



Myers - JDC - Brookdale Institute
מאיירס - ג'וינט - מכון ברוקדייל

דוח מחקר



כדי להקל על השיטוט במסמך זה, יש לפתוח את "סימניות (Bookmarks)"
על ידי לחיצה על הלשונית המתאימה או באמצעות הקשה על F6.

מאיירס - ג'וינט - מכון ברוקדייל
MYERS - JDC - BROOKDALE INSTITUTE
مايرس - جوينت - معهد بروكديل

המרכז לחקר הזיקנה

נשים קשישות: מצבן, צורכיהן
וכיוונים לשיפור איכות חייהן

נטע בנטור • דניאלה סיטרון • סבטלנה צ'חמיר

המחקר נערך ביזמת אשל ובסיועו

דוח מחקר

30
1974-2004
THIRTY YEAR ANNIVERSARY

06-472-דמ

המרכז לחקר הזיקנה

נשים קשישות: מצבן, צורכיהן וכיוונים לשיפור איכות חייהן

נטע בנטור ♦ דניאלה סיטרון ♦ סבטלנה צ'חמיר

המחקר נערך ביוזמת אשל ובסיועו

נשים קשישות: מצבן, צורכיהן וכיוונים לשיפור איכות חייהן

נטע בנטור דניאלה סיטרון סבטלנה צ'חמיר

המחקר נערך ביוזמת אשל ובסיועו

מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל
ת"ד 3886
ירושלים 91037

טלפון : 02-6557400
פקס : 02-5612391

כתובת באינטרנט : www.jdc.org.il/brookdale



פרסומים נוספים של המכון בנושא זה

אשכנזי, י.; גרוס, ר. 2004. מצב הבריאות של נשים בישראל: סקירת נתונים. מ-117-04 (בעברית); מ-116-03 (באנגלית)

גרוס, ר.; ברמלי-גרינברג, ש. 2000. בריאות ורווחה של נשים בישראל. ממצאי סקר ארצי. דמ-361-00.

להזמנת פרסומים נוספים ניתן לפנות למאיירס-גיוינט-מכון ברוקדייל, ת"ד 3886, גבעת הגיוינט, ירושלים 91037, טל' 02-6557400, פקס: 02-5612391, דואר אלקטרוני: brook@jdc.org.il

תמצית מחקר

מבוא ומטרות הדוח

נשים חיות יותר שנים מגברים, חלקן גרות לבד ומתמודדות בשנים האחרונות לחייהן עם תחלואה כרונית, עם מוגבלות פיזית, תפקודית ופסיכולוגית, עם בדידות ולעתים קרובות גם עם חסך כלכלי. בעבודה זו ריכזנו נתונים ממחקרים בישראל על מאפייני נשים קשישות ועל צורכיהן הייחודיים, וסקרנו מידע תיאורטי ויישומי מישראל וממקומות שונים בעולם המתאר תוכניות ופעולות שנועדו לתת מענה לצרכים אלה ולשפר את איכות חייהן.

ממצאים

מצב בריאות, תפקוד ושימוש בשירותי בריאות

מצב הבריאות, יכולת התפקוד ונגישות שירותי בריאות, הם בין הגורמים המשמעותיים ביותר בגיל הזיקנה לגברים ולנשים כאחד, אולם, קיימים הבדלים בין המינים בתחומים אלה.

מצב בריאות: יותר נשים קשישות מגברים קשישים מדווחות שרופא אבחן אצלן מחלות כרוניות, הפוגעות באיכות חייהן. יתר-על-כן, בעוד שעד גיל זיקנה שיעור התחלואה והתמותה ממחלות לב, מחלות ממאירות ומחלות כלי הדם של המוח נמוך בקרב הנשים בהשוואה לגברים, הרי מגיל 65 והלאה (ובחלק מהמחלות עוד קודם לכן) חל שוויון כמעט מלא בין המינים. למרות זאת, קשישות רבות אינן מודעות לגורמי הסיכון למחלות לב ומחלות כלי הדם של המוח.

תחלואה ייחודית לנשים: מקור נוסף להבדלים במצב הבריאות בין המינים הוא תחלואה המאפיינת בעיקר נשים, ששיעורה עולה עם העלייה בגיל כגון סרטן השד, תופעות כמו שבר הירך, מחלות ותסמינים של השלד (אוסטיאופורוזיס למשל), נפילות, אי-שליטה בשתן, דיכאון ותחושת בדידות נמצאים בשיעור יותר גבוה בקרב הקשישות מאשר בקרב הקשישים. לאור זאת, קיימת חשיבות להרחיב את התכניות והידע של הנשים על מחלות ייחודיות להן, ועל השלכותיהן והשפעתן.

תפקוד ומוגבלות: חוסר יכולת לבצע פעולות יום-יום ולדאוג לצורכי הגוף והבית באופן עצמאי הוא אחד הגורמים העיקריים המשפיעים לא רק על מערכות פיזיולוגיות עקב אי-שימוש והפעלה, אלא גם על המצב הפסיכולוגי והרגשי ועל איכות חייהם של הקשישים. אומדנים שנערכו על בסיס סקר קשישים משנת 1997 מלמדים על שיעור יותר גבוה של נשים מוגבלות מגברים. כך, למשל, 19% מהנשים ו-12% מהגברים הגרים בקהילה ובמוסדות בשנת 2003 היו מוגבלים בביצוע פעולות ADL. לפיכך, מאחר שתוחלת החיים של נשים גבוהה מזו של הגברים, גם תוחלת החיים עם מוגבלות גבוהה יותר אצל נשים מאשר אצל גברים.

מצב בריאות נתפס: לתפיסת מצב הבריאות קשר הדוק עם תחלואה, שימוש בשירותי בריאות ואיכות חיים. נשים תופסות את מצב בריאותן כפחות טוב מאשר גברים, הן מדווחות על יותר סימפטומים רפואיים ועושות יותר שימוש בשירותי בריאות מאשר גברים. הסיבות לכך קשורות, בין השאר, לאירועים במהלך החיים ולמשאבים שמקורם בתחום התעסוקה ובמשפחה.

דפוסי התנהגות בריאה: בנוסף להבדלים ביולוגיים בין המינים, גם להתנהגות מקדמת בריאות במהלך החיים, יש השפעה משמעותית על הבריאות בגיל זיקנה. ואולם, שיעור יותר נמוך של נשים קשישות מטפלות בליקויים בראייה ובשמיעה, כאשר הסיבות העיקריות לכך, לדבריהן, הן מגבלות כלכליות ומוגבלות פיזית המקשה עליהן להגיע לטיפול. בבחינת פעילות גופנית, 41% מהגברים הקשישים, לעומת 31% מהנשים הקשישות עושים פעילות גופנית. הנשים מדווחות על מחסומים להשתתף בפעילות גופנית, כגון בעיות בריאות, השמנת יתר, תחושת עייפות וחוסר אנרגיה, תחושה שהן "זקנות מדי", חוסר ביטחון עצמי וחוסר מוטיבציה. הן גם מדווחות על מחסומים חברתיים וכלכליים, כמו חוסר תמיכה מבני משפחה, חוסר ידע על תכניות, עלותן, מחסור במקומות שבהם נשים קשישות יכולות להתאמן, ותחושה שאין להן שותפים להתאמן.

שימוש בשירותי בריאות ונגישותם: כידוע, קשישים עושים שימוש בשירותי בריאות בקהילה ובאשפוז יותר מצעירים. נשים קשישות עושות יותר שימוש בשירותים בקהילה, וגברים קשישים - באשפוז. ואולם, קיימים, ככל הנראה, הבדלים בנגישות שירותי הבריאות לנשים קשישות, ובתגובת מערכת הבריאות אליהן. כך, למשל, נשים קשישות שלקו במחלות לב ובמחלות כלי הדם של המוח הגיעו לבית-חולים מאוחר יותר מאשר גברים קשישים, ואף עברו פחות בדיקות לאיתור מקור האירוע. לכך עלולה להיות השפעה על תחלואה ומוגבלות בקרבן, כמו גם על נזקים בריאותיים לטווח ארוך.

מאפיינים וצרכים בתחום הרווחה

בנוסף לשינויים הבריאותיים והתפקודיים, אנשים חווים לעת זקנתם גם שינויים במצבם המשפחתי, התעסוקתי, הכלכלי והחברתי ולעתים קרובות נשים קשישות חוות שינויים אלה יותר מגברים קשישים.

דפוסי מגורים ותחושת בדידות

שלושים וחמישה אחוזים מהנשים הקשישות גרות לבד, לעומת 12% מקרב הגברים בני 65 ומעלה, מצב שיש בו כדי להגביר את תחושת הבדידות והמצוקה הנפשית שלהן. ואכן, 55% מהקשישות בארץ דיווחו על הרגשת בדידות לעיתים קרובות או מדי פעם, לעומת 37% מהגברים הקשישים. זאת, למרות שרוב הקשישות דיווחו כי הן מדברות בטלפון עם בני משפחה וידידים ואף נפגשות עמן.

הכנסה ומשאבים כלכליים: רמת ההכנסה בתקופה שלאחר היציאה לגמלאות מייצגת את אחד ההבדלים הבולטים בין גברים קשישים לבין נשים קשישות. שכן, היא מושפעת מדפוסי ההשתתפות שלהן בכוח העבודה במהלך החיים, ובתחום זה קיים אי-שוויון בולט בין המינים בממדים שונים. ראשית, שיעור הנשים שהשתתפו בכוח העבודה נמוך משיעור הגברים; שנית, רבות מהן עבדו פחות שעות מגברים, עובדה המשפיעה הן על גובה שכרן והן על הזכויות הסוציאליות שצברו; ושלישית, נשים מתרכזות בעיקר במקצועות בעלי הכנסה נמוכה יחסית. לפיכך, למרות שכל הקשישים מקבלים קצבת זיקנה מהביטוח הלאומי, רק 26.4% מנשים בנות 60 ומעלה, לעומת 51.8% מהגברים בגיל 65 ומעלה, מקבלות פנסיה תעסוקתית, המהווה נדבך הכרחי לקיום, יחד עם קצבת הזיקנה. יתר-על-כן, גם בגיל +65, 16% מהגברים הקשישים עובדים, לעומת 5% מהקשישות. לאור כל זאת, ובמקביל

לעלייה בתוחלת חייהן, עולה גם שיעור הקשישות המתקיימות ממשאבים מוגבלים, וההשפעה של רמת הכנסתן הנמוכה על מארג חייהן לא פחותה מהשפעת מצב בריאותן, תנאי מגוריהן ותמיכת בני המשפחה.

הכנה לפרישה: למרות העלייה במספרן של הנשים בכוח העבודה, ולמרות שבשביל אלה שפיתחו קריירה מקצועית יש לעבודה משמעות רבה, עדיין ניתנת תשומת-לב מועטה לפרישתן מהעבודה ולבעיות הנלוות לכך. רבות מהן גם לא יכלו לחסוך בתקופת עבודתן ולהכין משאבים לקראת הפרישה מאחר שהכנסותיהן היו נמוכות בתקופה זו. חלק מהמחסומים לחיסכון לקראת זיקנה ומוכנות כלכלית הם גם פסיכולוגיים, מתוך החשש לחשוב על הזיקנה, ומתוך תחושה שבן-זוגן ידאג לצורכיהן בעתיד.

פעילות פנאי, פעילות חברתית והתנדבות: ההשתתפות בפעילויות פנאי היא אחד הגורמים המשפיעים ביותר על איכות חייו של האדם. למרות זאת, רק 11% מהקשישים, ללא הבדלים מגדריים, עוסקים בפעילות התנדבותית; 18.5% משתתפים בחוגים לספורט, מחשבים, שפות, ומלאכת-יד (21% מהנשים ו-15% מהגברים); וכ-9.6% משתמשים באינטרנט (6.4% מהנשים ו-13.7% מהגברים). כדי להגביר את פעילות הפנאי בקרב הקשישות, על התכניות להתמקד בנושאים שמעניינים אותן, לתת להן תחושה שגם להן "מותר" להקדיש זמן לפנאי, וחשוב שפעילות פנאי תהיה גורם שמעצים אותן. בנוסף, חשוב לתת להן ידע ומידע, מיומנות וביטחון עצמי, כדי לאפשר להן לבחור את הפעילויות המועדפות עליהן. קיים צורך לפתח פעילויות ותחומי עיסוק לקבוצות של קשישות בעלות צרכים מיוחדים שלעתים קרובות מועדות במיוחד להידרדרות.

אלימות כלפי נשים קשישות: בסקר ארצי שנערך באוניברסיטת חיפה בשנת 2004 נמצא כי 18% מהקשישים היו חשופים לפגיעה אחת או יותר במהלך השנה שקדמה לסקר, כולל אלימות פיזית ומינית, התעללות מילולית, הגבלת חופש וניצול כלכלי. הסוג השכיח ביותר היה התעללות מילולית, ממנו סבלו 14% מהקשישים, ולעתים קרובות הוא היה משולב עם סוגים אחרים. בעוד שגברים נפגעו פגיעה מילולית בעיקר מבנות-זוגם, נשים נפגעו בנוסף לבני-הזוג גם מבני משפחה וממטפלים. שיעור גבוה מהן גרו בבית צפוף, היו צעירות יותר, לא יהודיות והשכלתן נמוכה יותר מזו של אלה שלא עברו התעללות מילולית. לפיכך, קיים צורך לפתח תכניות שיענו על צרכי קשישות בעלות השכלה נמוכה משום שהן המועדות ביותר להיפגעות; להגביר ההשתתפות של קשישות-צעירות, ולהתאים את התכניות מבחינה תרבותית. בנוסף, יש מקום לפתח תכנית לפעילות במערכת הזוגית ובמשפחה, שם מתרכזות רבות מההתעללויות.

דוגמאות לתכניות, לשירותים ולטיפולים ייעודיים לקשישות

לאחר סקירת מאפייני הקשישות, ופירוט הצרכים הייחודיים שלהן, אותרו תכניות שפותחו במקומות שונים בעולם, במטרה לנסות ולענות על צרכי הקשישות, במגוון רחב של תחומים, תוך התייחסות ליכולת היישום שלהם בישראל. להלן מספר דוגמאות.

פעילות גופנית: בפיתוח תכניות לפעילות גופנית לקשישים ולקשישות בקהילה מודגש היתרון שבשימוש בתשתיות ובשירותים קיימים תוך התאמתם לצרכים של קבוצות ספציפיות, כמו קשישות מוגבלות. כמו-כן, חשוב לתכנן למען הקשישות מגוון רחב של פעילויות תפקודיות ברמות שונות, להתאים הפעילויות ליכולתן ולרצונותיהן, ולהפריד בין הקבוצות השונות בחלק מהפעילויות. בעשור האחרון התרבו תכניות אימון בטאי-צ'י, המשפרות על פי המחקרים את הכוח והגמישות, האיזון, לחץ-הדם, וההערכה העצמית בקרב קשישים. בתכנית שהתמקדה בקשישות תשושות הפחית אימון בטאי-צ'י את הפחד מנפילות והגביר את יכולת התפקוד. כדי לענות על צרכי קשישות תשושות המתקשות לצאת מהבית, פותחו תכניות התעמלות מובנות לביצוע בבית, ברמות קושי שונות העולות עם הזמן, שכוללות תרגילים לחיזוק שרירים, לאיזון ולשיפור היציבה וההליכה. התכניות האלה מותאמות ברמה אישית, כאשר לשלב ההתאמה האישית יש חשיבות רבה. רצוי מאוד שהן ילוו בידי איש מקצוע שעוקב אחר הביצוע והתקדמות הקשישות, מדריך אותן ושומר את רמת המוטיבציה, ובמטרה למנוע פגיעות במהלך האימונים. כמו-כן, מוצע לתת לקשישות חוברת עם מידע מפורט והסברים על כל תרגיל. בנוסף, רצוי להפעיל תכניות כאלה בשיתוף פעולה עם המרפאה שבה הקשישות רשומות, כדי שיהיו להן תמיכה וגיבוי מידי הצוות במרפאה, משום שזה עשוי להגביר את ההיענות וההתמדה בקרבן. ממחקרים עולה כי בקרב קשישות חל שיפור לא רק בתחושת המסוגלות (self-efficacy), אלא גם ברווחתן (well-being) וברמת הפעילות שלהן בפעולות יום-יום אחרות.

צמצום אי-שליטה בסוגר השתן: תכניות להתאמת התנהגות בקרב נשים מבוגרות לצמצום מקרי אי-שליטה בסוגר השתן, חיזוק שרירי האגן ושיפור שליטת התרוקנות (voiding control), נערכו לרוב בהכשרה קבוצתית, הכוללת הרצאות ותרגול בידי בעלי מקצוע, הדרכה כיצד לשנות את אורח החיים ביחס לשליטה בשתן, עלוני הסבר ותרגול בבית. בחלק מהתכניות המשתתפים הוזמנו באמצעות פרסום באמצעי תקשורת, עלונים לרופאי משפחה ומפגשי מידע בקהילה, תהליך שעשוי להיות בעל ערך חינוכי בפני עצמו.

תכניות הכנה לפרישה: תכניות הכנה לפרישה צריכות להיות מותאמות היטב לאוכלוסיית היעד שלהן. הקורסים צריכים להתאים לרמת ההשכלה, למערך המשפחתי ולרקע של נשים, להרגלי החיים ולתעסוקה הקודמת שלהן. חשוב שהקורסים יתייחסו להשפעה הפסיכולוגית שעשויה להיות לפרישה, ויתנו בידי הנשים כוחות שיעצימו אותן בחייהן החדשים וכלים כדי להתמודד עם מצבים חדשים ולא מוכרים להן. בנוסף, קיים צורך ליידע נשים על אודות קיומן של תכניות כאלה ולעודד אותן לקחת בהן חלק. בארצות-הברית נכתבו בעשורים האחרונים ספרים וחברות, מקצתם ספרי הנחיות ("How-To" manuals) ובהם הנחיות לנשים, לעתים מפורטות ביותר, כיצד להתכונן לקראת הפרישה. גורמים אחרים ארגנו סמינרים ותכניות כדי לענות על צרכיהן של נשים הפורשות מעבודה.

הרחבת הידע של רופאי משפחה על צרכי הקשישות: לעתים קרובות קיים פער בין המידע הקיים על הצרכים הספציפיים של הקשישות, לבין דפוסי ההתנהגות של רופאי המשפחה כלפיהן. ניסיונות לשנות זאת באמצעות השתלמויות לא תמיד אפקטיביים, ולעתים קרובות אינם נוחלים הצלחה. דוגמה לתכנית מוצלחת היא תכנית לטיפול בקשישים הסובלים מאי-שליטה בסוגר השתן, נפילות או דמנטיה/ליקוי קוגניטיבי, שבה זוהו מי שסבלו מהבעיות, והן הוזמנו לפגישה מתוכננת עם הרופא

והתחילו בהתערבות ספציפית לטיפול בליקוי שנמצא. כמו-כן, במסגרת התכנית ניתן חומר חינוכי לקשישים ומערכת תמיכה בהחלטות הרופא והספקת חינוך מתמשך לרופאים.

גיוס לתכניות התערבות ושמירה על מעורבות המשתתפים בהן: למרות החשיבות שיש לתכניות התערבות לבריאותן ורווחתן של הקשישות, הן עלולות להיכשל עקב חוסר הצלחה לגייס אליהן משתתפות מתאימות שיפיקו מהן תועלת. זוהי סוגיה מוזנחת יחסית, מאחר שעל-פי-רוב המחקרים מתמקדים בתיאור התכנית ובתוצאותיה, ותשומת-לב מועטה מאוד ניתנת לאסטרטגיות לגיוס המשתתפות, ואף קיימים הבדלים בדפוסי הגיוס של נשים וגברים קשישים לתכניות. לדוגמה, בתכנית קהילתית של קבוצות הליכה, יותר נשים גויסו באמצעות שיחת טלפון מאשר גברים, והן אף גייסו את בעליהן. בין הגורמים המונעים מהן לעשות פעילות גופנית מנו הנשים כושר גופני מידרדר, מסת עצם נמוכה, חוסר זמן פנוי ובין הגורמים מדרבנים היו ציפייה לפחות כאבים, מודעות לתכניות קהילתיות חדשות, ודיווחים בכלי תקשורת על התועלת הבריאותית של התכניות.

השלכות הממצאים

בעבודה זו סקרנו את מאפייניהן של נשים קשישות בישראל, וריכזנו מידע תיאורטי ויישומי מתכניות שנעשו בישראל ובמקומות שונים בעולם, אשר ניסו לענות על צורכיהן הייחודיים של הקשישות. עתה נבחן את השלכות הממצאים על היבטים בתכנון שירותים לקשישות. אולם, בטרם נתמקד בנשים הקשישות, חשוב לציין כי מההשוואה בינן לבין הגברים הקשישים עולה, כי גם לאחרונים יש צרכים ייחודיים משלהם, וכי בחלק מהתחומים צרכי הקשישים והקשישות דומים במידה רבה, בחלקם דומים במידה מועטה, ובחלקם שונים. לפיכך, בבחינת ההשלכות של ממצאי הסקירה נתייחס בעיקר לנשים הקשישות, אולם, אין ספק כי יש צורך לבחון ולהעמיק גם בצורכיהם של הגברים הקשישים. בנוסף, יש לתת את הדעת לכך שהבדלים ביחס ובטיפול שניתנים במערכות הבריאות והרווחה לקשישים, מושפעים, מטבע הדברים, גם מגורמים רבים ארגוניים-מבניים כמו, למשל, אזור מגורים - פריפריה לעומת מרכז, אזור עירוני לעומת כפרי, וגורמים אחרים, ולא רק מגורמים אנדוגניים כמו מין וגיל.

מן הסקירה עולה כי לא ניתן להתייחס לכל הנשים בנות 65 ומעלה כאל קבוצת אוכלוסייה אחידה, וכי קיימים הבדלים גדולים ומשמעותיים בין תת-קבוצות בקרבן, וחלקן בעלות צרכים ייחודיים משל עצמן. כך, למשל, "קשישות-צעירות" שפרשו מהעבודה זה מקרוב, חלקן בעלות השכלה בינונית ומעלה ובעלות מרץ ועניין בחיים, עשויות להפיק תועלת במיוחד מתכניות ופעילויות שיסייעו להן לעבור באופן חלק לחיי פנסיה, להשתלב בפעילויות פנאי מהנות ומועילות, להתנדב, ולפתח מעורבות קהילתית וחברתית פוריה. "קשישות צעירות" אחרות לעומתן, כאלה שהן בעלות השכלה נמוכה יותר, שחלקן הגדול לא צברו תנאים סוציאליים ופנסיה במהלך חייהן (בין אם עבדו ובין אם היו עקרות בית), זקוקות במיוחד לתכניות שיתרמו להעלאת תחושת המסוגלות העצמית והערך העצמי שלהן. התכניות צריכות לכלול הדרכה בתחומים מעשיים ויישומיים כמו, למשל, ניהול כסף וחסכונות, שמירה על דפוסי התנהגות בריאה, הגברת הפעילות, ושילוב בפעולות התנדבות שמתאימות להן.

עוד עולה מהממצאים מהארץ ומהעולם כי נשים קשיות, הרבה יותר מאשר גברים קשישים, מעוניינות לקבל מידע, הסברים, פרטים וכלים להעמקת הידע וההבנה שלהן בתחומים הקשורים לבריאותן, לבריאות בני משפחתן, לשירותים העומדים לרשותן, ולנושאים רבים אחרים. ממצאים ממחקרים מלמדים כי נשים קשיות גם מעוניינות במידע ביחס לזכויותיהן, למשל, חוקי ירושה, צוואות והעברת זכויות בחייהן ולאחר מותן. לפיכך, כדאי לתת את הדעת לצורך להרחיב את השירותים למתן מידע באמצעות הרצאות, חוגים וחומרים בכתב שיענו על צרכיהן. בתחום זה ניתן לשלב מתנדבות, ובכלל זה קשיות שרכשו ידע ומיומנות בנושאים שונים במהלך חייהן.

תחום נוסף שנשים קשיות מעוניינות בו במיוחד הוא שמירה על הזיכרון ועל מצב קוגניטיבי תקין. בנוסף, מאחר שרבות מהן מטפלות בבני משפחתן, על-פי-רוב בני-זוג הלוקים במחלות ממושכות כמו דמנטיה או מחלה סופנית אחרת, הן זקוקות למידע על אודות שירותים שידריכו ויסייעו להן להתמודד עם הבעיות והקשיים הכרוכים בטיפול, ושיאפשרו להן להחזיק מעמד בתפקידן לאורך זמן, תוך צמצום השחיקה והעומס המוטל עליהן, ככל האפשר. הן גם זקוקות להדרכה ויידוע על אודות ארגונים שמספקים מידע והדרכה ביחס למחלות ספציפיות כמו, למשל, עמותת אלצהיימר או עמותת ללוקים בשבץ מוח. נראה שיש מקום להרחיב ולחזק התערבויות פסיכו-סוציאליות, כמו, למשל, קבוצות תמיכה ומתן ייעוץ פרטני ומשפחתי, באמצעות אנשי מקצוע ומתנדבות כאחד, שיעניקו תמיכה לקשיות הנושאות בעול לתקופות ארוכות, כאשר חלקן סובלות בעצמן מבעיות בריאות, קשיים בתפקוד ומפגיעה משמעותית ברווחתם הנפשית.

הממצאים אף מצביעים על כך שיש צורך לפתח תכניות בנושאי התנהגות מקדמת בריאות בקרב נשים בעלות מאפיינים ייחודיים, כמו למשל קשיות מארצות מוצא שונות. שכן, שיעור ההיארעות של תחלואת לב וכלי דם של המוח בקרב קשיות מצפון אפריקה, תימן ועיראק, הוא מהגבוהים בעולם ושיעור התמותה מסרטן השד גבוה במיוחד בקרב קשיות ערביות וקשיות חרדיות, ככל הנראה בשל גילוי מאוחר של המחלה עקב חוסר מודעות ואי-ביצוע בדיקות לגילוי מוקדם. לכן חשוב לפתח תכניות ייעודיות בתחום זה בקרבן, ובתחומים רלוונטים אחרים לקבוצות נשים אחרות.

בהקשר זה יצוין גם הצורך להרחיב את הפעילות למניעה ולצמצום שברי צוואר הירך בקרב קשיות. פעילות כזו מתקיימת אמנם בארץ כבר כיום, אולם נראה שיש מקום לבחון דרכים להרחבתה באמצעות כלים ותכניות, כמו, למשל, הדרכה לתזונה הולמת, בדיקות לאיתור מוקדם של ירידה בצפיפות מסת העצם וקבלת תרופות מתאימות, תכניות לפעילות גופנית המותאמות לנשים קשיות, עם או בלי אבחנה של אוסטיאופורוזיס, הרחבת השימוש במכשירים המגנים על הירכיים, בעיקר בקרב נשים המרבות ליפול, והרחבת הפעילות הגופנית בקרב נשים ששברו את הירך, בתקופת השיקום ולאחריה, בבית ובקהילה.

לאור בעיותיהן הרפואיות והתפקודיות הייחודיות של נשים, מצד אחד, והצרכים העצומים שלהן במידע, מהצד האחר, נראה שיש מקום להרחיב את הידע, ההבנה והמעורבות של מערכת שירותי הבריאות בקהילה, בראש וראשונה הרופאים, בצרכים הייחודיים של קשיות, ובמיוחד בתחום הרגשי. נראה שיש צורך לא רק להשקיע משאבים בהגברת המחויבות של הרופאים בשמירה על

בריאותן הפיזית והנפשית של הקשישות, אלא גם לפתח תכניות אשר ידגישו את החשיבות שיש להסברים ולמתן מידע לקשישים, ושיציגו בפני הרופאים את הכלים, השירותים, התכניות והפעולות שנעשות בקהילה למען הקשישים, שלרוב אינם מוכרים להם.

צורך נוסף העולה מסקירת המאפיינים האפידמיולוגיים של הקשישות בארץ והתכניות שהתפתחו במקומות אחרים בעולם למען קשישות המרותקות לביתן, הוא פיתוח תכניות שתגענה לביתם של קשישים, רובן נשים. שכן, בנוסף על הקשיים בניידות, יש להן צרכים בריאותיים וחברתיים שניתן לענות עליהם. אחד התחומים החשובים ביותר הוא התאמת תכנית לפעילות גופנית שתאפשר להן להמשיך להיות פעילות למרות מוגבלותן. ניתן לשלב בתכניות בעלי מקצועות בריאותיים כמו מרפא-בעיסוק או פיזיותרפיסט, שידריכו את הקשישות בביתן, יכתבו כלי הנחייה, וידריכו מתנדבות שיהיו בקשר קבוע ומתמשך עם הקשישות המרותקות לבית, ויעקבו אחר התקדמותן.

לסיכום, נשים חיות יותר שנים מגברים, חלק משמעותי מהן מתמודדות בשנים האחרונות לחייהן, בעיקר עם העלייה בגילן, עם תחלואה כרונית, עם מוגבלות פיזית, תפקודית ופסיכולוגית, עם בדידות ולעתים קרובות גם עם חסך כלכלי. הסקירה הנוכחית העלתה כיווני פעולה חדשים וצרכים לשילוב הנושא בפיתוח הפעילויות הקיימות.

דברי תודה

הדוח מבוסס על נתונים שנאספו במסגרת סקרים שנערכו במאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל בשנים האחרונות ובידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, ועל סקירת ספרות מדעית. אנו מכירים תודה לאנשים שקראו את הגרסאות השונות של הדוח על הערותיהם והארותיהם המועילות, ובמיוחד לג'ני ברודסקי, מנהלת תחום זיקנה במאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל.

תודה לכל חברינו במכון ברוקדייל אשר סייעו במהלך העבודה בעצות ובהערות. תודה חמה לבלהה אלון שערכה את הדוח ברוב שכל; לג'ני רוזנפלד, מנהלת יחידת הפרסומים על הערותיה והארותיה המועילות; ללסלי קליינמן, על ההפקה וההבאה לדפוס; ולאילנה פרידמן שסייעה בהדפסה.

תוכן עניינים

1	1. מבוא ומטרת הדוח
2	2. מאפיינים דמוגרפיים של נשים קשירות
3	3. מצב בריאות ותפקוד
3	3.1 תחלואה
6	3.2 תפקוד ומוגבלות
7	3.3 מצב בריאות נתפש
8	3.4 תחלואה ייחודית לנשים
11	3.5 דפוסי התנהגות בריאה
14	3.6 דפוסי שימוש בשירותי בריאות, נגישותם ומחסומי נגישות שירותי בריאות ייחודיים לנשים
15	4. מאפיינים וצרכים של קשירות בתחום הרווחה
15	4.1 דפוסי השתתפות בכוח העבודה במהלך החיים ובזקנה
16	4.2 הכנסה ומשאבים כלכליים
17	4.3 הכנה לפרישה
17	4.4 פעילות פנאי, פעילות חברתית והתנדבות
18	4.5 אלימות כלפי נשים קשירות
19	4.6 צרכים של קשירות המטפלים בחולי דמנטיה
20	5. דוגמאות לתכניות לשירותים ולטיפולים יעודיים לקשירות
20	5.1 פעילות גופנית
22	5.2 צמצום אי-שליטה בסוגר השתן
23	5.3 תמיכה רגשית וחברתית
23	5.4 אימון קוגניטיבי
24	5.5 תכניות הכנה לפרישה
25	5.6 קבלת מידע והסברים
26	5.7 הרחבת הידע, ההבנה והמעורבות של רופאי משפחה
26	5.8 גיוס לתכניות התערבות לפעילות גופנית ושמירה על מעורבות המשתתפים בהם
28	6. השלכות הממצאים
31	רשימת מקורות
39	נספח

רשימת לוחות בנספח

39	לוח 1: מאפיינים דמוגרפיים של כלל הקשירות, לפי מין
40	לוח 2: מאפיינים בריאותיים של כלל הקשירות, לפי מין
43	לוח 3: מאפיינים חברתיים וכלכליים של כלל הקשירות, לפי מין

1. מבוא ומטרת הדוח

עד כמה משפיעים הבדלים מגדריים על איכות החיים בעת זיקנה? שאלה זו מעסיקה חוקרים מהאקדמיה כגון ביולוגים, אפידמיולוגים, דמוגרפים וסוציולוגים, אך היא זוכה לפחות תשומת לב מקובעי מדיניות רווחה ובריאות, מספקי שירותים, ממנהלים, ומבעלי מקצועות יישומיים כגון רופאים ואחיות. בחינת הקשר בין תוחלת החיים לבין מצב בריאות ותפקוד לבין מגדר מלמדת על פרדוקס לפיו, בעוד שתוחלת החיים של נשים ארוכה מזו של גברים, הן מדווחות על יותר תחלואה כרונית, ואף משתמשות ביותר שירותי בריאות מאשר גברים, וכתוצאה מכל אלה הן חיות יותר זמן מגברים במצב של תחלואה ומוגבלות (Manton, 1997a, 1997b). בחברה שבה רוב הקשישים הן נשים, לא ניתן להתעלם מתוצאות השינויים הדמוגרפיים והאפידמיולוגים, המניבים קהילות גדולות של קשישות. במקביל, גברים ונשים עוברים במהלך החיים התנסויות ותהליכים חברתיים, כלכליים ותרבותיים שונים, כמו, למשל, תפקיד שונה במשפחה, או העובדה שהכנסותיהן של רוב הנשים במהלך חיי העבודה ולאחר הפרישה נמוכות מאלה של גברים. לאור זאת, קיים הכרח לבחון מהם הצרכים של הקשישות ומהם הכלים והשירותים הרלוונטיים שעשויים לענות לצרכים אלו.

החוק בישראל מקנה לנשים שוויון מלא בזכויות האזרח, ומאז הקמת המדינה אנו עדים לחקיקה נרחבת לקידום השוויון בין המינים בתחומים שונים. ראוי לאזכר את זכותם של שני המינים לפרוש לפנסיה בגיל קבוע בחוק, ואת חוק שוויון הזדמנויות בעבודה האוסר אפליה על רקע מין והגנה מפני ניצול מעבידים, וחוקים אחרים. גם התיקון לחוק שיווי זכויות האישה שהתקבל בכנסת בשנת 2001, מהווה נדבך חשוב להשגת שוויון בחברה הישראלית. בנוסף, הביטוח הלאומי פיתח תכניות ייעודיות לשיפור מצבן הכלכלי של נשים בשוק העבודה ובמסגרת הבית אם הן ממלאות תפקידי טיפול והשגחה. לאור חוקים אלה ואחרים, מקובל לחשוב שהאישה בישראל נהנית משוויון בין המינים גדול יותר מאשר במקומות אחרים בעולם. אולם, מחקרים ונתונים רבים מלמדים כי בממדים רבים, מעמדה אינו שוויוני יותר מאשר בארצות מערביות אחרות, וכי הנשים בישראל עדיין מופלות לרעה וסובלות מחוסר שוויון בולט (שובל ואנסון, 2000, גרוס וברמלי-גרינברג, 2000). המחקר העוסק במעמדן של נשים בישראל וההשלכות שיש להפלייתן על מצבן הבריאותי והחברתי מועט יחסית, והמחקר על אודות ההשפעה הזו על נשים קשישות מועט עוד יותר.

מטרתו של דוח זה היא להציג את ההבדלים בין גברים ונשים בעת זקנתם, לזהות ממדים המושפעים ממינו של האדם, לבחון האם לנשים קשישות הגרות בקהילה יש צרכים ייחודיים, להצביע עליהם ועל מקורותיהם, ולהציג דוגמאות של תכניות ושירותים שעשויים להתמודד עם הצרכים האלה ולענות עליהם, כדי לשפר את איכות חייהן של הקשישות. עם זאת, נדגיש כבר בתחילת הדוח, כי לא תמיד ניתן לומר בוודאות כי "זה קרה בגלל שהיא אישה ולא גבר" וכי לעתים, צורכיהם ומצוקותיהם של נשים וגברים קשישים דומים ואינם ניתנים להבחנה מוחלטת.

בתחילת הדוח נציג בקצרה את המאפיינים הסוציו-דמוגרפיים של נשים קשישות בארץ בהשוואה לגברים קשישים, ונבחן את משמעות ההבדלים ואת השלכותיהם על צרכי הקשישות. נסקור את מצב הבריאות, התחלואה, התפקוד והמוגבלות בקרב נשים קשישות, את דפוסי ההתנהגות הבריאותית שלהן ואת השימוש שהן עושות בשירותי בריאות. לאחר מכן ייסקרו הצרכים והמאפיינים של נשים

קשישות בתחום הרווחה, ובכלל זה תהליך פרישתן מעבודה, אלימות כלפיהן, הרגלי בילוי זמן, העומס המוטל עליהן בטיפול בבני משפחה אחרים ומרכיבים אחרים. במהלך ההשוואה בין נשים לגברים קשישים, נבחן את ההשלכות שיש להבדלים המגדריים על צורכי הקשישות. לבסוף, נציג תכניות התערבות המתמקדות בצורכי הקשישות, ובפרק האחרון נבחן את ההשלכות שיש לממצאים על כיווני פעולה אפשריים ורצויים לפיתוח שירותים שיענו על צרכיהן הייחודיים של נשים קשישות.

2. מאפיינים דמוגרפיים של נשים קשישות

בשנת 2003 היו בישראל 670 אלף איש בני 65 ויותר, מתוכם 57.5% נשים (385,000) ו-52.5% גברים (285,000). בקרב בני 75 ומעלה היו הנשים כ-60%. שיעור הנשים בקרב כלל הקשישים נמצא בעלייה מתמדת. כך, למשל, בשנת 1970 הן היו 50.6% מהקשישים, ובשנת 1990 55.3% מהקשישים (למ"ס, שנתון סטטיסטי, 2003). תחזיות ביחס לגודל אוכלוסיית הקשישים בעתיד מלמדות כי מספרם עשוי להגיע לכדי 1,176,000 נפש בשנת 2025, כאשר 655,100 מתוכם (55.7%) נשים (למ"ס, 2004). בשנת 2003 היוו הקשישות הערביות רק 54.1% בקרב הערבים בני 65 ומעלה, וגם שיעורן נמצא בעלייה בעשורים האחרונים, אם כי מתונה יותר. עוד יצוין כי בקרב העולים מברית-המועצות לשעבר הנשים מהוות 61% מקרב בני 65 ומעלה, ו-66% מקרב בני 75 ומעלה (למ"ס, שנתון סטטיסטי, 2003).

כידוע, תוחלת החיים של נשים גבוהה מזו של גברים, עקב הבדלים ביולוגיים והתנהגותיים כאחד, ובשנת 2002 היא עמדה על 81.5 שנים לנשים ו-77.5 לגברים. תוחלת החיים בגיל 65 עמדה על גיל 84 בממוצע לנשים ו-82 לגברים. דהיינו, למי שהגיעה לגיל 65 נותרו 19.1 שנים בממוצע לעומת 17.1 לגברים (למ"ס, שנתון סטטיסטי, 2003). תוחלת החיים של לא-יהודים בישראל, גברים ונשים, נמוכה בשנתיים עד שלוש מזו של היהודים, ויציבה בעשור האחרון. הפער בתוחלת החיים בין המינים בישראל הוא מהקטנים בעולם, ולפיכך, שיעור בנות 65 ומעלה בישראל נמוך בהשוואה לשיעורן במדינות אירופה ואמריקה. כך, למשל, בשנת 2003 שיעור הקשישות ברוסיה היה הגבוה ביותר ועמד על 69% מקרב בני 65+, שיעור הקשישות בארצות-הברית עמד על 58.5%, בעוד שבאוסטרליה, יוון ומרוקו שיעורן היה נמוך יותר מאשר בישראל, בסביבות 55% מכלל הקשישים (US Bureau of the Census, International Data Base, 2003).

רובם המכריע (96%) של הקשישים גרים בקהילה, ושיעור הגברים מעט יותר גבוה משיעור הנשים (97.3% ו-94.8% בהתאמה). בשנת 2003 הגיע מספר הקשישות בקהילה ל-365,000 נפש (שיעור המיסוד בקרב נשים עמד על 5.1% לעומת 2.7% בקרב גברים) (למ"ס, קובצי האוכלוסייה, 2003). רובם המכריע של הקשישים היהודים (94%) גרים ביישובים עירוניים, מחציתם במרכז הארץ, אולם קיימים הבדלים בשיעור הקשישים בערים שונות. בנוסף, יש לתת את הדעת לכך שבחלק מהיישובים העירוניים, לאו-דווקא הגדולים בהם, יש שיעור גבוה של קשישים עולים מברית-המועצות. כרבע מהקשישים גרים לבד, אולם בקרב הנשים הזקנות השיעור מגיע לכדי 36% (למ"ס, קובצי האוכלוסייה, 2003). למרות שרמת ההשכלה של הקשישים נמצאת בעלייה מתמדת, בשנת 2003 רק 26% מהקשישות הן בעלות השכלה על-תיכונית לעומת 32% מהקשישים הגברים. בהתאם לכך שיעור הקשישות בעלות ארבע

שנות לימוד או פחות גבוה משיעור הגברים (22% ו-14% בהתאמה) (למ"ס, קובצי האוכלוסייה, 2003). למעלה ממחצית (57.8%) הקשישים נשואים, עם הבדלים גדולים ומשמעותיים בין גברים (79.7% מהם) לנשים (41.6% מהן). לפיכך, בעוד ש"רק" כרבע מהקשישים גרים בגפם, השיעור בקרב הנשים מגיע לכשליש (35.5%) מהן, לעומת כעשירית מהגברים (11.7%) (למ"ס, סקרי כוח אדם, 2003). בבחינת הגירה, מקרב כמיליון עולים שהגיעו לישראל בעשור שבין שנת 1990 ל-2002, רובם מברית-המועצות לשעבר, היוו הנשים 53%, והיחס הזה דומה ליחס העולמי בקרב מהגרים ממזרח אירופה (אך שונה מהיחס בין גברים ונשים מהגרים בעולם, שבו יש שיעור גבוה יותר של גברים). בקרב הקשישים העולים היה שיעור הנשים הרבה יותר גבוה, 61.4% מכלל בני 65 ומעלה, ובקרב בני 80 ומעלה מגיע שיעורן לכדי 69% מכלל הקשישים (למ"ס, קובצי האוכלוסייה, 2003) (לוח 1 בנספח).

3. מצב בריאות ותפקוד

אחד המרכיבים המרכזיים בהזדקנותם של גברים ונשים כאחד הנו השינויים המתרחשים במצב בריאותם ובכושר תפקודם, עובדה שיש לה השפעות משמעותיות - פיזיולוגיות ופסיכולוגיות - על איכות חיהם, עם הבדלים בין המינים. ההידרדרות במצב הפיזי של קשישים הוא אחד הנושאים העיקריים שבו מושקעים מחקר, פיתוח ותקציבים, במטרה לבנות תכניות למניעה ולעיכוב של הידרדרות תפקודית. בפרק זה נסקור את מצב בריאותן של הנשים הקשישות, את מצבי הבריאות והתחלואה העיקריים המאפיינים אותן, את דפוסי ההתנהגות הבריאותית שלהן ואת דפוסי השימוש שלהן בשירותי בריאות, ונבחן את ההשלכות שיש לכך על איכות חייהן.

3.1 תחלואה

שיעורי התחלואה האקוטית והכרונית בקרב נשים גבוהים יותר מאשר בקרב גברים, והן אף חולות במחלות הפוגעות יותר באיכות חייהן (Swirski & Kanaanch, 1998). נתוני סקר קשישים של הלמ"ס משנת 1997 מלמדים כי אחרי גיל 65 עולה שיעור הנשים החולות בשש מחלות כרוניות לפחות על שיעור הגברים. כמו-כן, שיעור יותר גבוה של נשים מאשר גברים (יהודים) דיווחו שרופא איבחן אצלם אי-פעם את המחלות הבאות: יתר-לחץ-דם, אסטמה ומחלות ריאה אחרות, בעוד שבקרב הגברים דווח על שיעור יותר גבוה של אוטם שריר הלב, שבץ מוח וכיב במערכת העיכול (לוח 2 בנספח). דפוסי התחלואה בקרב קשישים לא-יהודים שונים במידת-מה, ואצלם, הפער בין המינים בשיעור הלוקים ביתר-לחץ-דם הרבה יותר גדול, לרעת הנשים, ושיעור המדווחות על מחלות לב (מלבד אוטם) גבוה משיעור הגברים. גם נתוני סקר בריאות (למ"ס, 2000) מלמדים כי יותר נשים מגברים בני 65 ומעלה דיווחו שרופא איבחן אצלם אי-פעם חלק גדול מהמחלות הכרוניות (יתר-לחץ-דם, אסטמה, מחלות ריאה, וסרטן), ורק לגבי מחלות לב, שבץ מוח, ומחלות ריאה, שיעור הגברים גבוה משיעור מהנשים. שיעור הלוקים בסוכרת דומה בשני המינים. ממצאים אלה מאומתים במחקר המעקב שערכו פרופ' מודן ועמיתיו (Benyamini et al., 2003), אשר מצאו כי בנוסף למחלות שאוזכרו לעיל, אחוז הנשים בגיל 75-94 שדיווחו על דיכאון, כפול מאחוז הגברים באותו גיל. גם שטסמן וחבריו מצאו במחקר מעקב אחרי קשישים בירושלים שכל מצבי הבריאות שנחקרו היו שכיחים יותר בקרב נשים מאשר בקרב גברים, וההבדל הבולט ביותר בין המינים נמצא בתחלואה הקשורה לשלד ולשרירים, הגורמת

לכאבים ולמוגבלות בתנועה ובתפקוד (Stessman et al., 1996). בניתוח אחר של אותו מחקר נמצא כי ליקוי בקצב הלב קשור עם תמותה בקרב נשים אך לא בקרב גברים (Perk et al., 2003). בסקר שהסתיים לאחרונה במאיירס-ג'וינט מכון ברוקדייל נמצא כי 16.7% מהקשישים לוקים בדמנטיה (ברמות שונות), והשיעור מגיע ל-19% בקרב נשים לעומת 13.6% בקרב גברים (ורטמן ואחרים, 2005).

בישראל, כמו במדינות מערביות אחרות, נשים וגברים מתים מאותן הסיבות - מחלות ממאירות, מחלות לב ומחלות כלי דם של המוח - אשר מהוות ביחד כשני-שלישים מסיבות המוות (למ"ס, 2000). עד גיל 65 שיעור התמותה מהמחלות האלה נמוך יותר בקרב נשים בהשוואה לגברים, אולם מגיל 65 והלאה (ובחלק מהמחלות עוד קודם לכן) חל שוויון כמעט מלא בין המינים. יתר-על-כן, בעוד ששיעורי התמותה בחלק מהמחלות יורדים בעשורים האחרונים, בקרב נשים יותר מאשר בקרב גברים, הרי ששיעורי היארעות של אוטם חריף של שריר הלב, אסטמה ופגיעות חיצוניות, עולים בקרב נשים, ומתקרבים לאלה של גברים. בין הסיבות לכך ניתן למנות התרחבות התנהגות מסכנת בריאות בקרב נשים כמו, למשל, עישון, חוסר טיפול ביתר-לחץ-דם ואי-הענות להמלצות רפואיות. גם נגישות שירותי בריאות ירודה עלולה להשפיע על תחלואה ותמותה בקרב הקשישות, כמו גם יחסה של מערכת הבריאות כלפיהן, שלעתים הוא שונה מהיחס כלפי הגברים. להלן נביא שתי דוגמאות של סקרים שנערכו בשנים האחרונות בישראל, המדגימים פערים מגדריים בתחלואה, במודעות למחלה ובנגישות שירותי הבריאות.

סקר ארצי לבחינת שיעור ההיארעות ודפוסי טיפול בחולים עם שבץ מוח שנערך בשנת 2004 (Bornstein & Tanne, 2004) העלה, כי בכל שנה מתקבלים לבתי-החולים בארץ כ-12,000-13,000 מקרי שבץ מוח, 47% נשים ו-53% גברים. הגיל הממוצע הוא 73, כחמישית בני 60 או פחות, והגיל הממוצע של הנשים גבוה משל גברים (73 ו-68 בהתאמה, בקרב הלוקים בשבץ איסכמי המהווה 89% מכלל סוגי השבץ). שיעור גבוה מהלוקים בשבץ מוח, משני המינים, סבלו מגורמי סיכון למחלה. לאחר תיקון לגיל, יותר נשים סבלו מיתר-לחץ-דם גבוה (78% ו-69% בהתאמה), מרמות גבוהות של שומני הדם (46% ו-43% בהתאמה) ומפרפור פרוזדורים (12% ו-19% בהתאמה). גברים, לעומת זאת, סבלו יותר מנשים מגורמי סיכון כמו עישון (24% ו-11% בהתאמה), מחלות העורקים הפריפריים (9% ו-6% בהתאמה), משבץ לב בעבר (21% ו-11% בהתאמה) ומאנגינה פקטוריס (18% ו-13% בהתאמה). רק 7% מהנשים עברו ניתוח מעקפים (CABG) לפני אירוע השבץ, לעומת 16% מהגברים. גם בבחינת אמצעי ההגעה לבית-חולים נמצאו הבדלים בין המינים, לפיהם, 44% מהגברים ורק 38% מהנשים הגיעו לבית-חולים בעצמם או שבני משפחה הביאו אותם במכונית פרטית. לעומת זאת, יותר נשים מגברים הגיעו לבית-חולים באמבולנס (53% ו-45% בהתאמה). עובדה זו עשויה להצביע על הבנה מאוחרת כי הן לוקות במחלה חמורה, ולכן הן פנו לבית-חולים רק אחרי שמצבן הידרדר. זאת ועוד, לאחר שאושפזו, שיעור יותר נמוך מהנשים לעומת הגברים עברו כל אחת ואחת מהבדיקות לבירור סיבת השבץ (למשל דופלקס של הקרוטיס, דופלר מוחי, אנגיוגרפיה, CT ו-MRI, ובדיקות אחרות). התמותה תוך שבוע ותוך חודש הייתה דומה בין המינים ועלתה עם הגיל, אך שיעור התמותה לאחר שלושה חודשים היה גבוה יותר בקרב נשים לעומת גברים (14.3% ו-11.9% בהתאמה).

בסקר ארצי אחר לבחינת שיעור ההיארעות והטיפול בלוקים במחלות לב (acute coronary syndromes) שנערך בשנת 2002 (Ifrah et al., 2002), עלה כי בכל שנה מתקבלים לבתי-חולים בארץ כ-12,000 אנשים עקב מחלות לב חריפות, 77% גברים ו-23% נשים. הגיל הממוצע של הנשים גבוה באופן משמעותי משל הגברים: 70.5 ו-62.4 בהתאמה. עד גיל 65 שיעור הגברים הלוקים בשבץ לב הרבה יותר גבוה משיעור הנשים, אולם בקרב כלל הקשישים המגמה מתהפכת, ושיעור הקשישות גבוה משיעור הקשישים (71% מקרב כלל הנשים הלוקות בשבץ לב אחרי גיל 65, לעומת 40% מקרב כלל הגברים). בבחינת ההיסטוריה הרפואית עולה כי יותר גברים מנשים סבלו משבץ לב קודם ומאנגינה פקטוריס, ועברו בירורים וטיפולים חודרניים כמו PCI או CABG. זאת, למרות שבתיקון לגיל, יותר נשים סבלו מיתר-לחץ-דם גבוה (71% ו-41% בהתאמה), מאשר גברים. הגברים, לעומת זאת, סבלו יותר מנשים מגורמי סיכון של עישון והיסטוריה משפחתית. גם בבחינת אמצעי ההגעה לבית-חולים עולים הבדלים בין המינים, לפיהם, 40% מהגברים ורק 34% מהנשים הגיעו לבית-חולים בעצמם או שהובאו במכונית פרטית, בעוד שיותר נשים מגברים הגיעו לבית-חולים באמבולנס (57% ו-53% בהתאמה). בדומה לשבץ מוח, ייתכן שגם במקרה זה הנשים ובני משפחתן לא מודעים לכך שהן לוקות בשבץ לב, ולכן הזמינו אמבולנס רק לאחר שמצבן הידרדר. זאת ועוד, בבחינת משך הזמן שבין הופעת הסימפטומים לבין קבלת הטיפול בבית-חולים, תקופה שעלולה להיות קריטית, נמצאו הבדלים בין המינים לרעת הנשים. הן קיבלו טיפול 120 דקות בממוצע לאחר הופעת סימני המחלה, לעומת 90 דקות בממוצע בקרב גברים. לא נמצאו אמנם הבדלים בין המינים במשך זמן ההגעה לבית-חולים (שהיה ארוך למדי), אולם משך הזמן בין הכניסה לחדר מיון לבין הקבלה למחלקה היה 77 דקות לגברים ו-100 דקות לנשים. מקרב החולים שקיבלו PCI ראשוני (18% מכלל המגיעים למיון), ניתן טיפול לגברים 83 דקות בממוצע לאחר ההגעה, ולנשים - 127 דקות בממוצע. לא נמצא הבדל בדפוסי הטיפול התרופתי, אולם פחות נשים מגברים עברו טיפולים כמו טרומבוליזה, אנגיוגרפיה קורונרית, ו-CABG בזמן האשפוז, ופחות נשים מגברים עברו בדיקות ייעודיות לבירור הפתולוגיה. שיעורי התמותה, מתוקנים לגיל ולגורמי סיכון, היו כפולים בקרב נשים לעומת גברים. תוך שבוע נפטרו 8.8% מהנשים ו-3.4% מהגברים, לאחר חודש נפטרו 11.5% מהנשים ו-5.5% מהגברים, ואחרי חצי שנה 17.6% מהנשים ו-8.8% מהגברים.

ממצאים אלה מלמדים כי רבות מהקשישות אינן מודעות למצבן ולגורמי הסיכון למחלות לב וכלי דם של המוח, וייתכן מאוד שהן גם לא דיברו עם רופא המשפחה שלהן ולא קיבלו הנחיות כיצד להתנהג. יש הטוענים כי גורם משמעותי לעלייה בשיעורי התחלואה הכרונית והמוגבלות בקרב קשישות הוא היעדר מודעות לגורמי סיכון למחלות קשות. ואכן, גם סקרים ממקומות אחרים מלמדים כי המודעות והידע ביחס למחלות לב, ובמיוחד ביחס למחלות כלי הדם של המוח (שבץ מוח), נמוכים בכל האוכלוסייה, אולם הם נמוכים במיוחד בקרב נשים קשישות, למרות שהן נמצאות בסיכון הכי גבוה ללקות בשבץ מוח בגיל גבוה. לאור זאת, קיים צורך למקד למען הקשישות תכניות חינוך לבריאות בנושא שבץ מוח, הן בנושא גורמי הסיכון למחלה, הן לגבי זיהוי מוקדם שלה וכיצד לנהוג, והן לגבי תוצאותיה המאוחרות.

מומחים רבים אכן בוחנים את השאלה, כיצד לעצור את מגפת מחלות הלב וכלי הדם של המוח בקרב נשים קשישות, משום שלדעתם, למעלה ממחצית התחלואה והמוגבלות ממחלות אלה ניתנות למניעה. ואולם, לשם כך יש צורך להשקיע מאמצים כדי להשפיע על הקשישות לנהוג בהתאם להנחיות מקובלות ומבוססות מדעית. חשוב, למשל, לשכנע אותן להשתתף בקבוצות לפעילות גופנית ולעשות פעילות גופנית בעצמן, לאכול אוכל שמתאים להן, להוריד במשקל במידת הצורך, להקפיד בשתייה ולהכיר את ההתוויות התרופתיות שלהן. דפוסי ההתנהגות האלה צריכים אמנם להתחיל בגיל הרבה יותר צעיר ולהימשך כל החיים, אולם חשוב להדגיש לקשישות שיש להמשיך בהם, או להתחיל בגיל מאוחר. המלצות החוקרים הן להתחיל במאמצי שכנוע והסברה על אודות המחלה באמצעות המדיה, ובמיוחד בזמן תכניות שחביבות על קשישות. בתחום זה ניתן ללמוד לדבריהם, ממסעי הפרסום למלחמה בסרטן השד, אשר הצליחו הרבה יותר מהמלחמה במחלות כלי הדם של הלב והמוח, למרות שמחלות אלה יותר קטלניות בקרב קשישות (The Lancet, 2003).

בבחינת מחלות פסיכיאטריות עולה כי יותר גברים מנשים עד גיל 65 מאושפזים באשפוז יום ובאשפוז פסיכיאטרי מלא, אך הפער בין המינים מצטמצם עד לשינוי המגמה בגיל 65 ומעלה, שאז שיעור הנשים גבוה משיעור הגברים. כך, למשל, בסוף שנת 2003 היו 6,404 מטופלים בני 65 ומעלה בטיפול פסיכיאטרי באשפוז ובקהילה, כאשר 38% מתוכם גברים ו-62% נשים. בבחינת שיקום פסיכיאטרי בקהילה בסוף שנת 2003 היו 1,054 משתקמים בגיל 65 ומעלה, מתוכם 48% גברים ו-52% נשים, וזוהי קבוצת הגיל היחידה שבה יש יותר נשים משתקמות מגברים משתקמים. בנוסף, בשנת 2003 התקבלו לאשפוז מלא בבתי-חולים פסיכיאטריים ומחלקות פסיכיאטריות בבתי-חולים כלליים, 1,316 בני 65 ומעלה, 37% מהם גברים ו-63% נשים. יצוין כי בכל שאר קבוצות הגיל היחס הפוך, כאשר גברים מתאשפזים יותר מנשים (משרד הבריאות, 2004א).

3.2 תפקוד ומוגבלות

אחד הגורמים העיקריים המשפיעים על איכות חייהם של הקשישים היא יכולתם לבצע פעולות יום-יום ולדאוג לצורכי גופם וביתם באופן עצמאי. מסקר בריאות של הלמ"ס (2000) עולה כי 15.5% מהנשים ו-9.1% מהגברים בני 65 ומעלה היו מוגבלים בשנת 1997 בביצוע פעולה אחת מפעולות יום-יום (רחצה, לבישה, אכילה, ישיבה וקימה מכיסא, עלייה וירידה מהמיטה ושליטה בסוגר השתן). אחוז המוגבלים בביצוע פעולה יום-יומית אחת לפחות עולה משמעותית עם העלייה בגיל, ומגיע לכדי 24% בקרב נשים ו-14% בקרב גברים בני 75 ומעלה, לעומת 9.4% בקרב נשים ו-8% בקרב גברים בני 65-74. בבחינת ניידות, 14.7% מהקשישים היו מוגבלים בניידות, 18% מהנשים, ו-10% מהגברים. גם בתחום זה חלה עלייה תלולה עם העלייה בגיל - 27.5% מקרב נשים ו-15.6% מקרב גברים בני 75 ומעלה, לעומת 12% מקרב נשים ו-6.5% מקרב גברים בני 65-74 שנים. אומדנים שנערכו במסגרת "משאב", בהתבסס על סקר קשישים משנת 1997 מלמדים על עלייה בשיעורי מוגבלות ועל המשך ההבדלים בין המינים. בשנת 2003, כ-16% מהקשישים (הגרים בקהילה ובמוסדות כאחד) היו מוגבלים בביצוע פעולות ADL, ושיעורם הגיע ל-19% בקרב נשים ו-12% בקרב גברים. בבחינת פעולות ADL עולה כי 11% לא יכלו להתרחץ לבד, 6.5% לא יכלו להתלבש לבד, וכ-4% לא יכלו לעבור ממיטה לכיסא או לקום מכיסא לבד.

אחד המדדים החשובים כבסיס לשיפור איכות החיים של קשישים, הוא תוחלת חיים ללא מוגבלות. למדד בריאות כזה יש חשיבות רבה דווקא לקשישות לאור תוחלת חייהן הגבוהה, מחד, ושיעור המוגבלות בקרבן, מאידך. עם זאת, יש לציין שהבנת הגורמים המשפיעים על חיים ללא מוגבלות מסייעת להבנת הצרכים של שני המינים, ומשמשת בסיס מיוזע לפיתוח כלים, טיפולים ושירותים שעשויים לדחות התפתחות של מוגבלות והידרדרותה בקרב הקשישים. מספר קבוצות חוקרים מנסות כיום להבין כיצד ניתן לצמצם את משך החיים עם מוגבלות (למשל, Jacobzone, 2000) כדי שניתן יהיה להביא לא רק לחיסכון כלכלי בזכות צמצום השימוש בשירותי בריאות, אלא גם לשיפור משמעותי באיכות החיים. במחקר שערכו Belanger ועמיתיו (2002) בקנדה, הם השוו את השפעת גורמי סיכון לתחלואה (ובכלל זה השכלה, הכנסה ומדד חברתי), דפוסי התנהגות בריאות (ובכלל זה פעילות גופנית, BMI, ועישון), ומדדי תחלואה כרונית (ובכלל זה אריתריטיס, סוכרת וסרטן), על תוחלת החיים ועל תוחלת החיים ללא מוגבלות בקרב קשישים וקשישות קנדיים. ממצאיהם מלמדים כי גורמי הסיכון למוגבלות בקרב נשים היו סוכרת, אריתריטיס וחוסר פעילות גופנית, בעוד שבקרב גברים, בנוסף לסוכרת ולאריתריטיס, העישון היווה גורם סיכון נוסף.

בנוסף למוגבלות בתפקוד ובניידות, שיעור לא מבוטל מהקשישים לוקים בבעיות בחושים. כך, למשל, 34% מכלל הקשישים מדווחים על בעיות בראייה, ושיעורם גבוה בקרב נשים לעומת גברים (39% ו-28% בהתאמה); ובעיות בלעיסה (31% מכלל הקשישים, 33% נשים ו-29% גברים). בעיות בשמיעה, לעומת זאת, שכיחות יותר בקרב גברים קשישים מאשר בקרב קשישות (28% מכלל הקשישים, 31% בקרב גברים ו-26% בקרב נשים). כמו-כן, 16.5% מהקשישים דיווחו על אי-שליטה על סוגר השתן (19% מהקשישות ו-13% מהקשישים) (למ"ס, 1997/8).

3.3 מצב בריאות נתפס

מחקרים מהעולם ומישראל מלמדים כי נשים תופסות את מצב בריאותן כפחות טוב מאשר גברים, מדווחות על יותר סימפטומים מאשר גברים, ועושות יותר שימוש בשירותי בריאות. כך, למשל, מנתוני סקר חברתי של הלמ"ס לשנת 2002 עולה, כי 40% מכלל הקשישים דיווחו שמצב בריאותם טוב או טוב מאוד בדרך כלל, אולם רק 36% מהנשים דיווחו כך לעומת 45% מהגברים. השיעור בשני המינים יורד עם העלייה בגיל. במקביל, 23% מהנשים דיווחו כי מצב בריאותן בכלל לא טוב לעומת 16% מהגברים. הסיבות לכך נבחנו במחקרים רבים, אשר לימדו שאירועים במהלך החיים שבין גרות לזיקנה קשורים לכך, ובהם עבודה מחוץ לבית ופיתוח קריירה מקצועית בקרב הגברים לעומת היות האישה עקרת בית, כאשר הדעה הרווחת היא, שהעבודה מהווה משאב מקדם בריאות, בעוד שעבודת הבית כעיסוק עיקרי מהווה גורם סיכון (Lewin-Epstein, 1990). בבחינת תמיכה משפחתית ותמיכת בני-זוג הועלתה השערה ששנים תומכות בבני-זוגן יותר מאשר הגברים, וכי הן מקפידות יותר לתת לבני-זוגן תרופות וטיפול הולם לאחר אירוע קשה. סוציולוגים ישראלים מצאו כי פחות נשים נהנות ממשאבים שמקורם בתחום התעסוקה ובמשפחה, פחות נשים שבעות רצון מתפקוד המשפחה, יותר נשים מדווחות על תחושת עקה, וכי תחושת הקוהרנטיות בקרבן נמוכה מזו של גברים (Antonovsky, 1993; Friedman,). גם היבטים חברתיים, הקשורים למעמד האישה, לתפקידיה בחברה ובמשפחה, ולציפיות חברתיות, עשויים להשפיע על תפיסת מצב הבריאות של הנשים. תכונות המוגדרות בחברה כ"נשיות"

וככאלה שנרכשות בתהליך הסוציאליזציה עשויות, ככל הנראה, לתרום לתפיסת מצב הבריאות כירוד, והשפעתן מתגברת עם העלייה בגיל, במקביל לעלייה בתחלואה ובמוגבלות.

עם זאת, מחקר מעקב אחרי קשישי הולנד (LASA) העלה שהקשר בין תפיסת מצב בריאות לבין תמותה, שונה בין גברים לנשים. במטרה לבחון האם דיווח עצמי על מצב בריאות עשוי לנבא הידרדרות במצב הרפואי עד כדי תמותה, הקשישים רואינו מספר פעמים. בריאיון הראשון לא נמצאו הבדלים בין המינים בדיווח על מצב בריאות נתפס, אך בבחינת מאפיינים אחרים נמצא, כי גברים ניהלו אורח חיים פחות בריא מנשים מבחינת שתיית אלכוהול ועישון, ודיווחו כי בריאות טובה פחות חשובה להם. נשים קשישות, לעומתם, דיווחו על תחלואה גבוהה יותר (מבחינת סרטן, אריתריטיס, בעיות ראייה ותסמיני דיכאון), ועל מצב פסיכו-חברתי נמוך יותר מגברים (היו בקרבן יותר אלמנות, יותר גרו לבד, פחות השכלה ותחושת self-efficacy ו-mastery נמוכה יותר). למרות זאת, אחרי שלוש שנים נמצא כי 12.4% מהגברים ו-6.6% מהנשים נפטרו, ואחרי 7.5 שנים 27.1% מהגברים ו-15.3% מהנשים נפטרו. בניתוח שפיקח על משתנים מתערבים נמצא כי הערכה עצמית של מצב בריאות ניבאה תמותה בקרב גברים תוך שלוש שנים ותוך שבע שנים, בעוד שבקרב הנשים הערכה עצמית של מצב בריאות לא ניבאה תמותה בשני המעקבים (Deeg & Kriegsman, 2003). לממצאים האלה עשויות להיות השלכות משמעותיות לגבי צורכיהן החבויים, הפחות מבוטאים, של נשים קשישות. נראה כי הן מבטאות את חולשתן באמצעות תפיסה שלילית של מצב בריאותן, למרות שלמעשה, ייתכן שצורכיהן שונים בתכלית. עם זאת, נראה כי המדד עשוי לשמש אות לקיומם של צרכים לא ממומשים בקרב הנשים. לפיכך, ככל שאישה מדווחת על מצב בריאות נמוך יותר, שאינו עולה בקנה אחד עם המידע הקיים על אודות מצב בריאותה, נראה שיש צורך לחפש ולאתר גורמים נוספים, ככל הנראה לא בריאותיים, המעיקים עליה וגורמים לה להרגשה שלילית לגבי עצמה.

3.4 תחלואה ייחודית לנשים

מקור נוסף להבדלים במצב הבריאות בין המינים הוא תחלואה ייחודית לנשים, ששיעורה עולה עם העלייה בגיל. כך, למשל, סרטן השד שהוא הסרטן הנפוץ ביותר בקרב הנשים, ומופיע בקרב אחת מכל תשע נשים במהלך החיים, ובקרב קשישות בשיעור גבוה יותר. גם מחלות ותסמינים כמו אוסטיאופורוזיס, אוסטיאואריתריטיס, נפילות, אי-שליטה בשתן, דיכאון ותחושת בדידות, מאפיינים יותר נשים מאשר גברים קשישים. להלן נסקור מצבים רפואיים המאפיינים נשים קשישות, אשר זכו לתשומת-לב רבה יותר מאחרים בקרב רופאים גריאטריים וגרונטולוגים, ובעקבות זאת התפתחו למען תכניות ייעודיות.

אוסטיאופורוזיס, מחלות שלד אחרות, שבר הירך, ונפילות: אוסטיאופורוזיס היא אחת הסיבות העיקריות לנפילות, למוגבלות, לתחלואה ולתמותה בקרב קשישים (NIH, 2001). בארץ אין נתונים מלאים על שיעור ההמצאות של אוסטיאופורוזיס באוכלוסייה, אולם בסקר קשישים של הלמ"ס (1997), דיווחו 24% מהנשים היהודיות ו-8% מהנשים הערביות כי רופא איבחן אצלן אוסטיאופורוזיס. גורמי הסיכון הדמוגרפיים העיקריים להתפתחות המחלה ולהידרדרותה הם מין (נשים) וגיל גבוה (Black & Cooper, 2000), וגורמי סיכון בריאותיים והתנהגותיים, כגון חוסר

פעילות גופנית, עישון ואי-נטילת סידן וויטמין D (Hoidrup et al., 1999). לפיכך, הקפדה על התנהגות בריאה עשויה להיות אחת הדרכים היעילות לשמירה על מסת עצם מקסימלית, למניעת המחלה או לדחייתה.

אחד המרכיבים החשובים ביותר לשמירה על דפוסי התנהגות בריאים הוא ידע על אודות אוסטיאופורוזיס, השלכות המצב והגורמים המקדמים מוגבלות בעקבותיו. המחקרים לימדו ששינויי התנהגות היו קשורים עם הבנת השלכות המחלה על החיים בעתיד (Guralnik, 2000). לפיכך, חשוב לזהות את מאפייני הקבוצות שאינן מודעות, ואינן מבינות את הקשר בין דפוסי התנהגות לבין המחלה כדי להגביר את הפעילות החינוכית בקרבן (Curry & Hogstel, 2001). כך, למשל, ייתכן שאכן קיימים הבדלים "אמיתיים" בשיעורי התחלואה באוסטיאופורוזיס בין קשישות מקבוצות שונות, אולם ייתכן גם ששיעורי התחלואה דומים בקרבן, אולם חלק מהקבוצות, כמו, למשל, קשישות ערביות, יודעות פחות על מחלתן, או שהרופאים שלהן פחות מעדכנים ומנחים אותן כיצד לשמור על בריאות עצמותיהן. פרופ' ורנר (Werner et al., 2005; Werner, 2003) מצאה כי רמת הידע על אודות אוסטיאופורוזיס בקרב נשים יהודיות וערביות כאחד נמוכה מאוד, ובמיוחד בהתייחס לגורמי סיכון למחלה. אלא שהידע והמודעות היו הרבה יותר נמוכים בקרב נשים ערביות ובקרב נשים בעלות השכלה נמוכה. ממצאי מחקריה מלמדים על הצורך בתכניות הדרכה כדי להרחיב את הידע על אודות אוסטיאופורוזיס, במיוחד בקרב נשים ערביות. תכניות כאלה צריכות להתאים לצרכים וליכולות של קבוצות אוכלוסייה שונות. כך, למשל, כאשר פונים לנשים ערביות, הפנייה צריכה להיות באמצעי המדיה בערבית ובאמצעים הקיימים בחברה הזו. בנוסף לכך, יש צורך להגביר את הפעילות בקרב הרופאים, הן מבחינת הידע ליעוץ ולהדרכה על אודות המחלה, והן מבחינת היכולת שלהם לפנות לקבוצות אוכלוסייה שונות (Guralnik, 2000).

גם מחלות שלד אחרות מאפיינות בעיקר נשים בגיל מתקדם. סמו ועמיתיו (1999) מדווחים כי רובם המכריע של כאבי גב תחתון פתאומיים מתרחשים בקרב נשים קשישות, וכי 93% מכלל השברים הפתאומיים בגיל 70 בממוצע מתרחשים בקרב קשישות. כאבים כאלה עלולים לגרום למצוקה גופנית ונפשית רבה, לכאבים בהליכה ובישיבה, ולהפרעות בתפקוד ובניידות עד כדי צורך באשפוז. אחת הסיבות העיקריות לכאבי גב תחתון פתאומיים בקרב הקשישות היא היארעות אי-ספיקה בעצם האגן כתוצאה מעומס ולחצים סביב מפרקי הירך. גורמי הסיכון העיקריים לכך הם סוגים שונים של אוסטיאופורוזיס ולעתים חבלה מזערית. הבעיה העיקרית בשברים האלה, היא המודעות הנמוכה לקיומם, וכתוצאה מכך, איתורם המאוחר, לאחר שהנשים סובלות מהם הרבה זמן. גם קביעת האבחנה אינה קלה עקב השיעור הגבוה של הסובלים מכאבי גב בקרב הקשישים. החשיבות שבאיתור שברים אלה היא היכולת לטפל באמצעות משככי כאבים וטיפול באוסטיאופורוזיס, ובכך לשפר את איכות החיים ללא נכות. לפיכך, חשוב מאוד לעודד נשים קשישות לערוך סריקת עצמות לאיתור מוקדם של שברי האגן, כמו גם שברי מאמץ ומפגעי עצם אחרים (Zuckerman, 1996).

קשישים רבים פוחדים מפני נפילה, ובקרב חלקם זהו אחד הפחדים המרכזיים (Howard et al., 1993) כפי שצוטט ב- (Sattin et al., 2005) ואכן, נפילות הן בין הבעיות הקשות והמורכבות ביותר בקרב קשישים. למרות שאין ספור תכניות בכל העולם מנסות להתמודד עם הבעיה, היא רק מחריפה

ומתגברת (Cummings et al., 1999). מסקר קשישים של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (1997) עולה, כי 19.6% מבני 65 ומעלה דיווחו על נפילה בחצי השנה האחרונה, ושיעורם גבוה בקרב נשים מאשר גברים (19.1% ו-11.8% בהתאמה). בקרב בני 80 מגיע שיעור הנפילות לכדי 40.3%, מהם 47% מהנשים ו-30.2% מהגברים.

שברים בעצם הירך הם בין הסיבות העיקריות לנכות ומוגבלות בקרב הקשישים. ההתמודדות עם הבעיה מתחילה במניעתם, באמצעות צמצום נפילות, טיפול באוסטיאופורוזיס, ואמצעי הגנה מכניים לירכיים. כ-80% משברי הירך מתרחשים בקרב בני 75 שנים ומעלה, והם פוגעים לא רק בתפקודם אלא אף מהווים גורם לתמותה, שכן כרבע מהלוקים בשבר הירך נפטרים תוך שנה (ליבוביץ, 2005; Cummings et al., 1999; Zuckerman, 1996). כ-6,000 איש שוברים את פרק הירך בשנה בישראל, רובם קשישים, רובן נשים (ליבוביץ, 2005). אחת הסוגיות המורכבות ביותר בקרבן היא תהליך השיקום הממושך שלאחר ניתוח השבר, במיוחד מאחר שרבים מהמנתחים דורשים "עיכוב הדריכה" בתקופה שלאחר הניתוח, עובדה המעכבת מאוד את התחלת השיקום וסיכויי הצלחתו.

סרטן השד ומחלות ממאירות אחרות: סרטן השד הוא המחלה הממאירה השכיחה ביותר בקרב נשים בנות 65 ומעלה, ובשנת 2000 אובחנו למעלה מאלף מקרי סרטן השד בקרב קשישות, המהווים 23% מכלל מקרי הסרטן בקרבן. כמו-כן, 21% מכלל הפטירות מסרטן בקרב קשישות מיוחסים לסרטן השד (למ"ס, 2000). שיעור התחלואה הגבוה ביותר בסרטן השד בקרב נשים יהודיות הוא בקבוצת הגיל 65-74, ובקרב ערביות הוא בקבוצת הגיל 70-74, אולם שיעור סרטן השד בקרב נשים יהודיות גבוה באופן משמעותי מהשיעור בקרב ערביות. בדיקות ממוגרפיה לגילוי מוקדם של סרטן השד נכללות אמנם בסל השירותים שנקבע בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, אולם זכאיות לכך רק נשים בגיל 50 עד 74. חוקרים בעולם חלוקים בדעתם לגבי יעילות ממוגרפיה וניתוח להסרת סרטן השד בקרב נשים קשישות. חלקם טוענים כי רבות מהקשישות שעברו ממוגרפיה לא יפיקו תועלת מהבדיקה עקב מצב בריאותן ותפקודן הלקוי שאינו מאפשר לנתח אותן או לתת להן טיפול אחר (Schonberg et al., 2004). לעומתם, חוקרים אחרים טוענים כי ביצוע בדיקות ממוגרפיה לקשישות בריאות ומתפקדות הוא יעיל והכרחי, משום שניתן לנתח אותן ולטפל במחלה ובכך להאריך חייהן (Walter & Covinsky, 2000; American Geriatrics Society, 2001). נתונים מלמדים ששיעור הביצוע של בדיקות ממוגרפיה נמוכים בהרבה בקרב קשישות בהשוואה לצעירות מהן. לפי סקר בריאות משנת 2000 עולה שפחות משליש מקרב בנות 65 ומעלה נבדקו בבדיקות ממוגרפיה, שיעור הביצוע בקרב נשים צעירות מהן מגיע לכדי למעלה ממחציתן (למ"ס, סקר בריאות, 2000).

עם זאת, יש לציין כי שיעור המקרים החדשים של סרטן הערמונית בקרב גברים בני 65 גבוה משיעור הלוקות בסרטן השד ונמצא בעלייה עצומה. יתר-על-כן, שיעור ההיארעות של סרטן המעי הגס והחלחולת גבוה בקרב נשים וגברים כאחד, וכ-27% מכלל הפטירות מסרטן הן בקרב נשים והן בקרב גברים בשנת 2000 מיוחסים לסרטן המעי הגס ולסרטן החלחולת (משרד הבריאות, 2004). לאור זאת, קופות-החולים עורכות בשנה האחרונה מסעי פרסום, ומשקיעות משאבים להגברת מודעות הציבור

למחלה, לגורמי הסיכון ולאבחון מוקדם. למרות זאת, רק אחוזים בודדים מהאוכלוסייה בישראל נענים לקריאה לבצע בדיקות דם סמוי לאיתור מוקדם של המחלה.

אי-שליטה בסוגר השתן: על פי סקר קשישים של הלמ"ס (1997), 16.5% מהקשישים דיווחו על בעיות בשליטה על סוגר השתן, ושיעורם מגיע לכדי 33.4% בקרב בני 80 ומעלה. הבעיה בולטת יותר בקרב נשים בנות 65 ומעלה לעומת גברים (19.3% ו-12.7% בהתאמה), ומחריפה עם העלייה בגיל (39.1% בקרב קשישות בנות +80 לעומת 25.8% בקרב קשישים).

תחושת בדידות, דיכאון, חוסר מעורבות וצורך בתמיכה: קרוב למחצית (47%) הקשישים בארץ דיווחו על הרגשת בדידות מדי פעם או לעתים קרובות, ושיעורם גבוה יותר בקרב נשים לעומת גברים (55% ו-36.6% בהתאמה) (למ"ס, סקר חברתי, 2002). זאת, למרות שכ-73% מהקשישים, ללא הבדל בין גברים לנשים, דיווחו שהם נפגשים או מדברים בטלפון לפחות פעם בשבוע עם מישהו מבני המשפחה שאינו גר איתם, ו-70.3% מהקשישים, ללא הבדל בין גברים לנשים, דיווחו שיש להם חברים שהם נפגשים איתם או מדברים איתם בטלפון. גם מחקרים ממקומות אחרים בעולם מדווחים כי דיכאון שכיח בקרב קשישות פי שניים מאשר בקרב גברים קשישים (Weissman et al., 1988).

Lomranz ועמיתיו (1988) בחנו את הקשר בין דיווח על פעילות בתוך הבית ומחוץ לבית, לבין המצב הרגשי של קשישים. הם מצאו כי בקרב גברים קשישים יש קשר חיובי מובהק בין פעילות בתוך הבית ומחוצה לו, לבין תחושת רווחה אישית והיעדר דיכאון, בעוד שבקרב נשים הקשר אינו כה ברור. רק כאשר הקשישות שבעות רצון מהפעילויות שהן עושות, הן מרגישות תחושת רווחה אישית והיעדר דיכאון. הממצאים מלמדים על כך שהנשים זקוקות לפעילות שתענה על צורכיהן הרגשיים, וכי לא כל פעילות עשויה לשפר את תחושת הרווחה של כל אישה. לפיכך, יש להציע לנשים פעילויות מגוונות, כדי שתוכלנה לבחור ולהתאים לעצמן פעילות שתתרום לרווחתן הרגשית. הממצאים האלה עשויים לתרום הן לעצם הבנת החשיבות שיש להתאמת הפעילות לשביעות רצון של הנשים הקשישות, והן להבנת המעבר של נשים מעבודה מחוץ לבית לפרישה.

מהנתונים הדמוגרפיים המוכרים לכולנו עולה שרוב הקשישים האלמנים הם נשים, וכי אלמנות מדווחות על יותר מצוקה מאלמנים (Thompson et al., 1991). במחקר אחר נמצא ששביעות רצון מהחיים הייתה גבוהה יותר בקרב אלה שעסקו בפעילויות פנאי ובתחביבים, בילוי ותרבות או פעילויות חברתיות. אולם, מעניין לציין כי לא נמצאו הבדלים בין דפוסי ביצוע פעילות הפנאי בין המינים בארץ, ולכן ייתכן שההבדלים בשביעות רצון מהחיים נובעים מסיבות אחרות. לעומת זאת, גם השתתפות בפעילות גופנית, שהיא במידה רבה פעילות פנאי, נמצאה קשורה לשביעות רצון גבוהה יותר מהחיים (McAuley & Rudolph, 1995; Rejeski & Mihalko, 2001), שני מאפיינים ששיעורם גבוה בקרב קשישים יותר מאשר בקרב קשישות.

3.5 דפוסי התנהגות בריאה

גם אם חלק לא מבוטל מההבדלים בתחלואה ובמוגבלות בין המינים נובעים מהבדלים גנטיים, הורמונליים ופיזיולוגיים, גם לדפוסי התנהגות מקדמת בריאות במהלך החיים יש השפעה משמעותית

על כך. הכוונה לדפוס השתתפות סדירה בפעילות גופנית, לשמירה על תזונה הולמת, ולביצוע בדיקות סיקור ובדיקות לאיתור מוקדם של מחלות. כך, למשל, במחקר CALAS נמצא כי גברים עשו יותר פעילות גופנית מנשים, הם גם היו במצב קוגניטיבי יותר טוב, עזרו יותר לילדיהם, נעזרו פחות במטפלים, ונכחו יותר בבית כנסת. נשים, לעומתם, היו במצב בריאותי ותפקודי גרוע יותר, ולכן קיבלו יותר עזרה מילדיהן. לפיכך, תכניות התערבות לקידום בריאותן הפיזית והנפשית של נשים צריכות לכלול שורה ארוכה של פעילויות פיזיות ומאתגרות קוגניטיביות (Walter-Ginzburg et al., 2005). להלן נסקור בקצרה את מעורבותם של הקשישים והקשישות בתחומים העיקריים הנתפסים כדפוס התנהגות בריאה.

פעילות גופנית: לליקויים בתפקוד הפיזי של הנשים יש השפעה רבה לא רק על הידרדרות מערכות פיזיולוגיות נוספות עקב אי-שימוש והפעלה, אלא גם על מצבן הפסיכולוגי והרגשי. מחקרים לימדו שתכניות לשימור מצבן הפיזי של הנשים ולמניעת הידרדרות בתפקוד, השפיעו על מגוון רחב של תחומי חייהן. נתוני סקר קשישים (למ"ס, 1997) מלמדים שקצת יותר משליש (35.6%) מכלל הקשישים עסקו בפעילות גופנית באופן קבוע בשנת 1997, אולם שיעורם גבוה יותר בקרב גברים לעומת נשים (41% ו-31.4% בהתאמה). עם העלייה בגיל יורד משמעותית שיעור העוסקים בפעילות גופנית, עד כדי 22% מקרב בני 80 ומעלה, עם הבדלים משמעותיים בין קשישים לקשישות (26.5% ו-18.6% בהתאמה). שיעור העוסקים בפעילות גופנית עולה עם רמת ההשכלה ורמת ההכנסה, מאפיינים שהנשים מפגרות בהם בהשוואה לגברים. כשני-שלישים (66%) מקרב אלה שעושים פעילות גופנית הולכים, ושיעורם גבוה יותר בקרב גברים מנשים; 45% עושים התעמלות או רוקדים ושיעורם גבוה יותר בקרב נשים מגברים; 15% שוחים, בשיעור דומה בשני המינים, ואחוזים בודדים עושים פעולות ספורט אחרות. כמו-כן, נמצא קשר בין אי-ביצוע פעילות גופנית לבין דיווח על נפילות בחצי השנה שלפני הריאיון, הרגשת דיכאון ובעיות בנשימה. לעומת זאת, בסקר שבחן בשנת 2004 את דפוס הפעילות הגופנית בקרב כ-500 קשישים מאזור המרכז, במצב חברתי-כלכלי בינוני עד גבוה (במדגם לא מייצג) דיווחו 68.6% מהגברים ו-63.6% מהנשים שהם עוסקים בפעילות גופנית כלשהי. אולם, בבחינת תדירות הפעילות הגופנית עולה כי 74.6% מהגברים ורק 56.0% מהנשים עושים פעילות גופנית שלוש פעמים בשבוע (בנטור וסיטרון, 2006, טרם פורסם).

מחקרים רבים בחנו מהם הגורמים החוסמים נשים קשישות מלהשתתף בתכניות לפעילות גופנית, ומהם הגורמים שעשויים לעודד אותן לכך (King, 2001; Rhodes et al., 1999). המחקרים מלמדים שהקשישות מדווחות על סוגים שונים של מחסומים, ובכלל זה בעיות בריאות, השמנת יתר, תחושת עייפות וחוסר אנרגיה, תחושה שהן "זקנות מדי", חוסר ביטחון עצמי, חוסר מוטיבציה, עצלנות וחוסר מחויבות, תחושת שעמום בשיעורים, וסיבות אחרות (Wilcox et al., 2005). באותו מחקר הנשים גם דיווחו על מחסומים חברתיים, לפיהם, הן עסוקות בעבודות הבית והמשפחה, וההתעמלות נדחקה לעדיפות אחרונה, הן אינן חשות בתמיכת בני משפחתן להשתתף בפעילות גופנית, חוסר תמיכה חברתית ותחושה שאין להן שותפים להתאמן. דווח גם על מחסומים תרבותיים, ובהם חוסר הכרות עם תכניות כאלה "זה לא משהו שלמדתי או ראיתי בילדותי" וסיבות תרבותיות אחרות. בנוסף לכך, הקשישות גם מונות מחסומים כלכליים, כגון היעדר שיעורים ציבוריים ועלות גבוהה של שירותים

פרטיים; ומחסומים סביבתיים כמו מחסור מקומות להתעמלות, מגורים מרוחקים משירותים אלה, מחסור בשיעורים לנשים בגילן, ומחסומים סביבתיים כגון חוסר גישה לתכניות של פעילות גופנית שמתאימות להן עקב היעדר תחבורה, חשש ללכת לבד, חוסר ביטחון ופחד מפושעים, מכלבים ומגורמים מאיימים אחרים (Wilcox et al., 2005).

במחקר שהתמקד בשאלה מהם הגורמים שעשויים לעודד נשים קשישות לעסוק בפעילות גופנית, שאלו אותן ישירות, מי לדעתן מהווה את המקור העיקרי שעשוי לעודד אותן לעסוק בפעילות גופנית, מקרב בני משפחה, רופא משפחה, חברים או גורם משמעותי אחר, ומהם הדברים שעשויים לדרבן אותן לכך. כמחצית הנשים אמרו כי הן מקבלות עידוד לעסוק בפעילות גופנית מחברים, מבני משפחה ולפחות מבן אדם מבוגר אחד. כמעט 40% לא היו בטוחות אם רופא המשפחה שלהן יאשר להן לעסוק בפעילות גופנית, ו-25% ציינו כי רופא המשפחה אפילו התנגד לעיסוקן בפעילות גופנית. משתנים המנבאים תמיכה חברתית נתפסת לעיסוק בפעילות גופנית היו: עידוד לפעילות גופנית בילדות ועידוד לפחות מאדם משמעותי אחד. לאור זאת, החוקרים סוברים שאסטרטגיה אפשרית לעידוד ההשתתפות של קשישות בפעילות גופנית, צריכה להתבסס על פיתוח רשתות תמיכה חברתית של נשים שכבר עוסקות בפעילות גופנית, אשר יעודדו וידרבו נשים אחרות להתחיל בכך ולנהל חיים יותר פעילים (O'Brien Cousins, 1995).

דפוסי תזונה: נתוני סקר קשישים (למ"ס, 1997) מלמדים כי הרגלי האכילה והשתייה של קשישות שונים במידת-מה משל קשישים, ויש בהם יותר סיכון: הן אוכלות פחות מוצרי בשר או ביצים, אך הממצא החשוב ביותר הוא כי 24% מקרבן שותות פחות מחמש כוסות נוזלים ליום, לעומת 16% מהגברים, דפוס שעלול להשפיע לרעה על תפקוד הכליות והתייבשות הגוף. גם במחקר מארצות-הברית, נמצאו בקרב קשישים המרותקים לבית הבדלים מגדריים בבחינת BMI וצריכה תזונתית, לפיהם נשים דיווחו על צריכה נמוכה יותר של מזונות מזינים בהשוואה לגברים (Sharkey & Branch, 2004).

עישון: שיעור הקשישים המעשנים נמוך בהרבה מהשיעור בכלל האוכלוסייה ומגיע לכדי 8.6% מכלל הקשישים, שיעורם כפול בקרב גברים לעומת נשים (13.1% ו-5.2% בהתאמה) (למ"ס, 2000).

קבלת חיסון נגד שפעת: קרוב למחצית הקשישים קיבלו בשנת 2000 חיסון נגד שפעת, ושיעורם מעט יותר גבוה בקרב גברים מנשים (473 ו-427 ל-1,000 נפש) (למ"ס, 2000). עם זאת, חלק מקופות-החולים מדווחות על שיעורים גבוהים יותר. כך, למשל, במחקר שבחן את דפוסי התנהגות בריאותית של כ-500 קשישים במצב חברתי-כלכלי בינוני עד גבוה, מבוטחי מכבי שירותי בריאות מאזור המרכז (מדגם לא מייצג), עולה, כי 82.3% מהגברים דיווחו שהם קיבלו חיסון נגד שפעת בשנה האחרונה ו-88.1% מהנשים (בנטור וסיטרון, 2006, טרם פורסם).

איתור מוקדם של ליקויים בראייה ובשמיעה: בתכנית לאיתור ליקויים בשמיעה ובראייה בקרב קשישים המופעלת בישראל, נמצא שכ-70% מהקשישים שנמצאו ליקויים בשמיעתם פנו לרופא להמשך

בירור וטיפול, ללא הבדל בין המינים (בנטור וציחמיר, 2003). הסיבה הדומיננטית לכך שכשליש מהנשים לא פנו לרופא הייתה מוגבלות פיזית ובעיות בריאות המקשות עליהן להגיע למרפאה, בעוד שהסיבה הדומיננטית בקרב הגברים הייתה "לא מאמין שהטיפול יעזור". ואולם, מקרב הפונים לרופא, יותר גברים מנשים דיווחו שהם קיבלו המלצות לטיפול (54% מהגברים לעומת 38% מהנשים). רבים מהקשישים לא ביצעו את ההמלצות, כאשר יותר נשים דיווחו שהן לא טיפלו בבעיה "בגלל הכסף". סיבות בולטות נוספות היו "לא מרגישה צורך בטיפול" ו"לא מאמינה שהטיפול יעזור" ו"קושי פיזי". בנוסף, כחצי שנה לאחר בדיקת הסינון, יותר גברים דיווחו על שיפור כתוצאה מהתהליך מאשר נשים (18 גברים ו-12 נשים). ממצאי המחקר לגבי בעיות בראייה מלמדים על דפוסים דומים, לפיהם כ-75% מהנבדקים שנמצאו עם ליקויים פנו לרופא, אולם, מקרב אלה שלא פנו לרופא, יותר נשים מגברים לא פנו בגלל מוגבלות פיזית ובעיות בריאות המגבילות את הגישה. מבין הפונים לרופא, נשים קיבלו טיפול יותר מאשר גברים (53% נשים לעומת 44% גברים). הסיבה הבולטת שדווחה בידי הנשים לאי-ביצוע הטיפול (משקפיים) הייתה הנטל הכספי, וסיבה נוספת הייתה מוגבלות פיזית.

היפגעות בתאונות דרכים: קרוב לאלפיים קשישים נפגעו בשנת 2003 בתאונות דרכים, שיעורם כפול בקרב גברים קשישים לעומת נשים קשישות. גם שיעור הגברים הקשישים שנהרגו בתאונות גבוה משיעור הנשים (למ"ס, שנתון סטטיסטי, 2003). למרות שבקרב קשישים ראוי להבחין בין היפגעות בתאונות דרכים כהולך רגל, כנוסע ברכב או כנהג, הנתונים משנת 2003 אינם מלמדים על הבדלים בתחום זה.

3.6 דפוסי שימוש בשירותי בריאות, נגישותם ומחסומי נגישות שירותי בריאות ייחודיים לנשים

כידוע, קשישים עושים שימוש בשירותי בריאות בקהילה ובאשפוז יותר מצעירים מהם, וקשישות יותר מקשישים. כך, למשל, בבחינת דפוסי השימוש בשירותי בריאות בקהילה עולה ש-15% מכלל האוכלוסייה ביקרו אצל רופא משפחה בשבועיים האחרונים לפני הריאיון, אך שיעורם מגיע ל-32% בקרב הקשישים (יותר נשים מגברים, 45% ו-29%, בהתאמה). הקשישים גם ביקרו אצל רופא מומחה בשיעור כפול מכלל האוכלוסייה (10% לעומת 5% בהתאמה), כמעט ללא הבדל בין המינים. ואולם, שיעור הקשישים שביקרו אצל רופא שיניים נמוך מהשיעור בכלל האוכלוסייה (7% ו-6% בהתאמה), ושיעור הקשישות (5.5%) נמוך משיעור הקשישים (6.4%) (למ"ס, 2000). בבחינת השימוש בשירותי בריאות במערכת האשפוז עולה, כי 17% מכלל הביקורים בחדר מיון נעשו בידי בני 65 ומעלה, לרוב בשל מחלה ולא בשל סיבה חיצונית כמו פגיעה או תאונה (89% ו-11% בהתאמה), ללא הבדלים משמעותיים בין המינים. קרוב לרבע (23.7%) הקשישים התאשפזו בשנה האחרונה, יותר גברים מנשים (25.7% ו-22.1% בהתאמה) והשיעור עולה עם הגיל בשני המינים. כמו-כן יצוין, כי שיעור הקבלות לאשפוז עולה בהתמדה בעשור האחרון בכל הגילים ובשני המינים, ובמקביל לכך משך האשפוז מתקצר, ובשנת 2002 הגיע ל-5.8 ימים בקרב קשישים (לעומת 4.4 בקרב כלל האוכלוסייה).

ואולם, קיימים ככל הנראה הבדלים בנגישות שירותי הבריאות ובתגובת מערכת הבריאות לקבוצות אוכלוסייה שונות, כאשר יכולת גישה נמוכה יותר מאפיינת קבוצות אוכלוסייה חלשות כמו, למשל, קשישים, נשים וקבוצות אחרות. לכך, עלולה להיות השפעה על תחלואה ומוגבלות בקרבם כמו גם על

נזקים בריאותיים לטווח ארוך (פלשר, 1996; רנט, 1996). בנוסף לנתונים שהובאו ביחס ליכולת הגישה הנמוכה יותר של קשישות לטיפול במחלות לב, מחלת כלי דם של המוח ולממוגרפיה, להלן דוגמאות נוספות המייצגות ליקויים בנגישות שירותי בריאות לנשים קשישות:

- ♦ רק 29% מקרב בנות 65 ומעלה ביקרו בשנה האחרונה אצל רופא נשים, לעומת כשני-שלישים עד כמחצית מנשים צעירות מהן. כמו-כן, רק 10% מקשישות ערביות ביקרו אצל רופא נשים בשנה האחרונה לעומת כמחצית הערביות הצעירות מהן (המרכז הלאומי לבקרת מחלות, 2004).
- ♦ במחקר CALAS (Cross-sectional and Longitudinal Aging Study) נבחנו דפוסי השימוש בתרופות בקרב קשישים הגרים בקהילה, וממצאיהם מלמדים שרק 12.5% מהקשישים לא נוטלים אף תרופה: 16.6% מהגברים ו-9.1% מהנשים. בבחינת סוגי התרופות, 31% מהקשישים לוקחים, למשל, תרופות פסיכו-טרופיות: 39.5% הם נשים ו-21.2% גברים. קשישות נוטלות בממוצע יותר תרופות מקשישים: 3.7 לעומת 2.7 בהתאמה. כמו-כן, נמצא במחקר הזה כי קשישים שעסקו בפעילות גופנית היו גם יותר פעילים מבחינה חברתית ולקחו פחות תרופות (Walter-Ginzburg et al., 2005).

4. מאפיינים וצרכים של קשישות בתחום הרווחה

בנוסף לשינויים הבריאותיים והתפקודיים, אנשים חווים לעת זקנתם גם שינויים במצבם התעסוקתי, הכלכלי והחברתי. לעתים קרובות נשים קשישות חוות שינויים אלה יותר מגברים קשישים, ויש לכך השפעות משמעותיות על איכות חייהן. עדות חלקית, אך משמעותית לכך, ניתן למצא בייצוגם של קשישים, בכלל, ונשים קשישות, בפרט, בטלוויזיה ובאמצעי תקשורת אחרים. מחקרים שבדקו כיצד הם מוצגים בתכניות טלוויזיה מובחרות לימדו, שבאופן כללי הקשישים מופיעים מעט מאוד בתכניות טלוויזיה, ועל-פי-רוב הם מוצגים בתפקידי מגדר מסורתיים, כאשר נשים קשישות מופיעות עוד פחות מגברים קשישים. יתר-על-כן, יותר נשים בנות 50-64 מאשר גברים בגילים אלה מוצגות כקשישות ולא כנשים בגיל העמידה (Kessler et al., 2004; Signorielli, 2004). לכך, עלולה מטבע הדברים להיות השפעה שלילית על תפיסת אנשים צעירים את הקשישים, על תפיסת הקשישים את עצמם ועל ביטחונם העצמי בחברה.

בפרק זה נסקור מצבים ומאפיינים של קשישות בתחום הרווחה, אשר זכו לתשומת-לב בקרב גרונטולוגים, ובעקבות זאת התפתחו למען תכניות ייעודיות לנשים קשישות (לוח 3 בנספח).

4.1 דפוסי השתתפות בכוח העבודה במהלך החיים ובזקנה

דפוסי ההשתתפות בכוח העבודה במהלך החיים, וגובה השכר, הם אלו שקובעים את גובה ההכנסה הפנסיונית לאחר הפרישה מעבודה. זאת, כמובן, בנוסף לתמורות לא חומריות, כגון סטטוס, קשרים חברתיים ועניין, שגם להן יש השפעה בתקופת הפרישה. למרות שבחברה הישראלית מקובלת התפיסה לפיה ניתן לשלב בין משפחה לבין עבודה, אי-השוויון בין המינים בולט מאוד בשוק העבודה, בממדים שונים. ראשית, אחד המאפיינים הבולטים הוא שיעורי ההשתתפות הנמוכים של נשים בכוח העבודה, גם אם חל בהם גידול הדרגתי. שיעור הנשים המובטלות גבוה משיעור הגברים, וכתוצאה מכך יש להן

גורם לחץ נוסף להתמודד עמו במהלך חייהן. עם זאת, יצוין כי גיל האישה, מוצאה, השכלתה, מידת דתיותה והשתייכותה לקבוצה חברתית, קשורים במידה רבה להשתתפות בכוח העבודה. יותר נשים יהודיות מאשר לא-יהודיות, בעלות השכלה אקדמית לעומת השכלה פחותה, ויותר ילידות הארץ ובנות להורים ילידי אירופה ואמריקה, לעומת אחרות, בעיקר דתיות וערביות - עובדות מחוץ לבית.

שנית, רבות מהנשים עובדות מספר קטן יותר של שעות, לפחות בתקופת גידול הילדים, עובדה המשפיעה הן על גובה שכרן והן על הזכויות הסוציאליות הנצברות לזכותן, כמו גם על יכולתן לפתח קריירה מקצועית. ואולם, אי-השוויון הבולט ביותר בתחום העבודה הוא הפער בשכר בעבור אותה העבודה. לא רק שנשים מתרכזות במגוון מצומצם של מקצועות בעלי הכנסה נמוכה יחסית, אלא שגם בקרב מקצועות מכניסים, שכרן נמוך מזה של גברים העובדים באותה משרה. לכל אלה יש השלכות ישירות על רמת החיים, הן בתקופת העבודה והן בגיל זיקנה.

כעשירית מהקשישים השתתפו בכוח העבודה בשנת 2003, 15.7% מהגברים ו-5.3% מהנשים. שיעור הגברים בגיל 65-69 שעבדו היה הרבה יותר גבוה משיעור הנשים (27.1% ו-9.7% בהתאמה). אומנם השתתפות הקשישים בכוח העבודה הולכת ויורדת עם השנים (בעוד שהשתתפות הנשים הקשישות נותרה ללא שינוי), אך שיעור הגברים שעובדים בכל קבוצת גיל הוא פי שלושה מנשים. גברים קשישים גם עובדים יותר שעות בשבוע מאשר נשים קשישות (30.4 שעות בממוצע לעומת 20 שעות בממוצע). קשישים בעלי השכלה גבוהה עובדים יותר מבעלי השכלה נמוכה; גברים עובדים בעיקר במסחר, עסקים ותעשייה, ונשים בעיקר בשירותי בריאות ורווחה, במסחר ובחינוך. עם זאת יצוין, כי בגילים בין 55-64, שיעור הנשים העובדות נמצא במגמת עלייה בעשור האחרון, בעוד ששיעור הגברים נמצא במגמת ירידה (למ"ס, סקרי כוח אדם, 2003).

4.2 הכנסה ומשאבים כלכליים

רמת ההכנסה בתקופה שלאחר היציאה לגמלאות מייצגת את אחד ההבדלים הבולטים ביותר בין גברים קשישים לבין נשים קשישות (אייזנשטדט וגל, 2001). הכנסותיהם של הקשישים מבוססות על שני מקורות הכנסה עיקריים לאחר הפרישה מעבודה: קצבת זיקנה מהביטוח הלאומי ופנסיה מעבודה. גובה קצבת הזיקנה זהה אומנם לגברים ולנשים, אולם היא מהווה רק 16% מהשכר הממוצע, ואינה יכולה להיות מקור הכנסה יחיד לקיום בעת הזיקנה. יש הטוענים אומנם כי נשים מרוויחות מקצבת הזיקנה יותר מגברים (עקב סיבות שונות ובהן: היות הקצבה אוניברסלית שגם עקרות בית זכאיות לקבלה, אחידות הקצבאות ללא קשר לגובה התשלומים בתקופת העבודה, ומשך זמן ארוך יותר הן משום שנשים מקבלות אותן בגיל צעיר יותר והן בגלל תוחלת חיים ארוכה יותר של הנשים). ואולם, על פי סקר הוצאות משק בית של הלמ"ס (2003), רק 26.4% מנשים בנות 60 ומעלה מקבלות פנסיה מעבודה, המהווה, כאמור, נדבך הכרחי לקיום יחד עם קצבת הזיקנה, לעומת 51.8% מהגברים בגיל 65 ומעלה. יתר-על-כן, הפנסיה שנשים מקבלות נמוכה מזו של הגברים, ומשקפת את מצב התעסוקה שלהן במהלך חייהן, המאופיינת ברמת שכר נמוכה מזו של גברים, מקריירה מקוטעת ואף מאי-הצטרפות לתכנית פנסיה. מסקר קשישים (למ"ס, 1997) עולה כי 71% מהנשים הן בעלות הכנסה נמוכה לעומת 54% מהגברים. הנתונים גם מלמדים שנשים צוברות פחות נכסים במהלך חייהן. כך, למשל, ל-71% מהקשישים הייתה דירה בבעלותם, אך שיעורם גבוה יותר בקרב גברים לעומת נשים

(74.6% ו-68%). גם שיעור הגברים הקשישים המדווחים על בעלות על מכונית גדול משיעור הנשים (42.5% מהגברים ו-25.5% מהנשים), אולם ייתכן שזה קשור להעדפותיהן ולא רק למצבן הכלכלי.

לפיכך, קיים צורך ממשי לזהות כלים להרחבת מקורות ההכנסה של הקשישות, מצד אחד, ולפתח שירותים שיענו על צורכיהן, מהצד האחר. אחד הכלים שמיושמים כיום בחלק ממדינות המערב הוא תוספת הכנסה בדמות הבטחת הכנסה או תכניות אחרות לנשים ולגברים (Schulz, 1992), וחיוב בני המשפחה לתמוך ולהבטיח את קיומם של בני המשפחה הקשישים. בהקשר זה יצוין כי מחקרים לימדו שבעוד שגברים קשישים מרגישים פגועים ובעלי ערך עצמי נמוך בגלל הצורך לקבל קצבאות מהמדינה, נשים מרגישות עם זה נוח יותר, וייתכן שהן למדו להתמודד עם רגשות כאלה בתקופות מוקדמות של חייהן וליהנות מכך. הגברים מרגישים בעלי סטיגמה חברתית וחוששים מהדימוי שלהם, בעוד שנשים קשישות משלמות מחיר פחות כבד בעבור קבלת תשלומי תמיכה ציבוריים (Krause, 1996).

4.3 הכנה לפרישה

למרות העלייה במספרן של נשים בכוח העבודה, תשומת-לב מועטה ניתנת לפרישתן מהעבודה ולבעיות הנלוות לכך. הסיבות לכך נעוצות בחלקן במחשבה שהמשמעות של פרישה מעבודה בשכר פחותה בקרב נשים מאשר בקרב גברים, בגלל המעורבות הרבה שלהן בחיי המשפחה וסיבות אחרות. אולם מחקרים מלמדים שלנשים שפיתחו קריירה מקצועית יש לעבודה משמעות גדולה, בדומה לזו שיש לגברים. לפיכך, לעתים קרובות נשים מגיעות לגיל פרישה לא מוכנות לכך (Hayes & Parker, 1993), שכן, תכנון פרישה ופעולות מאורגנות ומסודרות בתחום זה טרם התבססו בארץ, במיוחד בקרב נשים. לעתים קרובות נושא זה נתפס כנחלתם של הגברים, למרות שנשים חיות זמן ארוך יותר לאחר הפרישה מבני-זוגן הגברים והכנסותיהן נמוכות יותר. מספר מחקרים שבחנו סוגיה זו, אם כי לא כולם, מצאו שנשים מתמודדות עם יותר קשיים לפני הפרישה בהשוואה לגברים, וכי פורשים משני המינים מתקשים להתמודד עם מצבם כאשר יש להם תחושה שטרם השלימו את המשימות שרצו להשלים, כאשר הם היו מאוד מרוצים בעבודה, במצב בריאות טוב, או כאשר הכנסתם תרד באופן משמעותי ויתקשו לכלכל עצמם (Hayes & Parker, 1993). תמיכה לכך ניתן למצוא בעבודת תזה של שפירא (1994) לפיה, אחד התנאים העיקריים שעשוי להשפיע בחיוב על שביעות הרצון של נשים בישראל מפרישתן, הוא הרצון לפרוש והערכת העבודה. גם המצב המשפחתי, המצב הכלכלי וקיום פעילות פנאי היו בעלי תרומה לשביעות רצון מהפרישה.

עם זאת, נראה כי החברה המערבית עדיין לא השכילה די הצורך להתמודד עם סוגיית הפרישה על ממדיה השונים. רוב הנשים אינן מודעות די הצורך לכך שהכנסתן תרד לאחר הפרישה, לעתים באופן משמעותי. יתר-על-כן, הכנסתן של נשים רבות היא נמוכה כבר בתקופת העבודה, ואין להן מודעות ויכולת לחסוך ולהכין משאבים לקראת תקופה זו. כל זה תורם באופן משמעותי לדלותן בעת הזיקנה. חלק מהמחסומים לחיסכון לקראת זיקנה ומוכנות כלכלית הם גם פסיכולוגיים, מתוך החשש לחשוב על הזיקנה ומתוך תחושה שבן-הזוג ידאג לכל צורכיהן בעתיד (Hayes, 1990, 1991). חלקן גם לא עסקו מעולם בכלכלת הבית ובמרכיבים הכספיים של משק הבית, והן לא היו מודעות לצורך לחסוך לעתיד.

4.4 פעילות פנאי, פעילות חברתית והתנדבות

השתתפות בפעילויות פנאי היא אחד הגורמים המשפיעים ביותר על איכות חייו של האדם, לא כל שכן לעת זיקנה. היכולת להתמקד בתעסוקה שאינה לשם הכנסה ופרנסה, היא מרכיב משמעותי ורב-ערך בעת זיקנה. מהסקר החברתי של הלמ"ס (2002) עולה כי 11% מהקשישים עוסקים בפעילות התנדבותית (10% מהנשים ו-12% מהגברים); 18.5% מהקשישים משתתפים בחוגים לספורט, מחשבים, שפות, ומלאכת-יד (21% מהנשים ו-15% מהגברים); וכי 9.6% משתמשים באינטרנט (6.4% מהנשים ו-13.7% מהגברים).

למרות החשיבות המיוחסת לפעילויות פנאי בחברה המערבית, בעיקר בקרב אנשים שלא עובדים, המחקר מוגבל למדי לגבי קשישים. כמו-כן, קיימות מעט מאוד תכניות שנועדו לתת תחושת רווחה במסגרת הפנאי. זאת, למרות שמחקרים מלמדים שפעילות פנאי היא מנבא טוב לתחושת סיפוק מחיים בקרב קשישות שאינן עובדות מחוץ למשק ביתן, אם משום שהיו עקרות בית ואם משום שיצאו לפנסיה, אולם הוא אינו מנבא שביעות רצון מהחיים בקרב נשים מבוגרות שעובדות (Cutler-Riddick, 1984, 1985; Cutler-Riddick & Daniel, 1982). במחקר אחר שכלל 1,649 גברים ונשים בני 55-75, נמצא כי התרומה העיקרית של פעילות פנאי לנשים הקשישות היא של פעילות הכרוכה בדידות וחברה (Tinsley et al., 1987).

בסקירת ספרות שבחנה כיצד להגביר את פעילות הפנאי בקרב קשישים (Cutler-Riddick, 1993), וכיצד יועצי פנאי ומחנכים לפנאי יכולים לסייע לקשישים, עולה כי התכניות למען הקשישות צריכות להתמקד בנושאים שמעניינים אותן. כמו-כן, חשוב להדגיש בפניהן שיש להן זכות ליהנות מהפנאי, ויש לתת להן הרגשה ש"מותר" להן להקדיש זמן לפנאי ושהן מגיע להן. כמו-כן, יש להדגיש בפני הקשישות את עקרון השוויון בין גברים ונשים, וחשוב שידעו שפעילויות פנאי יהיו גורם שיעצים אותן. במסגרת זו חשוב לתת להן ידע ומידע, מיומנות ומסוגלות עצמית (self-efficacy), כדי לאפשר להן לעסוק בפעילויות המועדפות עליהן. עם זאת, בסקירה על אודות פנאי בקרב נשים צעירות ומבוגרות יותר, נמצא שלמבוגרות היו יותר אילוצים שמנעו מהן לעסוק בפעילויות פנאי, במיוחד בספורט, התעמלות, פעילות בילוי-חוץ, וקצת פחות בפעילות תרבותית ונסיעות. כמו-כן, רק 60% מהקשישות בנות 75 ומעלה דיווחו שהן משתתפות בפעילות משפחתית, בהשוואה ל-85% מהצעירות מהן (Kelly et al., 1986).

ואולם, יש לתת את הדעת לכך כי היכולת הפיזית, הפסיכולוגית והנפשית למצוא עניין ומשמעות בעיסוק, היא בין התנאים העיקריים להשתלבות הקשישים בפעילויות כאלה. McGuire (1986) מצא כי ההגבלה העיקרית של אנשים בני 75+ להשתתפות בפעילות פנאי היא מצב הבריאות שלהם. Adamson ועמיתיו (2004) מצאו במחקר רב היקף שנערך באנגליה, כי נשים הלוקות במוגבלות מוטורית וקשיים בניידות, כמו גם במחלות כרוניות רבות כמו דלקות פרקים, מחלות לב ודיכאון,

התקשו יותר מנשים אחרות, להשתתף בפעילות חברתית. לפיכך, קיים צורך לפתח פעילויות ותחומי עיסוק לקבוצת קשישות זו, שלעתים קרובות מועדת במיוחד להידרדרות עקב בידודה.

4.5 אלימות כלפי נשים קשישות

אלימות כלפי נשים מאופיינת ביחסי קרבה לתוקף, שמגיע מתוך מעגל ההיכרות הקרוב של האישה, זאת בשונה מהאלימות כלפי גברים שמתאפיינת בתקיפה על-ידי אדם זר, או אדם מוכר שאינו נמנה על מעגל האנשים הקרובים. הדפוסים שונים במידת-מה בקרב הקשישים. בסקר ארצי שנערך באוניברסיטת חיפה (איזיקוביץ ואחרים, 2004), נמצא כי במהלך השנה שקדמה לסקר, 18% מהקשישים היו חשופים לפגיעה אחת או יותר מבין הפגיעות הבאות: אלימות פיזית ומינית, התעללות מילולית, הגבלת חופש וניצול כלכלי. הסוג השכיח ביותר היה התעללות מילולית. ארבעה עשר אחוזים מהקשישים סבלו מסוג זה של אלימות, אשר לעתים קרובות היה משולב עם סוגים אחרים. בעוד שגברים נפגעו פגיעה מילולית, בעיקר מבנות-זוגם, נשים נפגעו בנוסף לבני-הזוג גם מבני משפחה וממטפלים. שיעור גבוה מהן גרו בבית צפוף, היו קשישות-צעירות יותר, והשכלתן נמוכה יותר מזו של אלה שלא עברו התעללות מילולית. זאת ועוד, נשים נפגעו מאלימות פיזית ומינית הרבה יותר מגברים (2.8% מהנשים ו-0.8% מהגברים), ונשים לא-יהודיות סבלו פי שניים מנשים יהודיות. מתוך סך הנפגעים מאלימות פיזית ומינית (2% מכלל הקשישים במדגם), שיעור יותר גבוה של נשים דיווחו על התנהגות אלימה המופנית כלפיהן מצד בן-הזוג (2.8%), מאשר מילדים ומנכדים בוגרים (0.9%) או ממטפל זר (0.2%). בנוסף לכך, הן גברים והן נשים שסבלו מפגיעה פיזית ומינית סבלו גם מבריאות גרועה, והנשים אופיינו גם בהשכלה נמוכה.

לאור ממצאי המחקר, החוקרים העלו מספר המלצות, אשר עשויות להוות בסיס לפיתוח תכנית התערבות, ומקצתן כבר מיושמות כיום. יש צורך לפתח תכניות שיהלמו את צורכיהן של נשים בעלות השכלה נמוכה משום שהן המועדות יותר לסבול מסוגים שונים של התעללות פיזית ורגשית. כמו-כן, יש צורך להגביר את השתתפותן של קשישות-צעירות, שהן ככל הנראה יותר מועדות להתעללות והזנחה. בהקשר זה חשוב לציין את הצורך בהתאמה תרבותית של התכניות, שכן קיים צורך מיוחד לפתח תכניות להעצמה ולהדרכה לנשים קשישות ערביות, ובעיקר לקשישות-הצעירות שבקרוב. כמו-כן, בפיתוח שירותים הולמים לצורכי הקשישות, יש לתת את הדעת לכך שרבות מהן גרות עם בני-זוג ובני משפחה נוספים ובבית צפוף יותר. לפיכך, יש מקום למקד בין השאר את התכניות וההשקעה במערכת הזוגית ובמשפחה, שם מתרכזות רוב ההתעללויות, בעיקר המילולית.

4.6 צרכים של קשישים המטפלים בחולי דמנטיה

מחקרים רבים מהארץ ומהעולם הצביעו על צורכי הקשישים, ובמיוחד הקשישות, המטפלים בבני משפחה חולים ומוגבלים. דוח שנכתב לאחרונה בידי מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל (ורטמן ואחרים, 2005) התייחס אף הוא בהרחבה לנושא הזה. למרות זאת נראה לנו שיש מקום לדון בנושא זה בקצרה גם בדוח הנוכחי, תוך התמקדות בצרכים של הקשישות המטפלות בבני משפחה, ולהצביע על כיווני פעולה אפשריים לשיפור איכות חייהן. במחקר שבחן את הצרכים של 185 מטפלים בלתי פורמליים של קשישים הלוקים בדמנטיה נמצא, כי 56 מקרבם היו בני 65 ומעלה, שני-שלישים (64%) נשים, ושליש

גברים. שיעור המטפלים הלוקים במוגבלות פיזית המפריעה בביצוע פעולות IADL גבוה בקרב הנשים לעומת הגברים (78% ו-45% בהתאמה), אך, למרות זאת, רק ל-47% מהלוקים בדמנטיה המטופלים בידי קשישות יש מטפלת, לעומת 75% מהלוקים בדמנטיה המטופלים בידי גברים. כמו-כן, 60% מהנשים לעומת 30% מהגברים דיווחו שהן מתקשות לצאת מהבית למספר שעות, ושיעור דומה מכל מין דיווחו שהם זקוקים ל"פסק זמן" מהטיפול. בולט במיוחד הפער בין המינים בבחינת הרצון לקבל מידע כיצד להתמודד עם בעיות בהתנהגות של בן המשפחה שמטופל (29% מהנשים ו-14% מהגברים שלמטופל בידיהם יש בעיות התנהגות), או כיצד להתמודד עם בעיות בזיכרון (54% מהנשים ו-47% מהגברים, כאשר לבן המשפחה יש בעיה כזו). עם זאת, יותר נשים מגברים דיווחו שהן קיבלו מספיק מידע על השירותים הקיימים לקשיש בקהילה (34% ו-15% בהתאמה), וייתכן שהן פעלו כדי למצוא את המידע הנחוץ להן ולכן אף מצאו אותו. בנוסף, יותר נשים מגברים הביעו רצון להשתתף בקבוצת תמיכה (36% ו-20% בהתאמה), ודיווחו שיש איש מקצוע שאליו ניתן לפנות כאשר מתעוררות שאלות בנוגע לטיפול בקשיש (83% ו-70% בהתאמה). ממצאים אלה עשויים לרמוז על רצון הקשישות לאתר ולקבל פתרונות למצוקותיהן. הקשישות גם עוזרות לבן המשפחה החולה ביותר פעולות ADL ועושות יותר פעולות משק בית. לפיכך, אין זה מפתיע ש-63% מהגברים ו-80% נשים דיווחו שרוב העזרה ניתנת בידי מטפל בלתי פורמלי. בעקבות זאת, יותר נשים מגברים דיווחו על תחושת עומס כבד או כבד מאוד (69% ו-47% בהתאמה), על רצון לקבל ייעוץ איך להתמודד עם מצבי לחץ (46% ו-22% בהתאמה), על קושי לצאת לחופשה (65% ו-30% בהתאמה), על כך כי בדרך כלל אין מי שיחליף אותן (74% ו-50% בהתאמה), וכי אם הייתה אפשרות כזו, הן בהחלט היו מעוניינות להעביר את החולה לנופשו לתקופת מה (58% ו-45% בהתאמה).

5. דוגמאות לתכניות לשירותים ולטיפולים יעודיים לקשישות

לאחר שסקרנו את מאפייניהן הדמוגרפיים, הבריאותיים והסוציאליים של הקשישות, ופירטנו מהם הצרכים המיוחדים שלהן, נסקור תכניות שפותחו במקומות שונים בעולם, במטרה לנסות ולענות על הצרכים האלה. מטבע הדברים, לא ניתן לסקור את כל התכניות שקיימות, ולכן בחרנו להציג תכניות שניתן ללמוד מהן, וליישם אותן או את חלקן בארץ. כמו-כן, השתדלנו להציג תכניות במגוון רחב של תחומים, וניסינו לבחור תכניות שעשויות לענות על הצרכים הייחודיים של הקשישות בישראל.

5.1 פעילות גופנית

הידרדרות במצב הפיזי הוא אחד הנושאים העיקריים, אם לא העיקרי שבהם, שבו מושקעים מחקר ותקציבים, במטרה לפתח תכניות למניעתה או לעיכובה. שכן, לליקויים בתפקוד הפיזי יש השפעה רחבה לא רק על מערכות פיזיולוגיות רבות עקב אי-שימוש והפעלה, אלא גם על המצב התפקודי, הפסיכולוגי והרגשי, ועל מגוון רחב של תחומי חיים. במאמר שנועד לפתח אסטרטגיה כוללת להקמת תכניות לפעילות גופנית לקשישים ולקשישות בקהילה, Evans & Cyr-Campbell (1997) מדגישים את היתרון שיש לשימוש בכלים ובשירותים שקיימים כבר בקהילה, ושניתנים להרחבה ולפיתוח גם למען קשישים וקבוצות ספציפיות מתוכם, בעלות מאפיינים וצרכים מיוחדים. הם מציעים להשתמש בתשתיות קיימות, ולשכנע גורמים המפעילים את השירותים בחשיבות שיש לפעילות גופנית גם

לקשישים, בכלל, ולנשים קשישות, בפרט, עקב היותן הרוב בקרב קבוצת אוכלוסייה מועדת זו. זה דורש לעתים התאמה או פיתוח פעילויות נוספות, ייחודיות לקשישות, למשל, שתשתלבנה במערך הקיים של השיעורים לפעילות גופנית, שלעתים קרובות הוא גדול ומפותח. הם גם ממליצים לפרסם את התכנית בקרב הקשישות כ"תכנית התעמלות חברתית", משום שלעתים קרובות הן מחפשות הזדמנויות לפעילות חברתית, ולא-דווקא מעוניינות לשפר את כושרן הגופני. כמו-כן, חשוב לתכנן למענן מגוון רב של פעילות תפקודית ברמות שונות. כך, למשל, בקבוצת הליכה ניתן להפריד בין המשתתפים בקבוצות הליכה מהירה והליכה איטית יותר, אך רצוי שההפרדה תהיה לפעילות ממוקדת בלבד, ולא הפרדה קבועה בין קשישים חלשים לחזקים. דוגמה נוספת היא המלצה לכלול בפעילויות רבות ככל האפשר התעמלות (כגון תרגילי התנגדות), משום שיש להם חשיבות רבה לנשים קשישות, במטרה לעצור או להאט את הירידה במסת השרירים.

תכניות התעמלות בתוך הבית

Campbell ועמיתיו (1999) פיתחו תכנית התעמלות מובנית, אשר נעשית בבית הקשישה, הכוללת תרגילים לחיזוק שרירים ולשיפור היציבה וההליכה. החוקרים בדקו עד כמה התכנית תורמת לירידה במספר הנפילות והפגיעות כתוצאה מנפילות, בקרב נשים תשושות בנות 80 ומעלה שיכולות ללכת בתוך הבית. רמת הקושי של התרגילים עלתה עם הזמן, וקצב האימונים הותאם אישית לכל משתתפת בידי פיזיותרפיסט שביקר בביתה ארבע פעמים במהלך החודשיים הראשונים של התכנית. הפיזיותרפיסט שמר על קשר טלפוני עם הנשים כדי להמשיך להדריך אותן, לייעץ להן ולשמר את רמת המוטיבציה, ובמטרה למנוע פגיעות במהלך האימונים. הנשים קיבלו הוראות מפורטות לכל תרגיל, וחוברת המתארת את התרגילים. בסיום התכנית החוקרים דיווחו כי שלב ההתאמה האישית היה שלב חשוב מאוד, מאחר שהקשישות היו בעלות יכולת פיזית ותפקודית ברמות שונות. ההתאמה האישית של התרגילים הגבירה את הסיכוי שהקשישות ימשיכו בביצועם בעצמן לאורך זמן. החוקרים המליצו שפיזיותרפיסט יערוך ביקורי בית במשך חצי השנה הראשונה של התכנית ולא רק למשך חודשיים, כדי לשפר את התאמת התרגילים לכל משתתפת, ולהגביר את רמת המוטיבציה שלהן. בנוסף, החוקרים ממליצים להפעיל את התכנית בשיתוף פעולה עם המרפאה שבה הקשישות רשומות, כדי שתהיה להן תמיכה וגיבוי מידי הצוות במרפאה, משום שלדבריהם אם הקשישות תדענה שהתכנית נתמכת בידי שירותי הבריאות זה עשוי להגביר את ההענות וההתמדה בקרבן.

בתכנית אחרת לאימון גופני בקרב נשים בקהילה (גיל ממוצע 83), הגיע מאמן אישי לביתן ולימד אותן סידרת תרגילים לאיזון ולניידות ברמת עוצמה נמוכה עד בינונית, למשך 40 דקות בממוצע. במחקר שבחן את תרומת התרגול לשיפור ולשימור האיזון והניידות של הקשישות, ולשיפור תחושת המסוגלות שלהן (self-efficacy) ורווחתן (well-being), נמצא, כי לאחר חודשיים של תרגול חל שיפור במהירות ההליכה של הקשישות ובמרחק בין הצעדים. כמו-כן, חל שיפור ברמת הפעילות, מהירות ההליכה המועדפת, ובחוזק תפיסת היד. ביצוע משימות היה קל יותר אחרי שמונה שבועות של תרגול, והנשים דיווחו על שיפור בביטחון העצמי, בנוסף לביצוע תרגילים ופעילויות יומיומיות אחרות (Williams et al., 2000).

תכניות לצמצום נפילות וחשש מנפילות באמצעות טאי-צ'י

למרות ריבוי התכניות למניעה ולצמצום נפילות בקרב קשישים, שיעור הנפילות ממשיך לעלות. מחקרים מהעשור האחרון מלמדים שאימון טאי-צ'י משפר כוח וגמישות, איזון, לחץ-דם, והערכה עצמית בקרב קשישים (Hong et al., 2000; Young et al., 1999; Li et al., 2002). בתכנית לנשים קשישות עצמאיות הגרות בקהילה ניתן תרגול אינטנסיבי בטאי-צ'י, בשני שיעורים בשבוע במשך כשנה. בתחילת התכנית השיעור נמשך כשעה ועם הזמן הוא עלה לשעה וחצי. התרגול הממוקד בטאי-צ'י, ללא החימום וההרפיה, עלה מ-10 דקות ל-50 דקות במהלך הזמן. במטרה לבחון את יעילות התכנית להפחתת הפחד מנפילות, נערך מחקר אקראי מבוקר שבו חלק מהקשישות קיבלו תכנית טאי-צ'י, וחלקן קיבלו תכנית חינוך לבריאות (wellness), אשר כללה שיעור אחד בשבוע במשך שעה. בשיעורים נדונו נושאים, כגון הדרכה למניעת נפילות, הדרכה באיזון והתעמלות, הדרכה בתזונה, ניהול פרמקולוגי, חוקים לגבי שירותי בריאות, שינויים בגוף, ובריאות הנפש כמו לחץ ודיכאון. המשתתפים גם קיבלו חומר קריאה, אך לא קיבלו הדרכה פורמלית בהתעמלות. הפחד מנפילות נמדד בשתי הקבוצות לפני התכנית ולאחריה. ממוצע הציונים בשתי הקבוצות לפני התכנית היה דומה אך אחרי שמונה חודשים ואחרי שנה נצפה שיפור מובהק בקבוצת הטאי-צ'י, בהשוואה לקבוצה השנייה. הפחד מנפילות היה נמוך יותר בקבוצת הטאי-צ'י לאחר נטרול רמת פעילות, רמת הדיכאון, שימוש בסמי הרגעה, יכולת תפקוד בהתחלה, וללא קשר למספר הנפילות במהלך התכנית (Sattin et al., 2005).

תרגול ושימוש במכשירים לנשים הלוקות באוסטיאופורוזיס

ב-Mayo-Clinic אטלנטה, נבחן שימוש במכשיר שנועד לתמוך בגבן של נשים הגרות בביתן בקהילה וסובלות מדפורמציות בעמוד השדרה (קיפוזיס) כתוצאה מאוסטיאופורוזיס, וחולשת שרירי גב. המכשיר (Weighted kypho-orthosis) מיועד לסייע לאישה "למרכז" את הגוף טוב יותר. משקלו כקילוגרם, והוא מונח מתחת לשכמות באמצע הגב, ומותאם בידי רופא. במחקר שבדק האם ניתן לשנות את מרכז הכובד של הנשים ולחזק את שרירי הגב וצורת ההליכה, נמצא שאחרי ארבעה שבועות חל שינוי משמעותי ביציבה ובצורת ההליכה של הנשים. כמו-כן, התחזקו שרירי הגב והייתה ירידה ברמת כאבי גב (Aging and Elder Health Week, 2005).

5.2 צמצום אי-שליטה בסוגר השתן

תכנית להתאמת התנהגות בקרב נשים מבוגרות נועדה לצמצם את מספר המקרים של אי-שליטה בסוגר השתן, חיזוק שרירי האגן ושיפור השליטה של ההתרוקנות (voiding control). לשם כך נערכה הכשרה קבוצתית לקשישות הגרות בקהילה שאינן לוקות באי-שליטה בסוגר השתן. ההכשרה כללה שתי הרצאות בנות שעה, האחת בידי אורולוג והשנייה בידי אחות מומחית בנושא, מצגת ועלוני הסבר. בנוסף, המשתתפות קיבלו קלטת עם תרגילים לשרירי האגן והשלפוחית, והמלצה לתרגל כל יום. לאחר שבועיים עד חודש אחות בדקה האם ההדרכה נקלטה, באמצעות בחינת מידת הידע, הדבקות בתרגול והמיומנות, והדריכה את המתקשות בביצוע התרגילים. הבדיקה העלתה כי המשתתפות היו מעוניינות בתכנית, שיתפו פעולה וקלטו את הידע שנמסר להם (Diokno et al., 2004).

בתכנית אחרת שנועדה לסייע לנשים וגברים הגרים בקהילה, הסובלים ממקרה אחד של אי-שליטה לפחות פעם בשבוע, נעשה שימוש בהדרכה ושינוי דפוסי התנהגות. המשתתפים הוזמנו לתכנית בפרסום דרך אמצעי תקשורת, עלוני חדשות לרופאי משפחה ומפגשי מידע בקהילה, תהליך שעשוי להיות בעל ערך חינוכי בפני עצמו. התכנית הופעלה בידי אחיות מוסמכות שקיבלו הדרכה, וכונו "יועצות שליטה בשתן". ההתערבות כללה הדרכה כיצד לשנות את אורח החיים ביחס לשליטה בשתן, ובכלל זה ייעוץ לגבי צריכת נוזלים וקפאין, תרגילים לחיזוק שרירי האגן ואימון להתרוקנות במועדים קבועים. המשתתפים גם נתבקשו לכתוב יומן מתן שתן במשך שבוע. הם הוזמנו לאחיות מדי חודש, במטרה לעקוב אחרי מידת ההתמדה שלהם בהתערבויות ההתנהגותיות ובביצוע תרגילים לחיזוק שרירי האגן. באמצע התכנית נבדקה ההתקדמות באופן מבוקר, ואלה שמצבם לא השתפר הופנו לאורולוג או לטיפולים אחרים. בניסוי אקראי מבוקר, שכלל שתי קבוצות בנות כמאתיים משתתפים נמצא כי אחרי 25 שבועות המספר הממוצע ביום של מקרי אי-שליטה והשימוש בפדים ירד משמעותית בקרב קבוצת ההתערבות, בהשוואה לקבוצת הביקורת (Borrie et al., 2002).

5.3 תמיכה רגשית וחברתית

במטרה לשפר את מצבן הרגשי של נשים קשישות בעלות הכנסה והשכלה נמוכה, נערכה תכנית התערבות, שבה הן הוזמנו להשתתף בקבוצת תרפיה שארכה 12 פגישות וכללה תכנים, כגון תרפיה קוגניטיבית, תרפיית העלאת זיכרונות, תרפיית מוטיבציה, ניהול מחלות כרוניות, מניעת מחלות אחרות, ותרגילי התעמלות (לפי היכולת והמצב הבריאותי). הנושאים נבחרו על בסיס מחקר אמפירי שהדגים את הרלוונטיות שלהם למניעה ולצמצום דיכאון בקרב קשישים. התכנית גם כללה חוברת שתארה את הפעילויות המתוכננות והמשימות שהקשישות צריכות לעשות לקראת כל מפגש. המנחים היו ממקצועות סיעוד, עבודה סוציאלית ופסיכולוגיה, ועברו הכשרה אינטנסיבית בת יומיים בתרפיה קבוצתית ובדינמיקה קבוצתית שניתנה בידי פסיכו-תרפיסט קבוצתי וגרונטולוג. הקשישות רואיינו לפני התכנית ולאחריה כדי לבדוק את מידת היעילות של התרפיה הקבוצתית לצמצום סימפטומים של דיכאון בקרבן, ולבחון את הקשר עם גיל, מוצא וחומרת הדיכאון. נמצא כי התכנית נתנה סביבה תומכת לקשישות לשם בניית יחסים בין-אישיים ופתרון בעיות. דווקא נשים עם רמת דיכאון גבוהה יותר לפני הטיפול השתפרו יותר מנשים עם דיכאון קל. קשישות-צעירות השתפרו יותר מקשישות-קשישות יותר (Husaini et al., 2004).

בתכנית התערבות לתמיכה בקשישים אלמנים, נכללו בנוסף למשתתפים גם "עמיתים", אחד מהם מתנדב אלמן למעלה משנתיים ומנחה מקצועי (אחות בריאות הציבור, כומר, עו"ס), שהוכשרו לכך בכנס-וידאו. בתחילת התכנית המשתתפים נשאלו מהם הצרכים שלהם ומהם הנושאים שהם רוצים להתייחס אליהם, והושם דגש על הסכמה קבוצתית לעסוק בנושא מסוים. במטרה לבחון את תוצאות ההתערבות הקשישים רואיינו לפני ופעמיים לאחריה. נמצאה עלייה בשביעות רצון מהתמיכה הכוללת (total support), וירידה מובהקת בצורך לתמיכה (total support needs). כמו-כן, נמצאה עלייה מובהקת בהרגשה החיובית הכללית (positive affect), ומי שהרוויח הכי הרבה מהתכניות היו נשים שהתאלמנו בשנתיים האחרונות (Stewart et al., 2001).

5.4 אימון קוגניטיבי

שמירה על הזיכרון, התקשורת והיכולת הקוגניטיבית היא אחד הנושאים שהכי מעסיקים את הקשישים. מאחר שעל-פי-רוב השינויים הקוגניטיביים מתפתחים בהדרגה, קיימים סוגים שונים של תכניות, המתאימות לשלבים שונים בתהליך ההידרדרות הקוגניטיבית. אחת התופעות המוקדמות בתהליך זה היא הידרדרות ביכולת לתקשר, עקב הידרדרות בחושים כמו ראייה ובעיקר שמיעה, והידרדרות ביכולת לזכור, במיוחד הופעת בעיות בזיכרון הקשור לשפה ולשליפת מידע לשוני. במסגרת תכנית התערבות, ניתנה לקשישים הדרכה ממוקדת, בקבוצות קטנות של 6-8 משתתפים עם מדריך או שניים. התכנית כללה חמישה מפגשים שבועיים, בני שעתיים, בהם נידונו נושאים, כגון תקשורת ורווחה נפשית; התמודדות עם אובדן שמיעה; שירותים ומכשירי שמיעה לאנשים עם בעיות שמיעה; תחזוק מיומנות אוריינית ותרגול זיכרון. כל פגישה כללה התערבות של מתן מידע, דיון, ותכנון לפעילות עתידית. התכנית כללה מספר טכניקות לפתרון בעיות, והמשתתפים גם התבקשו לפתח אסטרטגיות ספציפיות לעצמם לשימוש בעתיד. כמו-כן, הוכן לשימוש המשתתפים ספר הדרכה פשוט להבנה, שאינו דורש ידע במונחים או הכנה מקיפה קודמת. במחקר שבחן את השפעת התכנית, הקשישים דיווחו על שיפור מובהק במודעות ובשימוש לאסטרטגיות לתחזוק מיומנות תקשורתית כמו שמיעה, ראייה וזיכרון, לפני התכנית ובסופה. כמו-כן, 80% מהמשתתפים אמרו שהיו מרוצים או מאוד מרוצים מהתכנית, ויותר אנשים מקבוצת ההתערבות מאשר מקבוצת הביקורת דיווחו שנקטו פעילות כתוצאה מהשתתפותם בתכנית (45%-ו-10% בהתאמה). הפעילויות שנקטו כללו בדיקת אפשרות לקבל מכשיר שמיעה, ביקור אצל רופא עיניים וקניית יומן כדי לעזור לזיכרון (Worrall et al., 1998).

בשלב מתקדם, כאשר חלה הידרדרות במצב הקוגניטיבי, יש צורך להתמודד עם השינויים שבאים בעקבותיה. תכניות לאימון קוגניטיבי פותחו למען נשים תשושות הגרות בבית אבות, כאשר האחת כללה טיפול קבוצתי באמצעות תרגול קוגניטיבי-התנהגותי, והשנייה כללה טיפול קבוצתי באמצעות תרגול דימוי-ויזואלי. במחקר שבחן את השפעת התכניות נמצא כי חל שיפור בקרב המשתתפות בשתי התכניות, וכי הטיפול הראה שיפור ביכולת הקוגניטיבית של הנשים משתי הקבוצות, אולם התכנית לא השפיעה על תחושת הדיכאון שלהן (Abraham et al., 1992).

בשלב מתקדם עוד יותר, יש צורך להתמודד עם המצב החדש, בו מעורבים על-פי-רוב הקשיש וכן משפחתו המטפל בו ביחד. Zarit ועמיתיו (2004) פיתחו מועדון זיכרון, שייחודו בכך שבשונה מקבוצות תמיכה אחרות, הסובל מדמנטיה והתומך העיקרי שלו משתתפים ביחד באותה קבוצה. המועדון מיועד בעיקר לחולים בשלב שבו הם עדיין יכולים לקחת חלק בקבלת החלטות. מעניין לציין כי הגיוס למועדון הזיכרון היה פומבי, דרך מרפאה להערכה גריאטרית, פרסומות בעיתונים מקומיים, שיחות והרצאות שעובדי המועדון העבירו בקהילה על אודות מחלת האלצהיימר. כאמור, לפרסום כזה עשויה להיות תרומה משל עצמו להעלאת המודעות לנושא בקרב המשתתפים ובקרב אלה שאינם משתתפים בתכנית. מטרות מועדון הזיכרון הן להעביר למשתתפים מידע על המחלה, על תסמינים הקשורים לדמנטיה, על אפשרויות טיפול, על מחקר עכשווי, משאבים בקהילה, ונושאים חוקיים וכלכליים. כמו-כן, המועדון נועד לחזק את שני בני-הזוג, החולה והתומך, באמצעות שיפור התקשורת ביניהם ושימור

ההיבטים החיוביים בקשר, לעזור לשניהם ללמוד איך להתכונן ביחד לעתיד, ובכלל זה תכנון לטווח ארוך ותכנון כלכלי; לעזור לבני-הזוג לתת לקרובי משפחה אחרים ולחברים הסבר על המחלה וכיצד לדבר על המחלה ולתת להם אפשרות להזמין בני משפחה וחברים למפגשים במועדון. כמו-כן, המועדון נועד לבנות מערכות יחסים תומכות בתוך קבוצת המועדון. תכנית נמשכת עשרה מפגשים, מדי שבוע, וכוללת 8-10 זוגות של חולה ותומך. כל מפגש מוקדש לנושא אחד, חלקם אינפורמטיביים וחלקם מתמקדים בתרפיה זוגית (הזוגות יכולים להיות בני-זוג או הורה וילד). כל מפגש מתחיל בנוכחות כל חברי המועדון ואחר-כך מתחלק לקבוצת תומכים ולקבוצת חולים, ובסופו כולם נפגשים שוב. לכל קבוצה יש שני מנחים - עובד סוציאלי ופסיכולוג נירולוגי.

5.5 תכניות הכנה לפרישה

תכניות הכנה לפרישה צריכות להיות מותאמות היטב לאוכלוסיית היעד שלהן. לפיכך, יש צורך בהכנה מוקדמת ויסודית שלהן בידי מומחים בתחום. הקורסים צריכים להתאים לרמת ההשכלה, למערכת המשפחתי ולרקע של נשים, להרגלי החיים ולתעסוקה הקודמת שלהן. כמו-כן, חשוב שהקורסים יתייחסו להשפעה הפסיכולוגית שעשויה להיות לפרישה, ויתנו בידי הנשים כוחות שיעצימו אותן בחייהן החדשים, וכלים כדי להתמודד עם מצבים חדשים ולא מוכרים להן. בנוסף לכך, גם מאפייני אישיות עשויים להשפיע על תהליך ההסתגלות של הנשים לקראת הפרישה. נמצא, כי הערכה עצמית נמוכה בתקופות חיים קודמות, משפיעה על קשיים פיזיים ונפשיים לאחר הפרישה (Hayes, 1990). לפיכך, יש להתאים את תוכני הקורסים לקבוצות נשים בעלות השכלה ורקע שונים, ובעקבות זאת, בעלות צרכים שונים. בנוסף, קיים צורך ליידע נשים על אודות קיומן של תכניות כאלה ולעודד אותן לקחת בהן חלק. בארצות-הברית נכתבו בעשורים האחרונים ספרים וחוברות, מקצתם ספרי הנחיות ("How-To" manuals) ובהם הנחיות לנשים, לעתים מפורטות ביותר, כיצד להתכונן לקראת הפרישה. גורמים אחרים ארגנו סמינרים ותכניות כדי לענות על צורכיהן של נשים הפורשות מעבודה. הסמינרים מתנהלים באווירה מזמינה כמו מלון, סוף שבוע או מרכיב מושך אחר, הממריץ את נכונות הנשים להשתתף בהם (Women's Institute for a Secure Retirement: www.wiser.heinz.org). ואולם, נראה כי רוב התכניות להכנה לפרישה נעשות בעיקר באופן וולונטרי, בידי ארגונים ומפעלים גדולים, למען העובדים בהם הקרובים לפרישה, וכמעט שאין תכניות לאומיות וציבוריות. יתר-על-כן, רוב התכניות מתמקדות בעיקר בתכנון הכספי, ללא התייחסות לבריאות פיזית ולצרכים נפשיים ופסיכולוגיים של הפורשים. גם שיעור הנשים בקורסים כאלה נמוך, ויש בהם התייחסות מועטה לנושאים שרלוונטיים לנשים באופן מיוחד (Hayes, 1990; Jacobs-Lawson et al., 2004)

5.6 קבלת מידע והסברים

למרות שהצורך במידע ובהסברים אינו מאפיין אך ורק נשים, או אך ורק קשישים, הצורך הזה מתעורר לעתים קרובות בקרב נשים קשישות. העברת מידע על התנהגות בריאה עשויה כמובן לתרום לכל אדם, אולם, יש לה ככל הנראה ערך במיוחד בקרב נשים הלוקות במוגבלויות. Zimmerman (2005) מצאו כי תכניות עשויות להיות יותר מוצלחות ככל שהנושאים מעניינים את קהל היעד שלהן. בסקר שנערך בקרב נשים עם מוגבלויות נמצא שהנושאים המעניינים ביותר את הקשישות, כאלה שנבחרו על-ידי לפחות מחצית הנשים היו: הזדקנות עם מוגבלות, התמודדות עם

לחצים, פעילות גופנית, תזונה, סקירת קידום בריאות, ושמירת בריאות נפשית. נושאים שלא נמצא בהם עניין רב בקרב נשים עם מוגבלויות היו: הפסקת עישון, הריון, ואוסטיאופורוזיס.

Tennenbaum ועמיתיו (2003) בחנו באמצעות קבוצות מיקוד, כיצד ניתן לשפר את שירותי הבריאות הניתנים לנשים קשישות, במטרה לסייע להן לקבל את הטיפול הרפואי הטוב ביותר ולהגיע לזיקנה מוצלחת. למרות שבאופן כללי רוב הקשישות דיווחו שהן שבעות רצון מהטיפול שהן קיבלו לבעיות הגופניות שלהן, הן חשו כי הרופאים אינם מקדישים מספיק תשומת לב לבעיות הפסיכולוגיות והרגשיות שלהן. בדיונים זהו שלוש תחומים עיקריים המתייחסים לצרכים הרגשיים והפסיכולוגיים של הקשישות. ראשית, הן מעוניינות להרגיש יותר משמעותיות בפגישתן עם הרופא שלהן, ומצפות לתקשורת פתוחה ותחושה שמתייחסים לבעיותיהן הספציפיות. לעומת זאת הן חשות שמפלים אותן לרעה בגלל גילן ושאינן המשכיות ורצף בטיפול בהן.

שנית, הקשישות חשות צורך להגביר את המודעות ואת ההבנה של הרופאים והאחיות ביחס לפחדים ולחרדות שלהן מפני הזיקנה. הן אזכרו במיוחד חרדות מפני אובדן עצמאות בתפקוד, אובדן זיכרון, תחושת בדידות, פחד מסבל, תלות בבני המשפחה ופחד מהמוות, נושאים שלרוב אינם זוכים להתייחסות. בנוסף, הן חוששות מאוד מקבלת בשורות רעות, ולעתים קרובות הן מרגישות או חוששות שהרופא אינו מגלה להן את כל האמת. שלישית, הן מעוניינות במידע רב יותר, ובתכניות הדרכה שילמדו אותן כיצד לשמור על בריאותן. קשישות מעוניינות לדעת מה הן יכולות לעשות כדי להישאר בריאות לאורך זמן ולדחות מחלה, מהי הדיאטה המתאימה להן, כיצד להשתמש נכון בתרופות והאם הן נוטלות נכון את התרופות שלהן. בנוסף הן מעוניינות במידע על שירותי רווחה, על משאבים ועל שירותים שמתאימים להן. במהלך הדיונים זהו מצבי הבריאות שמדאיגים את הנשים במיוחד, ובכלל זה מחלות לב ושבץ מוח, סרטן, מחלת אלצהיימר, אוסטיאופורוזיס, מוגבלות, אי-שליטה בסוגר השתן, מחלת פרקינסון ודיכאון. בנוסף, הקשישות דיווחו שהן מוטרדות מהמחסומים השונים לקבלת טיפול יעיל, ובכלל זה ההרגשה שהרופאים לא יכולים להקדיש להן מספיק זמן, מחוסר נגישות שירותים בגלל תורים ארוכים, ומהעובדה שלא ניתן להשיג את הרופא בטלפון.

5.7 הרחבת הידע, ההבנה והמעורבות של רופאי משפחה

לעתים קרובות קיים פער בין ממצאי מחקריים קליניים לבין התנהגות רופאי המשפחה. מאמצים וניסיונות קודמים לשנות את התנהגות הרופאים באמצעות השתלמויות מסורתיות לא תמיד אפקטיביים ולעתים קרובות אינם נוחלים הצלחה (Grimshaw et al., 2001). אחת הסיבות העיקריות לכך היא הקושי לזהות תכניות התערבות, שיתמקדו אך רק בשינוי התנהגות של רופאי המשפחה מבלי לערב בכך עובדים נוספים במרפאה, ומבלי שיהיה צורך לעשות שינויים מבניים יקרים, שלרוב אינם ניתנים ליישום. דוגמה להצלחה ניתן לראות בתכנית התערבות, (Assessing Care of) ACOVE (Vulnerable Elderly Persons), שהיא תכנית להערכת הטיפול בזקנים פגיעים בקהילה, ולשיפור הטיפול בקשישים בני 75 ומעלה הסובלים מאחת משלוש בעיות גריאטריות - אי-שליטה בסוגר השתן, נפילות, או דמנטיה/ליקוי קוגניטיבי. במחקר שבחן את התכנית הקשישים עם בעיות זהו באמצעות שאלון סינון טלפוני פשוט, ולאחר מכן הקשישים הוזמנו לפגישה מתוכננת עם הרופא. אם מטופל זוהה כסובל מאחת משלוש הבעיות האלה, צורפו תוצאות שאלון הסינון לתיק הרפואי של המטופל, והוחל

בהתערבות ספציפית לטיפול בליקוי שנמצא. במסגרת התכנית נעשה שימוש בארבע שיטות לשינוי המצב הרפואי: 1. איסוף יעיל של מידע קליני בנוגע למצב המטופל כולל הזמנה אוטומטית לפרוצדורות פשוטות; 2. כתיבת סיכום בתיק הרפואי כדי לעודד ביצוע תהליכי טיפול נחוצים; 3. מתן חומר חינוכי לקשישים והפעלת תפקיד המטופל במעקב; 4. תמיכה בהחלטות הרופא והספקת חינוך מתמשך לרופאים. העלויות הראשוניות של הפעלת התכנית במרפאה שבה עבדו עשרה רופאים, כולל הכשרת הרופאים ורכישת ציוד, היו נמוכות יחסית, ומשך הזמן לתחזוקת התכנית (בשביל מרפאה של 10 רופאים שרואים 3,000 מטופלים מעל לגיל 75 בשנה) נאמד ב-5.2 דקות נוספות של עבודה משרדית ביום (Reuben et al., 2003).

5.8 גיוס לתכניות התערבות לפעילות גופנית ושמירה על מעורבות המשתתפים בהם

למרות החשיבות הרבה שיש לתכניות התערבות למען בריאותן ורווחתן של הקשישות, התכניות עלולות שלא להביא תועלת אם יוזמיהם ומפעיליהם לא יצליחו לגייס אליהן משתתפות מתאימות, שעשויות להפיק תועלת מהתכנית. סוגיה זו מוזנחת באופן יחסי, ואכן, רוב המאמרים והמחקרים על פעילות גופנית בקרב קשישים, מתמקדים בתיאור התכניות ובתוצאותיהן, ומעט מאוד תשומת-לב ניתנת לאסטרטגיות לגיוס המשתתפים (Rowland et al., 2004). יתר-על-כן, קיימים הבדלים בדפוסי הגיוס של נשים וגברים קשישים לתכניות. לדוגמה, בתכנית קהילתית של קבוצות הליכה באורגון, ארצות-הברית, המשתתפים גויסו בשלושה שלבים: שיחת טלפון, מכתב בדואר וקשר אישי. החוקרים מצאו שנשים וגברים הגיבו בצורות שונות. כך, למשל, 75% מהנשים לעומת 62% מהגברים גויסו לתכנית באמצעות שיחת טלפון. כמו-כן, יותר נשים הפנו את הבעל שלהן לתכנית לאחר שנרשמו דרך הטלפון (Rowland et al., 2004). במחקר על תכנית התעמלות לקשישים הלוקים בשתי מחלות כרוניות לפחות, באוניברסיטת אילינוי, נבדקה הנטייה להתמיד בהשתתפות בתכנית לאחר שלב הגיוס. למרות שלא נמצאו הבדלים בנשירה בין גברים לנשים, בין אנשים ברמות הכנסה שונות, מצב משפחתי וציון GDS אחרי שלושה חודשים ואחרי שנה, נמצאו הבדלים בבחינת מצב הבריאות. כשליש (33%) מהמשתתפים שהגדירו את מצב בריאותם כלא טוב או סביר לפני תחילת התכנית, נשרו אחרי שלושה חודשים לעומת 13% בלבד מקרב אלה שהגדירו את מצב בריאותם כטוב עד טוב מאוד (Warren-Findlow et al., 2003). במחקר איכותני בקנדה שבו נכללו 32 נשים זקנות, חלקן פעילות, חלקן פעילות חלקית וחלקן לא פעילות כלל, הן נשאלו מה מונע מהן לעסוק בפעילות גופנית ומה עשוי להמריץ אותן לעסוק בפעילות כזאת. לדברי הנשים, הגורמים המונעים היו כושר גופני מידרדר, מסת עצם נמוכה, חוסר זמן פנוי; והגורמים המדרבנים היו ציפיה לפחות כאבים, מודעות לתכניות קהילתיות חדשות, ודיווחים בכלי תקשורת על התועלת הבריאותית של התכניות. הנשים שאינן פעילות דיברו גם על כך שחייהן הלא פעילים ותמריצים שליליים אחרים היו יותר חזקים בשבילן מהתמריצים החיוביים. לאור זאת, החוקרת מציעה שהתערבויות יעילות לחיים פעילים צריכות לכוון לנשים הנוטות להיות פעילות, אך זקוקות לעזרה כדי להתחיל או להמשיך בפעילות (O'Brian Cousins, 2001).

King ועמיתיו (1992) סיווגו את הגורמים שמשפיעים על גיוס משתתפים לתכניות לפעילות גופנית וההתמדה בהשתתפות בהן לשלוש קטגוריות: (א) גורמים הקשורים לפרט (מאפיינים דמוגרפיים, תפיסות ואמונות לגבי פעילות גופנית וכו'); (ב) גורמים הקשורים לסביבה (מסגרת התכנית, תמיכה חברתית, המלצת רופא וכו'); (ג) גורמים הקשורים לתכנית ההתערבות (מאפייני עיצוב התכנית/מחקר - אסטרטגיות גיוס, קריטריונים לקבלה לתכנית, הגדרות לשיתוף והיענות וכו'). Mahoney (1994) טוענת אף היא שיש צורך להתייחס לעקרונות שיווק ולהבין את הצרכים של משתתפים פוטנציאליים כדי לבנות תכנית מוצלחת. הבעיה העקרית שנתקלים בה היא הערכה נמוכה מדי של תקופת התפתחות התכנית, וכתוצאה מכך, לא מצליחים להשיג את כל מטרות התכנית בלוח הזמנים שנקבע. הדבר גורם גם להרשמה מועטה לתכנית, משום שלא מאפשרים הרשמה למשך זמן ארוך די הצורך, וכתוצאה מכך רק חלק מהציפיות מהתכנית או מיעוטן מתממשות, והמטרות הנותרות לא נענות. לדבריה, יש מספר מלכודות שעלולות להוביל לבעיות האלה. לפעמים אין התאמה בין הצרכים הנתפסים של האוכלוסייה הפוטנציאלית להשתתפות בתכנית לבין אנשי המקצוע; לעתים המארגנים נכשלים בהבנת הקהילה והשירותים הקיימים; ולעתים הם נבהלים מתקלות, תלונות וחוסר שביעות רצון זמני בתקופת פיתוח התכנית. לאחר שהמודעות לבעיות ולמלכודות האפשרויות מתפתחת, יש צורך להעריך את צורכי הקהילה (ובמושגי שיווק זה נקרא ביקורת השוק). התהליך כולל הערכת המוצר, המחיר, המיקום וקידום המוצר. לאחר הערכת צורכי הקהילה, המטרה הבאה היא להמשיך ולפתח את התכנית בצורה מוצלחת, ובכלל זה הרשמה מוצלחת (מבחינת מספר נרשמים), החזקת הנרשמים בתכנית (מבחינת שיעור נמוך של נשירה), ובניית שם טוב לתכנית (בניית תכנית כדאית).

6. השלכות הממצאים

בעבודה זו סקרנו את מאפייניהן של נשים קשישות ואת מצבן במערכת שירותי הבריאות והרווחה בארץ ומתוך כך גזרנו את הצרכים המיוחדים שלהן. בנוסף, סקרנו מידע תיאורטי ויישומי ממקומות שונים בעולם, אשר ניסו לענות על צורכיהן הייחודיים של הקשישות. עתה, ננסה לבחון מהן ההשלכות על מצבן ועל צורכיהן של הקשישות, מחד, ועל תכניות פוטנציאליות, מאידך. אולם, בטרם נתמקד בנשים הקשישות, חשוב לציין כי ההשוואה בין לבין הגברים הקשישים לימדה, כי גם לאחרונים יש צרכים ייחודיים משלהם, לעתים שונים מצורכי הקשישות. בחלק מהתחומים צורכי הקשישים והקשישות דומים במידה רבה, בחלקם דומים במידה מועטה, ובחלקם שונים. לפיכך, בבחינת השלכות ממצאי הסקירה נתייחס בעיקר לצורכיהן הייחודיים של הנשים הקשישות, אולם, כפי שאמרנו כבר במבוא לדוח הזה, לא תמיד נוכל לומר בוודאות כי "מצבן של הקשישות הוא כזה בגלל שהן נשים ולא גברים", משום שלעתים לא ניתן להבחין בין קבוצות אוכלוסייה על בסיס מגדר. בנוסף, יש לתת את הדעת לכך שהבדלים ביחס ובטיפול שניתן במערכות הבריאות והרווחה לקשישים, מושפעים, מטבע הדברים, גם מגורמים רבים אחרים, כמו, למשל, אזור מגורים: פריפריה לעומת מרכז, אזור עירוני לעומת כפרי, וגורמים אחרים.

אחת המסקנות הבולטות שעולות מהסקירה היא כי לא ניתן להתייחס לכל הנשים בנות 65 ומעלה כאל קבוצת אוכלוסייה אחידה, וכי קיימים הבדלים גדולים ומשמעותיים בין תת-קבוצות בקרבן, כאשר חלקן בעלות צרכים ייחודיים משל עצמן. כך, למשל, "קשישות-צעירות" שפרשו מהעבודה זה

מקורב, חלקן בעלות השכלה בינונית ומעלה ובעלות מרץ ועניין בחיים, עשויות להפיק תועלת מתכניות ופעילויות בתחומים שיענו על צורכיהן ויסייעו להן לעבור באופן חלק לחיי פנסיה, להפיק תועלת מחייהן, להשתלב בפעילויות פנאי מהנות ומועילות, להתנדב, ולפתח מעורבות קהילתית וחברתית פוריה. "קשישות-צעירות" אחרות, לעומתן, כאלה שהן בעלות השכלה נמוכה יותר, שחלקן הגדול לא צברו תנאים סוציאליים ופנסיה במהלך חייהן (בין אם עבדו ובין אם היו עקרות בית), זקוקות לתכניות בעלות מאפיינים אחרים, כאלה שיתרמו להעלאת תחושת המסוגלות העצמית והערך העצמי שלהן. התכניות צריכות לכלול הדרכה בתחומים מעשיים ויישומיים כמו, למשל, ניהול כסף וחסכוניות, שמירה על דפוסי התנהגות בריאה, הגברת הפעילות, ושילובן בפעולות התנדבות שמתאימות להן. בהקשר זה יצוין שיש להתייחס לא רק לצרכים הייחודיים של תת-קבוצות בקרב הקשישות, אלא גם לגילן, למצב בריאותן ולתפקודן.

מסקנה שנייה שניתן להוציא מהמצאים מהארץ ומהעולם היא כי נשים קשישות, הרבה יותר מאשר גברים קשישים, מעוניינות מאוד לקבל מידע, הסברים, פרטים וכלים להעמקת הידע וההבנה שלהן בתחומים הקשורים לבריאותן, לבריאות בני משפחתן, לשירותים העומדים לרשותן, ולנושאים רבים אחרים. ממצאי עבודות מלמדים עוד, כי נשים קשישות גם מעוניינות במידע ביחס לזכויותיהן, כגון חוקי הורשה, צוואות והעברת זכויות בחייהן, ולאחר מותן. לפיכך, כדאי לתת את הדעת לצורך להרחיב את השירותים למתן מידע בעל-פה ובכתב באמצעות הרצאות, חוגים וחומרים בכתב שיענו על צורכיהן. בתחום זה ניתן לשלב מתנדבות, ובכלל זה קשישות שרכשו ידע ומיומנות בנושאים שונים במהלך חייהן.

תחום נוסף שנשים קשישות מעוניינות בו במיוחד הוא שמירה על הזיכרון ועל מצב קוגניטיבי תקין. בנוסף, מאחר שרבות מהן מטפלות בבני משפחתן, לרוב בן-זוג, הלוקים במחלות ממושכות כמו דמנטיה או מחלה סופנית אחרת, הן זקוקות למידע על אודות שירותים שידריכו אותן ויסייעו להן להתמודד עם הבעיות והקשיים הכרוכים בטיפול, ושיאפשרו להן להחזיק מעמד בתפקידן לאורך זמן, תוך צמצום השחיקה והעומס המוטל עליהן, ככל האפשר. בנוסף, הן גם זקוקות להדרכה וידוע על אודות ארגונים שמספקים מידע והדרכה למטפלים בלוקים במחלות ספציפיות כמו, למשל, עמותת אלצהיימר, עמותת לתמיכה במטפלים בלוקים בשבץ מוח, ואחרים. נראה שיש מקום להרחיב ולחזק התערבויות פסיכו-סוציאליות, כגון קבוצות תמיכה ומתן ייעוץ פרטני ומשפחתי, באמצעות אנשי מקצוע ומתנדבות כאחד, שיעניקו תמיכה לקשישות הנושאות בעול לתקופות ארוכות, כאשר חלקן סובלות בעצמן מבעיות בריאות, קשיים בתפקוד ומפגיעה משמעותית ברווחתם הנפשית.

מסקנה שלישית - נראה כי יש צורך לפתח תכניות בנושאי התנהגות מקדמת בריאות בקרב נשים בעלות מאפיינים ייחודיים. תכניות כאלה רלוונטיות וחשובות במיוחד לקשישות מארצות מוצא שונות. כך, למשל, שיעור ההיארעות של תחלואות לב וכלי דם של המוח בקרב קשישות מצפון אפריקה, תימן ועיראק, הוא מהגבוהים בעולם. לעומת זאת, שיעור התמותה מסרטן השד גבוה במיוחד בקרב קשישות ערביות וקשישות חרדיות, ככל הנראה בשל גילוי מאוחר של המחלה עקב חוסר מודעות ואי-ביצוע בדיקות לגילוי מוקדם, ולכן חשוב לפתח תכניות בתחום זה בקרבן.

בהקשר זה יצוין הצורך להרחיב הפעילות למניעה ולצמצום שבדי צוואר הירך בקרב קשישות. פעילות כזו מתקיימת אמנם בארץ כבר כיום, אולם נראה שיש מקום לבחון כלים להרחבתה. הדבר עשוי להיות במגוון עצום של כלים ותכניות, כמו, למשל, הדרכה לקידום בריאות באמצעות תזונה הולמת, בדיקות לאיתור מוקדם של ירידה בצפיפות מסת העצם וקבלת תרופות מתאימות, תכניות לפעילות גופנית המותאמות לנשים קשישות, עם או בלי אבחנה של אוסטיאופורוזיס, הרחבת השימוש במכשירים המגנים על הירכיים, בעיקר בקרב נשים המרבות ליפול, והרחבת הפעילות הגופנית בקרב נשים ששברו את הירך, בתקופת השיקום ולאחריה, בבית ובקהילה.

מסקנה רביעית - לאור בעיותיהן הרפואיות והתפקודיות הייחודיות של נשים, מצד אחד, והצרכים העצומים שלהן במידע, מהצד האחר, נראה שיש מקום להרחיב את הידע, ההבנה והמעורבות של גורמים ברפואת המשפחה, בראש וראשונה הרופאים, בצרכים הייחודיים של נשים זקנות, ובמיוחד בתחום הרגשי. רופאי המשפחה הם גורם מקשר דומיננטי בין מערכת הבריאות לבין הקשישים, ולעתים קרובות יש להם השפעה עצומה עליהם. נראה שיש צורך לא רק להשקיע משאבים בהגברת המחויבות של הרופאים בשמירה על בריאותם ותפקודם של הקשישים, אלא גם לפתח תכניות ייחודיות בשבילם, אשר ידגישו את החשיבות שיש להסברים ולמתן מידע לקשישים, ושיציגו בפניהם את הכלים, השירותים, התכניות והפעולות שנעשות בקהילה למען הקשישים, שלרוב אינם מוכרים להם.

מסקנה חמישית - מסקירת המאפיינים האפידמיולוגיים של הקשישות בארץ, והתכניות שהתפתחו במקומות אחרים בעולם למען קשישות המרותקות לביתן, עולה הצורך לפתח תכניות שתגענה לביתן של קשישות. שכן, למרות הקשיים בניידות, יש להן צרכים בריאותיים וחברתיים שניתן לענות עליהם. אחד התחומים החשובים ביותר הוא, כמובן, התאמת תכנית לפעילות גופנית שתאפשר להן להמשיך להיות פעילות למרות מוגבלותן. שכן, לא ניתן לצפות מהן ליזום וליצור תכנית כזו בעצמן. ניתן לשלב בתכניות כאלה, אם כי במידה מוגבלת, בעלי מקצועות בריאותיים כמו מרפא בעיסוק או פיזיותרפיסט, שידריכו את הקשישות בביתן, יכתבו כלי הנחייה, וידריכו מתנדבות שיהיו בקשר קבוע ומתמשך עם הקשישות המרותקות לבית, ויעקבו אחר עבודתן.

לסיכום, נשים חיות יותר שנים מגברים, חלק משמעותי מהן מתמודדות בשנים האחרונות לחייהן, בעיקר עם העלייה בגילן, עם תחלואה כרונית, עם מוגבלות פיזית, תפקודית ופסיכולוגית, עם בדידות ולעתים קרובות גם עם חסך כלכלי. נראה כי העובדות האלה "מצדיקות" בפני עצמן התייחסות מיוחדת לצורכיהן. עם זאת, נראה כי החברה והתרבות המערבית עדיין לא השכילו די הצורך להתמודד עם ייחודיותן של הנשים הקשישות. אפילו ארגוני נשים טרם גיבשו מדיניות להגברת השוויון של נשים קשישות בחברה. ייתכן שהדבר נובע מהתפיסה לפיה הנשים, צעירות כזקנות, אינן מעוניינות להיראות בחולשתן. ואולם, הדוח הנוכחי מלמד כי לנשים הקשישות בישראל יש לא רק מאפיינים בריאותיים וסוציאליים ייחודיים, אלא גם צרכים ייחודיים, שהניבו בארץ ובמקומות אחרים בעולם, תכניות וכלים ייחודיים למען. לפיכך, נראה כי מערכות השירותים הפורמליים יעשו נכונה אם ימשיכו לפעול להרחבת הפעילות למען נשים קשישות, תוך התייחסות לצורכיהן של תת-קבוצות ייחודיות בקרבן, ולצורכיהם של כל הקשישים בישראל.

רשימת מקורות

- איזיקוביץ, צ.; וינרשטיין, ט.; לבנשטיין, א. 2004. סקר התעללות והזנחה של זקנים בישראל. הפקולטה לרווחה ובריאות, אוניברסיטת חיפה.
- אייזנשטדט, מ.; גל, ג. 2001. מגדר במדינת הרווחה בישראל. התפתחויות וסוגיות. המרכז לחקר מדיניות חברתית בישראל, ירושלים.
- בנטור, נ.; סיטרון, ד. 2006. קידום בריאות בקרב קשישים בקהילה באמצעות שיתוף שירותי הבריאות בקהילה - תכנית "דרכון בריאות". מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל, ירושלים. דמ-05-461. (טרם פורסם)
- בנטור, נ.; צ'חמיר, ס. 2003. בדיקות סינון לאיתור בעיות בשמיעה ובראייה: מחקר הערכה. דמ-03-409. ג'וינט-מכון ברוקדייל, ירושלים.
- ברודסקי, ג'.; שנור, י.; באר, ש. (עורכים). 2004. קשישים בישראל - שנתון סטטיסטי 2003. פמ-04-57. מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל, ירושלים.
- גרוס, ר.; ברמלי-גרינברג, ש. 2000. בריאות ורווחה של נשים בישראל. ממצאי סקר ארצי. דמ-00-361. ג'וינט-מכון ברוקדייל, ירושלים.
- המרכז הלאומי לבקרת מחלות. 2004. סקר בריאות לאומי בישראל. מודול א. בריאות נשים. פרסום 237.
- ורטמן, א.; ברודסקי, ג'.; קינג, י.; בנטור, נ.; צ'חמיר, ס. 2005. קשישים הלוקים בדמנטיה: שכחות, זיהוי צרכים לא מסופקים ועדיפויות בפיתוח שירותים. דמ-05-461. מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל, ירושלים.
- ליבוביץ, א. 2005. הוועדה לשיקום קשישים לאחר שבר בצוואר הירך. משרד הבריאות, ירושלים.
- למ"ס. 2004. תחזיות אוכלוסיית ישראל עד שנת 2025, ירושלים.
www.cbs.gov.il/publications/popul2005/popul2005_h.htm
- למ"ס. 2003. סקר הוצאות משקי בית וסקר הכנסות. ירושלים.
- למ"ס. 2003. סקרי כוח אדם. ירושלים.
www.cbs.gov.il/reader/y_labor/yearm_h_new.htm
- למ"ס. 2003. קובצי האוכלוסייה. ירושלים.
- למ"ס. 2003. שנתון סטטיסטי. ירושלים.
- למ"ס. 2002. מצבת הנהגים בישראל, לקט ממצאים סטטיסטיים, ירושלים.
- למ"ס. 2002. סקר חברתי. ירושלים.
- למ"ס. 2000. סקר בריאות לאומי. ירושלים.

למ"ס. 1997. סקר בני 60 ומעלה. ירושלים.

משרד הבריאות. 2004. **בריאות הנפש בישראל: שנתון סטטיסטי 2004**. ירושלים.

משרד הבריאות. 2004. **מצב הבריאות בישראל 2003: לפי קבוצות גיל**. המרכז הלאומי לבקרת מחלות, משרד הבריאות.

סמו, ח.; צבס, צ.; גושן, א.; לבנקרון, ש.; אדונסקי, א. 1999. "שברי אי ספיקה בעצם הצולב וכאבי גב תחתון בנשים קשישות". **הרפואה** 136: 860-862.

פלשר, ד. 1996. "סקירת ספרות מישראל ומהעולם". בתוך: **סרטן השד בישראל**. ג'וינט-מכון ברוקדייל, ירושלים, האגודה למלחמה בסרטן, האגודה לקידום בריאות נשים, ושדולת נשים בישראל, עמ' 29-52.

רנרט, ג. 1996. "גורמי סיכון: מבוא כללי". בתוך: **סרטן השד בישראל**. ג'וינט-מכון ברוקדייל, ירושלים, האגודה למלחמה בסרטן, האגודה לקידום בריאות נשים, ושדולת נשים בישראל, עמ' 21-28.

שובל, י.ט.; אנסון, ע. 2000. **העיקר הבריאות**. מאגנס, ירושלים.

שפירא, ש. 1994, **גורמים המחזקים ומקטינים את שביעות הרצון לאחר הפרישה בקרב נשים שפרשו מעבודה**. עבודת תזה לתואר מוסמך, אוניברסיטה בר אילן.

Abraham, I.L.; Neundorfer, M.M.; and Currie, L.J 1992. "Effects of Group Interventions on Cognition and Depression in Nursing Home Residents". *Nursing Research* 41:196-202.

Adamson, J.; Lawlor, D.A.; and Ebrahim, S. 2004. "Chronic Diseases, Locomotor Activity Limitation and Social Participation in Older Women: Cross-sectional Survey of British Women's Heart and Health Study". *Age and Ageing* 33:293-298.

American Geriatrics Society Position Statement. 2000. "Breast Cancer Screening in Older Women". *Journal of the American Geriatrics Society* 48:842-844.

Antonovsky, A. 1993. "The Structure and Properties of the Sense of Coherence Scale". *Social Science and Medicine* 36:725-733.

Benyamini, Y.; Blumstein, T.; Lusky, A.; and Modan, B. 2003. "Gender Differences in the Self-rated Health-mortality Association: Is It Poor Self-rated Health that Predicts Mortality or Excellent Self-rated Health that Predicts Survival?" *The Gerontologist* 43(3):396-405.

Belanger, A.; Martel, L.; Berthelot, J. M.; and Wilkins, R. 2002. "Gender Differences in Disability-free Life Expectancy for Selected Risk Factors and Chronic Conditions in Canada". *Journal of Women and Aging* 14(1/2):61-83.

Black, D.M.; and Cooper, C. 2000. "Epidemiology of Fractures and Assessment of Fracture Risk". *Clinic and Laboratory Medicine* 20(3):439-453.

Bornstein, N.M.; and Tanne, D. 2004. *National Acute Stroke Israeli Survey 2004*. Israel Center for Disease Control, Tel-Hashomer.

Borrie, M.J.; Bawden, M.; Speechley, M.; and Kloseck, M. 2002. "Interventions Led by Nurse Continence Advisers in the Management of Urinary Incontinence: A Randomized Controlled Trial". *Canadian Medical Association Journal* 166(10):1267-1273.

Campbell, A.J.; Robertson, M.C.; Gardner, M.M.; Norton, R.N.; and Buchner, D.M. 1999. "Falls Prevention Over 2 Years: Randomized Controlled Trial in Women 80 Years and Older". *Age and Ageing* 28:513-518.

Cummings, S.R.; Rubin, S.M.; and Black, D. 1999. "The Future of Hip Fractures in the United States: Numbers, Costs, and Potential Effects of Post-menopausal Estrogen". *Clinical Orthopedics* 252:163-166.

Curry L.C.; and Hogstel M.O. 2001. "Risk Status Related to Knowledge of Osteoporosis in Older Women". *Journal of Women and Aging* 13(2):71-83.

Cutler-Riddick, C. 1993. "Older Women's Leisure Activity and Quality of Life". In: *Activity and Aging: Staying Involved in Later Life*. Kelly, J.R. (ed.), pp. 86-98, Sage Publications, Newbury Park, CA.

Cutler-Riddick, C. 1985. "Life Satisfaction Determinants of Older Males and Females". *Research on Aging* 7: 383-393.

Cutler-Riddick, C. 1982. "Life Satisfaction among Aging Women: A Causal Model". In: *Women's Retirement: Policy Implications of Recent Research*. Szinovacz, M. (ed.), pp. 45-59. Sage Publications, Beverly Hills, CA.

Cutler-Riddick, C.; and Daniel, S. 1984. "The Relative Contribution of Leisure Activities and Other Factors to the Mental Health of Older Women". *Journal of Leisure Research* 16:136-148.

Deeg, D.J.H.; and Kriegsman, D.M.W. 2003. "Concepts of Self-rated Health: Specifying the Gender Difference in Mortality Risk". *The Gerontologist* 43(3):376-386.

Diokno, A.C.; Sampsel, C.M.; Herzog, A.R.; Raghunathan, T.E.; Hines, S.; Messer, K.L.; Karl, C.; and Leite, M.C.A. 2004. "Prevention of Urinary Incontinence by Behavioral Modification Program: A Randomized Controlled Trial among Older Women in the Community". *The Journal of Urology* 171:1165-1171.

Editorial. 2005. "Mayo Clinic: Exercise Program and Special Weighted Back Support Improve Balance in Elderly". *Aging and Elder Health Week* Atlanta, GA, July 31, 2005, p.11.

Editorial. 2003. "The Greatest Threat to Women's Health". *The Lancet* 362(9391):1165.

Evans, W.J.; and Cyr-Campbell, D. 1997. "Nutrition, Exercise, and Healthy Aging". *Journal of the American Dietetic Association* 97(6):632-638.

- Friedman, A. 1993. "Getting Powerful with Age: Changes in Women Over the Life Cycle". In: *Women in Israel*. Azmon, Y.; and Izraeli, D.N. (eds.). Transaction Publishers, London.
- Grimshaw, J.M.; Shirran, L.; Thomas, R.; Mowatt, G.; Fraser, C.; Bero, L.; Grilli, R.; Harvey, E.; Oxman, A.; and O'Brian, M.A. 2001. "Changing Provider Behavior: An Overview of Systematic Reviews of Interventions". *Medical Care* 39(8 Suppl.2):II2-45.
- Guralnik, J.M. 2000. "Aging". In: *Women and Health*. Goldman M.B.; and Hatch, M.C. (eds.), Academic Press, Boston.
- Hayes, C.L. 1991. "Women and Retirement: The Harsh Realities". *Best's Review* 92(3):71-71.
- Hayes, C.L. 1990. "Social and Emotional Issues Facing Midlife Women: The Important Role of Pre-retirement Planning". In: *Pre-retirement Planning for Women: Program Design and Research*. Hayes, C.; and Deren, J. (eds.), pp. 27-40. Springer Pub. Co., New York.
- Hayes C.L.; and Parker, M. 1993. "Overview of the Literature on Pre-Retirement Planning for Women" In: *Women in Mid-Life: Planning for Tomorrow*. Hayes C.L. (ed.), pp. 1-18, The Haworth Press Inc., New York.
- Hoidrup, S.; Gronbaek, M.; Gottschau, A.; Lauritzen, J. B.; and Schroll, M. 1999. "Alcohol Intake, Beverage Preferences, and Risk of Hip Fracture in Men and Women". *American Journal of Epidemiology* 149(11):993-1001.
- Hong, Y.; Li, J.X.; and Robinson, P.D. 2000. "Balance Control, Flexibility, and Cardiorespiratory Fitness Among Older Tai Chi Practitioners". *British Journal of Sports Medicine* 34(1):29-34.
- Howland, J.; Peterson, E.W.; and Levin, W.C. 1993. "Fear of Falling among the Community-Dwelling Elderly". *Journal of Aging and Health* 5:229-243.
- Husaini, B.A.; Cummings, S.; Kilbourne, B.; Roback, H.; Sherkat, D.; Levine, R.; and Cain, V.A. 2004. "Group Therapy for Depressed Elderly Women". *International Journal of Group Psychotherapy* 54(3):295-319.
- Ifrah, A.; Amitai, T.; Koton, S.; and Mandelzweig, L. "Acute Coronary Syndromes - Israel 2002". Israel Center for Disease Control, Tel-Hashomer.
- Jacobs-Lawson, J.M.; Hershey, D.A.; and Neukam, K.A. 2004. "Gender Differences in Factors that Influence Time Spent Planning for Retirement". *Journal of Women and Aging* 16(3/4):55-69.
- Jacobzone, S. 2000. "Coping with Aging: International Challenges". *Health Affairs* 19(3):213-225.

Kallinen, M.; Sipilä, S.; Alen, M.; and Souminen, H. 2002. "Improving Cardiovascular Fitness by Strength or Endurance Training in Women 76-78 Years. A Population-based, Randomized Controlled Trial". *Age and Ageing* 31(4):247-254.

Kelley, J.; Steinkamp, M.; and Kelley, J. 1986. "Later Life Leisure: How They Play in Peoria". *The Gerontologist* 26:531-537.

Kessler, E.M.; Rakoczy, K.; and Staudinger, U.M. 2004. "The Portrayal of Older People in Prime Time Television Series: The Match with Gerontological Evidence". *Ageing and Society* 24:531-552.

King, A.C. 2001. "Interventions to Promote Physical Activity by Older Adults" *Journals of Gerontology A* 56(S2):36-46.

King, A.C.; Blair, S.N.; Bild, D.E.; Dishman, R.K.; Dyubbert, P.M.; and Marcus, B.H. 1992. "Determinants of Physical Activity and Interventions in Adults". *Medicine and Science in Sports and Exercise* 24:S221-S236.

Krause N. 1996. "Welfare Participation and Self-esteem in Later Life". *The Gerontologist* 36:665-673.

Lewin-Epstein, N. 1990. "Employment and Ill-Health among Israeli Women". In: *The Sociology of Health and Health Care in Israel*. Antonovsky, A. (ed.), pp. 27-36. Transaction Publishers, London.

Li, F.; Harmer, P.; Chaumeton, N.R.; Duncan, T.E.; and Duncan, S.C. 2002. "Tai Chi as a Means to Enhance Self-Esteem: A Randomized Controlled Trial". *Journal of Applied Gerontology* 21(1):70

Lomranz, J.; Bergman, S.; Eyal, N.; and Shmotkin, D. 1988. "Indoor and Outdoor Activities of Aged Women and Men as Related to Depression and Well-Being". *Journal of Aging and Human Development* 26(4):33-314.

Mahoney, D.F. 1994. "Marketing Health care Programs to Older Adults: Strategies for Success". *Geriatric Nursing* 15(1):10-15.

Manton, K.G. 1997a. "Demographic Trends for the Aging Female Population". *Journal of the American Medical Women's Association* 52:99-105.

Manton, K.G. 1997b. "Future Trends in Chronic Disability and Institutionalization: Implications for Long-term Care Needs". *Health Care Management* 3:177-91.

McAuley, E.; and Rudolph, D. 1995. "Physical Activity, Aging, and Psychological Well-being". *Journal of Aging and Physical Activity* 3:67-96.

McGuire, F.; Dottavio, D.; and O'Leary, J. 1986. "Constraints to Participation in Outdoor Recreation Across the Life Span: A Nationwide Study of Limiters and Prohibitors". *The Gerontologist* 26:538-544.

NIH Consensus Development Panel on Osteoporosis Prevention, Diagnosis and Therapy. 2001. "Osteoporosis Prevention. Diagnosis and Therapy". *Journal of the American Medical Association* 285(6):785-795.

O'Brien Cousins, S. 2001. "Thinking Out Loud: What Older Adults Say about Triggers for Physical Activity". *Journal of Aging and Physical Activity* 9(4):347-363.

O'Brien Cousins, S. 1995. "Social Support for Exercise among Elderly Women in Canada". *Health Promotion International* 10(4):273-282.

Perk, G.; Stessman, J.; Ginsberg, G.; Bursztyn, M. 2003 "Sex Differences in the Effect of Heart Rate on Mortality in the Elderly". *Journal of the American Geriatric Society* 51:1260-4.

Rejeski, W.J.; and Mihalko, S.L. 2001. "Physical Activity and Quality of Life in Older Adults". *Journals of Gerontology* 56A(Suppl.2):23-35.

Reuben, D.B.; Roth, C.; Kamberg, C.; and Wenger, N.S. 2003. "Restructuring Primary Care Practices to Manage Geriatric Syndromes: The ACOVE-2 Intervention". *Journal of the American Geriatrics Society* 51(12):1787-1793.

Rhodes, R.E.; Martin, A.D.; Taunton, J.E.; Rhodes E.C.; Donnelly, M.; and Elliot, J. 1999. "Factors Associated with Exercise Adherence among Older Adults. An Individual Perspective". *Sports Medicine* 28(6):397-411.

Rowland, R.M.; Fisher, K.J.; Green, M.; Dunn, A.M.; Pickering, M.A.; and Li, F. 2004. "Recruiting Inactive Older Adults to a Neighborhood Walking Trial: The SHAPE Project". *Journal of Aging Studies* 18:353-368.

Sattin, R.W.; Easley, K.A.; Wolf, S.L.; Chen, Y.; and Kutner, M.H. 2005. "Reduction in Fear of Falling Through Intense Tai Chi Exercise Training in Older, Transitionally Frail Adults". *Journal of the American Geriatrics Society* 53:1168-1178.

Schonberg, M.A.; McCarthy, E.P.; Davis, R.B.; Phillips, R.S.; and Hamel, M.B. 2004. "Breast Cancer Screening in Women Aged 80 and Older: Results from a National Survey" *Journal of the American Geriatrics Society* 52(10):1688-1695.

Schulz, J.H. 1992. *The Economics of Aging*. Auburn House, New York.

Sharkey, J.R.; and Branch, L.G. 2004. "Gender Difference in Physical Performance, Body Composition and Dietary Intake in Homebound Elders". *Journal of Women and Aging* 16(3-4):71-90.

Signorielli, N. 2004. "Aging on Television: Messages Relating to Gender, Race, and Occupation in Prime Time". *Journal of Broadcasting and Electronic Media* 48(2):279-301.

Smeltzer, S.C.; and Zimmerman, V.L. 2005. "Health Promotion Interests of Women with Disabilities". *Journal of Neuroscience Nursing* 37(2):80-86.

Stessman, J.; Ginsberg, G.; Maaravi, Y.; Hammerman-Rozenberg, R.; and Cohen, A. 1996. "Profile of Jerusalem's 70 Year Olds - Medical Data". *Israel Journal of Medical Science* 32(8):665-687.

Stewart, M.; Craig, D.; MacPherson, K.; and Alexander, S. 2001. "Promoting Positive Affect and Diminishing Loneliness of Widowed Seniors through a Support Intervention". *Public Health Nursing* 18(1):54-63.

Swirski, B.; and Kanaaneh, H. 1998. *Health Care in Israel*. Avda, Tel Aviv.

Tennenbaum, C.B.; Nasmith, L.; and Mayo, N. 2003. "Understanding Older Women's Health Care Concerns: A Qualitative Study". *Journal of Women and Aging* 15(4):103-116.

Thompson, L.W.; Gallagher-Thompson, D.; Futterman, A.; Gilewski, M.J.; and Peterson, J. 1991. "The Effects of Late-Life Spousal Bereavement over a 30-Month Interval". *Psychology and Aging* 6(3):434-441.

Tinsley, H.; Colbs, S.; Teaff, J.; and Kaufman, A. 1987. "The Relationship of Age, Gender, Health, and Economic Status to the Psychological Benefits Older Persons Report from Participation in Leisure Activities". *Leisure Sciences* 9:53-65.

US Bureau of the Census, International Data Base. 2003.

<http://www.census.gov/ipc/www/idbnew.html>

Walter, L.; and Covinsky, K. 2001. "Cancer Screening in Elderly Patients: A Framework for Individualized Decision Making". *Journal of the American Medical Association* 285:2750-2756.

Walter-Ginzburg, A.; Shmotkin, D.; Blumstein, T.; and Shorek, A. 2005. "A Gender-based Dynamic Multidimensional Longitudinal Analysis of Resilience and Mortality in the Old-Old in Israel: The Cross-Sectional and Longitudinal Aging Study (CALAS)". *Social Science and Medicine* 60:1705-1715.

Warren-Findlow, J.; Prohaska, T.R.; and Freedman, D. 2003. "Challenges and Opportunities in Recruiting and Retaining Underrepresented Populations into Health Promotion Research". *The Gerontologist* 43(Special Issue 1):37-46.

Weissman, M.M.; Leaf, P.J.; Tischler, G.; Blazer, D.G.; Karno, M.; Bruce, M.L.; and Florio, L.P. 1988. "Affective Disorders in Five United States Communities". *Psychological Medicine* 18:141-153.

Werner, P. 2003. "Knowledge and Correlates of Osteoporosis: A Comparison of Israeli-Jewish and Israeli-Arab Women". *Journal of Women and Aging* 15(4):33-49.

Werner, P.; Olchovsky, D.; and Vered, I. 2005. "Osteoporosis Health-related Behavior among Healthy Peri-menopausal and Post-menopausal Israeli Jewish and Arab Women". *Aging Clin Exp Res*. 17:100-107.

Wilcox, S.; Oberrecht, L.; Bopp, M.; Kammermann, S.K.; and McElmurray, C.T. 2005. "A Qualitative Study of Exercise in Older African American and White Women in Rural South Carolina: Perceptions, Barriers, and Motivations". *Journal of Women and Aging* 17(1/2):37-53.

Williams, K.; Gill, D.L.; Butki, B.; and Kim, B.J. 2000. "A Home-based Intervention to Improve Balance, Gait and Self-Confidence in Older Women". *Activities, Adaptation and Aging* 24(3):57-70.

Women's Institute for a Secure Retirement. 2005. www.wiser.heinz.org

Worrall, L.; Hickson, L.; Barnett, H.; and Yiu, E. 1998. "An Evaluation of the Keep on Talking Program for Maintaining Communication Skills in Old Age". *Educational Gerontology* 24(2):129-140.

Young, D.R.; Appel, L.J.; Jee, S.; and Miller E.R. 1999. "The Effects of Aerobic Exercise and T'ai Chi on Blood Pressure in Older People: Results of a Randomized Trial". *Journal of the American Geriatrics Society* 47(3):277-284.

Zarit, S.H.; Femia, E.E.; Watson, J.; Rice-Oeschger, L.; and Kakos, B. 2004. "Memory Club: A Group Intervention for People with Early-Stage Dementia and Their Care Partners". *The Gerontologist* 44(2):262-269.

Zuckerman, J.D. 1996. "Current Concepts: Hip Fracture". *New England Journal of Medicine* 334(23):1519-1525.

נספח

לוח 1: מאפיינים דמוגרפיים של כלל הקשישים, לפי מין (באחוזים)

גברים	נשים	סך-הכל	
אחוז נשים מכלל הקשישים בארץ (2003)¹			
כלל האוכלוסייה			
42.6	57.5	100.0	בני +65
40.1	59.9	100.0	בני +75
39.9	60.1	100.0	בני +80
עולים מברית-המועצות לשעבר (2003)¹			
38.6	61.4	100.0	בני +65
34.5	65.5	100.0	בני +75
31.0	69.0	100.0	בני +80
97.3	94.8	95.9	אומדן בני +65 הגרים בקהילה (2003)²
מצב משפחתי של בני +65 (2003)³			
79.7	41.6	57.8	נשוי
14.7	50.9	35.5	אלמן
3.8	5.3	4.7	גרוש
1.8	2.2	2.0	רווק
בני +65 לפי סוג משק בית (2003)³			
11.7	35.5	25.2	אדם יחיד
59.3	34.9	45.5	זוג ללא ילדים
16.0	5.4	10.0	זוג עם ילדים
2.4	6.9	4.9	הורה יחד עם ילדים
10.5	17.4	14.4	אחר

¹ למ"ס, שנתון סטטיסטי, 2003

² ברודסקי ואחרים, 2004

³ למ"ס, סקרי כוח אדם, 2003

לוח 2: מאפיינים בריאותיים של כלל הקשישים, לפי מין (באחוזים)

גברים	נשים	סך-הכל	
77.5	81.5		תוחלת החיים בלידה (2002) ¹
17.1	19.1		תוחלת החיים בגיל 65+ (1998-2002) ¹
10.7	11.6		תוחלת החיים בגיל 75+ (1998-2002) ¹
8.1	8.4		תוחלת החיים בגיל 80+ (1998-2002) ¹
6.1	6.0		תוחלת החיים בגיל 85+ (1998-2002) ¹
תפיסה עצמית של מצב בריאות של בני 65+ (2002)⁴			
9.2	7.0	8.0	טוב מאוד
35.5	29.0	31.9	טוב
39.4	40.8	40.2	לא כל-כך טוב
15.9	23.1	20.0	בכלל לא טוב
דיווח על מצב בריאות: בדרך כלל הוא טוב או טוב מאוד (2002)⁴			
44.7	36.1	39.8	65+
51.2	42.8	46.5	74-65
34.9	26.3	30.0	75+
קשישים העוסקים בפעילות גופנית באופן קבוע (1997)⁵			
41.0	31.4	35.6	65+
47.3	35.5	40.6	74-65
35.7	31.9	33.6	79-75
26.5	18.6	21.9	80+
קשישים אשר מעשנים סיגריה אחת לפחות ביום (1999/2000)⁶			
13.1	5.2	8.6	65+
16.7	6.9	11.1	74-65
7.8	2.7	4.9	75+
בני 65+ שביצעו בדיקות MRI ו-CT או קיבלו חיסון נגד שפעת בשנה האחרונה (1999/2000)⁶			
31	19	25	MRI (שיעור ל-1,000 נפש)
173	155	163	CT (שיעור ל-1,000 נפש)
473	427	447	חיסון נגד שפעת (שיעור ל-1,000 נפש)
בני 65+ שביקרו אצל רופאים בשבועיים האחרונים (1999/2000)⁶			
34.6	41.2	38.3	רופא משפחה ומומחה
28.6	34.6	32.0	רופא משפחה
9.2	10.0	9.7	רופא מומחה
6.4	5.5	5.9	רופא שיניים

לוח 2: מאפיינים בריאותיים של כלל הקשישים, לפי מין (באחוזים) (המשך)

גברים	נשים	סך-הכל	
מספר ביקורים ממוצע בקרב קשישים אצל רופאים (1999/2000)⁶			
			רופא משפחה
10.6	12.1	11.5	בני 65+
10.9	12.0	11.5	בני 75+
			רופא מומחה
3.4	3.7	3.6	בני 65+
2.7	3.2	3.0	בני 75+
			רופא שיניים
2.7	2.3	2.5	בני 65+
2.1	2.0	2.0	בני 75+
ביקורים של בני 65+ מבין סך הביקורים של כלל האוכלוסייה (1999/2000)⁶			
7.3	10.5	17.8	רופא משפחה
8.6	13.0	21.5	רופא מומחה
8.0	11.4	19.4	רופא שיניים
4.5	4.9	9.4	
בני 65+ שדיווחו על בעיות ראייה, שמיעה ולעיסה (1997)⁵			
27.6	39.3	34.3	בעיות ראייה
31.1	25.5	27.9	בעיות שמיעה
28.7	33.3	31.4	בעיות לעיסה
קשישים שדיווחו על אי-שליטה על סוגר השתן (1997)⁵			
12.7	19.3	16.5	כלל בני 65+
8.1	12.8	10.8	74-65
14.2	19.6	17.2	79-75
25.8	39.1	33.4	80+
בני 65+ שדיווחו שהרופא אבחן אצלם אי-פעם מחלות שונות, שיעורים ל-1,000 (1999/2000)⁶			
377	449		יתר-לחץ-דם
208	95		אוטם שריר הלב
111	112		מחלת לב אחרת
54	39		שבץ מוח
152	150		סוכרת
46	58		אסטמה
42	52		מחלת ריאה
103	95		כיב במערכת העיכול
53	58		מחלה ממארת (סרטן)
13.6	19.0	16.7	בני 65+ הסובלים מדמנטיה (2002)⁷
קשישים המוגבלים בביצוע פעולות ADL (2003)²			
11.8	19.1	16.0	כלל בני 65+
4.9	7.8	6.5	74-65
10.8	14.2	12.9	79-75
30.2	47.0	40.3	80+

לוח 2: מאפיינים בריאותיים של כלל הקשישים, לפי מין (באחוזים) (המשך)

גברים	נשים	סך-הכל	
קשישים בקהילה שנפלו במהלך חצי השנה האחרונה (1997)⁵			
14.0	23.9	19.6	כלל בני 65+
9.0	19.8	15.1	74-65
15.6	26.5	21.7	75-79
27.9	33.7	31.2	80+
קשישים שנפגעו בתאונות דרכים, שיעור ל-100,000 נפש (2003)⁸			
363	205	273	כלל בני 65+
406	226	306	74-65
306	182	232	75+
קשישים אשר אושפזו בשנה האחרונה (1999/2000)⁶			
25.7	22.1	23.7	כלל בני 65+
23.9	18.8	21.0	74-65
28.5	27.2	27.0	75+

¹ למ"ס, שנתון סטטיסטי, 2003

² ברודסקי ואחרים, 2004

³ למ"ס, סקרי כוח אדם, 2003

⁴ למ"ס, סקר חברתי, 2002

⁵ למ"ס, סקר בני 60 ומעלה, 1997

⁶ למ"ס, סקר בריאות לאומי, 2000

⁷ ורטמן ואחרים, 2004

⁸ למ"ס, תאונות דרכים עם נפגעים, שנתון סטטיסטי, 2003

⁹ למ"ס, סקר הוצאות משקי בית וסקר הכנסות, 2003

¹⁰ למ"ס, מצבת הנהגים בישראל, 2002

לוח 3: מאפיינים חברתיים וכלכליים של כלל הקשישים, לפי מין (באחוזים)

גברים	נשים	סך-הכל	
			בני 65+ לפי שנות לימוד (2003)¹
13.9	22.1	18.7	4-0
22.7	22.1	22.4	8-5
31.1	29.9	30.4	12-9
15.8	16.0	15.0	15-13
16.4	9.8	12.6	16+
			קשישים בכוח העבודה האזרחי (2003)³
15.7	5.3	9.8	כלל בני 65+
27.1	9.7	17.6	69-65
15.5	5.6	9.8	74-70
5.9	1.6	3.3	75+
			בני 65+ המועסקים לפי משרה חלקית מתוך כוח העבודה האזרחי (2003)³
53.9	74.1	60.1	
			ממוצע שעות עבודה בשבוע (2003)³
30.4	20.0	27.2	
			קשישים מקבלים פנסיה ממקום העבודה או מקופת פנסיה הקשורה בעבודה (בני 65+ ובנות 60+) (2003)⁹
51.8	26.4	35.7	
			קשישים הגרים בדירה בבעלותם (2002)⁴
74.6	68.0	70.9	כלל בני 65+
75.0	67.4	70.8	74-65
74.1	68.9	71.1	75+
			קשישים שלרשותם או לרשות בני ביתם מכונית פרטי או מסחרית (2002)⁴
42.5	25.5	33.0	כלל בני 65+
48.7	32.7	39.8	74-65
33.3	15.1	22.9	75+
			קשישים המורשים לנהוג (2003)¹⁰
49.2	13.0	28.4	כלל בני 65+
61.5	19.9	38.5	74-65
32.5	5.2	16.2	75+
			בני 65+ הנפגשים או מדברים בטלפון, לפחות פעם בשבוע עם מישהו מבני המשפחה שאינו גר איתם בדירה (2002)⁴
73.0	73.1	73.1	
			בני 65+ שיש להם חברים איתם הם נפגשים או מדברים בטלפון (2002)⁴
70.5	70.2	70.3	

לוח 3: מאפיינים חברתיים וכלכליים של הקשישים, לפי מין (באחוזים) (המשך)

גברים	נשים	סך-הכל	
			דיווח על מצבים של הרגשת בדידות בקרב בני 65+ (2002)⁴
47.3	34.4	40.0	אף פעם לא
16.2	10.6	13.0	לעתים רחוקות
22.7	30.6	27.2	לפעמים, מדי פעם
13.9	24.4	19.8	לעתים קרובות
			דיווח על הרגשת בדידות לפעמים או לעתים קרובות
36.6	55.1	47.0	כלל בני 65+
33.9	54.1	45.2	74-65
40.5	56.4	49.5	75+
			קשישים שעסקו בפעילות התנדבותית בשלושת החודשים האחרונים (2002)⁴
12.1	10.3	11.1	כלל בני 65+
12.6	11.1	11.8	74-65
11.3	9.1	10.0	75+
			קשישים שיצאו לנופש בארץ או בחו"ל בשנה האחרונה (2002)⁴
28.0	20.1	23.6	כלל בני 65+
30.3	23.9	26.8	74-65
24.6	14.7	19.0	75+
			קשישים שהשתתפו בחוגים לספורט, למחשבים, לשפות, למלאכת-יד בשנה האחרונה (2002)⁴
15.2	21.1	18.5	כלל בני 65+
15.1	23.8	19.9	74-65
15.4	17.2	16.4	75+
			קשישים, לפי שימוש במחשב ובאינטרנט בבית, בעבודה או במקום אחר (2002)⁴
13.7	6.4	9.6	כלל בני 65+
17.2	8.2	12.2	74-65
8.5	(3.7)	5.8	75+

¹ למ"ס, שנתון סטטיסטי, 2003

² ברודסקי ואחרים, 2004

³ למ"ס, סקרי כוח אדם, 2003

⁴ למ"ס, סקר חברתי, 2002

⁵ למ"ס, סקר בני 60 ומעלה, 1997

⁶ למ"ס, סקר בריאות לאומי, 2000

⁷ ורטמן ואחרים, 2004

⁸ למ"ס, תאונות דרכים עם נפגעים, שנתון סטטיסטי, 2003

⁹ למ"ס, סקר הוצאות משקי בית וסקר הכנסות, 2003

¹⁰ למ"ס, מצבת הנהגים בישראל, 2002