחה האישית (שיוביץ-עזרא, 2008).

אוכלוסיית יעד ליוזמות התערבות

קבוצות יעד הזקוקות להתערבות לצורך הפחתת הבדידות נגזרות הן מהספרות התיאורטית ואפשר גם ללמוד עליהן מתכניות התערבות בתחום זה שיש בידינו מידע עליהן. על מנת למקד את ההגדרה לאוכלוסיית היעד, יש לשים דגש לא רק על זקנים הנתונים בסיכון לבדידות אלא על שילוב בין סבירות גבוהה לתחושת בדידות לבין גורמים נוספים המעצימים את השלכותיה על בריאותם ועל איכות חייהם.

בתכניות שפיתחו בארץ כדי להפחית את הבדידות מצאנו דגש על זקנים המרותקים לביתם והגרים לבדם. לעומת זאת, בתכניות שפיתחו בעולם כדי להפחית בדידות בקרב זקנים הגדירו את הקבוצות הבאות ככאלה העונות לקריטריונים של בדידות: זקנים הסובלים ממחלות כרוניות או ממחלות נוירולוגיות או מבעיות פיזיות או נפשיות הגרים לבדם, זקנים הגרים עם בני זוג שעברו אירוע מוחי או שעברו התקף לב, זקנים הנמצאים בתכניות שיקום, זקנים במרכזי יום שעברו טראומה או גילו סימני דיכאון, זקנים שפנו לקו חם וגילו נטיות אובדניות או דיכאון, זקנים מוגבלים הגרים בבית ונמצאים בסיכון למיסוד וכן לא מעט תכניות המיועדות לזקנים בדיור מוגן, בבתי אבות רגילים ובמחלקות סיעודיות (Masi et. al. 2010).

מהספרות המחקרית עולה כי יש כמה קבוצות הנמצאות בסיכון גבוה לבדידות שהשלכותיה על הרווחה הנפשית קשות והן:

- נשים זקנות לאחר התאלמנות - צפויות לגור לבדן, ללקות בכמה מחלות כרוניות וכתוצאה מכך ללקות גם בתפקודן; הן פגיעות מבחינה רגשית, ולכן צפויות להפגין שיעור גבוה של דיכאון וחרדה;
- אנשים זקנים מאוד - עקב סבירות גבוהה למוגבלות פיזית וקשיי תפקוד;
- קבוצות אתניות פגיעות - למשל זקנים ערבים. אף שהם חיים בחברה מסורתית, ואולי דווקא משום כך, השינויים שעוברת החברה הערבית בעקבות המודרניזציה מעצימים את תחושת הבדידות שלהם.

איתור זקנים הסובלים מבדידות

האיתור כרוך בתהליכים האלה: ניצול הזדמנויות או יצירה מכוונת שלהן על מנת לזהות זקנים הסובלים מבדידות ולהציע להם מענים; הבנת טבעה של הבדידות שהזקן סובל ממנה, הבנת נסיבותיה והתאמת תוכנית אישית להפגת הבדידות.

האתגר של האיתור עצמו הוא להגיע לזקנים בודדים שאינם מוכרים למערכת השירותים, להגיע לאלה הספונים בבתיהם והנמנעים, מסיבות מגוונות, מלהיעזר

בתכניות חברתיות שונות. לעתים, דפוס התנהגות זה חיזק את עצמו והתקבע לאורך השנים ופריצת מעגל הבדידות וההימנעות היא משימת קירוב ושכנוע בפני עצמה.

האיתור של זקנים הסובלים מבדידות יכול להיות דרך 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 לאיתור זקנים הסובלים מבדידות היא פרסום מודעות בעיתונים/מקומונים, חלוקת עלונים לבתים או הנחתם במסגרות השונות שאנשים זקנים מרבים לעבור בהם. הפריסה הרחבה של תוכנית קהילות תומכות ברחבי הארץ כיום 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, אפשר להסתייע בקהילות התומכות כדי לאתר קבוצות יעד לתוכנית.

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

א. במקרים רבים המונחים אינם אקסקלוסיביים אלא באים לידי ביטוי 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 שאנחנו עוסקים בו.

ג. הפעלת כלי איתור מעלה גם שאלות לוגיסטיות, למשל מי יאסוף וינתח את המידע בתהליך האיתור; וגם שאלות אתיות, כמו מהו העיתוי הנכון כדי לאסוף מידע אישי, לעתים אינטימי, מאנשים שנחשפים לראשונה למערכת ה"מגייסת" אותם והאם 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 וצפייה בהתנהגות לצורך קבלת תמונה מלאה כדי להתאים את כלי התוכנית לצרכים האינדיבידואליים של הזקן.

אסטרטגיות התערבות

צוות חוקרים מאוניברסיטת שיקגו ערך סקירה רחבה ובחן כ-150 תכניות התערבות להפחתת בדידות בקרב זקנים, צעירים וילדים במדינות שונות (Masi et. al. 2011). 25 תכניות עבור זקנים נותחו לעומק. התכניות האלה 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 של תקשורת לא מילולית ושימוש בה, למידת גישות ויכולת להיכנס לקרבה אינטימית.

ב. תמיכה חברתית - בעיקר באמצעות קבוצות תמיכה שיוזמים ומנחים אנשי מקצוע עבור אנשים שיש להם בעיה משותפת, כגון נשים שהתאלמנו לאחרונה.

ג. מתן הזדמנות לאינטראקציה חברתית - ליצור עניין משותף סביב ביצוע משימות ובהמשך לחזק את הקשר החברתי בין המשתתפים ולהפוך אותם לקבוצה קבועה, לדוגמה הוצאת זקנים הנתונים בבדיוד חברתי והכוונתם למשימות התנדבות משותפות כגון חלוקת מזון לנזקקים.

ד. שינוי דפוסי התנהגות בלתי מסתגלת מבחינה חברתית כדי לשפר את יכולת ההסתגלות החברתית - אסטרטגיה של שינוי התנהגות-קוגניטיבי שמטרתה העיקרית היא ללמד את הזקן הבודד לזהות מחשבות שליליות העולות אצלו באופן אוטומטי בהקשר חברתי, ולהתייחס אליהן כאל השערות שיש לבדוק אותן ולא כאל עובדות.

במחקר הנזכר לעיל, השוו בין תכניות שנקטו אותן באסטרטגיות השונות לעיל, ומצאו שהאסטרטגיה שהכי הצליחה להפחית את תחושת הבדידות בקרב אלה שנחשפו אליה הייתה **האסטרטגיה הרביעית**: שינוי דפוסי התנהגות בלתי מסתגלת מבחינה חברתית כדי לשפר את יכולת ההסתגלות החברתית.

מסקנות נוספות המבוססות על מחקרים אחרים שבדקו התערבויות להפחתת בדידות היו:

א. התערבויות שמעודדות, כחלק מובנה שלהן, אינטראקציות חברתיות אפקטיביות יותר מאלה שאינן מבוססות על אינטראקציות כאלה.

ב. יחד עם זאת, קיבוץ זקנים בודדים למקום אחד לא בהכרח יעודד יחסי ידידות ביניהם, משום שדפוסי ההתנהגות והמחשבה שטבועים באנשים הבודדים - בעיקר אלו מביניהם הסובלים מבדידות כרונית - אינם מעודדים מלכתחילה התקרבות בין-אישית.

מה שמבדיל את **האסטרטגיה הרביעית** מיתר האסטרטגיות להתערבות הוא היותה מכוונת לטפל בבדידות עצמה או במנגנונים התוך-אישיים המחזקים אותה. הכלים שהיא מפעילה מבוססים על תיאוריה קוגניטיבית, ולכן הם פועלים באופן טבעי במישור הקוגניטיבי על מנת לשנות התנהגות.

על סמך ניסיון מעשי מצטבר, מוצע להרחיב את הגדרת האסטרטגיה ולציין שקיימות דרכים נוספות "לגעת בבדידות" ולטפל בה, למשל באמצעות **האמנות** (הפלטית, הכתובה וכו'), המסייעת לאדם להבין את הבדידות שלו תוך שימוש בממד הרגשי. הדבר יכול להיעשות באמצעות צפייה מונחית בתוצר האמנות או בהשתתפות במעשה היצירה עצמו. הפעולה יכולה להיעשות ביחידות או במסגרת קבוצתית, אך כדי שיהיה לה אפקט משחרר, היא זקוקה לתיווך הפרשני שבין המסרים הנסתרים ביצירה לבין התחושות והתגובות המתעוררות אצל הצופה בה או היוצר אותה (דיון מורחב באסטרטגיות התערבות זו: ר' סיכומי קבוצות העבודה על אבחון ואיתור של בדידות ועל התערבויות ומתודות טיפול - נספח 1-ב).

תכניות חברתיות עבור זקנים בארץ וזיקתן לבדידות

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 המסייעות לעשרות אלפי זקנים בארץ.

אין להמעיט בערכן של התכניות הקיימות היוצרות הזדמנות למפגש חברתי ומאפשרות לאנשים זקנים, חלקם מוגבלים בניידות, לצאת מביתם לעתים אף כמה פעמים בשבוע או שמביאות את המפגש החברתי אליהם הביתה. אולם בנוגע למסמך הנוכחי נשאלת השאלה באיזו מידה יש בתכניות הללו כדי להפיג את תחושת הבדידות או להפחיתה, בקרב הזקנים הנוטלים בהן חלק.

קשה לתת תשובה לשאלה זו מהסיבה הפשוטה: בחלק גדול מהתכניות האלה הפחתת הבדידות איננה מטרה בפני עצמה, ואם היא קיימת כמטרה, ספק אם התוכנית מכילה כלים מובנים להשגתה. בכל מקרה, התכניות אינן כוללת דרכים למדידת תוצאות ההתערבות במונחים של הפחתת בדידות.

מותר לשער כי תכניות המפחיתות את תחושת הבדידות הסובייקטיבית של זקנים המשתתפים בהן, מכילות לפחות אחת 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 היעדר מוחלט של שינוי בתחושה זו ביתר ימות השבוע - אזי 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 1-ב). המסמך מציע להתייחס, בכל תכנית הנמצאת בפיתוח, לשבעה היבטים, והם:

- א. מסגרת הפעולה - העדפה של פעילות קבוצתית תוך התמקדות בחיזוק רשת התמיכה החברתית. במקביל יש מקום ליצור גם הזדמנויות לפעילות יחידנית 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 ומחזקת את הזיקה לחיים.
- ג. מגוון רחב של פעילויות - כדי לאפשר לזקנים השונים זה מזה לבחור פעילות על פי מידת התאמתה לצרכים האינדיבידואליים שלהם.
- ד. פעילות מכוונת לטיפול יכולות ליצירת קשרים חברתיים.
- ה. תכנית שיש בה זיקה לקהילה הרחבה, שמגייסת את חברי הקהילה ותורמת להכללה חברתית (social inclusion).
- ו. פעילות מותאמת תרבותית ומתייחסת להבדלים תרבותיים בין המשתתפים.
- ז. פעילויות המכוונות לקבוצות דיפרנציאליות ומותאמות לצרכים הייחודיים של הקבוצות האלה (כגון, אנשים עם מוגבלות, זקנים שהתאלמנו, פורשים מעבודה וכו').

נספחים

ניירות עבודה ומסמכי רקע

א. איתור ואבחון של זקנים בודדים

מאת: ד"ר שרון שיוביץ-עזרא, אוגוסט 2012

על פי ההגדרות התיאורטיות למושג "בדידות" על סוגיו השונים ומחקרים המלמדים על גורמי סיכון לבדידות עולות כמה קבוצות הנמצאות בסיכון לבדידות. כך למשל נשים זקנות נמצאות בסיכון גבוה ופגיעות לבדידות יותר מאשר גברים זקנים משום נסיבות חיים שונות בגיל הזקנה. נטייתן להינשא לגברים מבוגרים מהן ותוחלת החיים שלהן, שהיא ארוכה יותר, מעלות את הסבירות שהנשים יתאלמנו יותר מגברים, יחוו אובדן של בן זוג ויגורו לבדן. כמו כן, נטייתן של נשים להינשא מחדש לאחר התאלמנות פחותה מזו של הגברים במצב הזה. נוסף על כך, אובדן של בן זוג, זהו אובדן של איש סוד ושל מערכת יחסים קרובה והוא עלול להוביל לבדידות רגשית (Weiss, 1982). זאת ועוד, פעמים רבות חיים ארוכים פירושים התנסות באובדן גם של חברים קרובים, ולכן לנשים סיכוי רב יותר מגברים לחוות את ההשפעה המצטברת של אובדנים ושכול (Victor et al, 2000). נשים גם סובלות יותר מגברים ממחלות כרוניות המובילות למגבלות תפקודיות (Verbrugge, 1989). לעובדה הזו יש השלכה אפשרית על צמצום הקשרים החברתיים, מה שיכול להוביל לבדידות. נשים פגיעות מבחינה רגשית יותר מגברים ולראיה שיעורי הדיכאון וחרדה בקרב נשים זקנות גבוהים יותר מאשר בקרב גברים זקנים.

קבוצת סיכון נוספת לבדידות היא אנשים זקנים מאוד. חוויית של אובדנים חברתיים ורגשיים שכיחה ביותר בגיל הזקנה כתוצאה מפטירתם של בן או בת זוג ושל חברים קרובים. בגיל הזקנה אנשים פורשים מעבודתם ועל כן מאבדים תפקיד מרכזי בחייהם נוסף על חברתם של עמיתים לעבודה. זאת ועוד, בתקופת החיים המאוחרת הבריאות הפיזית מתרופפת ובעקבותיה עלולה להצטמצם הרשת החברתית. אחת מהתוצאות הכרוכות בכך היא תחושת בדידות (Pinquart & Sorensen, 2001). פעמים רבות לא נמצא קשר מובהק בין גיל ובדידות, ובמיוחד כאשר נבדקים במקביל השפעותיהם של משתנים אחרים דוגמת משתני הבריאות. כלומר לגיל עצמו אין בהכרח קשר ישיר עם בדידות, ואולם נסיבות ואירועי חיים הנלווים לגיל מבוגר - דוגמת התאלמנות ואובדנים נוספים ברשת החברתית וכן אובדנים במישור הבריאות - מגבירים את הסיכוי לחוות בדידות ככל שמתקדמים בגיל.

גם אנשים זקנים מוגבלים הם קבוצת סיכון לבדידות. 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 עירייים (או אנשים ללא מקורות תמיכה זמינים), אלמנות, מהגרים וגמלאים.

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 יש ציפיות גבוהות מהקשרים החברתיים, ומשהן אינן מתממשות מתעוררות תחושות של בדידות, בייחוד בחברה שנמצאת בתהליך של שינוי.

מובן שתיתכן **אינטראקציה בין גורמי הסיכון** שנזכרו לעיל, ואינטראקציה זו יכולה לסמן ולהגדיר קבוצות בעלות סיכוי גבוה לחוות בדידות - כך למשל נשים אלמנות ערביות מוגבלות.

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, אלא יש לבחון סובייקטיבית את הקשרים החברתיים של האדם. במילים אחרות, יש לבחון האם האדם עצמו חש בדידות ומבקש לשנות זאת.

איתורם של אנשים זקנים בודדים יכול להיעשות בכל שירות שאנשים זקנים מגיעים אליו - למשל שירותי בריאות כמו קופות החולים ומחלקות פנימיות, כירורגיות ואורתופדיות בבתי חולים. גם המוסד לביטוח לאומי יכול להוות מוקד לאיתור זקנים בודדים בעת שהם מגישים תביעה לקצבת שארים, או פונים לשירות הייעוץ לקשיש. מרכזי היום הם דוגמה נוספת למקומות שמגיעים אליהם אנשים זקנים סיעודיים שיכולים לחוש בדידות.

דרך אחרת לאיתור זקנים בודדים היא לפרסם מודעות בעיתונים מקומיים ולבקש ממי שחש בדידות לפנות (יש לתאר גם את ההתערבות הצפויה להפגת הבדידות). במאמרים שמתארים התערבויות שמטרתן להתמודד עם בדידות השתמשו בטכניקה הזו כדי לגייס לקוחות לאותן הקבוצות. אדם שיענה למודעה כזו, מגדיר את עצמו ותופס את עצמו מראש כבודד. אפשר כמובן להפיץ מודעות מן הסוג הזה בכל השירותים שנזכרו לעיל, המהווים צמתים מרכזיים שפוקדים אותם אנשים זקנים.

אבחון של בדידות

בספרות המחקרית המתמקדת במדידת בדידות משתמשים בכלים שמאפשרים גם לאבחן את הבדידות כשלעצמה. שני הכלים הנפוצים ביותר בספרות הם: UCLA Loneliness Scale וה- De Jong Gierveld Loneliness Scale. הכלי הראשון נפוץ בארצות הברית ומכיל כמה וכמה גרסאות הנבדלות זו מזו במספר הפריטים הנכללים בהן. בגרסתו הארוכה מונה הכלי 21 פריטים, ובגרסתו הקצרה ביותר, נכון להיום, הוא כולל שלושה פריטים בלבד. מאפיין נוסף של הכלי הנפוץ בארצות הברית הוא אי הבחנתו בין עולמות תוכן שונים של תופעת הבדידות, כלומר הוא בוחן את הבדידות כתופעה חד ממדית. הכלי מוצג בנספח 3: **כלי מדידה - כלי מס' 1.**

הכלי השני למדידת בדידות רווח מאוד באירופה וכולל 11 פריטים הבוחנים בדידות כתופעה כללית. עם זאת, במסגרת הכלי האירופי אפשר להבחין בין בדידות חברתית לבין בדידות רגשית. שישה פריטים מודדים בדידות רגשית וחמישה פריטים מודדים בדידות חברתית. גם לכלי הזה גרסה מקוצרת הכוללת שישה פריטים בסך הכול (שלושה מודדים בדידות רגשית ושלושה - בדידות חברתית). כלי זה מוצג בנספח 3: **כלי מדידה - כלי מס' 2.**

אפשר 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 במחקר הגדיר מהי בדידות מבחינתו ונתבקש לדרג על גבי סולם (מ-1 - כלל לא ועד 9 - כל הזמן) עד כמה חש בכך בשבוע האחרון.

כדי להציע התערבות מתאימה להפגת הבדידות חשוב ביותר לאבחן בין סוגי הבדידות כמן למשל בדידות כרונית (למשך שנתיים לפחות) ובדידות זמנית, שהיא בעיקרה תוצר של אירועים אשר מובילים לאובדנים ברשת החברתית של האדם דוגמת התאלמנות. עם זאת, אין בספרות כלי שמבחין בין סוגי בדידות המתבססים על משך הזמן שהבדידות נחוות. אפשר לאבחן בדידות מסוג זה כחלק מהערכה פסיכו-סוציאלית שבמסגרתה ניתן ללמוד על אירועים שהתרחשו בחייו של הזקן הבודד ושגרמו לצמצום הרשת החברתית שלו והתמיכה החברתית הזמינה לו. כמו כן, במסגרת הערכה זו אפשר לבחון האם תחושות של בדידות מלוות את האדם לאורך זמן, באיזו מידה ביסס מערכות יחסים משמעותיות בחייו ועוד.

אבחון - אסטרטגיית ההתערבות

לאחר שמאבחנים את הבדידות, הדרך הטובה לתת לה מענה היא התאמה אישית של ההתערבות שנותנת את המענה הטוב ביותר לצמצומה של הבדידות ("תפירת חליפה" שמתאימה לכל אדם באופן אישי בניגוד לחליפה בייצור המוני שנועדה להתאים לכולם). לצורך כך, חשוב שיהיו במאגר כמה סוגי התערבות. בספרות ההתערבויות שנועדו להתמודד עם בדידות מסווגות 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).

בעת איתור ההתערבויות המתאימות להתמודדות עם תחושות של בדידות חשוב לחפש גם כאלו שאפשר לסווגן באסטרטגיות 3 ו-4. שיפור או אימון של מיומנויות חברתיות (אסטרטגיה מס' 3) יכולים להיות רלוונטיים לכל סוגי הבדידות, גם כאשר אדם הצליח לרקום קשרים משמעותיים ולחיות בזוגיות טובה לאורך שנים. לאחר אובדן של בן/בת הזוג חשוב מאוד גם לאמן ולשפר את המיומנויות החברתיות שלו ולא רק להרחיב הזדמנויות למגע ולתת תמיכה. לעתים, לאחר שנים כה ארוכות שבהן 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 נדירות יותר משתי האסטרטגיות הראשונות לעיל, המוכרות בנוף ההתערבותי (נספח תכניות, תכניות ד' - ו').

ב. התערבויות ומתודות המיועדות למניעת בדידות או להפחתתה

מאת: ג'ני ברודסקי, תמר אגין-זימין, נעמי קרן, חני רוזה

הקדמה

על מנת לזהות התערבויות המיועדות למניעת בדידות או הפחתתה בקרב זקנים, קראו חברי הקבוצה ספרות מקצועית המתמקדת בשני מישורים:

א. חומר תיאורטי המתייחס לתהליכים פסיכולוגיים וחברתיים המתרחשים בתהליך ההזדקנות כדי להבין את גורמי הרקע לתחושת הבדידות השכיחה בגיל זקנה.

ב. מאמרים המתארים אסטרטגיות ותכניות התערבות המתוארות בספרות כקשורות למניעת הבדידות בקרב זקנים ולהפחתתה.

בקצרה נציין שהגישות התיאורטיות המרכזיות שתורמות להבנת הסוגיה של בדידות בקרב זקנים מסתמכות על הגישות האלה:

א. גישות של הזדקנות מוצלחת.

ב. גישות אקזיסטנציאליות.

אמנם נמצא מספר רב של מאמרים המתייחסים לנושא הבדידות בקרב זקנים, אך הספרות המחקרית בנוגע להתערבויות ספציפיות דלה. כלומר אין הרבה מחקר אמפירי (evidence based) שיכול לכוון באופן ברור פיתוח של תכניות ספציפיות. הרבה מאד מהמאמרים מתמקדים בתכניות פרטיקולריות מאוד הכוללות אוכלוסיות מצומצמות. יתרה מכך, אפשר לציין שקשה לדלות מהספרות פרטים מקיפים על התכניות ועל דרך הפעלתן. אולם מהספרות אפשר להסיק בעיקר על עקרונות ועל אסטרטגיות התערבות שיכולים לשמש בסיס לתכנון. יש לזכור שממילא אין אפשרות ואף לא מומלץ "להעתיק" תכניות מארץ לארץ, בשל השוני בהקשר התרבותי ובמערכת השירותים. יתר על כן, כבר כיום יש הרבה תכניות ושירותים המיועדים, או היכולים לתרום, למניעת בדידות ולהפחתתה בקרב קשישים. אולם נראה כי הרבה מהם לא מנוצלים באופן מיטבי למטרה זו.

על כן, הצוות ממליץ להתמקד באסטרטגיות ובכיווני הפעולה המפורטים להלן כבסיס לפיתוח המענים המתאימים לאפיוני הזקנים ולמערכת השירותים בישראל. נוסף על החומר בספרות, חברי הקבוצה התייעצו עם שלומית גל וד"ר אילה אליהו ממרכז גליקמן להשתלמות והדרכה של אשל; איריס קליינמן, פסיכולוגית קלינית, ומעין כץ מהאגף לגריאטריה במשרד הבריאות. אנו מודים להן מאוד על הערותיהן והארותיהן המועילות.

אסטרטגיות ותכניות

נעשתה אבחנה בין אסטרטגיה לבין תכניות ספציפיות. ב'אסטרטגיה' אנו מתכוונים לכיוונים ולעקרונות פעולה שמוצעים בספרות כמוסייעים בהתמודדות מוצלחת עם ההשלכות של תהליך ההזדקנות בכלל ועם בדידות בפרט. בתכניות אנו מתכוונים להתערבויות ספציפיות המוזכרות כקשורות למניעה של בדידות או להפחתתה.

1. אסטרטגיות

נתייחס לשבעה עקרונות פעולה:

א. מסגרת הפעילות

פעילות במסגרת קבוצתית וטיפול חברתי של רשת תמיכה חברתית

- בספרות מדגישים את חשיבותן של פעילות במסגרת קבוצתית והרחבה של ההזדמנויות לקשרים חברתיים.
- כדי 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.
- מלבד הפעילויות הנערכות במסגרת קבוצתית, עולה מהספרות הצורך של חלק מהקשישים ליצור מחדש רשת תמיכה חברתית אשר יכולה לסייע לאדם להרגיש מחובר ומוערך על ידי אחרים.
- הרבה פעמים פיתוח הקשרים החברתיים הוא תוצר לוואי של פעילות משותפת בקבוצה ולא המטרה בפני עצמה.

פעילות ביחידות

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

ב. מהות הפעילות ואופייה

מהספרות עולים כמה 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.
- הפעילויות האלה 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 עקב מגבלות של גיל מבוגר.

פעילויות מהנות

- פעילויות שיש בהן הנאה (joy) ומטרתן לחזק את הזיקה לחיים.
- פעילויות שמעניקות הנאה ושמחה הן רבות עוצמה, מכיוון שהן מסייעות להפחית את הכאב של אובדנים הטמון בתהליך ההזדקנות, כמו כן הן משחזרות ביטחון עצמי ומעניקות תקווה.

פעילויות וקשרים בעלי משמעות עבור הזקן

- בספרות מדגישים כי על מנת שהפעילויות שהזקן עוסק בהן יתרמו לרווחתו הנפשית, עליהן להיות משמעותיות עבורו.
- באותה מידה, הקשרים החברתיים הנוצרים בפעילויות המכוונות לתגבר את האינטראקציה החברתית צריכים להיות משמעותיים עבור הזקן.

ג. מגוון הפעילות והיקפה

- מתן הזדמנות לאדם להמשיך ולמלא מגוון תחומי אחריות שנותנים לו תחושה של שליטה על החיים.
- עקב השונות הרבה בין הזקנים, יש לשאוף ולפתח מגוון רחב של פעילויות שבהן זקנים יכולים למצוא את מה שמתאים להם ולצרכים שלהם. בהקשר זה, חלק מהתפקיד של אנשי המקצוע הוא לסייע לזקנים לזהות את הפעילויות המשמעותיות עבורם ושמהן יכולים להפיק הנאה.

ד. פעילויות המכוונות לטיפוח היכולת לפיתוח קשרים חברתיים

- פעילויות שמטרתן ללמד זקנים כיצד להזין ידידות (nourish friendship) וכישורים חברתיים.

ה. הכללה חברתית (social inclusion)

- מהספרות עולה גם כי גיוס הקהילה הרחבה וחיזוק פעילויות המתרחשות ברמת הקהילה שהזקן חי בה חשובות כדי להעניק לזקנים הזדמנות להשתתפות פעילה.

ו. פעילויות המותאמות תרבותית

- עיקרון שמודגש מאוד בספרות הוא ההתאמה של כל פעילות שאמורה לתת מענים לצורכי הקשישים להיבטים התרבותיים של המשתתפים.

ז. פעילויות המכוונות לקבוצות דיפרנציאליות

- בגלל האופי הדיפרנציאלי של הצרכים של הקשישים חשוב לפעמים ליצור את המסגרות המותאמות להם על פי מאפיינים וצרכים שונים, כגון מסגרות עבור אלמנים, זקנים מוגבלים פיזית או פורשים מהעבודה.

2. תכניות/התערבויות

להלן דוגמאות לסוגי התערבויות שמוזכרות בספרות בנוגע למניעת בדידות או הפחתתה 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 ההתערבויות האלה בנוגע לבדידות מותנית בכך שהן אכן כוללות מרכיבים שצוינו לעיל באסטרטגיות:

- סקירת חיים - Life review/ reminiscing
- תרפיות באמצעות אמנות
- טיפול רוחני
- שירה (poetry)
- שירה בציבור
- פעילות גופנית בקבוצה
- ריקוד
- מוזיקה
- חוגי העשרה שונים
- זמינות של 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 מערכת השירותים.

צרכים של המערכת

חברי הקבוצה סבורים שיש כיום הרבה תכניות ושירותים לזקנים אשר אמורים היו לתת מענים למניעת בדידות ולהפחתתה. אולם נראה כי הרבה מהם לא מנוצלים באופן מיטבי. כדי להרחיב ולנצל טוב יותר את ההזדמנויות לפעילות המכוונת למטרה הנזכרת לעיל עולים כמה כיוונים שנדרשת עבורם השקעה במערכת: (א) העלאת מודעות; (ב) מתן כלים ופיתוח כישורים; (ג) משאבים להרחבה, להפעלה ולכוח אדם. להלן פירוט המרכיבים הדורשים השקעה במערכת:

א. העלאת מודעות

- להעלות את המודעות של העובדים שנמצאים בקשר עם זקנים (בכל מערכת השירותים) לנושא הבדידות.
- להעלות את המודעות של הבדידות גם בקרב הזקנים עצמם, בני משפחותיהם והציבור הרחב. וגם לתת את המידע הדרוש באשר לאפשרויות למניעת הבדידות או להפחתתה.

ב. מתן כלים לפיתוח מיומנויות וכישורים

- לתת לעובדים ולמתנדבים המקיימים כיום פעילויות עם זקנים את הכלים הדרושים להם כדי לשפר את המיומנויות ואת הכישורים שלהם בכל הנוגע לתהליכים קבוצתיים.
- שיפור המיומנויות של העובדים והמתנדבים העובדים גם במסגרות קבוצתיות וגם של העובדים העורכים ביקורי בית כדי לסייע לזקנים לזהות את הפעילויות המהנות, היצירתיות ובעלות המשמעות עבורם.

ג. משאבים

- נדרשים משאבים כדי להתגבר על מחסומים, כגון הסעות וקשיים כלכליים, להשתתפותם של זקנים בפעילויות.
- כוח אדם - כדי שעובדים יוכלו להקדיש את תשומת הלב הדרושה לנושא הבדידות, יש צורך לתת להם את הזמן הדרוש לכך. פעמים רבות העומס המוטל על העובדים אינו מאפשר להם להיות פנויים, להקשיב לעומק לזקנים וליצור את הדינמיקה הדרושה כדי לתת את המענה לבדידות.
- הרחבת ההיקף והמגוון של הפעילויות המוצעות לזקנים על סמך הכרה בשונות ביניהם, הן מבחינת הצרכים והן מבחינת העדפותיהם.

ג. איגום תכניות המטפלות בבדידות של זקנים ומיון לפי קטגוריות

מאת: ורה שלום, אירנה ליפסקי, גאולה ברודץ, דב שוגרמן, חיה אוורבוך, אורית בן יהודה

רוב התכניות החברתיות הקיימות בשטח או אלה שנועדו לתמוך בזקן ומשפחתו, לא הוגדרו כתוכניות ייעודיות לנושא בדידות: פעילות פנאי ותכניות שונות הפועלות כקבוצות תמיכה למיניהן, מתייחסות לנושא הבדידות כפועל יוצא ולא כפעולה ראשית או עיקרית מכוונת מטרה.

לצורך בחינת השטח הוצגה בקצרה התיאוריה של ד"ר שרון שיוביץ-עזרא העוסקת בבדידות (מודל שיוביץ-עזרא). נאסף מידע על תכניות שבעקיפין עשויות לתרום להפחתת בדידות או הפגתה ונבחנה אוכלוסיית היעד שלהן: האם הן עוסקות בעיקר בזקנים הסובלים מבדידות מצבית או דווקא באלה הסובלים מבדידות כרונית.

הצוות סיכם שאין דרך לאיסוף מידע על תכניות קיימות שאפשר להשכיל מהן לגבי קיומן של תכניות הפועלות על פי החלוקה הנזכרת לעיל ולסווג אותן או למיין בהתאם ל"מודל שיוביץ-עזרא" או על פי כל מודל אחר. רוב התכניות נוצרו כדי לתת מענה לצרכים חברתיים-קהילתיים ללא הכוונה מדויקת למצב הבדידות של הזקן/ים.

חלקן הגדול של התכניות לצמצום הבדידות מוכרות כמועדונים חברתיים, מרכזי יום, לימודים במסגרות שונות, פרויקטים ייעודיים לחולי אלצהיימר, ניצולי שואה וכו', ויש גם פעולות יזומות שנוקטים מוסדות וארגונים העוסקים בביקורי בית חברתיים קבועים כמו המוסד לביטוח לאומי, יד שרה ואחרים, כדי לתת מענה ישיר ומוצהר למצב הרגשי של הזקן שנגרם בשל בדידותו.

זקנים המרותקים לביתם, מצב המגביל את יכולתם להמשיך ולהפעיל מיומנויות חברתיות, מגבירים את תחושת החסר בקשרים חברתיים ומחדדים את תחושת הבדידות. אפשר לאתר את האוכלוסייה הסובלת מבדידות דרך הגדרתה כאוכלוסייה בסיכון עקב גיל מבוגר, מצב סיעודי, מצב משפחתי כמו אלמנות או בני/ות זוג מרותקים וכיוצא באלה. יש להתמיד ולעסוק באיתורה כדי לתת לה מענה אישי וישיר בעזרת תכניות שונות כמו ביקורי בית חברתיים בעלי תכנים שונים כפי שהוצגו בוועדה.

אוכלוסיות פסיביות - כמו זקנים בעלי מיומנויות חברתיות נמוכות וצורך בקשר חברתי או בין-אישי נקודתי שאינו גמיש - לרוב קשה לסביבה הקרובה והמקצועית לאתר אותן ולענות על צרכיהן. לפיכך נדרשת הגדרה ברורה ובחינה מדויקת יותר של הצרכים הנדרשים לאוכלוסיות האלה כדי להתאים מענה שיכול להיות שונה מהמוכר לנו עד כה.

בין הזקנים ומניעיהם לעסוק בפעילויות פנאי קיימת שונות רבה, והיא משפיעה גם על הגורמים לבדידותם וגם על התכניות לצמצומה. יש הזקוקים לעידוד ולתמיכה בתהליך ההכרה במצבם האישי ולחשיפת תחושתם האישית בפני אחרים לצורך התאמת המענים. לעומתם יש כאלה הפונים באופן עצמאי ומוצאם לחיפוש אחר מענים מתאימים.

דוגמאות: מומלץ לקיים תכנית פעילות סדירה כהמשך לעבודה ולמניעת תחושות כמו "הליכה לאיבוד", אובדן שייכות חברתית, יצירת שייכות חברתית חדשה לרענון קשרים חברתיים שנתקו עם השנים אך יש בהם פוטנציאל להפגת בדידות, תמיכה באדם בודד מתוך הזדהות עם תחושותיו. כל אלה יכולים לצמצם את עצמת תחושת הבדידות.

ההכרה האישית של האדם בתחושת הבדידות שלו וחשיפתה בפני הסביבה עלולות לפגוע בתדמית שלו על רקע סטיגמות חברתיות ותפיסתיות רווחות שהוא מעדיף להימנע מהן: בדידות מעידה על חסרים באישיות של האדם ובמיומנויות החברתיות שלו, על שונותו ועל דלות המשאבים החברתיים העומדים לרשותו. הוא עלול להימנע מההצהרות על תחושת בדידות בגלל בושה הנובעת מדפוס תרבות ותפיסת עולם אישית. מצב זה מחייב פעילות מכוונת מטרה המתמודדת עם אנטי סטיגמטיזציה כגורם החוסם הכרה בבדידות.

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

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

"מתן הזדמנות לנצח" - כאשר נותנים לזקנים הזדמנות לנצח, היא יכולה להעצים אותם במצבי תסכול כרוניים ביחס לחיים ולסביבתם המוכרת. אפשר לעשות זאת באמצעות משחקים תחרותיים המאפשרים את ניצחונם, הצגת סיפור חייהם המאפשרת התפייסות עם עברם ואף הצגת סיפורים המזמנים התפעלות והערכה אישית ועוד.

פרסומים נרחבים על בדידותם של זקנים, בדומה לפרסומת על חיילים בודדים ("חייל אינו מזדכה על הבדידות"), יעניקו תחושה לגיטימית ואף ערכית שיש למצוא עבורה מענה חברתי.

פיתוח שיטות אינטרנטיות וטכנולוגיות חדשות יאפשרו הפגת בדידות ללא חשיפה אישית - כמו חבר קבוע למשחק שנאמנותו מסתייעת ע"י האנונימיות המתאפשרת במשחקי מחשב.

יש לתת מענים לזוגות השונים בצרכיהם: האחד מעוניין בחברים ובביקורים והאחר מונע זאת בגלל היעדר מיומנויות וצורך בריחוק ובבידוד. נשאלת השאלה של מי הבעיה - הילדים והסביבה הקרובה שהזקן מטריח אותם? המערכות הרפואיות שהזקן פונה אליהן באינטנסיביות רבה? הממסד הביורוקרטי שאינו ערוך להתמודד עם הפניות הרבות של זקנים בודדים? הארגונים החברתיים שאין בידיהם מענים מותאמים? עוד שאלה שנשאלת היא האם הזקן מגדיר בבירור את מצבו הרגשי הנובע ממכלול מרכיבים המאיימים על קיומו ומעצימים את בדידותו.

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

יש לבחון את מטרת התכניות הרבות הקיימות ולהמשיך ולפתח אותן בכיוונים טכנולוגיים חדשים.

סיכום

1. מוצע להקים תכנית לאומית בשיתוף משרד החינוך ומשרד הרווחה והשירותים החברתיים כדי לשלב נוער ומתבגרים בפרויקטים לזקנים. הניסיון מראה שזהו השילוב המוצלח ביותר להשגת התוצאה הרצויה.
2. להרחיב קבוצות תמיכה לזקנים בודדים.
3. באשר לסטיגמה - מוצע לפרסם את נושא הבדידות, שכן ההנחה היא שהצפת הנושא תגביר מודעות ותקטין את הסטיגמה (דוגמת החיילים הבודדים).
4. מוצע לפתח תכניות שבהן הזקנים הם נותני השירות - דוגמת סב-גן, זהב בגן ועוד.
5. מוצע לפתח תכניות מעצימות לניצול הניסיון הרב והידע שהצטבר בקרב הזקנים - למשל אקדמיה לידע, בנק הזמן תחרויות (גינס).

תכניות התערבות

א. "שירים וטעמים מהעולם ומן הבית"

מודל לעבודה קבוצתית יוצרת/תמר אגין-זימין¹

• מטרת התכנית

מפגש קבוצתי התומך בפיתוח ידידות, בהרחבת רשת התמיכה ובהזדמנות ליצירה אישית וקבוצתית.

"שירים וטעמים מהעולם ומן הבית" - מודל המשלב גירויים חושיים בדגש על חוש הטעם, ומפגש שירה (poetry) שמטרתו לחוות הנאה, לעורר, לערב, להזין, להעשיר, לחפש טעם ומשמעות ולהביא את המשתתפים לביטויים של טבעיות, חוכמה ויופי.

• אמצעים להשגת המטרות

הקבוצה מתכנסת סביב שולחן המשמש בסיס לפעילות יצירתית מגוונת. במהלך המפגש הקבוצתי המנחה מתעד ועורך את דברי המשתתפים ב"שירים קבוצתיים", והם מקשרים בין מפגשים ומגשרים בין רעיונות, אנשים וזמנים. הטעמים מספקים חוויה חושית, ביתית, המעוררת אינטראקציה, ואילו "שיר קבוצתי" הוא אמצעי לביטויי מחשבה, זיכרונות ורגש ובמיטבו, מחבר את היחיד עם עצמו ועם העולם. אוכל ושירה פותחים, "מדביקים" ומשמשים את הקבוצה בדרכה היצירתית.

• תכנים

הקבוצה פועלת בהשראת עונות השנה וניזונה מתימות של מחזור החיים, ניגודים בטבע ובאדם, בית, משפחה, מעגלי השתייכות, טעם ומשמעות החיים בזקנה.

• מסגרת הפעילות

מועדוני יום חברתיים וטיפוליים, דיור מוגן ומחלקות שונות בבתי אבות ובמרכזים גריאטריים.

המודל הנוכחי מתאים לכל אדם ופתוח למשתתפים בעלי רמות שונות של תפקוד פיזי או קוגניטיבי, מאחר שהוא מתבסס על חוויה, רגש וביטוי חופשי. ידיעת קרוא וכתוב איננה תנאי להשתתפות.

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

המודל מעודד הזנה הדדית בין אנשים הנמצאים בתחנות שונות על רצף תהליך ההזדקנות.

• תוצרים

במהלך עבודת הקבוצה נוצרים "שירים קבוצתיים". בסיום עבודת הקבוצה מקבל כל משתתף חוברת המאגדת את השירים, והם 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 ולסולידריות, הנוצרת עקב מצוקת הבדידות בזקנה 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 שהיא מתקיימת בו.

כאשר הקבוצה פועלת במקום שהמשתתפים אף מתגוררים בו, היא מתמודדת עם הזרות ומעודדת קרבה בין משתתפים שלא אחת מתקשים ליצור קשר עם אחרים מסיבות פיזיות, טכניות, רגשיות ומנטליות בשלב זה של חייהם. לשם כך הם זקוקים לתיווך ולתמיכה אקטיבית של אנשי צוות בתהליך ההתחברות עם שכנים לקומה, למחלקה, לבניין.

עד כה, תגובות המשתתפים והצוות היו חיוביות מאוד.

• משוב לקבוצה - מדברי המשתתפים:

"השולחן הזה מזכיר לי את אימא 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 נורמליים, 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 הומני"; "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 אתו 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 הכול על הנייר ולא זרקה לפח האשפה, אלא שמה בחוברת".

בקבוצה אנו פוגשים לעיתים אנשים המגיעים לגיל מופלג שיש להם היסטוריה אישית ארוכה של בדידות. המפגש מעניק להם 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 תיגר על ההנחות שרק משוררים יכולים לכתוב שירה וכי היא פעילות של יחיד ולא של רבים.

להלן בית שתרגם אחד המשתתפים, אדם ערירי במחלקה לתשושים, לשיר הקבוצתי:

"בבית אפשר לעשות הכול / לשיר, לבשל, לקרוא, לכתוב, / איפה שאדם מרגיש עצמו / כמו שהאנגלים אומרים: Sweet home / ואחרי הכול, כשאין, / 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 ב**פסיכותרפיה האקזיסטנציאלית**, הרואה בהכרה במציאות של קרבה למוות ובבידוד קיומי - מציאות שבה אנו נולדים לבד ומתים לבד - מנוף לשינוי בהשקפה והערכה גוברת לעצם הקיום: לידידות, ליפי הטבע ולייחוד של כל תופעה וכל אדם בעולם.

תרומת הגישה ה**הומניסטית** 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 כן ותמציתי, ומביאה לידי ביטוי את חוכמתם של הזקנים.

ב. פרויקט "זמן לתת"

תכנית התערבות לפיתוח כישורי פנאי לזקנים בודדים/ העמותה לזקן רמת גן התכנית מתקיימת במסגרת "התנדבות בקהילה תומכת", שפותחה באשל. במשך הזמן הורחבה התכנית גם לזקנים שאינם חברי קהילות תומכות. העמותה אחראית להפעלת התכנית בשיתוף אשל ואגף הרווחה בעיריית רמת גן.

התכנית מיועדת לעד 50 זקנים העונים לקריטריונים האלה: בודדים המרותקים לבתיהם, אינם מבקרים במועדונים חברתיים או במרכזי היום וכן אין להם קרובי משפחה המבקרים אותם. התכנית המוצגת להלן משותפת לכל הגורמים הפועלים ברמת גן בתחום הזקנה ולקהילות תומכות.

העמותה לזקן ברמת גן מנהלת את התכנית והיא מחויבת במעקב תמידי ובקשר עם הזקנים והמתנדבים. כידוע זה קשר שמשתנה לעיתים הן בגלל שינויים רבים במצבם של הזקנים והן בגלל תחלופת המתנדבים.

יש לציין כי הפרויקט מעורר הדים חיוביים רבים. תגובות הנלהבות יוצרות עוד ועוד מועמדים ורשימת ההמתנה מכובדת.

מטרת התכנית

לתת מענים לאוכלוסיית הזקנים הבודדים והמרותקים לבתיהם, חברי הקהילות התומכות ואחרים, שבשל מצבם הפיזי או הנפשי אינם משתתפים בפעילויות החברתיות השונות המתקיימות במועדונים החברתיים ובמרכזי היום לקשישים.

אוכלוסיית היעד

אוכלוסיית מרותקי בית ובודדים, חברי קהילות תומכות, מוכרים לרווחה ואחרים.

עקרונות התכנית

- א. גיוס רכזת תכנית בהיקף של 75% משרה.
- ב. איתור זקנים המתאימים לתכנית. האחראים לכך הם: אבות קהילה, עו"סים אזוריים, מפעילות חברתיות, רכזות מועדונים ומנהלות מרכזי יום.
- ג. רכזת התכנית תקיים אינטייק פרטני מקצועי לכל מועמד לתכנית ובעניין הרלוונטי לתחום ההתערבות. פיתחנו שאלון שאמור לעזור לנו להתאים ולזהות את הצרכים, הרצונות ואת הציפיות, כמו גם את המגבלות והיכולות המתייחסות לעולם התוכן החברתי התרבותי והמנטלי של מועמד ומועמד.

ד. גיוס מתנדבים והכשרתם בסיוע המדור ההתנדבות בעיריית רמת גן (בהיקף של כ - 1/3 משרה).

ה. מציאת פתרונות פנאי המותאמים לכל אחד ואחת לאחר הערכה, התרשמות וניתוח השאלון בצוות המקצועי שמקיים ועדת היגוי אחת לחודש/יים. הצוות הזה מורכב מנציגים מטעם העמותה, אגף הרווחה ואשל. במידת הצורך, מוזמנים נציגים של גופים נוספים הקשורים לפרויקט.

ו. התאמת מתנדב לכל מועמד.

תוצרי התכנית

לאחר שתיקבעתכנית ההתערבות הספציפית, יאותרו ויגויסו המתנדבים המתאימים לה מקרב האוכלוסיות המיועדות להתנדבות: המוסד לביטוח לאומי, תלמידים - מחויבות אישית, תנועות נוער, מתנדבים בארגונים וולונטריים (רוטרי, ליונס, ויצ"ו, נעמת וכד'). לעתים יהיה גיוס מיוחד של מתנדבים לפרויקט הזה. המתנדבים יצוותו לזקנים בהתאם לתכנית שנקבעה.

היעד של פיתוח כישורי פנאי נועד לתת לזקנים כלים ומיומנויות כמו גם לפתח מודעות לצרכי פנאי ולפתח את עולם התוכן בהתאם לעולמם ולצרכי החברה, לדוגמה הכרת המחשב ושימושיו כמו אינטרנט, ציור, פיסול, גרפיקה אמנותיות, מלאכת יד, האזנה למוזיקה, קריאה משותפת של עיתונים או ספרים, כתיבת זיכרונות, גיבון ביתי ועוד.

ג. "ביני לבינך"

סדנה לדרכי תקשורת יעילות במצבי עקה שכיחים בחיי היום יום בקרב מבוגרים/
תכנית של אשל

מטרת על - שיפור כישורי תקשורת דרך למידה והתנסות בקבוצת עמיתים.
תקשורת זו כוללת: יכולת לנהל שיחה, הקשבה, יכולת לשתף אחר משמעותי
בבעיה, יכולת להגיב באופן אמפטי וכן שיפור אופן הפנייה לבקשת עזרה דרך
התנסות בקבוצתית.

רציונל - שיפור בתקשורת בין-אישית מחזקת את תחושת השליטה ובעקבותיה
גם את הדימוי העצמי של הזקן. היכולת לנהל דיאלוג או משא ומתן, להביע עמדה
ולבקש עזרה מפחיתה את תחושת הבודדות ומאפשרת הרחבה של רשת התמיכה.
בהצעה שבהמשך, אנו מתמקדים במיומנויות תקשורת מנקודת ראות של מניעה
והעצמה אישית לפתרון בעיות.

מערך חברתי שמתקיימת בו תקשורת פתוחה יכול לתרום להורדת הלחץ הקיים
אצל זקנים רבים וכן לעודד אותם להיות פעילים ולקיים מפגשים עם עמיתים.
שיתוף עמיתים בסוגיות ובבעיות משותפות מעניק לזקן תחושה שהוא לא לבדו.
סקרים רבים מוכיחים שיש קשר חיובי בין פעילות ואינטראקציה חברתית ובין
שביעות רצון מהחיים. במדינת ישראל קיימים זה שנים רבות שירותי תמיכה נפשיים
המופעלים באמצעות מתנדבים שאינם אנשי מקצוע, כגון פסיכולוגים, עובדים
סוציאליים או פסיכיאטרים. המתנדבים האלה עברו הכשרה ופעילים במסגרות,
כגון "אנוש" ו"ערן".

התכנית - "ביני ובינך" היא סדנה בנושא תקשורת בין-אישית. מעבירים אותה
מתנדבים גמלאים שעברו הכשרה מיוחדת לכך שבסיומה כל מתנדב מוסמך
להעביר לקבוצה של זקנים סדנה בת 5 מפגשים מובנים שכל אחד מהם נמשך
שעה וחצי. הסדנה מתמקדת בהתייעלות התקשורת הבין-אישית, במיוחד בכל
הקשור לבקשת עזרה וקבלתה.

1. הגדרת תפקיד המתנדב - מוביל קבוצה לרכישת מיומנויות תקשורת בין-אישית.
2. תפקיד המתנדב:
 - להעביר סדרה של מפגשים בנושאי תקשורת בין-אישית.
 - תרגול מיומנויות של האזנה, הקשבה ותגובה במצבים בין-אישיים.
 - התרגול יכוון לשיפור התקשורת למצבי מצוקה השכיחים בגיל מבוגר.
3. מחויבות המתנדב
 - נכונות לקבל הנחייה והיזון חוזר לצורת העבודה בכל תקופת ההתנדבות.
 - 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 (Jerome, 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; Jerome, 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 Cattani 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 מס' 1: UCLA Loneliness Scale

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

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

כלי מס' 2: De Jong Gierveld Loneliness Scale

נא ציין באיזו מידה אתה מסכים עם הנאמר בכל היגד להלן

בהחלט לא	לא	פחות או יותר	כן	בהחלט כן	
5	4	3	2	1	יש תמיד מישהו שאני יכול לדבר אתו 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	יש אנשים רבים שאני יכול לסמוך עליהם בעת צרה
5	4	3	2	1	הרגשת ההנאה 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 שאני מרגיש קרוב אליהם
5	4	3	2	1	חסרה לי חברתם של אנשים סביבי
5	4	3	2	1	אני מרגיש דחוי לעתים תכופות
5	4	3	2	1	אני יכול להתקשר לחברים שלי בכל זמן שאני זקוק להם

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'	
51	מבוא סקירת ספרות
51	בדידות בראייה תיאורטית
54	מנבאים של בדידות
59	בדידות בגיל המבוגר
60	שכיחות תופעת הבדידות
62	שכיחות תופעת הבדידות בישראל
67	השלכות של בדידות
67	השלכות של בדידות במישור הבריאות הגופנית
69	הסברים אפשריים לקשר בדידות-בריאות
70	השלכות של בדידות במישור הבריאות הרגשית
71	התערבויות

לוח טבלאות ותרשימים

	טבלה 1: מאפיינים סוציו דמוגרפיים ומשתני בריאות ותחושות של בדידות: ממצאים מישראל
58	
	טבלה 2: מאפיינים סוציו דמוגרפיים ומשתני בריאות ותחושות של בדידות: ממצאים מארה"ב
59	
52	תרשים 1: מודל של בדידות .
	תרשים 2: שיעור נבדקי SHARE אשר דיווחו על בדידות משמעותית
61	
65	תרשים 3: שכיחות תופעת הבדידות בישראל
	תרשים 4: נתוני הישרדות על פי סטטוס הבדידות: בדידות כרונית/מצבית
69	
	תרשים 5: מודל המחקר שבחן את מרכזיותה של בדידות בקשר שבין פעלתנות ורווחה אישית
70	

**”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”, מאתגרת משמעותית את העבודה עם האוכלוסייה הזקנה. העבודה הנוכחית מתמקדת בפן חברתי של איכות החיים הנבחן לרוב באמצעות מדדים של קשרים חברתיים, רשתות תמיכה והשתתפות בפעילויות. תחושות של בדידות מתעוררות כאשר יש פער בין הקשרים החברתיים הרצויים לאדם לבין אלו שעומדים לרשותו בפועל. 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 יש השלכות מזיקות למישורים שונים בחיים.

במסגרת מסמך זה תיסקר הספרות התיאורטית והמחקרית הדנה בסוגיית הבדידות לעת זקנה. תחילה תוצג הסוגיה בראייה תיאורטית, ובמסגרתה יוצגו הגדרות ונקודות מבט תיאורטיות להסבר על 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 שכיחות התופעה ומוצגים נתונים עליה מארצות אירופה ומישראל. גוף הידע הנסקר לאחר מכן עוסק 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 ובדרכים השונות להשיגם.

בדידות בראייה תיאורטית

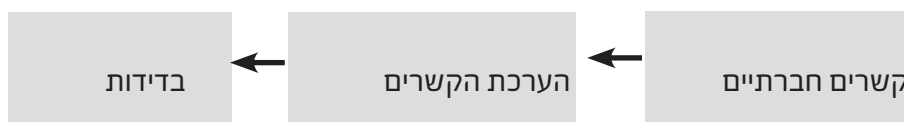
סקירת הספרות מעלה מגוון רחב של הגדרות לתופעה האישית-חברתית המכונה בדידות. הגדרות שונות נובעות מגישות ומפרספקטיבות תיאורטיות שונות, אך עדיין מתקיימת הסכמה ביניהן בנוגע לכמה היבטים מרכזיים המעצבים את חווית הבדידות. ראשית, על פי ההגדרות השונות בדידות היא חוויה לא נעימה הגוררת

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; Dykstra, 2009). ביעוד מבודדות מתייחסת למצב האובייקטיבי של היעדר קשרים עם אחרים (Dykstra, 2009), בדידות משקפת חוויה סובייקטיבית אשר נמצאת אמנם בזיקה לסיטואציה החברתית האובייקטיבית, אולם 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 בלי שיחוש בדידות ולחוש בדידות בקרב המון רב" (Peplau & Perlman, 1982, p.3). גם במקורות מבחינים בין "חידות" 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 היא אחת התיאוריות המרכזיות אשר מנחות את המחקר בתחום הבדידות. תיאוריה זו ממקדת את תשומת הלב בתהליכי תפיסה והערכה של הקשרים החברתיים. על פי התיאוריה הזו בדידות נובעת מחוסר התאמה בין הקשרים החברתיים הרצויים (Desired relationships) לבין אלו שבמציאות עומדים לרשות האדם (Existing relationships). במילים אחרות, בדידות היא תוצר של פער נתפס בין הרמה האופטימלית לקשרים חברתיים לבין הרמה המושגת לקשרים האלה. כדי שתעוררנה תחושות של בדידות על האדם לתפוס את הפער המדובר כבעייתי ולא רצוי. לניסיון קודם ולניסיונם של אנשים אחרים בסביבה החברתית של האדם יש השפעה על תהליך ההערכה הזה. בניגוד לגישות תיאורטיות מרכזיות אחרות, דוגמת גישת הצורך החברתי שמייצג וייס (Weiss, 1973; 1987) התיאוריה הקוגניטיבית מדגישה כי יש קשר עקיף בלבד בין בעייתיות ברשת החברתית של האדם לבין תחושות של בדידות. תהליכים קוגניטיביים של תפיסה והערכה משמשים כמתערבים בקשר זה (Peplau & Perlman, 1982; Peplau, Miceli, & Morasch, 1982).

ניתן לתאר את הפרספקטיבה הקוגניטיבית ביחס לבדידות באופן הגרפי הזה:



ותפיסתם כלא מספקים

אחת ההגדרות הנפוצות והעדכניות לבדידות שנבעת על סמך התיאוריה הקוגניטיבית היא של החוקרת ההולנדית דה ג'ונג ג'ירולד:
:

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

ההגדרה לעיל מדגישה כי על מנת שתתעוררנה תחושות של בדידות לא די בכך שמספר הקשרים צריך להיתפס 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. בנים אינם 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 יש שישה צרכים שצריכים להתמלא על מנת שהפרט לא יחוש בדידות:

1. היקשרות (Attachment) - קרבה רגשית שבעזרתה האדם מפתח תחושה של ביטחון.
2. אינטגרציה חברתית (Social integration) - תחושה של שייכות לקבוצה בעלת אינטרסים ועמדות דומות לזה של הפרט החבר בה.
3. אישור מחדש של הערך העצמי (Reassurance of worth) - ההכרה ביכולות הפרט על ידי הסובב אותו.
4. בן ברית אמין (Reliable alliance) - הביטחון שאפשרן לסמוך על אחרים שיגישו עזרה מוחשית.
5. הנחייה, הדרכה (Guidance) - הביטחון שאפשר לסמוך על אחרים שיעצו ויספקו ידע ומידע בשעת 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 היעדרה של דמות אינטימית מרכזית בחייו של הפרט. בדידות מסוג זה עלולה להתעורר בעקבות גירושים או פטירתו של בן הזוג ומתלוות אליה תחושות משמעותיות של ריקנות, נטישה ואומללות. הבדידות החברתית, לעומתה, נקשרת להיעדרה של רשת חברתית רחבה שהאדם מרגיש שייכות אליה - דוגמת חברים, עמיתים, שכנים. הפרט עלול לחוות בדידות חברתית בעקבות פרישה מהעבודה לאור העובדה שפרישה מעולם העבודה פירושה פעמים רבות גם אובדן של קשרים חברתיים עם עמיתים לעבודה ועם חברים שהפרט חלק עמם פעילויות ועניין משותף. גם מעבר למקום מגורים חדש יכול לעורר תחושות של בדידות חברתית משום הזרות למקום החדש ולמתגוררים בו (Weiss, 1973, 1987). לאור הנאמר לעיל, למעברים חברתיים המתרחשים ביתר שאת בתקופת החיים המאוחרת - דוגמת התאלמנות, פרישה ומיקום מחדש המתייחס לשינוי במקום המגורים שיכול להיות תוצאה של מספר רב של גורמים: למשל תלות פיזית וקוגניטיבית וכולל מעבר מקהילה לקהילה, מעבר מקהילה לדוור עצמאי מוגן, מעבר מקהילה, דוור מוגן למוסד סיעודי - יש פוטנציאל לעורר בדידות רגשית וגם בדידות 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 שבה חווה האדם מצוקה פסיכולוגית, הוא מצליח להתמודד ולהחלים (De Jong Gierveld & Raadschelders, 1982). לעומת זאת, בדידות כרונית מתארת מצב יציב (stable state) הנובע מחוסר היכולת של האדם לפתח מערכות יחסים מספקות לאורך השנים. אנשים הסובלים מבדידות כרונית מתאפיינים בקשיים בין-אישיים ארוכי טווח (Young, 1982).

מנבאים של בדידות

הספרות מציעה ובוחנת גורמים שונים הקשורים לבדידות. נמנים עמם: מספר הקשרים הזמינים לפרט, אופיים/טבעם של הקשרים העומדים לרשות האדם, תפיסות אישיות לגבי כמות הקשרים המתקיימים ברשת החברתית של האדם ואיכותם על הקשרים האלה. מחקרים אף מוצאים קשר חיובי בין בדידות ובין מאפייני אישיות מסוימים. על בסיס הידע שנצבר בדבר גורמים הקשורים לתחושות של בדידות, הציעה החוקרת ההולנדית דה ג'ונג ג'ירולד מודל מקיף אשר מתייחס לגורמים השונים שהועלו בספרות במרוצת הזמן.

המסגרת התיאורטית שהציעה החוקרת להבנת הבידודות ולהתפתחותן של תחושות בידודת כללה התייחסות למאפיינים של הרשת החברתית, משתני רקע, מאפייני אישיות וכן הערכת האיכות של הקשרים החברתיים. ההיבט המשמעותי ביותר למודל שהציעה החוקרת הוא הדגש על תהליכים קוגניטיביים שמתווכים בין מאפייני הרשת החברתית ותחושות של בידודות. בידודות נתפסת כניסיון אישי סובייקטיבי, וככזה הוא לא נקשר באופן ישיר לגורמים בסיטואציה החברתית האובייקטיבית. גישה זו מדגישה את חשיבותן של התפיסות האישיות והפרשנות שמעניק 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 דוגמת גיל, מגדר ומצב תעסוקתי,

4. מאפייני אישיות.

ביחס לגורם הראשון כתבה החוקרת כי כאשר בוחנים את האינטראקציות החברתיות 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 בעיות אישיות. קשרים עם שכנים, לעומת זאת, מאופיינים בקרבה גיאוגרפית ובשל כך בהזדמנות למגע יומיומי של פנים אל פנים. לאור זאת היכולת להושיט עזרה במקרי חירום ובנסיבות לא צפויות בבית היא הפונקציה המתמלאת על ידי שכנים. כאשר אוספים מידע לגבי גורם זה יש להתייחס לנוכחותם או להיעדרותם של קשרים אינטימיים הדדיים וגם לנוכחותם או להיעדרם של קשרים עם קרובי משפחה, חברים, שכנים, עמיתים ומכרים. אף על פי כן על פי תפיסת המודל הנוכחי משוער כי הקשר שבין מספר הקשרים הזמינים ובין בידודות יהיה חלש ואף ייתכן שכלל לא יתקיים. איכות הקשרים והאינטימיות המתקבלת מהם רלוונטיות לבידודות יותר מאשר מספר הקשרים החברתיים. לפיכך המודל התיאורטי לא מניח קשר ישיר בין האספקט האובייקטיבי ובין בידודות.

על פי המודל הנזכר לעיל הערכות סובייקטיביות לטיבם של קשרים חברתיים חשובות להתפתחותן (או אי התפתחותן) של תחושות בידודות. כפי שצוין קודם לכן, המודל התיאורטי אינו מניח שיש קשר סיבתי ישיר בין הרשת של הקשרים החברתיים והשינוי בהם ובין בידודות. אדם אחד עלול לחוש בידודות בעקבות סיום של קשר אישי ואילו האחר לא יחוש כך. אנשים מגיבים לבעייתיות ברמת הקשרים החברתיים שלהם באופנים שונים. אופן ההתמודדות שלהם תלוי בראש ובראשונה בהערכה הקוגניטיבית שלהם ביחס למשמעות ולאינטנסיביות של הליקויים החברתיים. לפיכך הערכה סובייקטיבית של רשת הקשרים החברתיים מתווכת

בין המאפיינים התיאוריים של הרשת ובין בדידות. גורמים מצביים או אלו הקשורים לאופיו או מזגו של אדם משמשים בסיס להערכות הסובייקטיביות האלו. גורמים מצביים כוללים את המאפיינים האובייקטיביים של הרשת וכן מאפייני רקע - דוגמת 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 דוגמת מגדר, מצב משפחתי, הסדרי מגורים, גיל, מצב תעסוקתי ותנאי דיור מעניקים את ההזדמנויות שעומדות לרשות האנשים על מנת ליצור ולשמר רשת של קשרים חברתית אופטימלית. הממצאים ביחס למגדר אינם חד משמעיים וידונו בהמשך. גם ביחס לגיל נמצאו קשרים חיוביים וגם קשרים שליליים בין גיל ובין בדידות. יש המציעים קשר שאינו ליניארי בין שני משתנים אלו, ולפיו בני הגיל המבוגר מאוד נמצאים בסיכון מוגבר לחוש בדידות. ביחס למצב משפחתי - בהינתן שקשרי הנישואים מספקים אינטימיות ומתקיימת בהם שביעות רצון בכל הקשור לחיבה זהות ודאגה, אנשים נשואים צפויים להיות בודדים פחות מאשר אלה שלא נשואים. המגורים ללא בן זוג מצמצמים את האפשרויות לקשר חברתי עם אחרים בוגרים מחוץ למסגרת משק הבית.

על פי המודל התיאורטי אישיות ממלאה תפקיד חשוב בהתפתחותן של תחושות בדידות. גורמי אישיות משפיעים הן על מישור היחסים הרצויים והן על אלו שמתקיימים בפועל. יש המציעים כי מאפיינים דוגמת תפיסה עצמית נמוכה, חרדה חברתית ובדידות מקשים על 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 שהפרט תופס אותן. מחקרים אכן אוששו את הקשרים שבין מאפייני אישיות דוגמת תפיסת העצמי, חרדה חברתית והחצנה ובין מופנמות ובדידות (De Jong Gierveld, 1987).

מחקר עדכני (Shiovitz-Ezra & Leitsch, in press) ביקש לבחון את המודל התיאורטי ובמסגרתו נבחנו שלוש מקבוצות הגורמים שהמודל הצביע עליהן: גורמי הרקע, מאפיינים אובייקטיביים של הרשת החברתית ומאפיינים סובייקטיביים של הרשת. יש להדגיש כי מחקרים קודמים בחנו לרוב מאפיינים אובייקטיביים של הקשרים החברתיים דוגמת מצב משפחתי, מספר חברים ותדירות מגע עם חברי רשת שונים. התברר מן המחקרים האלה כי הממצאים לא אחידים ביחס לתרומת הפן האובייקטיבי לניבוי של תחושת הבדידות. לדוגמה נמצא במחקר של ויקטור ושותפיה כי תדירות המגע עם בני 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 היו גורמים שהגנו מפני בדידות (Wenger & Burholt, 2004). עם זאת, התפיסות הסובייקטיביות של הרשת החברתית קיבלו תשומת לב מחקרית מועטה, על אף שהתיאורטיקנים סברו כי למאפיינים הסובייקטיביים של הרשת יש חשיבות רבה ביחס לתופעת הבדידות. לאור זאת, בחן המחקר שתי קבוצות אלו - הפן האובייקטיבי נמדד באמצעות משתנים דוגמת 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 הגורמים המנבאים האלו 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 בגילאי 5785- תושבי ארצות הברית (NSHAP - the National Social Life Health and Aging Project). בחינת המנבאים של בדידות נעשתה הן בקרב המדגם כולו והן בקרב קבוצת הנשואים וקבוצת הלא נשואים בנפרד כדי ללמוד האם קיימים הבדלים בין הקבוצות בנוגע לתחושת הבדידות.

סדרה של רגרסיות היררכיות הניבו את הממצאים הבאים: הן בקרב המדגם כולו והן בקרב קבוצת הנשואים מאפיינים אובייקטיביים דוגמת תדירות מגע עם חברי רשת היו קשורים בקשר שלילי עם תחושות של בדידות, כלומר ככל שגברה תדירות מגע פחתו תחושות של בדידות. עם זאת, התפיסות הסובייקטיביות של הרשת החברתית היו המנבאים המרכזיים של בדידות. איכות הקשר הנתפסת עם בן או בת הזוג היו המנבאים המשמעותיים ביותר של בדידות בקרב הנשואים - תפיסת הקשר הזוגי כתומך הייתה הגורם העיקרי שהגן מפני בדידות, ואילו תפיסת הקשר כלוחץ הייתה גורם סיכון לבדידות. גם בקרב הלא נשואים תפיסת הרשת החברתית הייתה הגורם המשפיע ביותר, ובמיוחד תפיסת הקשר עם בני משפחה, על תחושות הבדידות או היעדרן (ריכוז הממצאים מופיע בטבלה 1 בעמוד).

במחקר עדכני נוסף (שיוביץ-עזרא, בדפוס) נבחנה קבוצת גורמי הרקע - משתנים סוציו-דמוגרפים ומשתני בריאות - כמנבאים של בדידות בקרב מדגם ישראלי מייצג של בני 65 ומעלה תוך כדי השוואה למדגם אמריקאי מייצג של בני אותו הגיל. על מנת לבחון אלו ממשתני הרקע הסוציו-דמוגרפים וממשתני הבריאות מנבאים תחושות של בדידות, הורצו בקרב שני המדגמים רגרסיות לוגיסטיות. הממצאים של הניתוח הרב-משתני מרוכזים בטבלה 2 עבור ישראל ובטבלה 3 עבור ארצות הברית. ממצאי הרגרסיה בישראל מלמדים כי גברים בודדים פחות מנשים. כמו

כן, לגרושים ולאמנים יש סיכוי גבוה לחוש בדידות יותר מאשר נשואים. מגמה זהה נמצאה גם בקרב קבוצת הרווקים, אם כי ההבדל לא נמצא מובהק. עוד עולה מממצאי הרגרסיה כי ערבים בני 65 ומעלה נתונים בסיכון גבוה לחוש בדידות באופן משמעותי יותר מאשר יהודים. מבחינת משתני הבריאות, נמצא קשר שלילי בין הבריאות הסובייקטיבית ובין תחושות של בדידות. כלומר ככל שמצב הבריאות המדווח היה טוב יותר כך נחווה פחות בדידות.

בארצות הברית לעומת זאת, לא נמצא קשר מובהק בין מגדר ובין בדידות. עם זאת, נתגלו ממצאים בהלימה לממצאים בישראל: הסיכוי של גרושים ולאמנים לחוש בדידות גבוה יותר מאשר של נשואים לחוש כך וכך גם לנבדקים שמעולם לא נישאו. בשונה מישראל, כאשר נערך פיקוח על משתני רקע אחרים, לא נמצא קשר מובהק בין בדידות ובין מוצא אתני. עם זאת, נמצא קשר שלילי בין המצב הבריאותי ובין תחושות של בדידות: מצב בריאותי טוב יותר הפחית תחושות של בדידות, כפי שנמצא גם בישראל.

טבלה 1 - מאפיינים סוציו דמוגרפים ומשתני בריאות ותחושות של בדידות - ממצאים מישראל

P-value	OR1	
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

1. טעויות סטנדרטיות מופיעות בסוגריים 1

2. קבוצת השוואה היא של הנשואים

3. קבוצת השוואה היא של דוברי עברית

טבלה 2. מאפיינים סוציו דמוגרפים ומשתני בריאות ותחושות של בדידות - ממצאים מארה"ב

P-value	OR1	
N.S	.99 (.01)	גיל
N.S	.96 (.11)	גברים
<.001	2.76 (.46)	גרופים 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

1. טעויות סטנדרטיות מופיעות בסוגריים

2. קבוצת השוואה היא של הנשואים

3. קבוצת השוואה 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 ושכיח בקרב נשים יותר מאשר בקרב גברים. הסיבות לכך הן שלנשים תוחלת חיים ארוכה יותר מאשר לגברים והן נוטות להינשא לבני זוג מבוגרים מהן. אובדן של בן הזוג נמצא כגורם סיכון משמעותי ביותר לחווית בדידות בגיל המבוגר (Pinquart, 2003). בגיל מתקדם גדל הסיכוי גם לחוות אובדנים של חברים נוספים ברשת החברתית, ונמצא כי גם הסיטואציה הזו תורמת לתחושות 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 לכך מחקרים מוצאים קשר שלילי בין מצב הבריאות והתפקוד של האדם ובין תחושות של בדידות (Jylha, 2004). במילים אחרות, ככל שמצב הבריאות והתפקוד מתדרדרים כך מתגברות תחושות של בדידות.

מחקר אורך עדכני ביקש לבחון את האמונה הרווחת שלפיה להזדקן פירושו להפוך לבודד. כלומר המחקר ביקש לענות על השאלה האם אנשים הופכים בודדים יותר כאשר הם מזדקנים. במחקר שנערך בהולנד השתמשו בנתונים של ארבעה גלים (m) - "Living Arrangement and Social Networks of Older Adults" and the "Longitudinal Aging Study of Amsterdam") שנאספו בקרב כ-3,000 נבדקים. מהמחקר עולה כי אנשים זקנים הופכים להיות בודדים יותר עם חלוף הזמן. העלייה המשמעותית ביותר ברמת הבדידות הייתה אצל הזקנים ביותר, אלו שהיה להם בן זוג ואלו שהיכולת התפקודית שלהם הייתה טובה יותר בבדיקה הראשונה. עוד עלה מן המחקר כי 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 הבדידות

מחקרים שבחנו את ההיקף של תופעת הבדידות במדינות שונות מלמדים כי הבדידות 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. כ-7% מהם דיווחו על תחושות של בדידות לעתים קרובות או באופן קבוע (Victor, Scambler, Bowling, & Bond, 2005). שיעורים דומים נמצאו בפינלנד בקרב מדגם אקראי של אנשים בגיל 75 ומעלה (Savikko, Routasalo, & Tilvis, Strandberg, & Pitkala, 2005).

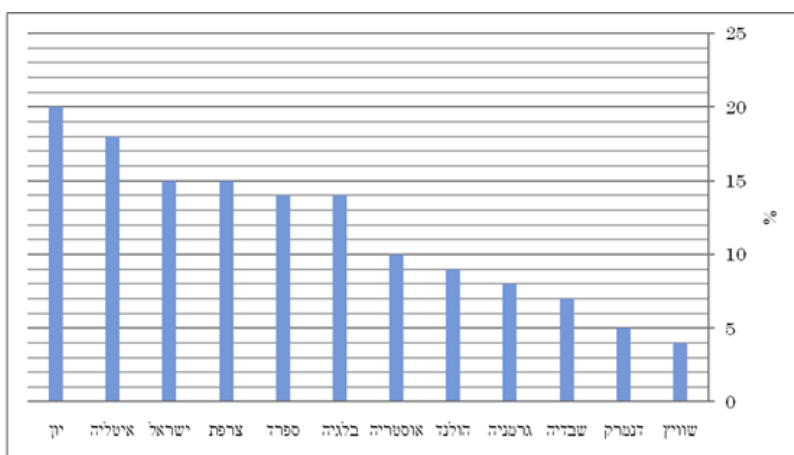
מחקר עדכני הציג את השכיחות של תופעת הבדידות בקרב בני 65 ומעלה מ-12 מדינות אירופה ומישראל (Sundstrom, Fransson, Malmberg, & Davey, 2009). נתוני המחקר נאספו במסגרת פרויקט SHARE (Survey of Health, Ageing, and Retirement in Europe) האירופי. SHARE הוא סקר אורך מולטי-דיסציפלינרי המהווה מאגר ייחודי וחדשני של 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 גיאוגרפים שונים: מסקנדינביה - 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 ביקשה 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. במדינות דוגמת דנמרק, שוויץ ושוודיה שיעור נמוך יחסית מבין בני ה-65 ומעלה דיווחו על בדידות ברמה כלשהי (25% בדנמרק, 26% בשוויץ ו-30% בשוודיה), ואילו במדינות איטליה, צרפת וישראל קרוב למחצית מהנבדקים העידו על חווית בדידות בשבוע האחרון (47% באיטליה, 45% בצרפת ו-45% בישראל). המדינה שהציגה את שיעור הבדידות הגבוה ביותר הייתה יוון - יותר מ-60% מהנבדקים דיווחו על תחושות בדידות.

הבדל ניכר בין המדינות נצפה גם כאשר נבחנה תחושת בדידות משמעותית, כלומר בני 65 ומעלה אשר דיווחו כי הם חווים תחושות של בדידות באופן תדיר "כמעט כל הזמן" או "רוב הזמן" במהלך השבוע שחלף (תרשים מס' 2). בשוויץ אחוזים בודדים מבין הנבדקים דיווחו על בדידות אינטנסיבית, ואילו בצרפת ובישראל 15% מנבדקים דיווחו על בדידות משמעותית וביוון אף בשיעור 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 לעיל מעלים סוג של פרדוקס שנדון בספרות המחקרית. אפשר היה לצפות כי בחברות משפחתיות וקולקטיביסטיות שיעור הבדידות יהיה נמוך יותר מאשר בחברות שנחשבות אינדוידואליסטיות. ראשית, חשוב לציין כי אותה המגמה נמצאה גם במחקרים אחרים אשר משווים בין צפון אירופה ודרומה: במדינות צפון אירופה, שמאופיינות באינדוידואליזם ובמגורים סולידריים, מדווח על בדידות פחות מאשר בדרום אירופה ובארצות הים התיכון דוגמת יוון ואיטליה, שם שיעור הבדידות המדווח גבוה יותר באופן משמעותי.

אחד ההסברים המקובלים לתופעה הזו הוא שבדידות אינה מנותקת מההקשר התרבותי וכי יש לה קשר הדוק לציפיות שיש לאנשים מהקשרים החברתיים (Jylha & Jokela, 1990). נטען כי בדידות אינה תופעה אישית בלבד וכי המרכיב התרבותי משמעותי ביותר להופעתה או אי הופעתה. לדברי ג'ילהה: "יש קשר עמוק בין הדרך שבה נתפסות ונחוות המשמעות והציפיות הנקשרות לקשרים החברתיים והבדידות ובין הסביבה התרבותית הנתונה והן שונות בקרב תרבויות שונות" (Jylha, 2004, p.159). דווקא בחברות מסורתיות הציפיות מהקשרים החברתיים גבוהות יותר מאשר בחברות אינדיבידואליסטיות, ומשהם אינם מתממשים מתעוררות תחושות של בדידות.

בחברות משפחתיות יש ציפיות גבוהות מהקהילה, ציפיות למגע שכיח ותכוף עם בני משפחה ואף למגורים משותפים. כאשר ציפיות אלו אינן מתממשות, יכולה להתעורר תחושה של בדידות (בהתאם לאמרה הידועה: כגודל הציפיות כך גודל האכזבות). כשהילדים עסוקים מאוד בגידול ילדיהם וככל שתוחלת החיים עולה, כך גם הילדים עסוקים בהזדקנותם, ועל כן אינם ממלאים עוד את המקום שמילאו בעבר ונוצר חלל שמתמלא בבדידות. לעומת זאת, במדינות צפון אירופאיות כמו נורווגיה ופינלנד מקובל מאוד ושכיח לחיות לבד והסדר המגורים הסוליטרי אינו מעורר חוסר שביעות רצון. לכן תחושת הבדידות מתעוררת פחות מאשר במדינות בדרום אירופה. יש להדגיש כי במדינות הנורדיות דווקא המגורים עם הילדים נתפסים כבעייתיים.

הסבר נוסף להבדלים הנצפים בין מדינות צפון אירופה ודרומה טמון בשוני תרבותי בנכונות לדווח על בדידות. נטען כי אנשים במיוחד מחברות אינדיבידואליסטיות עשויים להימנע מלבטא תחושות דוגמת בדידות (Dykstra, 2009). באופן זה אנשים עשויים לחוש בבדידות אך להימנע מלדווח על כך, דבר שמוליך דיווח חסר במדינות ובתרבויות מסוימות.

שכיחות תופעת הבדידות בישראל

משום רלוונטיות המסמך הנוכחי להקשר הישראלי פרק זה יציג נתוני בדידות מישראל תוך הבחנה בתתי קבוצות בחברה הישראלית. בישראל קיים גוף ידע מחקרי מצומצם יחסית אשר בחן את התופעה בקרב אוכלוסיית הזקנים בכללותה. המחקרים הקיימים בחנו לרוב קבוצות אוכלוסייה ממוקדות דוגמת עולים ממדינות ברית המועצות לשעבר (Ponizovsky & Ritsner, 2004) ובקרב מדגמים מקומיים (Stessman et al., 1996). המחקר הנוכחי ביקש למלא את הפער האמפירי ולבחון את היקף התופעה בקרב בני 65 ומעלה בישראל ובקרב קבוצות המרכיבות את אוכלוסיית הזקנים. כמו כן הוא מוסיף נדבך לחקר תופעת הבדידות ושכיחותה באמצעות השוואה עם נתונים מייצגים מארצות הברית.

גם המחקר הנוכחי מבוסס 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 במכון ב' י' ולוסיל כהן למחקרי דעת קהל באוניברסיטת תל אביב. דגימת המרואיינים הייתה רב-שכבתית והסתברותית ושיעור ההיענות עמד על 68%. במדגם הסופי נכללו 2,603 איש ואישה בהתפלגות כדלהלן: 46% גברים ו-54% נשים; 79.2% ישראלים ותיקים, 13.3% ערבים ישראלים ו-7.5% עולים מברית המועצות לשעבר. הם רואיינו מ-1,774 משקי בית פנים מול פנים באמצעות השאלון האישי הממוחשב הגנרי (SHARE - Computer assisted personal interview) של פרויקט SHARE האירופי, לאחר שהותאם לישראל ותורגם לעברית, לערבית ולרוסית. נוסף על השאלון הזה, נאספו נתונים גם באמצעות שאלון למילוי עצמי שהושאר בבתי הנבדקים (drop-off).

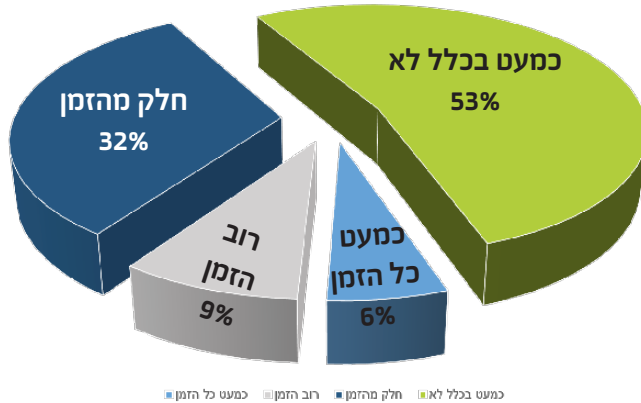
לצורך ההשוואה עם היקפה של תופעת הבדידות בארצות הברית נעשה ניתוח משני גם של נתוני הגל הראשון של הפרויקט הלאומי "חיים חברתיים, בריאות וזקנה" (NSHAP - the National Social Life, Health and Aging Project). זהו מדגם הסתברותי שנאסף ממשקי בית ברחבי ארצות הברית והוא מייצג ברמה לאומית אנשים בני 57-85 המתגוררים בקהילה. מראיינים מקצועיים ראינו את האוכלוסייה הנדגמת באנגליה ובספרדית בין החודשים יולי 2005 ו-מרס 2006. סך הכול רואיינו 3,005 משיבים - 1,455 מהם גברים ו-1,550 מהם נשים. שיעור ההיענות המשוקלל עמד על 75.5%. איסוף הנתונים כלל גם שאלון קצר למילוי עצמי, ושיעור ההשבה עליו עמד על 84% (לפרטים נוספים על אודות שיטת המחקר ראה שויבץ-עזרא, בדפוס).

במחקר נבחנה שכיחותה של תופעת הבדידות בקרב כלל הנבדקים וכן בקרב תת-הקבוצות הבאות: גברים ונשים בנפרד, שתי קבוצות גיל (74-65; 75-85) בקרב בעלי מצב משפחתי שונה (נשוי/אה, פרוד/ה, גרוש/ה, אלמן/ה, רווק/ה) וקבוצות אתניות שונות (בישראל: דוברי עברית, ערבית ורוסית; ובארצות הברית: 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 50 ומעלה, ואילו בסקר האמריקני נדגמו בני 57-85. על מנת ליצור בסיס להשוואה בין המדינות וכן להתמקד באוכלוסיית הזקנים צומצמו המדגמים בשתי המדינות לבני 65-85. לאור זאת, המדגם ששימש למחקר הזה בישראל מנה 1,064 איש ואישה, ואילו המדגם בארצות הברית מנה 1,985 נבדקים.

מבחינת השכיחות של תופעת הבדידות בקרב בני 65 ומעלה בישראל ובארצות הברית עולה כי בישראל כמחצית מהנבדקים מדווחים על תחושות של בדידות במהלך השבוע האחרון (47%, ראה תרשים 3). שיעור זה נמוך משיעור המדווחים על חווית הבדידות בארצות הברית (33.6%). חלק הארי של הנדגמים בארצות הברית לא דיווחו על תחושות של בדידות במהלך השבוע האחרון (66.4%). למרות השיעור הגבוה של דיווח על בדידות בישראל נותרה בעינה השאלה האם ההיקף שהתקבל באמצעות השאלון למילוי עצמי אכן משקף את ההיקף האמיתי של התופעה. סביר להניח כי הממצאים שהתקבלו אינם מייצגים או משקפים באופן מלא את ההיקף האמיתי של תופעת הבדידות בקרב זקנים. 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; Pinguart & 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 פירושים 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 לדווח על רגשות שליליים ובדידות כחלק מהם יותר מגברים. בוריס ופרלמן (Borys & Perlman, 1985) מצאו במחקרם כי כאשר אישה מדווחת על עצמה כבודדה ההשלכות החברתיות השליליות השליליות הנלוות לכך פחותות מההשלכות האלה בקרב גברים המדווחים על עצמם כבודדים. על כן, באופן טבעי גברים ימנעו מלתייג את עצמם כבודדים יותר מנשים. לעובדה זו יש כמובן השפעה ישירה על

אופן המדידה של תופעת הבדידות. כאשר מודדים בדידות באופן ישיר - כפי שהיא נמדדה במסגרת המחקר הנוכחי, כלומר משתמשים במילים בודד או בדידות - מרב הסיכויים שגברים ידווחו על בדידות פחות מנשים, זאת בהשוואה לשימוש בסקלות שמודדות בדידות דוגמת הסקאלה הנפוצה, UCLA-Loneliness Scale, אשר בגרסתה המקורית מכילה 20 פריטים המודדים בדידות באופן עקיף, כלומר ללא השימוש בשורש ב.ד.ד.. ואכן בוריס ופרלמן (Borys & Perlman, 1985) מצאו במחקרם הנזכר לעיל כי כאשר השתמשו בסקלת UCLA לא נמצאו הבדלים מובהקים בין גברים ונשים, בעוד ששימוש במדידה ישירה של בדידות (התייחסות ישירה לפועל ב.ד.ד.) 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 הבדלים בין ישראל ובין ארצות הברית. בארצות הברית הנשואים היו הקבוצה שהעידה על היקף הבדידות המצומצם ביותר (20% בלבד דיווחו על תחושות של בדידות). אחוזי הבדידות הגבוהים ביותר נמצאו בקרב האלמנים והאלמנות, יותר מ-55% מהם דיווחו על בדידות. אחריה בסדר יורד נמצאו קבוצת הגרושים (42% דיווחו על בדידות ברמה כלשהי), קבוצת הפרודים (39%) וקבוצת האנשים שלא נישאו מעולם (37%). ההבדלים בין הקבוצות השונות נמצאו מובהקים במבחן החי בריבוע ($\chi^2 = 223.6, df=5, p<.001$). בישראל, לעומת זאת, אחוז הבדידות הגבוה ביותר נמצא בקרב קבוצת הפרודים. יותר מ-80% מהם העידו על בדידות ברמה כלשהי. אחריהם היו של האלמנים, כ-70% מהם דיווחו על בדידות. שיעור דומה של בדידות נמצא גם בקרב קבוצת הגרושים (כ-70%). אצל הרווקים, לעומת זאת, נמצא אחוז נמוך יותר של בדידות (50%). בדומה לארצות הברית 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 של הנשואים שנמצא טוב יותר ממצבם של הלא נשואים (גרושים, אלמנים ורווקים) נמצא עקבי בשתי המדינות. באופן כללי, אנשים נשואים מדווחים על תחושות של בדידות פחות מאנשים שאינם נשואים. ממצא זה נמצא בהלימה עם ממצאי מחקרים עדכניים קודמים שמצאו כי מצב משפחתי "נשוי" הוא גורם המגן מפני בדידות (Cohen-Mansfield et al., 2009; Dykstra & de Jong Gierveld, 2004; Wenger & Burholt, 2004; Iecovich et al., 2002). העובדה שחויית בדידות נמצאה שכיחה בקרב האלמנים והאלמנות הן בישראל והן בארצות הברית מדגישה שהם קבוצת סיכון ומדגישה את ההתאלמנות כחוויה ייחודית ובעלת השלכות מזיקות מבחינה רגשית (Dykstra & de Jong Gierveld, 2004).

בחינת שכיחותה של תופעת הבדידות ביחס **לקבוצות אתניות** שונות המרכיבות את האוכלוסייה בישראל ובארצות הברית מלמדת על מגמה דומה. בקרב הקבוצה האתנית הדומיננטית בכל אחת מהמדינות שיעור הדיווח על תחושות של בדידות נמוך יותר מאשר שיעורו בשאר הקבוצות האתניות. כך בישראל קבוצת דוברי העברית דיווחה על בדידות בשיעור נמוך יותר מאשר הקבוצות האחרות - דוברי הערבית ודוברי הרוסית. הקבוצה שדיווחה על בדידות בשיעורים הגבוהים ביותר הייתה הקבוצה של דוברי הערבית: 65% מקרב הנבדקים בקבוצה זו דיווחו על חוויית בדידות ברמה כלשהי לעומת כ-40% מבין דוברי העברית. בארצות הברית קבוצת הלבנים הייתה זו שדיווחה הכי פחות על בדידות 31.5% מהנבדקים בקבוצה זו העידו על בדידות), ואילו קבוצת השחורים וקבוצת ההיספאנים דיווחו על שיעור בדידות גבוה מזה (בשתי הקבוצות הללו 40% בקירוב דיווחו על בדידות). בשתי המדינות ההבדלים שנצפו בקרב הקבוצות האתניות השונות נמצאו מובהקים במבחני חי בריבוע ($\chi^2 = 16.1, df = 3, p < .001$; $\chi^2 = 10.2, df = 3, p < .05$) בארצות הברית ובישראל בהתאמה).

כאמור, בישראל נמצא ברמת הבדידות הבדל מובהק בין הקבוצה המאופיינת במשפחתיות ובמסורתיות רבה, קבוצת דוברי הערבית, ובין היהודים הוותיקים. הסיכון לחוש בדידות בקבוצת דוברי הערבית היה גבוה יותר מאשר בקבוצת דוברי העברית. ממצא זה תואם את הממצאים שעלו ממחקרים שנעשו באירופה, ולפיהם דווקא במדינות דרום אירופה, המתאפיינות במשפחתיות, מדווחים על בדידות רבה יותר מאשר במדינות צפון אירופה, המתאפיינות באינדיבידואליזם ובמגורים לבד (Dykstra, 2009). (להרחבה בנושא ראה פרק קודם).

השלכות של בדידות

לצד שכיחות לא מבוטלת של תופעת הבדידות בקרב אוכלוסיית הזקנים, סיבה משמעותית נוספת לעיסוק המחקרי בתחום עוסקת בהשלכות המזיקות שנמצאו לתחושות של בדידות במישורי חיים שונים של אנשים מבוגרים. ההשלכות של הבדידות נמצאו אמפירית הן במישור הבריאות הגופנית והן במישור הרגשי ויתוארו להלן.

• השלכות של בדידות במישור הבריאות הגופנית

מגוון מחקרים אוששו כי לחוויית הבדידות יש תרומה השלילית לבריאות הגופנית. במחקר עדכני שנערך בעיר שיקגו (the Chicago Health, Aging and Social Relations Study) נמצא קשר בין בדידות ובין לחץ דם סיסטולי גבוה אף לאחר שפיקחו על משתנים דמוגרפיים, התנהגויות בריאות ומגוון רחב של גורמים פסיכו-סוציאליים (Hawkey, Masi, Berry, & Cacioppo, 2006). כמו כן נמצא שבדידות

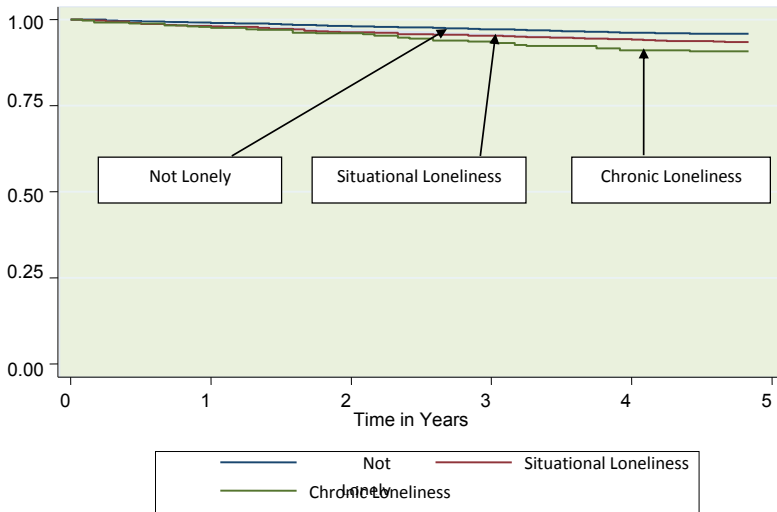
משפיעה על הפעילות הקרדיווסקולרית בחיי היומיום (Hawkey, Burlison, Berntson, & Cacioppo, 2003). במחקר אחר שנערך בקרב 180 קשישים, זוהתה הבדידות כגורם סיכון למצבי סיכון לבביים (Sorkin, Rook, & Lu, 2002). בהתאמה, מחקר עדכני בחן בקרב בני 60 ומעלה את הקשרים שבין בדידות, מבודדות חברתית ותמיכה חברתית לבין מחלות נפוצות בזקנה דוגמת, סוכרת, לחץ דם, מחלות לב, סרטן ושבץ. באופן כללי נמצא כי בדידות ומבודדות חברתית הזיקו לבריאות, ואילו תמיכה חברתית הגנה על הבריאות. בקרב תת-המדגם ההיספאני, בדידות ניבאה לחץ דם גבוה, מחלות לב ושבץ (Tomaka, Thompson, & Palacios, 2006). לבסוף, במחקר אורך שאימץ את האבחנה התיאורטית שבין בדידות מצבית ובדידות כרונית נמצא כי אנשים שהיו בודדים באופן כרוני דיווחו על מצב בריאותי גרוע יותר מאחרים אשר בא לידי ביטוי בריבוי של מחלות כרוניות ובמספר רב של ימי אשפוז (Theeke, 2010).

יתרה מכך, במחקרים לונגיטודינאליים נמצא כי בדידות היא גורם סיכון לתמותה בקרב זקנים. במחקר שנערך בקרב 2,829 זקנים המתגוררים בקהילה ואשר השתתפו במחקר האורך - Longitudinal Aging Study Amsterdam - נמצא כי ככל שגברה הבדידות גבר הסיכון לתמותה (Penninx) (OR= 1.06, CI=1.00-1.12) (et al., 1997). במחקר נוסף (the Berlin Aging Study). מבין האינדיקטורים של תמיכה חברתית ובדידות רק בדידות אמוציונלית זוהתה כגורם סיכון לתמותה (Maier & Smith, 1999). השפעתה של תופעת הבדידות על ההישרדות בגיל המבוגר קיבלה תימוכין אמפיריים אף במחקר שנערך בקרב קבוצת הזקנים מאוד (oldest-old population). מבין 476 המשתתפים במחקר the Leiden 85-plus Study לנבדקים אשר דיווחו הן על סימפטומים דיכאוניים והן על תחושות של בדידות היה פי-2 סיכון למות (Stek et al., 2005). תחושות של בדידות נמצאו גורם סיכון לתמותה גם בחברה אוריינטלית דוגמת יפן. הבדידות הסובייקטיבית נמצאה קשורה לתמותה לא באופן ישיר אלא 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 ובין בדידות מצבית והישרדות בקרב בני 50 ומעלה בארצות הברית. המחקר ניתח שלושה גלים של ה-HRS ואלו אשר זהו 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 למות בהשוואה לאלו שלא דיווחו כלל על בדידות גם לאחר שפוקחו ההשפעות של גורמים דמוגרפים ובריאותיים (תרשים 4). נוסף על כך, בהשוואה למצויים בבדידות מצבית אלו שדיווחו על בדידות כרונית היו בעלי סיכון מוגבר עוד יותר למות (Shiovitz-Ezra & Ayalon, 2010).

תרשים 4: נתוני הישרדות על פי סטטוס הבדידות: בדידות כרונית/ בדידות מצבית

Source: Shiovitz-Ezra & Ayalon, 2010



• הסברים אפשריים בדבר הקשר שבין בדידות ובריאות

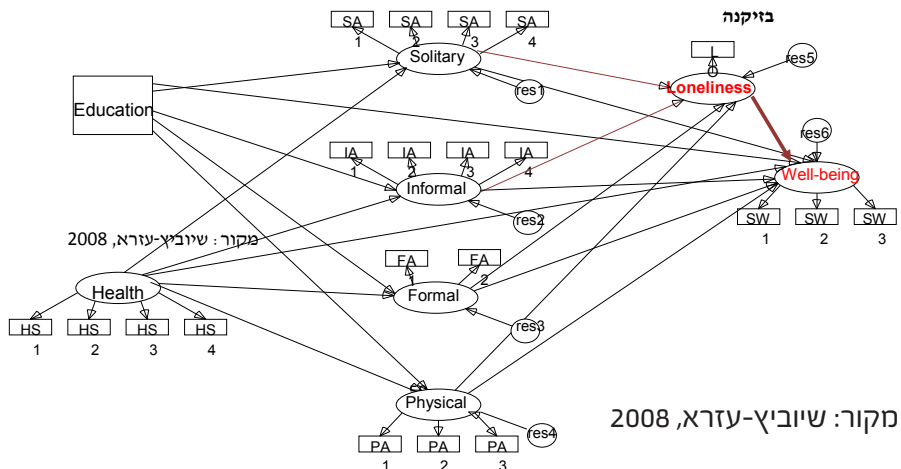
בספרות ניסו להסביר את הקשר המזיק הנצפה בין בדידות לבין בריאות גופנית באמצעות כמה מנגנונים, וביניהם התנהגויות המזיקות לבריאות - עישון וצריכת אלכוהול (Hawley & Cacioppo, 2003; Steptoe, Owen, Kunz-Ebrecht, & Brydon, 2004). אחד מהמנגנונים שהוצע ושמובילים למחלות הוא בעיות בשינה. נמצא כי שכיוחן בקרב אנשים בודדים גבוהה יותר מאשר בקרב אנשים שאינם בודדים (Cacioppo, Hawley, Berntson, & Ernst, 2002). במחקר שנערך במעבדה ובבתייהם של הנבדקים, סביבה טבעית יותר מהמעבדה, עלה כי איכות השינה של אנשים בודדים הייתה באופן כללי טובה פחות משל אנשים שאינם בודדים. נוסף על כך, זמן הערות של הנבדקים הבודדים במשך השינה היה אורך יותר מהזמן הזה בקרב הנבדקים הלא בודדים (Cacioppo et al., 2002). כמו כן, נמצאה גם הוכחה מחקרית לכך שהטיפול הרפואי שמעניקים נותני שירותים בתחום הבריאות מספקים לאנשים בעלי רשתות חברתיות תומכות טוב יותר מאשר לאנשים המבודדים מבחינה חברתית (Cacioppo, Hawley, & Berntson, 2003).

השלכות של בדידות במישור הבריאות הרגשית והרווחה האישית

לצד ההשפעות של הבדידות על הפן הגופני תפקודי נמצא גם שהבדידות מזיקה לבריאות המנטלית והרגשית. במחקרי רוחב ואורך נמצא כי ככל שגברה רמת הבדידות כך הלכה וגברה רמת הדיכאון. קשר חיובי מובהק זה בין בדידות ודיכאון נשמר אף לאחר שנערך פיקוח על גורמים דמוגרפיים ופסיכו-חברתיים מרכזיים (Cacioppo, Hughes, Waite, Hawkey, & Thisted, 2006). בהתאמה נמצא קשר שלילי בין בדידות ורווחה אישית רגשית (Lee & Ishii-Kuntz, 1987) וקשר חיובי בין בדידות ובין מחשבות ואובדניות ואובדנות (Stravynski & Boyer, 2001).

השפעתה של בדידות נתפסת על תחושת רווחה בגיל זקנה נמצאה גם במחקר שנערך בישראל בקרב בני 60 ומעלה (שיוביץ-עזרא, 2008). המחקר ביקש לבחון את הקשר שבין פעלתנות ורווחה בשילובו של מרכיב נוסף בחוויית ההזדקנות - תחושות של בדידות. זאת באמצעות ניתוח נתוני סקר על בני 60 ומעלה משנת 1997 בעזרת מודלים של משוואות מבניות (תרשים 5). מהממצאים עלה קשר שלילי מובהק בעל עוצמה בינונית (-.34) בין בדידות ובין רווחה אישית סובייקטיבית. פירוש הדבר הוא שתחושת בדידות בתדירות גבוהה פוגעת בתחושת הרווחה הסובייקטיבית. עוד עולה מן הממצאים כי פעלתנות, ובמיוחד מהסוג הבלתי פורמלי, משפיעה באופן עקיף על תחושת הרווחה בזקנה. תרומתה ניכרת בהפחתה של תחושות הבדידות, וככל שפוחתת תחושת הבדידות של האדם המבוגר בודד כך משתפרת תחושת הרווחה שלו. לפיכך המחקר האמור משמש 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 בזיקנה



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 למניעתה או להתמודדות 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 במתן תמיכה בתקופות מעבר או בסיוע לאדם הבודד לתקשר עם אחרים בסביבתו החברתית. היעד השני לא נועד להקל תחושות של בדידות כי אם למנוע מהבדידות להתפתח לבעיות חמורות אחרות. אפשר להשיג את היעד הזה באמצעות מתן עזרה לפרט כדי לאפשר לו להתמודד עם הבדידות. היעד השלישי נועד למנוע בדידות עוד לפני התרחשותה.

כדי להשיג את היעדים הנזכרים לעיל הוצעו התערבויות בשלוש רמות: ברמת הפרט, ברמת הקבוצה וברמת הסביבה. דוגמאות להתערבות ברמת הפרט כוללות טיפול קוגניטיבי-התנהגותי, טיפול בין-אישי, טיפול פסיכו-דינמי ותוכניות של friendly visitors. הטיפול הקוגניטיבי-התנהגותי מתמקד בשיפור ההתנהגות של הפרט בסיטואציה חברתית נתונה. טיפול בין-אישי מתבסס על הקשר הנוצר בין המטפל והמטופל. 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. גם בטיפול מהסוג בפסיכו-דינמי יש חשיבות מרכזית לקשר בין המטפל למטופל. הוא מסתמך על הגישה ההתפתחותית ובמסגרתו מנסים לזהות חוויות ילדות אשר משפיעות באופן שלילי על הסתגלות האדם בבגרותו. תכניות המבוססות על ביקורים ידידותיים שונות במהותן מהגישות שתוארו עד כה. אין הכרח שינהלו אותן אנשי מקצוע ואין בכוונתן לשנות את האדם הבודד. במקום זאת הן מציעות הזדמנויות להימנע מבדידות באמצעות מפגשים חברתיים. לרוב התכניות האלו מוצעות לאנשים אשר מרותקים לביתם.

ברמה הקבוצתית רוק הציעה להקים סוגים שונים של קבוצות המתמקדות בנושאים מסוימים, למשל אימון של מיומנויות חברתיות, קבוצות שבמוקדן סוגיית הביישנות, קבוצות לאנשים הסובלים מדיכאון וסמינרים עבור פרודים או אלמנים. מרבית האימון לרכישת מיומנויות חברתיות מתמקד במיומנויות הדרושות על מנת ליזום קשר יותר מאשר במיומנויות שתכליתן לשמר קשרים. יש כמה מאפיינים משותפים לאנשים בודדים, ובמסגרת האימון מנסים להתמודד עמם, למשל 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 ובין בדידות. נטען כי אימון לחיזוק העצמי שמשתמשים בו כדי לטפל בדיכאון יכול להתאים גם במקרים של בדידות. לעומת קבוצות אלו סמינרים לקבוצות מוגדרות, דוגמת פרודים או אלמנים שונות במהותן מהגישות האחרות. בדידות שהיא תוצר של אובדן (בדידות מצבית) צריכה לקבל התייחסות מובחנת הן תיאורטית והן במישור הפרקטי.

לבסוף, רוק (Rook, 1984) הציעה כמה דוגמאות לגישות התערבות הממוקדות בסביבה, דוגמת 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 ויאפשרו התמודדות עם התיג השלילי. בניית מערך חברתי חדש כולל מאמצים לשיפור התנאים הפיזיים כך שיאפשרו קשרים חברתיים. הסרת מכשולים ברמה הסביבתית כוללת פעילויות דוגמת שירותי הסעה לאנשים זקנים.

לאחרונה נערכה הערכה שיטתית של התערבויות שמטרתן למנוע בדידות ובידוד חברתי בקרב אנשים זקנים (Cattan, White, Bond, & Learmouth, 2005). 30 מאמרים נמצאו בסקירה נרחבת של הספרות. ב-17 מהם דיווחו על התערבויות קבוצתיות וב-10 על התערבויות ברמת הפרט (one-to-one). שלושה דיווחו על הספקת שירותים ואחד על פיתוח סביבתי. רובם נערכו בארצות הברית ובקנדה (ראה עמודים במאמר המצורף). בחינה מקיפה של ההתערבויות שנסקרו במאמרים העלתה כי 9 מתוך 10 ההתערבויות האפקטיביות (התערבויות אפקטיביות הוגדרו ככאלה שהראו ירידה מובהקת בבדידות או בבידוד החברתי) היו התערבויות קבוצתיות שסיפקו תמיכה חברתית (Group interventions providing social support) או ידע (Group activities with educational input).

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(51): 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*.

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, 598-5105.

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.

Step toe, 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), 53-513.

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). Sociodemographic 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.

